

Mestrado Integrado em Medicina

**ARTIGO DE
INVESTIGAÇÃO
MÉDICA**

**ANÁLISE DA NECESSIDADE DE RECURSO AO
SERVIÇO DE URGÊNCIA DE DOENTES
ONCOLÓGICOS EM CUIDADOS PALIATIVOS**

Ema Bastardo Massa

Orientador: **Prof. Dr. Franklim Marques**

Co-Orientador: **Dr. João Neves**

Porto, 2009/2010

Mestrado Integrado em Medicina

Artigo de Investigação Médica

ANÁLISE DA NECESSIDADE DE RECURSO AO SERVIÇO DE URGÊNCIA DE DOENTES ONCOLÓGICOS EM CUIDADOS PALIATIVOS

Ema Bastardo Massa

Orientador: **Prof. Dr. Franklim Marques**

Co-Orientador: **Dr. João Neves**

Porto, 2009/2010

Ema Bastardo Massa

Aluna do Mestrado Integrado em Medicina (6º ano),
Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar/Universidade do Porto

Largo Prof. Abel Salazar, 2, 4099-003 Porto, PORTUGAL

Franklim Peixoto Marques

Assistente Graduado,
Centro Hospitalar do Porto/Hospital de Santo António

Largo Prof. Abel Salazar, 4099 - 001 Porto, PORTUGAL

João Tiago da Costa Moreira das Neves

Interno Complementar de Medicina Interna (4º ano),
Centro Hospitalar do Porto/Hospital de Santo António

Largo Prof. Abel Salazar, 4099 - 001 Porto, PORTUGAL

RESUMO:

Introdução: Os Cuidados Paliativos são uma área em desenvolvimento, destinada a doentes em sofrimento sem perspectiva de tratamento curativo e cuja expectativa de vida é geralmente limitada. A meta é o alívio dos sintomas e o apoio psicológico, espiritual e emocional, quer do doente, quer da sua família. Esta abordagem não se limita aos diferentes estadios da doença, mas também ao luto.

Objectivos: Através deste estudo pretende-se quantificar a recorrência de doentes oncológicos do Centro Hospitalar do Porto/Hospital de Santo António em Cuidados Paliativos ao Serviço de Urgência deste hospital, tentando definir quais as situações de emergência paliativa e quais as situações que idealmente seriam geridas fora do ambiente do serviço urgência geral.

Metodologia: Estudo retrospectivo de doentes oncológicos do Centro Hospitalar do Porto/Hospital de Santo António em tratamento paliativo ou sintomático, por decisão em Consulta de Grupo Oncológica Multidisciplinar durante o ano de 2008, limitado ao período de um ano após a decisão.

Resultados: Foram propostos, entre Janeiro a Dezembro de 2008, 292 doentes para receberem cuidados paliativos. Destes, 71,6% tiveram acompanhamento em ambulatório e 67,5% recorreu ao serviço de urgência, em média 76 dias após a decisão de tratamento paliativo. Verificou-se uma relação estatisticamente significativa ($p=0,001$) entre ter acompanhamento e a recorrência ao serviço de urgência, sendo o tempo decorrido até à primeira vinda ao Serviço de Urgência de 85 vs 31 dias ($p=0,0016$).

Queixas decorrentes directamente da neoplasia foram a principal causa de vinda ao Serviço de Urgência (67,5% na 1ª vinda a 77,6% na 5ª vinda). O tempo médio decorrido entre o último episódio de urgência e a morte foi de 20 dias e o tempo médio decorrido entre a última consulta e a morte foi de 48 dias.

Conclusões: Os dados sugerem que os doentes que são acompanhados em consultas de seguimento, continuam a ter necessidade de recorrer ao serviço de urgência, mas habitualmente em fases mais tardias da doença. Esta necessidade traduz, muito provavelmente, a falta de cuidados paliativos organizados no hospital, com equipa de saúde dedicada que faça a ligação com os cuidados primários, apoio ao domicílio e com os cuidados terminais, subvertendo o conceito de que o doente em cuidados paliativos tem necessidades específicas que podem e devem ser lidadas fora do ambiente de urgência.

PALAVRAS-CHAVE: Cuidados Paliativos, Doente oncológico, Cancro, Serviço de Urgência, Sofrimento, Cuidados Domiciliários.

INTRODUÇÃO:

A Medicina, tradicionalmente curativa, evoluiu para abranger igualmente a profilaxia e a palição. Nesse contexto, os Cuidados Paliativos (CP) são uma área em desenvolvimento, destinada a doentes em sofrimento sem perspectiva de tratamento curativo e cuja expectativa de vida é geralmente limitada. Os CP têm como meta o alívio dos sintomas e o apoio psicológico, espiritual e emocional, quer do doente, quer da sua família. Esta abordagem não se limita aos diferentes estadios da doença, mas também ao luto. Apenas uma equipa interdisciplinar e diferenciada poderá dar resposta a estes desafios.

No doente oncológico, os CP ganham maior destaque uma vez que o cancro apresenta, a nível mundial, incidência e mortalidade elevadas^[27], apresentando-se muitas vezes num estadio avançado no momento do diagnóstico^[48].

A maioria destes doentes passa o último ano de vida no domicílio^[47], embora 90% sejam internados num hospital, por algum tempo, nesse período e 55% das mortes ocorram no hospital^[48]. Quando não inseridos numa instituição hospitalar, os programas de CP podem ser prestados em lares residenciais, unidades de cuidados continuados, clínicas e no domicílio. Actualmente discute-se qual o melhor local para a prestação de CP, o suporte necessário a nível pessoal, familiar e institucional, as infra-estruturas disponíveis e a “humanização” dos serviços prestados numa fase terminal da vida do doente.

Num estadio avançado o cancro origina frequentemente situações agudas, muitas das quais são previsíveis e controláveis fora do ambiente hospitalar. Dispneia, convulsões, hemorragia e exacerbação da dor, são alguns exemplos de situações agudas consideradas emergências paliativas^[54], justificando habitualmente o recurso ao Serviço de Urgência. No entanto, o desgaste psicológico, a falta de apoio de enfermagem e a ausência de equipamentos são as justificações mais comuns para as admissões hospitalares^[48].

Cerca de 10%^[54] dos episódios do serviço urgência são de doentes que necessitam de CP. No entanto, os profissionais de saúde envolvidos muitas vezes não estão vocacionados para lidar com este tipo de doente^[54] e a maioria dos serviços de urgência não inclui qualquer suporte de CP^[54], levando consequentemente a um número inapropriado de intervenções de emergência e de hospitalizações^[54].

Nos últimos anos, o conceito dos hospitais de CP (“*hospice*”) tem crescido rapidamente^[34] em resposta às necessidades dos doentes e ao interesse dos clínicos em abordagens efectivas da doença terminal. A intervenção no exterior de equipas de CP (ECP) especializadas pode diminuir a necessidade de recorrência ao serviço de urgência^[54]. Os benefícios da acção domiciliar

encontram-se na possibilidade dos doentes permanecerem num ambiente conhecido, mantendo a sua privacidade, alimentação, certas tarefas laborais e continuar com os seus hábitos de vida, adaptando-se às várias etapas evolutivas da doença e às suas limitações decorrentes^[7]. Para as famílias há uma maior satisfação por participar activamente nos cuidados, podendo realizá-los com maior tranquilidade, respeitando a vontade do doente, prevenindo desta forma a ocorrência de luto patológico^[7].

Paralelamente, o sistema de saúde beneficia de uma redução do número de recorrências ao serviço de urgência^[34] bem como dos internamentos hospitalares longos e de alto custo^[7]. São também evitados tratamentos invasivos desnecessários, reduzindo a possibilidade de ocorrência de obstinação terapêutica^[7], estabelecendo uma correcta relação entre meios e fins. Estas reduções em termos de custos são de extrema relevância, sendo uma evidência que os CP não são apenas eficazes no alívio sintomático^[34], mas também em termos económicos, promovendo controlo de custos^[24], quer a nível de cuidados intensivos quer nas enfermarias gerais^[34].

Através deste estudo pretende-se quantificar a recorrência de doentes oncológicos do Centro Hospitalar do Porto/Hospital de Santo António (CHP/HSA) em CP ao Serviço de Urgência (SU) deste hospital, tentando definir quais as situações de emergência paliativa e quais as situações que idealmente seriam geridas fora do ambiente do serviço urgência geral.

MATERIAIS E MÉTODOS:

- Amostra: doentes oncológicos do CHP/HSA em tratamento paliativo ou sintomático, por decisão em consulta multidisciplinar durante o ano de 2008.
- Estudo retrospectivo limitado ao período de um ano após a decisão da consulta multidisciplinar.
- Dados: obtidos da folha de apresentação na consulta multidisciplinar e no processo clínico electrónico do CHP/HSA.
- Análise Estatística: através dos programas SPSS versão 17.0 e Microsoft Office Excel 2007, nos quais se realizaram tabelas e gráficos relativos aos dados analisados.
 - Testes estatísticos: análise de frequências (em número absoluto e percentagem) e médias, Teste T para variáveis quantitativas e teste Qui-quadrado para analisar variáveis nominais.

RESULTADOS:

CONSULTA MULTIDISCIPLINAR/ CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

Sexo e Idade: Foram propostos, em Consulta de Grupo Oncológica Multidisciplinar do CHP/HSA, entre Janeiro a Dezembro de 2008, 292 doentes para receberem CP. Destes, 107 (36,6%) correspondiam a doentes do sexo feminino e 185 (63,4%), do sexo masculino (proporção homem/mulher de 1,7:1). A média de idade global foi de 66 anos, sendo para o sexo feminino de 66 anos e para o sexo masculino de 65 anos.

Diagnóstico: Nesta consulta multidisciplinar são discutidos doentes provenientes dos diversos serviços hospitalares, sendo assim analisados doentes com diferentes diagnósticos oncológicos (Figura 1). Apenas 13 doentes estavam classificados segundo a escala ECOG PS e 56 doentes com a Karnofsky.

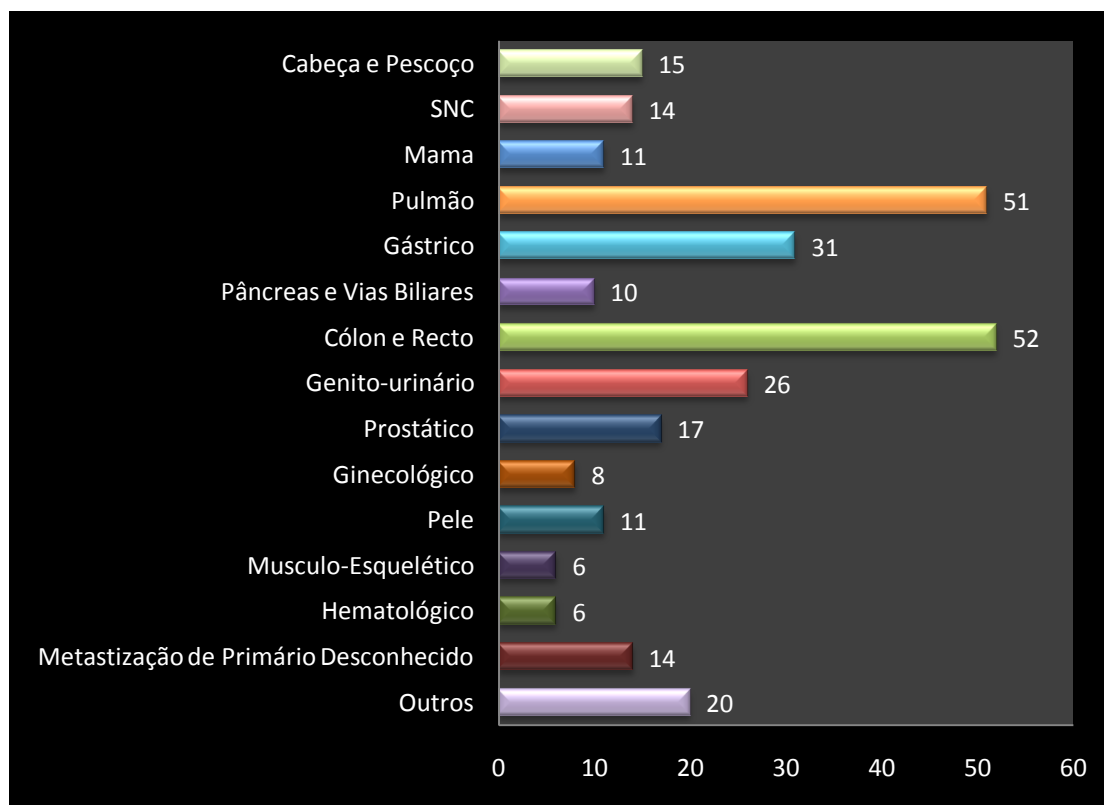


Figura 1: Distribuição da população em estudo, em número absoluto, segundo o diagnóstico oncológico aquando a apresentação à consulta multidisciplinar.

Tratamento: Na Consulta de Grupo Oncológica Multidisciplinar os doentes propostos para CP podem receber tratamentos com acção sobre a neoplasia sem intenção curativa (quimioterapia – QT ou radioterapia – RT, paliativas) ou apenas tratamento dirigido aos sintomas, sem acção directa sobre o tumor (tratamento sintomático) (Tabela I).

Tabela I: Distribuição dos doentes, em número absoluto, segundo o seu diagnóstico e o tratamento paliativo proposto na consulta multidisciplinar.

Diagnósticos	Tratamento	
	Quimioterapia ou Radioterapia Paliativa	Sintomático
Cabeça e Pescoço	9	6
SNC	2	12
Mama	7	4
Pulmão	23	28
Gástrico	10	21
Pâncreas e Vias Biliares	2	8
Cólon e Recto	25	27
Génito-Urinário	16	10
Prostático	12	5
Ginecológico	4	4
Pele	5	6
Músculo-Esquelético	5	1
Hematológico	6	0
Metastização de Primário Desconhecido	4	10
Outros	7	13
Total	137	155

ACOMPANHAMENTO

Após a consulta multidisciplinar, o doente pode ser acompanhado em ambulatório pelo serviço hospitalar que o apresentou à consulta multidisciplinar, ou passar a ser acompanhado pelo serviço de Oncologia, se realizar QT ou RT, com o apoio da “Consulta da Dor” e da “Consulta Psiquiatria/Psicologia” (Tabela II).

Tabela II: Dados relativos ao acompanhamento em ambulatório.

Acompanha- mento (%)	T.c.m.- 1 ^ª c.	Nº recorreram ao SU (%)	T.c.m.- 1 ^º SU	Consulta- SU (<i>p</i>)	Tempo consulta- SU (<i>p</i>)	Nº óbitos (%)	T.c.m.- m.	Consulta- morte (<i>p</i>)
Sim: n=209, (71,6%)	21,98	165 (78,9%)	84,67	0,001	0,0016	94 (45%)	152,46	0,072
Não: n=83* (62+21), (28,4%)	-----	31 (50,0%)	30,74			25 (40,3%)	72,36	

Os doentes que são acompanhados em ambulatório são também os que mais recorrem ao SU, sendo esta relação estatisticamente significativa (Consulta-SU $p < 0,05$). Encontrou-se também relação entre o T.c.m.-1^ªc. e o T.c.m.-1^ºSU (Tempo consulta-SU $p < 0,05$). Não se verificou uma relação estatisticamente significativa entre ser acompanhado em ambulatório e a morte (Consulta-morte $p > 0,05$).

*Dos doentes não acompanhados, analisaram-se 61 uma vez que os restante 21 estavam internados quando apresentados na consulta multidisciplinar e faleceram nesse internamento.

T.c.m.-1^ªc. média de tempo (dias) decorrido entre a consulta multidisciplinar e a consulta seguinte de acompanhamento.

T.c.m.-1^ºSU. média de tempo (dias) decorrido entre a consulta multidisciplinar e a primeira recorrência ao SU.

T.c.m.-m. tempo médio (dias) entre a consulta multidisciplinar e a morte.

RECORRÊNCIA AO SERVIÇO DE URGÊNCIA (Tabela III)**Tabela III: Dados relativos à recorrência ao SU.**

Recorrência ao SU (%)	T.c.m.-1ºSU	Nº sem acompanhamento (%)	T.c.m.-1ºSU	Nº com acompanhamento (%)	T.c.m.-1ºSU	T.c.m.-1ªc.	Nº óbitos (%)	T.c.m.-m.
Sim: n=197, (67,5%)	75,86	32 (16,2%)	30,44	165 (83,8%)	84,67	22,52	107 (54,3%)	140,27
Não: n=95* (74+21), (32,5%)	---	30 (40,5%)	---	44 (59,5%)	---	19,64	13 (17,6%)	88,77

*Dos que não recorreram ao SU, analisaram-se 74 doentes uma vez que os restante 21 estavam internados quando apresentados na consulta multidisciplinar e faleceram nesse internamento.

T.c.m.-1ºSU. média de tempo (dias) decorrido entre a consulta multidisciplinar e a primeira recorrência ao SU.

T.c.m.-1ªc. média de tempo (dias) decorrido entre a consulta multidisciplinar e a consulta seguinte de acompanhamento.

T.c.m.-m. tempo médio (dias) entre a consulta multidisciplinar e a morte.

Motivo de recorrência ao SU: Registaram-se os 5 primeiros episódios de recorrência ao SU, agrupando-se os motivos em 4 categorias: consequência directa da neoplasia, complicações associadas ao tratamento, infecções e sem relação com a neoplasia/ tratamento. Verificou-se que a maior percentagem de vindas ao SU se devia a consequências directas da neoplasia (Figura 2 e Tabela IV).

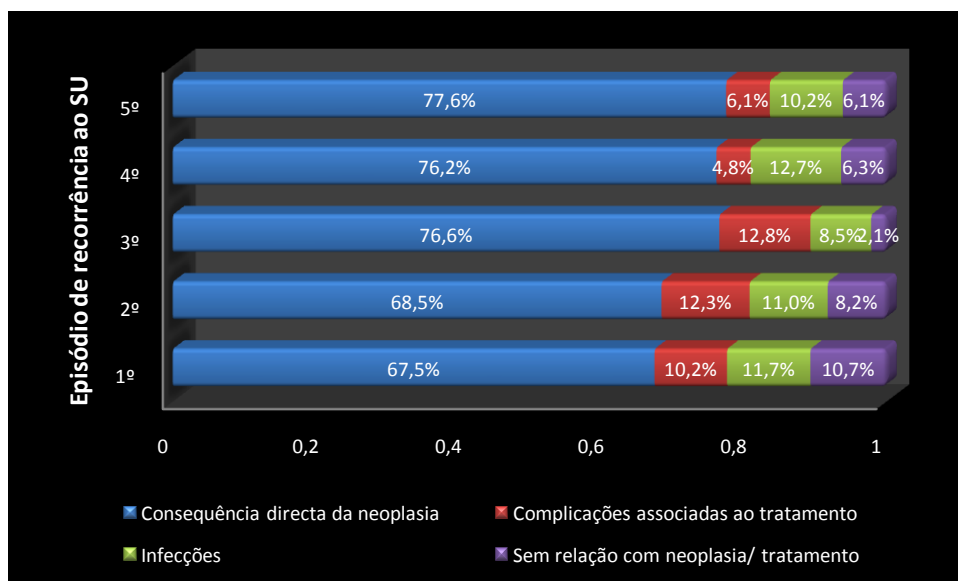
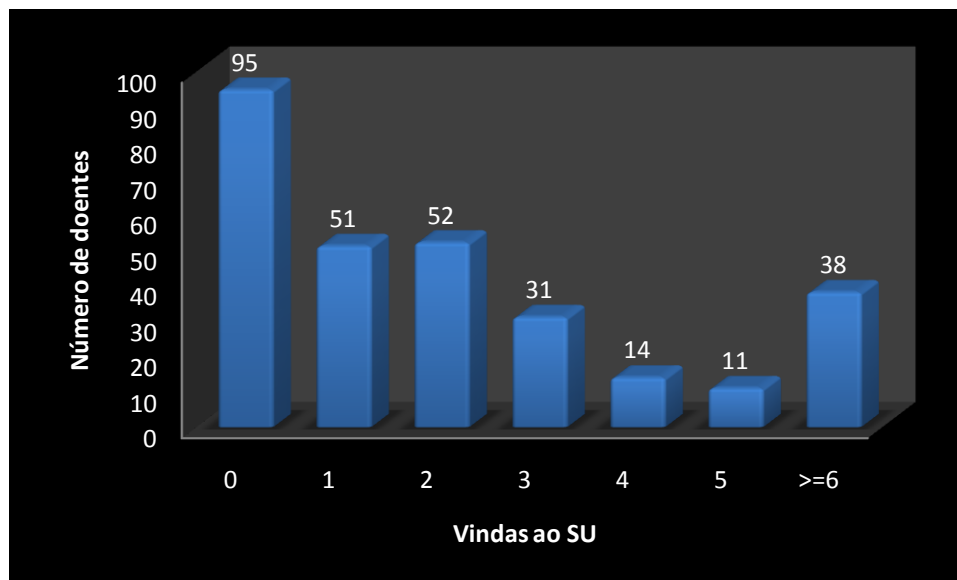


Figura 2: Representação, em percentagem, dos motivos de vinda ao SU ao longo dos 5 primeiros episódios.

Tabela IV: Episódios de recorrência ao SU, em número, distribuídos pelas 4 categorias estabelecidas para os motivos e pelos 5 primeiros episódios.

Motivos	1ª recorrência ao SU	2ª recorrência ao SU	3ª recorrência ao SU	4ª recorrência ao SU	5ª recorrência ao SU
Consequência directa da neoplasia	133	100	72	48	38
Complicações associadas ao tratamento	20	18	12	3	3
Infecções	23	16	8	8	5
Sem relação com neoplasia/ tratamento	21	12	2	4	3
Total de episódios de SU	197	146	94	63	49

Dos doentes que recorreram ao SU (197), 146 (74,1%) fizeram-no mais do que uma vez, sendo o número médio de 3,47 vezes (figura 3). A média tempo decorrido entre as recorrências ao SU foi de 41,25 dias (Tabela V). Registou-se um total de 684 vindas ao SU, sendo que 238 (34,8%) resultaram em internamento.

**Figura 3: Frequência, em número absoluto, de recorrência ao SU pelos 197 doentes.****Tabela V: Dados relativos à recorrência ao SU e ao acompanhamento posterior em ambulatório.**

Recorrência ao SU (%)	Acompanhamento após SU (%)	T.SU- c.	Nº com mais que 1 recorrência (%)	T.entre.SU	Nº óbitos (%)	T.SU- m.
Sim: n=197 (67,5%)	Sim: n=119 (60,4%)	13,25	105 (88,2%)	46,11	94 (79,0%)	21,26
	Não: n=78 (39,6%)	---	41 (52,6%)	28,80	53 (67,9%)	18,77

T.SU-c. média de tempo (dias) decorrido entre a recorrência ao SU e a consulta de acompanhamento seguinte.

T.entre.SU. média de tempo (dias) decorrido entre as várias recorrências ao SU.

T.SU-m. tempo médio (dias) entre a última recorrência ao SU e a morte.

Dos 78 (39,6%) doentes que nunca tiveram uma consulta após um episódio de urgência, 37 (47,4%) ficaram internados nas suas vindas ao SU e 6 (7,7%) morreram no SU. De todos os 197 doentes, registaram-se 74 (37,6%) que tiveram sempre acompanhamento após uma vinda ao SU.

INTERNAMENTO

Da população total em estudo, 167 (57,2%) doentes foram internados pelo menos uma vez, sendo a média do tempo de internamento de 14,46 dias. Quarenta e três (14,7%) doentes estavam internados quando apresentados em consulta multidisciplinar e destes, 21 (48,8%) faleceram nesse internamento.

ÓBITOS (Tabelas VI e VII)

Tabela VI: Dados relativos aos óbitos ocorridos.

Nº Óbitos (%)	Local de morte (%)	T.c.m.-m.	Óbitos / Sem	Acompanhamento	T.c.m.-m.
			SU nem Internamentos	em Ambulatório (%)	
141 (48,3%)	Extra-hospitalar: 42 (29,8%)	126,57	11 /54* (20,4%)	Não: n=3/20 (15%)	49,33
				Sim: n=8 /34** (23,5%)	99,63
	Hospitalar: 99 (70,2%)	112,00	-----	-----	-----

*Verificou-se que 54 (56,8%) doentes não estiveram internados nem recorreram ao SU.

**Para estes 34 doentes, o tempo entre a consulta multidisciplinar e a primeira consulta de acompanhamento foi de 19,06 dias.

T.c.m.-m. tempo médio (dias) entre a consulta multidisciplinar e a morte.

Tabela VII: Tempo entre a última vinda ao hospital e a data de óbito, entre o grupo de doentes que foi acompanhado em ambulatório e os doentes que recorreram ao SU.

	Nº óbitos (%)	T.u.c.-m.	T.u.SU-m.	Nº óbitos extra-hospitalares (%)	T.u.c.-m.	T.u.SU-m.
Com consulta (n=209)	94 (45,0%)	48,36	-----	32 (34,0%)	60,19	-----
Com SU (n=197)	107 (54,3%)	-----	20,03*	29 (27,1%)	-----	38,93

*com uma moda de 2 dias.

T.u.c.-m. média de tempo (dias) decorrido entre a última consulta de acompanhamento e a morte. **T.u.SU-m.** média de tempo (dias) decorrido entre a última recorrência ao SU e a morte.

Uma vez que a moda se encontrava muito distante da media e era um valor baixo, analisou-se o local de morte dos doentes que apresentaram um tempo entre o SU e a morte menor que 10 dias. Foram 53 (49,5%) e destes 37 (69,8%) morreram no internamento, 10 (18,9%) no SU e 6 (11,3%) em meio extra-hospitalar (Figura 4).

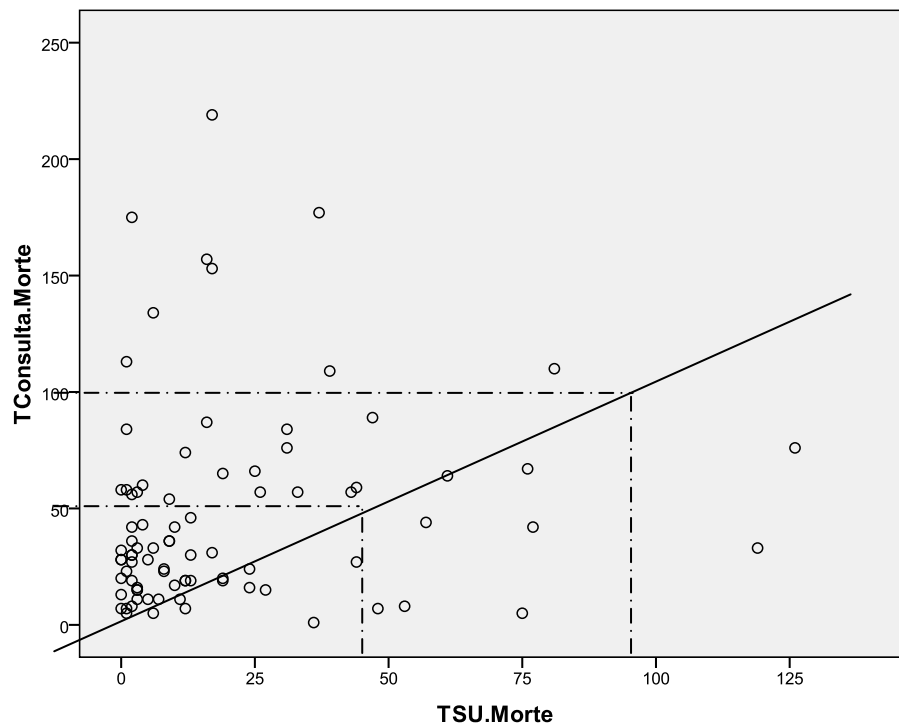


Figura 4: Gráfico de dispersão relativo ao tempo decorrido entre a última consulta e a data de óbito (TConsulta.Morte) e o tempo decorrido entre a última visita ao SU e a data de óbito (TSU.Morte).

Abaixo da linha estão representados os doentes cujo último contacto foi com a consulta e acima da linha os doentes cujo último contacto com o hospital foi no SU.

Local de Morte: Uma vez que os dados foram obtidos através dos registos existentes a nível hospitalar, o local de morte apenas se pôde classificar como sendo no SU, no internamento ou em meio extra-hospitalar (figura 5).

Dos 10 doentes que faleceram no SU, 9 (90,0%) já tinham estado internados pelo menos uma vez. Foi no primeiro internamento que 61 (68,1%) doentes morreram, de um total de 89 que faleceram em internamento.

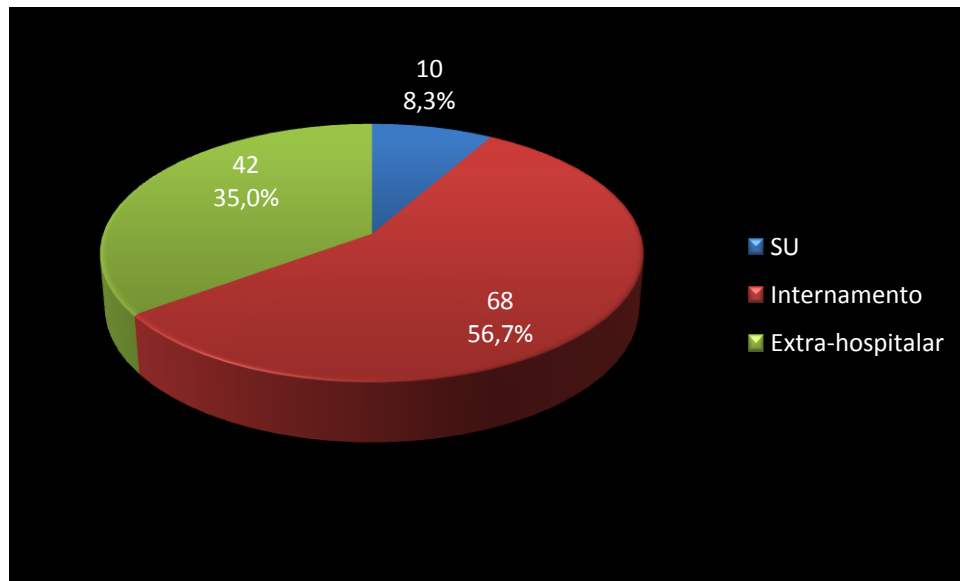


Figura 5: Local de óbito dos 141 (48,3%) doentes que faleceram durante o período analisado (1 ano após a apresentação em consulta multidisciplinar). Foram excluídos os 21 doentes que foram apresentados em consulta multidisciplinar durante o primeiro internamento, no qual faleceram.

DISCUSSÃO:

- Amostra estudada:

Em termos demográficos, a população estudada apresentou uma idade média de 66 anos e uma proporção homem/mulher de 1,7:1, idênticas a outros estudos^[1,12,15,22,32]. Também os diagnósticos mais frequentes foram semelhantes a outros estudos^[1,14,16,20,28,32, 35].

- Acompanhamento:

Apesar de 71,6% dos doentes ter acompanhamento em ambulatório, ainda há um número (62) significativo sem consultas de seguimento hospitalar após a consulta multidisciplinar. O acompanhamento em ambulatório associa-se a uma maior recorrência ao SU ($p=0,001$), no entanto, o tempo decorrido até à primeira vinda ao SU é significativamente maior (85 vs 31 dias; $p=0,0016$). Estes dados sugerem que mesmo os doentes em CP que mantêm consultas no hospital, continuam a ter necessidade de recorrer ao SU, embora habitualmente em fases mais tardias da doença. Esta necessidade traduz, muito provavelmente, a falta de cuidados paliativos organizados no hospital, com equipa de saúde dedicada e especialmente treinadas nesta área e que façam a ligação com os cuidados primários, apoio ao domicílio e com os cuidados terminais, subvertendo o conceito de que o doente em CP deve ser lido fora do ambiente de urgência.

A taxa de mortalidade foi menor nos doentes sem consulta de seguimento apesar de não se verificar uma relação estatisticamente significativa ($p=0,072$). No entanto, os óbitos nesse grupo

muito provavelmente estão a ser sub-declarados. Os doentes que foram acompanhados no ambulatório, apresentaram um intervalo de tempo entre o início de CP e a data de óbito superior (152 vs 72 dias), comparativamente ao grupo que não recebeu acompanhamento. É provável que os doentes sem acompanhamento no hospital estavam em situação clínica mais avançada da sua doença oncológica. Concluiu-se que apesar do tempo que decorre desde a decisão em consulta multidisciplinar até à primeira consulta de seguimento ser em média de 22 dias, é muito menor que o tempo que decorre até à morte (152 dias), o que indicará que a primeira consulta de acompanhamento se realiza ainda atempadamente da fase terminal do doente.

- Recorrência ao SU:

Mais de metade dos doentes (67,5%) teve de recorrer ao SU em média 76 dias após a decisão de tratamento paliativo. No entanto, nos doentes com consulta de seguimento a consulta precedeu as vindas ao SU (23 vs 85 dias). Neste estudo não foi avaliado qual a proporção de doentes que recorrem ao SU por CP. Em estudos publicados^[54,55], as emergências paliativas envolvendo doentes com cancro correspondem a cerca de 3% de todas as recorrências ao SU e avaliando as chamadas de emergência, verificou-se que 39%^[55] ocorriam no último semestre de vida dos doentes mas que 91%^[55] das chamadas foram feitas antes de receberem apoio de CP e que nenhuma das chamadas efectuada por doentes já em CP levou a admissão hospitalar.

Dos 197 doentes que recorreram ao SU, 16,2% não tiveram consulta após decisão de tratamento paliativo e o tempo que decorreu entre a decisão paliativa e a vinda ao SU foi muito menor comparativamente aos que tiveram consulta de seguimento (30 vs 85 dias). No entanto, este valor aproximou-se do tempo decorrido entre a consulta multidisciplinar e a primeira consulta de acompanhamento (23 dias), para os doentes com seguimento no ambulatório. Assim, a ausência desta consulta pode ser uma justificação para estas vindas precoces ao SU.

Dos 74 doentes que não recorreram ao SU, 44 tiveram consultas de seguimento. Nestes, o tempo entre a consulta multidisciplinar e a primeira consulta foi de 20 dias, ou seja, menor que a media global, o que pode justificar a não recorrência ao SU. Entre o grupo que recorreu ao SU e o que não recorreu verificaram-se também médias de tempo diferentes entre a consulta multidisciplinar e a morte (140 vs 89 dias). Este estudo não avaliou as intervenções realizadas no SU, nem a qualidade de vida do doente após cada recorrência ao SU porém, uma possível justificação para a maior sobrevida dos doentes que recorreram ao SU pode ser um maior número de intervenções terapêuticas com intenção curativa, questionando-se, no entanto, se estas atitudes prolongam, futilmente ou não, a vida do doente em CP. Outra justificação propor é que como sobreviveram mais, necessitaram de mais cuidados que não lhes foram oferecidos no ambulatório.

Queixas decorrentes directamente da neoplasia foram a principal causa de recorrência ao SU. Nas vindas seguintes ao SU esse motivo foi cada vez mais prevalente. Também noutros estudos, as duas principais causas de admissões não previstas ao hospital, nos últimos dias de vida foram um fraco controlo dos sintomas físicos e fadiga do cuidador ou incapacidade de ajudar^[35,46,56]. Sendo o controlo dos sintomas e a evicção das recorrências ao SU dois dos objectivos dos CP, torna-se evidente a actual incapacidade de dar respostas às necessidades destes doentes.

Por outro lado, quase dois terços (65,2%) das vindas ao SU não se seguiram de internamento, considerando-se assim que não foram vindas válidas pois os cuidados poderiam ser prestados em casa se existisse uma rede de CP domiciliários.

Uma percentagem significativa dos doentes (74,1%) recorreu ao SU mais do que uma vez, sendo o tempo entre os recursos ao SU menor que o tempo entre a decisão de palição e a primeira vinda ao SU (41 vs 76 dias). Admitindo que os sintomas se agravam ao longo do tempo e que os doentes têm maior necessidade de cuidados de saúde (e não os têm no domicílio), será necessário organizar a capacidade de resposta dos CP. Mais uma vez, estes dados sugerem que ao longo do tempo o acompanhamento em ambulatório não deu resposta às necessidades dos doentes.

Assumindo que a recorrência ao SU, que idealmente deveria ser evitada, teve um motivo consistente para o doente o fazer, deveria ser sempre seguida de consulta de CP. No entanto, apenas 37,6% dos doentes que recorreram ao SU tiveram sempre esse acompanhamento.

Paralelamente, 60,4% dos doentes que recorreram ao SU tiveram consulta de seguimento, em média nos 13 dias seguintes ao episódio de SU. Comparativamente ao grupo de doentes que não teve uma consulta após o episódio de SU, o acompanhamento distancia a necessidade de vinda ao SU. O tempo entre recorrências ao SU e o tempo entre a última observação no SU e a data de óbito foram maiores, 46 vs 29 dias e 21 vs 19 dias, respectivamente.

Para os doentes e familiares que optam por morrer em casa, se nos dias finais não está disponível um suporte sustentado, muitos dos cuidadores não serão capazes de aguentar a angústia e o doente terá de passar por uma hospitalização não planeada nas últimas horas de vida. Estas situações podem ser evitadas se uma equipa médica e de enfermagem preparar a família, visitar frequentemente o doente no domicílio e se mantiver disponível^[32]. Torna-se evidente a importância da integração de ECP nos cuidados de emergência primária dos doentes paliativos. Devem ser estruturados planos e medicações de emergência para os cuidadores estarem preparados para estas situações, de modo a que as indesejáveis admissões hospitalares possam ser reduzidas.

O doente ser acompanhado fora do ambiente de urgência é tão importante para ele como para o hospital pois diminui o número de vindas “desnecessárias” ao SU, diminuindo significativamente os custos com intervenções desajustadas. Uma parte significativa dos recursos

para os cuidados de saúde é consumida no fim de vida^[19]. Um estudo recente^[24], verificou que 21% dos custos dos cuidados de saúde eram consumidos nos últimos 6 meses de vida. Os CP hospitalares estão associados com reduções significativas de custos por dia e nos custos totais^[45,49] e podem gerar poupanças substanciais ao sistema de saúde. Os CP reduzem significativamente os custos em adultos que morrem durante a última hospitalização, mesmo que a média de dias de internamento seja maior para os que recebem CP versus os que não recebem^[6]. Verificam-se^[38] reduções ao nível dos custos directos por admissão, custos directos por dia e significativas reduções a nível da farmácia, laboratório e Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) comparativamente aos doentes em cuidados gerais.

Com estes dados justifica-se a toma de medidas que possam aumentar a qualidade de cuidados prestados e, simultaneamente, a obtenção de uma melhor relação custo-benefício.

- Internamento:

Mais de metade (57,2%) dos doentes tiveram pelo menos 1 internamento com um tempo médio de duração de 14 dias. Dados semelhantes aos apresentados noutros estudos^[4,9] em que cerca de 60% dos doentes em CP foram hospitalizados pelo menos uma vez e em que a percentagem aumentou exponencialmente nas últimas semanas antes da morte. Estas curtas admissões nos últimos dias de vida, tal como já referido, devem ser prevenidas de modo a tornar a morte no domicílio mais factível. A integração dos serviços de CP pode melhorar a qualidade de vida destes doentes críticos^[34].

A importância de proporcionar ao doente CP e não cuidados gerais, tem também um papel a este nível pois estudos mostram que intervenções proactivas de CP diminuíram significativamente o tempo de internamento na UCI^[15], a duração da hospitalização^[15], o uso de tratamentos para sustentar a vida^[15] e proporcionaram uma melhor qualidade de vida no aspecto físico com menor frequência de internamentos^[28].

- Óbitos:

Registaram-se 48,3% de óbitos na população estudada, verificando-se a morte em média 127 dias após a decisão na consulta multidisciplinar, um período longo relativamente a outros estudos (29 dias^[12], 61 dias^[16] e 56-111 dias^[35]). Neste estudo estão incluídos doentes para os quais foi decidido quimioterapia paliativa o que pode justificar esta sobrevivência média mais longa.

Em estudos que compararam taxas de mortalidade entre doentes acompanhados por uma ECP e internados numa Unidade de Cuidados Paliativos (UCP), verificaram-se mortalidades de 11%^[35] e 35%^[35] respectivamente, sendo que 50%^[15,35] da população referenciada e mais de 33%^[15,35] dos

admitidos na UCP tiveram alta vivos. Ambas as taxas de mortalidade são inferiores à apresentada neste estudo e tal pode-se dever ao facto destas instituições terem um planeamento da alta hospitalar mais desenvolvido.

Dos 54 doentes que não recorreram ao SU nem estiveram internados, 20 não foram vigiados em consultas de seguimento no hospital. Estes apresentaram um tempo entre a consulta multidisciplinar e a morte de 49 dias, muito menor do que os 34 que tiveram acompanhamento (100 dias). Há que considerar a possibilidade dos doentes estarem a ser seguidos fora deste hospital por equipas dedicadas, nomeadamente instituições particulares ou de solidariedade, ou mesmo por outros hospitais regionais. Uma possível hipótese a ser colocada para esta diferença de resultados, já observada anteriormente, é que estes doentes, já numa situação clínica mais avançada, podem estar a ser seguidos por serviços hospitalares não orientados para os cuidados paliativos mas sim curativos em que a equipa médica hospitalar se demita de acompanhar doentes com uma esperança média de vida muito curta, uma característica inerente à medicina curativa em oposição à medicina paliativa.

O tempo decorrido entre o último SU e a morte foi menor do que o decorrido entre a última consulta e a morte (20 vs 48 dias). Assim, o último contacto do doente com o hospital foi no SU/internamento e não na consulta, evidenciando mais uma vez a falta de cuidados paliativos organizados na instituição. Deste modo transparece a ideia que apesar de a consulta ser o primeiro contacto para a maioria dos doentes, o acompanhamento ao longo do tempo vai dando menos resposta às necessidades do doente, uma falha que possivelmente seria colmatada se existissem cuidados domiciliários e uma ECP. Estudos documentam que em 55%^[16] dos doentes, a última consulta ocorreu nas 48 horas prévias à morte e em 25%^[16] entre a semana e o mês anteriores à morte, deixando os resultados encontrados muito distantes.

Escolher um local para os cuidados no fim de vida é um importante tema para doentes oncológicos^[35]. Há referência^[39] a que as preferências mudam ao longo do tempo e surgem de ideias, por vezes, pouco formadas, em que os doentes são influenciados por um desejo conflituoso entre se sentirem confortáveis e a sua relutância em sobrecarregar os cuidadores. Um fraco controlo sintomático é causa frequente de admissões hospitalares não planeadas sendo também um dos medos expressos por muitos dos doentes paliativos, levando-os a escolher o hospital ou a UCP em vez da sua casa, como local para morrer^[56]. Apesar de neste estudo não ter sido avaliada a preferência de cada doente quanto ao local de morte, segundo estudos publicados^[5,12,32,34,35,41,55], o domicílio é o preferido (com taxas de 46% a 93,5%), sendo também objectivo dos CP proporcionar uma morte com a melhor qualidade possível no local que o doente prefere e num ambiente agradável.

Porém, pode-se verificar que a maioria dos doentes faleceu no internamento, e não em meio extra-hospitalar como seria desejável. A percentagem de mortes hospitalares aqui encontrada (70,2%), encontra-se, no entanto, de acordo com outros estudos^[12,20,34,41]. A possível razão para estas taxas elevadas é a hospitalização frequente antes da morte.

A morte extra-hospitalar avaliada neste estudo pode não ter ocorrido no domicílio mas em unidades de cuidados continuados, lares ou em outras entidades de apoio^[23], no entanto encontra-se muito abaixo (29,8%) das verificadas em publicações referentes a CP bem estruturados, que contam com percentagens de morte domiciliária de 42,5%^[7], 57,9%^[5], 63,6%^[10] e 70%^[55] e que proporcionam a preservação da qualidade de vida nas diversas fases da doença. No Reino Unido, em 1995, a percentagem de morte domiciliária era idêntica à encontrada neste estudo (28,1%)^[32], e tem vindo a diminuir (22,1% em 2003^[21]), verificando-se um aumento ao nível das instituições particulares. A morte hospitalar estava associada a uma menor frequência de visitas domiciliárias da ECP. A visita domiciliária da enfermagem ou do médico no trimestre anterior mostrou-se inversamente proporcional a morrer no hospital^[1].

Apesar de não haver diferenças no processo e qualidade de morrer em casa e no hospital^[22], deve-se pensar em expandir estruturas de cuidados em locais apropriados, capazes de responder às necessidades e aumentar a qualidade dos cuidados terminais em casa, nos hospitais, “*hospices*” e em lares. Entre outras estratégias, a criação de equipas de saúde que prestam cuidados no domicílio^[2,3,7,8,10,11,13,29,31,36,37] e a disponibilização de terapêutica de urgência no domicílio, usada para aliviar os sintomas em CP^[56] levaram a resultados positivos no aumento das taxas de mortalidade extra-hospitalar, com maior satisfação para o doente e familiares.

De destacar ainda que numa grande parte dos doentes que faleceram em meio hospitalar (37), o óbito não ocorreu na primeira vinda ao hospital podendo por isso terem sido evitadas estas mortes neste local e terem-se programado para ocorrerem no domicílio.

Uma limitação deste estudo é não ser possível avaliar a frequência e intensidade dos sintomas físicos e/ou emocionais dos membros da família/cuidadores. Próximos estudos devem avaliar a angústia da família/cuidadores e o impacto da intervenção de ECP nesse aspecto.

Num tempo de desafios económicos, os CP devem ser vistos como fornecedores de serviços de um modo mais efectivo e eficiente^[24]. É tempo de investir nos CP e de os reconhecer como uma necessidade.

Este estudo demonstra que existe campo para aperfeiçoar e expandir a prestação de CP quer ao nível da melhoria de cuidados, quer da sua eficiência. Talvez seja mais eficiente investir numa ECP que preste cuidados domiciliários, tal como já acontece noutras instituições e como está apoiado

pela literatura^[4,7,10,12,25,28,32,48,51]. O desenvolvimento do apoio domiciliário e a disponibilidade de terapêutica domiciliária para as situações urgentes, UCP integradas a nível hospitalar e a criação de “hospices” poderão ser soluções para o futuro.

Espera-se que mais investigação possa surgir nesta área para que as estratégias futuras tenham o fundamento necessário para obter o sucesso pretendido.

BIBLIOGRAFIA:

1. Aabom B, Kragstrup J, Vondeling H, Bakketeig LS, Støvring H (2005) **Population-based study of place of death of patients with cancer: implications for GPs.** Br J Gen Pract 55:684–689.
2. Al-Qurainy R, Collis E, Feuer D (2009) **Dying in an acute hospital setting: the challenges and solutions.** Int J Clin Pract. 63(3):508-515.
3. Araújo LZS, Araújo CZS, Souto AKBA, Oliveira MS (2009) **Cuidador principal de paciente oncológico fora de possibilidade de cura, repercussões deste encargo.** Revista Brasileira de Enfermagem 62(1): 32-37.
4. Beccaro M, Costantini M, Merlo DF and the ISDOC Study Group (2007) **Inequity in the provision of and access to palliative care for cancer patients. Results from the Italian survey of the dying of cancer (ISDOC).** BMC Public Health 7:66.
5. Beccaro M, Costantini M, Rossi PG, Miccinesi G, Grimaldi M, Bruzzi P (2006) **Actual and preferred place of death of cancer patients. Results from the Italian survey of the dying of cancer (ISDOC).** J Epidemiol Community Health 60:412–416.
6. Bendaly EA, Groves J, Juliar B, Gramelspacher GP (2008) **Financial impact of palliative care consultation in a public hospital.** J Palliat Med 11(10):1304-8.
7. Bettega RTC, Bozza SM, Kranski ET (2005) **Perfil do Atendimento Domiciliar ao Paciente Oncológico Fora de Possibilidades Terapêuticas no HEG** Prática Hospitalar, ano VII, número 41.
8. Block L, Deschepper , Bossuyt N, Drieskens K, Bauwens S, Casteren V, Deliens L (2008) **Care for Patients in the Last Months of Life The Belgian Sentinel Network Monitoring End-of-Life Care Study.** Arch Intern Med 168(16):1747-1754.
9. Block L, Deschepper R, Drieskens K, Bauwens S, Bilsen J, Bossuyt N and Deliens L (2007) **Hospitalisations at the end of life: using a sentinel surveillance network to study hospital use and associated patient, disease and healthcare factors.** BMC Health Services Research 7:69.

10. Bonaldi A, Parazzini F, Corli O, Lodetti L, on behalf of the Gruppo di Studio Progetto Piano Urbano (2009) **Palliative care at home in cancer patients in Milan.** European Journal of Palliative Care 16(1):40-42.
11. Burge FI, Lawson B, Critchley P and Maxwell D (2005) **Transitions in care during the end of life: changes experienced following enrolment in a comprehensive palliative care program.** BMC Palliative Care 4:3.
12. Chvetzoff G, Perol D, Devaux Y, Lancry L, Rebattu P, Magnet M, Dubost E, Bertrands M, Garcon C, Thevenet G, Gobet S, Arbiol E, Saltel P (2006) **Étude prospective de qualité des soins et de qualité de vie chez des patients cancéreux en phase palliative, en hospitalisation ou à domicile : analyse intermédiaire de l'étude Trapado.** Bulletin du Cancer 93(2):213-21.
13. Davies E, Linklater KM (2006) **How is place of death from cancer changing and what affects it? Analysis of cancer registration and service data.** British Journal of Cancer 95:593-600.
14. Decker SL, Higginson IJ (2006) **A tale of two cities: Factors affecting place of cancer death in London and New York.** European Journal of Public Health 17(3):285–290.
15. Delgado-Guay MO, Parsons HA, Li Z, Palmer LJ, Bruera E (2009) **Symptom distress, interventions, and outcomes of intensive care unit cancer patients referred to a palliative care consult team.** Cancer 115(2):437-45.
16. Dumitrescu L, Heuvel-Olaroiu M, Heuvel WJA (2007) **Changes in Symptoms and Pain Intensity of Cancer Patients After Enrollment in Palliative Care at Home.** J Pain Symptom Manage 34(5):488-496.
17. Edwards A, Hirst P (2007) **Supporting palliative care in care homes – the way forward?** European Journal of Palliative Care. 12(2).
18. Ewing G, Farquhar M, Booth S (2009) **Delivering palliative care in an acute hospital setting: views of referrers and specialist providers.** J Pain Symptom Manage 38(3):327-40.
19. Fassbender K, Fainsinger RL, Carson M, Finegan BA (2009) **Cost trajectories at the end of life: the Canadian experience.** J Pain Symptom Manage 38(1):75-80.
20. Gatrell AC, Harman JC, Francis BJ, Thomas C, Morris SM and McIlmurray M (2003) **Place of death: analysis of cancer deaths in part of North West England.** Journal of Public Health Medicine 25(1):53–58.
21. Gomes B, Higginson IJ (2008) **Where people die (1974–2030): past trends, future projections and implications for care.** Palliat Med. 22(1):33-41.
22. Heide A, Vogel-Voogt E, Visser AP, Rijt CCD, Maas PJ (2007) **Dying at home or in an institution: perspectives of Dutch physicians and bereaved relatives.** Support Care Cancer 15:1413–1421.

23. Higginson IJ, Astin P, Dolan S (1998) **Where do cancer patients die? Ten-year trends in the place of death of cancer patients in England.** Palliat Med. 12(5):353-63.
24. Higginson IJ, Foley KM (2009) **Palliative care: no longer a luxury but a necessity?** J Pain Symptom Manage 38(1):1-3.
25. Higginson IJ, Hart S, Burman R, Silber E, Saleem T and Edmonds P (2008) **Randomised controlled trial of a new palliative care service: Compliance, recruitment and completeness of follow-up.** BMC Palliative Care 7:7.
26. Hughes PM, Bath PA, Ahmed N, Noble B (2009) **What progress has been made towards implementing national guidance on end of life care? A national survey of UK general practices.** Palliat Med. [Epub ahead of print].
27. Jemal A, Siegel R, Ward E, Hao Y, Xu J, Thun MJ (2009) **Cancer Statistics, 2009.** CA Cancer J Clin 59(4):225-249.
28. Kim SH, Chung BY, Xu Y (2009) **Evaluation of a Home-Based Hospice and Palliative Care Program in a Community Health Center in Korea.** Asian Nursing Research 3(1):24-30.
29. Lucey M (2009) **Improving governance, knowledge management and teamwork in palliative care.** European Journal of Palliative Care 16(4):196-198.
30. Markou N, Demopoulou E, Myrianthefs P (2008) **The critically ill patient with cancer - indications for Intensive Care Unit admission and outcomes.** J BUON. 13(4):469-78.
31. McIlfratrick SJ, Fitzsimons D, Johnston G, McConkey R, Cupples M, Barr O, Hasson F (2009) **Reform and modernisation: developing a new service model for palliative care.** European Journal of Palliative Care 16(3):131-135.
32. McWhinney IR, Bass MJ, Orr V (1995) **Factors associated with location of death (home or hospital) of patients referred to a palliative care team.** Can Med Assoc J 152(3):361-367.
33. Meeussen K, Van den Block L, Bossuyt N, Bilsen J, Echteld M, Van Casteren V, Deliens L (2009) **GPs' awareness of patients' preference for place of death.** Br J Gen Pract. 59(566):665-70.
34. Meier DE (2006) **Palliative Care in Hospitals.** Journal of Hospital Medicine 1(1):21-28.
35. Miyashita M, Arai K, Yamada Y, Owada M, Sasahara T, Kawa M, Mukaiyama T (2009) **Discharge from a palliative care unit: prevalence and related factors from a retrospective study in Japan.** J Palliat Med 12(2):142-9.
36. Montel S, Laurence V, Copel L, Pacquement H, Flahault C. (2009) **Place of death of adolescents and young adults with cancer: first study in a French population.** Palliat Support Care 7(1):27-35.
37. Morita T, Imura C, Fujimoto K, Shishido H, Tei Y, Inoue S. (2005) **Changes in medical and nursing care in cancer patients transferred from a palliative care team to a palliative care unit.** J Pain Symptom Manage 29(6):595-602.

38. Morrison RS, Penrod JD, Cassel JB, Caust-Ellenbogen M, Litke A, Spragens L, Meier DE, for the Palliative Care Leadership Centers' Outcomes Group (2008) **Cost Savings Associated With US Hospital Palliative Care Consultation Programs**. Arch Intern Med 168(16):1783-1790.
39. Munday D, Petrova M, Dale J (2009) **Exploring preferences for place of death with terminally ill patients: qualitative study of experiences of general practitioners and community nurses in England**. BMJ 338:b2391.
40. Murray MA, O'Connor A, Stacey D and Wilson KG (2008) **Efficacy of a training intervention on the quality of practitioners' decision support for patients deciding about place of care at the end of life: A randomized control trial: Study protocol**. BMC Palliative Care 7:4.
41. Mystakidou K, Parpa E, Tsilika E, Galanos A, Patiraki E, Tsiatas M, Vlahos L (2009) **Where do cancer patients die in Greece? A population-based study on the place of death in 1993 and 2003**. J Pain Symptom Manage 38(2):309-14.
42. Neergaard MA, Vedsted P, Olesen F, Sokolowski I, Jensen AB, Søndergaard J (2009) **Associations between home death and GP involvement in palliative cancer care**. Br J Gen Pract.;59(566):671-7.
43. O'Mahony S, Blank A, Simpson J, Persaud J, Huvane B, McAllen S, Davitt M, McHugh M, Hutcheson A, Karakas S, Higgins P, Selwyn P (2008) **Preliminary report of a palliative care and case management project in an emergency department for chronically ill elderly patients**. J Urban Health 85(3):443-51.
44. O'Mahony S, McHenry J, Blank AE, Snow D, Karakas SE, Santoro G, Selwyn P, Kvetan V (2009) **Preliminary report of the integration of a palliative care team into an intensive care unit**. Palliat Med. [Epub ahead of print].
45. Paz-Ruiz S, Gomez-Batiste X, Espinosa J, Porta-Sales J, Esperalba J (2009) **The Costs and Savings of a Regional Public Palliative Care Program: The Catalan Experience at 18 Years**. J Pain Symptom Manage 38(1):87-96.
46. Radbruch L (2008) **Palliative care in Europe: experiences and the future**. European Journal of Palliative Care 15(4):186-189.
47. Shipman C, Gysels M, White P, Worth A, Murray SA, Barclay S, Forrest S, Shepherd J, Dale J, Dewar S, Peters M, White S, Richardson A, Lorenz K, Koffman J, Higginson IJ (2008) **Improving generalist end of life care: national consultation with practitioners, commissioners, academics, and service user groups**. BMJ 337:a1720.
48. Silva RCF, Hortale VA (2006) **Cuidados paliativos oncológicos: elementos para o debate de diretrizes nesta área**. Caderno de Saúde Pública, 22(10):2055-2066.

49. Smith TJ, Cassel JB (2009) **Cost and non-clinical outcomes of palliative care.** J Pain Symptom Manage 38(1):32-44.
50. Taylor DH Jr (2009) **The effect of hospice on Medicare and informal care costs: the U.S. Experience.** J Pain Symptom Manage 38(1):110-4.
51. Tidsskr Nor Lægeforen (2005) **Nursing homes as arenas of terminal care: practical aspects.** Medisin Og Vitenskap 125:1352-4.
52. Veiga AAB, Barros CAM, Couto PJR, Vieira PMS (2009) **Pessoa em fase final de vida: que intervenções terapêuticas de enfermagem no serviço de urgência?** Revista Referência II(10): 47-56.
53. Watters C (2005) **The benefits of home care for the terminally ill** European Journal of Palliative Care. 4(3).
54. Wiese CHR, Graf BM, Hanekop GG (2009) **Palliative care and emergency medicine: how can they work together?** European Journal of Palliative Care 16(5): 245-248.
55. Wiese CHR, Vossen-Wellmann A, Morgenthal HC, Popov AF, Graf BM, Hanekop GG (2008) **Emergency calls and need for emergency care in patients looked after by a palliative care team: Retrospective interview study with bereaved relatives.** BMC Palliative Care 7:11.
56. Wowchuk SM, Wilson EA, Embleton L, Garcia M, Harlos M, Chochinov HM (2009) **The palliative medication kit: an effective way of extending care in the home for patients nearing death.** J Palliat Med 12(9):797-803.