

**A ÚLTIMA INTERNAÇÃO HOSPITALAR DOS
PACIENTES COM CÂNCER QUE EVOLUÍRAM A
ÓBITO INTRA-HOSPITALAR: ANÁLISE DOS
PACIENTES DO CENTRO DE TRATAMENTO E
PESQUISA - HOSPITAL DO CÂNCER - A.C.
CAMARGO**

CÍSIO DE OLIVEIRA BRANDÃO

**Dissertação apresentada à Fundação Antônio
Prudente para a obtenção do título de Mestre em
Ciências.**

Área de concentração: Oncologia

Orientadora: Prof^a. Dra.

Maria do Rosário Dias de Oliveira Latorre

Co-orientador:

Dr: Daniel Deheinzelin

São Paulo

2003

FICHA CATALOGRÁFICA

**Preparada pela Biblioteca do Centro de Tratamento e Pesquisa
Hospital do Câncer A.C. Camargo**

Brandão, Císio de Oliveira

A última internação hospitalar dos pacientes com câncer que evoluíram a óbito intra-hospitalar: análise dos pacientes do Centro de Tratamento e Pesquisa – Hospital do Câncer- A.C. Camargo /
Císio de Oliveira Brandão -- São Paulo, 2003.

99p.

Dissertação(mestrado)-Fundação Antônio Prudente.

Curso de Pós-Graduação em Ciências-Área de concentração:
Oncologia.

Orientadora: Maria do Rosário Dias de Oliveira Latorre.

Descritores: 1. CÂNCER. 2. PACIENTE TERMINAL. 3.
HOSPITALIZAÇÃO.

“Para fazer bem qualquer coisa você precisa ter a humildade de tropeçar aqui e ali, de seguir seu faro, de se perder de vez em quando, de cometer erros elementares. Tenha a coragem para enfrentar uma tarefa encarando a possibilidade de realizá-la mal. As vidas medíocres são marcadas pelo temor de não parecer capaz de tentar algo novo”.

Epicteto (55 d.C-135 d.C.)

DEDICATÓRIA

A memória do meu pai Antônio Lopes Brandão

Á minha mãe Etelvina de Oliveira Brandão

**Aos meus irmãos: Cléber, Cláudio,
César e Clésio**

*À Juliana, por ter dividido e vivido comigo tantos
momentos importantes e tão bons....*

AGRADECIMENTOS

À Profª Dra Maria do Rosário Dias de Oliveira Latorre **que pacientemente e com muita maestria me conduziu brilhantemente ao caminho da pesquisa científica.**

Ao Profº Dr Daniel Deheinzelin **por acreditar nesse trabalho e pelo seu contínuo apoio.**

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), **pela bolsa de estudos de mestrado.**

Às Dras Janet Hardy, Julia Riley e Karen Broadley, **pelos ricos ensinamentos durante meu tempo de fellowship em Medicina Paliativa no Royal Marsden Hospital em Londres.**

À Cíntia Bernardes, **amiga e irmã, sempre presente em todos os momentos da minha vida.**

A Sra Suely Francisco, bibliotecária do Hospital do Câncer pela ajuda incansável, pelo carinho e amizade.

À todos os funcionários da biblioteca **Adriana, Alessander, Francyne e Rosi**, meu eterno agradecimento.

Ao Sr e Sra Hélio e Sandra de Almeida Camargo pelo incentivo, compreensão e sobretudo pelo respeitoso carinho que sempre me deram.

À Sra Hirde Contesini e a todos os funcionários do SAME, pelo profissionalismo e constante simpatia.

À Sra Ana Maria Kuninari e Sra Márcia Hiratani, pelo brilhantismo com que coordenam o curso de pós graduação da Fundação Antônio Prudente e pela amizade.

RESUMO

Brandão CO. **A última internação hospitalar dos pacientes com câncer que evoluíram a óbito intra-hospitalar: análise dos pacientes do Centro de Tratamento e Pesquisa - Hospital do Câncer - A.C. Camargo.** São Paulo; 2003. [Dissertação de Mestrado-Fundação Antônio Prudente].

OBJETIVO: Caracterizar a última internação hospitalar dos pacientes portadores de câncer que evoluiu a óbito intra-hospitalar em 2000 no Centro de Tratamento e Pesquisa Hospital do Câncer – A.C. Camargo. **MATERIAL E MÉTODOS:** Este é um estudo transversal com avaliação retrospectiva, tendo como população de estudo os pacientes adultos portadores de câncer que foram atendidos no Centro de Tratamento e Pesquisa Hospital do Câncer - A. C Camargo, e evoluíram a óbito intra-hospitalar no período compreendido entre janeiro a dezembro de 2000. Os dados foram coletados através de pesquisa nos prontuários médicos e anotados em formulário específico. **RESULTADOS:** Do total de 673 óbitos, 531 preencheram os critérios de inclusão para análise. A média de idade na última internação foi de 59,8 anos (desvio padrão = 15,3) com variação de 18,9 a 97,0 anos (mediana= 60,7 anos). A maioria dos pacientes tinha cor de pele branca (88,9%) e morreram na enfermaria (79,3%). O tempo médio de hospitalização foi de 14,9 dias, com variação de 1 a 318 dias. Os tumores do trato gastrointestinal (21,3%), mama (14,3%), pulmão e mediastino (11,1%) e genitourinário (10,2%) foram os mais frequentes e o diagnóstico da causa básica do óbito seguiu a mesma distribuição. Os sintomas mais frequentes foram dispnéia (73,1%), dor (58,4%), astenia (46,7%), agitação (46,5%), infecção (45%) e inapetência (40,7%). A maioria dos pacientes não recebeu quimioterapia (95,7%) na última internação e nem tratamento cirúrgico (71,6%). As medicações mais usadas foram os opióides (83,6%), antibióticos (45,8%), benzodiazepínicos (42,9%) e esteróides (40,9%) e transfusão de hemoderivados (37,5%). Apenas 9,6% dos pacientes receberam

acompanhamento com psicólogo ou psiquiatra. A média de internação foi maior nos pacientes do sexo masculino ($p=0,038$), nos pacientes que morreram na UTI ($p=0,002$) e que apresentaram na última internação sintomas como ansiedade ($p<0,001$), anemia ($p<0,001$), constipação ($p<0,001$), depressão ($p<0,001$), infecção ($p<0,001$), náuseas e vômitos ($p<0,001$), dor ($p=0,002$), inapetência ($p=0,005$) e diarreia ($p=0,015$). Apesar da baixa frequência, os pacientes que receberam quimioterapia ativa ($p<0,001$), radioterapia paliativa ($p<0,001$) e cirurgia ativa ou paliativa ($p<0,001$) apresentaram uma maior média no período de hospitalização, assim como os pacientes que fizeram uso de antidepressivos ($p<0,001$), antifúngicos ($p<0,001$), benzodiazepínicos ($p<0,001$), esteróides ($p=0,002$) e ainda naqueles que receberam hemoderivados ($p<0,001$). Cerca de 76% dos pacientes recebeu diagnóstico de RHD e os pacientes que receberam tal diagnóstico antes da última internação apresentaram uma média menor no tempo de hospitalização ($p<0,001$). O sexo masculino foi o que menos recebeu diagnóstico de RHD ($p=0,025$) e a maioria dos óbitos constatados na UTI não tinha recebido diagnóstico de RHD. Sintomas como anemia ($p<0,001$), diarreia ($p<0,001$) e infecção ($p<0,001$), náusea ($p=0,008$), cefaléia ($p=0,024$) foram mais frequentes nos pacientes que não tiveram diagnóstico de RHD constipação ($p<0,001$) e agitação ($p=0,049$) foram mais frequentes nos pacientes que receberam diagnóstico de RHD antes da última internação. O uso maior de antibióticos ($p<0,001$), antifúngicos ($p<0,001$), e benzodiazepínicos ($p<0,001$), foi mais frequente nos pacientes que não receberam diagnóstico de RHD assim como o uso de hemoderivados ($p<0,001$). Fentanil e tramadol endovenosos foram mais usados nos pacientes sem diagnóstico de RHD ($p<0,001$). O uso de dolantina ($p<0,001$), morfina via oral ($p=0,016$), morfina endovenosa ($p=0,006$) foram mais frequentes nos pacientes que receberam diagnóstico de RHD antes da última internação. Os pacientes que não receberam diagnóstico de RHD também foram os que mais receberam atendimento por fisioterapeutas ($p<0,001$) e nutricionistas ($p=0,031$).

SUMMARY

Brandão CO. [The last cancer patient patient hospital stay: an analyse of Hospital do Cancer patients of Sao Paulo]. São Paulo; 2003. [Dissertação de Mestrado-Fundação Antônio Prudente].

OBJECTIVE: This study was designed to characterize the last cancer patient in-hospital stay who received death certificate in the year 2000 at Centro de Tratamento e Pesquisa - Hospital do Câncer- A.C. Camargo, in Sao Paulo, Brazil. **PATIENTS AND METHODS:** This is a cross sectional with a retrospective analysis study of adults cancer patients who received treatment at the Hospital do Câncer and also received death certificate in the last hospital stay between January and December 2000. **RESULTS:** The medical records of 531 of 673 patients were analyzed. The mean age was 59.8 years (range, 18.9 – 97.0 years) (median= 60.7 years). Most patients were white skin color (88.9%) and died in the ward (79.3%). The duration of the last hospital stay varied between 1 and 318 days (mean = 14.9 days). The most frequent tumors sites were gastrointestinal (21.3%), breast (14.3%), lung and mediastin (11.1%) and genital tract (10.2%). The basic cause of death had similar distribution. The most frequent symptoms were dyspnea (73.1%), pain (58.4%), asthenia (46.7%), agitation (46.5%), infection (45%) and anorexia (40.7%). The majority of patients did not received chemotherapy (95.7%) and surgery (71.6%) in the last admission prior death. Opioids were prescribed in 83.6%, antibiotics in 45.8%, benzodiazepines in 42.9%, steroids in 40.9% and 37.5% of patients received blood transfusion in the last admission. Only 9.6% of patients received care from psychologist and psychiatrist. The mean duration was bigger in male gender ($p=0.038$), patients who died in the ICU ($p=0.002$) and presented in the last admission anxiety ($p<0.001$), anemia ($p<0.001$), constipation ($p<0.001$), depression ($p<0.001$), infection ($p<0.001$), nausea and vomiting ($p<0.001$), pain ($p=0.002$), anorexia ($p=0.005$) and diarrhea ($p=0.015$). Despite the low frequency, patients who received active

chemotherapy ($p<0.001$), palliative radiotherapy ($p<0.001$) and active or palliative surgery ($p<0.001$) spent more time in hospital, also patients who received antidepressive ($p<0.001$), antifungal ($p<0.001$), benzodiazepines ($p<0.001$), steroids ($p=0.002$) and patients who received blood transfusion ($p<0.001$). About 76% of patients received TCP diagnosis; patients who received TCP diagnosis before the last admission presented a low mean in-hospital stay ($p<0.001$). The male gender received less TCP diagnosis ($p=0.025$) and the majority of deaths occurred in ICU did not received TCP diagnosis. Anemia ($p<0.001$) diarrhea ($p<0.001$), infection ($p<0.001$), nausea ($p=0.008$) and headache ($p=0.024$) were more frequent in patients without TCP diagnosis anorexia ($p<0.001$), constipation ($p<0.001$), vomits ($p<0.001$) agitation ($p=0.049$) were more frequent in patients who received TCP diagnosis during the last hospital. Patients who did not receive TCP diagnosis presented more use of antibiotics ($p<0.001$), antifungal ($p<0.001$), benzodiazepines ($p<0.001$) and blood transfusion as well ($p<0.001$). Fentanil and tramadol endovenosos presented more use in patients without a TCP diagnosis ($p<0.001$). Dolantina ($p<0.001$), morfina po ($p=0.016$), morfina ev ($p=0.006$) it was more frequent in patients who received a PCT diagnosis before the last admission. Patients who did not received a PCT diagnosis also presented more likely to receive a physiotherapy and nutricionista as well ($p<0.001$).

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Nº e % de óbito intra-hospitalares segundo características demográficas e local do óbito. Hospital do Câncer, 2000.	30
Tabela 2	Nº e % de óbitos intra-hospitalares segundo causa básica. Hospital do Câncer, 2000.	32
Tabela 3	Nº e % de óbitos intra-hospitalares segundo a presença de sinais e sintomas na última internação. Hospital do Câncer, 2000.	33
Tabela 4	Nº e % de óbitos intra-hospitalares segundo tipo de tratamento direcionado ao tumor na última internação. Hospital do Câncer, 2000.	34
Tabela 5	Nº e % de óbitos intra-hospitalares segundo tipo de tratamento farmacológico na última internação. Hospital do Câncer, 2000.	35
Tabela 6	Nº e % de óbitos intra-hospitalares, segundo uso de hemoderivados na última internação. Hospital do Câncer, 2000	35
Tabela 7	Nº e % da participação de profissionais de diferentes áreas de atuação na última internação. Hospital do Câncer, 2000.	36
Tabela 8	Estatística descritiva do tempo de internação segundo sexo e local do óbito. Hospital do Câncer, 2000.	37
Tabela 9	Estatística descritiva do tempo da última internação, segundo sinais e sintomas. Hospital do Câncer, 2000.	38
Tabela 10	Estatística Descritiva do tempo de internação segundo características do tipo de tratamento ministrado na última internação. Hospital do Câncer, 2000.	39
Tabela 11	Estatística Descritiva do tempo da última internação segundo tipo de tratamento farmacológico. Hospital do Câncer, 2000.	40

Tabela 12	Estatística Descritiva do tempo de internação segundo tipo de opióide usado na última internação. Hospital do Câncer, 2000.	41
Tabela 13	Estatística Descritiva do tempo da última internação segundo uso de hemoderivados. Hospital do Câncer, 2000.	42
Tabela 14	Nº e % dos óbitos intra-hospitalares segundo diagnóstico de RHD. Hospital do Câncer, 2000.	43
Tabela 15	Estatística descritiva do tempo transcorrido entre diagnóstico de RHD e óbito. Hospital do Câncer, 2000.	44
Tabela 16	Nº e % de óbitos intra-hospitalares segundo diagnóstico de RHD e características demográficas e local do óbito. Hospital do Câncer, 2000.	45
Tabela 17	Nº e % de óbitos intra-hospitalares segundo diagnóstico de RHD e sinais e sintomas. Hospital do Câncer, 2000.	46
Tabela 18	Nº e % de óbitos intra-hospitalares segundo diagnóstico de RHD e o tipo de tratamento direcionado ao tumor. Hospital do Câncer, 2000.	48
Tabela 19	Nº e % de óbitos intra-hospitalares segundo diagnóstico de RHD e principais grupos farmacológicos usados. Hospital do Câncer, 2000.	49
Tabela 20	Nº e % de óbitos intra-hospitalares segundo diagnóstico de RHD e o uso de opióides. Hospital do Câncer, 2000.	50
Tabela 21	Nº e % de óbitos intra-hospitalares segundo diagnóstico de RHD e o uso de hemoderivados. Hospital do Câncer, 2000.	51

LISTA DE QUADRO

Quadro 1 Princípios de uma boa morte.	4
Quadro 2 Prioridades e estratégias da OMS para os principais tipos de câncer no mundo.	10
Quadro 3 Modalidades de tratamento para o paciente com câncer.	12
Quadro 4 Sumário dos principais sinais e sintomas em pacientes com câncer em fase avançada de doença.	56
Quadro 5 Princípios e indicações para quimioterapia paliativa.	71

ÍNDICE

1	INTRODUÇÃO	1
2	OBJETIVOS	18
2.1	Geral	18
2.2	Específicos	18
3	MATERIAL E MÉTODOS	21
3.1	Local de Realização do Estudo	21
3.2	Delineamento do Estudo	21
3.3	População de Estudo	22
3.4	Metodologia	22
3.5	Varáveis de Estudo	23
3.5.1	Variáveis Demográficas	23
3.5.2	Variáveis Relacionadas ao Tumor	23
3.5.3	Variáveis Relacionadas ao Óbito	23
3.5.4	Diagnóstico do Paciente “Fora de possibilidades terapêuticas curativas”	24
3.5.5	Variáveis Relacionadas aos Principais Sinais e Sintomas	24
3.5.6	Variáveis Relacionadas ao tipo de Tratamento Direcionado ao Tumor	25
3.5.7	Variáveis Relacionadas ao Tipo de Tratamento Farmacológico	25
3.5.8	Variáveis Relacionadas ao Uso de Hemoderivados	26
3.5.9	Variáveis Relacionadas a Participação de Profissionais de Diferentes Áreas de Atuação	27
3.6	Análise Estatística	27
3.7	Aspectos Éticos	28
4	RESULTADOS	30
4.1	Caracterização da Última Internação	30

4.2	Análise do Tempo Médio da Última Internação	36
4.3	Caracterização dos Óbitos Segundo RHD	41
5	DISCUSSÃO	53
6	CONCLUSÃO	85
7	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	88

ANEXOS

Anexo 1 Portaria GM/NS nº 19, de 3 de janeiro de 2002

Anexo 2 Ficha de Coleta de Dados

INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

No começo do século XX, do nascimento até a morte, o cuidado aos pacientes era feito a nível domiciliar. As pessoas geralmente, morriam em suas próprias casas, acompanhadas pelos familiares, amigos e entes queridos. Depois da I Guerra Mundial os cuidados de saúde gradativamente passaram a ser feitos nos hospitais, e após a II Guerra Mundial, os hospitais centralizaram os cuidados a nível terciário ou seja, os pacientes eram admitidos nos hospitais sob os cuidados de vários especialistas que tinham como principal função o diagnóstico e a cura de doenças . Vários estudos observacionais nas décadas de 60 e 70 mostraram que os profissionais de saúde dessas instituições evitavam que o paciente soubesse da sua condição de doença terminal, não havendo uma real valorização na identificação e controle de sintomas inerentes a essa condição, acarretando uma alienação do paciente e familiares em relação a sua real condição (AMENTA 1985; FORDHAM e DOWRICK 1999).

Para melhor entender e incrementar o cuidado recebido por aqueles no final da vida, torna-se necessário conhecer a morte e todo o processo do morrer não apenas em relação às características demográficas e as condições de saúde daqueles que estão morrendo, mas também sobre a qualidade de vida que têm com o declínio das suas condições de saúde e a qualidade não só da morte, mas a qualidade dos cuidados de saúde oferecidos durante esse período. A morte geralmente ocorre durante a exacerbação de uma doença crônica ou uma

complicação associada com um período longo e lento de declínio em pessoas idosas. O processo do morrer atualmente, é muito diferente do que acontecia há 100 anos e, para que haja um melhor entendimento deste processo deve-se conhecer as características do local da morte, presença de sintomas apresentados antes da morte, qualidade de vida no último ano de vida de pacientes e dos seus familiares, preferências dos pacientes e continuidade de tratamento no último ano de vida e ainda gastos familiares (físico, psicológico e financeiro) (LUNNEY et al. 2003) e o *The Ethic Committee of the American Geriatrics Society*, citado por COBBS (2001), enfatiza ainda a necessidade de conhecer e mensurar o tempo de sobrevida, satisfação do paciente e seus familiares e o processo do luto.

Com isso torna-se possível estabelecer e criar medidas de ações de saúde que visem um melhor atendimento aos pacientes ditos como no período de final da vida ou fora de possibilidades terapêuticas curativas e que invariavelmente evoluirão ao óbito, procurando-se otimizar recursos pré-existentes a nível hospitalar, domiciliar ou em outras esferas de atendimento.

Atualmente, há um interesse considerável nos cuidados dos pacientes em fase final da vida (MCCUSKER 1984; SINGER et al. 1999). Diferente dos preparativos para o nascimento de uma criança, os preparativos para a morte não têm sido integrados nas rotinas de cuidados com os pacientes (FINLAY 2001). Se a sociedade visse a morte e o processo do morrer um fato tão importante quanto o nascimento de uma criança, provavelmente os cuidados no fim da vida seriam incrementados (GILEWSKI 2001).

Para muitas pessoas a idéia de morte é algo assustador e sempre há um medo da morte e do desconhecido. Se a morte é vista como uma falha muito mais

do que uma parte importante da vida, a existência de uma ambígua e inconsistente divergência entre a preparação individual para a morte e a atenção da medicina em ajudar a se ter uma boa morte, é inevitável (HINTON 1979; SMITH 2000). A qualidade de cuidados no final da vida dos pacientes é muito importante para os familiares do paciente para que possam lidar com a morte de um ente querido. Pacientes e familiares definem uma boa morte baseada em conforto físico, qualidade de relação interpessoal, no entendimento do significado na vida e na morte, senso de controle da situação e ainda uma preparação ativa para a morte (PENSON et al. 2002). *The Future of Health and Care of Older People* identificou 12 princípios de uma boa morte (Quadro 1), os quais devem ser incorporados nos planos individuais, nos objetivos de instituições médicas e em todos os serviços de saúde (SMITH 2000).

Princípios de uma boa morte
- Saber quando a morte está chegando e entender o que pode ser esperado - Ser capaz de manter o controle do que está acontecendo - Saber oferecer dignidade e privacidade - Ter o controle de dor e outros sintomas - Ter o controle e a escolha de onde a morte pode vir a acontecer (em casa ou outro lugar) - Ter acesso a informações e experiências do que se tornar necessário - Ter acesso a qualquer tipo de ajuda espiritual ou emocional - Ter acesso aos cuidados de <i>hospice</i> em qualquer local, não apenas em hospitais - Ter controle de quem estará presente e com quem dividir o fim - Ser capaz de estabelecer metas, que assegurem respeito pelos desejos - Ter tempo de dizer adeus - Ser capaz de partir quando for a hora de partir e não ter prolongamento desnecessário da vida.

Fonte: Smith 2000.

Quadro 1 - Princípios de uma boa morte.

Logicamente estes princípios devem ser aplicados para qualquer paciente que venha a falecer. No entanto, é particularmente importante no caso de doenças crônicas como o câncer. Segundo EARLE et al. (2003), a qualidade de cuidados médicos tem sido descrita como uma oferta de serviços de saúde com proficiência técnica onde se evita o super uso, o sub uso ou a falta de uso de tecnologias e ainda incorporando as preferências dos pacientes em dividir decisões junto com os profissionais de diferentes áreas de atuação envolvidos com o caso. Para se explorar potenciais indicadores de qualidade de serviços no final da vida e, em particular para pacientes com câncer, alguns dados precisam ser conhecidos, a saber:

- Instituição de novas terapias anticancer ou continuação de tratamento muito próximo à morte.
- Alto número de visitas ao serviço de emergência
- Internações hospitalares
- Internações nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI) próxima à morte
- Alta proporção de pacientes nunca envolvidos nos cuidados holísticos de *Hospice* e apenas admitidos nos últimos dias de vida ou
- Morte em leitos ativos hospitalares.

Apesar de muitos pacientes expressarem seus desejos de morrer em suas próprias casas, muitos pacientes com câncer passam seu período de cuidados terminais em leitos hospitalares onde estão susceptíveis a receber tratamento invasivo ou intervenções não paliativas desconfortáveis até muito próximo ao óbito

o qual termina ocorrendo em leitos hospitalares ativos (HINTON 1979; MILLS et al. 1994; CONIL et al. 1997; STONE et al. 2001; NAGY-AGREEN e HALEY 2002). Esta escolha do local de onde o óbito venha a acontecer depende entre outras coisas, da existência de serviços de atendimento domiciliar (*Home Care*) com habilidade de oferecer atendimento para pacientes e familiares (CONIL et al. 1997). Na década de 60 a existência desses serviços já era uma preocupação do Hospital A.C. Camargo, expressada através de um trabalho inédito desenvolvido por MIRRA e FURLAN (1965), cujo principal objetivo era o de proporcionar um atendimento domiciliar ao paciente com câncer evitando-se a hospitalização e ainda proporcionando uma melhor otimização dos leitos ativos hospitalar além de redução dos custos de atendimento por cada paciente.

Pouco é conhecido sobre a utilização dos leitos hospitalares nos meses que antecede a morte por câncer, quando o tratamento paliativo deve ser o principal objetivo (HUANG et al. 2002). Os dados do *Study to Understand Prognoses and Preferences for Outcomes and Risks of Treatments* (SUPPORT) indicam que os cuidados hospitalares para os pacientes em fase final de vida são inadequados e muitos pacientes têm uma morte prolongada e dolorosa, recebendo cuidados caros, indesejáveis e invasivos (Anonymus 1995).

Vários estudos retrospectivos têm avaliado o grau de satisfação com os cuidados nos últimos estágios da vida através de informações de familiares ou pessoas próximas aos pacientes e os resultados mostraram que apesar de haver uma satisfação com o tratamento médico, há evidências na deficiência em serviços que incluem inadequado controle de sintomas e ainda falhas na identificação das necessidades físicas, sociais e emocionais dos pacientes (MILLS

et al. 1994). Os pacientes que se encontram no período de fase final da vida confrontam-se com mudanças únicas e complexas que alteram seu estado físico, emocional e a sua integridade espiritual (STEINHAUSER et al. 2000).

Definir o período de tempo como “final da vida” é difícil porém necessário. O modelo conceitual de doente terminal expressa melhor a condição real do paciente. O período de final da vida inclui o período no qual o paciente convive com um declínio de saúde partindo de uma doença terminal até uma doença crônica ou das fragilidades associadas a idades avançadas, mesmo que a morte não seja iminente (LUNNEY et al. 2003). Segundo WILKES (1984) o período final de doença tem uma curta duração, geralmente em torno de uma semana nos hospitais, e a principal causa de morte são doenças cardíacas seguida por câncer. No Centro de Tratamento e Pesquisa Hospital do Câncer A.C. Camargo, os pacientes que se encontram no período de final de vida ou de doença terminal, são considerados como estando em Regime de Higiene e Dietética (RHD).

A medicina tem passado por profundas mudanças no modo em que cuida dos pacientes no período final da vida e apoiados pelo trabalho dos tanatologistas, os profissionais da medicina têm mostrado uma maior preocupação com a qualidade dos cuidados dos pacientes nos últimos dias de vida e essa transição tem resultado na evolução do movimento de hospice (KANE et al. 1984).

O movimento de *hospice* e cuidados paliativos com ênfase no controle de sintomas e na morte como um processo natural, iniciou-se nas décadas de 60 e 70 com a abertura do St. Christopher's Hospice em Londres (RHYMES 1990; FISHER e McDAID 1996; SCHONWETTER 1996; MACDONALD 1998; BRUERA e LAWLOR 1998) como um esforço de entender as necessidades dos doentes

terminais e seus familiares, causando mudanças no manejo de doenças incuráveis e nos cuidados com os pacientes em fase final de vida (FISHER e McDAID 1996). Desde então, tem emergido como uma área importante da medicina (GAZELLE et al. 2001) havendo reconhecimento não só clínico mas como disciplina acadêmica e estando o seu sucesso nos últimos 30 anos, diretamente relacionado à habilidade de diferenciar entre fazer coisas certas e fazer certas coisas (BRUERA e LAWLOR 1998).

A palavra *hospice* é originária do Latim *hospes* que significa tanto hóspede como hospedeiro, sendo então considerado um local de abrigo para viajantes. A derivação *hospitalis* significa amigável, a boa vinda a um estranho. Instituições dedicadas aos cuidados dos pacientes em fase final de vida têm existido há dois mil anos e muitas continuam até o século XX. O primeiro *hospice* a se ter conhecimento na história foi fundado no ano 475 da era cristã, no *Port of Rome* por Fabíola, uma discípula de *St Jerome*, para cuidar dos peregrinos que retornavam da África. Durante os tempos medievais os *hospices* na Inglaterra, França, Itália e outros países da Europa serviam como uma estação para viajantes durante longas jornadas de viagens a terras distantes (RHYMES 1990; KINZBRUNNER 1994; FAULL et al. 1998). Um dos grandes objetivos do movimento de *hospice* é o de permitir que o paciente em período de fase final da vida permaneça em sua própria casa o maior tempo possível, usando a hospitalização apenas quando absolutamente necessário (VINCIGUERRA et al. 1986) tendo como o tratamento paliativo seu principal foco terapêutico.

A palavra “paliativo”, provém do Latim, *pallium* que significa cobertura. Palição significa cobrir, proteger, não procurando a causa, mas melhorando os efeitos. O princípio filosófico do movimento de *hospice* está voltado no cuidado holístico, centralizado no paciente com foco na qualidade de vida e ajuda a familiares e amigos (FAULL et al. 1998). A definição moderna de *hospice** como uma forma conceitual de cuidados para pessoas doentes em fase terminal tomou forma no século XX primariamente como uma pletora nos avanços médicos e científicos que tem ocorrido e tem resultado em uma mudança importante de atitude referente à morte (KINZBRUNNER 1994)

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define Medicina Paliativa como sendo o ramo da medicina responsável pelo cuidado total do paciente cuja doença é não responsiva

ao tratamento curativo, onde o controle de dor, e outros sintomas psicológicos, social e

espiritual são primordiais.

No Quadro 2 estão as prioridades e estratégias do Programa Global de Controle do

Câncer da OMS para os oito principais tipos de câncer no mundo, onde estão contemplados

o controle de dor e cuidados paliativos, para todos.

*programa de cuidados de suporte que ajuda pacientes e familiares durante o período de fase final de doença servindo-os no seu próprio lar ou em leitos facilitadores e ajuda aos familiares durante toda a fase final de doença até o luto (LYNN 2001; FERRELL e COYLE 2002).

Prioridades e Estratégias para os Oito Principais Tipos de Câncer no Mundo				
Tumor*	Prevenção Primária	Diagnóstico Precoce	Tratamento Curativo**	Controle de Dor e Cuidados paliativos
Pulmão	++	—	—	++
Estômago	+	—	—	++
Mama	+	++	++	++
Cólon/Reto	+	—	+	++
Útero	+	++	++	++
Boca e Faringe	++	+	++	++
Esôfago	+	—	—	++
Fígado	++	—	—	++
* Listados na ordem dos tumores mais comuns no mundo **Curativo para a maioria dos casos diagnosticados precocemente ++ = efetivo; + = parcialmente efetivo; — = não efetivo				

Fonte: Echeverri e Acosta 1996.

Quadro 2 - Prioridades e estratégias da OMS para os principais tipos de câncer no mundo.

Muitos médicos não são treinados para os cuidados com os pacientes em fase final de vida (NELSON et al. 2000). Há um senso comum que médicos que cuidam de pacientes com câncer recebem treinamento e educação médica continuada inadequados na área de controle de sintomas e cuidados paliativos e que há uma grande necessidade de educação e pesquisa nessa área (SWEENEY et al. 2001), pois requer conhecimentos de comunicação, poder de decisão e construção de relação entre médico-paciente e familiares, o que não faz parte da formação de grande parte dos médicos (VON GUNTEN et al. 2000). Muitos estudos indicam que especialistas em cuidados paliativos alcançam melhores resultados no manejo com pacientes portadores de doenças progressivas. Os

pacientes cuidados por equipe multiprofissional apresentam melhores resultados no que concerne ao tempo de permanência domiciliar, satisfação, controle de sintomas, custo total do tratamento e escolha do local do óbito de acordo com os seus desejos (HIGGINSON 1998).

Quando a probabilidade de cura é limitada, um prognóstico de sobrevida é freqüentemente requerido e a medição do tempo de sobrevida para pacientes com câncer em fase avançada tem implicações terapêuticas e psicológicas para o paciente e para seus familiares, influenciando o uso de recursos sociais e da saúde (LLOBERA et al. 2000). Os médicos responsáveis pelo paciente precisam estimar o prognóstico por várias razões. Eles precisam esclarecer as perguntas dos pacientes e familiares e planejar uma estratégia de tratamento na fase terminal (EVANS e MCCARTHY 1985). Entretanto, os médicos são imprecisos em prognosticar pacientes terminais e um erro comum (HIGGINSON e COSTANTINI 2002) é a previsão otimista (PARKES 1972; CHRISTAKIS e LAMONT 2000) o que acarreta uma abordagem terapêutica inapropriada e um atraso no início dos cuidados paliativos (PARKES 1972; LLOBERA et al. 2000). O tempo de sobrevida geralmente não é um ponto final importante em cuidados paliativos, onde a ênfase é a qualidade e não a quantidade de vida.

A literatura é escassa em definir períodos de cuidados com o paciente com câncer. A classificação de pacientes com câncer em fase avançada entre grupos homogêneos de classes de prognóstico incrementa uma estratégia terapêutica minimizando riscos de sub tratar ou super tratar os pacientes (MILLER 1994; PIROVANO et al. 1999). O Quadro 3 apresenta as quatro modalidades terapêuticas utilizadas em pacientes com câncer. O tratamento de suporte em

oncologia tem sido tradicionalmente usado para descrever a grande variedade de serviços para os pacientes com câncer e seus familiares ajudando não apenas o paciente a tolerar a sua terapia mas também a ter um melhor controle de toda a experiência da doença (LEVY 1994). A possibilidade de sobreposição entre os grupos existe e as distinções podem não ser exata à medida que a doença progride ou responde ao tratamento. Uma classificação não apenas baseada nas características tumorais, mas também nas atitudes psicológicas e nos objetivos do paciente, pode diminuir os conflitos e dúvidas em relação às decisões terapêuticas (SCHONWETTER 1996; MILLER 1994).

	Modalidades Terapêuticas			
	Ativo	Ativo/Paliativo	Paliativo /sintomático	Tratamento de Suporte
Objetivo do tratamento	Cura	Aumento na sobrevida	Qualidade de Vida	Conforto
Impacto na doença	Erradicação	Deter a progressão	Resposta	Nenhum
Atitude psicológica	Vencedor	Luta	Acomodação	Entrega
Função do médico	Encorajar	Encorajar	Ouvinte	Suporte
Efeitos colaterais aceitáveis	Grandes	Grandes/moderados	Mínimos	Nenhum
Ressuscitação cardíaca	Sim	Provavelmente	Talvez	Nenhum
"Hospice"	Não	Não	Talvez	Sim

Fonte: Miller 1994.

Quadro 3 - Modalidades de tratamento para o paciente com câncer.

Durante o estágio inicial do câncer, o tratamento geralmente é agressivo com o objetivo de cura ou remissão e isso é compartilhado com o doente, de uma

maneira otimista. As necessidades dos pacientes terminais são diferentes daqueles que podem recorrer da sua doença. Quando há esperança de cura ou aumento de sobrevida, o foco do tratamento deve ser o de erradicar a doença, mesmo que esse tipo de tratamento possa afetar a qualidade de vida do paciente. Na fase terminal, a característica particular em que o paciente tem pouco tempo de vida, o propósito do tratamento deve ser o de paliar. Esse período de transição entre o tratamento curativo e o tratamento paliativo pode ser difícil tanto para os pacientes quanto para os profissionais da área de saúde (MORRIS et al. 1986b; SCHONWETTER 2001).

A OMS enfatiza que o tratamento ativo e o tratamento paliativo não são mutuamente exclusivos e propõe que os cuidados paliativos podem ser aumentados gradualmente como um componente dos cuidados do paciente do diagnóstico até a morte (SCHONWETTER 1996), conforme pode ser demonstrado na Figura 1.

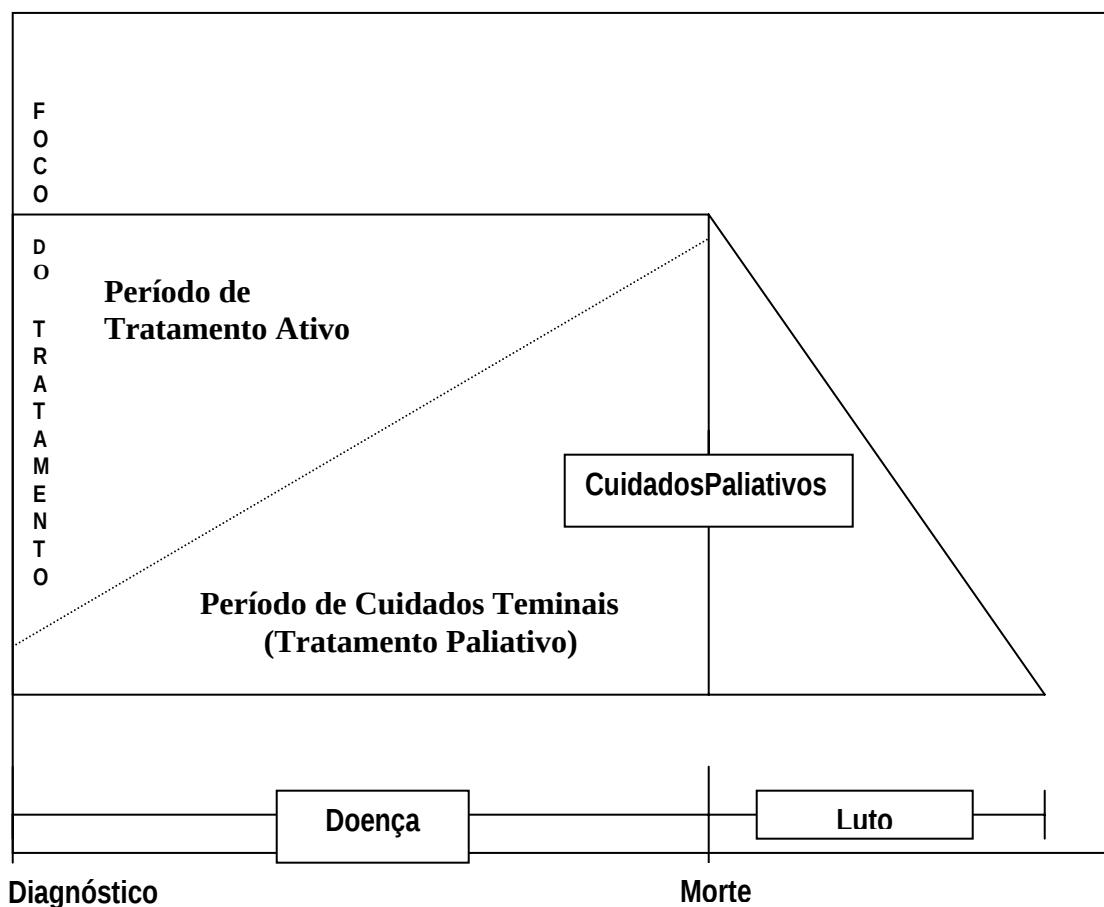
O tratamento ativo ministrado no começo da doença é diferente do tratamento paliativo aplicado na fase final de doença, quando o objetivo principal é o de proporcionar uma melhor qualidade de vida. Por essas razões, os termos “período de tratamento ativo”, e “período de cuidados terminais”, são usados na literatura para descrever os dois estágios comuns em pacientes com câncer.

O período de tratamento ativo é definido como sendo o período no qual, após o diagnóstico, inicia-se uma terapia direcionada ao tumor, com o objetivo primário de prolongar a sobrevida. Esse período pode ser determinado pela cura, remissão indefinida, progressão para um período de cuidados terminais ou pela morte do paciente (McCUSKER 1984). Em cerca de 50% de pacientes

diagnosticados com câncer o tratamento ativo se tornará ineficiente em certo ponto do transcurso da doença (VIGANO et al. 1999).

O período de cuidados terminais é definido como sendo aquele onde há evidência de progressão de doença maligna, e no qual a terapia aplicada não pode aumentar a sobrevida de uma forma significativa. Os pacientes podem entrar nesse período já na época do diagnóstico, ou após do período de tratamento ativo (McCUSKER 1984). PARKERS (1972), define o período de fase terminal, como o período compreendido desde o início da terapia instituída primariamente para prolongar a vida até a morte do paciente.

A Figura 1 mostra as diferentes fases do tratamento para os pacientes com câncer e que tais modalidades terapêuticas não são mutuamente exclusivas, como propõe a OMS.



Fonte: modificado de Ferris et al. 2001

Figura 1 - Aplicabilidade dos Cuidados Paliativos.

O Hospital do Câncer A.C. Camargo é um centro de referência para o tratamento do câncer e neste hospital, existe a definição do paciente em Regime de Higiene e Dietética (RHD). Segundo SECKLER e DEHEINZELIN (1998), um paciente deve ser considerado RHD quando todas as opções terapêuticas disponíveis para aquele caso, já foram empregadas, não apresentando novas opções, entretanto, não há critérios bem definidos neste hospital para identificação de um paciente em período de fase final da vida e até o presente, nenhum estudo

foi realizado para identificar quais as características dos pacientes com câncer nos momentos próximos ao seu óbito. Na revisão bibliográfica feita pelo autor deste trabalho também não foi encontrado nenhum trabalho nacional sobre esse tema.

Com o objetivo de melhor entender como os pacientes com câncer morrem e incrementar os cuidados recebidos pelos mesmos no período de fase final da vida, é preciso observar e entender todo o processo que envolve a morte através da identificação de características não apenas demográficas mas também através da identificação de fatores de ordem física, emocional, espiritual e psicológica. Com esta dissertação pretende-se dar subsídios para a um melhor atendimento ao paciente com câncer no período de fase terminal.

OBJETIVOS

2 OBJETIVOS

2.1 GERAL

Caracterizar a última internação hospitalar dos pacientes portadores de câncer que evoluíram ao óbito intra-hospitalar no Centro de Tratamento e Pesquisa Hospital do Câncer - A.C. Camargo.

2.2 ESPECÍFICOS

1. Descrever as características demográficas, os tipos de neoplasias e o local de ocorrência do óbito durante a última internação hospitalar no Centro de Tratamento e Pesquisa Hospital do Câncer - A. C. Camargo no ano de 2000.
2. Descrever os principais sinais e sintomas apresentados pelos pacientes na última internação hospitalar no Centro de Tratamento e Pesquisa Hospital do Câncer - A. C. Camargo no ano de 2000.
3. Descrever o tratamento e o uso dos principais fármacos e hemoderivados na última internação hospitalar no Centro de Tratamento e Pesquisa Hospital do Câncer - A. C. Camargo no ano de 2000.

4. Descrever a participação de profissionais de diferentes áreas de atuação durante a última internação hospitalar no Centro de Tratamento e Pesquisa Hospital do Câncer - A.C. Camargo no ano de 2000.
5. Descrever as médias de duração da última internação hospitalar no Centro de Tratamento e Pesquisa Hospital do Câncer - A.C. Camargo no ano de 2000, segundo características demográficas, local do óbito, principais sinais e sintomas, tratamento direcionado ao tumor, tratamento farmacológico e uso de hemoderivados.
6. Verificar a associação entre as características demográficas, o local do óbito, os principais sinais e sintomas, o tratamento direcionado ao tumor, o tratamento farmacológico, o uso de hemoderivados, a participação de profissionais de diferentes áreas de atuação e o diagnóstico de RHD.

MATERIAL E MÉTODOS

3 MATERIAL E MÉTODOS

3.1 LOCAL DE REALIZAÇÃO DO ESTUDO

Este estudo foi realizado no Centro de Tratamento e Pesquisa-Hospital do Câncer - A.C. Camargo da Fundação Antônio Prudente, que é uma entidade filantrópica e de direito privado, especializada em tratamento oncológico, localizado na região central da cidade de São Paulo. O Hospital do Câncer - A.C. Camargo é uma instituição de referência em oncologia no Brasil destacando-se como um centro de diagnóstico e tratamento do câncer, assim como ensino e pesquisa, dispondo de 211 leitos distribuídos entre SUS (70,67%), convênios e particulares (29,33%), tendo uma média de internação mensal de 716 pacientes, 500 cirurgias e 5% de óbitos.

3.2 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Este é um estudo transversal com avaliação retrospectiva.

3.3 POPULAÇÃO DE ESTUDO

Foram analisados todos os óbitos que ocorreram no período compreendido entre 1º de janeiro a 31 de dezembro de 2000, de pacientes com mais de 1 dia de

hospitalização, que tiveram diagnóstico de câncer, maiores de 18 anos de idade, e que não tinham diagnóstico de um segundo tumor primário, atendidos no Centro de Tratamento e Pesquisa Hospital do Câncer - A. C. Camargo.

Seiscentos e setenta e três óbitos intra-hospitalares foram constatados nesse período segundo dados do Serviço de Arquivo Médico (SAME). Dos 673 óbitos ocorridos no ano de 2000, 53 foram excluídos, pois apresentaram um segundo tumor primário, 56 foram excluídos, pois eram menores de 18 anos à última internação, 30 pacientes morreram no dia da internação e 3 óbitos foram excluídos, pois não tinham diagnóstico de câncer. Sendo assim, neste trabalho a população de estudo foi composta por 531 óbitos.

3.4 METODOLOGIA

Após a identificação de todos os pacientes que receberam constatação de óbito intra-hospitalar no Centro de Tratamento e Pesquisa-Hospital do Câncer - A. C. Camargo no ano de 2000, através de pesquisa realizada no Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME) iniciou-se a realização da coleta de dados disponíveis nos prontuários de cada paciente. As informações foram coletadas a partir das anotações e evoluções diárias, realizadas pelos médicos, enfermeiras, fisioterapeutas e nutricionistas, desde o momento da última internação hospitalar até o óbito e desde a data do diagnóstico de RHD até o óbito, quando este diagnóstico foi dado antes da última internação. As informações foram ordenadas em uma ficha específica (Anexo 2) e posteriormente armazenadas em um banco

de dados informatizado, utilizando-se o programa *Statistical Package for Social Science* – SPSS versão 10.0.

3.5 VARIÁVEIS DE ESTUDO

3.5.1 Variáveis Demográficas

- sexo
- idade
- cor da pele
- local do óbito: referente à unidade de internação hospitalar onde houve a constatação do óbito (enfermaria, UTI ou semi-intensiva), não levando-se em consideração onde o paciente permaneceu hospitalizado antes da ocorrência do óbito.

3.5.2 Variáveis relacionadas ao tumor

- topografia do tumor, de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, décima revisão (OMS 2000).

3.5.3 Variáveis relacionadas ao óbito

- duração da internação: tempo transcorrido entre a data da última internação e data do óbito.

3.5.4 Diagnóstico do paciente “fora de possibilidades terapêuticas curativas”

No Centro de Tratamento e Pesquisa Hospital do Câncer - A.C. Camargo, os pacientes que se encontram no período de cuidados terminais são rotulados como RHD (Regime de Higiene e Dietética) e/ou FPT (Fora de Possibilidades Terapêuticas). Segundo SECKLER e DEHEINZELIN (1998), nesta instituição um paciente deve ser considerado RHD quando todas as opções terapêuticas disponíveis para aquele caso já foram empregadas, não apresentando novas opções. Neste estudo os pacientes foram considerados RHD quando havia esta informação no prontuário, e a data de início de RHD aquela em que este diagnóstico foi referido pela primeira vez.

3.5.5 Variáveis relacionadas aos principais sinais e sintomas:

Os sinais e sintomas apresentados pelos pacientes na última internação hospitalar são aqueles descritos nos prontuários dos pacientes pelos médicos, enfermeiras, fisioterapeutas ou nutricionistas, não considerando-se achados laboratoriais no caso de anemia ou de infecção documentada com culturas positivas ou o sítio da infecção.

- agitação
- anemia
- ansiedade
- astenia
- boca seca
- cefaléia

- constipação
- convulsão
- depressão
- diarreia
- dispnéia
- dor
- inapetência
- infecção
- náuseas
- perda de peso
- vômitos

3.5.6 Variáveis relacionadas ao tipo de tratamento direcionado ao tumor:

Considerado tratamento ativo aquele que objetivava primariamente a cura ou aumento na sobrevida e tratamento paliativo aquele descrito no prontuário como tal ou que tinha como objetivo principal o alívio de sintomas.

- cirurgia: ativa, paliativa
- quimioterapia: ativa, paliativa
- radioterapia: ativa, paliativa
- hormonioterapia

3.5.7 Variáveis relacionadas ao tipo de tratamento farmacológico:

- antiinflamatórios não hormonais (AINH)
- antifúngicos

- antibióticos
- antidepressivos
- benzodiazepínicos
- eritropetina
- esteróides
- G-CSF (fator estimulante de colônias de granulócitos)
- Opióides:
 - codeína via oral,
 - dolantina
 - fentanil EV (endovenoso)
 - fentanil TD (trans-dérmico)
 - fentanil trans-mucosa
 - metadoana VO (via oral)
 - metadona EV (endovenosa)
 - morfina VO (via oral)
 - morfina EV (endovenosa)
 - morfina SC (sub-cutânea)
 - morfina intra-tecal, tramal VO (via oral)
 - tramadol EV (endovenoso)

3.5.8 Variáveis relacionadas ao uso de hemoderivados:

concentrado de glóbulos vermelhos, plasma, plaquetas e crioprecipitado.

3.5.9 Variáveis relacionadas à participação de profissionais de diferentes áreas de atuação:

Médicos, enfermeiras, fisioterapeuta, nutricionista, psicólogo/psiquiatra, representante do clero, voluntários.

3.6 ANÁLISE ESTATÍSTICA

A estatística descritiva foi utilizada para obtenção das frequências absolutas e relativas, médias, desvios padrão e porcentagens.

A comparação entre o tempo médio de internação e as variáveis dicotômicas foi realizada através do teste de Mann - Whitney ou o teste t-Student. No caso da comparação entre três ou mais médias foi utilizada a análise de variância a um fator ou teste de Kruskal - Wallis.

Foi verificada a aderência das variáveis à distribuição normal através do teste de Kolmogorov - Smirnov e a homogeneidade das variâncias através do teste de Levene.

A relação entre presença de RHD e as demais variáveis foi avaliada através do teste de associação pelo qui-quadrado.

Para todos os testes foi utilizado nível de significância de 5%.

3.7 ASPECTOS ÉTICOS

O estudo foi realizado por meio de avaliação retrospectiva de prontuários médicos, não havendo necessidade de elaboração de termo de consentimento pós-informado.

Os autores desse projeto se comprometeram a manter o sigilo sobre o nome do paciente, bem como das informações constantes dos prontuários.

Este projeto foi previamente aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Tratamento e Pesquisa Hospital do Câncer - A.C. Camargo.

RESULTADOS

4 RESULTADOS

4.1 CARACTERIZAÇÃO DA ÚLTIMA INTERNAÇÃO

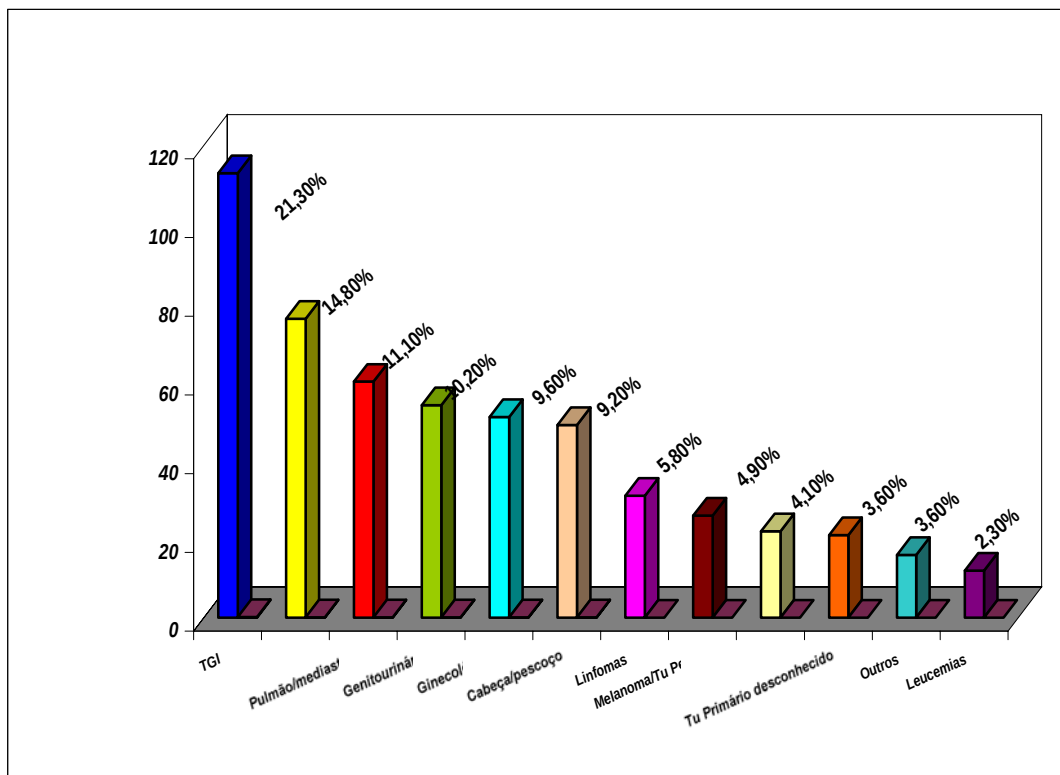
A média de idade na última internação foi de 59,8 anos (desvio padrão = 15,3) com variação de 18,9 a 97 anos (mediana= 60,7 anos).

A distribuição dos óbitos segundo as características demográficas e o local do óbito está descrita na Tabela 1. Houve, aproximadamente, 50% de óbitos no sexo masculino e no sexo feminino. A maioria era de cor de pele branca (88,9%) e recebeu constatação do óbito na enfermaria (79,3%).

Tabela 1 - N° e % de óbitos intra-hospitalares segundo características demográficas e local do óbito. Hospital do Câncer, 2000.

Variável	Categoria	N°	%
Sexo	Masculino	258	48,6
	Feminino	273	51,4
Cor da pele	Branca	472	88,9
	Negro	14	2,6
	Pardo	21	4,0
	Amarelo	24	4,5
Local do óbito	Enfermaria	421	79,3
	UTI	102	19,2
	Semi-intensiva	8	1,5
Total		531	100,0

Os tumores do trato gastrointestinal foram os mais freqüentes (21,3%), seguidos por câncer de mama (14,3%), pulmão e mediastino (11,1%) e genitourinário (10,2%), conforme se observa na Figura 2.



Legenda: TGI: Trato gastrointestinal (órgãos digestivos)

Outros: Tumores do sistema endócrino ou do sistema nervoso central.

Figura 2 - Nº e % de óbitos intra-hospitalares segundo topografia da lesão.

A Tabela 2 mostra os sinais e sintomas mais freqüentes apresentados pelos pacientes na última internação hospitalar que antecedeu ao óbito. Dispnéia foi o sintoma mais freqüente (73,1%), seguido por dor (58,4%), astenia, (46,7%), agitação (46,5 %) e infecção (45,0%).

Tabela 2 - Nº e % de óbitos intra-hospitalares segundo a presença de sinais e sintomas na última internação. Hospital do Câncer, 2000.

Variável	Nº	%*
Dispneia	388	73,1
Dor	310	58,4
Astenia	248	46,7
Agitação	247	46,5
Infecção	239	45,0
Inapetência	216	40,7
Anemia	163	30,7
Vômito	160	30,1
Constipação	156	29,4
Náusea	116	21,8
Disfagia	70	13,2
Ansiedade	65	12,2
Perda de Peso	56	10,5
Depressão	48	9,0
Diarréia	33	6,2
Boca Seca	26	4,9
Cefaléia	23	4,3
Convulsão	22	4,1
Total	531	100,0

* %: porcentagem calculada em relação aos 531 óbitos intra-hospitalares.

A Cirurgia paliativa foi a modalidade terapêutica mais freqüente na última internação (19,2%) e vale ressaltar que nenhum paciente recebeu radioterapia ativa nesse período (Tabela 3)

Tabela 3 - N° e % de óbitos intra-hospitalares segundo tipo de tratamento direcionado ao tumor na última internação. Hospital do Câncer, 2000.

Variável	Categoria	Número	%*
Cirurgia	Não	380	71,6
	Ativa	30	5,6
	Paliativa	102	19,2
	Ambas	19	3,6
Quimioterapia	Não	508	95,7
	Ativa	20	3,8
	Paliativa	3	0,6
Radioterapia Ativa	Não	531	100,0
	Sim	-	-
Radioterapia Paliativa	Não	489	92,1
	Sim	42	7,9
Hormonioterapia	Não	524	98,7
	Sim	7	1,3
Total		531	100,0

* %: porcentagem calculada em relação aos 531 óbitos intra-hospitalares.

A Tabela 4 mostra as freqüências dos principais medicamentos usados na última internação. O uso de opióides ocorreu em 83,6% dos casos, dentre os quais a dolantina foi o mais freqüente (29,2%). O uso de antibióticos foi feito em 45,8% dos casos e benzodiazepínicos e esteróides em 42,9% e 40,9% dos casos, respectivamente.

Tabela 4 - Nº e % de óbitos intra-hospitalares segundo tipo de tratamento farmacológico na última internação. Hospital do Câncer, 2000.

Variável	Nº	%*
Opióides	444	83,6
Dolantina	155	29,2
Morfina EV	143	26,9
Tramadol EV	140	26,4
Morfina VO	104	19,6
Morfina SC	103	19,4
Tramadol VO	67	12,6
Fentanil EV	62	11,7
Metadona VO	21	4,0
Codeína VO	15	2,8
Outros**	9	1,7
Antibióticos	243	45,8
Neurolépticos	224	42,2
Benzodiazepínicos	228	42,9
Esteróides	217	40,9
Antidepressivo	147	27,7
AINH	82	15,4
Antifúngico	61	11,5
G-CSF/ Eritropetina	21	4,0

* %: porcentagem calculada em relação aos 531 óbitos intra-hospitalares.

** morfina intra-tecal, fentanil trans-dérmico, fentanil trans-mucosa, metadona via endovenosa.

O uso de hemoderivados ocorreu em 199 (37,5%) pacientes. O uso de glóbulos vermelhos foi o que apresentou maior frequência na última internação hospitalar (33,0%) (Tabela 5).

Tabela 5 - N° e % de óbitos intra-hospitalares, segundo uso de hemoderivados na última internação. Hospital do Câncer, 2000.

Variável	N°	%*
Hemoderivados	199	37,5
Glóbulos Vermelhos	175	33,0
Plasma	58	10,9
Plaquetas	53	10,0
Crioprecipitado	7	1,3

* %: porcentagem calculada em relação aos 531 óbitos intra-hospitalares.

A Tabela 6 mostra as freqüências da participação de profissionais de diferentes áreas de atuação durante a última internação hospitalar. Cem por cento dos pacientes receberam atendimento médico e de enfermagem. Trezentos e cinquenta e quatro pacientes (66,7%) receberam atendimento de fisioterapia e 58,8% dos pacientes tiveram atendimento de nutricionista.

Tabela 6 - N° e % da participação de profissionais de diferentes áreas de atuação na última internação. Hospital do Câncer, 2000.

Variável	N°	%*
Médico	513	100,0
Enfermeira	513	100,0
Fisioterapeuta	354	66,7
Nutricionista	312	58,8
Psicólogo/Psiquiatra	51	9,6
Assistente Social	4	0,8

* %: porcentagem calculada em relação aos 531 óbitos intra-hospitalares.

4.2 ANÁLISE DO TEMPO MÉDIO DA ÚLTIMA INTERNAÇÃO

O tempo médio de internação foi de 14,9 dias (desvio padrão = 25,8) com variação de 1 a 318 dias (mediana = 8 dias).

O tempo médio de internação dos homens foi superior ao das mulheres ($p=0,038$) bem como nos pacientes que ficaram internados na UTI ($p=0,002$) (Tabela 7).

Tabela 7 - Estatística descritiva do tempo de internação segundo sexo e local do óbito. Hospital do Câncer, 2000.

Variável	Categoria	n	Média (ep*)	p
Sexo	Masculino	258	16,3 (1,6)	0,038**
	Feminino	273	13,5 (1,5)	
Local do óbito	Enfermaria	421	13,3 (1,0)	0,002***
	UTI	102	21,5 (3,8)	
	Semi-intensiva	8	13,0 (4,0)	

*ep: erro padrão

**p: nível descritivo do teste de Mann-Whitney

*** p: nível descritivo do teste de Kruskal – Wallis.

O tempo médio de internação dos pacientes que apresentaram ansiedade ($p<0,001$), anemia ($p<0,001$), constipação ($p<0,001$), depressão ($p<0,001$), infecção ($p<0,001$), náuseas ($p<0,001$), vômitos ($p<0,001$), perda de peso ($p<0,001$), dor ($p=0,002$), inapetência ($p=0,005$) e diarreia ($p=0,015$) foi superior ao dos pacientes que não apresentaram tais sinais ou sintomas. (Tabela 8). Para os demais sinais e sintomas não houve diferença entre os tempos médios de internação.

Tabela 8 - Estatística descritiva do tempo da última internação, segundo sinais e sintomas. Hospital do Câncer, 2000.

Variável	Categoria	N	Média (ep*)	p **
Ansiedade	Sim	65	27,3 (6,7)	< 0,001
	Não	466	13,1 (0,8)	
Anemia	Sim	163	20,5 (1,8)	< 0,001
	Não	368	12,4 (1,3)	
Constipação	Sim	156	17,3 (1,4)	< 0,001
	Não	375	13,9 (1,4)	
Depressão	Sim	47	33,1 (5,2)	< 0,001
	Não	483	13,1 (1,0)	
Infecção	Sim	239	19,6 (1,7)	< 0,001
	Não	292	11,0 (1,4)	
Náuseas	Sim	116	17,0 (1,6)	< 0,001
	Não	415	14,3 (1,3)	
Vômito	Sim	160	15,4 (1,2)	< 0,001
	Não	371	14,6 (1,5)	
Perda de Peso	Sim	54	21,7 (3,1)	< 0,001
	Não	475	14,1 (1,1)	
Dor	Sim	310	15,3 (1,2)	0,002
	Não	221	14,3 (2,0)	
Inapetência	Sim	215	15,0 (1,1)	0,005
	Não	315	14,9 (1,7)	
Diarréia	Sim	33	20,4 (6,0)	0,015
	Não	498	14,5 (1,1)	
Convulsão	Sim	22	25,0 (9,2)	0,189
	Não	509	14,4 (1,0)	
Agitação	Sim	247	15,8 (1,7)	0,410
	Não	284	14,0 (1,4)	
Cefaléia	Sim	23	13,0 (2,2)	0,463
	Não	508	15,0 (1,1)	
Boca Seca	Sim	26	12,9 (2,0)	0,468
	Não	505	15,0 (1,1)	
Dispneia	Sim	388	15,0 (1,3)	0,480
	Não	143	14,4 (1,7)	
Astenia	Sim	248	14,5 (1,6)	0,618
	Não	283	15,2 (1,4)	
Disfagia	Sim	70	12,4 (1,6)	0,779
	Não	461	15,2 (1,2)	

*ep: erro padrão.

**p: nível descritivo do teste de Mann-Whitney.

O tempo médio de internação dos pacientes que receberam quimioterapia ativa ($p < 0,001$), radioterapia paliativa ($p < 0,001$), cirurgia ativa ($p < 0,001$) e cirurgia paliativa ($p < 0,001$) foi superior ao dos pacientes que não receberam estes tratamentos (Tabela 9).

Tabela 9 - Estatística Descritiva do tempo de internação segundo características do tipo de tratamento ministrado na última internação. Hospital do Câncer, 2000.

Variável	Categoria	n	Média (ep*)	p **
Quimioterapia Ativa	Não	511	14,6 (1,1)	< 0,001
	Sim	20	22,6 (4,1)	
Radioterapia Paliativa	Não	489	14,0 (1,1)	< 0,001
	Sim	42	25,0 (3,0)	
Cirurgia Ativa	Não	482	12,9 (0,1)	< 0,001
	Sim	49	35,2 (6,7)	
Cirurgia Paliativa	Não	410	13,9 (1,3)	< 0,001
	Sim	121	18,1 (1,8)	

*ep: erro padrão

**p: nível descritivo do teste de Mann-Whitney.

Observou-se que o tempo de internação foi superior naqueles pacientes que receberam antidepressivos ($p < 0,001$), antifúngicos ($p < 0,001$), antibióticos ($p < 0,001$), benzodiazepínicos ($p < 0,001$), opióides ($p < 0,001$), esteróides ($p = 0,002$), G-CSF ($p = 0,003$) e anti-inflamatório não hormonal (AINH) ($p = 0,004$) (Tabela 10).

Tabela 10 - Estatística Descritiva do tempo da última internação segundo tipo de tratamento farmacológico. Hospital do Câncer, 2000.

Variável	Categoria	n	Média (ep*)	p **
Antidepressivo	Sim	147	21,5 (2,2)	< 0,001
	Não	383	12,3 (1,2)	
Antifúngicos	Sim	61	31,3 (6,3)	< 0,001
	Não	469	12,8 (0,9)	
Opióides	Sim	443	16,0 (1,2)	< 0,001
	Não	87	9,5 (2,0)	
Antibióticos	Sim	243	17,8 (1,3)	< 0,001
	Não	288	12,4 (1,7)	
Benzodiazepínicos	Sim	228	15,8 (1,6)	< 0,001
	Não	303	14,2 (1,5)	
Esteróides	Sim	217	16,1 (1,8)	0,002
	Não	314	14,0 (1,4)	
G-CSF	Sim	20	21,7 (4,1)	0,003
	Não	511	14,6 (1,1)	
AINH	Sim	82	20,0 (4,1)	0,004
	Não	449	14,0 (1,0)	

*ep: erro padrão.

**p: nível descritivo do teste de Mann-Whitney

A Tabela 11 mostra que o tempo médio de internação dos pacientes que receberam morfina via oral ($p < 0,001$), tramadol endovenoso ($p < 0,001$), neurolépticos ($p = 0,002$) morfina sub-cutânea ($p = 0,002$), fentanil endovenoso ($p = 0,002$) metadona via oral ($p = 0,021$) foi superior ao dos pacientes que não receberam estes medicamentos.

Tabela 11 - Estatística Descritiva do tempo de internação segundo tipo de opióide usado na última internação. Hospital do Câncer, 2000.

Variável	Categoria	n	Média (ep*)	p **
Morfina Via Oral	Não	427	14,0 (1,3)	< 0,001
	Sim	104	18,2 (1,9)	
Tramadol E.V	Não	390	14,3 (1,3)	< 0,001
	Sim	140	15,1 (1,0)	
Neurolépticos	Não	307	14,4 (1,7)	0,002
	Sim	224	15,5 (1,1)	
Morfina S.C	Não	428	13,9 (1,1)	0,002
	Sim	103	19,0 (3,3)	
Fentanil E.V.	Não	469	13,9 (1,0)	0,002
	Sim	62	22,6 (5,2)	
Metadona V.O	Não	510	14,6 (1,1)	0,021
	Sim	21	21,7 (4,7)	
Morfina E. V	Não	388	13,9 (1,1)	0,069
	Sim	143	17,6 (2,7)	
Dolantina	Não	377	15,4 (1,5)	0,187
	Sim	154	13,6 (1,1)	
Metadona E. V.	Não	526	14,7 (1,1)	0,268
	Sim	5	28,6 (18,1)	
Codeína Via Oral	Não	516	14,8 (1,1)	0,307
	Sim	15	17,5 (5,3)	

*ep: erro padrão

**p: nível descritivo do teste de Mann-Whitney.

A Tabela 12 mostra que o tempo médio de internação dos pacientes que receberam hemoderivados ($p < 0,001$), dentre os quais, glóbulos vermelhos ($p < 0,001$), plaquetas ($p = 0,001$) e plasma ($p < 0,001$) foi superior ao dos que não usaram.

Tabela 12 - Estatística descritiva do tempo da última internação segundo uso de hemoderivados. Hospital do Câncer, 2000.

Variável	Categoria	n	Média (ep*)	p **
Hemoderivados	Não	332	12,5 (1,5)	<0,001
	Sim	199	18,8 (1,5)	
Glóbulos Vermelhos	Não	356	12,3 (1,4)	<0,001
	Sim	175	20,1 (1,7)	
Plaquetas	Não	478	14,6 (1,2)	<0,001
	Sim	53	17,1 (1,9)	
Plasma	Não	473	14,0 (1,1)	<0,001
	sim	58	21,6 (4,0)	

*ep: erro padrão

**p: nível descritivo do teste de Mann-Whitney

4.3 CARACTERIZAÇÃO DOS ÓBITOS SEGUNDO RHD.

Os pacientes que receberam diagnóstico de RHD antes da última internação, o tempo médio entre o diagnóstico de RHD e o óbito foi de 53,1 dias, ficando internado em média 7,4 dias, e aqueles que receberam diagnóstico de RHD durante a última internação apresentaram uma média de internação de 18,2 dias. Cento e vinte e quatro pacientes não receberam diagnóstico de RHD e apresentaram uma média de internação de 18,5 dias.

A Tabela 13 mostra a distribuição dos óbitos intra-hospitalares segundo o diagnóstico de RHD. Dos 531 óbitos, a maioria recebeu diagnóstico de RHD na última internação (44,8%), ou antes dela (31,8%) (Tabela 13).

Tabela 13 - N° e % dos óbitos intra-hospitalares segundo diagnóstico de RHD. Hospital do Câncer – SP, 2000.

Variável	N°	%
Não RHD	124	23,4
RHD antes da internação	169	31,8
RHD durante da internação	238	44,8
Total	531	100,0

A Tabela 14 mostra que o tempo entre RHD e o óbito é maior naqueles pacientes que recebem diagnóstico de RHD antes da última internação ($p < 0,001$), e que a média do tempo de internação é menor nestes pacientes ($p < 0,001$). A idade da internação foi semelhante nos três grupos ($p = 0,792$).

Tabela 14 - Estatística descritiva do tempo transcorrido entre diagnóstico de RHD e óbito Hospital do Câncer, 2000.

Variável	Categoria	Nº	Média (ep*)	P
Tempo entre RHD e óbito(dias)	RHD antes da internação	169	53,1 (5,2)	< 0,001**
	RHD durante a última internação	238	6,3 (0,6)	
Tempo de Internação (dias)	Não RHD	124	18,5 (3,2)	< 0,001***
	RHD antes da internação	169	7,4 (0,6)	
	RHD durante a última internação	238	18,2 (1,7)	
Idade na internação	Não RHD	124	60,5 (1,3)	0,792****
	RHD antes da internação	169	59,4 (1,2)	
	RHD durante a última internação	238	60,2 (0,9)	

*ep: erro padrão

** : nível descritivo do teste de Mann – Whitney

***: Nível descritivo do teste de Kruskal – Wallis

**** : ANOVA.

A partir daqui serão comparadas as características dos óbitos em relação aos pacientes que receberam diagnóstico de RHD antes da última internação hospitalar e àqueles que não receberam o diagnóstico de RHD, de acordo com as características demográficas, sinais e sintomas, tratamento farmacológico, quimioterapia, radioterapia, cirurgia, uso de hemoderivados e atendimento por profissionais de diferentes áreas de atuação.

Houve associação estatisticamente significativa entre sexo e o diagnóstico de RHD com maior proporção de pacientes do sexo masculino entre aqueles que não foram considerados RHD. Mais da metade dos pacientes que não foram

considerados RHD morreu na UTI ou na semi-intensiva e não houve diferença estatística significativa entre o diagnóstico de RHD e a cor da pele. (Tabela 15).

Tabela 15 - N° e % de óbitos intra-hospitalares segundo diagnóstico de RHD e características demográficas e o local do óbito. Hospital do Câncer, 2000.

Variável	Categoria	RHD da última Internação				P*
		Não RHD	RHD	RHD antes		
		N°	%	N°	%	
Sexo	Masculino	72	(58,1)	71	(42,0)	0,007
	Feminino	52	(41,9)	98	(58,0)	
Cor da Pele	Branco	110	(88,7)	149	(88,2)	0,886
	Não branco	14	(11,3)	20	(11,8)	
Local do óbito	Enfermaria	48	(38,7)	163	(96,4)	<0,001
	UTI/ Semi-intensiva	76	(61,3)	4	(3,6)	
Total		124	(100,0)	169	(100,0)	

*Teste de associação pelo qui-quadrado

Os pacientes que não receberam diagnóstico de RHD foram os que apresentaram mais anemia ($p<0,001$), diarreia ($p<0,001$), infecção ($p<0,001$), náuseas ($p=0,008$) e cefaléia ($p=0,024$). A ocorrência de constipação ($p<0,001$) e agitação ($p=0,049$) foi mais freqüente nos pacientes que receberam diagnóstico de RHD antes da última internação. Não houve diferença estatística significativa entre os dois grupos em relação à presença de depressão, dispnéia, vômitos, dor,

ansiedade, inapetência, boca seca, astenia, perda de peso, convulsão e disfagia e como se observa na Tabela 16.

Tabela 16 - N° e % de óbitos intra-hospitalares segundo diagnóstico de RHD e sinais e sintomas. Hospital do Câncer, 2000.

Variável	Categoria	RHD				P*
		Não RHD		RHD antes da Internação		
		N°	%	N°	%	
Anemia	Não	70	(56,5)	139	(82,2)	<0,001
	Sim	54	(43,5)	30	(17,8)	
Constipação	Não	111	(89,5)	124	(73,4)	<0,001
	Sim	13	(10,5)	45	(26,6)	
Diarréia	Não	111	(91,1)	160	(94,7)	<0,001
	Sim	13	(8,9)	9	(5,3)	
Infecção	Não	48	(38,7)	121	(71,6)	<0,001
	Sim	76	(61,3)	48	(28,4)	
Náusea	Não	93	(75,0)	147	(87,0)	0,008
	Sim	31	(25,0)	22	(13,0)	
Cefaléia	Não	114	(91,9)	165	(97,6)	0,024
	Sim	10	(8,1)	4	(2,4)	
Agitação	Não	81	(65,3)	91	(53,8)	0,049
	Sim	43	(34,7)	78	(46,2)	
Depressão	Não	111	(89,5)	161	(95,3)	0,059
	Sim	13	(10,5)	8	(4,7)	
Dispneia	Não	31	(25,0)	58	(34,3)	0,087
	Sim	93	(75,0)	111	(65,7)	
Vômito	Não	89	(71,8)	135	(79,9)	0,106
	Sim	35	(28,2)	34	(20,1)	
Dor	Não	62	(50,0)	69	(40,8)	0,119
	Sim	62	(50,0)	100	(59,2)	
Ansiedade	Não	106	(85,5)	154	(91,1)	0,131
	Sim	18	(14,5)	15	(8,9)	
Inapetência	Não	88	(71,0)	107	(63,3)	0,170
	Sim	36	(29,0)	62	(36,7)	
Boca seca	Não	121	(97,6)	160	(94,7)	0,215
	Sim	3	(2,4)	9	(5,3)	
Astenia	Não	75	(60,5)	90	(53,3)	0,218
	Sim	49	(39,5)	79	(46,7)	
Perda de peso	Não	112	(90,3)	158	(93,5)	0,319
	Sim	12	(9,7)	11	(6,5)	
Convulsão	Não	118	(95,2)	163	(96,4)	0,582
	Sim	6	(4,8)	6	(3,6)	
Disfagia	Não	110	(88,7)	148	(87,6)	0,767
	Sim	14	(11,3)	21	(12,4)	
Total		124 (100,0)		169 (100,0)		

* Teste de associação pelo qui-quadrado.

Os pacientes que receberam diagnóstico de RHD antes da última internação foram os que menos realizaram tratamento cirúrgico ($p<0,001$), quimioterapia ($p<0,001$). Radioterapia paliativa foi mais empregada naqueles que receberam diagnóstico de RHD antes da última internação ($p=0,007$). (Tabela 17).

Tabela 17 - N° e % de óbitos intra-hospitalares segundo diagnóstico de RHD e o tipo de tratamento direcionado ao tumor. Hospital do Câncer, 2000.

Variável	Categoria	RHD				P*
		Não RHD		RHD antes da Última Internação		
		Nº	%	Nº	%	
Cirurgia	Não	73	(58,9)	139	(82,2)	<0,001
	Só Ativa ou Ativa e Paliativa	18	(22,6)	1	(0,6)	
	Paliativa	23	(18,5)	29	(17,2)	
Quimioterapia	Não	112	(90,3)	168	(99,4)	0,001
	Ativa/paliativa	12	(9,7)	1	(0,6)	
Radioterapia Paliativa	Não	115	(92,7)	167	(98,8)	0,007
	Sim	9	(7,3)	2	(1,2)	
Total		124	(100,0)	169	(100,0)	

* : Teste de associação pelo qui-quadrado.

Os pacientes que não receberam diagnóstico de RHD apresentaram maior uso de antibiótico ($p<0,001$), anti-fúngicos ($p<0,001$) e benzodizepínicos ($p<0,001$). Não houve diferença estatística significativa entre os dois grupos em

relação ao uso de opióides, esteróides, anti-inflamatórios não hormonais e antidepressivos. (Tabela 18).

Tabela 18 - N° e % de óbitos intra-hospitalares segundo diagnóstico de RHD e principais grupos farmacológicos usados. Hospital do Câncer, 2000.

Tipos de Fármacos	Categoria	Não RHD		RHD da Internação	RHD antes da Internação	P*
		N°	%		N° %	
Antibióticos	Não	45	(36,3)		121 (71,6)	<0,001
	Sim	79	(63,7)		48 (28,4)	
Antifúngicos	Não	95	(76,6)		161 (95,3)	<0,001
	Sim	29	(23,4)		8 (4,7)	
Benzodiazepínicos	Não	50	(40,3)		122 (72,2)	<0,001
	Sim	74	(59,7)		47 (27,8)	
Opióides	Não	31	(25,0)		28 (16,6)	0,075
	Sim	93	(75,0)		141 (83,4)	
Esteróides	Não	71	(57,3)		112 (66,3)	0,115
	Sim	53	(42,7)		57 (33,7)	
Antiinflamatórios (AINH)	Não	105	(84,7)		152 (89,9)	0,175
	Sim	19	(15,3)		17 (10,1)	
Antidepressivos	Não	97	(78,2)		128 (75,7)	0,618
	Sim	27	(21,8)		41 (24,3)	
Total		124 (100,0)			169 (100,0)	

*Teste de associação pelo qui-quadrado.

O uso de fentanil endovenoso ($p < 0,001$) e tramadol endovenoso ($p = 0,029$) foi maior nos pacientes que não eram RHD. Os pacientes que receberam diagnóstico de RHD antes da última internação apresentaram maior uso de dolantina ($p < 0,001$), morfina endovenosa ($p = 0,006$) e morfina via oral ($p = 0,016$). Não houve diferença estatística significativa entre os dois grupos e o uso de tramadol via oral, metadona via oral e morfina sub-cutânea (Tabela 19).

Tabela 19 - N° e % de óbitos intra-hospitalares segundo diagnóstico de RHD e o uso de opióides. Hospital do Câncer, 2000.

Variável	Categoria	RHD				P*
		Não RHD		RHD antes da Internação		
		N°	%	N°	%	
Fentanil endovenoso	Não	86	(69,4)	167	(98,8)	<0,001
	Sim	38	(30,6)	2	(1,2)	
Dolantina	Não	112	(90,3)	111	(65,7)	<0,001
	Sim	12	(9,7)	58	(34,3)	
Morfina endovenosa	Não	105	(84,7)	120	(71,0)	0,006
	Sim	19	(15,3)	49	(29,0)	
Morfina via oral	Não	113	(91,1)	137	(81,1)	0,016
	Sim	11	(8,9)	32	(18,9)	
Tramadol endovenoso	Não	86	(69,4)	137	(81,1)	0,020
	Sim	38	(30,6)	32	(18,9)	
Tramadol via oral	Não	113	(91,1)	159	(94,1)	0,333
	Sim	11	(8,9)	10	(5,9)	
Metadona via oral	Não	122	(98,4)	164	(97,0)	0,552
	Sim	2	(1,6)	5	(3,0)	
Morfina sub-cutânea	Não	105	(84,7)	141	(83,4)	0,774
	Sim	19	(15,3)	28	(16,6)	
Total		124 (100,0)		169 (100,0)		

*Teste de associação pelo qui-quadrado

Os pacientes que não receberam diagnóstico de RHD foram os que mais receberam hemoderivados ($p<0,001$). O uso de glóbulos vermelhos ($p<0,001$), plaquetas ($p<0,001$) e plasma ($p<0,001$) também foi maior nesse grupo de pacientes (Tabela 20).

Tabela 20 - N° e % de óbitos intra-hospitalares segundo diagnóstico de RHD e o uso de hemoderivados. Hospital do Câncer, 2000.

Variável	Categoria	Não RHD		RHD	RHD antes da Internação	P*
		N° %	%		N°	
Hemoderivados	Não	57	(46,0)		135	<0,001
	Sim	67	(54,0)	(79,9) (20,1)	34	
Glóbulos vermelhos	Não	64	(51,6)		136	<0,001
	Sim	60	(48,4)	(80,5) (19,5)	33	
Plaquetas	Não	99	(79,8)		167	<0,001
	Sim	25	(20,2)	(98,8) 1,2)	2 (	
Plasma	Não	102	(82,3)		166	<0,001
	Sim	22	(17,7)	(98,2) 1,8)	3 (	
Total		124	(100,0)	(100,0)	169	

*Teste de associação pelo qui-quadrado

Os pacientes que não receberam diagnóstico de RHD durante a última internação foram os que tiveram maior atendimento por fisioterapeutas ($p < 0,001$) e por nutricionistas ($p = 0,031$). Não houve diferença estatística significativa entre o diagnóstico de RHD e o atendimento por psicólogos ou psiquiatras ($p = 0,280$). (Tabela 21).

Tabela 21 - N° e % de óbitos intra-hospitalares segundo diagnóstico de RHD e participação de profissionais de diferentes áreas de atuação. Hospital do Câncer, 2000.

Variável	Categoria	RHD				P*
		Não RHD		RHD antes da Internação		
		N°	%	N°	%	
Fisioterapeuta	Não	23	(18,5)	89	(52,7)	<0,001
	Sim	101	(81,5)	80	(47,3)	
Nutricionista	Não	51	(41,1)	91	(53,8)	0,031
	Sim	73	(58,9)	78	(46,2)	
Psicólogo/Psiquiatra	Não	109	(87,9)	155	(91,7)	0,280
	Sim	15	(12,1)	14	(8,3)	
Total		124	(100,0)	169	(100,0)	

*Teste de associação pelo qui-quadrado.

DISCUSSÃO

5 DISCUSSÃO

Com o objetivo de conhecer as características clínicas e epidemiológicas dos pacientes com câncer que evoluíram ao óbito durante a última internação hospitalar em um hospital de ensino e pesquisa em câncer, foi feita esta análise retrospectiva de todos os prontuários de pacientes que receberam constatação de óbito intra-hospitalar entre os meses de janeiro a dezembro de 2000.

Por tratar-se de um estudo retrospectivo, houve dificuldade em obter detalhes de algumas variáveis importantes em pacientes portadores de câncer como por exemplo atendimento e acompanhamento médico a nível domiciliar (*Home care*), informações sobre KPS (*Karnofsky Performance Status*), qualidade de vida, satisfação com o tratamento recebido, diretrizes de ressucitação cardiopulmonar e ainda a queixa principal que levou a última hospitalização. No entanto, o levantamento realizado permitiu caracterizar a última internação em relação a outros fatores com os sinais e sintomas.

Na Espanha EVANS e McCARTHY (1985) e LLOBERA et al. (2000), nos Estados Unidos e no Canadá, os critérios de admissão para vários programas de cuidados paliativos requerem que os médicos estabeleçam uma expectativa de vida de 6 meses ou menos. No Reino Unido, um dos critérios de admissão para o atendimento nos *Hospices*, é que o paciente tenha uma estimativa de vida de 03 meses ou menos (EVANS e McCARTHY 1985; VIGANO et al. 2000; HIGGINSON e CONSTANTIN 2002). De acordo com o *National Hospice Study* a sobrevida

média dos pacientes em fase final de doença não passa de dois ou três meses (MORRIS et al. 1986a; MILLER 1994). Neste estudo, a média desse tempo foi de 53,1 dias, ficando internado em média 7,4 dias. Já para os pacientes que não foram considerados RHD ou foram durante a internação, as durações médias foram de 18,5 e 18,2 dias respectivamente.

Alguns estudos enfatizam o número de dias de hospitalização em pacientes com câncer. No estudo conduzido por LLOBERA et al. (2000) a média do período de cuidados terminal foi de 99 dias. HUANG et al. (2002) concluíram que a média do tempo de internação dos pacientes com câncer nos últimos seis meses de vida era de 34,1 dias (mediana = 24dias). PIROVANO et al. (1999) estudaram 519 pacientes com câncer em fase terminal encontrando uma sobrevida média de 32 dias (com variação entre 1 a 355 dias). Muitos estudos referentes ao tempo de sobrevida são conduzidos em instituições onde existem programas de cuidados paliativos, o que pode resultar em um tempo de sobrevida geralmente curto e a maioria dos estudos prospectivos no período de cuidados terminais tem focalizado pacientes inclusos em programas de cuidados paliativos o que também pode subestimar a duração desse período. Neste estudo o tempo médio de internação foi de 14,9 dias (desvio padrão = 25,8) com variação de 1 a 318 dias (mediana = 8 dias) semelhante ao estudo de BRUERA et al. (1999), cuja média de dias de internação hospitalar de pacientes com câncer antes do óbito em hospitais terciários foi de 15 dias; entretanto a duração média de internação em hospitais de câncer é de 9 dias.

As características demográficas dos óbitos deste estudo mostram haver uma frequência semelhante na percentagem entre o sexo masculino e o sexo

feminino 48,6 e 51,4% respectivamente. O tempo médio de internação dos homens foi superior ao das mulheres ($p= 0,038$). A cor de pele branca foi a mais acometida 88,9% e o principal local de ocorrência do óbito foi na enfermaria (79,3%) sendo que dos pacientes que morreram na enfermaria a maioria recebeu diagnóstico de RHD antes da última internação ($p<0,001$). Entretanto, os pacientes que receberam constatação do óbito na UTI apresentaram uma média maior no tempo de internação hospitalar em relação aos que faleceram na enfermaria ou semi-intensiva ($p= 0,002$) e também foram os pacientes que menos receberam diagnóstico de RHD ($p<0,001$). Decisões em cuidados terminais são difíceis. Nas últimas duas décadas muitos autores têm documentado um aumento significativo de estudos em relação à manutenção ou retirada do tratamento de suporte em pacientes morrendo em unidades de terapia intensiva. A falta de um ensino médico específico para o cuidado do paciente em fase final de doença ocasiona diferenças de atitudes entre membros da equipe, não havendo uniformidade em manter ou não o tratamento de suporte, acarretando em um impacto negativo no cuidado do paciente e na relação com os familiares (HOLZAPFEL et al. 2002).

Apesar dos médicos intensivistas terem tradicionalmente como seus objetivos a cura de doenças e a restauração do quadro clínico do paciente, esses objetivos precisam ser expandidos quando necessários para também incluir a garantia de poder oferecer ao paciente uma “boa morte”. Cuidados paliativos e cuidados ativos não são opções mutuamente exclusivas, mas podem coexistir, conforme demonstrado no Quadro 3 e na Figura 1. Devido às condições de gravidade inerentes às patologias e condições que justificam uma hospitalização

na Unidade de Terapia Intensiva (UTI), todos os pacientes têm um risco aumentado de mortalidade e podem se beneficiar com a inclusão dos cuidados paliativos ao tratamento e seus princípios (TRUOG et al. 2001), conforme mostra o Quadro 4.

- Valorizar a vida e considerar a morte como um processo normal, não abreviando e nem prolongando a morte,
- Prover alívio de dor e outros sintomas estressantes,
- Integrar os aspectos psicológicos e espirituais nos cuidados ao paciente,
- Oferecer um sistema de suporte para ajudar o paciente viver o mais ativo possível até a morte
- Oferecer ainda um sistema de ajuda e suporte aos familiares para conviverem com a doença do paciente e suas próprias perdas.

Fonte: Driver e Bruera 2000

Quadro 4 - Princípios da Medicina Paliativa.

Dos 531 óbitos intra-hospitalares 76,6% receberam diagnóstico de RHD, sendo 31,8% diagnosticados antes da última internação e 44,8% diagnosticados durante a última internação hospitalar. Neste estudo cento e vinte e quatro pacientes não receberam diagnóstico de RHD.

Geralmente não é fácil saber quando o paciente entra no período de fase final da vida, não havendo ainda uma uniformidade de definição na literatura. VIGANO et al. (2000), definem o começo da fase terminal, como o período em que as metas estabelecidas primariamente para o tratamento do controle do crescimento tumoral, precisam ser redefinidas para controle de sintomas, e citam

três condições que precisam ser conhecidas antes de definir o câncer como uma doença terminal:

- confirmação diagnóstica de doença maligna progressiva,
- reconhecimento de aproximação da morte e,
- exaustão de todas as alternativas terapêuticas.

De acordo com o *National Council for Hospice and Specialist Palliative Care Services-NCHSPCS* (1995), o período de cuidados terminais é uma parte importante dos cuidados paliativos, e geralmente refere-se ao manejo do paciente nos últimos dias, semanas ou meses de vida, tendo início em um ponto na evolução da doença em que se torna claro que o paciente encontra-se em um estado progressivo de declínio. De acordo com as definições encontradas na literatura podemos assumir que o período de RHD pode ser considerado um *proxy* do período de fase final da vida.

O tempo médio entre o diagnóstico de RHD e óbito foi maior nos pacientes que receberam tal diagnóstico antes da última internação em comparação com os pacientes que foram diagnosticados como RHD durante a última internação ($p < 0,001$). A média de internação é menor nesse grupo de pacientes ($p < 0,001$). Com isso podemos inferir que os pacientes diagnosticados como RHD passam mais tempo fora do hospital o que pode favorecer uma maior utilização dos leitos hospitalares aos pacientes em período de tratamento ativo. Entretanto a média do tempo de internação entre os pacientes que não receberam diagnóstico de RHD e os que receberam durante a última internação é semelhante sugerindo haver uma dificuldade em se identificar o ponto no tratamento em que as diretrizes devem ser redirecionadas com mudança no foco do atendimento a ser prestado ao paciente.

Não houve diferença estatística significativa entre a idade do paciente e o diagnóstico de RHD ($p=0,792$), entretanto foi possível observar que as mulheres foram as que mais receberam diagnóstico de RHD antes da última internação, provavelmente pelo fato de o câncer de mama, que muitas vezes evolui de forma lenta, ter sido a neoplasia mais freqüente no Centro de Tratamento e Pesquisa Hospital do Câncer A.C. Camargo, depois das neoplasias do trato gastrointestinal.

Muitos pacientes com câncer desenvolvem uma gama devastadora de sintomas de ordem física e emocional antes da morte e se estes sintomas não são adequadamente identificados e controlados podem causar estresse tanto para os pacientes como para os familiares (NELSON et al. 2000; BRUERA et al. 2000; SWEENEY et al. 2001). No período de fase final da vida, geralmente o paciente fica acamado ao leito apresentando uma série de sinais e sintomas tais como sonolência, astenia, diminuição da mobilidade, podendo apresentar agitação, confusão e ansiedade e outras condições com repercussões para o próprio paciente, familiares, profissionais de saúde e ainda com conseqüências ao nível de saúde pública. Apesar desses sintomas serem mais comuns no estágio final do câncer, eles podem ser comuns durante toda a evolução da doença e até podem ser evidentes no momento do diagnóstico (SCHONWETTER 1996). A antecipação, identificação e adequado manejo desses sintomas é fundamental para se poder oferecer uma melhor qualidade de vida aos pacientes e familiares assim como uma melhor qualidade de morte.

Dispnéia é uma complexa sensação de componentes físicos e psicológicos segundo STOREY (1994) e é reconhecida como sendo um sintoma difícil de tratar em todas as fases da evolução do câncer e se torna um problema grave em

doença avançada (STONE et al. 2001; BRUERA et al. 2000). Cerca de 30% a 75% dos pacientes com câncer em fase avançada desenvolvem dispnéia (DRIVER e BRUERA 2000). Neste estudo 73,1% dos pacientes apresentaram dispnéia na última internação hospitalar, não havendo diferença estatística significativa entre a presença de dispnéia e o tempo médio de internação ($p=0,480$). Neste estudo constatou-se que dispnéia foi mais freqüente nos paciente que não receberam diagnóstico de RHD, não houve diferença estatística significativa entre a presença do sintoma e o diagnóstico ou não de RHD ($p=0,087$). Apesar de não haver uma significância estatística estes dados se aproximam aos dados do *The National Hospice Study*, citado por ALLARD et al. (1999), que mostra que a prevalência de dispnéia aumenta com a aproximação da morte, estando presente em 49%, 54% e 57% respectivamente seis, três e uma semana antes do óbito.

A dor relacionada ao câncer é um fenômeno complexo, multidimensional, composto por componentes sensoriais, afetivos, cognitivos e comportamentais (BOSTRÖM et al. 2003), sendo um dos sintomas mais comuns e o mais temido em doença maligna avançada (STONE et al. 2001). Aproximadamente 75% dos pacientes com câncer irão desenvolver dor durante o transcurso da sua doença (DRIVER e BRUERA 2000). Segundo CONILL et al. (1997) nos pacientes com câncer em fase avançada e final de doença a dor está presente em apenas 30%. Para a maioria desses pacientes a dor é associada com o tumor; entretanto, também pode estar relacionada ao tratamento ou, ainda, ter outra causa independente do tumor e do tratamento. Neste estudo 58,4% dos pacientes apresentaram algum tipo de dor na última internação hospitalar e nestes pacientes

a média do número de dias de hospitalização foi maior do que nos pacientes que não tiveram dor ($p= 0,002$), não havendo diferença estatística significativa em se ter dor e ter recebido ou não o diagnóstico de RHD ($p=0,119$). O conhecimento inadequado da dor e seu tratamento, além dos problemas relacionados aos efeitos colaterais de medicações para o controle de dor e ainda informação insuficientes sobre tolerância a opióides e dependência, são fatores sugestivos para explicar o aumento na média de dias de hospitalização nesses pacientes. Entretanto neste estudo não há dados suficientes para testar tais hipóteses. Nos hospitais que dispõem de serviços de cuidados paliativos e controle de dor, observa-se que a dor passa a ser um dos sintomas menos freqüentes e um dos mais controlados, uma vez que a sua identificação e correta abordagem acontecem concomitante com o tratamento ativo direcionado ao tumor. Apesar de mais de 90% da dor do câncer ser eficazmente controlada cerca de 25% dos pacientes com câncer morrem com dor (DRIVER e BRUERA 2000).

Astenia é entendida como sendo um sintoma comum associado ao câncer e seu tratamento. Cerca de 60% a 90% dos pacientes com câncer em fase avançada apresentam astenia e esta proporção tende a aumentar com a progressão da doença. Geralmente o paciente apenas precisa referir que está sentindo astenia para ser considerado como tendo fadiga relacionada ao câncer. Vários fatores contribuem para a sensação de astenia, dentre os quais, anemia, dor, quimioterapia, radioterapia, medicações analgésicas e sedativas, estado nutricional e até mesmo fatores psicológicos (LOGE et al. 2000; CELLA et al. 2001). O tratamento é multidisciplinar devido às múltiplas etiologias e fatores que contribuem para o seu surgimento e continuidade. Alguns centros têm

desenvolvido atenção especial a esse sintoma e no *The M.D. Anderson Cancer Center* foi criada uma clínica de fadiga com o objetivo de melhorar a qualidade de vida dos pacientes através do aprimoramento em ensino e pesquisa nesse sintoma (ESCALANTE 2003). Diferentes dos achados de ESCALANTE (2003) apenas 46,7% dos pacientes deste estudo apresentaram astenia na última internação, não havendo diferença estatística significativa em ter o sintoma e o número de dias de hospitalização ($p=0,618$) assim como em ter o sintoma e ter recebido ou não o diagnóstico de RHD ($p= 0,218$). Segundo DRIVER e BRUERA (2000) astenia é um sintoma severo em pacientes com câncer em fase avançada contribuindo para uma diminuição na capacidade física e mental do paciente e também incrementando outros sintomas. Provavelmente a discrepância destes resultados com os achados da literatura esteja relacionada com o fato de não haver uma adequada abordagem ao paciente direcionada a sintomas específicos do câncer em fase avançada.

Muitos pacientes com câncer desenvolvem anemia devido à doença ou ao seu tratamento. Apenas uma minoria desses pacientes é tratada com transfusões sanguíneas. Transfusões de hemoderivados são bem estabelecidas como tratamento de suporte em hematologia e oncologia, ambos durante o tratamento quimioterápico e radioterápico e ainda na palição de sintomas no estágio final de doenças hematológicas (GLEESON e SPENCER 1995). Por se tratar de uma avaliação retrospectiva não foi possível quantificar os valores laboratoriais de hemoglobina e hematócrito em todos os pacientes e o diagnóstico de anemia foi considerado quando havia anotações no prontuário do diagnóstico de anemia. Neste estudo 30,7% dos pacientes apresentaram anemia na última internação

hospitalar e 33% dos pacientes receberam transfusão de glóbulos vermelhos. O tempo médio de internação hospitalar foi maior nos pacientes que tiveram anemia do que naqueles que não tiveram ($p<0,001$). Os pacientes que não receberam diagnóstico de RHD foram os que mais receberam transfusão de glóbulos vermelhos ($p<0,001$), plaquetas ($p<0,001$) e plasma ($p<0,001$), sugerindo que os pacientes considerados como não sendo RHD recebem uma forma mais ativa de tratamento. No estudo de GLEESON e SPENCER (1995), concluiu-se que transfusão sangüínea é eficaz no controle de anemia, produzindo excelentes resultados no controle de cansaço e sensação de bem estar e que não deve ser prescrita com base em valores laboratoriais de hemoglobina e sim de acordo com a situação clínica apresentada pelo paciente objetivando o controle de sintomas relacionados a presença da anemia.

A terapia do câncer cria diversas desordens psiquiátricas e neurológicas. Complicações psiquiátricas têm recebido maior atenção nos cuidados do fim da vida (HOLLAND 2001). O reconhecimento de um efetivo diagnóstico e tratamento de complicações psiquiátricas nos pacientes com câncer são aspectos importantes dos cuidados oncológicos. Muitas desordens psiquiátricas como depressão, agitação e ansiedade ocorrem durante todo o transcurso da doença, porém são mais susceptíveis a complicarem na fase avançada de doença (BREITBART 1994).

Delírio é uma desordem mental orgânica que ocorre em 15% a 20% dos pacientes com câncer hospitalizados e é mais comum em pacientes com doença avançada e muitos deles persistem com o sintoma até mesmo muito próximo da constatação do óbito; ele está presente em cerca de 75% em pacientes com

câncer em fase terminal (BREITBART 1994). Os pacientes com delírio apresentam uma combinação de falhas cognitivas como agitação psicomotora, alucinação, flutuação do nível de consciência, mudanças no ciclo do sono e outras percepções de anormalidade e estas pode ser causado por uma série de fatores, dentre os quais metástase cerebral, toxicidade terapêutica (quimioterapia ou radioterapia), uso de drogas psicotrópicas, desordens metabólicas, síndrome paraneoplásica, septicemia e neurotoxicidade induzida por opióide (BRUERA e NEUMANN 1998). Nos últimos dias de vida, delírio é freqüentemente definido como agitação terminal. Muitos trabalhos têm avaliado o controle de sintomas durante a fase final de evolução do câncer e apesar de muitos terem avaliado dor, poucos enfatizaram agitação (ELLERSHAW et al. 2001). Neste estudo, 46,5% dos pacientes apresentaram agitação na última internação hospitalar. Não houve diferença na média do tempo médio de internação hospitalar e a presença do sintoma ($p= 0,410$) e tal sintoma foi mais freqüente nos pacientes que tiveram diagnóstico de RHD antes da última internação ($p= 0,049$), podendo estar relacionado aos achados mencionadas por BRUERA e NEUMANN 1998. Delírio é conceitualmente reversível em pacientes com doença avançada, porém pode não o ser nas últimas 24 a 48 horas de vida. Isto é muito influenciado pela presença de processos irreversíveis, como falência de múltiplos órgãos que ocorre nas horas finais de vida (BREITBART 1994).

A incidência de depressão em pacientes com câncer varia de 20% a 25% e aumenta com o aumento da incapacidade física, dor e avanço da doença. Cerca de 5% a 10% dos pacientes com câncer sofrem de depressão severa (DRIVER e BRUERA 2000). Tem sido estabelecido que depressão afeta o tempo de

sobrevida, adesão à terapia, percepção de dor e a qualidade de vida (BREITBART 1994; MACLEOD 1998). A depressão em pacientes com câncer pode ser controlada usando-se a combinação de psicoterapia de suporte, técnicas de conhecimentos cognitivos e medicações antidepressivas (BREITBART 1994). Nove por cento dos pacientes no nosso estudo apresentaram depressão na última internação e os que apresentaram tal sintoma apresentaram uma média maior no número de dias de hospitalização em relação aos que não tiveram depressão ($p < 0,001$), sugerindo haver uma não otimização de leitos hospitalares, uma vez que o tratamento para depressão pode se feito a nível ambulatorial. Não houve diferença estatística significativa entre a presença de depressão e ter recebido ou não diagnóstico de RHD ($p = 0,059$). Estes resultados se aproximam mais daqueles valores referidos por DRIVER e BRUERA (2000) em relação aos pacientes com câncer e depressão severa. Entretanto, um estudo prospectivo seria mais adequado para se conhecer a real incidência e os tipos de depressão durante todo o transcurso da doença.

Diversos tipos de síndromes ansiosas freqüentemente ocorrem em pacientes com câncer, incluindo ansiedade reativa relacionada ao câncer e seu tratamento, desordens orgânicas de ansiedade e fobias, pânico e desordens de ansiedade crônica (BREITBART 1994). Neste estudo, 12,2% dos pacientes apresentaram ansiedade na última internação hospitalar. A presença de ansiedade aumentou o tempo médio de internação dos pacientes em relação aos que não apresentaram tal sintoma ($p < 0,001$) não havendo diferença estatística significativa em se ter ansiedade e o diagnóstico ou não de RHD ($p = 0,131$).

O psiquiatra e o psicólogo desempenham uma importância fundamental nos cuidados de suporte aos pacientes com câncer. Essa importância inclui o diagnóstico e tratamento de complicações psiquiátricas e técnicas psicológicas de controle de sintomas físicos e ainda de suporte para familiares e para outros membros da equipe envolvida no cuidado ao paciente. Neste trabalho apenas 9,2% dos pacientes receberam tratamento com psicólogo ou psiquiatra na última internação hospitalar e não houve diferença estatística significativa nos três grupos analisados ($p = 0,532$). A pouca participação desses profissionais no cuidado ao paciente na última internação hospitalar pode se justificar devido a baixa incidência de sintomas como depressão e ansiedade associado ainda a falta de um treinamento adequado do médico oncologista para a identificação ou percepção de tais sintomas e conseqüentemente a indicação de uma conduta especializada. Entretanto vale salientar que pela característica retrospectiva deste estudo não foi possível identificar se os familiares receberam ou não atendimento durante o período de hospitalização que antecedeu o óbito do paciente ou durante todo o processo de doença.

Infecção é uma complicação séria e uma causa importante de morte em pacientes com câncer e muitos fatores contribuem para este fato, tais como necrose tumoral, idade avançada, comprometimento do sistema imunológico, falência de órgãos e o próprio tratamento contra o câncer (PEREIRA et al. 1998; HOMSI et al. 2000; NAGY-AGREN e HALEY 2002). O mau estado nutricional e a presença de cateteres invasivos aumentam o risco (HOMSI et al. 2000; NAGY-AGREN e HALEY 2002). Neste estudo, a presença de infecção foi identificada através das anotações médicas nos prontuários que referiam sobre o sítio

específico da infecção, presença de sinais ou sintomas sugestivos de infecção ou a positividade de cultura bacteriológica. Quarenta e cinco por cento dos pacientes com câncer apresentaram infecção na última internação hospitalar. Essa frequência sustenta os achados do estudo de PEREIRA et al. (1998) que reportaram 55% de infecções em pacientes com câncer em fase terminal e o estudo de NAGY-AGREN e HALEY (2002) que constataram que cerca de 41,6% dos pacientes com câncer em fase avançada apresentam infecção documentada. A média do número de dias de hospitalização foi maior nos pacientes que tiveram infecção do que nos que não apresentaram ($p < 0,001$) e foi mais freqüente nos pacientes que não receberam diagnóstico de RHD, sugerindo que a presença de infecção é mais freqüente nos pacientes que provavelmente se encontram em tratamento ativo, onde a presença de neutropenia é mais freqüente favorecendo a uma maior incidência de infecções (VITETTA et al. 2000).

FAULL et al. (1998) definem anorexia a ausência ou perda de apetite por comida e caquexia a condição de perda de peso profunda assim como uma perda no catabolismo do tecido muscular e adiposo. Caquexia e anorexia são os primeiros sinais de um processo maligno podendo estar presente à época do diagnóstico em 50% dos pacientes. Em fase avançada do câncer anorexia ou caquexia ou ambas ocorrem em 80% a 90% dos pacientes. Esse problema de diminuição do apetite e perda de peso, acompanhada por perda de massa muscular, costuma acontecer concomitante com intensa astenia tendo etiologia multifatorial (DRIVER e BRUERA 2000). A síndrome de caquexia-anorexia é caracterizada por uma perda progressiva de peso, lipólise, perda de massa protéica e profunda anorexia e é freqüente em grande parte dos pacientes com

câncer antes da morte. A perda progressiva de peso diminui a chance de sobrevida do paciente e muitos pacientes com caquexia apresentam maior número de complicações depois de submeter-se a tratamento cirúrgico, radioterapia e quimioterapia e ainda contribui para astenia associada à anorexia e náusea crônica além de ser uma fonte de estresse para o paciente e familiares (BRUERA e NEUMANN 1998). Diferente dos dados de DRIVER e BRUERA (2000), apenas 40,7% dos pacientes apresentaram inapetência na última internação e nesses pacientes o tempo médio de hospitalização foi maior do que naqueles que não tiveram inapetência ($p < 0,001$) sendo mais freqüente nos pacientes que receberam diagnóstico de RHD antes da última internação. Em relação a perda de peso, apenas 10,5% dos pacientes apresentaram tal sintoma; entretanto os que apresentaram perda de peso também tiveram uma média maior no número de dias de hospitalização ($p < 0,001$), não havendo diferença estatística significativa em ter tido perda de peso e ter recebido ou não diagnóstico de RHD. Estes dados distanciam-se dos apresentados por DRIVER e BRUERA (2000), provavelmente pelo fato de verificação de peso não fazer parte da rotina diária dos parâmetros dos pacientes como por exemplo, pulso, pressão e temperatura e ainda por se tratar de uma avaliação retrospectiva em um estudo realizado em um hospital geral de câncer sem um serviço de cuidados paliativos, onde habitualmente a verificação de peso faz parte da rotina.

Náuseas crônicas e vômitos são sintomas desconfortáveis e comuns em pacientes com câncer em fase avançada, ocorrendo em 70% a 90% dos pacientes (DRIVER e BRUERA 2000), porém em apenas 10% a 14% dos pacientes nas últimas 24 a 48 horas de vida (COWAN 2000). A fisiologia e a neurofarmacologia

dos vômitos e náuseas induzidos pelo tratamento quimioterápico é bem estabelecida e tem sido muito mais estudada do que outras causas de náuseas e vômitos (STOREY 1994). O conhecimento da sua etiologia e fisiopatologia é crucial para as suas diferentes intervenções (FERRIS et al. 2002). Neste estudo 30,1% e 21,8% dos pacientes na última internação apresentaram vômitos e náuseas respectivamente, e a média no número de dias de hospitalização nesses pacientes foi maior do que naqueles que não apresentaram tais sintomas ($p < 0,001$). Os pacientes que não receberam diagnóstico de RHD foram os que mais apresentaram náuseas ($p = 0,008$). Esses dados podem estar relacionados a efeitos colaterais do tratamento direcionado ao câncer, freqüente antes de se ter recebido o diagnóstico de RHD ou ainda devido às características evolutivas finais do câncer, onde o uso de opióides é alto, acarretando efeitos colaterais.

Constipação é uma causa comum de morbidade em pacientes com câncer, podendo afetar 50% dos pacientes em fase avançada e 95% dos pacientes que usam opióides. Constipação é pouco diagnosticada por médicos e enfermeiras mesmo em serviços de cuidados paliativos, provavelmente devido a não uniformidade conceitual de cada paciente do que vem a ser constipação (DRIVER e BRUERA 2000). Neste estudo, 29,4% dos pacientes apresentaram constipação na última internação hospitalar, apresentando uma média no número de dias de hospitalização maior do que os pacientes que não tiveram constipação ($p < 0,001$) e sendo mais freqüentes nos pacientes que receberam diagnóstico de RHD antes da última internação hospitalar ($p < 0,001$). A presença de constipação pode está relacionada ao uso de opióides freqüente nesse grupo de pacientes.

A proporção que o paciente torna-se fraco ele perde lentamente a sua capacidade de engolir livremente. As medicações orais tornam-se difíceis de serem administradas e isso pode ser uma oportunidade de racionalização do tratamento. Na fase terminal o uso de alimentação artificial ou hidratação torna-se inapropriado (FAULL et al. 1998). Alguns autores advogam que a desidratação nas últimas horas de vida não causa estresse físico e pode estimular a liberação de endorfinas e componentes anestésicos que promovem uma sensação de bem estar no paciente (FERRIS et al. 2002). Neste 13,2% dos pacientes apresentaram-se com disfagia na última internação não havendo diferença estatística significativa em ter disfagia e a média no tempo de hospitalização ($p=0,779$) assim como ter recebido ou não diagnóstico de RHD ($p=0,767$).

Muitos fatores contribuem para o surgimento de diarreia em pacientes com câncer, incluindo o dano ao epitélio intestinal causado pela quimioterapia, inflamação, infecção, uso de antibióticos (KORNBLAU et al. 2000) e radioterapia (FAULL et al. 1998). Neste estudo 6,2% dos pacientes apresentaram diarreia na última internação hospitalar, havendo uma média maior no tempo de internação nesses pacientes do que nos que não apresentaram diarreia ($p=0,015$). Houve diferença estatística significativa entre a presença de diarreia e ter recebido ou não diagnóstico de RHD ($p<0,001$), sendo mais freqüente nos pacientes que não receberam diagnóstico de RHD, sugerindo estar relacionada a toxicidade terapêutica do tratamento ativo direcionado ao tumor.

Boca seca ou xerostomia é um problema comum em muitos pacientes com câncer. O uso de drogas como opióides, anti-histamínicos, anti-colinérgicos e ainda desidratação, ansiedade e respiração oral podem causar boca seca (FAULL

et al. 1998). Apenas 5% dos pacientes apresentaram boca seca na última internação, não havendo diferença estatística significativa na média do número de dias de hospitalização nesses pacientes e nos que não tiveram boca seca ($p=0,468$) assim como na presença do sintoma e o diagnóstico de RHD ($p=0,215$). A baixa incidência desse sintoma no nosso estudo deve estar relacionado a falta de um treinamento médico e de enfermagem apropriados a perguntar ao paciente sobre tal sintomatologia.

Convulsão é um problema raro na fase final (STONE et al. 2001) e, neste estudo, apenas 4,1% dos pacientes apresentaram convulsão na última internação hospitalar não havendo diferença estatística significativa em ter convulsão e a média do número de dias de hospitalização ($p=0,189$) nem em relação a ter recebido ou não o diagnóstico de RHD.

Há poucos relatos na literatura sobre a presença de cefaléia em pacientes com câncer em fase avançada de doença. Neste estudo apenas 4,3% dos pacientes apresentaram cefaléia na última internação hospitalar, não havendo diferença estatística significativa entre a sua presença e a média de dias de hospitalização ($p=0,463$). Entretanto, neste estudo observou-se que houve diferença estatística significativa em ter apresentado cefaléia e não ter recebido diagnóstico de RHD ($p=0,024$).

O Quadro 5 resume os resultados dos principais estudos realizados em relação a frequência de sinais e sintomas presentes em pacientes com câncer em diferentes fases de evolução, e nele acrescentamos os resultados deste trabalho.

Sinais e Sintomas	No começo dos cuidados paliativos	1-2 meses antes da morte	uma semana antes da morte	nas últimas 24-48hs de vida	Este Estudo	
					RHD	Não RHD
Anorexia (%)	30 - 64	8,0	80	--	36,7	29
Dor	57 - 89	54	30-99	51	59,2	50
Mal estar geral	40 - 67	58	82	--	--	--
Edema	11 - 28	--	--	--	--	--
Dispneia	10 - 51	17-70	46-47	22	65,7	75
Tosse	6,0 -37	6,0	18	--	--	--
Constipação	23 - 51	4,0	55	--	26,6	10,5
Náusea/vômito	6,0 -36	12-62	13-71	14	13/20,1	25/28,8
Boca seca	30 - 64	--	70	87	5,3	2,4
Paralisia	--	--	32	--	--	--
Incontinência	--	3,0	7,0	32	--	--
Gemidos	--	--	56	56-92	--	--
Diarréia	5,0	--	7,0	--	5,3	8,9
Estomatite	7,0	--	--	--	--	--
Mioclonia	--	--	--	6,0-12	3,6	4,8
Cefaléia	9,0-12	--	--	--	2,4	8,1
Soluços	6,0-7,0	--	--	--	--	--
Anemia	--	--	--	--	17,8	43,5
Infecção	--	--	--	--	28,4	61,3
Depressão	--	--	--	--	4,7	10,5
Ansiedade	--	--	--	--	8,9	14,5
Disfagia	--	--	--	--	12,4	11,3
Astenia	--	--	--	--	46,7	39,5

Fonte: modificado de Morita et al. 1999.

Quadro 5 - Sumário dos principais sinais e sintomas em pacientes com câncer em fase avançada de doença.

O alívio de sintomas é fundamental nos cuidados de saúde e principalmente em pacientes com doenças incuráveis. Segundo FAINSINGER et al. (2000), mais de 90% dos pacientes na última semana de vida requerem tratamento farmacológico para controle de dor, dispnéia, delírio e náuseas. O conhecimento e o adequado manejo do arsenal terapêutico farmacológico disponível é fundamental para se poder proporcionar o alívio dos sintomas que acometem esses pacientes.

Apesar de já haver consenso quanto ao adequado manejo da dor muitos pacientes com câncer continuam a vivenciar dor considerável e, aproximadamente metade desses pacientes recebe analgesia inadequada (VIGANO et al. 2000). Opióides e sedativos são drogas freqüentemente usadas para o controle de sintomas em pacientes com câncer em fase avançada. Entretanto seu uso é freqüentemente associado a uma abreviação da morte, apesar de não haver evidências que o aumento nas doses de opióides e sedativos possam precipitar a morte, o que é eticamente defendido pelo princípio do “duplo efeito” (SYKES e THORNS 2003). Neste estudo, 83,6% dos pacientes receberam opióides na última internação hospitalar e a média do número de dias de hospitalização foi maior nesses pacientes do que nos pacientes que não receberam opióides ($p<0,001$). Os pacientes que receberam diagnóstico de RHD durante a última internação foram os que mais receberam opióides ($p=0,005$). A escala de analgesia da OMS tem sido usada em várias partes do mundo na implementação de Programas de Controle de Dor segundo BRUERA e NEUMANN (1998), entretanto muitos médicos não são informados sobre doses apropriadas, freqüência das doses e modalidades alternativas de controle de dor (Anonymus 1992, 1996), o que pode justificar a alta incidência do uso de opióides nesses pacientes.

O tratamento farmacológico baseado no uso regular de opióides orais é muito efetivo em controlar dor em grande parte dos pacientes, mas outros agentes também estão disponíveis. Neste estudo, dolantina foi o opióide de uso mais freqüente na última internação hospitalar representando 29,2%. Os pacientes que usaram morfina via oral (19,6%) apresentaram uma média de hospitalização maior em relação aos pacientes que não fizeram uso dessa medicação ($p<0,001$), o

mesmo ocorrendo com o uso de tramadol endovenoso ($p<0,001$) e neurolépticos ($p=0,002$). Apesar de fentanil endovenoso ter sido usado em apenas 11,7% dos pacientes na última internação, os pacientes que fizeram uso dessa medicação apresentaram uma média de hospitalização maior em relação aos pacientes que não fizeram uso dessa medicação ($p=0,002$) sendo seu uso mais freqüente nos pacientes que não receberam diagnóstico de RHD ($p<0,001$). Durante a coleta dos dados observou-se que fentanil endovenoso é uma medicação de uso freqüente em UTI sendo indicada em pacientes com ventilação mecânica e em pós-operatório e isso pode explicar a sua maior freqüência de uso em pacientes que não receberam diagnóstico de RHD, que provavelmente se encontravam em tratamento ativo.

Vários estudos têm sido realizados relatando-se o uso de antimicrobianos em pacientes com câncer recebendo cuidados de *hospice* e cuidados paliativos. A decisão de se tratar uma infecção com antimicrobianos em pacientes com câncer é um assunto difícil e tem que se levar em consideração a condição geral do paciente e o prognóstico, desejos do paciente e familiares e o potencial controle dos sintomas (WHITE et al. 2003).

O uso de antibióticos nos últimos dias ou semanas de vida é um assunto complexo. A manutenção do uso de antibióticos pode fazer parte dos planos dos cuidados paliativos em vários pacientes severamente doentes e deve ser considerado como parte do tratamento paliativo se o processo infeccioso é causa de desconforto para o paciente. Cerca de 60% a 72% dos pacientes com suspeita de infecção são tratados com antibióticos em unidades de cuidados paliativos ou *hospices*. Diferente dos achados de NAGY-AGREN e HALEY (2002) que

constatarem que cerca de 83% dos pacientes com câncer na última internação são tratados empiricamente com o uso de antibióticos em hospital de ensino e pesquisa, neste estudo o uso de antibióticos ocorreu em apenas 45,8% dos pacientes com câncer na última internação hospitalar, havendo uma média maior no período de hospitalização nesses pacientes do que nos que não receberam antibióticos ($p < 0,001$) e ainda sendo seu uso mais freqüente nos pacientes que não receberam diagnóstico de RHD ($p < 0,001$). Em relação ao uso de antifúngicos, apenas 11,5% dos pacientes receberam tal medicação na última internação hospitalar e os que receberam apresentaram uma média maior no número de dias de hospitalização em comparação aos que não receberam tal medicação ($p < 0,001$); sendo seu uso mais freqüente nos pacientes que não receberam diagnóstico de RHD ($p < 0,001$), o que sugere não haver uma diretriz no que concerne ao uso de antimicrobianos nesses pacientes, se comparado aos achados da literatura além disso, o uso ou não de antimicrobianos pode estar mais relacionado à conduta da equipe do que propriamente a um plano de tratamento paliativo direcionado e individualizado para cada paciente com câncer em fase final de doença. Infelizmente a análise retrospectiva desse estudo impossibilita observar a resposta do sintoma à terapia instituída o que pode ser melhor avaliado em um estudo prospectivo.

O uso de G-CSF tem se mostrado seguro e pode ser efetivo na profilaxia e terapêutica em pacientes neutropênicos com infecções severas (ILLERHAUS et al. 2002). Apenas 4,0% dos pacientes fizeram uso de G-CSF na última internação hospitalar e os que usaram apresentaram uma média no tempo de internação maior do que os que não fizeram uso dessa medicação ($p = 0,003$).

KUGAYA et al. (1999) avaliaram o efeito do tratamento com antidepressivos em pacientes com câncer terminal mostrando ser efetivo em aliviar o desejo suicida durante a depressão severa. O uso de antidepressivos também tem sua indicação vital quando o paciente apresenta-se com depressão e fadiga (ESCALANTE 2003). O uso de antidepressivos é reconhecidamente eficaz mesmo em pacientes muito doentes, entretanto médicos e psiquiatras tendem a hesitar o seu uso em fase terminal devido aos efeitos colaterais deletérios como os efeitos anti-colinérgicos e a sua lenta ação de eficácia (KUGAYA et al. 1999). Neste estudo, 27,7% dos pacientes fizeram uso de antidepressivos na última internação hospitalar e os que fizeram uso apresentaram uma média do número de dias de hospitalização maior do que os que não o usaram ($p < 0,001$).

O uso de benzodiazepínicos pode ser muito útil quando um quadro de ansiedade severa complica e acarreta dispnéia. No início do curso da dispnéia do câncer o uso de benzodiazepínicos pode encobrir a sensação ou causar sedação o que não é benéfico podendo ainda limitar o uso de opióides. No estado avançado do câncer, o quadro de ansiedade e agitação agrava a dispnéia e o uso de benzodiazepínicos deve ser associado ao uso de opióides (STOREY 1994). Nos outros casos de dispnéia o uso de opióides é mais eficaz (BRUERA e NEUMANN 1998). Neste estudo, cerca de 43% dos pacientes receberam benzodiazepínicos na última internação hospitalar e nesses pacientes a média no tempo de internação foi maior do que nos pacientes que não fizeram uso da medicação ($p < 0,001$), sendo seu uso mais freqüente nos pacientes que não receberam diagnóstico de RHD ($p < 0,001$).

O uso de esteróides é freqüente em cuidados paliativos na tentativa de aliviar sintomas específicos, como compressão medular, hipertensão intracraniana, linfangite carcinomatosa, e sintomas não específicos, variando de dor e náuseas até mal estar geral e indisposição, sintomas esses, associados com o câncer em fase avançada (MERCADANTE et al. 2001; HARDY et al. 2001). Entretanto os relatos de experiência com o uso de esteróides em pacientes com câncer em fase avançada são muito controversos podendo ser eficaz em alguns pacientes com câncer e fadiga (ESCALANTE 2003). Cerca de 41% dos pacientes fizeram uso de esteróides na última internação hospitalar, havendo uma média maior no tempo de hospitalização nos pacientes que usaram tal medicação do que nos pacientes que não usaram ($p=0,002$). Não houve diferença estatística significativa em relação ao seu uso e ter recebido ou não diagnóstico de RHD ($p=0,115$).

Os antiinflamatórios são usados com eficácia na terapia inicial da dor leve em pacientes com câncer, podendo ainda ser associado com opióides ou outros analgésicos de acordo com a intensidade da dor. Entretanto, os efeitos colaterais advindos do seu uso limitam seu uso em pacientes com doença avançada que podem cursar com insuficiência renal, disfunção hepática, sangramentos ou úlceras gástricas. Neste estudo, apenas 15,4% dos pacientes receberam antiinflamatórios na última internação hospitalar. Apesar da baixa freqüência, foi possível observar que os pacientes que fizeram uso de tal medicação apresentaram uma maior média no tempo de hospitalização ($p=0,004$).

A cirurgia continua tendo papel de destaque na cura e erradicação do câncer, principalmente quando o foco do tratamento é a cura e não a palição.

Entretanto, procedimentos cirúrgicos com o objetivo paliativo representam importante função em pacientes com câncer em fase avançada de doença, onde o tratamento ativo nem sempre é indicado ou possível devido à própria evolução da doença e a conseqüente deterioração das condições do paciente. Neste estudo a maioria dos pacientes (71,6%) não recebeu tratamento cirúrgico na última internação hospitalar e os pacientes que receberam tratamento cirúrgico na última internação tinha o objetivo paliativo (19,2%) e a média de dias de hospitalização foi maior nesses pacientes ($p < 0,001$). Apesar de uma freqüência baixa de tratamento cirúrgico ativo na última internação (apenas 5,6%), tais pacientes também apresentaram uma média de dias de hospitalização maior do que os pacientes que não se submeteram à cirurgia ativa ($p < 0,001$) sendo mais freqüente nos pacientes que não receberam diagnóstico de RHD sugerindo poder se tratar dos pacientes que evoluíram ao óbito no período de tratamento ativo.

A radioterapia paliativa é um ramo importante nos cuidados paliativos (JOHNSTON et al. 2001) e para pacientes com câncer incurável é empregada com eficácia para controle de dor, alívio de obstruções, controle de hemorragia, melhora funcional e em raros casos ainda promovendo um efeito cosmético (RICHTER e COIA 1985; ISCOE et al. 1999). Neste estudo apenas 7,9% dos pacientes receberam radioterapia paliativa na última internação hospitalar, e nesses pacientes a média do número de dias de hospitalização foi maior do que nos que não receberam radioterapia ($p < 0,001$) e ainda sendo mais freqüente nos pacientes que não receberam diagnóstico de RHD ($p < 0,001$). Apesar de não ter sido avaliada a indicação de radioterapia pode-se acreditar que a sua indicação deve estar relacionada a controle de sintomas, como por exemplo, dor que é mais

freqüente nesse grupo de pacientes. Cerca da metade dos pacientes com câncer na América do Norte recebem radioterapia no transcurso de sua doença e na metade desses pacientes a radioterapia é paliativa. Estima-se que com o envelhecimento da população e novos casos de câncer, essa modalidade terapêutica irá crescer, havendo necessidade de uma estratégia coordenada de planos de tratamento (JOHNSTON et al. 2001).

A quimioterapia assume papel importante na cura e controle do câncer, entretanto, muitas formas de quimioterapia são administradas com o intuito não curativo, e quando o objetivo do tratamento é o de paliar, a resposta tumoral e a qualidade de vida precisam ser adequadamente avaliadas antes de se instituir a terapêutica que irá, de fato, alcançar o objetivo paliativo (KEARSLEY 1994). O Quadro 6 mostra as situações clínicas onde a quimioterapia pode assumir um objetivo paliativo e os princípios desse tratamento.

Indicações para quimioterapia paliativa	Princípios para quimioterapia paliativa
- Sintomas ocasionados por doença metastática - Sintomas locais ocasionados por doença "sensível" - Doença local recorrente após radioterapia - Controle de ascite e derrame pleural ou pericárdico - Hipercalcemia - Infiltração medular - Múltiplas metástases hepáticas - Doença leptomeníngea - Linfangite	- Paciente cooperativo e bem informado - Avaliação risco/benefício - Evitar doenças quimiorressistentes - Número de investigações limitadas - Via oral de administração - Agentes menos tóxicos - Evitar combinações de drogas - Ciclos curtos - Dose-tolerância do paciente - Considerar o uso de hormônios ou modificadores de resposta biológica - Controle de sintomas concomitante - Reavaliação

Fonte: Kearsley 1994.

Quadro 6 - Princípios e indicações para a quimioterapia paliativa.

EMANUEL et al. (2003) estudaram a frequência e a duração da quimioterapia nos últimos seis meses de vida em pacientes com câncer e encontraram que 9% receberam quimioterapia no último mês de vida. Neste estudo apenas 4,4% dos pacientes receberam quimioterapia na última internação, sendo que 3,8% receberam quimioterapia ativa e 0,6% receberam quimioterapia paliativa. Os pacientes que receberam quimioterapia ativa durante a última internação apresentaram uma média maior do número de dias de hospitalização em relação aos pacientes que não receberam quimioterapia ($p < 0,001$) e os pacientes que não receberam diagnóstico de RHD foram os que mais receberam quimioterapia ativa ou paliativa ($p < 0,001$). KINZBRUNNER (1994) enfatiza ainda

que o grande benefício que a maioria dos pacientes ganha com a quimioterapia paliativa é o senso de ajuda e a sensação de que alguma coisa está sendo feita para controlar a sua doença.

A atuação de uma equipe multidisciplinar ou multiprofissional composta por profissionais das áreas médica, enfermagem, fisioterapia, nutrição, psicologia, serviço social, representante espiritual e voluntariados, tem papel de vital importância com o paciente. A equipe de cuidados paliativos não é apenas importante no aconselhamento de uma boa palição enquanto o paciente encontra-se hospitalizado, mas também é importante no processo educacional de médicos e enfermeiros. O paciente no período de cuidados terminais requer um trabalho de equipe coordenado, excelente inter comunicação, e um entendimento apropriado de controle de sintomas (NELSON et al. 2000).

Muitos estudos têm indicado que especialistas em cuidados paliativos têm melhor manejo e melhores resultados com os pacientes portadores de doenças progressivas. Os pacientes atendidos por uma equipe multidisciplinar apresentam melhores resultados no que se refere ao tempo de permanência e cuidado domiciliar, satisfação, controle de sintomas e escolha de local do óbito de acordo com seus desejos (HIGGINSON 1998).

O tratamento psiquiátrico tende a ser menos utilizado em pacientes com câncer no final da vida devido a pouca experiência médica e ao desconhecimento de como tratar os pacientes nessa fase de doença. Por outro lado, os médicos especialistas em cuidados paliativos ou com maior experiência nesse assunto são mais capazes de identificar e direcionar um tratamento mais específico (MORITA et al. 2002). A negligência em não identificar sintomas potencialmente reversíveis

e tratáveis na esfera psiquiátrica pode acarretar um risco de sedar o paciente desnecessariamente. A integração do psicólogo e psiquiatra no controle de sintomas dos pacientes com câncer durante o percurso da doença, desde o diagnóstico até a fase final da doença, deve ser parte integrante dos cuidados totais ao paciente e seus familiares, contribuindo para que haja uma melhor qualidade de vida para o paciente e seus familiares (BREITBART 1994).

Apesar dos últimos avanços na terapia e pesquisa em câncer (WILKES 1974) com novas e ricas informações, revelando que o câncer é uma doença que envolve mudanças dinâmicas no genoma, clareando caminhos e possibilidades de cura para certos tipos de câncer até então incuráveis a incidência e o número de mortes por câncer tem aumentado substancialmente (HANAHAN e WEINBERG 2000; STOREY 2001; VIGANO et al. 2000) e cerca de 50% de todos os pacientes diagnosticados com câncer não sobreviverão à doença (HIGGINSON e FINLAY 2003) e este crescente número de mortes por câncer tem criado uma grande demanda por tratamento paliativo (HUANG et al. 2002).

A OMS tem desenvolvido normas e estratégias para beneficiar pacientes com câncer e dor. A proposta da OMS para um modelo de Cuidados Paliativos visa uma integração precoce entre cuidados paliativos e curativos do câncer (BENNETT e CORCORAN 1994; STJERNSWARD et al. 1996) e para este fim os pacientes deverão ser expostos cedo aos serviços de cuidados paliativos, beneficiando ainda mais o tradicional controle de sintomas e terapêutica holística e também evitando crises na fase terminal (BENNETT e CORCORAN 1994). Recentemente, a Organização Pan Americana de Saúde (OPAS) incorporou cuidados paliativos no programa de câncer das Américas e do Caribe (DE LIMA e

BRUERA 2000). No Brasil, o Ministério da Saúde através da portaria GM/MS nº 19, de 3 de janeiro de 2002, instituiu no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, o Programa Nacional de Assistência à Dor e Cuidados Paliativos (Anexo 1).

Serviços de cuidados paliativos estão se expandindo, porém continuam não disponíveis em muitas instituições (STONE et al. 2001). Cuidados paliativos devem ser desenvolvidos em hospitais terciários e centros de pesquisa e tratamento em câncer, apropriados para o controle de sintomas difíceis que ocorrem durante o curso de doenças incuráveis (MERCADANTE et al. 2003), podendo ainda ser estabelecido um elo de comunicação entre *hospice care* e *home care*, promovendo modelos de educação para graduação e estudantes de medicina, enfermagem, psicologia, nutrição, fisioterapia e serviço social (BRUERA e SWEENEY 2001; MERCADANTE et al. 2003). Existem evidências que programas integrados de cuidados paliativos podem reduzir significativamente o número de mortes relacionadas com o câncer em leitos ativos hospitalares e aumentar o acesso de pacientes a serviços de cuidados paliativos. Alguns estudos indicam que os leitos hospitalares são os locais mais comuns de ocorrência de óbitos em pacientes com câncer e isto tende a continuar por alguns anos. Torna-se claro e de vital importância que serviços de cuidados paliativos sejam desenvolvidos para pacientes com alto risco de morte intra-hospitalar como aqueles com câncer.

Com este trabalho foi possível caracterizar a última internação dos pacientes com câncer que evoluíram ao óbito intra-hospitalar em um hospital especializado no tratamento e pesquisa em câncer que não possui um departamento de Cuidados Paliativos. Entretanto, torna-se necessário uma

descrição de como os pacientes com câncer morrem, observando-se além das características descritas neste trabalho, outras características como qualidade de vida no último ano de vida de pacientes e dos seus familiares, preferências dos pacientes e continuidade de tratamento no último ano de vida, resposta terapêutica no controle de sintomas e ainda o impacto sobre os familiares e a sociedade, características que podem ser melhor avaliadas em um estudo prospectivo.

CONCLUSÕES

6 CONCLUSÕES

1. Os pacientes que evoluíram a óbito na última internação hospitalar tiveram distribuição percentual similar em relação ao sexo, em sua maioria tinham cor de pele branca e morreram na enfermaria. A média de idade na última internação foi de 59,8 anos com variação de 18,9 a 97,0 anos (mediana= 60,7 anos).
2. Os sinais e sintomas mais freqüentes foram dispnéia, dor, astenia, agitação e infecção.
3. O tratamento mais utilizado foi cirurgia ativa e/ou paliativa. Os medicamentos mais utilizados foram os opióides, com ênfase para os neurolépticos, antibióticos, benzodiazepínicos, esteróides e uso de hemoderivados.
4. Os profissionais que mais participaram do cuidado aos pacientes durante a última internação foram os médicos, enfermeiros, fisioterapeutas e nutricionistas.
5. O tempo médio de hospitalização foi de 14,9 dias com variação de 1 a 318 dias. Em relação aos pacientes RHD o tempo médio entre o diagnóstico de

RHD e o óbito foi de 53,1 dias, sendo de 7,4 dias nos pacientes diagnosticados em RHD antes da última internação, 18,2 dias nos que receberam o diagnóstico durante a última internação e de 18,5 dias nos pacientes que não receberam diagnóstico de RHD. Os maiores tempos médios de internação ocorreram:

- nos pacientes do sexo masculino;
 - que morreram na UTI;
 - que apresentaram: ansiedade, anemia, constipação, depressão, infecção, náuseas, vômitos, perda de peso, dor, inapetência e diarreia;
 - que receberam quimioterapia ativa, radioterapia paliativa, cirurgia ativa, e cirurgia paliativa;
 - que receberam: antidepressivos, antifúngicos, opióides, antibióticos, benzodiazepínicos, esteróides, G-CSF e anti-inflamatórios não hormonais e nos que receberam hemoderivados.
6. Os pacientes que tiveram diagnóstico de RHD antes da última internação hospitalar apresentaram associação estatística significativa em relação ao sexo feminino e local do óbito (enfermaria); presença de inapetência, constipação, vômitos, agitação, náuseas e dispnéia; ausência de tratamento cirúrgico, quimioterapia ou radioterapia e transfusões com hemoderivados; uso de opióides, antidepressivos e anti-inflamatórios e atendimento por médicos, enfermeiras e nutricionistas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

[Anonymus]. Decisions near the end of life: Council on Ethical and Judicial Affairs, American Medical Association. **JAMA** 1992; 267:2229-33.

[Anonymus]. A controlled trial to improve care for seriously ill hospitalized patients. The study to understand prognoses and preferences for outcomes and risks of treatments (SUPPORT). The SUPPORT Principal Investigators. **JAMA** 1995; 274:1591-8.

[Anonymus]. Good care of the dying patient: Council on Scientific Affairs, American Medical Association. **JAMA** 1996; 275:474-8.

Allard P, Lamontagne C, Bernard P, Tremblay C. How effective are supplementary doses of opioids for dyspnea in terminally ill cancer patients? A randomized continuous sequential clinical trial. **J Pain Symptom Manage** 1999; 17:256-65.

Amenta MO'R. Hospice in the United States. Multiples Models and Varied Programs. **Nursing Clin North Am** 1985; 20:269-79.

Bennett M, Corcoran G. The impact on community palliative care services of a hospital palliative careteam. **Palliat Med** 1994; 8:237-44.

Boström B, Hinic H, Lundberg D, Fridlund B. Pain and health-related quality of life among cancer patients in final stage of life: a comparison between two palliative care teams. **J Nurs Manag** 2003; 11:189-96.

Breitbart W. Psycho-oncology: depression, anxiety, delirium. **Semin Oncol** 1994; 21:754-69.

Bruera E, Lawlor P. Defining palliative care interventions. **J Palliat Care** 1998; 14:23-4.

Bruera E, Neumann CM. Management of specific symptom complexes in patients receiving palliative care. **CMAJ** 1998; 158:1717-26.

Bruera E, Neumann CM, Gagnon B, et al. Edmonton Regional Palliative Care Program: impact on patterns of terminal cancer care. **CMAJ** 1999; 161:290-3.

Bruera E, Neumann C, Brenneis C, Quan H. Frequency of symptom distress and poor prognostic indicators in palliative cancer patients admitted to a tertiary palliative care unit, hospices, and acute care hospitals. **J Palliat Care** 2000; 16:16-21.

Bruera E, Sweeney C. The development of palliative care at the University of Texas M.D. Anderson Cancer Center. **Support Care Cancer** 2001; 9:330-4.

Cella D, Davis K, Breitbart W, Curt G. Cancer-related fatigue: prevalence of proposed diagnostic criteria in a United States sample of cancer survivors. **J Clin Oncol** 2001; 19:3385-91.

Christakis NA, Lamont EB. Extent and determinants of error in doctors' prognoses in terminally ill patients: prospective cohort study. **BMJ** 2000; 320:469-72.

Cobbs EL. Improving the quality of end of life care: how? **J Am Geriatr Soc** 2001; 49:833-4.

Conill C, Verger E, Henriquez I, et al. Symptom prevalence in the last week of life. **J Pain Symptom Manage** 1997; 14:328-31.

Cowan JD. The dying patient. **Curr Oncol Rep** 2000; 2:331-7.

de Lima L, Bruera E. The Pan American Health Organization: its structure and role in the development of a palliative care program for Latin America and the Caribbean. **J Pain Symptom Manage** 2000; 20:440-8.

Driver LC, Bruera E. **The M.D. Anderson palliative care handbook**. Houston: The University of Texas MD Anderson Cancer Center; 2000.

Earle CC, Park ER, Lai B, Weeks JC, Ayanian JZ, Block S. Identifying potential indicators of the quality of end-of-life cancer care from administrative data. **J Clin Oncol** 2003; 21:1133-8.

Echeverri TA, Acosta OV. Palliative care: the hospice concept. **Pain Clin Updates** 1996; IV:1-9.

Ellershaw J, Smith C, Overill S, Walker SE, Aldridge J. Care of the dying: setting standards for symptom control in the last 48 hours of life. **J Pain Symptom Manage** 2001; 21:12-7.

Emanuel EJ, Young-Xu Y, Levinsky NG, Gazelle G, Saynina O, Ash AS. Chemotherapy use among Medicare beneficiaries at the end of life. **Ann Intern Med** 2003; 138:639-43.

Escalante CP. Treatment of cancer-related fatigue: an update. **Support Care Cancer** 2003; 11:79-83.

Evans C, McCarthy M. Prognostic uncertainty in terminal care: can the Karnofsky index help? **Lancet** 1985; 1:1204-6.

Fainsinger RL, Waller A, Bercovici M, et al. A multicentre international study of sedation for uncontrolled symptoms in terminally ill patients. **Palliat Med** 2000; 14:257-65.

Faull C, Carter Y, Woof R. **Handbook of palliative care**. Oxford: Blackwell Science; 1998.

Ferrell BR, Coyle N. An overview of palliative nursing care. **Lippincotts Case Manage** 2002; 7:163-8.

Ferris FD, Balfour HM, Farley J, et al. **Proposed norms of practice for hospice palliative care**. Ottawa: Canadian Hospice Palliative Care Association; 2001.

Available from: <URL: <http://64.85.16.230/educate/content/rationale/concurrentcare.html>> [2003 Aug 8]

Ferris FD, Von Gunten CF, Emanuel LL. Ensuring competency in end-of-life care: controlling symptoms. **BMC Palliat Care** 2002; 1:5-14.

Finlay I. Death plans. **Palliat Med** 2001; 15:179-80.

Fisher RA, McDaid P. **Palliative day care**. London: Arnold; 1996.

Fordham S, Dowrick C. Is care of the dying improving? The contribution of specialist and non-specialist to palliative care. **Fam Pract** 1999; 16:573-9.

Gazelle G, Buxbaum R, Daniels E. The development of a palliative care program for managed care patients: a case example. **J Am Geriatr Soc** 2001; 49:1241-8.

Gilewski T. The art of medicine: teaching oncology fellows about the end of life. **Crit Rev Oncol Hematol** 2001; 40:105-13.

Gleeson C, Spencer D. Blood transfusion and its benefits in palliative care. **Palliat Med** 1995; 9:307-13.

Hanahan D, Weinberg RA. The hallmarks of cancer. **Cell** 2000; 100:57-70.

Hardy JR, Rees E, Ling J, et al. A prospective survey of the use of dexamethasone on a palliative care unit.. **Palliat Med** 2001; 15:3-8.

Higginson IJ. Who needs palliative care? **J R Soc Med** 1998; 91:563-4.

Higginson IJ, Costantini M. Accuracy of prognosis estimates by four palliative care teams: a prospective cohort study. **BMC Palliat Care** 2002; 1:1-5.

Higginson IJ, Finlay IG. Improving palliative care for cancer. **Lancet Oncol** 2003; 4:73-4.

Hinton J. Comparison of places and policies for terminal care. **Lancet** 1979; 1:29-32.

Holland JC. Improving the human side of cancer care: psycho-oncology's contribution. **Cancer J** 2001; 7:458-71.

Holzapfel L, Demingon G, Piralla B, Biot L, Nallet B. A four-step protocol for limitation of treatment in terminal care: an observational study in 475 intensive care unit patients. **Intensive Care Med** 2002; 28:1309-15.

Homs J, Walsh D, Panta R, Lagman R, Nelson KA, Longworth DL. Infectious complications of advanced cancer. **Support Care Cancer** 2000; 8:487-92.

Huang J, Boyd C, Tyldesley S, Zhang-Salomons J, Groome PA, Mackillop WJ. Time spent in hospital in the last six months of life in patients who died of cancer in Ontario. **J Clin Oncol** 2002; 20:1584-92.

Illerhaus G, Wirth K, Dwenger A, et al. Treatment and prophylaxis of severe infections in neutropenic patients by granulocyte transfusions. **Ann Hematol** 2002; 81:273-81.

Iscoe NA, Bruera E, Choo RC. Prostate cancer: 10. Palliative care. **CMAJ** 1999; 160:365-71.

Johnston GM, Boyd CJ, Joseph P, MacIntyre M. Variation in delivery of palliative radiotherapy to persons dying of cancer in Nova Scotia, 1994 to 1998. **J Clin Oncol** 2001; 19:3323-32.

Kane RL, Wales J, Bernstein L, Leibowitz A, Kaplan S. A randomised controlled trial of hospice care. **Lancet** 1984; 1:890-4.

Kearsley JH. Some basic guidelines in the use of chemotherapy for patients with incurable malignancy. **Palliat Med** 1994; 8:11-7.

Kinzbrunner BM. Hospice: what to do when anti-cancer therapy is no longer appropriate, effective, or desired. **Semin Oncol** 1994; 21:792-8.

Kornblau S, Benson AB, Catalano R, et al. Management of cancer treatment-related diarrhea: issues and therapeutic strategies. **J Pain Symptom Manage** 2000; 19:118-29.

Kugaya A, Akechi T, Nakano T, Okamura H, Shima Y, Uchitomi Y. Successful antidepressant treatment for five terminally ill cancer patients with major depression, suicidal ideation and a desire for death. **Support Care Cancer** 1999; 7:432-6.

Levy MH. Supportive oncology: forward. **Semin Oncol** 1994; 21:699-700.

Llobera J, Esteve M, Rifa J, et al. Terminal cancer. duration and prediction of survival time. **Eur J Cancer** 2000; 36:2036-43.

Loge JH, Abrahamsen AF, Ekeberg O, Kaasa S. Fatigue and psychiatric morbidity among Hodgkin's disease survivors. **J Pain Symptom Manage** 2000; 19:91-9.

Lunney JR, Foley KM, Smith TJ, Gelband H. Executive summary describing death in America what we need to know. Washington: The National Academic Press; 2003. p.61-71: Conclusions and recommendations.

Lynn J. Perspectives on care at the close of life. Serving patients who may die soon and their families: the role of hospice and other services. **JAMA** 2001; 285:925-32.

MacDonald N. Palliative care-an essential component of cancer control. **CMAJ** 1998; 158:1709-16.

Macleod AD. Methylphenidate in terminal depression. **J Pain Symptom Manage** 1998; 16:193-8.

McCusker J. The terminal period of cancer: definition and descriptive epidemiology. **J Chronic Dis** 1984; 37:377-85.

Mercadante S, Fulfaro F, Casuccio A. The use of corticosteroids in home palliative care. **Support Care Cancer** 2001; 9:386-9.

Mercadante S, Villari P, Ferrera P. A model of acute symptom control unit: Pain Relief and Palliative Care Unit of La Maddalena Cancer Center. **Support Care Cancer** 2003; 11:114-9.

Miller RJ. Supporting a cancer patient's decision to limit therapy. **Semin Oncol** 1994; 21:787-91.

Mills M, Davies HT, Macrae WA. Care of dying patients in hospital. **BMJ**. 1994; 309:583-6.

Mirra AP, Furlan EB. Assistência domiciliar aos pacientes cancerosos. **Rev Bras Cir** 1965; 49:51-9.

Morita T, Tsunoda J, Inoue S, Chihara S. The Palliative Prognostic Index: a scoring system for survival prediction of terminally ill cancer patients. **Support Care Cancer** 1999; 7:128-33.

Morita T, Tsuneto S, Shima Y. Definition of sedation for symptom relief: a systematic literature review and a proposal of operational criteria. **J Pain Symptom Manage** 2002; 24:447-53.

Morris JN, Mor V, Goldberg RJ, Sherwood S, Greer DS, Hiris J. The effect of treatment setting and patient characteristics on pain in terminal cancer patients: a report from the National Hospice Study. **J Chronic Dis** 1986a; 39:27-35.

Morris JN, Suissa S, Sherwood S, Wright SM, Greer D. Last days: a study of the quality of life of terminally ill cancer patients. **J Chronic Dis** 1986b; 39:47-62.

Nagy-Agren S, Haley H. Management of infections in palliative care patients with advanced cancer. **J Pain Symptom Manage** 2002; 24:64-70.

National Council for Hospice and Specialist Palliative Care Services. **Specialist palliative care: a statement of definitions**. London: National Council for Hospice and Specialist Care Services; 1995. (Ocasional paper, 8).

Nelson KA, Walsh D, Behrens C, Zhukovsky DS, Lipnickey V, Brady D. The dying cancer patient. **Semin Oncol** 2000; 27:84-9.

Organização Mundial de Saúde. **Classificação Estatística Internacional de Doenças e problemas relacionados à Saúde-CID-10**. Trad. de Centro Colaborador da OMS. 8. ed, 10 rev. São Paulo: EDUSP; 2000.

Parkes CM. Accuracy of predictions of survival in later stages of cancer. **Br Med J** 1972; 2:29-31.

Penson RT, Green KM, Chabner BA, Lynch TJ, Jr. When does the responsibility of our care end: bereavement. **Oncologist** 2002; 7:251-8.

Pereira J, Watanabe S, Wolch G. A retrospective review of the frequency of infections and patterns of antibiotic utilization on a palliative care unit. **J Pain Symptom Manage** 1998; 16:374-81.

Pirovano M, Maltoni M, Nanni O, et al. A new palliative prognostic score: a first step for the staging of terminally ill cancer patients. Italian Multicenter and Study Group on Palliative Care. **J Pain Symptom Manage** 1999; 17:231-9.

Rhymes J. Hospice care in America. **JAMA** 1990; 264:369-72.

Richter MP, Coia LR. Palliative radiation therapy. **Semin Oncol** 1985; 12:375-83.

Schonwetter RS. Overview of hospice and palliative care in oncology. **Cancer Control** 1996; 3:197-203.

- Schonwetter RS. The emergence of palliative care. **Cancer Control** 2001; 8:3-5.
- Seckler M, Deheinzelin D. Pacientes fora de possibilidades terapêuticas. In: Brentani MM, Coelho FRG, Iyeyasu H, Kowalski LP, editores. **Bases da oncologia**. São Paulo: Lemar; 1998. p.601-6.
- Singer PA, Martin DK, Kelner M. Quality end-of-life care: patients' perspectives. **JAMA** 1999; 281:163-8.
- Smith R. A good death. An important aim for health services and for us all. **BMJ** 2000; 320:129-30.
- Steinhauser KE, Christakis NA, Clipp EC, McNeilly M, McIntyre L, Tulsky JA. Factors considered important at the end of life by patients, family, physicians, and other care providers. **JAMA** 2000; 284:2476-82.
- Stjernsward J, Colleau SM, Ventafridda V. The World Health Organization Cancer Pain and Palliative Care Program: past, present, and future. **J Pain Symptom Manage** 1996; 12:65-72.
- Stone P, Rees E, Hardy JR. End of life care in patients with malignant disease. **Eur J Cancer** 2001; 37:1070-5.
- Storey P. Symptom control in advanced cancer. **Semin Oncol** 1994; 21:748-53.
- Storey P. Palliative care. In: Rubin P, Williams JP, editors. **Clinical oncology: a multidisciplinary approach for physicians and students**. 8th ed. Philadelphia: W.B. Saunders; 2001. p.893-6.
- Sykes N, Thorns A. The use of opioids and sedatives at the end of life. **Lancet Oncol** 2003; 4:312-8.

Sweeney C, Beattie-Palmer L, Palmer JL, Bruera E. Changing patterns of symptom control and palliative care paper presentations at the Annual Meeting of the American Society of Clinical Oncology. **J Clin Oncol** 2001; 19:3438-9.

Truog RD, Cist AF, Brackett SE, et al. Recommendations for end-of-life care in the intensive care unit: The Ethics Committee of the Society of Critical Care Medicine. **Crit Care Med** 2001; 29:2332-48.

Vinciguerra V, Degdan TJ, Sciortino A, et al. A comparative assessment of home versus hospital comprehensive treatment for advanced cancer patients. **J Clin Oncol** 1986; 4:1521-8.

Vigano A, Dorgan M, Bruera E, Suarez-Almazor ME. The relative accuracy of the clinical estimation of the duration of life for patients with end of life cancer. **Cancer** 1999; 86:170-6.

Vigano A, Dorgan M, Buckingham J, Bruera E, Suarez-Almazor ME. Survival prediction in terminal cancer patients: a systematic review of the medical literature. **Palliat Med** 2000; 14:363-74.

Vitetta L, Kenner D, Sali A. Bacterial infections in terminally ill hospice patients. **J Pain Symptom Manage** 2000; 20:326-34.

von Gunten CF, Ferris FD, Emanuel LL. The patient-physician relationship: ensuring competency in end-of-life care: communication and relational skills. **JAMA** 2000; 284:3051-7.

White PH, Kuhlenschmidt HL, Vancura BG, Navari RM. Antimicrobial use in patients with advanced cancer receiving hospice care. **J Pain Symptom Manage** 2003; 25:438-43.

Wilkes E. Some problems in cancer management. **Proc R Soc Med** 1974; 67:1001-5.

Wilkes E. Dying now. **Lancet** 1984; 1:950-2.

Anexo 1 - Portaria GM/NS nº 19, de 3 de janeiro de 2002

O Ministro de Estado da Saúde, interino, no uso de suas atribuições legais,

Considerando que estudos epidemiológicos, nacionais e internacionais, demonstram que a ocorrência de dor é a razão principal pela qual 75 a 80% das pessoas procuram os serviços de saúde;

Considerando-se a estimativa de que a dor crônica acometa entre 30 e 40% da população brasileira, representando a principal causa de absenteísmo, licenças médicas, aposentadorias por doença, indenizações trabalhistas e baixa produtividade no trabalho;

Considerando que a dor é uma das principais causas do sofrimento humano, gerando incapacidades, comprometimento da qualidade de vida e imensuráveis repercussões psicossociais e econômicas, constituindo-se, desta forma, em grave problema de saúde pública;

Considerando que a boa assistência aos pacientes com dor resulta, além dos aspectos humanitários envolvidos, a racionalização do uso de medicamentos e de visitas ao sistema de saúde, uma melhor utilização dos recursos diagnósticos e de tratamento disponíveis, a redução das incapacidades e do absenteísmo decorrentes da dor e ainda a racionalização na utilização dos recursos públicos envolvidos na assistência

à saúde e dos gastos relacionados às repercussões psicossociais e econômicas decorrentes da inadequada abordagem dos pacientes com dor;

Considerando a necessidade de prosseguir e incrementar as políticas já implementadas pelo Ministério da Saúde nas áreas de cuidados paliativos e de assistência aos pacientes com dor;

Considerando a necessidade de aprimorar a organização de ações voltadas para a assistência às pessoas acometidas por dor – crônica ou aguda e para os cuidados paliativos; sensibilizar/treinar os profissionais de saúde para a adequada abordagem destes pacientes, conscientizar a população e os próprios profissionais de saúde para a importância da dor como problema de saúde pública e suas repercussões psicossociais e econômicas;

Considerando a necessidade de estimular a discussão em torno do tema, gerar uma nova cultura assistencial para a dor e cuidados paliativos que contemplem, holisticamente, o paciente com quadros dolorosos e de adotar medidas que permitam, no âmbito do sistema de saúde do País, uma abordagem multidisciplinar destes pacientes abordando os diversos aspectos envolvidos como os físicos, psicológicos, familiares, sociais, religiosos, éticos, filosóficos do paciente, seus familiares, cuidadores e equipe de saúde, resolve:

Art. 1º Instituir, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Assistência à Dor e Cuidados Paliativos, cujos objetivos gerais são:

- A. articular iniciativas governamentais e não governamentais voltadas para a atenção/assistência aos pacientes com dor e cuidados paliativos;
- B. estimular a organização de serviços de saúde e de equipes multidisciplinares para a assistência a pacientes com dor e que necessitem cuidados paliativos, de maneira a constituir redes assistenciais que ordenem esta assistência de forma descentralizada, hierarquizada e regionalizada;
- C. articular/promover iniciativas destinadas a incrementar a cultura assistencial da dor, a educação continuada de profissionais de saúde e de educação comunitária para a assistência à dor e cuidados paliativos;
- D. desenvolver esforços no sentido de organizar a captação e disseminação de informações que sejam relevantes, para profissionais de saúde, pacientes, familiares e população em geral, relativas, dentre outras, à realidade epidemiológica da dor no país, dos recursos assistenciais, cuidados paliativos, pesquisas, novos métodos de diagnóstico e tratamento, avanços tecnológicos, aspectos técnicos e éticos;
- E. desenvolver diretrizes assistenciais nacionais, devidamente adaptadas/adequadas à realidade brasileira, de modo a oferecer cuidados adequados a pacientes com dor e/ou sintomas relacionados a doenças fora de alcance curativo e em conformidade com as diretrizes internacionalmente preconizadas pelos órgãos de saúde e sociedades envolvidas com a matéria.

Art. 2º Constituir, no âmbito da Secretaria de Assistência à Saúde, o Grupo Técnico Assessor do Programa Nacional de Assistência à Dor e Cuidados Paliativos, composto pelos seguintes membros:

- A. IRANI DE MOURA RIBEIRO - representante da Secretaria de Assistência à Saúde – SAS/MS;
- B. CLÁUDIA NAYLOR LISBOA - representante do Instituto Nacional de Câncer – INCA/MS;
- C. JUDYMARA GOZZANI - representante do Conselho Federal de Medicina - CFM;
- D. NERI JOÃO BOTTIN - representante da Associação Médica Brasileira- AMB;
- E. CIBELI ANDRUCIOLI DEMATTO PIMENTA - representante da Associação Brasileira de Enfermagem - ABEn;
- F. JOÃO AUGUSTO BERTUOL FIGUEIRÓ – representante do Programa Nacional de Educação Continuada em Dor e Cuidados Paliativos para Profissionais de Saúde, da Associação Médica Brasileira – AMB,
- G. MANOEL JACOBSEN TEIXEIRA - representante do Programa Nacional de Educação Continuada em Dor e Cuidados Paliativos para Profissionais de Saúde, da Associação Médica Brasileira – AMB,
- H. NANCY MINEKO KOSEKI – representante para cuidados paliativos da Organização Mundial da Saúde no Brasil;
- I. ZIDNAI FRANÇA OLIVEIRA – representante da Sociedade para o Estudo da Dor do Distrito Federal.

Parágrafo Único São competências do Grupo Técnico Assessor do Programa Nacional de Assistência à Dor e Cuidados Paliativos:

- A. assessorar o Ministério da Saúde e, em especial, a Secretaria de Assistência à Saúde, na implementação do Programa instituído por esta Portaria;
- B. estudar/avaliar/emitir pareceres relativos à assistência à dor e cuidados paliativos;

- C. propor alternativas assistenciais e medidas necessárias ao aprimoramento da assistência à dor/cuidados paliativos no âmbito do Sistema Único de Saúde;
- D. propor fóruns públicos sobre a matéria;
- E. orientar/assessorar órgãos/entidades federais, estaduais, municipais, públicas ou privadas na organização de serviços e de iniciativas destinadas ao desenvolvimento de políticas assistenciais à dor e cuidados paliativos.

Art. 3º - Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

BARJAS NEGRI

Anexo 2 - Ficha De Coleta De Dados

Identificação	Código
1. Nome do Paciente/ Registro nº	Rg
2. Caso.....	caso
3. Data de nascimento ____/____/____	
4. Sexo: ☐ masculino (1) ☐ Feminino (2)	sexo
5. Raça: ☐ branco (1) ☐ negro (2) ☐ pardo/mulato (3) ☐ amarelo(4) ☐ outros (5) ☐ ignorado (9)	raca
6. Data do diagnostico do câncer ____/____/____	dtdiagca / /
7. Diagnóstico de RHD ? ☐ sim (1) ☐ não (0) ☐ ign (9)	Diagrhd
8.. Data do diagnóstico de RHD ____/____/____	dtrhd
9. Data da última internação ____/____/____	Dtultimainter / /
10. Data do óbito ____/____/____	Dtobito / /
11. Local do óbito: ☐ Enfermaria (1) ☐ UTI (2) ☐ Semi intensiva (3) ☐ Outros:(4)	Locobito
13. Diagnostico do óbito: I.a:..... I.b:..... I.c:..... Id..... II Outras.....	casusaobt. I.a: I.b: I.c: I.d: II:

Informações ao diagnóstico	Código
1. diagnóstico da instituição:.....	diagac ☐ ☐ ☐ ☐
2. Segundo Primário? ☐ sim (1) ☐ não (0) ☐ ign (9)	Segundoprimary? ☐
3. Topografia / sitio da doença: ☐ Cabeça/pescoço (1) .. (7) ☐ Pulmão (2) Leucemias (8) ☐ Mediastino (3) Genitourinário(9) ☐ TGI (4) Ginecológico 10) ☐ Sistema Endócrino (5) Sarcomas (11) ☐ Melanomas (6) ☐ Primário desconhecido (13) (14) ☐ Mama (15) 16) ☐ Linfomas ☐ ☐ ☐ ☐ Pele ☐ SNC ☐ Outros	Topograf ☐ ☐
4 Tipo de Tratamento no período de RHD ☐ quimioterapia ativa ☐ sim (1) ☐ não (0) ☐ ign (9) ☐ quimioterapia paliativa ☐ sim (1) ☐ não (0) ☐ ign (9) ☐ radioterapia ativa ☐ sim (1) ☐ não (0) ☐ ign (9) ☐ radioterapia paliativa ☐ sim (1) ☐ não (0) ☐ ign (9) ☐ cirurgia ativa ☐ sim (1) ☐ não (0) ☐ ign (9) ☐ cirurgia paliativa ☐ sim (1) ☐ não (0) ☐ ign (9) ☐ hormonioterapia ☐ sim (1) ☐ não (0) ☐ ign (9) ☐ clínico ☐ sim (1) ☐ não (0) ☐ ign (9)	tttRHD ☐ quimioA ☐ quimioP ☐ rtxA ☐ rtxP ☐ cirurgiaA ☐ cirurgiaP ☐ hormonio ☐ clínico

5. Tipo de Tratamento na última internação ☐ quimioterapia ativa ☐ sim (1) ☐ não (0) ☐ ign (9) ☐ quimioterapia paliativa ☐ sim (1) ☐ não (0) ☐ ign (9) ☐ radioterapia ativa ☐ sim (1) ☐ não (0) ☐ ign (9) ☐ radioterapia paliativa ☐ sim (1) ☐ não (0) ☐ ign (9) ☐ cirurgia ativa ☐ sim (1) ☐ não (0) ☐ ign (9) ☐ cirurgia paliativa ☐ sim (1) ☐ não (0) ☐ ign (9) ☐ hormonioterapia ☐ sim (1) ☐ não (0) ☐ ign (9) ☐ clínico ☐ sim (1) ☐ não (0) ☐ ign (9)	tttultimainter ☐ quimioA ☐ quimioP ☐ rtxA ☐ rtxP ☐ cirurgiaA ☐ cirurgiaP ☐ hormonio ☐ clínico
---	--

1 Sinais e Sintomas	2 Período de RHD	3 Última Internação (UI)
1.Dor: ☐ sim (1) ☐ não (0) ☐ ign (9)	Dorrhd ☐	Dorui ☐
2. Ansiedade ☐ sim (1) ☐ não (0) ☐ ign (9)	Ansiedrhd ☐	Ansiedui ☐
3.. Anemia ☐ sim (1) ☐ não (0) ☐ ign (9)	Anemiarhd ☐	Anemiaui ☐
4. Inapetência ☐ sim (1) ☐ não (0) ☐ ign (9)	Inapetrhd ☐	Inapetui ☐
5. Astenia ☐ sim (1) ☐ não (0) ☐ ign (9)	Asteniarhd ☐	Asteniaui ☐
6. Agitação ☐ sim (1) ☐ não (0) ☐ ign (9)	Agitrhd ☐	Agitui ☐
7. Boca seca ☐ sim (1) ☐ não (0) ☐ ign (9)	Bcsechrhd ☐	Bcseui ☐
8.Constipação ☐ sim (1) ☐ não (0) ☐ ign (9)	Constiprhd ☐	Constipui ☐
9.Convulsão ☐ sim (1) ☐ não (0) ☐ ign (9)	Convulsrhd ☐	Convui ☐
10.Cefaléia ☐ sim (1) ☐ não (0) ☐ ign (9)	Cefaleiarhd ☐	Cefaléiaui ☐
11.Diarréia ☐ sim (1) ☐ não (0) ☐ ign (9)	Diarreiarhd ☐	Diarrui ☐
12.Dispnéia ☐ sim (1) ☐ não (0) ☐ ign (9)	Dispneiarhd ☐	Dispui ☐
13.Disfagia ☐ sim (1) ☐ não (0) ☐ ign (9)	Disfagrhd ☐	Disfui ☐
14. Depressão ☐ sim (1) ☐ não (0) ☐ ign (9)	Depresrhd ☐	Depreui ☐
15. Infecção ☐ sim (1) ☐ não (0) ☐ ign (9)	Infecrhd ☐	Infecui ☐
16. Náusea ☐ sim (1) ☐ não (0) ☐ ign (9)	Nausearhd ☐	Nauseaui ☐
17. Vômito ☐ sim (1) ☐ não (0) ☐ ign (9)	Vomitorhd ☐	Vomitoui ☐
18. Perda de peso ☐ sim (1) ☐ não (0) ☐ ign (9)	Perdapesorhd ☐	Perdpesui ☐

Tratamento Farmacológico	Período de RHD	Ultima Interação UI
1. Antidepressivos ☐ sim (1) ☐ não (()) ☐ ign (9)	Antideprerhd ☐	Antidepreui ☐
2. Antifungos ☐ sim (1) ☐ não(()) ☐ ign (9)	Antifungrhd ☐	Antifungui ☐
3. AINH : ☐ sim (1) ☐ não (()) ☐ ign (9)	Ainhrhd ☐	Ainhui ☐
4. Antibióticos ☐ sim (1) ☐ não (()) ☐ ign (9)	Antibioticrhd ☐	Antibioticui ☐
5.. Benzodiazepínicos ☐ sim (1) ☐ não (()) ☐ ign (9)	Benzorhd ☐	Benzoui ☐
6. Esteróides ☐ sim (1) ☐ não (()) ☐ ign (9)	Esteroirhd ☐	Esteroiui ☐
7. Eritropoietina ☐ sim (1) ☐ não (()) ☐ ign (9)	Ertitrorhd ☐	Ertitroui ☐
8. G-CSF ☐ sim (1) ☐ não (()) ☐ ign (9)	Gcsfrhd ☐	Gcsf6ui ☐
9. Opióides ☐ sim (1) ☐ não (()) ☐ ign (9)	Opióiderhd ☐	Opióideui ☐
☐ morfina via oral ☐ sim (1) ☐ não (2) ☐ ign (9)	Morfvorhd	Morfvoui
☐ morfina endovenosa ☐ sim (1) ☐ não (2) ☐ ign (9)	Morfevrhd	Morfevui
☐ morfina sub cutânea ☐ sim (1) ☐ não (2) ☐ ign (9)	Morfscrhd	Morfsbcui
☐ morfina intra tecal ☐ sim (1) ☐ não (2) ☐ ign (9)	Morfit rhd	Morfit ui
☐ morfina via retal ☐ sim (1) ☐ não (2) ☐ ign (9)	Morfvrhd	Morfvui
☐ fentanil endovenoso ☐ sim (1) ☐ não (2) ☐ ign (9)	Fentevrhd	Fentevui
☐ fentanil transdérmico ☐ sim (1) ☐ não (2) ☐ ign (9)	Fenttderrhd	Fenttderui
☐ fentanil transmucosa ☐ sim (1) ☐ não (2) ☐ ign (9)	Fentrmuchrd	Fentrmucui
☐ codeína via oral ☐ sim (1) ☐ não (2) ☐ ign (9)	Codeivorhd	Codeivoui
☐ metadona via oral ☐ sim (1) ☐ não (2) ☐ ign (9)	Metadvorhd	Metadvoui
☐ metadona endovenoso ☐ sim (1) ☐ não (2) ☐ ign (9)	Metadevrhd	Metadevui
☐ Tramal via oral ☐ sim (1) ☐ não (2) ☐ ign (9)	Tramvorhd	Tramvoui
☐ Tramal endovenoso ☐ sim (1) ☐ não (2) ☐ ign (9)	Tramevrhd	Tramevui
☐ Neurolépticos ☐ sim (1) ☐ não (2) ☐ ign (9)	Neuroleprhd	Neurolepui
Dolantina ☐ sim (1) ☐ não (2) ☐ ign (9)	Dolantinarhd	DolantinaUI
☐ Outros		

Uso de Hemoderivados				
10. Hemoderivados	☐ sim (1) ☐ não (0) ☐ ign (9)		Hemoderhd ☐	Hemodeui ☐
☐ glóbulos vermelhos	☐ sim (1) ☐ não (0) ☐ ign (9)		Gbverrhd ☐	Gbverui ☐
☐ plaqueta	☐ sim (1) ☐ não (0) ☐ ign (9)		Plaqrhd ☐	Plaqui ☐
☐ plasma	☐ sim (1) ☐ não (0) ☐ ign (9)		Plasmrhd ☐	Plasmui ☐
☐ crio	☐ sim (1) ☐ não (0) ☐ ign (9)		Criorhd ☐	Crioui ☐

Participação de Equipe Multiprofissional				
Equipe Multiprofissional			Período de RHD	Última Internação
1. Médico	☐ sim (1) ☐ não (0) ☐ ign (9)		Medicrhd ☐	Medicui ☐
2. Enfermeira	☐ sim (1) ☐ não (0) ☐ ign (9)		Enfrhd ☐	Enfui ☐
3. Nutricionista	☐ sim (1) ☐ não (0) ☐ ign (9)		Nutricrhd ☐	Nutricui ☐
4. Fisioterapeuta	☐ sim (1) ☐ não (0) ☐ ign (9)		Fisiotrhd ☐	Fisiotui ☐
5. Psicólogo/Psiquiatra	☐ sim (1) ☐ não (0) ☐ ign (9)		Psicrhd ☐	Psicui ☐
6. Assistente social	☐ sim (1) ☐ não (0) ☐ ign (9)		Assitsocrhd ☐	Assitsocui ☐
7. Clero	☐ sim (1) ☐ não (0) ☐ ign (9)		Clerorhd ☐	Cleroui ☐
8. Voluntários	☐ sim (1) ☐ não ☐ ign (9)		Voluntrhd ☐	Voluntui ☐