

AC CAMARGO CANCER CENCER
PAULA PINTO MONEZZI

**AVALIAÇÃO DO CUIDADO DE FIM DE VIDA DE
PACIENTES ACOMPANHADOS PELA EQUIPE DE
CUIDADOS PALIATIVOS EM UMA INSTITUIÇÃO
ONCOLÓGICA**

SÃO PAULO

2024

PAULA PINTO MONEZZI

**AVALIAÇÃO DO CUIDADO DE FIM DE VIDA DE
PACIENTES ACOMPANHADOS PELA EQUIPE DE
CUIDADOS PALIATIVOS EM UMA INSTITUIÇÃO
ONCOLÓGICA**

Monografia de Conclusão de Curso do Programa de Residência
Multiprofissional de Saúde em Oncologia na área de
Enfermagem da Fundação Antônio Prudente

Orientadora: Dra. Barbara Alana Vizzacchi

São Paulo

2024

EPÍGRAFE

“A posição natural da mão
é uma ligeira curva, porque é feita
para proteger.

São mãos

que seguram e prescrevem
e tornam suportável.

Há 27 ossos numa mão

e há casas com menos paredes.

Desde o parto até a última saudação,

Você é carregado não apenas pela casa da sua própria pele,

Mas pelas mãos dos outros”.

Elfie Tromp

“Há poucas coisas sobre as quais a gente tem certeza hoje em dia. Mas encontrar uma mão
para segurar enquanto trilhamos esse caminho melhora mesmo os dias mais difíceis, e
transforma a mais estranha das cidades em um lar”.

Pam Jenoff

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a todos os profissionais que fizeram parte da minha residência e que me ajudam na construção do meu eu profissional. Ele é composto por um pouco de todos vocês.

Dedico também a todos os pacientes com câncer, em especial aqueles cujas histórias se cruzaram com a minha, ensinando-me sobre a vida e dando propósito ao meu trabalho.

AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente, a minha orientadora, Barbara Alana Vizzacchi, que acreditou em mim desde nosso primeiro contato e tornou possível esse trabalho. Agradeço a inspiração, a parceria, a escuta, as conversas, a paciência e o equilíbrio. Agradeço por me guiar e, sobretudo, por acreditar na Paulinha de 2023, me emprestando “seus óculos” nos momentos em que eu mais precisei.

Agradeço à minha família pelo amor e incentivo, a despeito da distância e correria. Agradeço em especial meu irmão, Felipe Pinto Monezzi, que acreditou em mim como residente e futura enfermeira oncológica e possibilitou meu sonho de se tornar realidade. Aos meus pais, Izabel Cristina Pinto Monezzi e Paulo Cesar Monezzi, obrigada por sempre acreditar e ver o melhor em mim.

Agradeço ao meu esposo, Henrique Bruno Santos de Souza, pelo amor e pela parceria, pelo incentivo incansável e pelo sonhar juntos. Agradeço por ser lar, por se fazer presente sempre, - até a caminho da residência, me encorajando quando o medo e a dúvida falavam altos e sendo companhia mesmo quando a rotina impunha ausências.

Agradeço à minha coordenadora, Eliza Costa Cijevski, por ser fonte de apoio, incentivo e acolhimento e, principalmente, por ser fonte de inspiração pessoal e profissional.

Agradeço também às minhas quatro companheiras de residência, Maria Eduarda Hames, Sabrina de Lucas Ramos Neco, Nathalia Luiza Mathias Leite e Marina Rosa Dias de Miranda. Obrigada por serem apoio, por serem força e por compartilharem a residência e a vida comigo.

RESUMO

Monezzi, Paula Pinto. **Avaliação do cuidado de fim de vida em uma instituição oncológica: análise descritiva dos pacientes acompanhados pela equipe de cuidados paliativos.** [Monografia]. São Paulo; Fundação Antônio Prudente; 2024.

Introdução: A trajetória da doença oncológica impõe diversos desafios e sofrimento ao paciente e, seu desfecho pode levar a progressão da doença e o óbito deste paciente. O cuidado adequado ao paciente oncológico com doença avançada é um dos grandes desafios da assistência, visto que cuidados desproporcionais podem trazer sofrimento ao paciente e seus familiares sem alterar o desfecho, afetando negativamente na qualidade de vida e de morte do paciente. A avaliação dos cuidados prestados permite identificar potenciais problemas, monitorar os cuidados necessários ao paciente e melhorar a qualidade do serviço prestado e pode ser feita por meio de indicadores de qualidade, que descrevem, de forma mensurável e objetiva, os resultados, o processo e a estrutura dos cuidados prestados em saúde. **Objetivo:** Avaliar o cuidado de fim de vida de pacientes acompanhados pela equipe de cuidados paliativos que evoluíram a óbito por evento terminal relacionado a neoplasia e comparar os indicadores relacionados ao óbito, à integralidade e ao cuidado de pacientes em processo ativo de morte incluídos ou não no Protocolo Institucional de Fase Final de Vida. **Método:** Estudo de coorte retrospectivo, com abordagem quantitativa, realizado com pacientes com idade acima de 18 anos com diagnóstico de tumores sólidos ou hematológicos que foram a óbito por evento terminal relacionado à neoplasia em um Cancer Center em São Paulo entre janeiro de 2023 a dezembro de 2023 e que tiveram acompanhamento da equipe de cuidados paliativos. A coleta de dados foi feita a partir do prontuário eletrônico do paciente e abrangeu variáveis relacionadas aos dados sociodemográficos e dados clínicos que caracterizam a qualidade do cuidado ofertado ao paciente nos últimos 30 dias antes até o dia do óbito. **Resultados:** Foram incluídos no estudo 568 pacientes, com idade média de 65,58 anos, 51,90% sendo do sexo feminino e 87,32% com diagnóstico de tumores sólidos metastáticos. Receberam quimioterapia nos últimos 30 dias de vida 21,83% (n=124) e nos últimos 14 dias de vida 48 (8,45%). Foram incluídos no Protocolo Institucional de Fase Final de Vida 72,70% dos pacientes, resultando para esses pacientes cuidados menos invasivos no último mês de vida (óbito em UTI – 41,30% vs. Incluídos no protocolo 10,20%; RCP antes do óbito - 1,90% vs. Incluídos no protocolo 0%, dentre outros), além de maior administração de morfina contínua e sedação paliativa (6,50%

vs. Incluídos no protocolo 71,20% e 43,20% vs. Incluídos no protocolo, respectivamente).

Conclusão: O acompanhamento pela equipe de cuidados paliativos e a adoção de um protocolo institucional específico para a fase de fim de vida melhora a qualidade do cuidado ao paciente, proporcionando menores taxas de cuidados invasivos e maiores taxas de medidas de conforto.

Palavras-chave: câncer, cuidados paliativos, indicador de saúde, cuidados de fim de vida

ABSTRACT

Monezzi, Paula Pinto. **Evaluation of end-of-life care in an oncology institution: descriptive analysis of patients assisted by the palliative care team.** [Monography]. São Paulo; Fundação Antônio Prudente; 2024.

Introduction: The course of cancer imposes various challenges and suffering on the patient, and its outcome can lead to the progression of the disease and the patient's death. Proper care for cancer patients with advanced disease is one of the great challenges of care, since disproportional care can cause suffering for patients and their families without changing the outcome, negatively impacting the patient's quality of life and death. Evaluating the care provided makes it possible to identify potential problems, monitor the care needed by the patient and improve the quality of the service provided. This can be done using quality indicators, which describe, in a measurable and objective way, the results, process and structure of the care provided. **Objective:** To evaluate the end-of-life care of patients assisted by the palliative care team who died from a neoplasm-related terminal event, and to compare the indicators related to death, comprehensiveness and care of patients in active process of dying, whether or not they were included in the Institutional End-of-Life Phase Protocol. **Method:** This is a retrospective cohort study, with a quantitative approach, involving patients over the age of 18 diagnosed with solid or hematological tumors who died from a terminal event related to the neoplasm at a Cancer Center in São Paulo between January 2023 and December 2023 and who were assisted by the palliative care team. Data was collected from the patient's electronic medical record and covered variables related to sociodemographic data and clinical data that characterize the quality of care offered to the patient in the last 30 days before the day of death. **Findings:** The study included 568 patients, with a mean age of 65.58 years, 51.90% female and 87.32% diagnosed with metastatic solid tumors. 21.83% (n=124) received chemotherapy in the last 30 days of life and 48 (8.45%) in the last 14 days of life. 72.70% of patients were included in the Institutional End-of-Life Protocol, resulting in less invasive care for these patients in the last month of life (death in ICU - 41.30% vs. included in the protocol 10.20%; CPR before death - 1.90% vs. included in the protocol 0.00%, among others), as well as greater administration of continuous morphine and palliative sedation (6.50% vs. included in the protocol 71.20% and 43.20% vs. included in the protocol, respectively). **Conclusion:** Support by the palliative care team and the adoption of a specific institutional protocol for the

end-of-life phase improves the quality of patient care, providing lower rates of invasive care and higher rates of comfort measures.

Keywords: cancer, palliative care, health indicator, end-of-life care

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 Características clínicas dos pacientes

Tabela 2 Indicadores relacionados aos tratamentos utilizados, como supertratamentos e/ou obstinação em tratar

Tabela 3 Indicadores relacionados ao processo de cuidado

Tabela 4 Indicadores relacionados à integralidade do cuidado

Tabela 5 Indicadores relacionados ao óbito/cuidado em pacientes em processo ativo de morte

LISTA DE SIGLAS

ANCP Academia Nacional de Cuidados Paliativos

ASCO American Society of Clinical Oncology

AVC Acidente Vascular Cerebral

DVA Drogas Vasoativas

ESMO European Society for Medical Oncology

IAM Infarto Agudo do Miocárdio

INCA Instituto Nacional do Câncer

IARC International Agency for Research on Cancer

IOT Intubação Orotraqueal

NCP National Consensus Project

OMS Organização Mundial de Saúde

OPAS Organização Pan-Americana de Saúde

PFFV Protocolo de Fase Final de Vida

PNAD Programa Nacional de Atenção Domiciliar

QT Quimioterapia

RCP Ressuscitação Cardiopulmonar

SUS Sistema Único de Saúde

TRS Terapia Renal Substitutiva

UI Unidade de Internação

UTI Unidade de Tratamento Intensivo

SUS Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	12
1.1 Justificativa do estudo.....	14
2. OBJETIVOS	16
2.1 Objetivos Gerais	16
2.2 Objetivos Específicos.....	16
2.3 Hipótese	16
3. MÉTODOS	17
3.1 Local de estudo e amostra.....	17
3.2 Critérios de Inclusão	17
3.3 Critérios de Exclusão	17
3.4 Coleta de dados.....	18
3.5 Análise de dados.....	19
3.7 Aspectos éticos	20
3.7.1 Benefícios e riscos potenciais	20
4. RESULTADOS.....	21
4.1 Características clínicas.....	21
4.2 Avaliação do cuidado de fim de vida.....	22
4.2.1 Indicadores relacionados aos tratamentos utilizados, como supertratamento e/ou obstinação em tratar	22
4.2.2 Indicadores relacionados ao processo de cuidado.....	23
4.2.3 Indicadores relacionados à integralidade do cuidado.....	25
4.2.4 Indicadores relacionados ao óbito/cuidado aos pacientes em processo ativo de morte	26
5. DISCUSSÃO.....	28
6. CONCLUSÃO.....	34
REFERÊNCIAS	35
ANEXO	40

1. INTRODUÇÃO

O câncer é uma doença crônica complexa que ocorre devido a alterações genéticas e afeta milhões de pessoas no mundo^{1,2}, representando um dos grandes desafios para a saúde pública mundial, tanto pela morbidade da doença como pelas diferenças nos acessos aos serviços de saúde e diagnóstico tardio³. São estimados 704 mil novos casos anuais no Brasil⁴ e 19 milhões de novos casos anuais no mundo⁵, sendo o câncer, atualmente, a segunda principal causa e morte no mundo todo, com quase 10 milhões de óbitos por ano, com estimativas de chegar em 16,3 milhões de mortes anuais em 2040, de acordo com o IARC⁵.

A trajetória da doença oncológica impõe diversos desafios e sofrimentos aos pacientes⁶, como o surgimento de sintomas físicos e psicossociais, preocupações espirituais – relacionadas, à finitude, por exemplo – e financeiras – relacionadas às pendências e ao gerenciamento da rotina familiar⁷. Com isso, faz-se necessária a criação de metas de tratamento e o planejamento de cuidados avançados para as necessidades que surgirão ao longo do tratamento do paciente.

Os cuidados paliativos foram definidos pela OMS⁸ como uma “abordagem que melhora a qualidade de vida dos pacientes e de familiares que enfrentam problemas associados a doenças que ameaçam a vida”. A agência⁸ destaca como objetivo do cuidado “a prevenção e o alívio do sofrimento por meio da identificação precoce e do manejo exemplar da dor e de outros problemas, sejam eles de ordem física, psicossocial ou espiritual”. Por esta razão, o acompanhamento com os cuidados paliativos faz-se importante desde o diagnóstico da doença, com o objetivo de promover qualidade de vida ao paciente, promover controle de sintomas e minimizar as angústias e sofrimentos relacionados à doença, atendendo às suas necessidades físicas, psicossociais, culturais e espirituais⁹.

De acordo com a OMS, o cuidado paliativo deve ser implementado ao tratamento a partir do diagnóstico de uma doença crônica e/ou ameaçadora da vida e em paralelo ao tratamento que busca a cura ou controle da doença⁶. Sociedades ligadas à oncologia, como a American Society of Clinical Oncology (ASCO) e European Society for Medical Oncology (ESMO) também recomendam o tratamento oncológico integrado aos cuidados paliativos de forma precoce^{10,11}, devido aos benefícios no manejo de sintomas e melhor qualidade de vida.

À medida que a doença progride e as ofertas terapêuticas com objetivo curativo deixam de ter efetividade, havendo uma intensificação dos sintomas - entre eles a dor-, os cuidados paliativos fazem-se mais necessários nos cuidados¹², até que, na fase final de vida – e mais ainda no processo ativo de morte –, os cuidados paliativos tornam-se a única terapêutica cabível nos cuidados⁶.

O reconhecimento da fase da doença em que o paciente se encontra, assim como a avaliação da sua funcionalidade e desejos, possibilita a promoção de cuidados mais adequados, pensando em suas necessidades em saúde, evitando, assim, cuidados desproporcionais que possam levar a sofrimentos e desconfortos frente a aproximação da morte e que podem afetar negativamente na sua qualidade de fim de vida, além de prevenir o surgimento de sintomas ou situações de crise^{12,13}.

Cuidados desproporcionais podem levar o paciente a um prolongamento inadequado do processo de evolução para a morte ou podem, ainda, antecipar a morte do paciente⁶. A instituição de cuidados que não trarão benefícios ao paciente, podendo ainda trazer malefícios, é chamada de distanásia¹⁴ e, além de trazer grande sofrimento ao paciente e aos familiares, também eleva os custos do tratamento, não resultando em melhores desfechos^{13,15}, afetando negativamente na qualidade de morte do paciente.

Para avaliar a qualidade dos cuidados prestados, identificando potenciais problemas, monitorando os cuidados necessários ao paciente e melhorando a qualidade do serviço prestado, faz-se o uso de indicadores de qualidade^{16,17}. Os indicadores de qualidade são itens que podem descrever, de forma mensurável e objetiva, os resultados, o processo e a estrutura dos cuidados prestados em saúde¹⁸.

Nos cuidados paliativos, os indicadores de qualidade também desempenham importante papel na avaliação da qualidade dos cuidados prestados e norteiam a melhoria do serviço¹⁹. A qualidade dos cuidados de fim de vida está relacionada à qualidade da assistência prestada na fase final de uma doença terminal e no controle dos sintomas e atendimento das necessidades individualizadas do paciente e de seus familiares durante esta fase¹⁸.

Com o objetivo de orientar a melhoria da qualidade dos cuidados ofertados em cuidados paliativos e desenvolver indicadores que possam mensurar a qualidade desses serviços, a National Consensus Project (NCP) for Quality Palliative Care in the United States¹⁸ publicou oito domínios relevantes para os cuidados em fim de vida, desenvolvendo diretrizes e definindo práticas preferenciais para cada domínio. Os domínios, que abrangem a definição de cuidados

paliativos da OMS, são Estruturas e Processos do Cuidado, Aspectos Físicos do Cuidado, Aspectos Psicológicos e Psiquiátricos do Cuidado, Aspectos Sociais do Cuidado, Aspectos Espirituais, Religiosos e Existenciais do Cuidado, Aspectos Culturais do Cuidado, Cuidados ao doente em morte iminente, Aspectos Éticos e Legais do Cuidado.

As métricas para aferir os cuidados prestados representam hoje um desafio para os serviços de saúde, visto que a qualidade de morte é multidimensional, subjetiva e sujeita a aspectos culturais^{17,20,21}. Pensar em modelos de métricas que atendam aos pacientes oncológicos no Brasil é de suma importância para gerar mais qualidade nos cuidados prestados na fase final de vida.

1.1 Justificativa do estudo

Atualmente, a equipe de cuidados paliativos do AC Camargo é composta por 8 médicos paliativistas e 1 enfermeira referência do ambulatório. A atuação da equipe envolve atendimento ambulatorial nas Unidades Antônio Prudente e Pires da Mota e atendimento na internação nas Unidades Tamandaré, Antônio Prudente e Hilda Jacobs.

A equipe de cuidados paliativos é uma equipe de suporte, ou seja, não é responsável pela internação do paciente, mas atua em conjunto com a equipe médica titular responsável, como Oncologia Clínica, Oncologia Cirúrgica e Hospitalistas. O fluxo de solicitação de acompanhamento pela equipe ocorre por meio de solicitação de “parecer médico”, e a continuidade do acompanhamento é definida de acordo com a necessidade do paciente, sendo este paciente avaliado de 1 a 2 vezes por dia pela equipe.

Um grande desafio é o cuidado de fim de vida aos pacientes e familiares. Para isso, foi desenvolvido em 2021 um protocolo de fim de vida com o objetivo de melhorar a qualidade da assistência, a integração no cuidado e comunicação entre os profissionais, familiares e pacientes, que consiste na comunicação efetiva e transparente entre as equipes e família, e no mapeamento de diversas terapias e tratamentos que devem ser descontinuados e implementados. Avaliar a adesão do protocolo implementado e investigar a necessidade de novas estratégias permite aprimorar os cuidados prestados na fase final de vida, gerando mais qualidade de fim de vida.

Desta forma, este trabalho busca avaliar os cuidados prestados na fase final de vida de pacientes acompanhados pelos cuidados paliativos que evoluíram a óbito por evento terminal relacionado à neoplasia em 2023 em um Cancer Center brasileiro localizado em São Paulo, correlacionando com a aplicação do protocolo institucional.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivos Gerais

Avaliar o cuidado de fim de vida de pacientes acompanhados pela equipe de cuidados paliativos que evoluíram a óbito por evento terminal relacionado a neoplasia, no período de 2023 em um Cancer Center localizado em São Paulo.

2.2 Objetivos Específicos

Descrever as características clínicas dos pacientes acompanhados pela equipe de cuidados paliativos que evoluíram ao óbito por evento terminal relacionado a neoplasia;

Comparar os indicadores relacionados ao óbito, à integralidade e ao cuidado em pacientes em processo ativo de morte em pacientes que foram ou não incluídos no Protocolo Institucional de Fase Final de Vida.

2.3 Hipótese

Nossa hipótese é de que o acompanhamento da equipe de cuidados paliativos associado à aplicação de um protocolo institucional para integração no cuidado impacta positivamente na qualidade do cuidado de fim de vida ao paciente.

3. MÉTODOS

Trata-se de um estudo de coorte retrospectivo, com abordagem quantitativa e analítica sobre os cuidados de fim de vida prestados a pacientes oncológicos que evoluíram a óbito com classificação de evento terminal entre 1 de janeiro de 2023 a 31 de dezembro de 2023.

3.1 Local de estudo e amostra

O estudo foi realizado com todos os pacientes acompanhados pela equipe de cuidados paliativos que foram a óbito por evento terminal em um Cancer Center localizado em São Paulo, no período de 1 de janeiro até 31 de dezembro de 2023.

3.2 Critérios de Inclusão

A Comissão de Óbitos da Instituição realiza a análise de todos os óbitos e os classificam em três categorias: evento não esperado (óbitos por adverso ou por descompensação de comorbidades de forma não esperada, exemplo: intercorrências cirúrgicas, AVC, IAM), evento terminal relacionado à comorbidades (óbitos de pacientes com doença neoplásica estável/em remissão com descompensação de comorbidades) e evento terminal relacionado à neoplasia (óbito de pacientes devido evolução da doença neoplásica).

Para o presente estudo foram incluídos pacientes oncológicos que tiveram acompanhamento pela equipe de cuidados paliativos na última internação, com idade acima de 18 anos, que evoluíram a óbito e foram classificados como evento terminal relacionado à neoplasia.

3.3 Critérios de Exclusão

Foram excluídos os pacientes cujas informações sobre as circunstâncias do óbito não puderam ser acessadas.

3.4 Coleta de dados

- Os dados foram coletados retrospectivamente, através de dados fornecidos no prontuário eletrônico do paciente contidos no sistema utilizado pelo Cancer Center e foram organizados em uma planilha eletrônica contendo variáveis para caracterização da população, divididas em:
- Variáveis relacionadas ao paciente: sexo, idade;
- Variáveis relacionadas à doença: tipo do tumor, localização do tumor, presença de metástase;
- Realização de consulta e número de consulta no setor de emergência no último mês de vida;
- Data da última internação, número de internações no último mês de vida e número de dias de internação hospitalar no último mês de vida;
- Admissão em UTI no último mês de vida, número de admissões em UTI no último mês de vida;
- Data do óbito, local do óbito (Unidade de Internação ou UTI), óbito de paciente em IOT;
- Acompanhamento ambulatorial pela equipe de cuidados paliativos nos últimos seis meses de vida;
- Data do início do acompanhamento pela equipe de cuidados paliativos na última internação;
- Uso de drogas vasoativas nas últimas 24 horas antes do óbito; reanimação cardiopulmonar antes do óbito;
- Terapia Renal Substitutiva (TRS) nas últimas 24 horas antes do óbito;
- Aplicação do Protocolo institucional de Fase Final de Vida;
- Pacientes recebendo morfina contínua nas últimas 24 horas antes do óbito, pacientes em fim de vida recebendo sedação paliativa (sendo considerados midazolam e clorpromazina como fármacos utilizados para a sedação paliativa, separados ou concomitantemente, de acordo com o protocolo institucional) nas últimas 24 horas antes do óbito.

3.5 Análise de dados

Para avaliar a amostra, foi realizado uma revisão bibliográfica de literatura relacionada aos indicadores de qualidade de fim de vida, adaptando-a para este estudo, considerando as informações contidas no prontuário eletrônico, as especificidades do processo de adoecimento relacionado ao câncer, traços e características culturais do local do estudo.

Os indicadores de qualidade de fim de vida selecionados, de acordo com a literatura e modificados para adaptação cultural foram:

- Indicadores relacionados aos tratamentos utilizados, como supertratamento e/ou obstinação em tratar^{16,22-27}: proporção de pacientes recebendo quimioterapia nos últimos 30 e 14 dias de vida; tempo médio (em dias) da administração da última QT e o óbito; proporção de pacientes iniciando um novo regime de quimioterapia nos últimos 30 dias de vida;
- Indicadores relacionados ao processo do cuidado^{16,22-27}: Realização de mais de uma consulta no pronto atendimento no último mês de vida; mais de uma internação no último mês de vida; Admissão em UTI no último mês de vida; Aplicação do protocolo institucional de fase final de vida; média de dias de internação nos últimos 30 dias de vida;
- Indicadores relacionados à integralidade do cuidado^{22,24}: Disponibilidade e utilização de cuidados multidisciplinares ao paciente e familiares na última internação (serviço social e psicologia) e dos cuidados paliativos via ambulatorial nos últimos 6 meses;
- Indicadores relacionados ao óbito/cuidado aos pacientes em processo ativo de morte^{16,22,23,26}: porcentagem de pacientes que morreram sob sedação paliativa, porcentagem de pacientes que morreram recebendo morfina contínua; Óbito em UTI; Reanimação cardiopulmonar antes do óbito; TRS, uso de drogas vasoativas e IOT nas últimas 24 horas antes do óbito.

Foram feitas associações da aplicação do protocolo institucional de fase final de vida com os indicadores referentes ao óbito/cuidado aos pacientes em processo ativo de morte e à integralidade do cuidado devido esses indicadores estarem relacionados à etapa que envolve o protocolo institucional, ou seja, à assistência a ser prestada no fim de vida ao paciente e família.

3.6 Análise estatística

Inicialmente, foi realizada uma análise descritiva das variáveis, em que foram apresentadas as distribuições de frequência absoluta (n) e relativa (%) para as variáveis qualitativas, e as principais medidas resumo, como a média, desvio padrão, mediana, intervalo interquartil, valores mínimo e máximo, para as variáveis quantitativas.

Para avaliar o cuidado de fim de vida de pacientes acompanhados pela equipe de cuidados paliativos e a associação entre a aplicação do protocolo institucional de fase final de vida e os indicadores de fim de vida, foi utilizado teste Qui-quadrado ou Teste Exato de Fisher quando apropriado. O nível de significância adotado foi de 5% e as análises estatísticas foram realizadas por meio do software SPSS versão 29.

3.7 Aspectos éticos

O projeto foi apresentado para apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa do AC Camargo Cancer Center em 29 de dezembro de 2023, seguindo determinações legais da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, e foi aprovado em 16 de janeiro de 2024, sob o Registro CEP nº 3551/23.

3.7.1 Benefícios e riscos potenciais

Este estudo promove uma análise sobre o cuidado de fim de vida que está sendo prestado ao paciente e família, permitindo a melhor compreensão sobre os cuidados que são possíveis aprimorar. Essa análise permite a elaboração futura de um plano de ação para melhoria no cuidado ao paciente e família no fim de vida.

Não há previsão de benefícios diretos aos pacientes uma vez que se trata de levantamento retrospectivo. O risco principal é perda de confidencialidade, que foi evitada omitindo-se os dados de identificação dos participantes atribuindo um número para o estudo.

4. RESULTADOS

Um total de 752 pacientes foram a óbito entre 1 de janeiro de 2023 e 31 de dezembro de 2023. Destes, 184 não foram incluídos no estudo devido ausência de classificação de óbito pela Comissão de Óbitos da Instituição (n=8), óbitos classificados como evento não esperado (n=52) e evento terminal relacionados às comorbidades (n=57).

Foram elegíveis para o estudo um total de 635 pacientes e, após análise do prontuário, foram excluídos 67 pacientes devido ao não acompanhamento com a equipe de Cuidados Paliativos na última internação.

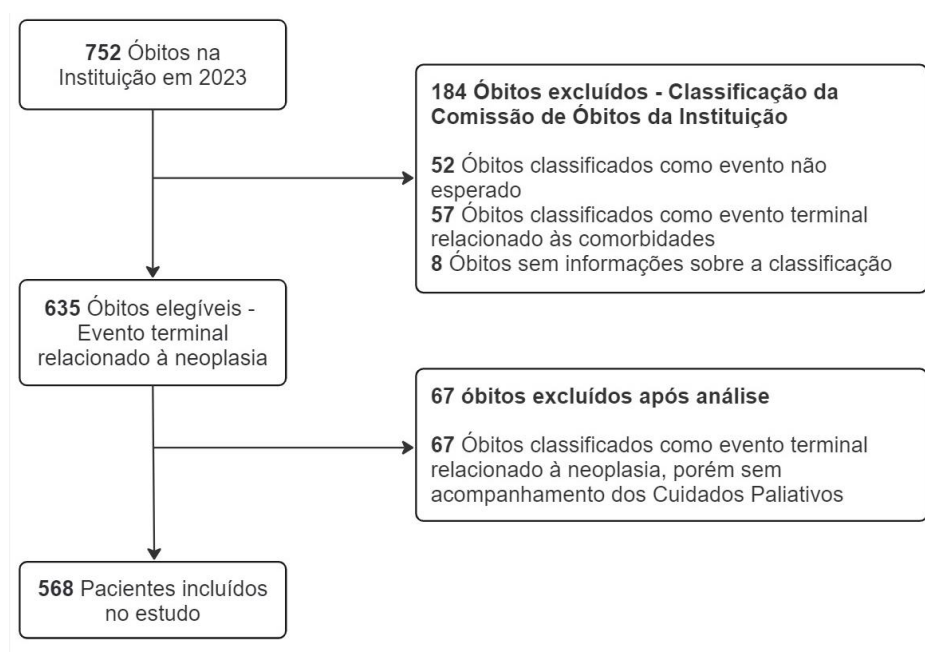


Figura 1 – Fluxograma do estudo

A amostra da população final do estudo correspondeu a 568 pacientes, como ilustra a Figura 1.

4.1 Características clínicas

A média da idade dos pacientes foi de $65,58 \pm 15,1$ anos, sendo 51,90% (n=295) do sexo feminino. O tipo de tumor mais frequente foi o tumor sólido metastático, com 87,32% (n=496). As localizações dos tumores sólidos mais predominantes foram mama (12,70%, n=72),

colorretal (10,90%, n=62) e pulmão (10,40%, n=59) (tabela 1). Em relação aos tumores hematológicos, os tipos mais frequentes foram Mieloma Múltiplo (1,40%, n=8), Linfoma Não-Hodgkin (1,40%, n=8) e Linfoma Mieloide Agudo (0,70%, n=4).

Tabela 1 - Características clínicas dos pacientes. São Paulo, 2024.

Variável	Nº de pacientes (N = 568)	Porcentagem (%)
Idade		
Média (desvio padrão)	65,58 (15,1)	
Mediana (mínimo-máximo)	67,14 (18-101)	
Sexo		
Feminino	295	51,90
Masculino	273	48,10
Tipo de tumor		
Sólido Locorregional	43	7,57
Sólido Metastático	496	87,32
Hematológico	30	5,10
Localização do Tumor Sólido		
Mama	72	12,70
Colorretal	62	10,90
Pulmão	59	10,40
Pâncreas	51	9,00
Próstata	38	6,70
Cabeça e Pescoço	38	6,70
Outros	36	6,30
Fígado	23	4,00
Melanoma	19	3,30
Reto	17	3,00
Ovário	17	3,00

4.2 Avaliação do cuidado de fim de vida

4.2.1 Indicadores relacionados aos tratamentos utilizados, como supertratamento e/ou obstinação em tratar

Do total de pacientes, 21,83% dos pacientes (n=124) receberam quimioterapia nos últimos 30 dias de vida, sendo 17,10 dias a média do número de dias entre a última sessão de quimioterapia e o óbito do paciente. Destes, metade (n=62) dos pacientes que receberam quimioterapia em seus últimos 30 dias de vida iniciaram um novo protocolo de quimioterapia, correspondendo a 10,91% dos pacientes (tabela 2). Dos 124 pacientes que realizaram

quimioterapias nos últimos 30 dias de vida, 48 (8,45%) pacientes realizaram sessões nos últimos 14 dias de vida.

Tabela 2 - Indicadores relacionados aos tratamentos utilizados, como supertratamentos e/ou obstinação em tratar. São Paulo, 2024.

Característica	Nº de pacientes (N = 568)	Porcentagem (%)
Proporção de pacientes recebendo QT nos últimos 30 dias de vida		
Sim	124	21,83
Não	444	78,17
Número de dias entre QT e óbito		
Média (desvio padrão)	17,10 (7,653)	
Intervalo Interquartil (mínimo-máximo)	11,25 (1 – 30)	

Legenda: QT – quimioterapia

4.2.2 Indicadores relacionados ao processo de cuidado

Observou-se que 35,06% dos pacientes (n=169) passaram por mais de uma consulta (duas ou mais consultas) no pronto atendimento no último mês de vida. Além disso, 115 (20,25%) pacientes tiveram mais de uma internação nos últimos dias de vida. A porcentagem de pacientes que tiveram admissões em UTI no último mês de vida foi de 55,63% (n=316), com uma média de admissões em UTI de 0,94 admissões, e variação de 0 a 4 admissões. Excluíram-se as transferências para a UTI apenas com o objetivo de realizar TRS, com contratransferência após o término da diálise.

Durante a internação do óbito, foram incluídos no Protocolo Institucional de Fase Final de Vida 72,70% dos pacientes (n=413) (tabela 3).

Tabela 3 - Indicadores relacionados ao processo de cuidado. São Paulo, 2024.

Característica	Nº de pacientes (N = 568)	Porcentagem (%)
Realização de mais de uma consulta no pronto atendimento no último mês de vida^a		
Sim	169	35,06
Não	313	64,94
Número de consultas no pronto atendimento no último mês de vida^a		
0	18	3,73
1	295	61,20
2	137	28,42
3	22	4,57
4	7	1,45
5 ou mais	3	0,62
Mais de uma internação no hospital no último mês de vida		
Sim	115	20,25
Não	453	79,75
Número de internações no hospital no último mês de vida		
1	453	79,75
2	102	17,96
3	12	2,11
4	1	0,17
Admissão em UTI no último mês de vida		
Sim	316	55,63
Não	252	44,37
Número de admissões em UTI no último mês de vida		
Média (desvio padrão)	0,94 (1,073)	
Intervalo Interquartil (mínimo-máximo)	2,00 (0-4)	
0	253	44,54
1	252	44,37
2	49	8,63
3	13	2,29
4	1	0,17
Dias internados nos últimos 30 dias de vida		
Média (desvio padrão)	17,64 (8,558)	17,03
Intervalo Interquartil (mínimo-máximo)	14 (1-30)	
Adesão ao Protocolo de Fase Final de Vida		
Sim	413	72,70
Não	155	27,30

Legenda: IOT - intubação orotraqueal;

^a: Valor de N final difere-se da amostragem total devido à categoria “não, porém internação > 30 dias, que foram desconsiderados do cálculo de porcentagem.

4.2.3 Indicadores relacionados à integralidade do cuidado

Em relação à integralidade do cuidado, foram coletadas informações sobre a atuação multiprofissional, em especial ao acompanhamento da Psicologia e dos Serviço Social na última internação, e o acompanhamento pela equipe de cuidados paliativos ambulatorialmente nos últimos seis meses de vida.

Quanto à última internação do paciente (com desfecho óbito), as duas equipes multiprofissionais tiveram atuação na maioria dos casos, sendo que 53% pacientes e/ou familiares (n=301) foram acompanhados pela equipe da Psicologia e 52,80% pacientes (n=300) foram acompanhados pela equipe de Serviço Social. Ao analisar o acompanhamento aos pacientes incluídos e não incluídos no protocolo, observou-se que o acompanhamento multiprofissional foi superior aos pacientes incluídos no protocolo, tanto para a psicologia (53,50 vs. não incluídos 51,60%; $p=0,757$) quanto para o serviço social (60,30 vs. não incluídos 32,90; $p<0,001$).

Quanto ao acompanhamento ambulatorial nos últimos 06 meses de vidas pela equipe de cuidados paliativos, 28,30% dos pacientes (n=161) tiveram acompanhamento. A média do número de consultas entre esses pacientes foi de 1,84, com variação de 1 a 10 consultas, conforme mostra a tabela 4.

Tabela 4 - Indicadores relacionados à integralidade do cuidado, segundo a aplicação do Protocolo Institucional de Fase Final de Vida. São Paulo, 2024.

Característica	Total N (%)	Incluídos no protocolo	Não incluídos no protocolo	Teste
Acompanhamento Psicologia				0,757
Sim	301 (53,00)	221 (53,50)	80 (51,60)	
Não	267 (47,00)	192 (46,50)	75 (48,40)	
Acompanhamento Serviço Social				<0,001
Sim	300 (52,80)	249 (60,30)	51 (32,90)	
Não	268 (47,20)	164 (39,70)	104 (67,10)	
Acompanhamento ambulatorial da equipe de Cuidados Paliativos nos últimos 6 meses				
Sim	161 (28,30)			
Não	407 (71,70)			
Atendimentos ambulatoriais com a equipe de Cuidados Paliativos nos últimos 6 meses				
Média (desvio padrão)	1,84 (1,259)			
Intervalo Interquartil (mínimo-máximo)	1 (1-10)			

4.2.4 Indicadores relacionados ao óbito/cuidado aos pacientes em processo ativo de morte

Em relação ao cuidado aos pacientes em processo ativo de morte, foi observado que a maioria dos pacientes foram submetidos a cuidados pouco invasivos, com 18,70% (n=106) dos óbitos ocorrendo na Unidade de Terapia Intensiva, apenas 0,70% (n=04) dos pacientes submetidos a realização de TRS nas últimas 24 horas de vida e à RCP, 6,20% (n=35) de óbitos de pacientes em uso de DVA e 5,10% (n=29) de óbitos de pacientes em IOT. Além disso, observou-se também que a maioria dos pacientes fizeram uso de sedação paliativa (52,30%) e morfina contínua (64,40%).

Ao realizar a comparação entre os pacientes incluídos e não incluídos no Protocolo de Fase Final de vida, foi identificado que os pacientes não incluídos no protocolo tiveram cuidados mais intensivos no último dia de vida, sendo a taxa de óbitos em UTI de apenas 10,20% dos pacientes (n=42) incluídos no protocolo, enquanto os pacientes não incluídos no protocolo, 41,30% dos pacientes (n=64) foram a óbito em UTI ($p<0,001$).

Além disso, verificou-se que os pacientes não incluídos no protocolo foram submetidos a cuidados mais invasivos no fim de vida, com maior frequência no uso de drogas vasoativas nas últimas 24 horas de vida (15,50% vs. incluídos no protocolo 2,70%; $p<0,001$), no óbito de pacientes em intubação orotraqueal (11,60% vs. incluídos no protocolo 2,70%, $p<0,001$), na realização de TRS até 24 horas antes do óbito (2,60% vs. Incluídos no protocolo 0%, $p=0,0005$) e na realização de manobras de RCP (1,90% vs. incluídos no protocolo 0,20%; $p=0,064$).

Observou-se também que os pacientes incluídos no protocolo tiveram maior uso das medicações de sedoanalgesia nas últimas 24 horas, tanto quando comparado o uso de morfina em bomba contínua pelo menos nas últimas 24 horas de vida (46,50% vs. Incluídos no protocolo 71,20%, $p<0,001$) como no uso de sedação paliativa em pelo menos 24 horas antes do óbito (43,20% vs. Incluídos no protocolo 55,70%, $p=0,011$) (tabela 5).

Tabela 5 - Indicadores relacionados ao cuidado em pacientes em processo ativo de morte, segundo a aplicação do protocolo institucional de fase final de vida. São Paulo, 2024.

Característica	Total N (%)	Incluídos no protocolo	Não incluídos no protocolo	Teste
Local do óbito				<0,001
UI	462 (81,30)	371 (89,80)	91 (58,70)	
UTI	106 (18,70)	42 (10,20)	64 (41,30)	
RCP antes do óbito				0,064
Sim	4 (0,70)	1 (0,20)	3 (1,90)	
Não	564 (99,30)	412 (99,80)	152 (98,10)	
Óbito em uso de DVA				<0,001
Sim	35 (6,20)	11 (2,70)	24 (15,50)	
Não	533 (93,80)	402 (97,30)	131 (84,50)	
Óbito em IOT				<0,001
Sim	29 (5,10)	11 (2,70)	18 (11,60)	
Não	539 (94,90)	402 (97,30)	137 (88,40)	
TRS até 24 horas antes do óbito				0,005
Sim	4 (0,70)	0 (0,00)	4 (2,60)	
Não	564 (99,30)	413 (100,00)	151 (97,40)	
Morfina contínua				<0,001
Sim	366 (64,40)	294 (71,20)	72 (46,50)	
Não	202 (35,60)	119 (28,80)	83 (53,50)	
Sedação Paliativa				0,011
Sim	297 (52,30)	230 (55,70)	67 (43,20)	
Não	271 (47,70)	183 (44,30)	88 (56,80)	

Legenda: RCP - ressuscitação cardiopulmonar; DVA – drogas vasoativas; IOT - intubação orotraqueal; TRS – terapia renal substitutiva.

5. DISCUSSÃO

Neste estudo, foram avaliados os cuidados de fim de vida e as características clínicas de pacientes acompanhados pela equipe de cuidados paliativos, que evoluíram a óbito por evento terminal relacionado a neoplasia no ano de 2023 em um Cancer Center em São Paulo, além da análise comparativa de indicadores referentes aos cuidados de fim de vida quando incluídos e não incluídos no Protocolo Institucional de Fase Final de Vida. Com isso, foi possível identificar que os pacientes incluídos no protocolo foram associados a cuidados menos invasivos, mais integrados e com maior administração de sintomáticos.

A média da idade dos pacientes foi de 65,58 anos. Dados de estudo²⁸ em outra instituição oncológica de São Paulo mostram média de idade bastante semelhante (62,2 anos), e indicam que o perfil dos pacientes adultos em centros oncológicos é predominantemente de indivíduos que estão entrando na terceira idade. Comparando a amostra deste estudo com amostras de estudos internacionais²⁹⁻³¹, a idade média mantém-se similar.

A localização dos tumores segue os dados relatados na literatura^{28,29,31-34}, com predominância de tumores de mama (12,70%), colorretal (10,90%) e de pulmão (10,40%). De acordo com as estatísticas de câncer do INCA³, os tumores de mama, colorretal e de pulmão representam, respectivamente, o primeiro, terceiro e quarto tipos de câncer mais incidentes no Brasil. A nível mundial, de acordo com a OPAS¹, esses três tipos de câncer também figuram como os mais incidentes, com mama e pulmão empatados em primeiro lugar com 2,09 milhões de casos, seguidos pelo câncer colorretal, com 1,8 milhões de casos. Assim como em outros trabalhos^{3,31,35}, os pacientes desse estudo também apresentavam doença oncológica avançada, com 87,32% com diagnóstico de tumores sólidos metastáticos.

Em 2005, Earle et al.¹⁶ publicou uma análise que estabelece valores de referência para diversos indicadores de qualidade do cuidado de fim de vida, entre eles infusão de quimioterapia nos últimos 14 dias de vida, o início de um novo regime de quimioterapia nos últimos 30 dias de vida, a morte em emergência ou UTI, e elevado número de internações hospitalares e admissões em UTI. Os valores estabelecidos no estudo como indicador de um serviço de qualidade são porcentagem inferior a 10% dos pacientes em regime quimioterápico nos últimos 14 dias de vida, porcentagem inferior a 2% de novos regimes de quimioterápicos nos últimos 30 dias de vida, valores inferiores a 4% de múltiplas internações/admissões em UTI nos últimos 30 dias de vida e óbitos inferiores a 17% na emergência ou UTI.

Na amostra desta pesquisa, 10,91% tiveram novo regime de quimioterápicos nos últimos 30 dias de vida, 21,83% dos pacientes receberam quimioterapia nos últimos 30 dias de vida e 8,45% realizaram quimioterapia nos últimos 14 dias de vida. Quando comparados com os dados de Earle et al¹⁶, os dados relativos às duas últimas semanas de vida estão de acordo com o que é preconizado para um serviço de qualidade. Estudos de diferentes nacionalidades apresentam taxas bastante heterogêneas em relação a esse indicador, com valores entre 4,20% e 29%³⁶⁻³⁹. A diferença dos resultados identificados no nosso estudo entre 30 e 14 dias pode estar relacionada ao fato da equipe de cuidados paliativos ter acompanhado todos os pacientes na internação (com tempo médio de internação de 17,64 dias) com somente 28,30% de acompanhamento ambulatorial nos últimos 6 meses de vida, reforçando o que foi também encontrado em outros estudos sobre encaminhamento tardio para a especialidade^{28,30,32,34,37,38}. Se faz necessário, porém, mais estudos sobre o tema.

Comparando os dados gerais com aqueles em que os cuidados paliativos fazem parte do cuidado ao paciente, é possível observar a redução do uso de quimioterápicos na fase final de vida. Em um estudo italiano de 2011, o acompanhamento integrado com os cuidados paliativos reduziu o uso de quimioterápicos de 20% para 15% dos pacientes nos últimos 30 dias de vida entre os anos de 2006 e 2009⁴⁰, comparação aplicável à realidade brasileira. No Brasil, em um estudo publicado em 2019 que comparou dados de pacientes acompanhados e não acompanhados por cuidados paliativos, foi observado que, durante o último mês de vida, pacientes não acompanhados pela equipe de cuidados paliativos tiveram taxas de 20%, enquanto 9,80% da amostra que estava em acompanhamento pela equipe de cuidados paliativos recebeu quimioterápicos durante os últimos 30 dias de vida³². Em outro estudo, a integração dos cuidados paliativos reduziu de 12,50% para 4,20% o uso de quimioterapia no último mês de vida³⁷.

Identificamos que 35,06% (n=169) dos pacientes tiveram ao menos duas entradas na emergência no último mês de vida. Segundo uma pesquisa turca, os principais motivos para as visitas ao setor de emergência são o agravamento dos sintomas da doença ou sintomas consequentes aos tratamentos, a percepção do setor como uma porta de entrada para a internação e a impossibilidade de lidar em casa com a sobrecarga da evolução da doença até o fim de vida³⁵.

Barbera et al.³³ mostram que um suporte domiciliar de qualidade ou a transferência a serviços de hospice pode ajudar os serviços a reduzirem os atendimentos de emergência para

pacientes oncológicos em fim de vida. De acordo com o autor, para diminuir as entradas destes pacientes na emergência, é necessário um controle sintomático eficaz, comunicação e cuidado integrado entre as equipes, educação em saúde para os cuidadores, visando aumentar a capacidade de enfrentar os desafios que os pacientes podem vivenciar devido à fase da doença, além de promover a definição de diretivas antecipadas de vontade e melhorar a capacidade dos serviços domiciliares, inclusive curativos, cuidado com cateteres e consultas de acompanhamento.

Ao comparar os dados obtidos nesta amostra com os de outros estudos, tanto a nível nacional quanto internacional, observa-se diferenças nas porcentagens de consultas realizadas na emergência, que podem ilustrar diferenças entre o acesso ao serviço especializado, medicações de controle de sintomas, como opioides, e, ainda, diferenças culturais acerca da finitude. Em um estudo norte americano³⁴, por exemplo, a porcentagem de pacientes que realizaram ao menos uma visita nos últimos 30 dias de vida foi de 15,10% entre aqueles acompanhados pelos cuidados paliativos. Em amostra brasileira³², os dados foram de 7,40% para pacientes acompanhados pelos cuidados paliativos. Em um estudo porto-riquenho⁴¹, 49,60% da amostra teve uma ou mais idas à emergência, um número significativamente menor do que o obtido neste estudo. Os estudos, no entanto, não diferenciam os dados descritivamente, o que impede a comparação em relação ao indicador destacado neste trabalho para este dado (realização de duas ou mais consultas em serviço de pronto atendimento).

Todos os pacientes desta amostra estiveram internados ao menos uma vez no último mês de vida (internação do óbito), sendo que a maior parte dos pacientes tiveram apenas esta única internação (n=51,23%). Esta foi uma das limitações do estudo pois não foi possível realizar o levantamento dos dados dos pacientes que foram a óbito em outras localidades, como em domicílio. As porcentagens encontradas em estudos variam desde números muito mais baixos aos encontrados nesta amostra – 12% -, a números ainda mais elevados, porém mais próximos das porcentagens obtidas em nosso estudo – 57,40%^{30,32,34,37}.

As admissões em UTI no último mês de vida na amostra estudada foram de 55,63% dos pacientes, superior ao valor de referência estabelecido no estudo do Earl et al, de 4%¹⁶. As pesquisas que utilizam este indicador mostram dados bastante heterogêneos, com variação de 3% a 56%, este último obtido em um hospital não especializado em câncer^{25, 30, 34, 48-50}. Em nosso estudo, todos os pacientes foram acompanhados pela equipe de cuidados paliativos na última internação do paciente, porém o acompanhamento ambulatorial nos últimos 6 meses de

vida foi inferior a 30%, podendo revelar que, há uma dificuldade na identificação da evolução desfavorável da doença.

Os dados referentes às idas a emergência, às internações e seus desdobramentos, como admissões em UTI, devem ser avaliados não apenas no contexto da patologia, mas também no contexto social, cultural, psicológico e econômico. No Brasil, os serviços domiciliares ainda são incipientes e o serviço de hospice não é amplamente difundido e utilizado. De acordo com o último levantamento da Associação Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP)⁴², existem apenas 14 serviços com leitos tipo hospice no país. O Sistema Único de Saúde (SUS) possui a Política Nacional de Atenção Domiciliar, cujo objetivo é oferecer atenção à saúde integrada e em contínua à Rede de Atenção à Saúde, visando promoção, prevenção, tratamento e reabilitação dos pacientes em domicílio. Uma das ações é o Programa Melhor em Casa⁴, que busca atender pacientes que necessitam de cuidados mais frequentes, permitindo que os pacientes não fiquem hospitalizados. No entanto, barreiras como a desigualdade na distribuição dos serviços de saúde pelo território, a vulnerabilidade do programa frente a mudanças governamentais e prioridades econômicas, e a alta demanda - considerando o Brasil como um dos países mais populosos do mundo -, o atendimento domiciliar está aquém das necessidades da população⁴³⁻⁴⁴.

Outro fator que identificamos como possível de interferência nestes dados é referente ao aspecto cultural. No mundo ocidental, a morte, ao longo dos anos, passou de um acontecimento próximo à família, para um evento que ocorre em ambiente hospitalar^{45,46}. Assim, compreender os anseios do paciente e de sua família, prepará-los técnica e emocionalmente para as demandas e desafios que a fase final de vida impõe, e traçar um cuidado culturalmente competente⁴⁷, adaptando-se às crenças e práticas culturais, são elementos cruciais para evitar visitas desnecessárias à emergência.

Em relação aos cuidados ao paciente em processo ativo de morte, pouco foi abordado na literatura. Nos estudos encontrados^{23,48,51}, observou-se que os resultados gerais do nosso estudo foram superiores aos estudos encontrados na literatura, porém ao estratificar o estudo e analisar os pacientes incluídos no protocolo institucional de fase final de vida, identificamos resultados ainda mais superiores. Um estudo com população oncológica em um hospital geral⁴⁸, verificou-se que, entre os 118 pacientes do estudo que foram a óbito por diagnóstico oncológico, 47% foram a óbito sob intubação orotraqueal, 21% realizaram TRS nas 24 horas anteriores ao óbito e 22% foram submetidos a ressuscitação cardiopulmonar, com 9% tendo o

óbito declarado logo após à manobra. Esses números são muito superiores aos de nosso estudo, onde a intubação orotraqueal correspondeu a 5,10%, a TRS a 0,70% dos pacientes e a ressuscitação cardiopulmonar foi realizada em 0,70% dos pacientes, evidenciando a importância do cuidado especializado. Dados de estudos com a população pediátrica também são mais elevados do que os obtidos em nosso estudo, com diferenças significativas entre as pesquisas. Park et al.²³ observaram uma porcentagem de 8,76% de intubações orotraqueais e 16,24% de reanimações, enquanto um estudo brasileiro realizado no INCA⁵³ obteve porcentagem de 27,10% de pacientes intubados e 12,20% submetidos a ressuscitação cardiopulmonar.

Os pacientes incluídos no protocolo fizeram mais uso de sedação paliativa (55,70% vs. 43,20%; $p=0,011$), que tem como objetivo controlar sintomas refratários como dor, dispneia e delirium, que não puderam ser controlados por outras medidas em pacientes sem possibilidade de cura e próximos do fim da vida⁵² e de morfina contínua (71,20% vs. 46,50%, $p<0,001$), podendo indicar um melhor controle de sintomas no grupo dos incluídos no protocolo, com o alcance de um estado de conforto, não sendo possível, em nosso estudo, averiguar as causas do uso da sedação paliativa.

Os dados deste estudo mostram que os pacientes inseridos no protocolo institucional de fase final de vida também tiveram menos cuidados invasivos. No entanto, chama a atenção o fato de que 27,30% dos pacientes, apesar do acompanhamento com a equipe de cuidados paliativos, não terem sido incluídos no protocolo. A inclusão dos pacientes no protocolo, além de guiar os cuidados necessários ao paciente e família, incluem avaliações e atuação mais ativa da equipe multiprofissional, em especial o serviço social - que possui a compreensão dos dados biográficos e sociais do paciente e família⁵⁴ -, e a psicologia, indispensável para facilitar o processo de enfrentamento de eventos estressantes relacionados ao processo de adoecimento e promoção de condições de qualidade de vida⁵⁵. A integração dos cuidados em uma equipe multiprofissional se dá para o desenvolvimento da assistência e do cuidado integral ao paciente e é justamente a junção dos conhecimentos e habilidades de cada especialidade, em trabalho conjunto, que torna o cuidado efetivo, uma vez que cada profissional institui ações dentro do seu escopo de competências, visando o cuidado de qualidade e o bem-estar do paciente⁵⁶.

Este estudo mostra o desafio na atuação precoce e ambulatorial da equipe de cuidados paliativos, porém reforça que os cuidados paliativos aliados à instituição de um protocolo de fase final de vida com atuação multiprofissional podem refletir positivamente na qualidade do

cuidado prestado a pacientes em fase final de vida, com diminuição da oferta de tratamentos e cuidados agressivos em detrimento de cuidados que aliviam os sintomas e desconfortos vivenciados pelos pacientes.

Este trabalho apresenta pontos fortes, mas também limitações. Trata-se de um estudo monocêntrico e, portanto, nossos resultados não podem ser generalizados. Ademais, observa-se o impacto que a variável cultura exerce na percepção sobre a morte e o morrer, assim como no que significa um cuidado de qualidade na fase final de vida. Neste trabalho, procurou-se comparar os dados de estudos de diversos locais do mundo; no entanto, entende-se que os resultados desses estudos sofrem influência cultural, e a comparação pode, por vezes, esbarrar nessas diferenças.

Mais estudos sobre o tema são necessários, principalmente em relação aos aspectos dos cuidados aos pacientes em processo ativo de morte; são escassas as publicações que contemplam os indicadores referentes a esta etapa da vida. Além disso, aprofundar-se nesta temática pode permitir compreender melhor as causas das diferenças entre amostras em alguns indicadores, permitindo melhor aferição da qualidade dos cuidados prestados a pacientes em fase final de vida e, conseqüentemente, promover melhorias nestes cuidados.

6. CONCLUSÃO

As taxas encontradas neste estudo para indicadores relacionados aos tratamentos e cuidados no último mês de vida, como realização de quimioterapia nos últimos 14 dias e início de um novo tratamento quimioterápico no último mês, múltiplas admissões hospitalares, em UTI e entradas no pronto atendimento, apresentam, no geral, valores acima dos indicados por Earle et al. Ao comparar os dados com a literatura, observa-se grande variação nos valores existentes, além do uso não padronizado dos indicadores, dificultando a comparação entre os trabalhos existentes.

O estudo mostra que as taxas gerais referentes aos cuidados no processo ativo de morte são baixas, em comparação com a literatura, e ainda menores quando incluídos no protocolo institucional. Pacientes acompanhados pela equipe de Cuidados Paliativos e incluídos no Protocolo de Fase Final de Vida, receberam cuidados menos invasivos, além de maiores taxas de medidas de conforto e acompanhamento multidisciplinar.

Este estudo reforça a importância de as instituições desenvolverem protocolos institucionais em cuidados paliativos, além dos cuidados de fim de vida serem providos por uma equipe especializada e multiprofissional, visto que a junção dos conhecimentos e habilidades de cada especialidade, em trabalho conjunto, torna o cuidado efetivo.

Por fim, faz-se necessário mais estudos acerca dos indicadores de qualidade dos cuidados de fim de vida no país, visando a adequação à realidade brasileira, e no mundo, visto que alguns aspectos dos cuidados são pouco abordados em pesquisas, além de padronização de indicadores, facilitando a implementação de melhores cuidados ao paciente oncológico em fase final de vida ao permitir uma análise mais abrangente.

REFERÊNCIAS

1. OPAS. Cancer [internet]. 2020 [Acesso em: 15 out. 2023]. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topicos/cancer>.
2. Brasil. Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos Não Transmissíveis no Brasil (2021-2030). [Internet]. 2021 [citado 11 de outubro de 2023]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_enfrentamento_doencas_cronicas_agravos_2021_2030.pdf
3. INCA. Estimativas [Internet]. 2022 [citado 11 de outubro de 2023]. Disponível em: <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/cancer/numeros/estimativa/introducao>.
4. INCA. Estimativa: INCA estima 704 mil casos de câncer por ano no Brasil até 2025 [internet]. 2022. [Acesso em: 15 out. 2023]. Disponível em: <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/noticias/2022/inca-estima-704-mil-casos-de-cancer-por-ano-no-brasil-ate-2025>.
5. IARC. Key Global Cancer Data for 2020. [Internet] 2023 [citado em 15 de outubro de 2023]. Disponível em: <https://www.iarc.who.int/wp-content/uploads/2021/12/br2021-img-1.jpg>
6. Carvalho RT et al (ed). Manual da residência de cuidados paliativos. Barueri: Manole, 2018. 1004 p.
7. Ferrian AM, Prado BL (ed.). Manual de Oncologia Clínica do Brasil: Cuidados Paliativos. 1ª edição. São Paulo: Dendrix, 2017.
8. WHO. Palliative Care [internet]. 2020. [Acesso em: 15 out. 2023]. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>
9. ANCP (org.). Manual de cuidados paliativos. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2009. 320p
10. Osman H, Shrestha S, Temin S et al. Palliative care in the global setting: ASCO resource-stratified practice guideline. J Globb Oncol. 2018; 4:1-24. Doi: 10.1200/JGO.18.00026
11. Jordan K, Aapro M, Kaasa S et al. European Society for Medical Oncology (ESMO) position paper on supportive and palliative care. Ann Oncol. 2018;29(1):36-43. doi:10.1093/annonc/mdx757.

12. Oliveira RA (coord.). Cuidado Paliativo. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2008. 689 p.
13. Coradazzi AL et al (org.). Cuidados Paliativos: diretrizes para melhores práticas. São Paulo: MG Editores, 2019. 232 p.
14. Borsoi AL et al. Distanásia: ampliar a vida ou adiar a morte? Anais de Medicina [Internet]. 2018; (1):45-6. Disponível em: <https://periodicos.unoesc.edu.br/anaisdemedicina/article/view/18970>.
15. D'Alessandro MPS et al (org.). Manual de Cuidados Paliativos. São Paulo: Ministério da Saúde; 2020. 175 p.
16. Earle, CC, Neville, BA, Landrum, MB et al. Evaluating claims-based indicators of the intensity of end-of-life cancer care. *International Journal for Quality in Health Care*. 2005 Dec;17(6), 505–509.
17. Hoare S, Antunes B, Kelly MP, Barclay S. End-of-life care quality measures: beyond place of death [published online ahead of print, 2022 Jul 20]. *BMJ Support Palliat Care*. 2022; spcare-2022-003841. doi:10.1136/spcare-2022-003841.
18. Pasman HR et al. Quality indicators for palliative care: a systematic review. *J Pain Symptom Manage*. 2009 Jul;38(1):145-156.
19. De Roo ML et al. EURO IMPACT. Quality indicators for palliative care: update of a systematic review. *J Pain Symptom Manage*. 2013 Oct;46(4):556-72.
20. Sallnow L et al. Report of the Lancet Commission on the Value of Death: bringing death back into life. *The Lancet* [Internet]. 2022 [citado 16 de outubro de 2023]; 399(10327): 837–84. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S014067362102314X>.
21. LIEN Foundation. The quality of death: ranking end-of-life care across the world. Londres: Economist Intelligence Unit, 2010. 36 p.
22. Earle CC, Park ER, Lai B et al. Identifying Potential Indicators of the Quality of End-of-Life Cancer Care from Administrative Data. *Journal of Clinical Oncology*. 2003; 21(6), 1133–1138.
23. Park JD, Kang HJ, Kim YA, et al. Trends in the aggressiveness of end-of-life care for Korean pediatric cancer patients who died in 2007-2010. *PLoS One*. 2014;9(6):e99888.

24. Capelas ML, Silva A, Coelho SP, Afonso T, Simões C. Indicadores de qualidade prioritários para os serviços de cuidados paliativos em Portugal. Em Universidade Católica Editora; 2018. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.14/34686>.
25. Wasp GT, Alam SS, Brooks GA, et al. End-of-life quality metrics among Medicare decedents at minority-serving cancer centers: A retrospective study. *Cancer Medicine*. 2020; 9:1911–1921.
26. Mattos, DWFG. Avaliação do Cuidado de Fim de Vida dos pacientes pediátricos com tumores sólidos atendidos na Seção de Oncologia Pediátrica do Hospital do Câncer I do Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva [dissertação]. Rio de Janeiro: INCA; 2016.
27. Barbera L, Seow H, Sutradhar R, et al. Quality Indicators of End-of-Life Care in Patients with Cancer: what rate is right? *Journal Of Oncology Practice*. 2015;11, 3:279-28.
28. Guimarães TVV, Campolina AG, Rozman LM, Chiba T, de Soárez PC, Estevez Diz MDP. Oncology and Palliative Care Integration Model: A Cost Analysis Study in a Brazilian Hospital Setting. *Am J Hosp Palliat Care*. Published online February 20, 2024. doi:10.1177/10499091241232401.
29. Alsirafy SA, Raheem AA, Al-Zahrani AS, Mohammed AA, Sherisher MA, El-Kashif AT, Ghanem HM. Emergency Department Visits at the End of Life of Patients with Terminal Cancer: Pattern, Causes, and Avoidability. *Am J Hosp Palliat Care*. 2016 Aug;33(7):658-62.
30. Malhotra, C., Bundoc, F., Chaudhry, I. et al. A prospective cohort study assessing aggressive interventions at the end-of-life among patients with solid metastatic cancer. *BMC Palliat Care* 21, 73 (2022).
31. Batten M, Nguyen B, Burke B, Harryanto H, Mitchell I, Davis A. End-of-life care of oncology inpatients: Are we getting it right? *Asia Pac J Clin Oncol*. 2018;14(5):e528-e534.
32. Valentino TCO, Paiva CE, Hui D, de Oliveira MA, Ribeiro Paiva BS. Impact of Palliative Care on Quality of End-of-Life Care Among Brazilian Patients With Advanced Cancers. *Journal of pain and symptom management*. 2020 Jan;59(1):39-48.
33. Barbera L, Taylor C, Dudgeon D. Why do patients with cancer visit the emergency department near the end of life? *CMAJ*. 2010;182(6):563-568.

34. Davis MP, Vanenkevort EA, Elder A, et al. When does early palliative care influence aggressive care at the end of life? *Support Care Cancer*. 2022;30(6):5371-5379.
35. Oğuz G, Koçak N, Şenel G, Kadioğullari N. Characteristics of Advanced Cancer Patients Admitted to the Palliative Care Unit from the Emergency Department. *Indian J Palliat Care*. 2021;27(1):89-94.
36. Kao S, Shafiq J, Vardy J, Adams D. Use of chemotherapy at end of life in oncology patients. *Ann Oncol*. 2009;20(9):1555-1559.
37. Robertson C, Watanabe SM, Sinnarajah A, Potapov A, Faily V, Tarumi Y, Baracos VE. Association between Consultation by a Comprehensive Integrated Palliative Care Program and Quality of End-of-Life Care in Patients with Advanced Cancer in Edmonton, Canada. *Current Oncology*. 2023; 30(1):897-907.
38. Earle CC, Neville BA, Landrum MB, Ayanian JZ, Block SD, Weeks JC. Trends in the aggressiveness of cancer care near the end of life. *J Clin Oncol*. 2004;22(2):315-321.
39. Coeffic DE, Castillo C, Sebban C, Garnier C, Menard I, BrunO, Dupuy L, Fric D, Leyronnas C, Assouline D: Use of chemotherapy and immunotherapy in the last two months in a French institutional anticancer center, 2008-2009. *J Clin Oncol*, 28: abst n. e19656, 2010.
40. Magarotto R, Lunardi G, Coati F, et al. Reduced use of chemotherapy at the end of life in an integrated-care model of oncology and palliative care. *Tumori*. 2011;97(5):573-577.
41. Ramos-Fernández MR, Ortiz-Ortiz KJ, Torres-Cintrón CR, Tortolero-Luna G. Patterns of End-of-Life Care as Measured by Emergency Room Visits Among Cancer Patients in Puerto Rico. *Am J Hosp Palliat Care*. 2022;39(1):72-78.
42. Academia Nacional de Cuidados Paliativos. Atlas dos Cuidados Paliativos no Brasil. 1. ed. São Paulo; 2023. Disponível em: <https://cuidadospaliativos.org/uploads/2024/1/Atlas-ANCP.pdf>.
43. Dias MB, Savassi LCM, Nunes MRMT, Zachi MLR. A Política Nacional de Atenção Domiciliar no Brasil: potencialidades, desafios e a valorização necessária da atenção primária à saúde. *J Manag Prim Heal Care*. 2015; 6(1):1-7.
44. Procópio LCR, Seixas CT, Avellar RS, Silva KL da, Santos ML de M dos. A Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde: desafios e potencialidades. *Saúde debate* [Internet]. 2019Apr;43(121):592–604.

45. Machado RS et al. Finitude e morte na sociedade ocidental: uma reflexão com foco nos profissionais de saúde. *Cultura de los Cuidados* (Edición digital), 20(45). Disponível em: https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/57355/1/CultCuid_45_10.pdf. Acesso em 22 de setembro de 2024.
46. Santos APD et al. Morte e morrer: uma perspectiva antropológica e pedagógica sobre o morrer. *Revista Formação@Docente*. 2018; 10(2): 220-234.
47. Horvat L, Horey D, Romios P, Kis-Rigo J. Cultural competence education for health professionals. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2014, Issue 5. Art. No.: CD009405.
48. Walling AM, Asch SM, Lorenz KA, et al. The quality of supportive care among inpatients dying with advanced cancer. *Support Care Cancer*. 2012;20(9):2189-2194.
49. Goldie CL, Nguyen P, Robinson AG, Goldie CE, Kircher CE, Hanna TP. Quality of End-of-Life Care for People with Advanced Non-Small Cell Lung Cancer in Ontario: A Population-Based Study. *Curr Oncol*. 2021;28(5):3297-3315. Published 2021 Aug 26.
50. Egan PC, LeBlanc TW, Olszewski AJ. End-of-life care quality outcomes among Medicare beneficiaries with hematologic malignancies. *Blood Adv*. 2020;4(15):3606-3614.
51. Mattos DWFG. Avaliação do cuidado de fim de vida dos pacientes pediátricos com tumores sólidos atendidos na Seção de Oncologia Pediátrica do Hospital do Câncer I do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. / Débora de Wylson Fernandes Gomes de Mattos. - Rio de Janeiro: INCA, 2016.
52. Menezes MS, Figueiredo M das GM da C de A. The role of end-of-life palliative sedation: medical and ethical aspects - Review. *Rev Bras Anesthesiol* [Internet]. 2019Jan;69(1):72–7.
53. Prado, B.L., Gomes, D.B.D., Usón Júnior, P.L.S. et al. Continuous palliative sedation for patients with advanced cancer at a tertiary care cancer center. *BMC Palliat Care* 17, 13 (2018).
54. Souza CCO de, Gileá J. Cuidados paliativos: o papel do assistente social na equipe multiprofissional. *Scientia: Revista MultidisciplinaR* [Internet]. 2020Set; 5(3):59-75.
55. Pio ESS, Andrade MCM. Psico-oncologia: A atuação do Psicólogo junto aos familiares e ao paciente oncológico. *Revista Mosaico* [Internet]. 2020Jun; 11(1):93-99.
56. Lorenzzoni, AM, Vilela AFB, Rodrigues FSS. Equipe multiprofissional nos cuidados paliativos em oncologia: uma revisão integrativa. *Revista Espaço Ciência e Saúde* [Internet]. 2019Jul; 7(1):34-48.

ANEXO 1 - Carta de aprovação do Comitê de Ética em pesquisa-CEP

