

Necessidade de Cuidados Paliativos num Serviço de Medicina Interna

The need for Palliative Care in an Internal Medicine Department

Patrícia Howell Monteiro, Maria João Nunes da Silva, Maria Fraga, Catarina Mota, Ana Suarez, Cristina Ponte, Cláudia Rocha, António Barbosa, Margarida Lucas, Rui M.M. Victorino

Resumo

Introdução: Os Cuidados Paliativos (CP) são um elemento fundamental dos Sistemas de Saúde. Não existem em Portugal estudos detalhados sobre CP em Serviços de Medicina Interna. O presente estudo visou caracterizar as necessidades em CP dos doentes internados num Serviço de Medicina Interna de um Hospital Central Universitário, definir o perfil dos doentes, determinar as suas necessidades assistenciais e avaliar a adequação dos cuidados prestados.

Material e Métodos: Trata-se de um estudo prospectivo observacional englobando 670 doentes internados num Serviço de Medicina Interna de um Hospital Central Universitário num período de 9 semanas consecutivas, dos quais foram seleccionados aqueles com necessidade de CP. Aplicação a esses doentes de um questionário e revisão dos processos clínicos com vista a obtenção de múltiplas variáveis, nomeadamente doença motivadora de CP, motivos de internamento, performance status, sintomas/medidas de controlo sintomático e cuidados na agonia.

Resultados: Determinou-se a necessidade de receber CP em 15% dos doentes (54 oncológicos e 48 não oncológicos), apresentando estes sintomas variados e intensos, requerendo terapêuticas complexas e múltiplos cuidados de enfermagem. Apesar da melhoria da maioria dos sintomas, verificou-se controlo sintomático insuficiente, particularmente da anorexia, cansaço, depressão e ansiedade. Constatou-se também dificuldade no reconhecimento da agonia (identificada em apenas 1/3 dos doentes) e manutenção de terapêutica fútil. A mortalidade foi 31.3% e dos doentes que tiveram alta, apenas 3 foram transferidos para Unidades de CP.

Conclusão: Este estudo ilustra de uma forma objectiva as necessidades de CP dos doentes internados nos Serviços de Medicina Interna e aponta para a importância de formação específica dos Internistas nesta área.

Palavras chave: cuidados paliativos, controlo sintomático, terapêutica fútil

Abstract

Introduction: Palliative care should be a fundamental part of any Health System. In Portugal no studies have objectively analysed the prevalence of such patients in Internal Medicine wards. This study aimed to characterize palliative care needs in Internal Medicine wards of a Central/University Hospital, to define the profile of patients, determining their needs and assessing the adequacy of care.

Material and Methods: Prospective and observational study including 670 patients admitted to an Internal Medicine ward of a Central/University Hospital in a period of 9 consecutive weeks. Selection of patients in need of Palliative Care who answered a questionnaire and a review of clinical files aiming to assess several variables, namely, disease leading to the need of palliative care, reason for admission, performance status, symptoms/symptom control measures and special care in agony.

Results: The study determined palliative care needs in 15% of the hospitalized patients (54 cancer patients and 48 non cancer patients), that presented multiple and intense symptoms, requiring complex therapy and extensive nursing care. Although most symptoms have improved there was insufficient symptomatic control, especially of anorexia, fatigue, depression and anxiety. There was also difficulty in the recognition of agony (achieved in only 1/3 of patients) and institution of the appropriate attitudes and therapeutic measures, with maintenance of futile therapy. Mortality was 31.3%. Of the patients discharged from the hospital only 3 were admitted in palliative care units.

Conclusion: This study illustrates in an objective way the need for palliative care in Internal Medicine wards and points to the importance of specific training of Internists in this particular area.

Key words: palliative care, symptom control, futile therapy

INTRODUÇÃO

Cuidados Paliativos (CP) são cuidados que combinam terapêuticas activas e de suporte, prestados com o objectivo de proporcionar conforto e qualidade de vida aos doentes que apresentam sofrimento associado a uma doença grave e/ou avançada, incurável e progressiva, e às suas famílias.^{1,2} Os CP deverão ser conside-

rados como um elemento fundamental da prestação de cuidados nos Sistemas de Saúde.³⁻⁵ O envelhecimento da população e a prevalência crescente de doenças crónicas condicionam aumento da dependência e carência de cuidados, com o consequente aumento do consumo de recursos. A Medicina Paliativa é uma área em marcada expansão e em Portugal a criação do Plano Nacional de CP, integrado no Plano Nacional de Saúde 2004/2010,⁶ deu à Medicina Paliativa um incentivo e projecção importantes. Contudo, a sua expressão é ainda insuficiente, existindo poucos centros (Hospitais, Centros de Saúde, Unidades de Apoio Domiciliário) com capacidade para disponibilizar de forma estruturada estes cuidados e a formação dos médicos em CP é globalmente insuficiente.

Múltiplos estudos na literatura internacional referem uma elevada prevalência de doentes com necessidade de CP internados em Hospitais de agudos, nomeadamente nas enfermarias de Medicina Interna.^{7,8}

A nível nacional, apesar da convicção entre profissionais de Saúde de que a hospitalização destes doentes é frequente, particularmente em enfermarias de Medicina Interna, tem sido dada escassa atenção à investigação nesta área. Um interessante estudo sobre qualidade e satisfação com a prestação de cuidados na patologia avançada em Medicina Interna⁹ foi recentemente publicado, mas não existem estudos que analisem especificamente a prevalência de doentes com necessidade de Cuidados Paliativos nos Serviços de Medicina Interna, os diagnósticos, problemas médicos, sintomas, terapêuticas efectuadas e o acompanhamento disponibilizado aos doentes e suas famílias. Pareceu-nos pertinente a realização de um estudo clínico na tentativa de preencher esta lacuna de informação e enfatizar a necessidade de formação dos Internistas na área dos CP.

Assim, os objectivos do presente trabalho consistiram em caracterizar as necessidades em CP dos doentes internados num Serviço de Medicina Interna de um Hospital de Agudos, definir o perfil dos doentes com necessidade de CP, comparando o grupo de doentes oncológicos com os não oncológicos, determinar as suas necessidades assistenciais e avaliar a adequação dos cuidados prestados.

MATERIAL E MÉTODOS

Foi efectuado um estudo prospectivo observacional da população de doentes internados num Serviço de Medicina Interna de um Hospital de Agudos

(Clínica Universitária de Medicina 2). Destes, foram seleccionados os doentes com necessidade de CP, de acordo com a presença dos seguintes critérios: a) doença avançada, progressiva e incurável; b) rápida progressão da doença e expectativa de vida limitada; c) presença de problemas ou sintomas intensos, múltiplos, multifactoriais, apesar do adequado e optimizado tratamento específico; d) impacto emocional no doente, família e equipa terapêutica relacionado com a presença explícita ou não da morte. Nos doentes com patologias não oncológicas foi considerado critério adicional a existência de doença neurológica degenerativa ou insuficiência avançada de órgão.^{2,10-12} A esses doentes e médicos assistentes foi aplicado um questionário, cuja análise, em conjunto com a revisão dos processos clínicos, permitiu a obtenção de dados respeitantes a:

- Motivo de internamento e doença motivadora de CP, classificando os doentes em oncológicos e não oncológicos;
- Performance Status, avaliado pelo *Karnofsky Performance Scale* modificado;¹³
- Problemas médicos agudos e crónicos, englobando as co-morbilidades;
- Sintomas presentes no início do internamento e imediatamente antes da alta, avaliados segundo o *Edmonton Symptom Assessment System (ESAS)*¹⁴ e respectiva gravidade, classificada como ligeira (<3), moderada (3-5) ou muito intensa (>5); nos doentes sem capacidade para auto-avaliação sintomática os sintomas foram avaliados de acordo com a observação clínica e dados constantes no processo do doente;
- Medidas de controlo sintomático;
- Prevalência e terapêutica de oclusão intestinal;
- Avaliação dos doentes com sonda naso-gástrica (SNG) e se foi considerada a colocação de gastrostomia percutânea (PEG);
- Cuidados especiais de enfermagem (analisados em 7 categorias - doentes acamados, alimentação por via entérica, manutenção da integridade cutânea, úlceras de pressão, aspiração de secreções, confusão/agitação e risco de queda);
- Pedidos de apoio psiquiátrico, psicológico, espiritual e do Serviço Social
- Avaliação pela Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em CP;
- Análise da mortalidade;
- Destino após alta;
- Reconhecimento da agonia e terapêutica nos 3 úl-

QUADRO I

Doença motivadora de Cuidados Paliativos

Doentes oncológicos (N= 54)	Doentes não oncológicos (N=48)
Tumores do sistema digestivo (20)	Doença cerebrovascular com demência (24)
Tumores ginecológicos (13)	Demência de Parkinson (7)
Neoplasias da mama (5)	Demência de Alzheimer (6)
Neoplasias da próstata (5)	Insuficiência Cardíaca classe IV da NYHA (4)
Tumores do rim (5)	Insuficiência Renal Crónica em Hemodiálise (3)
Tumor da nasofaringe (1)	Atrofia multissistémica (2)
Osteosarcoma (1)	Esclerose lateral amiotrófica (1)
Melanoma (1)	Esclerose lateral primária (1)
Carcinoma epidermóide (1)	
Linfoma do SNC (1)	
Neoplasia do pulmão (1)	

timos dias de vida dos doentes, numa perspectiva de detecção de eventuais inapropriações incluídas nas definições de futilidade terapêutica.

Para análise de dados foi utilizado o *software SPSS* versão 16. A estatística descritiva foi feita através de tabelas de frequências absolutas e relativas para as variáveis categoriais, tendo-se utilizado para as variáveis contínuas como medida de tendência central a média, e como medidas de dispersão o desvio padrão e o intervalo entre os valores máximos e mínimos. A estatística analítica para comparação entre doentes oncológico e não oncológicos foi feita com recurso ao teste χ^2 para variáveis dependentes categoriais e ao teste *t Student* para variáveis dependentes contínuas considerando-se o intervalo de confiança 95% ($p < 0.05$).

RESULTADOS

Dados demográficos:

O número total de doentes internados no período do estudo foi 670, dos quais 15% (102) apresentavam necessidade de CP, com distribuição equitativa entre os sexos. Destes, 54 apresentavam patologia oncológica e 48 patologia não oncológica. A idade média dos doentes foi 70.9 anos, não havendo diferenças na distribuição etária entre os sexos. A média de idade dos doentes oncológicos foi 63 anos e dos não oncológicos 80 anos ($p < 0.01$). No que respeita à residência habitual, 70% dos doentes residiam em casa própria, 9% em casa de familiares e 21% em lares.

Motivo de internamento:

Os principais motivos de internamento no grupo

dos doentes oncológicos foram infecção (46%), controlo sintomático (19%) e insuficiência renal aguda (4%) e nos doentes não oncológicos foram infecção (81%) e insuficiência cardíaca descompensada (10%).

Performance status (PS):

No que diz respeito ao PS, verificou-se que a maioria dos doentes pertencia aos grupos com maior dependência ($PS \leq 20 - 57\%$, $PS < 40$ e $> 20 - 21\%$, $PS > 40$ e $< 80 - 18\%$, $PS > 80 - 4\%$). A média do PS nos doentes não oncológicos foi inferior à dos oncológicos (24.2 vs 34.3, $p < 0.01$). Estes dados traduzem elevados níveis de dependência, particularmente no que

diz respeito ao grupo de doentes não oncológicos, constituído predominantemente por doentes com doença cerebrovascular com demência incapacitante e de faixa etária mais elevada.

Doença motivadora de CP:

O *Quadro 1* mostra as doenças motivadoras de CP dos dois grupos de doentes, sendo de destacar nos doentes não oncológicos a doença cerebrovascular.

Problemas médicos agudos e crónicos:

A população com necessidade de CP tinha em média 3 problemas médicos agudos, não havendo diferenças estatisticamente significativas entre oncológicos e não oncológicos. Os doentes não oncológicos apresentavam no entanto um número superior de problemas médicos crónicos (98% versus 68%, $p = 0.03$), sendo esta observação concordante com o descrito noutra estudo¹⁵ e integrável na sua faixa etária mais avançada.

Sintomas:

O número médio de sintomas por doente foi 4 (Max 9; Min 1), sendo o sintoma mais prevalente a dor (53%), em concordância com o já descrito noutras séries.¹⁶ O *Quadro 2* ilustra todos os sintomas identificados e sua prevalência. Nos doentes oncológicos o número de sintomas/doente era superior ao dos não oncológicos (5 vs 3, $p < 0.001$). Este facto poderá estar relacionado com a alta prevalência de perturbação cognitiva no grupo não oncológico, sendo a avaliação sintomática particularmente difícil. Nos doentes que realizaram a autoavaliação sintomática através do *ESAS* a maioria

dos sintomas (69%) foi descrita como muito intensos, 21% como moderados e 9% como ligeiros, demonstrando uma elevada e intensa carga sintomática. A avaliação sintomática foi também realizada à data de alta, tendo-se verificado melhoria de todos os sintomas que foram alvo de abordagem terapêutica orientada.

Controlo sintomático

Dos doentes oncológicos, 70% fizeram opioides para controlo algico, iniciados em internamento em 17 doentes. Houve necessidade de rotação de opióides em 8 por dor não controlada. O *Quadro III* mostra a analgesia efectuada.

O segundo sintoma mais prevalente na população estudada foi náuseas/vómitos. Foi realizada terapêutica com metoclopramida associada ou não a domperidona. Dois doentes oncológicos fizeram ondasetron e haloperidol.

A obstipação foi detectada em 40 doentes, dos quais 8 não foram tratados. Os laxantes mais usados foram o sene e a lactulose, isoladamente ou em associação.

A anorexia estava presente em 47% dos doentes, tendo sido alvo de abordagem terapêutica em apenas 6 doentes (corticoterapia - 5 doentes; megestrol - 1 doente), todos oncológicos, traduzindo uma deficiente valorização/conhecimento da terapêutica específica do sintoma anorexia. Além disso, verificou-se não serem realizadas rotineiramente dietas personalizadas, que poderiam contribuir para um melhor controlo da anorexia.

Verificou-se dispneia em 37 doentes, dos quais em 29 surgiu no contexto de infecção respiratória, tendo sido abordada da forma convencional. Nos 7 doentes oncológicos com dispneia não relacionada com infecção (metastização pulmonar/pleural) o controlo da dispneia foi efectuada com morfina (3) e furosemida (3). Um doente não oncológico (IRC terminal) apresentava dispneia não relacionável com infecção, tendo sido tratado com nitratos, morfina e hemodialfiltração diária. O recurso à morfina como terapêutica para a dispneia grave não foi tão frequente quanto o esperado. Verificou-se que apesar de apresentarem dispneia, 2 doentes oncológicos não foram objecto de terapêutica dirigida.

O sintoma cansaço não foi tratado, podendo ter sido equacionada individualmente a terapêutica com metilfenidato nos doentes oncológicos.

A terapêutica dirigida à ansiedade foi efectuada

com benzodiazepinas (simples ou de associação) e no tratamento dos sintomas depressivos foram usadas várias classes de antidepressivos, com predomínio dos inibidores selectivos da recaptação da serotonina e tricíclicos. Cerca de um terço dos doentes com ansiedade e mais de metade dos doentes oncológicos que apresentavam depressão não foram tratados. Foi pedido apoio psicológico/psiquiátrico para 6 doentes e apoio espiritual para apenas 1 doente.

No que diz respeito à sonolência, presente em 28% dos doentes, verificou-se que cerca de metade estava a fazer psicofármacos, potencialmente causadores deste sintoma, não tendo estas terapêuticas sido interrompidas/reajustadas.

A agitação psico-motora, reportada em 21% dos doentes, foi essencialmente tratada com haloperidol, seguido de outros antipsicóticos e benzodiazepinas com acção sedativa.

Os fármacos usados para controlar a insónia foram, por ordem decrescente, as benzodiazepinas, a hidroxyzina e em igual número de doentes o zolpidem e a trazodona.

Prevalência e terapêutica de situações de oclusão intestinal

Dos doentes oncológicos 13% (7) desenvolveram quadros de oclusão intestinal (tumores primários do ovário, tubo digestivo e rim), dos quais somente 1 doente não tinha carcinomatose peritoneal. Avaliou-se a terapêutica realizada no sentido de identificar insuficiências terapêuticas. A terapêutica de eleição foi médica, tendo-se verificado analgesia insuficiente, défice de utilização de corticoides, butilescopolamina e octreotido. Quanto à evolução, registou-se resolução após terapêutica médica em 3 casos, após cirurgia em 1 caso e morte em 3 casos. Foi pedido apoio da Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em CP num caso e nenhum doente foi referenciado à Consulta Externa de CP.

Presença de SNG e motivo da sua colocação

Dos 102 doentes 39 apresentavam SNG e 2 PEG. O *Quadro IV* ilustra os motivos de colocação da SNG. Destes, 23 tiveram alta, 16 com SNG, existindo programação de PEG para 1 doente. Habitualmente, e de acordo com estado geral do doente e o seu prognóstico, deverá ser equacionada a colocação de PEG nas situações com ENG por períodos prolongados, dada a

sua comodidade para o doente e redução dos episódios de aspiração.¹⁷⁻¹⁹ Os dados mostram uma implantação insuficiente desta abordagem.

Cuidados especiais de enfermagem

O *Quadro V* ilustra os cuidados de enfermagem. A maioria dos doentes implicava em média 2 ou 3 cuidados especiais de enfermagem (66%), requerendo os doentes não oncológicos mais cuidados que os oncológicos (≥ 3 cuidados – 64% vs 15%).

Pedidos de apoio psiquiátrico, psicológico, espiritual e do serviço social

Apesar da elevada frequência da ansiedade (34%) e depressão (33%), foi pedido apoio psicológico em 6 casos e apoio espiritual em apenas um. De ressaltar ainda que em nenhuma situação foi pedido avaliação/acompanhamento psicológico para os familiares. Este facto poderá reflectir a pouca sensibilização dos médicos para o sofrimento psicológico e espiritual, tantas vezes presente nestes doentes e suas famílias. Foi pedido apoio do Serviço Social para 32% dos doentes.

Avaliação pela Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em CP

Foi pedida avaliação pela Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em CP para 9 doentes (8.8%), sendo todos oncológicos. Destes, 4 faleceram durante o internamento e 5 mantiveram seguimento em Consulta Externa de CP.

Reconhecimento da agonia e terapêutica nos 3 últimos dias de vida

Verificou-se que em dois terços dos doentes a fase agónica não foi reconhecida, embora estejam descritos nos processos clínicos sinais/sintomas indicadores de agonia. No restante terço (10 doentes) há reconhecimento no processo clínico de entrada em agonia, tendo sido tomada a decisão de adopção de medidas de conforto e efectuada prescrição de morfina em perfusão quando necessário para controlo sintomático, nomeadamente da dor e dispneia. No entanto, a suspensão de terapêutica fútil, alimentação entérica e antibióticos ocorreu em apenas metade destes doentes. Os restantes mantiveram toda a terapêutica até ao momento da morte, o que significou realização de terapêutica fútil e inapropriada, como por exemplo albumina, ferro, ácido acetilsalicílico, omeprazol, simvastatina, alopurinol, multivitamínicos e tansulosina.

Mortalidade

A taxa de mortalidade verificada foi de 31.3% (taxa de mortalidade global do serviço 8.1%), sendo superior nos doentes oncológicos (23 vs 9, $p=0.01$). A principal causa de morte nos doentes oncológicos foi a progressão da doença tumoral de base. Seguiu-se a etiologia infecciosa, que foi causa de morte de 7 doentes de cada grupo. Finalmente, registou-se uma morte no contexto de enfarte agudo do miocárdio e outra morte atribuída a insuficiência cardíaca classe 4 NYHA.

Destino após alta

Quanto ao destino dos doentes que tiveram alta, 71% dos doentes foram para o domicílio, 24% para instituições não especializadas em CP e 5% para instituições com especialização em CP.

DISCUSSÃO

Não existe até à data nenhum estudo publicado de avaliação específica da prevalência e necessidade em CP em Enfermarias de Medicina Interna de Hospitais Centrais Universitários em Portugal. Numa época de crescente relevância e implementação dos CP e perante a hospitalização frequente destes doentes em Serviços de Medicina Interna, a análise destes dados torna-se particularmente premente.

Neste estudo pretendeu-se avaliar as necessidades em CP num Serviço de Medicina Interna de um Hospital de Agudos, onde se verificou que 15% dos doentes tinham necessidade de CP. Um estudo transversal realizado num só dia no *Haukeland University Hospital* (Noruega), identificou 35.6% de doentes com necessidade de CP.⁷ Num outro estudo, realizado no *Royal Hallamshire Hospital* (Reino Unido)⁸ 23% dos doentes necessitavam de CP. O menor número identificado no nosso estudo poderá dever-se às notórias diferenças no perfil da população avaliada. O estudo Norueguês englobava as Enfermarias de Pneumologia, Cardiologia e Medicina Interna, onde o número de doentes com doença pulmonar obstrutiva crónica e insuficiência cardíaca congestiva em fase paliativa era muito superior ao verificado no âmbito do Serviço de Medicina Interna aqui estudado e o estudo do Reino Unido incluía todas as enfermarias hospitalares.

Nos doentes com necessidade de CP da nossa amostra, a doença oncológica é a patologia dominante (53%), o que contrasta com os 24% identificados no estudo Norueguês,⁷ podendo esta diferença ser

QUADRO II

Sintomas presentes nos doentes com necessidade de Cuidados Paliativos

Sintomas	Prevalência Global (%)	Prevalência Oncológicos (%)	Prevalência Não Oncológicos (%)	P
Dor	53	83	19	<0.05
Naúseas/vómitos	48	72	21	<0.05
Anorexia	47	57	35	<0.05
Obstipação	39	43	35	0.91
Dispneia	36	31	42	0.64
Cansaço	35	52	17	<0.05
Ansiedade	34	44	23	<0.05
Depressão	33	50	15	<0.05
Sonolência	28	20	38	0.60
Agitação psico-motora	21	13	29	0.06
Insónia	12	13	10	0.17

QUADRO III

Analgésia realizada

Terapêutica	Doentes oncológicos	Doentes não oncológicos
Morfina	18	-
Tramadol	16	-
Fentanilo	7	-
Buprenorfina	7	-
Paracetamol	30	9
Metamizol	9	-
AINE's	7	-
Corticoides	5	-
Gabapentina	5	-
Amitriptilina	1	-
Radioterapia	1	-

explicada pela inexistência no nosso Hospital de um Serviço de Oncologia Médica com internamento. Os restantes 47% de doentes com necessidade de CP tinham patologia não oncológica, com claro predomínio da doença cerebrovascular associada a demência, traduzindo a elevada prevalência e morbilidade associada a esta patologia no nosso país.

O benefício da aplicação da filosofia dos CP da doença cerebrovascular tem sido defendido por múltiplos autores.²⁰⁻²⁶ Existem alguns critérios propostos para a inclusão de doentes com doença cerebrovascular em CP, como por exemplo os da *National Hospice Organization* nos EUA em 1999.²⁷ Mais recentemente, no final de 2011, foram publicados os *Gold Standards Framework Prognostic Indicator Guidance*, no Reino Unido²⁸ e já em 2012 foi publicado pelo Departamento de Saúde Australiano o *Stroke Palliative Approach Pathway* inspirado no *Liverpool Care Pathway*.²⁹ Estes critérios, no entanto, são pouco conhecidos e de acordo com Holloway R e Stevens T o principal problema é a existência de poucos estudos sobre o tipo de CP mais adequados a estes doentes e suas famílias.^{21,30} Existe, no entanto, um

reconhecimento cada vez maior de que os princípios dos CP são componentes importantes no cuidado dos doentes, terminais ou não, com outras doenças além de cancro, no sentido de otimizar o controlo sintomático e adopção de práticas éticas correctas. Neste contexto optámos por incluir os doentes com doença cerebrovascular com demência no nosso estudo.

Os doentes com necessidade de CP apresentavam elevado número de problemas médicos agudos, múltiplas co-morbilidades, necessidade de controlo sintomático e complexas necessidades de enfermagem. A sintomatologia, descrita na sua maioria como múltipla e de grande intensidade, necessitou de uma abordagem integrada, farmacológica e não farmacológica. Concretamente, a terapêutica da dor foi complexa, envolvendo elevada utilização de opióides (de novo ou em continuação), por vezes com necessidade de rotação de fármacos, o que enfatiza a necessidade de formação nesta área.

Como objectivado através da aplicação do ESAS no início do internamento e imediatamente antes da alta, verificou-se melhoria dos sintomas que foram alvo de intervenção terapêutica orientada. Apesar disso foi notória a existência de múltiplos sintomas insuficientemente abordados, dentro os quais ressaltam a anorexia e o cansaço, sintomas de etiologia múltipla e frequentemente desvalorizados. Embora as terapêuti-

QUADRO IV

Motivos de colocação de SNG

Doentes oncológicos (N= 21)	Doentes não oncológicos (N =18)
Alteração do estado de consciência (6)	Alteração do estado de consciência (11)
Recusa alimentar (3)	Recusa alimentar (7)
Oclusão intestinal (7)	
Disfagia por compressão tumoral (3)	
Hemorragia digestiva (2)	

QUADRO V

Cuidados de Enfermagem

Cuidado de enfermagem	Percentagem de doentes
Manutenção da integridade cutânea	90%
Acamados	88%
Alimentação entérica	39%
Úlceras de decúbito	30%
Aspiração de secreções	29%
Confusão/agitação	26%
Risco de queda	11%

cas disponíveis para controlo destes sintomas tenham eficácia limitada, estas podem constituir alternativas úteis, que se verificou serem pouco conhecidas pelos Internistas. Nomeadamente, no que diz respeito à utilização de psicoestimulantes (metilfenidato) na abordagem do cansaço em doentes oncológicos a literatura não demonstra eficácia em todos os doentes. No entanto existe um subgrupo de doentes que beneficia com a sua utilização, nomeadamente nos estadios mais avançados da doença ou na astenia acentuada, quando ocorre resposta nas primeiras 24 a 48h de tratamento.³¹⁻³³

Outro sintoma insuficientemente tratado foi a obstipação, acarretando desconforto evitável aos doentes face à multiplicidade de medidas disponíveis para o seu controlo. Cerca de um terço dos doentes com ansiedade e mais de metade dos doentes oncológicos que apresentavam depressão moderada a grave não receberam terapêutica farmacológica e o número de pedidos de apoio psicológico/psiquiátrico/espiritual foi reduzido. Constatámos assim que os sintomas físicos tendiam a ser mais valorizados e merecedores de abordagem terapêutica que os sintomas que tradu-

ziam a “dor” psíquica e espiritual, contrariamente ao defendido nos princípios da prestação de CP. Outro aspecto importante detectado foi a ausência de utilização de medidas objectivas de avaliação sintomática, como o ESAS,¹⁴ o que poderá ter contribuído para uma deficiente valorização do sintoma *per se* e do impacto que as intervenções terapêuticas exerceram sobre o mesmo. A utilização de medidas objectivas de avaliação sintomática deverá assim ser sistematicamente implementada.

Apesar da existência no nosso hospital de uma Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em CP, verificámos que o seu apoio foi pedido num escasso número de casos e a referenciação pós alta foi diminuta. Isto explica-se, por um lado, porque à data de realização do estudo a implementação desta equipa era recente e, por outro lado, pela baixa sensibilização dos clínicos para as especificidades destes doentes e para um modelo de “cuidados partilhados”. No entanto, dada a sua complexidade, será fundamental o recurso a pessoal especializado nesta área. Como exemplo desta necessidade, podemos reportar às situações de oclusão intestinal, nas quais as deficiências terapêuticas objectivadas poderiam ter sido obviadas pelo apoio especializado da Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em CP.

Os dados relativos à terapêutica realizada nos últimos 3 dias de vida dos doentes falecidos revelaram a realização de terapêutica fútil e inapropriada e um claro défice de reconhecimento da entrada em agonia. A dificuldade no reconhecimento da agonia é repetidamente apontada na literatura como levando a abordagens inapropriadas quer ao nível das atitudes quer da intervenção terapêutica.^{34,35} Estes dados indiciam a necessidade da formação dos Internistas nos cuidados específicos da fase agónica. O reconhecimento da agonia pode ser difícil, mas existem sintomas/sinais bem descritos que indiciam o seu início.³⁵ Verificou-se que apesar de descritos sinais/sintomas de agonia nos processos clínicos estes não foram interpretados como tal na maioria dos doentes. Será necessário otimizar o treino dos médicos que cuidam de doentes em fase final da sua doença para a detecção da agonia, no sentido de adoptar medidas de conforto e suspensão de terapêutica fútil, definida como qualquer intervenção que já não beneficia o doente, não atinge um objectivo válido, pode ser prejudicial e consome recursos desnecessários.^{36,37}

Dos 58 doentes que tiveram alta, apenas 3 foram

para instituições com especialização em CP. Em Portugal existem actualmente 200 camas de CP, distribuídas por 19 Unidades de CP, 17 Equipas Intra-Hospitalares de Suporte em CP e 8 Equipas Domiciliárias de Suporte em CP. Na Região de Lisboa e Vale do Tejo existem 75 camas de CP, distribuídas por 7 Unidades e 10 Equipas Intra-Hospitalares de Suporte em CP.³⁸ Num estudo recente e tendo por base os dados demográficos Portugueses relativos ao ano de 2007, foi calculada a necessidade da existência de cerca de 89 Unidades de Internamento de CP para o nosso país, das quais 24 seriam na região de Lisboa.³⁹ É pois, urgente que o seu número aumente rapidamente de modo a otimizar a resposta às necessidades destes doentes e das suas famílias.

Em conclusão o presente estudo revelou que os doentes com necessidade de CP constituem uma população significativa nos Serviços de Medicina Interna, não apenas pelo número de doentes internados mas também pela complexidade e necessidades assistenciais de que carecem. Apesar do controlo sintomático atingido ser adequado para a maioria dos sintomas, verificou-se défice no manejo da “dor” psicológica e espiritual, no reconhecimento e cuidados específicos da fase agónica, bem como no apoio oferecido aos doentes e suas famílias após alta. Será portanto urgente implementar acções de formação específica em Medicina Paliativa para os Internistas dos Hospitais de Agudos^{1,7,8,40} no sentido de permitir a difícil transição, nestas situações específicas, de um modelo de tratamento focalizado na cura para um modelo de palição sintomática e de intervenção global no sofrimento. ■

Agradecimentos

Os autores desejam agradecer à Dra. Isabel Galriça Neto a colaboração prestada na fase inicial deste trabalho.

Bibliografia

- Davies E., Higginson I., ed. “Palliative Care: the solid facts”; OMS - Europe, 2004.
- Programa Nacional de Cuidados Paliativos; DG Saúde, 2005.
- The Korea Declaration. Report of the Second Global Summit of National Hospice and Palliative Care Associations, Seoul, March 2005.
- Pantilat SZ. End-of-life care for the hospitalized patient. *Med Clin North Am* 2002;86:749-770.
- Rummans TA, Bostwick M, Clark MM. Maintaining quality of life at the End of Life. *Mayo Clin Proc.* 2000;75:1305-1310.
- Programa Nacional de Cuidados Paliativos; DG Saúde, 2004.
- Sigurdardottir K, Haugen D. Prevalence of distressing symptoms in hospitalised patients on medical wards: a cross sectional study. *BMC Palliative Care* 2008; 23:7-16.
- Gott CM, Ahmedzal SH, Wood C. How many inpatients in an acute hospital have palliative care needs? Comparing the perspectives of medical and nursing staff. *Palliat Med* 2001;15:451-460.
- Carneiro R, Sousa E, Guerreiro T, Rocha N. Qualidade e Satisfação com a Prestação de Cuidados na Patologia Avançada em Medicina Interna. *Arqui Med* 2009;23(3):95-101.
- Babarro A, Alonso, Cano L, Rexach, Aguilar A, Gisbert. Criterios de selección de pacientes con enfermedades no oncológicas en programas y/o servicios de cuidados paliativos. *Med Pal (Madrid)* 2010;17(35):161-171.
- Stuart B. Medical Guidelines for Non-Cancer Disease and Local Medical Review Policy: Hospice Access for Patients with Diseases Other Than Cancer). *Hosp J* 1999; 14:13-54.
- Thomas K et al. Prognostic Indicator Guidance 4th Edition Sept 2011. The Gold Standards Framework Center in End of Life Care CIC in www.goldstandardsframework.org.uk
- Abernethy AP, Shelby-James T, Fazekas BS et al. The Australia-modified Karnofsky Performance Status (AKPS) scale: a revised scale for contemporary palliative care clinical practice. *BioMed Central Palliative Care*, 2005;4:1-12.
- Bruera E et al. “The Edmonton Symptom Assessment System (ESAS): a simple method for the assessment of palliative care patients “. *J Palliat Care*. 1991; 7:6-9.
- Cowan J, Walsh D, Homs J. Palliative Medicine in a United States cancer center: a prospective study. *Am J Hosp Palliat Care*.2002;19:240-250.
- Solano JP, Gomes B, Higginson IJ. A comparison of symptom prevalence in far advanced cancer, AIDS, heart disease, chronic obstructive pulmonary disease and renal disease. *J Pain Symptom Manage* 2006; 31:58-69.
- DeLegge M H. Percutaneous endoscopic gastrostomy (PEG) tube placement: Justifying the intervention in www.uptodate.com
- Dwolatzkit et al. A prospective comparison of the use of nasogastric and percutaneous endoscopic gastrostomy tubes for long term enteral feeding in older people. *Clin Nutr.* 2011;20:535-540.
- Jung SH et al. Percutaneous Endoscopic Gastrostomy Prevents Gastroesophageal Reflux in Patients with Nasogastric Tube Feeding: A Prospective Study with 24-Hour pH Monitoring. *Gut Liver* 2011;5:288-292.
- Skilbeck, JK, Payne S. End of Life Care: a discursive analysis of specialist palliative care nursing. *J Adv Nurs* 2005; 51:325-334.
- Stevens T, Payne SA, Burton C, Addington-Hal J, Jones A. Palliative care in stroke: a critical review of the literature. *Palliat Med* 2007;21:323-331.
- Addington-Hall J, Lay M, Altmann D, McCarthy M. Symptom control, communication with health professionals and hospital care of stroke patients as reported by surviving family, friends and officials. *Stroke* 1995;26:2242-2248.
- Teno JM, Weitzen S, Fennell ML, Mor V. Dying trajectory in the last year of life: does cancer trajectory fit other diseases? *J Palliat Med* 2001;4:457-464.
- Jack C, Jones L, Jack BA, Gambles M, Murphy D, Elershaw JE Towards a good death : the impact of care of the dying pathway in an acute stroke unit. *Age ageing* 2004;33:625-626.
- Rodgers A, Addington-Hall J. Care of the dying stroke patient in the acute setting. *J Res Nurs* 2005;10:153-167.
- Santa-Emma PH, Roach R, Gill MA, Spayde P, Taylor R. Development and Implementation of an Inpatient Acute Palliative Care Service. *J Palliat Med*. 2002;5:93-100.
- Stuart B. Medical Guidelines for Non-Cancer Disease and Local Medical Review Policy: Hospice Access for Patients with Diseases Other Than Cancer). *Hosp J* 1999; 14:13-54.
- Thomas K et al. Prognostic Indicator Guidance 4th Edition Sept 2011. The Gold Standards Framework Center in End of Life Care CIC in www.goldstandardsframework.org.uk
- Stroke Palliative Approach Pathway in www.strokefoundation.com.au/.../stroke_palliative_approach_pathway.doc
- Holloway R et al. Palliative Care Consultations in Hospitalized Stroke Patients. *J Palliat Med* 2010; 13:407-412.
- Minton O, Richardson A, Sharpe M, Hotopf M, Stone PJ. Psychoestim-

Interventions for the Management of Cancer-related Fatigue: A systematic Review and Meta-Analysis. *J Pain Symptom Manage* 2011;41:761-767.

32. Yennurajalingam S, Palmer J, Chacko R, Bruera E. Factors Associated with Response to Methylphenidate in Advanced Cancer Patients. *Oncologist* 2011;16:246-253.

33. Moraska A et al. Phase III, Randomized, Double-Blind, Placebo-Controlled Study of Long-Acting Methylphenidate for Cancer-related Fatigue: North Central Cancer Treatment Group NCCTG-NO5C7 Trial. *J Clin Oncol* 2010;28:3673-3679.

34. Bailey FA, Burgio KL, Woodby LL, Williams BR et al. Improving Processes of Hospital Care during last hours of life. *Arch Intern Med* 2005;165:1722-1727.

35. Burns JP, Truog RD. Futility. *Chest* 2007;132:1987-1993.

36. Riechelmann RP, Krzyzanowska MK, Zimmermann C. Futile medication use in terminally ill cancer patients. *Support Care Cancer* 2009;17:745-748.

37. Kasman DL. When is Medical Treatment Futile? A guide for Students, Residents and Physicians. *J Gen Intern Med* 2004;19:1053-1056.

38. Unidade de Missão dos Cuidados Continuados Integrados. Disponível em www.rncci.min-saude.pt.

39. Capelas, ML. *Cadernos de Saúde* 2009;2:51-57.

40. EAPC, ESO, SIMPA. Report and recommendations of a workshop on Palliative Medicine Education and Training in Europe. European Association for Palliative Care, Europe Against Cancer Programme. 1993.

Anexo I

Folha de Colheita de Dados

DETERMINAÇÃO DAS NECESSIDADES DE CUIDADOS PALIATIVOS NUM SERVIÇO DE MEDICINA DO HOSPITAL DE SANTA MARIA

DEFINIÇÃO DE CUIDADOS PALIATIVOS - “São cuidados que combinam terapêuticas activas e de suporte, prestados com o objectivo de proporcionar conforto e qualidade de vida aos doentes que apresentam sofrimento associado a uma doença grave e /ou avançada, incurável e progressiva, e a suas família.”

O inquérito será aplicado aos doentes internados no Serviço de Medicina com necessidade de CP ao longo de um período de 4 semanas consecutivas. **As fontes de recolha de dados** serão o doente, os profissionais da equipa assistente, os registos do processo clínico e eventualmente, as famílias.

1 - Identificação _____ **Sector** _____

2 - Idade _____ **NSC** _____

3 - Sexo Feminino Masculino

4 - Data de internamento _____ **Data de alta** _____

5 - Residência Própria Familiar Instituição c/ CP Instituição s/ CP

6 - Apoio domiciliário Sim Não

7 - Motivo de admissão x

Outras doenças agudas

Infecção	1	AVC/AIT	2	Neoplasia	3
Sin Cor Ag	4	ICC descomp	5	Hemg diges	6
IRA/agudz	7	DPOC descomp	8	DHC descomp	9
Ascite	10	DM descomp	11	Diarreia	12
Obstipação	13	Oclusão/sub ocl	14	TVP	15
QT	16	Alt estado consc	17	Alt metab/electr	18
		Controlo da dor	19	Agonia	20
Outra	21	Qual?			

8 - Co-morbilidades

Insuf Car	1	Diabetes Mellit	2	Insuf Ren crón	3
DPOC	4	Dc cerebrovasc	5	Dc arterial perif	6
HTA	7	Dc neuro-muscul	8	Dc neuro-degen	9
HIV	10	Dc osteo-artc crón	11	Insuf ven crón MI	12
DHC	13	Neoplasia	14	Algiação crónica	15
FA Crónica	16	Pace-maker	17	Incontinência esfinct.	18
Epilepsia	19	Anemia crónica	20	Depressão	21
Outras	22	Qual?			

9 - Performance status actual Escala de Karnofsky*	A100	<input type="checkbox"/>	A90	<input type="checkbox"/>	A80	<input type="checkbox"/>
	B70	<input type="checkbox"/>	B60	<input type="checkbox"/>	B50	<input type="checkbox"/>
	C40	<input type="checkbox"/>	C30	<input type="checkbox"/>	C20	<input type="checkbox"/>
	C10	<input type="checkbox"/>				
10 - Dça condicionadora CP	Oncológica	<input type="checkbox"/>	Não oncológica	<input type="checkbox"/>	Qual?	
	Qual?		Qual?			
11 - Seguido em cons. CP	Sim	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>		
12 - ESAS à data de colheita	_____					
13 - ESAS não realizável ou outros sintomas:						
a) Dor	Sim	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>		
b) Vômitos	Sim	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>		
c) Anorexia	Sim	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>		
d) Obstipação	Sim	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>		
e) Diarreia	Sim	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>		
f) Tosse	Sim	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>		
g) Dispneia	Sim	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>		
h) Sonolência	Sim	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>		
i) Coma	Sim	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>		
j) Ansiedade	Sim	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>		
k) Agitação psico-motora	Sim	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>		
14 - SNG	Sim	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>		
15 - Motivo de colocação SNG	Disfagia	<input type="checkbox"/>	Recusa alimentar	<input type="checkbox"/>		
	Oclusão/Sub oclus	<input type="checkbox"/>	Alt estado consc.	<input type="checkbox"/>		
	Outros	<input type="checkbox"/>				
16 - Transfusões	Sim	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>		
17 - Ex. comp. diagnostico	Análises	<input type="checkbox"/>	EDA	<input type="checkbox"/>		
	Rx tórax	<input type="checkbox"/>	Colonoscopia	<input type="checkbox"/>		
	Ecografias	<input type="checkbox"/>	Fibroscopia	<input type="checkbox"/>		
	TC	<input type="checkbox"/>	Outros	<input type="checkbox"/>		
	RMN	<input type="checkbox"/>				

**18 - Terapêutica habitual?
Qual o fármaco?**

- Náuseas/Vómitos _____
 Obstipação/Diarreia _____
 Insónia _____
 Dispneia _____
 Anorexia _____
 Depressão _____
 Ansiedade _____
 Agitação _____
 Infecção _____
 Dor _____
 Outros _____

**19 - Terapêutica no internamento
Via? Qual o fármaco?**

- Náuseas/Vómitos _____
 Obstipação/Diarreia _____
 Insónia _____
 Dispneia _____
 Anorexia _____
 Depressão _____
 Ansiedade _____
 Agitação _____
 Infecção _____
 Outros _____

20 - Analgesia prescrita

- SOS Esquema
 Paracetamol e AINE Tramadol Codeína
 Opioides fortes

21 - Via administração analgésicos

- Oral Sub-cutânea E.V.
 Transdérmica

22 - Avaliação pela equipa CP

- Sim Não

Recomendações efectuadas: _____

23 - Cuidados de enfermagem

- | | |
|----------------------|---|
| Acamados | 1 |
| Alimentação entérica | 2 |
| Escaras de decúbito | 3 |
| Integridade cutânea | 4 |
| Confusão/agitação | 5 |
| Aspiração secreções | 6 |
| Risco queda | 7 |

24 - Avaliação Psicólogo/Psiquiatra	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	
25 - Pedido apoio Serv. Social	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	
26 - Pedido apoio espiritual	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	
27 - Evolução	Alta <input type="checkbox"/>	Transferência <input type="checkbox"/>	Óbito <input type="checkbox"/>
28 - ESAS antes da alta:	_____		
29 - Destino Pós alta	Casa <input type="checkbox"/>	Instituição c/ CP <input type="checkbox"/>	Instituição s/ CP <input type="checkbox"/>
	Própria <input type="checkbox"/>		
	Familiar <input type="checkbox"/>		
30 - Referenciação	Médico de Família <input type="checkbox"/>	C. Hospitalar <input type="checkbox"/>	Nenhuma <input type="checkbox"/>
	C. Hospitalar CP <input type="checkbox"/>		
31 - Terapêutica p/ ambulatório S/N e Qual?	Analgesia <input type="checkbox"/>	_____	
	Anti-eméticos <input type="checkbox"/>	_____	
	Laxantes/Obstipantes <input type="checkbox"/>	_____	
	Antidepressivos <input type="checkbox"/>	_____	
	Ansiolíticos <input type="checkbox"/>	_____	
	Outros <input type="checkbox"/>	_____	
32 - Necessidade após alta	Ventilação Ñ invasiva <input type="checkbox"/>	O2 <input type="checkbox"/>	
	Sonda nasogástrica <input type="checkbox"/>	Algália <input type="checkbox"/>	
	Apoio na mobilização <input type="checkbox"/>	Apoio na higiene <input type="checkbox"/>	

Investigador: _____

Data e assinatura: _____