

ESTUDO COMPARATIVO DOS CUIDADOS PRESTADOS A DOENTES NOS ÚLTIMOS DIAS DE VIDA

Num Serviço de Medicina Interna e Numa Unidade de Cuidados Paliativos

Rui CARNEIRO, Isabel BARBEDO, Isabel COSTA, Ernestina REIS,
Nelson ROCHA, Edna GONÇALVES

RESUMO

Introdução: A alteração do paradigma da morte associada ao aumento da esperança de vida e da incidência de doenças crónicas, oncológicas ou não, dita que a maioria dos óbitos ocorra em hospitais.

Embora não se possa fazer uma directa extrapolação do modelo oncológico para outras doenças crónicas avançadas, existe um conjunto de problemas na fase terminal que poderão, uma vez detectados, ter uma abordagem similar. Estratégias inapropriadas, nesta fase da vida, podem levar a sofrimento desnecessário dos doentes e suas famílias

População e Metodologia: Estudo retrospectivo, de revisão dos processos clínicos de 96 doentes internados em 2005 numa enfermaria de Medicina Interna de um hospital central (48 doentes) e numa Unidade de Cuidados Paliativos Oncológicos (48 doentes). Foram avaliados os dados demográficos e da morbilidade presente e revistos os registos referentes aos sintomas apresentados pelos doentes nos últimos cinco dias de vida incluindo a fase agónica, bem como à estratégia dirigida ao controlo sintomático.

Resultados e Discussão: Em populações de doentes com características demográficas pouco díspares foi possível documentar o uso sistemático do padrão de actuação dirigido ao doente agudo na enfermaria de Medicina mesmo quando a situação era manifestamente crónica avançada, com registos dependentes da sensibilidade do observador e não sistematizados nem periodicamente reavaliados. Em ambos os serviços, a dor, a dispneia e os problemas gastrointestinais foram os sintomas mais registados e a frequência de registo dos vários sintomas diminuiu na fase agónica. Os problemas dos doentes eram identificados de forma sistematizada na Unidade de Cuidados Paliativos, onde havia especial ênfase na ponderação de início de terapêutica que pudesse ser encarada como fútil e o maior cuidado em registar necessidades psico-espirituais dos doentes e familiares.

Conclusão: Os cuidados de excelência de doentes terminais e agónicos obrigam uma completa avaliação da complexidade sintomática e das necessidades de doentes e familiares e na elaboração de um plano holístico.

R.C., I.B., E.R., N.R.: Serviço de Medicina Interna. Hospital Geral de Santo António. Porto
I.C., E.G.: Serviço Cuidados Paliativos. Instituto Portu-guês de Oncologia. Porto

© 2011 CELOM

SUMMARY

COMPARATIVE STUDY OF END-OF-LIFE CARE

In An Internal Medicine Ward and a Palliative Care Unit

Introduction: Due to ageing population and growing of chronic advanced illnesses, nowadays, the majority of deaths take place in hospitals. Terminal patients with cancer and other non-malignant diseases share the same type of problems which, once correctly accessed, may have similar approach. Inappropriate terminal care can lead to unnecessary suffering of patients and their families.

Methods: A retrospective chart review was done for the first 96 patients who died in 2005 due to advanced chronic illnesses in a Internal Medicine ward (48 patients) and in a Palliative Care unit (48 patients). The main outcome was the documentation of the presence/absence of a group of symptoms, the ability of the medical staff to perceive the patients as dying and the adjustments made in the comfort care plans.

Results: There were no demographic differences between the two sets of populations. In the Internal medicine ward it was seen an acute pattern of treatment even though the situation was clearly chronic and advanced. In the Palliative Care Unit there was a systematic surveillance and assessment of symptoms and other problems, like psycho-spiritual needs. In both environments, pain, dyspnoea and gastrointestinal problems were the symptoms most frequently recorded in clinical charts. The number of symptom recordings entered diminished in the agonic phase.

Conclusion: These data highlight the need for a better assessment of patients' needs in order to promote impeccable end-of-life care.

INTRODUÇÃO

As doenças crónicas, nas quais se incluem as doenças oncológicas, representam um problema de saúde de grande importância em todo o mundo¹. Nas últimas fases da sua vida, estes doentes têm múltiplos problemas para os quais não há muitas vezes uma resposta por falta de preparação e organização dos serviços de saúde. Os cuidados paliativos vêm preencher esta lacuna visando, segundo a Organização Mundial de Saúde, a melhoria da qualidade de vida de doentes (e seus familiares) que enfrentam uma doença grave, prevenindo e aliviando o sofrimento, através da detecção precoce e da completa avaliação da dor e de outros problemas de índole física, psicossocial e espiritual². Embora a sua aplicação seja mais frequente na área de oncologia, também podem ser aplicados noutras doenças crónicas avançadas, nomeadamente em doenças do foro cardiovascular, respiratório, neurológico e na síndrome de imunodeficiência humana adquirida que, tal como o cancro, apresentam complicações que os levam a recorrer frequentemente aos hospitais, e onde mais de metade chega a falecer³, sendo muitas vezes submetidos a tratamentos inadequados, por excesso como se a situação fosse reversível, ou por defeito, abandonados, ouvindo com frequência a expressão *não há nada a fazer*.

Embora não se possa fazer uma extrapolação directa do modelo oncológico para outras doenças crónicas avançadas, existe um conjunto de problemas que são idênticos

na fase terminal destas doenças e que poderão ter uma abordagem semelhante, isto é, adaptadas às necessidades do doente¹. Seria pois importante uniformizar estratégias de monitorizar as suas necessidades e ajustar o plano terapêutico, de forma a melhorar a qualidade de vida e a minimizar o seu sofrimento. O *Liverpool Integrated Care Pathways* é um dos exemplos desta filosofia utilizada em cuidados de doentes em situação de últimas horas ou dias de vida⁴.

Centrado nos principais problemas inerentes à fase terminal da vida de doentes oncológicos e não oncológicos internados em hospitais terciários, este trabalho pretende caracterizar a forma de registo desses problemas, o plano de intervenção adoptado e o impacto da detecção da fase agónica em dois ambientes médicos diferentes: um Serviço de Cuidados Paliativos Oncológicos e uma Enfermaria de Medicina Interna.

MATERIAL E MÉTODOS

Foram analisados retrospectivamente os processos clínicos dos primeiros 48 doentes falecidos por patologia crónica considerada avançada⁵⁻⁷, maligna ou não, no decurso do ano de 2005, no Serviço de Medicina Interna (SMI) 1D do Hospital Geral de Santo António (HGSA) e o mesmo número de doentes falecidos no Serviço de Cuidados Paliativos (SCP) do Instituto Português de Oncologia (IPO) – Porto. Foram incluídos os doentes com situações clínicas entendidas como avançadas, conforme

Quadro 1 - Critérios de Admissão⁵.

1.Neoplasia Avançada: Todas as formas de cancro, localmente avançados ou metastizados ou linfoma estágio IV Ann-Arbour e para as quais intervenção curativa não é apropriada;	5.Doença Renal Crónica Avançada: Doente em hemodiálise ou Insuficiência renal crónica com Clearance Creatinina <25% esperado e necessidade de tratamento crónico para corrigir déficits hidro-electrolíticos ou metabólicos persistentes
2.Insuficiência Cardíaca Crónica Grave: Disfunção cardíaca crónica, de qualquer etiologia, numa classe funcional de base III-IV NYHA ou estadio D AHA ou fracção de ejeção inferior a 25% e com terapêutica médica otimizada	6.Demência/ Doença Cerebro-vascular/ Doença neuro-muscular ou do movimento avançadas: Doentes com Palliative Performance Scale ⁶ inferiores ou iguais a 50%
3.Doença Respiratória Crónica Grave: DPOC em estadio IV do GOLD ou Insuficiência respiratória crónica sob oxigenioterapia, em doentes com doença pulmonar de qualquer outro tipo	7.SIDA em fase avançada: Presença de critérios de mau prognóstico a 6 meses ⁷ : <25 CD4+/uL ou virémia>100.000/uL ou wasting syndrome ou MAC não tratado ou Kaposi sistémico ou toxoplasmose ou miocardiopatia ou diarreia crónica ou albumina<2.5g/dL mais intolerância ou sem tratamento HAART ou alterações cognitivas com incapacidade de desempenhar pelo menos 2 AVDs
4.Doença Hepática Crónica Terminal: Insuficiência hepática crónica, de qualquer etiologia, de Classe Child-Pugh C ou Complicações de hipertensão portal de qualquer tipo e insuficiência hepática no estadio Child-Pugh B (pelo menos 7 pontos)	

(Legenda: NYHA - New York Heart Association; AHA - American Heart Association; DPOC - Doença Pulmonar Crónica Obstrutiva; GOLD - Global Initiative for Lung Disease; SIDA - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida; HAART - Terapêutica antiretroviral de elevada actividade; AVD - Actividade de Vida Diária; MAC - Mycobacterium avium complex)

Nota - nas disfunções de órgão, os critérios de admissão implicam que os doentes não são candidatos a transplantes

os critérios constantes no Quadro 1. O Quadro 2 mostra os dados demográficos relevantes. Aspectos referentes à identidade religiosa ou a necessidades espirituais estavam explicitamente referenciados em 38/ 48 doentes no SCP e em 10/ 48 doentes do SMI (X²:55.4 p<0.001).

Sendo o SCP um serviço do IPO, todos os seus doentes eram oncológicos enquanto dos doentes dos SMI, 17 tinham diagnóstico de doença oncológica e 31 não oncológica (Figura 1).

Foram recolhidos dados constantes nos registos clínicos (médicos e de enfermagem) relativamente aos sintomas e problemas principais apresentados pelos doentes nos últimos cinco dias de vida e as correspondentes atitudes médicas, nomeadamente: (1) vias predominantes de administração de medicação e hidratação; (2) uso de procedimentos de rotina invasivos, tais como punções, algaliação e entubação gástrica; (3) estratégia analgésica (momento e classe de analgésico escolhido); (4) restantes fármacos utilizados; (5) informações inerentes a directivas de fim-de-vida, como a menção a necessidades e envolvimento directo dos doentes e da família; (6) momento da decisão de não resuscitar e (7) perfil temporal de acompanhamento médico e de enfermagem, reflectido pelo tempo entre a última avaliação clínica e a morte.

Foram também avaliados sinais de entrada do doente na fase agónica e o seu impacto na estratégia terapêutica anteriormente descrita, definindo-se agonia o agravamento de novo, súbito ou progressivo da situação clínica, sem causa reversível identificável associada à pre-

sença de pelo menos dois dos seguintes parâmetros: (1) agravamento de astenia (doente acamado); (2) deterioração do estado de consciência; (3) diminuição da capacidade

Quadro 2 - Dados Demográficos.

	C. Paliativos (n = 48)	Med. Interna (n = 48)	p*
Sexo			
Masculino	33	28	
Feminino	15	20	
Distribuição etária (anos)			
<30	0	1	
30 - 40	2	2	
41 - 50	11	4	
51 - 60	8	6	
61 - 70	9	8	
71 - 80	9	10	
81 - 90	9	13	
> 90	0	4	
Média (desvio-padrão)	63.8 (15.2)	70.9 (17.0)	0,031
Tempo Médio de Internamento (máximo-mínimo)	11.8 dias (1-85)	12.2 dias (1-53)	

* - valor de p indicado, quando significativo

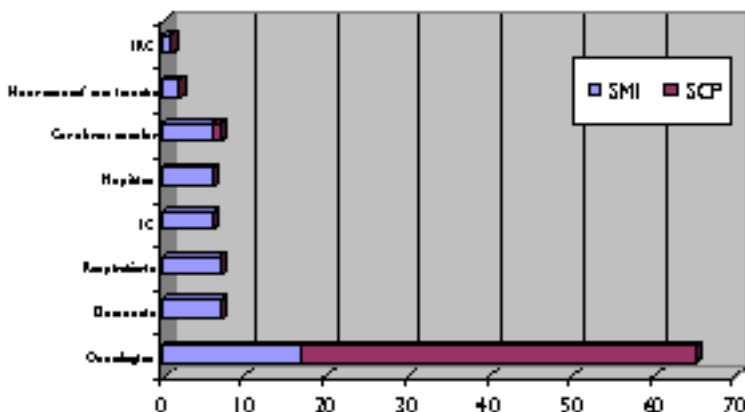


Fig. 1 - Principais Diagnósticos nas duas Instituições.

(IRC - insuficiência renal crónica; IC - insuficiência cardíaca)

para deglutir (consegue apenas gerir pequenos goles)8. A referência explícita à agonia no processo clínico foi também considerada.

Num terceiro momento de avaliação dos dados obtidos, e com o objectivo de verificar se as diferenças encontradas na abordagem dos pacientes nos dois serviços reflectiam diferentes metodologias de abordagem clínica ou apenas o tipo de patologia inerente ao processo terminal, foi feito uma sub-análise dos doentes falecidos por doença oncológica e não-oncológica, apenas na enfermaria de Medicina Interna.

Uma base de dados foi construída no programa informático SPSS 12.0 (SPSS para Windows, versão 12.0, SPSS Inc., Chicago, Estados Unidos da América) e tratada para estatística descritiva e inferencial, assumindo-se como nível de significância para os testes estatísticos efectuados o valor de 0,05.

RESULTADOS

Complexidade Sintomática

No SCP os sintomas eram sistematicamente monitorizados e diariamente registados num *flow-chart* enquanto que no SMI eram registados em texto livre no diário clínico ou de enfermagem.

Os dados recolhidos indicam que, tanto no SCP do IPO como no SMI do HGSA, os sintomas mais frequentemente reportados positivamente nos últimos cinco dias de vida foram a dor (66.7% e 58.0%, respectivamente), a dispneia (45.8% e 50.0%, respectivamente) e os problemas gastro-intestinais. A presença de náuseas e vômitos foi documentada em cerca de um terço dos doentes de ambos os Serviços e a obstipação em 39.6% no SCP e em 29.2% dos doentes admitidos no SMI. Não foi atingido nível de significância estatístico para a diferença de frequência obtida para cada um destes sintomas. Foi significativa a diferença encontrada para a maior frequência de identificação no SCP de outros sintomas importantes como a xerostomia ($\chi^2:22.6$ $p < 0.001$), insónia ($\chi^2:11.6$ $p:0.001$) e fadiga ($\chi^2:10.68$ $p:0.001$), conforme ilustrado no Quadro 3. A fadiga não foi registada em 14/48 doentes admitidos ao SCP e em 25/48 doentes no SMI. Registos omissos ocorrem ainda na avaliação da insónia (não avaliada em 15/48 no SMI *versus* 5/48 no SCP), da xerostomia (sem dados em 32/48 no SMI *versus* 0/48 no SCP) e a dor (não registada em 7/48 no SMI *versus* 1/48 no SCP).

Trinta e um doentes no SMI e 32 no IPO cumpriram critérios de agonia (Quadro 4). Dos doentes a quem foi diagnosticada de forma explícita agonia, metade dos

Quadro 3 – Caracterização do Registo Sintomático dos Doentes previamente à agonia

		Medicina Interna	Cuidados Paliativos
Dor	Presente	27	32
	Ausente	17	15
	Não Registado	7	1
Dispneia	Presente	24	22
	Ausente	19	25
	Não Registado	5	1
Agitação	Presente	11	13
	Ausente	32	35
	Não Registado	5	0
Obstipação	Presente	14	19
	Ausente	29	27
	Não Registado	5	2
Náusea Vômito	Presente	11	13
	Ausente	32	35
	Não Registado	5	0
Xerostomia	Presente	1	25
	Ausente	15	7
	Não Registado	32	6
Insónia	Presente	2	17
	Ausente	31	26
	Não Registado	15	5
Fadiga	Presente	12	25
	Ausente	11	9
	Não Registado	25	14
Diagnóstico de agonia	Explícito	12	20
	Implícito	19	12
	Ausente	17	16

doentes foram percebidos como tal nas 12 horas antes da morte no SMI e 18 horas no SCP, não sendo, no entanto, estes valores de relevância estatística.

Em ambas as instituições, o perfil do registo de sintomas alterou-se com a aproximação do momento da morte (Figura 2 e Quadro 4). Assim, no SMI verificou-se uma descida na frequência de registo da presença de todos os sintomas avaliados, excepto na agitação, presente em 25.8% dos registos antes da agonia e em 38.5% nesta fase. No SCP, mais frequentemente se registou a presença de estertor comparativamente com o SMI. Analisando comparativamente a avaliação dos sintomas dos doentes agónicos de cada instituição, constata-se diferenças estatisticamente significativas na documentação da presença de alguns deles, como agitação (em 10/31 doentes no SMI e em 3/32 no SCP; $\chi^2:5.35$ e $p:0.028$) e da dispneia (em 11/31 no SMI e em 2/32 no SCP; $\chi^2:7.48$ e $p:0.009$). Continuou a verificar-se omissões nos registos clínicos, principalmente na avaliação da fadiga, insónia, xerostomia e estertor no SMI e da fadiga no SCP (Quadro 4).

Abordagem Clínica

A estratégia de gestão dos problemas apresentados pelos doentes admitidos no SMI passou, no plano geral, pela hidratação endovenosa em 68.8% dos casos, em nenhum deles suspensa após a entrada em agonia. Leituras diárias de todos os parâmetros vitais ocorreram na esmagadora maioria dos doentes (46 em 48 antes da agonia e na totalidade dos doentes agónicos) e a algaliação foi realizada num total de 40 doentes (sendo que, apenas 10, estavam algaliados previamente ao período em estudo). Metade

dos doentes foram puncionados nas últimas 12 horas de vida, essencialmente para aquisição de acesso endovenoso. Quase 40% dos doentes percebidos como agónicos foram puncionados nesta fase. Mais uma vez, a via endovenosa foi a via preferencial para administração de medicação, usada em 43 dos 48 doentes nos últimos cinco dias de vida e em três quartos dos agónicos. Em 24 doentes foi colocada uma sonda naso-gástrica, dos quais 21 durante o presente internamento. Em dois explicitamente indicados como agónicos foram introduzidas sondas naso-gástricas. No SMI, a administração de fármacos por via subcutânea foi usada exclusivamente no contexto de profilaxia de doença trombo-embólica venosa e insulino-terapia.

No SCP foi observado um padrão de planificação terapêutica diferente, com recurso a hidratação endovenosa em 23% dos doentes e na fase agónica em 6.3% (já previamente iniciada), com um tempo mediano entre a última punção (de qualquer tipo) e a morte de 48 horas; diferença esta significativa em comparação com o outro serviço ($t: -6.18; p < 0.001$). A colheita de parâmetros vitais foi realizada em 26 casos antes da agonia (11 deles apenas avaliação da temperatura timpânica) e em nove doentes na fase agónica, oito dos quais apenas para registo de temperatura corporal. A algaliação foi realizada em sete doentes internados, para alívio sintomático (retenção urinária).

O uso de antibióticos foi mais expressivo no SMI que no SCP (77.0% no primeiro e 47.9% no SCP), chegando esta diferença a ter relevância estatística na agonia: 14 (45%) doentes agónicos no SMI estavam medicados com estes fármacos (em 11 casos correspondiam a manutenção de terapêutica previamente prescrita), contra um doente (3%) no SCP ($\chi^2: 15.40$ e $p < 0.001$).

O Quadro 5 mostra as vias de administração de fármacos, bem como o tipo de medicação paliativa e a analgésica utilizada em ambos os serviços. Nos doentes com dor reportada verificou-se a administração regular de analgésicos (a horas certas) em todos os doentes no SCP e em 14 dos 24 doentes do SMI, sendo que, após a entrada na fase agónica, a tendência foi para a perfusão endovenosa no SMI e a infusão subcutânea no SCP. O uso de opióides *major* foi significativamente

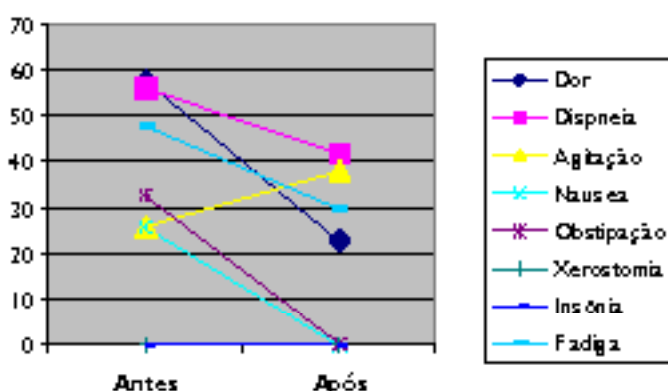


Fig. 2 – Comparação da proporção de sintomas presentes, quando pesquisados, antes e na agonia (proporção = número de doentes com o sintoma/ número de doentes em que foi pesquisado o sintoma) (A – SMI; B – SCP).

Quadro 4 – Caracterização do Registo Sintomático dos Doentes Agónicos

		Medicina Interna	Cuidados Palliativos
Agonia	Diagnóstico Explícito	12	20
	Diagnóstico Implícito	19	12
	Total	31	32
Dor	Presente	5	7
	Ausente	17	17
	Não Registado	9	8
Dispneia	Presente	11	2
	Ausente	15	22
	Não Registado	5	8
Agitação	Presente	10	3
	Ausente	16	24
	Não Registado	5	5
Obstipação	Presente	1	2
	Ausente	23	20
	Não Registado	7	10
Náusea Vômito	Presente	0	0
	Ausente	25	25
	Não Registado	6	7
Xerostomia	Presente	0	3
	Ausente	10	1
	Não Registado	21	27
Insónia	Presente	0	0
	Ausente	16	23
	Não Registado	15	9
Estertor	Presente	1	11
	Ausente	8	10
	Não Registado	22	11

maior no SCP, quer antes da agonia (χ^2 :18.8; $p < 0.001$), quer na agonia (χ^2 :18.08; $p < 0.001$). Antes da fase agónica, as vias preferenciais para a administração dos analgésicos no SMI foram a via oral e a via endovenosa (70,8% e 50,0% dos doentes respectivamente) enquanto que no SCP foram a via oral (59,4%) e a subcutânea (68,5%).

A conversão de opióide da via oral para a subcutânea, para controlo da dor durante a fase agónica ou como terapêutica analgésica de manutenção nos doentes em que a via oral não estava disponível, foi realizada em 25 doentes do SCP e em nenhum do SMI. A forma de infusão subcutânea foi utilizada em 15 doentes daquele serviço.

O uso de adjuvantes analgésicos teve maior expressão e maior variedade de princípios farmacológicos no SCP antes e durante a agonia, comparativamente ao SMI, mas a diferença não foi significativa.

A utilização de fármacos para controlo dos sintomas foi diferente nos dois serviços (Quadro 5).

Verificou-se maior uso de benzodiazepinas antes e durante a agonia no SCP (38/48 vs 11/48 no SMI, antes da

agonia, com χ^2 :30.4 e $p < 0.001$; na agonia: 21/32 no SCP vs 5/31 do SMI, com χ^2 :15.9 e $p < 0.001$). O mesmo foi observado com o uso de neurolépticos (χ^2 :8.9; $p < 0.03$) e de corticoides (χ^2 :5.04; $p < 0.05$) antes da agonia e apenas naqueles primeiros fármacos em doentes agónicos (χ^2 :5.57; $p < 0.032$).

O tempo que mediou entre a morte do doente e o último registo médico foi significativamente inferior no SMI que no SCP (9,4 horas e 15,7 horas, respectivamente; t :-3,09; $p < 0,03$) sendo que no SMI o último registo médico frequentemente não era do médico assistente do doente mas antes de um médico de residência ou urgência. O tempo médio para inclusão no processo clínico de directivas para não reanimar (*Do Not Resuscita-te*) foi semelhante em ambas as instituições: 7.9 dias antes do óbito no SMI e 12.3 dias no SCP. Metade dos doentes apresentavam registos de enfermagem entre 2 a 3 horas antes de faleceram, em ambos os serviços. Referências a vontades ou desejos dos doentes eram frequentes no SCP (em 32/48 doentes, principalmente necessidades espirituais e contando-se ainda um

pedido de sedação), mas raros no SMI (em 2/48 doentes). A frequência de registo de qualquer tipo de envolvimento familiar (por exemplo, pedidos de permanência no serviço para além de horário regular de visita, partilha de informações quanto a prognóstico e à estratégia terapêutica) foi equivalente de ambos os serviços, com percentagens entre os 16.6% e 25% antes da agonia e entre 25.8% e os 31.2% na fase agónica no SMI e no SCP, respectivamente.

Avaliação de sub-população falecida no Serviço de Medicina Interna

Fazendo a avaliação da população internada no Serviço de Medicina Interna (Quadro 6), nomeadamente comparando doentes oncológicos ($n=15$; 11 do sexo masculino e média de idade

Quadro 5 – Quadro comparativo das vias de administração de fármacos, terapêutica farmacológica paliativa e analgésica.

	Antes Agonia			Agonia		
	Medicina Interna (n=48)	Cuidados Paliativos (n=48)	p^*	Medicina Interna (n=31)	Cuidados Paliativos (n=32)	p^*
Vias de Administração (todos os fármacos)						
Intra-venosa	43	14	0.002	23	6	<0.001
Oral	23	33		6	4	
SNG/PEG	25	11	<0.001	20	2	<0.001
Sub-cutânea	26***	38	0.009	12***	31	<0.001
Transdérmica	1	11		1	4	
Rectal	0	3		0	4	
Intra-muscular	1	2		0	0	
Terapêutica analgésica						
Sem dor****	17	15		17	17	
Sem registos de dor	7	1		9	8	
Paracetamol	16	7	0.031	5	3	
AINES	6	4		2	1	
Opióides minor	9	9		6	6	
Opióides major	10	31	<0.001	7	24	<0.001
Adjuvantes	5	14		2	6	
Restante Terapêutica Paliativa						
Benzodiazepinas	22	38	<0.001	5	21	<0.001
Neurolépticos	10	24	0.03	3	11	0.03
Anti-obstipantes	25	28		14	10	
Anti-eméticos	17	20		9	6	
Corticóides	18	29	0.025	11	16	

de 63.6 anos, com desvio-padrão:16.8 anos) com doentes cujo diagnóstico principal era não-oncológicos (n=33; 17 do sexo masculino e média de idade de 74.2 anos, com desvio-padrão de 16.8 anos), verificou-se que os doentes não-oncológicos apresentavam registos de dor menos frequentes (tanto na fase agónica como previamente a esta fase) bem como de fadiga. Foi igualmente neste grupo de doentes não-oncológicos que mais omissões ocorreram na caracterização sintomática. A agonia foi explicitamente

identificada em 46% dos doentes oncológicos, embora 90% apresentasse critérios de tal situação. Por seu turno, na população de doentes não-oncológicos, 54.4% dos doentes preenchiam critérios de agonia segundo a definição adoptada para o trabalho, embora em apenas um terço tenha sido identificada.

O uso de opióides *major* foi mais frequente nos doentes oncológicos em ambas as fases, nunca administrados por via subcutânea. Perfusões contínuas dos mesmos foram realizadas única e exclusivamente em doentes do foro oncológico. As benzodiazepinas antes da agonia e os corticóides em doentes agónicos foram mais comumente administrados a doentes oncológicos, atingindo relevância estatística.

Doentes oncológicos e não-oncológicos não diferiram no que concerne à prática de fluidoterapia endovenosa, frequência de colheita de parâmetros vitais, algaliação, antibioticoterapia, nem na frequência e momento de decisão de não-reanimação (registada no processo em cerca de 80% dos casos, num período entre 5.4 e 9.0 dias antes da morte, respectivamente). A entubação naso-gástrica foi mais vezes realizada em doentes não-oncológicos (21/33) do que em doentes oncológicos (3/15) e constituiu o método de administração de medicação mais usado na agonia, a par da via endovenosa. O último registo médico e da equipa de enfermagem em doentes oncológicos foi realizada, em média, 12.4 e 2.6 horas antes da morte, respectivamente, não diferente daquela realizada em doentes não-oncológicos (7.90 e 2.87 horas, respectivamente). Por fim e segundo os registos clínicos, familiares de doentes que faleceram de cancro foram alvo de maior atenção no que concerne a aspectos das suas necessidades espirituais e socio-económicas (40.0% *versus* 6% dos casos de famílias de doentes não-oncológicos; χ^2 :4.81 e p :0.03).

DISCUSSÃO

Os cuidados médicos de excelência exigem que todos os doentes tenham acesso a uma miríade de recursos que lhes permita receber cuidados saúde eficazes no sentido de melhorar a qualidade de vida dos doentes e, sempre que possível, aumentar a sobrevivência.

Decorreram cerca de 45 anos após a apresentação dos primeiros estudos de Hinton, usados como referência por Solano⁹ e que apontavam para que problemas físicos e psicológicos decorrentes de doenças crónicas

Quadro 6 – Quadro Comparativo na População Oncológica e Não-Oncológica do Serviço de Medicina

	Antes Agonia		Agonia	
	Doentes Oncológicos (n=15)	Doentes Não Oncológicos (n=33)	Doentes Oncológicos (n=13)	Doentes Não Oncológicos (n=18)
Sintomatologia*				
Dor	13 (0)	11 (7)	5 (4)	0 (5)
Dispneia	9 (1)	15 (4)	3 (4)	9 (1)
Agitação	8 (0)	18 (1)	6 (3)	4 (2)
Náusea/Vómito	2 (2)	9 (3)	0 (3)	0 (3)
Obstipação	4 (3)	10 (2)	0 (5)	1 (2)
Estertor	NA	NA	0 (10)	1 (12)
Xerostomia	1 (9)	0 (24)	0 (9)	0 (12)
Insónia	0 (3)	2 (12)	0 (6)	0 (9)
Fadiga	8 (5)	4 (20)	3 (5)	2 (9)
Medicação - Vias de Administração				
Oral	11	2	4	2
SNG	3	21	5	15
Endo-venosa	13	30	9	14
Sub-cutânea***	8	18	4	14
Transdérmica	1	0	1	0
Medicação: Analgesia				
Horas certas	9	6	4	2
Contínua	2 (i.v.)	0	6 (i.v.)	0
SOS	2	6	1	2
Paracetamol	5	11	2	3
AINES	4	2	1	1
Opióides <i>minor</i>	5	4	5	1
Opióides <i>major</i>	7	3	6	1
Adjuvantes	5	0	2	0
Medicação: Restantes Farmacos				
Benzodiazepinas	8	3	3	2
Neurolépticos	5	5	2	1
Anti-obstipantes	11	14	7	7
Anti-eméticos	6	11	5	4
Corticóides	8	10	8	3
Antibiótico	9	28	3	11
Procedimentos				
Entubação****	3 (2)	21 (19)	5 (ND)	15 (ND)
Algaliação	12 (2)	28 (20)	ND	ND
Hidratação i.v.	10	23	6	12
Parâmetros Vitais	14	31	11	15
Punções i.v.	15	32	7	11

* - sintomas presentes; entre parêntesis, frequências absolutas de dados omissos (sem registo no processo).

** - medicação subcutânea, na totalidade profilaxia de trombose venosa profunda e insulina

***- entre parêntesis, procedimento realizado, de novo, no presente internamento

(i.v. – endovenosa; AINES – anti-inflamatórios não-esteróides; ND: dados não-disponíveis; NA – dados não aplicáveis)

como a insuficiência cardíaca e renal, seriam sentidos de forma mais intensa do que nos doentes com cancro. Actualmente, a controvérsia existente sobre a necessidade em estender os cuidados paliativos a doentes crónicos não-oncológicos transformou-se numa obrigação assente nos princípios de equidade e justiça na Saúde. Diversos estudos concluem que doentes crónicos não oncológicos encontram no seu percurso, o mesmo leque de problemas dos doentes com cancro e que beneficiariam do mesmo tipo de rede de apoio holístico. No entanto, não existem linhas normativas que forneçam orientação precisa na elaboração de um plano estruturado dirigido a esta população^{1,10}.

A comparação de resultados obtidos em vários estudos realizados em doentes na fase terminal das suas vidas é difícil de estabelecer uma vez que os dados são, em regra, obtidos por metodologia retrospectiva, descritiva e com definições frequentemente díspares. Assim, nos doentes não-oncológicos, a dificuldade em estabelecer um prognóstico, associada a sobrevalorização da sobrevivência, torna o acesso mais difícil destes doentes a estratégias dirigidas especificamente ao controlo sintomático¹.

Este trabalho tem um carácter retrospectivo e a dimensão amostral é reduzida. No entanto, os resultados aqui apresentados reflectem a diferença de metodologias de trabalho adoptadas nas duas instituições comparadas, no que diz respeito a dois aspectos principais: (1) forma de valorização e registo dos problemas dos doentes internados e (2) adequação do modelo terapêutico (farmacológico e não farmacológico) às necessidades dos utentes e famílias.

Assim, é consistente com a literatura que a dor, a dispneia e os problemas gastro-intestinais são os sintomas mais frequentemente encontrados nos últimos dias de vida e que geralmente é visível uma diminuição do impacto de quase todos eles, à medida que a morte se aproxima, à excepção da fadiga e do estertor⁸. A utilização da Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton na avaliação inicial dos doentes no SCP e a inclusão dos dados positivamente encontrados num *flow-chart*, em que a monitorização diária do controlo desses sintomas, realizada pelo corpo médico em parceria com o de enfermagem, se reveste de importância superior à avaliação de dados biométricos (por exemplo, parâmetros vitais) foi crucial para a mais completa caracterização desta população. Este facto acentua-se quando se atenta a sintomas menos evidentes (e muitas vezes assumidos como uma inevitabilidade e *normais* em doenças avançadas), como a fadiga, a insónia e a xerostomia. É sabido que estes sintomas têm a potencialidade de serem especialmente perturbadores e que

o seu impacto deve ser minimizado¹¹.

No SMI, e comparativamente com o estudo de Porta¹², também realizado num hospital considerado terciário com população mista de doença crónica oncológica e não-oncológica, foi menos frequentemente identificada a transição para situação agónica (46.6% no trabalho referido vs 25% na nossa série). No entanto, não deixa de ser relevante que dois terços dos doentes agónicos no SMI tivessem registos indiciadores de entrada nesta fase sem que a equipa de saúde os valorizasse o que teve como consequência a não adaptação das estratégias terapêuticas à fase final da vida. O diagnóstico de agonia pressupõe que o doente caminha irreversivelmente para a morte em poucas horas a alguns dias mas as suas manifestações podem ser sobreponíveis a mecanismos tratáveis, (por exemplo, secreções acumuladas podem traduzir infecção mas, no caso da agonia, mesmo que o estertor tenha infecção associada, o seu tratamento não evita que o doente morra). A abordagem dos problemas sentidos pelos doentes crónicos da enfermaria de Medicina Interna apresentou características típicas do modelo de actuação para o doente agudo. Este padrão de actuação não foi significativamente diferente nos principais aspectos dos cuidados prestados a doentes oncológicos e não oncológicos, o que demonstra que o tipo de estratégia adoptada depende mais dos profissionais da instituição do que do tipo de patologia do doente. O facto dos opióides *major* serem mais frequentemente prescritos a doentes oncológicos e de serem mais comumente pesquisadas necessidades de familiares nestes doentes, reflecte que a actuação médica é ainda guiada por alguns mitos e que doentes não-oncológicos poderão não estar a receber o mesmo tipo de tratamento holístico; ressalva-se o facto de não ter sido caracterizada a intensidade de dor e, como tal, doentes oncológicos poderiam ter dor mais intensa e daí serem medicados com analgésicos opióides potentes com maior frequência, de acordo com as normas da Organização Mundial de Saúde¹³.

Entubação gástrica, hidratação endovenosa, algaliação e punções endovenosas utilizadas para garantir aporte hídrico, calórico e administração de medicação em doentes terminais, foram práticas rotineiras no SMI, traduzindo uma atitude médica orientada mais para a cura que para os problemas sentidos pelo doente em fim de vida. Esta postura não é muito diferente daquela encontrada no trabalho de Porta, realizado há uma década¹². Na meta-análise de Solano⁹, entre 30-92% dos doentes oncológicos e 21-67% dos não-oncológicos apresentavam anorexia no final da vida.

Na série de McCann et al, 97% de doentes terminais não experimentaram qualquer desconforto pelo facto de não se alimentarem⁸.

Por seu turno, no SCP era dada primazia à via subcutânea quando a via oral deixava de ser disponível, quer para a administração de fluidos e/ou de fármacos. De facto, a maioria dos princípios activos necessários para o controlo sintomático de doentes terminais podem ser eficazmente administrados por esta via, frequentemente em conjunto, e se necessário em perfusões contínuas^{14,15}. Esta modalidade terapêutica pode, inclusivamente ser efectuada a doentes no ambulatório, com gestão partilhada entre prestadores de cuidados e profissionais de saúde. O pior controlo da agitação em doentes terminais no SMI encontra correspondência com o menor uso de benzodiazepinas e neurolépticos neste serviço e seguramente à menor satisfação das necessidades psicológicas e espirituais dos doentes.

A gestão dos problemas dos doentes terminais é um desafio para os médicos e enfermeiros responsáveis por estes doentes, obrigando a um trabalho sinérgico em equipa que idealmente deve incluir também outros profissionais como por exemplo psicólogos, assistentes sociais e consultores espirituais. A diferença entre os tempos medianos do último registo médico nas instituições comparadas, vem confirmar que é possível cooperação eficaz entre equipa médica, que avalia e prevê as necessidades dos doentes, antecipando as ordens terapêuticas a serem cumpridas caso se verifique o problema, e o corpo de enfermagem, que normalmente acompanha presencialmente a evolução do doente. O resultado desta actuação por antecipação, orientada pelo médico assistente do doente, evita que o doente seja tratado por médicos que não o conhecem, chamados de *urgência* e permite que ao doente seja administrada terapêutica de acordo com as necessidades que apresenta nas últimas horas de vida e assim ser possível uma morte pacífica. Protocolos institucionais de cuidados integrados demonstraram melhorar o controlo de sintomas nos dois últimos dias de vida dos doentes, com taxas de alívio a rondar os 80%¹⁶.

A atenção dada aos prestadores de cuidados é crucial. O impacto do processo de morte de um doente sobre o seu familiar é grande e repercute-se em todas os aspectos da sua vida, desde a saúde até a finanças. O luto pode ser catalisador de problemas físicos e psicológicos patológicos e famílias enlutadas referem que a existência de boas vias de comunicação é o elemento mais relevante dos cuidados terminais^{8,17}. O respeito pelas preferências religiosas, tradições culturais, pro-

gramação de cuidados e o estabelecimento de formas oficiais de contacto directo são elementos importantes aquando da articulação com a família, ajudando a prevenir lutos patológicos.

CONCLUSÃO

Doentes terminais apresentam, independentemente da natureza do processo mórbido, um leque comum de problemas, que devem ser sistematicamente elencados e abordados com um conjunto de princípios farmacológicos eficazes e o menos invasivos que seja possível. A dificuldade em estabelecer um prognóstico nas situações de doença crónica não-oncológica, tem tido como consequência uma menor aplicação dos cuidados paliativos a este grupo de doentes. No entanto, segundo a definição de 2002, os cuidados paliativos devem ser baseados nas necessidades e não no prognóstico do doente, de forma a garantir um igual acesso de oportunidades de usufruir de conforto no fim de vida e catalisar processos de luto saudáveis.

O aumento crescente de pessoas que morrem nos hospitais, na sequência de doenças crónicas prolongadas deve merecer uma atenção adequada da equipa interdisciplinar de cuidados de saúde de modo a: (1) criar uma metodologia que permita conhecer de forma completa e sistemática os problemas inerentes a estes doentes e (2) partilhar a sua gestão, com adequação e ajuste dos meios terapêuticos disponíveis aos objectivos delineados para cada doente, evitando a obstinação terapêutica e tendo como centro dos cuidados o conforto do doente e sua família.

Tendo como directrizes defender a vida e aceitar a morte como um processo normal que não antecipam nem atrasam, promover a autonomia e a dignidade do doente, melhorando o seu bem-estar e qualidade de vida através de planos terapêuticos individualizados e holísticos que abordem os problemas físicos, psíquicos, sociais e espirituais, incluindo também os cuidadores, os Cuidados Paliativos constituem uma mais valia, devendo existir em todas as instituições de saúde onde há doentes com intenso sofrimento, nomeadamente no hospitais mais diferenciados.

Conflito de interesses:

Os autores declaram não ter nenhum conflito de interesses relativamente ao presente artigo.

Fontes de financiamento:

Não existiram fontes externas de financiamento para a realização deste artigo.

BIBLIOGRAFIA

1. Organização Mundial de Saúde: The Solid Facts: Palliative Care. www.euro.who.int 2004 (Acedido em 12 Março 2008)
2. Organização Mundial de Saúde: National cancer control programmes: policies and managerial guidelines 2nd ed. 2002
3. GOMES B, HIGGINSON I: Where people die (1974-2030): past trends, future projections and implications for care. Palliative Med 2008;22:33-41
4. ELLERSHAW J, FOSTER A, MURPHY D et al: Developing an integrated care pathway for the dying patient. Eur J Palliat Care 1997;4:203-207
5. National Hospice Organization : Guideline for determining prognosis for selected non-cancer diagnosis; 2ª edição; USA. 1996 (acedido em www.guideline.gov em Abril 2006)
6. ANDERSON F, DOWNING GM, CASORSO L, LERCH N: Palliative Performance Scale: a new tool. J Palliat Care 1996;12(1):5-11
7. BARTLETT J., GALLANT J: Medical management of HIV infection. Johns Hopkins Med Health Publis group 2004
8. PLONK W, ARNOLD R: Terminal care: the last weeks of life. J Palliat Med 2005;8(5):1042-53
9. SOLANO J, GOMES B, HIGGINSON I: A Comparison of symptom prevalence in far advanced cancer, AIDS, heart failure, COPD and renal disease. J Pain Symptom Manage 2006;31(1):58-69
10. KITE S, JONES K, TOOKMAN A: Specialist palliative care and patients with noncancer diagnoses: the experience of a service. Palliative Med 1999;13:477-484
11. WALKE LM, BYERS AL, MCCORKLE R, FRIED TR: Symptom assessment in community-dwelling older adults with advanced chronic disease. J Pain Symptom Manage 2006;31(1):31-7
12. PORTA J, PALOMAR C, NABAL M, NAUDÍ C: Ultima semana de vida en un hospital general. Medicina Paliativa 1995;2(2):34-43
13. Organização Mundial de Saúde: Alívio da Dor oncológica. Geneve 1986
14. GALVÃO C: Utilização da via subcutânea no doente idoso e terminal. Postgrad Med 2005;23(2):97-107
15. ARDIZ M, BRUERA E: Hidratación en Cuidados Paliativos: cuándo, cómo, por qué. Med Pal 2007;14(2):104-120
16. ELLERSHAW J, SMITH C, OVERILL S et al: Care of the Dying: setting standards for symptom control in the last 48 hours of life. J Pain Symptom Manage 2001;21(1):12-7
17. HEYLAND D, GROLL D, ROCKER G et al: End-of-Life care in acute care hospitals in Canada: a quality finish? J Palliate Care 2005;21(3):142-150