

# PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES ONCOLÓGICOS EM CUIDADOS PALIATIVOS: UM ESTUDO RETROSPECTIVO

CLINICAL-EPIDEMIOLOGICAL PROFILE OF CANCER PATIENTS IN PALLIATIVE CARE: A RETROSPECTIVE STUDY

Isabela Fernandes Araújo, Bianca Rocha de Aguiar, Gabriel Firmino Ferreira, Alexandra Mendes Barreto Arantes

DOI - 10.5935/2236-5117.2021v58a26

## RESUMO

**Objetivo:** Delinear perfil clínico-epidemiológico de pacientes oncológicos encaminhados a Cuidados Paliativos (CP).

**Método:** Estudo retrospectivo, transversal, descritivo, de cunho quantitativo, que inclui 168 indivíduos com diagnóstico de tumor sólido atendidos em serviço público especializado em CP entre janeiro e dezembro de 2018.

**Resultados:** A idade média foi 65,34 anos, e 50,6% eram do sexo feminino (n=85). A escolaridade de 70,2% dos indivíduos foi ensino fundamental ou menos. Quase metade (48,9%) eram aposentados ou beneficiários. Houve predomínio de religiões cristãs (47,8% católicos e 32,1% evangélicos). Os principais motivos do encaminhamento para CP foram controle de sintomas (45,2%) e progressão de doença (31,5%). O tempo de atraso de encaminhamento foi 2 anos e 8 meses. À admissão, os tumores mais prevalentes foram de próstata (17,4%) e mama (17,4%); 69% dos pacientes apresentavam metástase e 81,9%, dor. Durante cuidados, 55,6% dos pacientes tiveram controle total de sintomas, 32,2% controle parcial e 44,6% evoluíram a óbito, em média, após 12 meses. Destes, 72% faleceram na enfermaria de CP, e 77,1% não receberam medidas invasivas nos últimos 30 dias de vida.

**Conclusão:** O perfil predominante de pacientes encaminhados a CP por câncer corresponde a idosos de ambos os sexos, cristãos e com baixa escolaridade. A maioria dos pacientes evoluiu com controle de sintomas, principalmente a dor, e não foi submetida a medidas invasivas em fim de vida.

**Palavras-chave:** Epidemiologia. Neoplasias. Metástase Neoplásica. Cuidados Paliativos. Cuidados Paliativos na Terminalidade da Vida

## ABSTRACT

**Objective:** Outline clinical-epidemiological profile of cancer patients referred for Palliative Care (PC).

**Method:** It's a retrospective, cross-sectional, descriptive, quantitative study that includes 168 individuals with

**Isabela Fernandes Araújo** – Escola Superior de Ciências da Saúde, Medicina, Brasília - DF, Brasil.

**Bianca Rocha de Aguiar** – Escola Superior de Ciências da Saúde, Medicina, Brasília - DF, Brasil.

**Gabriel Firmino Ferreira** – Escola Superior de Ciências da Saúde, Medicina, Brasília - DF, Brasil.

**Alexandra Mendes Barreto Arantes** – Hospital de Apoio de Brasília, Brasília, Brasília - DF, Brasil.



**Correspondência:** Isabela Fernandes Araújo. Área AENW 3 Lote A, Setor Noroeste, Brasília - DF, Brasil. CEP: 70684-831

**Internet:** isabela.fa16@gmail.com



**Conflito de interesses:** não existem conflitos de interesse.

*diagnosis of solid tumor, attended at a public service specialized in PC between January and December 2018.*

**Result:** The mean age was 65.34 years, and 50.6% were female (n=85). The schooling of 70.2% of the individuals was elementary school or less. Almost half (48.9%) were retired or beneficiaries. There was a predominance of Christian religions (47.8% Catholic and 32.1% Evangelical). The main reasons for referral to PC were symptom control (45.2%) and disease progression (31.5%). The forwarding lag time was 2 years and 8 months. Upon admission, the most prevalent tumors were prostate (17.4%) and breast (17.4%); 69% of patients had metastasis and 81.9%, pain. During care, 55.6% of the patients had total control of symptoms, 32.2% partial control and 44.6% died, average, after 12 months. Of these, 72% died in the PC infirmary, and 77.1% did not receive invasive measures in the last 30 days of life.

**Conclusion:** The predominant profile of patients referred to PC for cancer corresponds to elderly people of both sexes, Christians and with low education. Most patients evolved with symptom control, especially pain, and were not submitted to invasive end-of-life measures.

**Keywords:** Epidemiology. Neoplasms. Neoplasm Metastasis. Palliative Care. Hospice Care



## INTRODUÇÃO

O câncer é uma doença grave ameaçadora à vida, considerada a segunda causa de morte globalmente em 2017, com incidência de 24,5 milhões/ano e mortalidade de 9,6 milhões/ano no mundo, havendo variações demográficas regionais<sup>1,2,3</sup>. Para uma parcela de pessoas com o diagnóstico de neoplasia, há abreviação de vida a despeito do avanço tecnológico das terapias modificadoras de doença, o que implica em importante sofrimento físico, psicoemocional, espiritual, familiar e social a pacientes e familiares<sup>1,4</sup>.

Os cuidados paliativos (CP), na perspectiva oncológica, constituem uma abordagem interdisciplinar multifacetada que visa prevenção e alívio do sofrimento e melhora da qualidade de vida<sup>4,5</sup>. Idealmente ocorre de início ao diagnóstico de doença grave e até o fim de vida, seguida de acompanhamento no luto de familiares, sendo possível concomitante a outras terapias no início da evolução da doença<sup>1,5,6,7,8,9</sup>. Um caminho traçado recentemente é a integração dos cuidados paliativos à oncologia com objetivo de uma intervenção holística<sup>10</sup>. A despeito da orientação e evidências recentes de benefício, múltiplos estudos expressam dificuldade de cuidados paliativos precoces nos serviços de saúde, ainda comumente limitado a cuidados de fim de vida<sup>6,11</sup>.

No Brasil, dados epidemiológicos relativos a serviços de saúde voltados para CP são escassos. Os estudos revelam a prevalência de indivíduos acima dos 60 anos de idade, e de cânceres relacionados ao sexo feminino, como mama e colo de útero, justificado pelos programas de rastreamento e detecção precoce em vigência no país; esse padrão parece ser típico de países em desenvolvimento, enquanto os desenvolvidos não mostram predominância entre os sexos em seus estudos<sup>12,13,14</sup>. Entretanto, a maioria desses estudos nacionais sobre o tema inclui pacientes já em acompanhamento pelo serviço especializado, e não abordam as circunstâncias de seu encaminhamento. Por essa razão, não é claro o perfil dos pacientes oncológicos que, hoje, são considerados elegíveis ao cuidado continuado paliativo pelos médicos que os assistem.

O estudo do perfil epidemiológico em saúde proporciona um entendimento das principais características da população avaliada e uma personalização, por meio da gestão pública, dos instrumentos de saúde ofertados, de maneira que as necessidades básicas sejam supridas sem carências ou excessos<sup>15</sup>. Determinantes e resultados do processo saúde-doença dos grupos sociais configuram esse perfil epidemiológico. Seu delineamento constante

e atualizado é necessário para que haja adequação dos programas de saúde ao grupo avaliado. Assim, obtém-se uma melhora significativa na qualidade do atendimento e uma maior satisfação por parte da comunidade envolvida. Também identifica as necessidades e propõe soluções para os problemas, direcionando assim as ações de saúde para dificuldades evidenciadas<sup>15,16,17</sup>.

Conhecer a população é fundamental para definir estratégias de gestão e planos terapêuticos individuais, com adequação de protocolos de cuidado de acordo com grupos e perfis populacionais específicos<sup>17</sup>. Portanto, identificar o perfil clínico-epidemiológico dos pacientes oncológicos encaminhados a serviços especializados em CP contribui para definição de critérios para encaminhamento precoce e organização dos serviços de saúde, visando prevenção e controle de sintomas, além de propulsionar a qualidade de vida desses indivíduos.

O presente estudo objetiva delinear o perfil clínico-epidemiológico de pacientes com diagnóstico de tumor sólido, metastático ou não, encaminhados à serviço especializado em CP.

## MÉTODO

Estudo retrospectivo, transversal, descritivo, de cunho quantitativo. A amostra é composta por indivíduos com diagnóstico de tumor sólido, metastático ou não, atendidos ambulatorialmente em serviço especializado público em CP, Hospital de Apoio de Brasília (HAB), no período entre janeiro a dezembro de 2018.

Os critérios de inclusão foram: maioridade civil; diagnóstico de tumor sólido, metastático ou não; acompanhamento na unidade de CP do HAB. Os critérios de exclusão foram pacientes com prontuários incompletos ou que não atenderam aos critérios de inclusão.

Os dados foram obtidos por dados secundários de prontuários eletrônicos. Os parâmetros considerados foram: idade, gênero, tipo de câncer, unidade de saúde onde foi realizado o diagnóstico, data do diagnóstico, sintomas ao momento do diagnóstico, motivo do encaminhamento aos CP, local e data da primeira consulta em CP, sintomas ao momento da primeira consulta em CP, tempo entre primeira consulta em CP e óbito (caso pertinente). Os tumores primários foram categorizados segundo o Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA)<sup>18</sup>. As atividades laborais foram analisadas de acordo com a Classificação Brasileira de Ocupações, instituída pelo Ministério do Trabalho em 2002, por meio da portaria nº 397<sup>19</sup>.

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde, com CAAE 15549019.6.0000.5553. Houve dispensação de termo de consentimento livre e esclarecido por se tratar de dados secundários.

Os dados foram avaliados por programa *Statistical Package for Social Science (SPSS)*, versão 22.0. Os dados foram analisados descritivamente utilizando medidas de tendência central (média e mediana) e de variabilidade (desvio padrão e amplitude interquartil [percentis 25% e 75%]) para dados numéricos contínuos e medidas de frequência absoluta e percentagem para dados categóricos.

## RESULTADOS

Dos 261 participantes elegíveis, 93 preenchiam critérios de exclusão, resultando em amostra final de 168 indivíduos. Do total, 50,6% eram do sexo feminino (n=85). A idade variou de 32 a 96 anos, com média de 65,34 anos ( $\pm 13,77$ ) e mediana de 67,50 [56;75].

Na análise da escolaridade, 31,3% (n=42) dos indivíduos não tinham escolaridade formal, 38,9% (n=52) estudaram até ensino fundamental, 20,2% (n=27) até ensino médio e 9,7% (n=10) tinham nível superior; apenas um paciente possuía doutorado.

Quase metade da amostra (48,9%) era composta por indivíduos aposentados ou beneficiários. Dos indivíduos que trabalhavam, 49,3% (n=35) da amostra integravam serviços e comércio, 12,7% (n=9) eram profissionais técnicos de nível médio, 12,7% (n=9) eram profissionais da agropecuária, 8,5% (n=6) relacionados a manutenção e reparo, 7% (n=5) eram profissionais das ciências e das artes, 5,6% (n=4) de serviços administrativos e 4,2% (n=3) eram funcionários do poder público ou empresários. A respeito da religiosidade, houve predomínio de religiões cristãs, com 47,8% (n=64) de católicos e 32,1% (n=43) de evangélicos, e 6,7% (n=9) de espíritas. Ademais, 3,7% (n=5) dos indivíduos referiam mais de uma religião, e 9,7% (n=13) não tinham religião.

Quanto à residência dos pacientes, 77,0% (n=117) residem no Distrito Federal (DF), região em que se localiza o HAB; 14,5% (n=22) procediam de cidades do entorno do DF, enquanto 8,6% (n=13) residiam em outros estados do país. Os serviços de saúde que encaminharam os pacientes aos CP foram majoritariamente públicos (97,5%, n=155), sendo 76,3% (n=119) localizados no DF, 23,1% (n=36) no entorno e 0,6% (n=1) oriundos de outros estados.

As principais especialidades médicas que encaminharam os pacientes foram Oncologia (65,6%, n=103), Clínica Médica (9,6%, n=15) e outros serviços de CP (4,5%, n=7) (Figura 1).

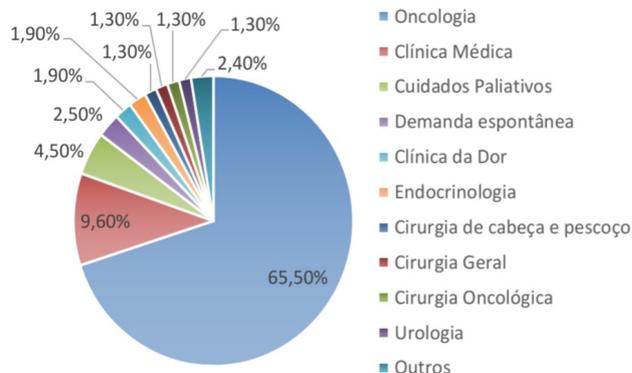


Figura 1. Especialidades médicas que encaminharam pacientes ao serviço de Cuidados Paliativos.

Do total dos pacientes em acompanhamento em CP, o principal motivo para encaminhamento aos CP foi otimização de controle de sintomas (45,2%, n=76), seguido de progressão de doença (31,5%, n=53) (Figura 2). Os tumores primários mais comuns na população foram o câncer de próstata (17,4%, n=29) e câncer de mama (17,4%, n=29) (Tabela 1). O tempo médio entre diagnóstico de tumor primário e admissão nos CP foi de 126,18 semanas (aproximadamente 2 anos e 8 meses), com mediana de 56 semanas [13;192]. Desses, 69% (n=116) tinham diagnóstico de metástase à admissão nos CP. Os sítios mais comuns de metástase foram os ossos (51,7%, n=60), fígado (31,0%, n=36), pulmão (27,6%, n=32) e linfonodos (20,7%, n=24). Os principais sintomas à admissão foram dor (81,9%, n=136), constipação (31,3%, n=52) e náuseas e vômitos (34,9%, n=48) (Figura 3).

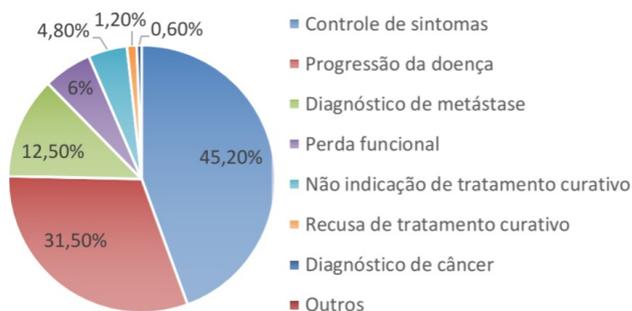


Figura 2. Motivo de encaminhamento aos Cuidados Paliativos.

A maioria dos pacientes (77,8%, n=130) foi admitido no ambulatório, enquanto 22,2% (n=37) foi admitido para internação. O tempo de acompanhamento médio em CP foi de 129,20 semanas ( $\pm 67,11$ ). Durante cuidados, 55,6% (n=50) dos pacientes tiveram controle

**Tabela 1. Sítio do tumor primário de pacientes em acompanhamento nos Cuidados Paliativos.**

| Sítio tumor primário    | n (%)     |
|-------------------------|-----------|
| Próstata                | 29 (17,4) |
| Mama                    | 29 (17,4) |
| Colorretal              | 18 (10,8) |
| Pulmão                  | 12 (7,2)  |
| Estômago                | 11 (6,6)  |
| Cavidade oral           | 8 (4,8)   |
| Colo de útero           | 7 (4,2)   |
| Esôfago                 | 6 (3,6)   |
| Pele                    | 5 (3,0)   |
| Tireoide                | 4 (2,4)   |
| Sistema Nervoso Central | 4 (2,4)   |
| Rim                     | 4 (2,4)   |
| Sítio indeterminado     | 2 (1,2)   |
| Outros                  | 28 (16,8) |



**Figura 3.** Sintomas à admissão em serviço de Cuidados Paliativos.

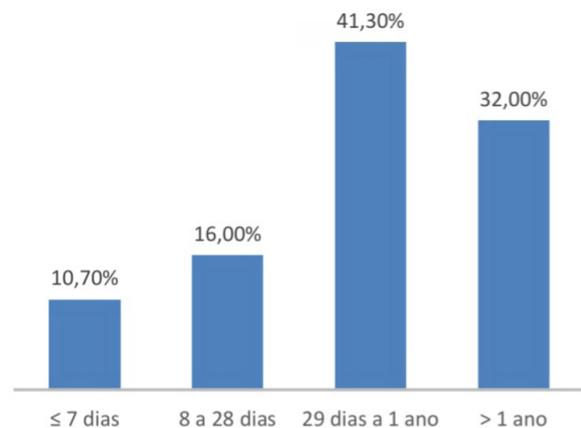
de sintomas, 32,2% (n=29) tiveram controle parcial dos sintomas e 12,2% (n=11) não obtiveram controle dos sintomas. A *Palliative Performance Scale* (PPS) da admissão nos CP teve média de 56,77 ( $\pm$  18,44) e mediana de 60. Com a evolução, o PPS da última consulta dos pacientes que não evoluíram a óbito teve média de 56,51 ( $\pm$ 16,85) e mediana de 60.

Da população, 44,6% (n=75) evoluíram a óbito. O local de óbito preferencial foi a enfermaria de CP (72%, n=54). Do total, 71,8% (n=51) procuraram serviços de emergência nos últimos 30 dias de vida, com variação de 1 a 4 vezes e média de 1,5 vezes. Em relação a medidas invasivas nos últimos 30 dias de vida, 77,1% (n=54) dos pacientes não as receberam (Tabela 2). De 74 pacientes, 41,9% receberam antibioticoterapia nos últimos 30 dias de vida, sendo 77,4% via endovenosa, 16,1% via

oral e 6,5% via endovenosa e oral. O tempo médio entre admissão nos CP e óbito foi de 46,49 semanas, com mediana de 20 semanas (Figura 4).

**Tabela 2. Análise descritiva de circunstâncias de óbito de pacientes em Cuidados Paliativos.**

| Variáveis de Óbito                                   | Total | n (%)     |
|--|-------|-----------|
| <b>Óbito</b>   | 75    | -         |
| <b>Local do óbito</b>                                | 75    | -         |
| Enfermaria Cuidados Paliativos                       |       | 54 (72,0) |
| Enfermaria hospitalar                                |       | 12 (16,0) |
| Emergência hospitalar                                |       | 5 (6,7)   |
| Domicílio  |       | 2 (2,7)   |
| Unidade de Terapia Intensiva                         |       | 1 (1,3)   |
| <b>Ida à Emergência nos últimos 30 dias de vida</b>  | 71    | -         |
| Não  |       | 20 (28,2) |
| Sim  |       | 51 (71,2) |
| <b>Medidas invasivas nos últimos 30 dias de vida</b> | 70    | -         |
| Não  |       | 54 (77,1) |
| Sim  |       | 16 (22,9) |
| <b>Tipo de medida invasiva</b>                       | 16    | -         |
| Sondas   |       | 9 (56,2)  |
| Exames laboratoriais diários                         |       | 6 (37,5)  |
| Exames invasivos                                     |       | 5 (31,2)  |
| Ventilação mecânica                                  |       | 4 (25,0)  |
| Gasometria arterial                                  |       | 3 (18,7)  |
| Monitorização hemodinâmica                           |       | 3 (18,7)  |
| Ressuscitação cardiopulmonar                         |       | 2 (12,5)  |
| Drogas vasoativas                                    |       | 2 (12,5)  |
| Acesso venoso central                                |       | 2 (12,5)  |
| Traqueostomia  |       | 1 (6,25)  |
| Laparotomia exploradora                              |       | 1 (6,25)  |



**Figura 4.** Intervalo de tempo entre admissão nos Cuidados Paliativos e óbito.

## DISCUSSÃO

Uma revisão sistemática estadunidense evidenciou perfil epidemiológico predominante com média de idade de 64,3 anos e predomínio por sexo masculino<sup>1</sup>. Neste estudo, observa-se semelhante média de idade, mas discreta proporção maior de pacientes do sexo feminino. A análise da escolaridade neste estudo demonstra tendência a um baixo grau de instrução da população, considerando que quase um terço não tinha estudo formal, à luz de um recorte socioeconômico menos privilegiado. Nesse sentido, observa-se que quase metade da amostra consiste em indivíduos aposentados ou beneficiários. É importante considerar ainda a distância da residência ao hospital de referência em CP, o que pode ser um fator dificultador do acesso ao serviço de saúde. A maioria reside no DF, mas ainda 14,5% em regiões do entorno. A *American Society of Clinical Oncology* (ASCO) sensibiliza os profissionais de saúde para o esforço em minimizar as iniquidades sociais nos serviços de saúde e manter condutas de equidade para as populações vulneráveis<sup>20</sup>.

Considerando o cuidado holístico, o conhecimento da dimensão espiritual dos pacientes em CP é fundamental para propostas de terapia que possibilitem alívio do sofrimento espiritual<sup>21</sup>. A espiritualidade concerne à contemplação de questões sobre vida e transcendente, instrumentalizada ou não pela religiosidade. A religião, por sua vez, consiste em sistema de crenças e simbolismos<sup>21</sup>. O Brasil é um país de pluralidade religiosa, com predomínio de matriz cristã. No último Censo Demográfico Brasileiro, 65% da população era católica, 22,4% evangélica, 2% espírita e 8% se declaram sem religião<sup>22</sup>. A proporção cristã se assemelha à encontrada neste estudo, contudo observa-se maior proporção de pacientes sem religião e espíritas.

Em estimativa mundial recente, para a população geral, o câncer de pulmão tem maior incidência (2,1 milhões), seguido por câncer de mama (2,1 milhões), cólon e reto (1,8 milhão) e próstata (1,3 milhão)<sup>18</sup>. No âmbito de CP, os tipos de tumor primários mais comuns são câncer de pulmão em homens e câncer de mama em mulheres<sup>4</sup>. Em nosso estudo, houve predomínio de câncer de próstata e câncer de mama, sendo o câncer de pulmão o quarto mais comum. A respeito de metástases, observa-se que 69% dos pacientes do estudo tinham metástase à admissão. A importância deste dado é a ampliação do conceito de CP e critérios de encaminhamento, com tendência à mudança de paradigma de CP como cuidado longitudinal desde o diagnóstico de doença

grave ameaçadora à vida, não restrita a cuidados de fim de vida. A ASCO recomenda que pacientes com câncer avançado devem ser acompanhados por equipe de CP interdisciplinar, idealmente ao início da doença<sup>20</sup>. Considera-se como critérios sintomas físicos ou emocionais, desejo por abreviação da vida, sofrimento espiritual, assistência no planejamento de cuidados, solicitação do paciente para CP, sintomas neurológicos, metástases para sistema nervoso central, progressão da doença, sobrevida média de 1 ano<sup>20</sup>.

O encaminhamento aos CP foi principalmente realizado por Oncologia Clínica neste estudo, sendo o principal motivo para encaminhamento o controle de sintomas. O principal sintoma identificado na primeira consulta foi dor, seguido de constipação, náuseas e vômitos. Os pacientes foram admitidos preferencialmente em âmbito ambulatorial, o que pode significar maior estabilidade à indicação.

Em linhas gerais, os CP proporcionam melhor controle de sintomas, qualidade de vida, satisfação por pacientes e familiares e, apesar de não ser o foco, impacto na sobrevida de pacientes com câncer avançado<sup>23</sup>. O PPS, além de sua importância na evolução dos pacientes, pode ser uma ferramenta prognóstica útil<sup>24</sup>. Na população estudada, o PPS da primeira consulta teve média de 56,7%, mantendo a média de 56,5% ao longo da evolução. Ou seja, a despeito da progressão da doença com o tempo, os pacientes mantinham a performance média inicial. Em soma, a maioria dos pacientes teve controle pleno ou parcial dos sintomas durante acompanhamento, fatores que influenciam a qualidade de vida. Na literatura, o PPS na primeira consulta de CP acima de 50% foi de 52,7%; entre 30 a 40% foi de 41,3% e abaixo de 20% era de 6%<sup>25</sup>. Quando em CP, há menor chance de hospitalização em 33% dos casos e de procedimentos invasivos em 58% dos casos<sup>23</sup>. Em um estudo com 609 pacientes com câncer avançado em fim de vida, 66,3% foram hospitalizados uma vez, 23% duas vezes e 5,7% mais de três vezes<sup>25</sup>. Neste estudo, ainda se observam índices elevados de procura a serviços de emergência. Contudo, outros estudos ainda evidenciam que não há diferença a respeito de ida a serviços de emergências e tempo de internação hospitalar em enfermaria ou unidade de terapia intensiva (UTI)<sup>23</sup>. No final de vida, sintomas podem se intensificar e necessitar de ajuste medicamentoso em contexto de emergência; todavia, não há serviço de pronto atendimento no HAB. Deste modo, a porta de entrada à rede de saúde para os pacientes oncológicos é o pronto-socorro de hospitais regionais do DF, de onde, posteriormente, são



encaminhados à enfermaria do HAB. Alguns estudos não identificaram diferença notória nos locais de morte em pacientes que estavam em cuidados paliativos precoces comparado a grupos controles<sup>4,26,27,28</sup>. A exemplo, um estudo de 2015 encontrou que 54% tinham óbito domiciliar no grupo de cuidados paliativos precoces comparado a 47% no grupo controle<sup>4,27</sup>. As melhorias na qualidade da assistência para o óbito domiciliar parece ser uma meta em países como os Estados Unidos da América (EUA), que possui excelente cobertura de CP, e só conseguiu que o número de óbitos domiciliares ultrapassasse o hospitalar em 2017<sup>29</sup>. A proporção de óbito domiciliar na população estudada é ínfima, o que pode se relacionar a obstáculos culturais e psicossociais do processo de morrer, além de não haver estrutura organizacional no serviço público de saúde para prover o óbito domiciliar com qualidade àqueles pacientes do DF, à exceção dos que estão em acompanhamento pelo Núcleo Regional de Atenção Domiciliar (NRAD) com abordagem paliativa.

Atualmente, há discussão ampla na literatura sobre uso de antibióticos para pacientes em fim de vida, a respeito de questões bioéticas de indicação e suspensão da terapia. A complexidade se pauta na proporção de efeitos adversos, como uso de dispositivos invasivos, indução de resistência bacteriana, sofrimento relativo aos efeitos colaterais. Em soma aos potenciais benefícios, alívio dos sintomas, principalmente urinários. Considera-se ainda a possibilidade de prolongamento de vida<sup>30</sup>. Neste estudo, identificou-se que 41,9% dos pacientes em CP receberam antibioticoterapia nos últimos 30 dias de vida, sendo a via endovenosa a preferencial, percentual menor comparado a outro estudo de 2012, que evidenciou que 86,9% dos 145 pacientes em CP oncológicos receberam antimicrobianos<sup>31</sup>. Uma revisão da literatura sobre antimicrobiano em CP sugere que o estado geral, status de desempenho e decisão de paciente e familiares são questões relevantes na tomada de decisão pela terapia. O mesmo estudo sugere que uso de antibiótico não pode ser considerado tratamento sustentador de vida por não ser possível estimar chance de cura ou de óbito em decorrência do uso. Ainda assim, deve-se considerar desejo do paciente e familiares, dor descontrolada, diagnóstico criterioso de infecção, status funcional do paciente<sup>30</sup>. Em suma, individualizar a conduta é desejável<sup>30</sup>.

Na população estudada, a maioria dos pacientes não foi submetida a medidas invasivas nos últimos 30 dias de vida. Em paralelo, três estudos de uma revisão sistemática encontraram menos terapias agressivas em fim de vida<sup>15,16,17</sup>. Fato corroborado por estudo canadense com pacientes com diagnóstico de neoplasia gastrointestinal,

em que se evidenciou que 74% da amostra teve acesso a cuidados paliativos, com fim de vida menos agressivo, dado proporcional à intensidade de consultas na especialidade<sup>5</sup>. Outro estudo com pacientes com câncer de pâncreas identificou, além de medidas menos agressivas no fim de vida, menor uso de quimioterapia e menor índice de hospitalizações inclusive em UTI<sup>23</sup>. Pode-se associar esses desfechos com discussões sobre fim de vida e prognóstico, valorização da autonomia do paciente e decisões compartilhadas sobre tratamento<sup>10</sup>.

## CONCLUSÃO

Os aspectos epidemiológicos da população estudada corroboram o padrão da literatura médica de predomínio de indivíduos idosos encaminhados aos serviços de CP. O sexo destes parece variar entre os estudos, e observa-se que a prevalência de neoplasias se relaciona com esse dado, já que tumores mais comuns em cada gênero, como o de mama em mulheres e o de próstata em homens, se sobressai conforme o perfil da amostra. Os aspectos ocupacionais, religiosos e de escolaridade refletem a realidade da população brasileira em geral.

A prevalência de sintomas importantes no momento da admissão dos pacientes incluídos na pesquisa, em especial a dor, que permeia o quadro de quase 90% deles, suscita a reflexão quanto à qualidade da assistência ofertada aos pacientes oncológicos. Sabe-se que há um atraso significativo no encaminhamento desses indivíduos a serviços de CP, mas a responsabilidade e a habilidade de controlar sintomas deveria ser uma prática inerente à atividade médica, e não uma competência exclusiva dos CP. Em paralelo a isso, a mediana do PPS dos pacientes avaliados ao longo do acompanhamento no serviço revela a potencialidade dos CP em propiciar melhoria da autonomia e da qualidade de vida em um contexto de diagnóstico neoplásico.

Por fim, observa-se uma tendência de aumento da procura de serviços de emergência por parte dos pacientes em fim de vida; entretanto, a maioria deles parece ter o planejamento avançado de limitação terapêutica respeitado e não submetido a medidas e procedimentos sustentadores de vida. Em contrapartida a esse fato, o uso de antibióticos nesse período foi muito prevalente, e discute-se a real indicação e necessidade de tal terapêutica no contexto de fim de vida.

## REFERÊNCIAS

1. Fulton JJ, Leblanc TW, Cutson TM, Starr KNP, Kamal A, Ramos K, et al. Integrated outpatient palliative care for patients with advanced cancer: a systematic review and meta-analysis. *Palliat Med.* 2019 Feb;33(2):123-34.

2. Global Burden of Disease Cancer Collaboration. Global, regional, and national cancer incidence, mortality, years of life lost, years lived with disability, and disability-adjusted life-years for 29 cancer groups, 1990 to 2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease study. *JAMA Oncol.* 2018 Nov 1;4(11):1553-68.
3. Global Burden of Disease Cancer Collaboration. The Global Burden of Cancer 2013. *JAMA Oncol.* 2015 Jul;1(4):505-27. Errata em: *JAMA Oncol.* 2015 Aug;1(5):690.
4. Haun MW, Estel S, Rücker G, Friederich HC, Villalobos M, Thomas M, et al. Early palliative care for adults with advanced cancer. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017 June 12;6(6):CD011129.
5. Schlick CJR, Bentrem DJ. Timing of palliative care: when to call for a palliative care consult. *J Surg Oncol.* 2019 July;120(1):30-4.
6. Reis-Pina P, Santos RG. Early referral to palliative care: the rationing of timely health care for cancer patients. *Acta Med Port.* 2019 Aug 1;32(7-8):475-6.
7. Okon TR, Christensen A. Overview of comprehensive patient assessment in palliative care. UpToDate. Waltham (MA): WoltersKluwer Health. Jun 2020
8. Academia Nacional de Cuidados Paliativos. Manual de cuidados paliativos ANCP: ampliado e atualizado. 2a ed. São Paulo: ANCP, 2012.
9. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Cuidado Paliativo. São Paulo: CREMESP, 2008.
10. Oliver D. Improving patient outcomes through palliative care integration in other specialised health services: what we have learned so far and how can we improve? *Ann Palliat Med.* 2018 Oct;7(Suppl 3):S219-30.
11. Philip J, Collins A. Defining 'transition points' in the illness course as standardised times to integrate palliative care. *Prog Palliat Care.* 2019. Jul 8];28(1):1-3.
12. Bastos BR, Pereira AKDS, Castro CCD, Carvalho MMCD. Perfil sociodemográfico dos pacientes em cuidados paliativos em um hospital de referência em oncologia do estado do Pará, Brasil. *Rev Panamazonica Saude.* 2018. Jul 8];9(2):31-36.
13. Oliveira A, Ribeiro S, Silva M, Vidal S, Lopes L. Profile of hospitalizations in palliative care: a tool for management. *J Nurs UFPE online., Recife,* 12(8):2082-8, Aug., 2018.
14. Castôr KS, Moura ECR, Pereira EC, Alves DC, Ribeiro TS, Leal PDC. Palliative care: epidemiological profile with a biopsychosocial look on oncological patients. *BrJP,* 2(1), 49-54.
15. Marques RC, Silva D. As parcerias público-privadas em Portugal: lições e recomendações. *Lições e Recomendações. Tékhne, Barcelos,* n. 10, p. 33-50, dez. 2008.
16. Derlet RW, Richards JR. Overcrowding in the nation's emergency departments: complex causes and disturbing effects. *Ann Emerg Med.* 2000 Jan;35(1):63-8.
17. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. To err is human: building a safer health system. National Academy Press; 2000.
18. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (BR). Estimativa 2020: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2020.
19. Ministério do Trabalho e Emprego (BR), Secretaria de Políticas Públicas de Emprego. Classificação Brasileira de Ocupações: CBO - 2010. 3a ed. Brasília: MTE, 2010.
20. Ferrell BR, Temel JS, Temin S, Alesi ER, Balboni TA, Basch EM, et al. Integration of palliative care into standard oncology care: american society of clinical oncology clinical practice guideline update. *J Clin Oncol.* 2017 Jan;35(1):96-112.
21. Evangelista CB, Lopes ME, Costa SF, Batista PS, Batista JB, Oliveira AM. Palliative care and spirituality: an integrative literature review. *Rev Bras Enferm.* 2016 Jun;69(3):591-601.
22. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (BR). Censo demográfico 2010: características gerais da população, religião e pessoas com deficiência. Rio de Janeiro: IBGE, 2012.
23. Akgün KM. Palliative and End-of-Life Care for Patients with Malignancy. *Clin Chest Med.* 2017 Jun;38(2):363-376.
24. Kalpakidou AK, Todd C, Keeley V, Griffiths J, Spencer K, Vickerstaff V, et al. The prognosis in palliative care study II (PiPS2): study protocol for a multi-centre, prospective, observational, cohort study. *BMC Palliat Care.* 2018 Nov 3;17(1):121. Corrigido e republicado de: *BMC Palliat Care.* 2018 Aug 13;17(1):101.
25. Lee YJ, Yang JH, Lee JW, Yoon J, Nah JR, Choi WS, et al. Association between the duration of palliative care service and survival in terminal cancer patients. *Support Care Cancer.* 2015 Apr;23(4):1057-62.
26. Tattersall MHN, Martin A, Devine R, Ryan J, Jansen J, Hastings L, Boyer M, et al. Early contact with palliative care services: a randomized trial in patients with newly detected incurable metastatic cancer. *J Palliat Care Med.* 2014;4(1):170.
27. Bakitas MA, Tosteson TD, Li Z, Lyons KD, Hull JG, Li Z, Dionne-Odom JN, et al. Early versus delayed initiation of concurrent palliative oncology care: patient outcomes in the ENABLE III randomized controlled trial. *J Clin Oncol.* 2015 May 1;33(13):1438-45.
28. Early Palliative Care Italian Study Group (EPCISG). Systematic versus on-demand early palliative care: a randomised clinical trial assessing quality of care and treatment aggressiveness near the end of life. *Eur J Cancer.* 2017 Feb;72:272-3. Errata em: *Eur J Cancer.* 2016 Dec;69:110- 8.
29. Cross SH, Warraich HJ. Changes in the Place of Death in the United States. *N Engl J Med.* 2019 Dec 12;381(24):2369-70.
30. Macedo F, Nunes C, Ladeira K, Pinho F, Saraiva N, Bonito N, et al. Antimicrobial therapy in palliative care: an overview. *Support Care Cancer.* 2018 May;26(5):1361-1367.
31. Thompson AJ, Silveira MJ, Vitale CA, Malani PN. Antimicrobial use at the end of life among hospitalized patients with advanced cancer. *Am J Hosp Palliat Care.* 2012 Dec;29(8):599-603.