

Perfil clínico-epidemiológico dos pacientes em cuidados paliativos atendidos em um serviço de urgência geral

Ana Claudia Crispiniano Siqueira Torquato¹, Lucas Pedro Crispiniano dos Santos Torquato²,
Thais Oliveira Claizoni dos Santos³

RESUMO

Os pacientes em cuidados paliativos procuram o pronto-socorro para alívio imediato da dor ou de outros sintomas físicos. Os profissionais que atuam em serviços de urgência são treinados para prestar cuidados focados no tratamento direcionado a doenças agudas, mas podem fornecer intervenções paliativas para gerenciar as exacerbações de doenças crônicas ou os cuidados próximos ao fim da vida. Conhecer o perfil dos pacientes em cuidados paliativos atendidos em serviço de urgência e emergência é imprescindível para implementação de medidas que melhorem a qualidade do atendimento deste grupo de pacientes e otimizem o serviço prestado. O objetivo do estudo é descrever o perfil clínico-epidemiológico dos pacientes em cuidados paliativos atendidos no pronto-socorro. Foi realizado um estudo transversal, observacional e retrospectivo, de pacientes adultos de ambos os sexos, em cuidados paliativos atendidos em uma unidade de pronto atendimento – UPA, num período de dez meses. O estudo teve aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa. Foram analisados 83 pacientes com média de idade de 78,5 ($\pm 14,3$) anos. Houve predominância do sexo feminino (61,4%). A maioria era procedente do domicílio (87,9%). Havia a presença de cuidador em 91,57% dos casos, predominando o cuidador familiar não-remunerado (76,3%). Sobre atendimento prévio, 44,58% haviam procurado o pronto-socorro no último mês. Quanto à doença de base, 31,3% era oncológica e 68,6% não-oncológica. O câncer de próstata representou a principal causa oncológica (30,7%), seguido de neoplasia hepática e das vias biliares (15,4%). Nos casos não-oncológicos, foi mais frequente a síndrome de fragilidade (42,10%) e sequela grave de acidente vascular cerebral (17,5%). O principal sintoma foi a dispneia em 38 pacientes (45,7%). A dor e a dispneia foram mais frequentes nos casos oncológicos (34,6% e 23,0%, respectivamente), seguidos de dispneia e *delirium* nos casos não-oncológicos (56,1% e 28,0%, respectivamente). No presente estudo, predominou a faixa etária idosa em cuidados paliativos com cuidador presente com maior frequência de doença de base não-oncológica, dispneia, dor e *delirium*.

Palavras-chave: Cuidados paliativos, Medicina paliativa, Emergências.

1. Universidade de Pernambuco. Instituto de Ciências Biológicas, Recife, (PE), Brasil.

2. Universidade Estácio de Sá. Centro Universitário Estácio do Recife, Recife, (PE), Brasil.

3. Universidade de Pernambuco. Faculdade de Ciências Médicas, Recife, (PE), Brasil.



INTRODUÇÃO

Os cuidados paliativos (CP) são direcionados a pessoas de todas as idades que passam por intenso sofrimento relacionado à sua saúde decorrente de enfermidades graves, principalmente aquelas que se encontram no fim da vida^{1,2}. Os CP abrangem os cuidados físicos, espirituais, psicológicos, sociais e familiares do indivíduo³.

Pacientes em CP frequentemente procuram atendimento de urgência em pronto-socorro (PS) com condições potencialmente fatais para controle dos sintomas de exacerbações de doenças crônicas e cuidados de fim de vida^{1,3}. Esses mesmos pacientes podem estar apresentando, além dos sintomas físicos graves, angústias psicológicas, encargos do cuidador e crises espirituais não reconhecidas, dentre outras questões que lhe causam extremo sofrimento e não devem ser ignoradas⁴.

Os serviços de emergência fornecem acesso imediato a cuidados para pacientes em momentos de necessidade aguda de forma geral⁴. Tradicionalmente, o paradigma dominante na medicina de urgência e emergência tem sido terapias para manter a vida a todo custo, muitas vezes, sem atenção ao prognóstico do paciente, valores de tratamento e preferências por cuidados definidos pela vontade do paciente previamente⁴. Logo, os pacientes em CP desafiam o serviço de urgência geral ajustados para fornecer intervenções rápidas frente às necessidades complexas dos pacientes em CP^{1,4}.

Pouco se sabe sobre a magnitude e as características da clientela que necessita de CP em serviços de emergência geral. Conhecer o perfil dos pacientes em CP atendidos no PS e os motivos de procurarem a urgência é essencial para a identificação de obstáculos na realização de uma assistência de qualidade a esses pacientes, possibilitando assim, a implementação de intervenções direcionadas para melhor atendimento desses casos e medidas de saúde pública para prevenção de intercorrências que os leve a procurar serviços de urgência, bem como um melhor treinamento dos profissionais que possam eventualmente atendê-los em unidades de urgência e emergência.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo observacional, transversal e retrospectivo de pacientes adultos com mais de 14 anos, de ambos os sexos, em CP admitidos em serviço de emergência adulto de clínica médica geral em uma unidade de pronto atendimento - UPA no Estado de Pernambuco, Brasil.

O estudo foi realizado no período de dez meses, de novembro de 2019 a julho de 2020. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CAAE: 29403820.9.0000.5192).

Foram coletados dados quanto à idade, sexo, procedência, presença de doenças secundárias, presença de cuidador, tipo de cuidador, última internação hospitalar ou atendimento em urgência, sinais e sintomas, tipo de doença de base, funcionalidade e desfecho clínico.

Para avaliar funcionalidade, existem várias escalas específicas para pacientes em CP, porém nesse estudo foi utilizada a escala de Karnofsky (KPS - *status de Karnofsky*) por ser uma escala simples e amplamente utilizada para mensurar o comprometimento pela doença e prognóstico, estratificando em onze níveis de 0 a 100, sendo "0" óbito e 100 capacidade funcional preservada. A escala de Karnofsky era realizada de rotina nos atendimentos da UPA, já constando seu valor nos prontuários. Os pacientes em CP, geralmente, atingem um índice de KPS inferior ou igual a 30 quando na fase terminal da doença⁵⁻⁷.

Para análise estatística dos dados, foi utilizado o programa *Stata® Statistical Software 14*. Todas as variáveis foram avaliadas quanto à normalidade de distribuição pelo teste de Kolmogorov-Smirnov, quando cabível, e os resultados foram expressos em média \pm desvio padrão, mediana, porcentagens ou em prevalência, quando apropriado. Para comparação de variáveis categóricas, foram utilizado os testes exato de Fisher, Qui-quadrado de Pearson, Kruskal-Wallis e ANOVA, quando apropriado.

RESULTADOS

Foram analisados 83 prontuários. A média de idade foi de 78,53 ($\pm 14,31$) anos. Houve predominância de pacientes do sexo feminino. A maioria dos pacientes possuía cuidador e procedia do domicílio. Na Tabela 1 são descritas as características gerais da população estudada.

Dos 83 pacientes analisados, 26 (31,33%) tinham doença de base oncológica e 57 (68,67%) não-oncológica. O câncer de próstata representou a principal causa oncológica (30,77%), seguido de neoplasia hepática e das vias biliares (15,38%) e câncer de pulmão (11,53%). Nos pacientes com doença de base não-oncológica, foi mais frequente a ocorrência da síndrome de fragilidade (42,10%) e de sequela grave de acidente vascular cerebral (17,54%).

Na Tabela 2 são descritas as patologias da população estudada.

Os sinais e sintomas que levaram os pacientes a procurarem o PS foram: dor (n=13; 15,66%), vômitos e náuseas (n=5; 6,02%), constipação intestinal (n=3; 3,61%), dispneia (n=38; 45,78%), sangramento (n=3; 3,61%) e *delirium* (n=21; 25,30%). Dentre os 38 casos de dispneia, 15 desses tinham critérios de casos suspeitos de COVID-19.

Avaliando esses sinais e sintomas quanto à doença de base, a dor e a dispneia foram as queixas mais frequentes nos pacientes com doença de base oncológica (34,62% e 23,08%, respectivamente), seguidos de dispneia e delirium nos pacientes com doença de base não-oncológica (56,14% e 28,07%, respectivamente). Na Tabela 3, encontram-se descritos os sinais e sintomas da população estudada.

Tabela 1 - Características basais da população.

Variável	N=83	%
Sexo		
Feminino	51	61,45
Masculino	32	38,55
Procedência		
Domicílio	73	87,95
Abrigo e outros serviços de saúde	10	12,05
Cuidador		
Sim	76	91,57
Não	7	8,43
Tipo de cuidador		
Familiar não-remunerado	58	76,32
Familiar remunerado	12	15,79
Não-familiar não-remunerado	2	2,63
Não-familiar remunerado	4	5,26
Número de doenças secundárias		
Nenhuma	15	18,07
Uma	17	20,48
Duas ou mais	51	61,45
Internamento ou atendimento prévio na urgência		
< 1 mês	37	44,58
1 a 6 meses	23	27,71
> 6 meses	23	27,71

Tabela 2 - Patologias e síndromes da população estudada.

	N	%
Doença oncológica		
Câncer de próstata	26	30,77
Neoplasia hepática e vias biliares	8	15,38
Câncer de pulmão	4	11,53
Câncer de útero/ endométrio	3	7,69
Câncer de mama	2	7,69
Câncer de estômago	2	7,69
Outras neoplasias	5	19,20
Doença não-oncológica		
Síndrome de fragilidade	57	42,10
Sequela grave de acidente vascular cerebral	24	21,05
Síndrome demencial avançada	12	17,54
Pneumopatia grave	10	12,28
Cardiopatia grave	7	7,01

Tabela 3 – Sinais e sintomas da população estudada de acordo com a doença de base.

Sinais e sintomas	Doença oncológica		Doença não-oncológica		p-valor ¹
	N=26	%	N=57	%	
Dor	9	34,62	4	7,02	0,004
Vômitos / náusea	2	7,69	3	5,26	0,947
Constipação	2	7,69	1	1,75	-
Dispneia	6	23,08	32	56,14	0,005
Sangramento	2	7,69	1	1,75	-
<i>Delirium</i>	5	19,23	16	28,07	0,390

¹p-valor do teste Qui-quadrado para comparação de proporção.

Houve necessidade de hospitalização em 59,04% dos casos, tanto para serviços de urgência terciária/enfermaria (n=37; 44,58%), quanto para unidade de terapia intensiva (n=12; 14,46%). Houve alta sem hospitalização em 15 pacientes (18,07%) e óbito em 19 pacientes (22,89%).

Quanto à funcionalidade, de forma geral, avaliada pela escala de Karnofsky, a maioria dos pacientes apresentou índices de 30% e 40% (n=20; 24,10% e n=20; 24,10%, respectivamente) (Gráfico 1). Essa funcionalidade foi melhor nos pacientes que foram de alta sem hospitalização com índices $\geq 30\%$ (n=15; 100%) e foi pior nos pacientes que tiveram o desfecho óbito com índice de 10% em cinco pacientes (26,32), de 20% em sete pacientes (36,84), de 30% em cinco pacientes (26,32) e de índices $\geq 40\%$ em dois pacientes (10,53).

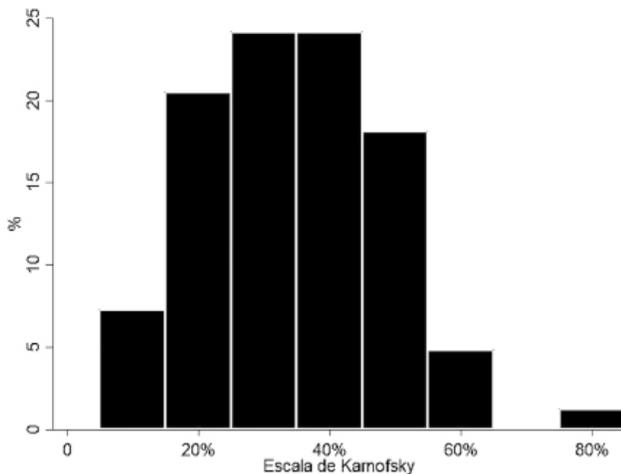


Gráfico 1. Distribuição da escala de Karnofsky de toda a população estudada.

DISCUSSÃO

O estudo foi realizado em uma unidade de pronto atendimento de urgência pública do Sistema Único de saúde – SUS brasileiro, espera-se assim que receba, principalmente, demanda de população de baixa renda que tem maior possibilidade de ter seus cuidados prestados por cuidador familiar não-remunerado como o observado em nossos resultados.

A maioria dos pacientes tinha duas ou mais doenças secundárias, o que é esperado já que a amostra predomina faixa etária idosa que, geralmente, possui alta prevalência de doenças crônicas somadas durante o processo natural de envelhecimento⁸.

Sobre internamento hospitalar ou atendimento prévio em serviço de urgência, estudos mostram que metade dos idosos com mais de 65 anos, de modo geral, terá pelo menos um atendimento no último mês de vida, com hospitalização em 77% desses casos com evolução para óbito no hospital em 68% desses^{4,9}. Estima-se que 83% dos pacientes que falecem por doença oncológica procuraram o PS pelo menos duas vezes nos últimos seis meses de vida¹⁰. No presente estudo, 44,58% dos pacientes procuraram o PS há menos de um mês, o que denota gravidade da doença de base que requer cuidados com mais frequência.

Um estudo analisou 1185 pacientes em CP em serviço de referência em CP com média de idade de 70,8 anos, evidenciando que os homens visitaram mais o PS do que as mulheres (OR=1,6; p = 0,001). As mulheres com câncer ginecológico procuraram o serviço de urgência com maior frequência do que outras condições de CP (OR=3,3; p <0,001)¹¹. No presente estudo, à semelhança do que é encontrado na literatura, houve maior busca pelo serviço de urgência no sexo feminino, além do câncer de próstata e das neoplasias ginecológicas estarem dentre as cinco principais causas oncológicas.

Os principais sinais e sintomas dos pacientes em CP no PS, de modo geral, são dor (45,1 a 64,0%), dispneia (31,0%), *delirium* (18,0%), hemorragia (13,0%), constipação intestinal (32,0%), anorexia (34,0%), fadiga (32,0%), febre (<10%) e desidratação (<10%)^{1,12}. Wallace et al., 2013, avaliaram 30 pacientes em CP em atendimento no PS, sendo os principais sinais e sintomas: dispneia (26,0%), náusea/vômito/constipação intestinal (17,0%) e dor (14,5%)¹³. De modo geral, no estudo em questão, a intercorrência mais frequente foi a dispneia. Apesar de ser uma complicação frequente, houve um aumento dos atendimentos por dispneia no período em que foi realizado o estudo pela ocorrência do crescente número de casos de COVID-19 no período de pandemia. Pela mesma razão, houve uma menor procura de urgência por queixas crônicas, como a dor^{14,15}.

A demanda de pacientes em CP admitidos em enfermaria de clínica geral foi avaliada em estudo que analisou 58 pacientes com média de idade de 61 anos. Os sintomas psicológicos de tristeza e ansiedade foram os mais frequentes, seguidos de dor, fadiga e mal-estar¹⁶. No presente estudo não foi possível a análise de sintomas subjetivos e psicológicos pela impossibilidade de realização de escalas específicas para avaliação de sinais e sintomas em pacientes em CP com essa abrangência, como a escala de avaliação de sintomas de Edmonton⁶, por se tratar

de estudo retrospectivo sem a adoção dessas escalas nos atendimentos no PS onde foi realizado o estudo.

Foi realizado estudo para avaliar o perfil de patologias dos pacientes oncológicos admitidos no PS, sendo os sítios oncológicos mais prevalentes: colo do útero (18,3%), mama (13,6%) e próstata (10,5%)¹². Os pacientes incluídos neste estudo, com doença de base oncológica, também tiveram como principais sítios primários próstata e câncer ginecológico, acrescidos ainda de sítio pulmonar e neoplasia hepática e vias biliares, que estão entre as neoplasias de maior frequência populacional e maior letalidade geral¹⁷.

Marcucci et al., 2019, avaliaram 129 pacientes em uma unidade de CP com a maioria sendo de casos não-oncológicos, principalmente por doenças neurológicas como acidente vascular cerebral e síndromes demenciais¹⁹. Esse perfil de patologias é compatível com o encontrado nos casos não-oncológicos neste estudo, refletindo uma real demanda existente relacionada ao envelhecimento populacional e ao aumento das doenças crônicas que necessitam de CP^{19,20,21}.

Cabianca et al., 2017, observaram em estudo com 98 pacientes em CP em enfermaria de clínica médica que 21% apresentavam pontuação na escala de Karnofsky de 100%⁵. No presente estudo, a maioria dos pacientes apresentou valor na escala de Karnofsky maior que 30%, sendo condizente com a literatura ao demonstrar índices menores nos pacientes em fase de fim de vida como no grupo que tiveram desfecho óbito e apresentaram pior funcionalidade⁵.

Destaca-se como ponto positivo deste estudo, a avaliação em serviço de urgência geral que reflete a realidade da maioria dos pacientes em CP no Brasil que não tem acesso facilitado a serviços especializados para controle de sintomas de forma aguda. Além da limitação de ser um estudo retrospectivo com dados secundários, este estudo apresenta como outras limitações o fato de ter sido realizado durante o período da pandemia de COVID-19 e de ter sido realizado em apenas uma Unidade de Pronto Atendimento, sugerindo-se replicação de investigações desta natureza em outras Unidades de Pronto Atendimento para ir além de dados locais.

CONCLUSÕES

A amostra avaliada era constituída principalmente de indivíduos do sexo feminino, com idade superior a 65 anos, que se apresentaram no PS na presença de cuidador, com elevado número de doenças secundárias e alta frequência de dispneia, dor e *delirium*.

As características dos pacientes em CP atendidos em serviço de urgência geral pode variar de acordo com a instituição de saúde e com a população em que está inserida. O conhecimento desse perfil se torna uma potencial ferramenta de mudança do modelo assistencial a pacientes em CP no PS, que vai além das condutas restritivas tradicionalmente adotadas pelos serviços de urgência geral, centradas apenas nas doenças com obstinação pela manutenção da vida em detrimento do paciente e suas necessidades individuais de forma global. Espera-se que esse estudo possa estimular novas publicações no tema, contribuindo para estruturação de políticas públicas relacionadas ao atendimento de pacientes em CP.

REFERÊNCIAS

1. Bell D, Ruttenberg MB, Chai E. Care of Geriatric Patients with Advanced Illnesses and End-of-Life Needs in the Emergency Department. *Clinics in Geriatric Medicine*. 2018; 32 (3):453–467.
2. Mather H, Guo P, Firth A, Davies JM, Sykes N, Landon A, et al. Fase da doença em cuidados paliativos: análise transversal de dados clínicos de pacientes da comunidade, hospitais e hospícios. *Palliat Med*. 2018; 32 (2): 404-412.
3. Justino ET, Kasper M, Santos KS, Quaglio RC, Fortuna CM. Palliative care in primary health care: Scoping review. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2020; 28: 1–11.
4. George N, Bowman J, Aaronson E, Ouchi K. Past, present, and future of palliative care in emergency medicine in the USA. *Acute Medicine & Surgery*. 2020; 7 (1): 1-7.
5. Silva IBS, Lima Júnior JRM, Almeida JS, Cutrim DSP, Sardinha AHL. Evaluation of the Quality of Life of Oncological Patients in Palliative Care. *Revista Brasileira de Cancerologia* 2020; 66(3): 1-8.
6. Cabianca CAM, Menegheti GG, Bernardi ICP, Gurgel SJT. Comparação entre Escala de Performance de Karnofsky e Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton como determinantes na assistência paliativa. *Rev Soc Bras Clin Med*. 2017; 15 (1): 2-5.
7. Schag CC, HEINRICH RL, GANZ PA. Karnofsky performance status revisited: Reliability, validity, and guidelines. *Journal of Clinical Oncology*. 1984; 2 (3): 187–193.
8. De Panfilis L, Leo SD, Peruselli C, Ghirotto L, Tanzi S. "I go into crisis when ...": ethics of care and moral dilemmas in palliative care. 2019; 18 (1): 1-8.
9. Smith AK, McCarthy E, Weber E, Cenzer IS, Boscardin J, Fisher J, Covinsky K. Half of older Americans seen in emergency department in last month of life; most admitted to hospital, and many die there. *Health Affairs*. 2012; 31 (6): 1277–1285.

10. Gallaway MS, Idaikkadar N, Tai E, Momin B, Rohan EA, Townsend J, Puckett M, Stewart SL. Emergency department visits among people with cancer: Frequency, symptoms, and characteristics. *J Am Coll Emerg Physicians Open*. 2021; 2 (3): 1-9.
11. Lawrenson R, Waetford J, Gibbons V, Kirk P, Haggart S, Reddy R. Palliative care patients' use of emergency departments. *N Z Med J*. 2013; 126 (1372): 80-8.
12. Miranda B, Vidal SA, Mello MJG, Lima JTO, Rêgo JC, Pantaleão MC, et al. Cancer patients, emergencies service and provision of palliative care. *Revista da Associação Médica Brasileira*. 2016; 62 (3): 207-211.
13. Wallace EM, Cooney MC, Walsh J, Conroy M, Twomey F, et al. Why do Palliative Care Patients Present to the Emergency Department? Avoidable or Unavoidable? *Am J Hosp Palliat Care*. 2013;30 (3): 253-6.
14. Chidiac C, Feuer D, Naismith J, Flatley M, Preston N. Emergency Palliative Care Planning and Support in a COVID-19 Pandemic. *J Palliat Med*. 2020; 23 (6): 752-753.
15. Ting R, Edmonds P, Higginson IJ, Sleeman KE. Palliative care for patients with severe covid-19. *BMJ*. 2020; 370: 1-4.
16. Vieira RC, Morais MTM, Sarmiento LMC, Ferreira ADC, Muñoz RLS. Enfermarias demand for palliative care in general clinical wards. *Revista Ciência e Estudos Acadêmicos de Medicina*. 2017; 8: 20-40.
17. Brasil, Ministério da Saúde (MS) / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Estimativa de Câncer no Brasil. Rio de Janeiro, INCA; 2020.
18. Marcucci FCI, Moreira AAJ, Mendes IAS, Cotello JS, Oliveiraa JCT, Litchteneker Hossette KL, et al. Results of the first year of a palliative care unit in a general hospital. *Geriatrics, Gerontology and Aging*. 2019; 13 (2): 88-94.
19. Santauegènia SJ, Contel JC, Vela E, Cleries M, Amil P, Melendo-Azuela EM, Gil-Sánchez E, Mir V, Amblàs-Novellas J. Characteristics and Service Utilization by Complex Chronic and Advanced Chronic Patients in Catalonia: A Retrospective Seven-Year Cohort-Based Study of an Implemented Chronic Care Program. *Int J Environ Res Public Health*. 2021; 18 (18): 9473.
20. Gómez-Batiste X., Blay C., Broggi M.A., Lasmarias C., Vila L., Amblàs J., Espauella J., Costa X., Martínez-Muñoz M., Robles B., et al. Ethical Challenges of Early Identification of Advanced Chronic Patients in Need of Palliative Care. *J. Palliat. Care*. 2018; 33: 247-251.
21. Nguyen H., Manolova G., Daskalopoulou C., Vitoratou S., Príncipe M., Prina AM Prevalence of multimorbidity in Community settings: A revisão sistemática e meta-análise de estudos observacionais. *J. Comorb*. 2019; 9: 1-15.

Conflito de interesses

Os autores declaram não haver conflito de interesses.

Financiamento

Não houve fontes de apoio ou financiamento que tenham contribuído para o desenvolvimento do trabalho.

Contribuição dos autores

Todos os autores participaram de todo o processo de coleta de dados, análise e construção do artigo.

Autor Correspondente:

Ana Claudia Crispiniano Siqueira Torquato
anukyana3@hotmail.com

Editor:

Prof. Dr. Felipe Villela Gomes

Recebido: 26/01/2022

Aprovado: 27/05/2022
