



Identificação da demanda de Cuidados Paliativos (CP) em uma Unidade de Emergência Referenciada (UER)

Palavras-Chave: cuidados paliativos; unidade de emergência referenciada; identificação; rastreo; palliative performance scale; supportive palliative care indicators tool; PPS; SPICT.

Autores/as:

Felipe Thiele Cecílio, aluno de graduação da Faculdade de Ciências Médicas, UNICAMP.

Profa. Dra. Daniele Pompei Sacardo (orientadora), Professora do Departamento de Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas, UNICAMP.

Dra. Cristina Bueno Terzi Coelho (coorientadora), Vice Coordenadora do Serviço de Cuidados Paliativos no Hospital das Clínicas, UNICAMP.

INTRODUÇÃO:

Cuidado Paliativo (CP) é a assistência realizada por uma equipe multidisciplinar aos familiares e a um paciente portador de uma doença grave. O principal objetivo do CP é promover qualidade de vida por meio da prevenção e alívio dos sofrimentos de ordem física, mental, espiritual e social ¹ se estendendo até o processo de luto vivido pelos familiares.

Há evidências na literatura de que a abordagem e implementação de CP melhoram a qualidade de vida ^{2,3}, reduzem sintomas², intensidade do cuidado⁴, tempo de internação ⁵ e custos hospitalares ^{2,3,5}.

Entretanto, grande parte dessa demanda não é atendida, especialmente em países de média e baixa renda, como é o caso do Brasil. “*The 2015 Quality of Death Index (Ranking palliative care across the world)*” e o “*International Observatory of End Of Life Care (IOELC)*” são análises internacionais que avaliaram os CP em diversos países. O Brasil foi enquadrado em 2013 como pertencente ao *Grupo 3*, que é definido, pelo próprio relatório, como se segue: “the development of palliative care activism that is **patchy in scope** and not well-supported; source of funding that is often heavily donor dependent; limited availability of morphine; and a **small number of hospice-palliative care services** that are often home-based in nature and **limited in relation to the size of the population.**” ⁶ (Negritos feitos pelo autor) e recebeu a 42^a colocação, com uma pontuação de 0,3% quando avaliada a capacidade de fornecer CP (capacidade do sistema/número de mortes no ano), enquanto os 14 países mais bem colocados atingiram pontuações maiores que 30% ⁷.

Essa escassez é igual ou maior nos serviços de emergência. As Unidades de Emergência Referenciadas (UER) tendem a fornecer, para todos os pacientes,

intervenções terapêuticas agressivas, visando o prolongamento da vida e requerem, de seus profissionais, tomada de decisão rápida e precisa ⁸. Mesmo assim, pacientes acometidos por doenças ameaçadoras da vida, muitas vezes crônicas, são vítimas dessas mudanças inesperadas do *status* de saúde e buscam assistência nos Departamento de Emergência (DE) sejam referenciados ou não.

Evidências de outros países mostram que 9%-13,2% ^{9, 10} dos pacientes admitidos nos DE tinham demandas por cuidados paliativos e que parece ser benéfica sua implementação precoce se beneficiando de intervenções paliativas ^{8,4} em menos utilização das Unidades de Terapia Intensiva (UTI), menos tempo de internação, maior satisfação do paciente e dos familiares ⁸ e maior qualidade de vida ¹¹.

Cientes da baixa oferta de CP no Brasil e alertados pela literatura, buscamos identificar qual é a demanda por CP em uma UER de um hospital universitário com a expectativa de contribuir para a realização de um estudo multicêntrico e com a formação de políticas públicas adequadas às demandas de saúde da população.

METODOLOGIA:

Essa pesquisa quantitativa, observacional, não-longitudinal está sendo realizada em uma Unidade de Emergência Referenciada (UER) do Hospital das Clínicas da UNICAMP e está avaliando, através de entrevistas face a face, utilizando ferramentas validadas, a elegibilidade de CP de uma amostra por conveniência constituída dos pacientes presentes no serviço de emergência aguardando consulta/procedimentos ou que foram admitidos após o início da coleta durante quatro períodos distintos de 12 horas e eventualmente daqueles entrevistados no período pré-teste (3,5 horas).

Os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foram lidos para os pacientes ou acompanhantes e, somente após a autorização e assinatura do termo, procedeu-se à entrevista. As questões referentes às ferramentas de avaliação foram transcritas para um questionário do Google [®] assim como outras perguntas sobre variáveis que consideramos importantes.

Coleta de dados

Cinco membros da equipe de pesquisa realizaram a aplicação dos questionários (CBTC, DPS, FTC, MRAF e RGO), estando presentes no mínimo dois membros da equipe ao longo dos períodos. O membro FTC participou integralmente de todos os períodos de coleta. Antes de cada nova aplicação a equipe reuniu-se para discutir dificuldades eventuais e sanar dúvidas.

Os dados foram coletados em 3 períodos distintos. O primeiro foi realizado no dia 25/02/2021 (08:30 – 12:00). O segundo foi realizado dia 01/06/2021 (19:30 – 07:00) e o terceiro dia 29/07/2021 (07:30 – 18:45) em sinergia com a rotina normal de trabalho da UER. Os membros da equipe abordaram cada paciente/acompanhante individualmente, prezando pela privacidade e dinamizando o processo de coleta.

Um breve diário de campo foi redigido pelos entrevistadores em cada dia de coleta. Os destaques serão discutidos em “Resultados”.

A aplicação do formulário ocorreu da seguinte forma: primeiramente, o entrevistador selecionou os pacientes com mais de 18 anos (a UER pediátrica é separada fisicamente da adulta). Para aqueles selecionados, foi realizada a abordagem, propondo a participação no

estudo. Quando houve interesse, o TCLE foi entregue ao paciente ou acompanhante para ser lido ou um membro da equipe o fez em voz alta adaptando a linguagem necessária, sanando quaisquer dúvidas e, ao ser aceito, assinatura foi coletada, uma cópia foi entregue e a entrevista prosseguiu, todas as rejeições do termo foram computadas. Toda informação foi coletada com o questionário online que é dividido em sete seções. A primeira contém informações sociodemográficas, altura e peso atuais. A segunda seção contém queixa principal, duração da queixa, antecedentes patológicos, grau de mobilidade do paciente, se a procura foi espontânea ou por meio da Central de Regulação e Oferta de Serviços de Saúde (CROSS) entre outras. A terceira seção contém uma única questão em que o avaliador deve pontuar o *Palliative Performance Scale* (PPS) ¹² do paciente e um campo para observações. A quarta contém a transcrição dos indicadores gerais de piora de saúde que o *Supportive and Palliative Care Indicators Tool* (SPICT) ¹³ avalia e que podem ser preenchidos a partir das respostas dos pacientes/acompanhantes ou registros dos prontuários. O preenchimento da quinta seção, que contém indicadores clínicos de saúde, como câncer ou doença renal, segue o mesmo padrão da seção anterior. A sexta seção também contém apenas um item que o entrevistador deve assinalar caso o paciente ou acompanhante retire o consentimento ao decorrer da entrevista ou se houver impossibilidade, por outra razão, de continuar a entrevista. A sétima e última seção está reservada para dados extras que podem ser obtidos através do prontuário ou se houver tempo hábil para realizá-las, contendo itens como endereço, data de nascimento, naturalidade e contato telefônico.

Essa versão do formulário foi adaptada após a aplicação do dia 25/02/2021, resultando em um aumento do número e melhor formulação de algumas perguntas.

Cada membro da equipe carregou consigo uma cópia do PPS completo e utilizou o próprio aparelho celular para preencher o formulário.

Os dados foram exportados com Google Sheets [®], convertidos para Microsoft [®]Office Excel e analisados posteriormente utilizando o software STATA [®]16.

Análise dos dados

Pacientes com um ou mais indicadores de deterioração de saúde (terceira e quarta seção) e um ou mais indicadores clínicos de doença avançada (quinta seção) serão considerados elegíveis para consulta e intervenção de CP. Teste qui-quadrado ou de Fischer será realizado para avaliar associação entre as variáveis coletadas na primeira e segunda seção com a elegibilidade e grau de demanda por CP. $p < 0,05$ será usado para rejeitar H_0 .

Paciente menores de 18 anos, com suspeita ou Doença do Coronavírus (COVID-19) confirmada ou incapazes de responder e que estavam sem acompanhante ou não foram incluídos no estudo.

RESULTADOS E DISCUSSÃO:

Até o momento do presente resumo, foram realizados três períodos de coleta, como detalhado no tópico “Metodologia”. Não foi possível cumprir com o prazo estabelecido, pois, devido às variações do fluxo de pacientes COVID-19 na UER da UNICAMP, houve longos períodos em que a equipe julgou o risco sanitário demasiado grande e o possível viés de amostra.

O número de pacientes admitidos no dia 25/02/2021 foi de 21 pacientes, no dia 01/06/2021 foi de 11 pacientes e no dia 29/07/2021 foi de 57 pacientes. Além dos pacientes admitidos, havia pacientes em macas ou cadeiras aguardando intervenções que também foram incluídos na coleta. Iniciamos 93 formulários, porém alguns foram descartados por erros de preenchimento ou por estarem contemplados nos critérios de exclusão, restando 78 (N) respostas válidas para a análise.

Foram redigidos breves diários de campo por cada membro que incluíram observações de ordem prática e técnica, reflexões subjetivas, percepções de desafios e potências.

Identificamos como principais desafios da aplicação dos questionários os seguintes aspectos, importantes de serem elencados e estudados almejando melhor planejamento do estudo multicêntrico: 1. Dependência de conhecimento clínico para aplicação das ferramentas 2. Divergências na forma de preenchimento/interpretação das perguntas entre os membros da equipe, demandando treinamento e alinhamento da equipe de coleta 3. Falta de privacidade nas entrevistas pela organização física do serviço 4. Angústia frente aos sofrimentos evitáveis e não evitáveis dos pacientes 5. Incapacidade de coletar dados de todos os pacientes: daqueles incapazes de responder e sem acompanhantes e daqueles admitidos por outras portas de entrada (casos graves trazidos por ambulância, por exemplo) 6. Disponibilidade de horário/dia em que pelo menos haja 2 membros por período disponíveis.

Por outro lado, identificamos potências que esperamos encontrar nos outros centros e que contribuíram grandemente com os resultados que obtivemos até agora, tais como: colaboração e proatividade de toda a equipe (médicos, alunos, enfermagem, profissionais administrativos etc.) em colaborar com a aplicação; receptividade da maioria dos pacientes e familiares.

Apresentação dos dados:

O número de formulários viáveis para a análise refere-se a 78 pacientes dos quais 47 (60,26 %) eram homens e 31 (39,74%) eram mulheres. 58 (74,36%) eram brancos, 13 (16,67 %) pardos e 7 (8,97%) pretos. A média de idade dos participantes foi de 57,95 anos com desvio padrão de 1,9 anos. A queixa principal que levou os pacientes a procurarem o serviço foi Dor em 48 (61,54%) dos pacientes.



Gráfico 1 Prevalência de elegibilidade para Cuidados Paliativos

A análise quanto à elegibilidade para CP revelou números muito superiores (33,33%) ao encontrado na literatura de referência como demonstrado no gráfico 1. Outras

variáveis e suas associações serão apresentadas no relatório final após o término da coleta de dados.

CONCLUSÕES:

A prevalência de pacientes que preencheram os critérios de elegibilidade da ferramenta SPICT combinado com o PPS e foram classificados como elegíveis para consulta/intervenção em CP foi superior ao encontrado na literatura consultada, sugerindo que há uma importante demanda não atendida, evidenciando a necessidade de disponibilização de CP na rede de saúde pública.

Os dados coletados até o momento já contribuíram significativamente como projeto piloto de um estudo multicêntrico por meio da aplicação prática do instrumento de entrevista, tratamento inicial dos dados, reconhecimento dos desafios e potencialidades desse modelo de pesquisa e identificação de alarmante demanda represada. Além disso, percebemos que o breve contato que tivemos com as equipes e com o binômio paciente/família desencadearam reflexões, demandaram intervenções educativas quanto ao tema e permitiram a formação de vínculo e promoção de acolhimento.

Acreditamos que os dois últimos períodos de coletas revelarão dados em consonância com os encontrados no presente resumo e que possamos dirimir os desafios que se apresentaram.

BIBLIOGRAFIA

1. World Health Organization. Cancer. WHO Definition of Palliative Care [on-line]. Disponível em: <https://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/> [Acessado em Dezembro 2019]
2. Morrison RS, Dietrich J, Ladwig S, et al. Palliative care consultation teams cut hospital costs for Medicaid beneficiaries. *Health Aff (Millwood)*. 2011;30(3):454–463. doi:10.1377/hlthaff.2010.0929
3. Penrod JD, Deb P, Dellenbaugh C, et al. Hospital-based palliative care consultation: effects on hospital cost. *J Palliat Med*. 2010;13(8):973–979. doi:10.1089/jpm.2010.0038c
4. Wilson JG, English DP, Owyang CG, Chimelski EA, Grudzen CR, Wong H-n, Aslakson RA, End-of-Life Care, Palliative Care Consultation, and Palliative Care Referral in the Emergency Department: A Systematic Review. *Journal of Pain and Symptom Management* (2019) doi:10.1016/j.jpainsymman.2019.09.020.
5. Kavalieratos D, Corbelli J, Zhang D, et al. Association Between Palliative Care and Patient and Caregiver Outcomes: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA*. 2016;316(20):2104–2114. doi:10.1001/jama.2016.16840
6. Lynch T, Connor S, Clark D. Mapping levels of palliative care development: a global update. *J Pain Symptom Manage*. 2013;45(6):1094–1106. doi:10.1016/j.jpainsymman.2012.05.011
7. Quality of Death Index. Disponível em: <https://eiperspectives.economist.com/sites/default/files/2015%20EIU%20Quality%20of%20Death%20Index%20Oct%202019%20FINAL.pdf> [Acessado em Dezembro 2019]
8. George N, Phillips E, Zaurova M, Song C, Lamba S, Grudzen C. Palliative Care Screening and Assessment in the Emergency Department: A Systematic Review. *J Pain Symptom Manage*. 2016;51(1):108–19.e2. doi:10.1016/j.jpainsymman.2015.07.017
9. Glajchen, M., Lawson, R., Homel, P., DeSandre, P., & Todd, K. H. (2011). A Rapid Two-Stage Screening Protocol for Palliative Care in the Emergency Department: A Quality Improvement Initiative. *Journal of Pain and Symptom Management*, 42(5), 657–662. doi:10.1016/j.jpainsymman.2011.06.011
10. Köstenberger M, Neuwersch S, Weixler D, Pipam W, Zink M, Likar R. Prevalence of palliative care patients in emergency departments. *Wien Klin Wochenschr*. 2019;131(17-18):404-409. doi:10.1007/s00508-019-1530-5.
11. Grudzen, C. R., Richardson, L. D., Johnson, P. N., Hu, M., Wang, B., Ortiz, J. M. Morrison, R. S. (2016). Emergency Department–Initiated Palliative Care in Advanced Cancer. *JAMA Oncology*, 2(5), 591. doi:10.1001/jamaoncol.2015.5252
12. A Escala de Desempenho em Cuidados Paliativos versão 2 (EDCP v2). Acessado em 29/08/2021. Disponível em: <https://victoriahospice.org/wp-content/uploads/2019/07/pps - portuguese brazilian - sample.pdf>
13. Supportive and Palliative Care Indicators Tool (Brazilian version). Acessado em 29/08/2021. Disponível em: <https://www.spict.org.uk/the-spict/spict-br/>