



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR
Faculdade de Ciências da Saúde



**REFLEXO DA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS PALIATIVOS E DE
CUIDADOS CONVENCIONAIS NA QUALIDADE DE VIDA DOS
DOENTES ONCOLÓGICOS TERMINAIS**

**Dissertação apresentada para a obtenção do grau de Mestre em
Medicina**

Autor

Clara Joana Ferreira Dinis Gomes

Orientador

Professor Doutor António Lourenço Marques Gonçalves

Covilhã, Abril de 2010

Declaro que esta dissertação é o resultado da minha investigação pessoal e independente, o seu conteúdo é original e todas as fontes consultadas estão devidamente mencionadas no texto, nas notas e na bibliografia.

Declaro ainda que esta dissertação não foi aceite em nenhuma outra instituição para qualquer grau nem está a ser apresentada para obtenção de um outro grau para além daquele a que diz respeito.

O candidato,

Covilhã, Abril de 2010

Declaro que, tanto quanto me foi possível verificar, esta tese é o resultado da investigação pessoal e independente do candidato.

O orientador,

Covilhã, Abril de 2010

AGRADECIMENTOS E DEDICATÓRIA

A realização de uma dissertação pressupõe um trabalho pessoal de ponderação, investigação e inspiração. Não é um trabalho meramente individualista, sendo fruto de vários contributos na construção da vontade, do incentivo e do apoio para a sua elaboração. Por esta razão, é meu desejo, agradecer e dedicar a todos os que possibilitaram e me ajudaram neste percurso até à sua conclusão.

À Faculdade de Ciências da Saúde e à Universidade da Beira Interior pela qualificada formação oferecida, pela oportunidade da realização deste trabalho e pelo permanente incentivo à aprendizagem e enriquecimento pessoal.

Ao meu orientador, Professor Doutor António Lourenço Marques Gonçalves pelo entusiasmo revelado nesta área, por toda a disponibilidade e apoio na elaboração deste trabalho, pela amizade e confiança demonstradas.

Aos meus pais e irmão, a quem devo tudo, pelo apoio e amor incondicional, por acreditarem e ajudarem-me a concretizar um sonho.

Ao meu namorado, por todo o amor, dedicação e compreensão.

Aos meus amigos, com quem cresci e aprendi a ser o que sou hoje.

Aos meus professores, que contribuíram para a minha formação académica e pessoal.

“Juramento do Paliativista”

“ Juro por meus ancestrais, pelas Forças da Natureza e por todos os dons e riquezas desta vida que em todos os meus actos preservarei e respeitarei a Vida do meu paciente, sentarei ao seu lado e escutarei as suas queixas, suas histórias e anseios; Cuidarei, reunindo todos os recursos de uma equipa multiprofissional, para que ele se sinta da melhor forma possível, importando-me sempre em tratar o que o incomoda usando apenas os recursos necessários e imprescindíveis para isso; Não o abandonarei e estarei ao seu lado até o seu último instante; Farei, silenciosamente, a nossa despedida, desejando-lhe amor em sua nova morada; Zelarei pelo seu corpo e consolarei sua família e pessoas queridas após sua partida, permitindo-lhe que vá com segurança e tranquilidade; Por mim, falarei de amor e com amor. E aprenderei, com cada paciente, a amar cada vez mais. Incondicionalmente.”

Maria Goretti Sales Maciel

Presidente da ANCP (Brasil)

2007

RESUMO

Os cuidados paliativos constituem uma especialidade holística na abordagem ao sofrimento dos doentes em fim de vida. A capacidade de prestação destes cuidados depende de equipas multidisciplinares organizadas, que dominem múltiplas áreas de conhecimento apesar de não ser ainda totalmente claro como se caracterizam as diferentes tipologias de doentes. Muitos dos serviços convencionais de cuidados de saúde não estão adaptados para terem em conta as necessidades de pessoas com doenças crónicas nas fases mais ou menos avançadas. As falhas neste sistema de cuidados colocam os pacientes mais vulneráveis em risco de serem abandonados à dor, prejudicam a sua dignidade e as capacidades, e também conduzem a uma sobrecarga e empobrecimento das famílias. Existe ainda pouca sensibilização para esta causa. Todos estes factos têm motivado inúmeros estudos na área da qualidade de vida, realizados nos mais variados países. A elaboração deste estudo surgiu na sequência de uma reflexão e pesquisa acerca da doença oncológica em fase terminal e o seu reflexo na qualidade de vida do doente, consoante este estivesse a receber cuidados paliativos ou, em alternativa, cuidados convencionais, de forma a poder clarificar a associação mais benéfica e que evite consequências, por vezes nefastas.

Neste estudo observacional descritivo, de direcção retrospectiva, foram analisados os processos clínicos dos doentes falecidos nos serviços de Medicina Interna e Medicina Paliativa do Centro Hospitalar Cova da Beira (CHCB), E.P.E., durante o período compreendido entre 01/05/2009 a 31/07/2009. Em cada um desses 2 grupos analisaram-se os custos inerentes a cada doente oncológico terminal, o grau de controlo de sintomas e a satisfação dos familiares relativamente aos cuidados prestados.

A análise dos resultados sugere benefícios significativos entre a prestação de cuidados paliativos a doentes oncológicos terminais em relação ao grupo que recebeu cuidados convencionais, diferenças relacionadas fundamentalmente com maior controlo e menor grau de problemas ligados com sofrimento físico e psicossocial experienciado pelos doentes e seus familiares. A presença de questões relacionadas com os gastos inerentes a cada doente oncológico terminal parecem ter menor influência na desigualdade registada. Neste caso, o facto de existirem alguns resultados inconsistentes, é indicativo de que deve haver prudência ao atribuir-se uma associação entre estes e a realidade em si. Mais estudos longitudinais são necessários para corroborar esta hipótese, com amostras maiores, com controlo para todos os possíveis factores de confusão, bem como mais investigação relativa ao benefício da prestação de cuidados paliativos aos doentes oncológicos.

PALAVRAS-CHAVE: cuidados paliativos, controlo de sintomas, doente oncológico, doente terminal, qualidade de vida.

ABSTRACT

Palliative care is a holistic speciality that deals with the patient's suffering at the end of their life. The ability to provide such care depends on multidisciplinary teams organized to include many areas of knowledge although the different typologies of patients are still to be defined. Many of the conventional health care services are not adapted to take into account the needs of people with chronic diseases in more or less advanced stages. The flaws in the care system place the most vulnerable patients at risk of being abandoned to pain, undermining their dignity and capacity, and also leading to an overload and impoverishment of their families. There is still little awareness of this cause. All these facts have motivated countless studies in various countries into quality of life. This study was the result of reflection and research on the end-stage cancer disease and its reflection on the patient's quality of life, depending on whether they were receiving palliative or conventional care, so that it can clarify the most beneficial association and avoid adverse consequences.

In this retrospective descriptive observational study, medical files of patients, who died in the Internal Medicine and Palliative Medicine Services in Cova da Beira Hospital Center (CHCB), were reviewed during the period from 01/05/2009 to 31/07/2009. In each of these 2 groups the costs associated with each terminal cancer patient, the degree of symptom control and of family members satisfaction with care were analyzed.

The results suggest significant benefits from the provision of palliative care for terminal cancer patients over the group who received conventional care, differences related mainly with greater control and fewer problems with physical and psychosocial distress experienced by patients and their families. The presence of issues related to expenses associated with each terminal cancer patient seem to have less influence in inequality

recorded. In this case, the fact that there are some inconsistent results indicates that caution should be attributed to an association between them and actual reality. More long term studies are needed to test this hypothesis, with larger samples, with all possible confounding factors controlled and further research on the benefits of providing palliative care for cancer patients.

KEYWORDS: palliative care, symptom control, cancer patient, terminally ill, quality of life.

ÍNDICE

RESUMO	vi
ABSTRACT	viii
1 INTRODUÇÃO.....	1
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	4
2.1 Evolução dos cuidados de saúde/cuidados paliativos	4
2.2 Importância dos cuidados paliativos	6
2.3 Apresentação dos serviços de cuidados paliativos	8
2.4 Interface cuidados paliativos/oncologia	11
3 INVESTIGAÇÃO	13
3.1 Metodologia.....	13
3.1.1 Tipo de estudo.....	13
3.1.2 Amostra de estudo.....	13
3.1.3 Procedimentos.....	14
4 RESULTADOS	16
5 DISCUSSÃO.....	22
5.1 Limitações	26
5.1.1	26
6 Conclusão	28
7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	29
8 Anexos.....	36

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 – MODELO DE TRANSIÇÃO PROGRESSIVA – ALOCAÇÃO DE RECURSOS E PRESTAÇÃO DE CUIDADOS AOS DOENTES COM CANCRO/DOENÇA AVANÇADA – ADAPT. OMS, 1996. (32)	12
GRÁFICO 2 – DIAGNÓSTICOS PRINCIPAIS PARA AMBOS OS GRUPOS	16
GRÁFICO 3 - A) PERCENTAGEM DE RECORRÊNCIA À URGÊNCIA DURANTE O MÊS ANTERIOR AO FALECIMENTO DE DOENTES ONCOLÓGICOS INTERNADOS NO SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA. B) PERCENTAGEM DE RECORRÊNCIA À URGÊNCIA DURANTE O MÊS ANTERIOR AO FALECIMENTO DE DOENTES ONCOLÓGICOS INTERNADOS NO SERVIÇO DE MEDICINA PALIATIVA.....	18

ÍNDICE DE TABELAS

TABELA 1 - CUSTO/DIA DE ALGUMAS VARIÁVEIS RELATIVAS AOS INTERNAMENTOS NOS SERVIÇOS DE MEDICINA INTERNA E MEDICINA PALIATIVA NO CHCB.....	17
TABELA 2 – CUSTO RELATIVO A MEDICAÇÃO ADMINISTRADA/CONSUMIDA.....	18
TABELA 3 – UTILIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS ESSENCIAIS DA MEDICINA PALIATIVA NOS SERVIÇOS DE MEDICINA INTERNA E MEDICINA PALIATIVA DO CHCB	21
TABELA 4 – GRAU DE SATISFAÇÃO DOS FAMILIARES E CUIDADORES COM OS CUIDADOS PRESTADOS AOS DOENTES QUE FALECERAM NOS SERVIÇOS DE MEDICINA INTERNA E MEDICINA PALIATIVA DO CHCB	21

1 INTRODUÇÃO

O Homem provavelmente será o único ser vivo consciente da inevitabilidade biológica da sua própria morte. Rodeiam-nos palavras ditas e escritas em que a morte é retratada sempre como uma oposição à vida quando, no fundo, ela é apenas uma parte integrante da própria vida.

Se é verdade que a necessidade dos cuidados paliativos é cada vez mais notória no apoio dos doentes no último tempo da vida, é também verdade que o seu desenvolvimento é ainda insuficiente, resultando daí o não controlo ou mesmo o agravamento das situações em presença na última etapa da vida dos doentes, as quais supostamente seriam de sua responsabilidade.

A sensibilidade e o interesse pelo cuidado do doente cresceu desde o início da minha formação, mais especificamente desde que tive a oportunidade de poder acompanhar doentes durante os vários estágios realizados no contexto académico. Durante o meu percurso como estudante de Medicina, tenho tido vários momentos de reflexão e de formação no sentido de adquirir e aprofundar competências que me permitam como pessoa e futura profissional de saúde, poder contribuir para a melhoria da prestação de cuidados médicos directos ao doente e para o aumento da sua qualidade de vida, sobretudo num dos períodos mais complicados do seu percurso de doença. Posto isto, e no âmbito do Mestrado integrado em Medicina, proponho-me desenvolver um estudo que permita fazer uma avaliação comparativa da última etapa da vida de pacientes com doença oncológica com e sem envolvimento dos cuidados paliativos, enfatizando os benefícios, as dificuldades, os desafios inerentes à prestação destes serviços.

Academicamente, com a elaboração deste trabalho de investigação, pretendo adquirir conhecimentos acerca do tema, sensibilizar os profissionais de saúde e entidades responsáveis e adquirir capacidades e habilidades no campo da pesquisa de informação e da construção de trabalhos deste género. Na prática, penso que este trabalho virá de certa forma a dar uma resposta a algumas questões que por vezes os profissionais de saúde colocam. Será que se obtêm benefícios recebendo os cuidados paliativos adequados e atempadamente? Será que existe alguma relação entre a qualidade de vida e a satisfação dos familiares dos doentes que tiveram contacto com cuidados paliativos? A questão de investigação que resulta destas inquietações e à qual pretendo dar resposta ao longo deste trabalho é:

Será que existem vantagens se os doentes que morrem por doença oncológica crónica progressiva forem assistidos em programas de cuidados paliativos focando o último mês de vida *versus* a ausência destes cuidados? Que diferenças se podem inferir destas duas tipologias?

Os objectivos são:

- Analisar o custo total por doente oncológico terminal tendo em conta:
 - tempo médio de internamento;
 - terapêutica administrada;
 - o recurso a serviços de urgência hospitalares e gastos a ele inerentes;
 - o recurso ao serviço Hospital de Dia.
- Averiguar a existência de uma relação entre os serviços prestados ao doente e o controlo de sintomas;

- Descrever a satisfação dos familiares dos doentes relativamente aos cuidados recebidos.

Este trabalho pretende ser um estudo retrospectivo documental, de natureza exploratório-descritiva, uma vez que procuro descrever a relação que efectivamente existe ou não entre as variáveis, algumas de carácter qualitativo, outras quantitativo, não tendo por isso, nesta fase, como objectivo principal explicar as causas que estão na origem da relação existente ou não entre as diferentes variáveis. O trabalho está dividido em duas grandes partes: a primeira constitui a fundamentação teórica do trabalho, e aborda a evolução dos cuidados de saúde, a necessidade dos serviços de cuidados paliativos, o modo como estes estão estruturados e a relação existente entre estes serviços e a oncologia. A segunda parte do trabalho é constituída pela investigação propriamente dita, e está subdividida numa primeira parte em que é explicada a metodologia que foi utilizada, e de seguida são expostos os resultados que foram encontrados de acordo com essa metodologia. Finalmente, é feita a parte mais nobre do trabalho que consiste na discussão dos resultados encontrados com a pesquisa bibliográfica realizada, as reflexões finais que se puderam obter com a realização deste trabalho e é comentada a concretização dos objectivos que são no início propostos. São também abordadas as perspectivas futuras em relação a esta temática revelando a possível contribuição desta investigação para o aperfeiçoamento da prática clínica e consequentemente para a melhoria da qualidade de vida dos que enfrentam esta situação.

.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 Evolução dos cuidados de saúde/cuidados paliativos

A evolução dos cuidados de saúde, o desenvolvimento da tecnologia, o progresso da medicina, de uma maneira geral, e as melhorias ao nível das condições socioeconómicas contribuíram para o aumento da esperança de vida, comprovada através de vários estudos, (1-4) e da qualidade de vida, assim como para mudanças no ambiente onde a morte ocorre; nos domicílios, na Idade Média, e actualmente nos hospitais ou instituições prestadoras de cuidados prolongados, por vezes rotuladas como catedrais do sofrimento humano. Actualmente estima-se que 80 a 90% de todas as mortes estão associadas a esta institucionalização, sendo a maior percentagem correspondente a mulheres e a pessoas mais idosas. (5,6)

As descobertas da ciência, dedicadas a prolongar a vida indefinidamente, têm a sua repercussão nas mudanças de atitude perante a morte havendo uma passagem progressiva e lenta da “morte familiar” e “morte domesticada” na Idade Média, para a “morte interdita”, “vergonhosa”, “tabu”, característica que se banalizou após a Revolução Industrial. Contudo, apesar de se ter tornado mais oculta, menos presente e menos familiar, não significa que se tornou mais pacífica. (7) Intervenções de saúde pública e tratamentos médicos melhorados contribuíram para um aumento na percentagem de pessoas a morrer em consequência de doenças crónicas, uma vez que se aposta na prevenção e na cura das doenças. (8) Estas doenças crónicas, que se exprimem através de quadros pesadíssimos de sintomas, elevam substancialmente os custos, e desafiam as nossas capacidades. Exemplos são como contornar a problemática das alterações sociais e da rede familiar, cujos participantes se tornam menos

unidos e muito mais distantes. É necessário investir de forma correcta, e reorganizar as estruturas de saúde de forma a corresponderem às necessidades dos indivíduos com doenças em progressiva evolução.

Os cuidados paliativos emergem a partir da segunda metade do século XX e o seu acesso foi consensualmente reconhecido pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Incentivos foram criados através de recomendações consequentes da reunião na Coreia, em 16 de Março de 2005, das Associações Nacionais de Cuidados Paliativos, dirigidas aos vários governos para que estes apoiem as campanhas e programas que permitam a prestação de cuidados paliativos atempados e com qualidade. **(9)**

Para que as actividades exercidas pelos cuidados paliativos ocorram da melhor forma, é necessário adoptar legislações e outras medidas necessárias para elaborar uma política nacional e promover redes internacionais entre as entidades integrantes, como aprovado pela União Europeia em 12 de Novembro de 2003, através da Recomendação 24. **(10)**

Movimentos sociais vão-se impondo de forma a alcançar dignidade no processo de morrer, “que não é o abreviar a morte, a eutanásia, nem o prolongar a sobrevivência, a distanásia”. **(11,12)**

2.2 Importância dos cuidados paliativos

Os cuidados paliativos prestam uma atenção activa e total, tendo em conta as características biopsicossociais dos pacientes com doenças mais ou menos avançadas ou com doenças graves que ameaçam a continuidade das suas vidas. Os seus objectivos prioritários são prevenir e aliviar o sofrimento através da identificação precoce, avaliação correcta e controlo da dor e de outros sintomas, assim como dos problemas de ordem psicológica, social e espiritual. Tentam assim proporcionar a melhor qualidade de vida aos doentes e familiares, a partir do momento em que o diagnóstico de doença grave é realizado até ao fim da vida daqueles, incluindo uma morte “humana”, com menos sofrimento possível e com dignidade. Esta importante faceta dos cuidados é reconhecida pela OMS. **(13-15)** Esta constatação é o resultado de vários estudos científicos realizados, assim como da informação e dos dados obtidos no decorrer do exercício das actividades clínicas ao longo de vários anos. Em 1993, Higginson, através de revisão sistemática de literatura, afirmou a eficiência, eficácia e a aceitabilidade dos cuidados paliativos. **(16)** Em 1996, Raftery, num estudo, concluiu que os serviços prestados pelos cuidados paliativos a doentes terminais são menos dispendiosos em comparação com os cuidados prestados pelos serviços convencionais, constatando-se a redução de aproximadamente para metade o custo por paciente, onde se repercute também o efeito da diminuição no tempo de internamento em hospitais de agudos. **(17)** Em 1998, Hearn e Higginson, em nova revisão sistemática, chegaram à conclusão que comparativamente com os cuidados convencionais, as equipas especializadas em cuidados paliativos melhoram a satisfação, identificam e lidam com as necessidades dos doentes e dos seus familiares; mais, abordagens multidisciplinares diminuem os custos totais dos cuidados ao reduzirem o tempo de internamento nos hospitais de agudos. **(18)** Em 1999, Peruselli, Di Giulio, Toscani e outros demonstraram que os cuidados paliativos têm maior capacidade para controlar

sintomaticamente os doentes terminais, especialmente a dor, comprovando a conclusão do estudo anteriormente referido. **(19)** Em 2001, Jordhoy, Fayers, Loge e outros verificaram através da realização de um estudo, a importância e necessidade de cuidados paliativos bem organizados e planeados para colmatar as necessidades dos doentes terminais. **(20)** Nesse mesmo ano, Serra-Prat, Gallo e Picaza através da avaliação de vários estudos realizados, constataram que os doentes terminais que beneficiaram de cuidados paliativos apresentaram menor número de admissões hospitalares, menor período de espera até receberem os devidos cuidados, menor número de recorrências ao hospital de agudos, menor custo total por paciente (<71%, neste caso). **(21)** Em 2002, Higginson, Finlay, Goodwin e outros, em outra revisão sistemática, confirmaram mais uma vez os efeitos benéficos da prestação dos cuidados paliativos aos seus pacientes e familiares. **(22)** Finalmente, García-Perez, Linertova, Martin-Olivera e outros, numa revisão sistemática cuja publicação foi realizada já em 2009, concluíram que os cuidados paliativos especializados evidenciam maior eficácia na prestação de serviços e acompanhamento de doentes terminais, comparando com os cuidados convencionais. **(23)**

São notórias e estão bem documentadas as deficiências e limitações encontradas nas revisões e estudos realizados o que leva a concluir que as metodologias utilizadas, os meios disponibilizados para a sua realização não são suficientes e adequados para se alcançar resultados fidedignos, rigorosos e de qualidade. **(23)** Parte destas insuficiências encontradas resultam de particularidades pertencentes a esta temática repleta de desafios. Como exemplos, temos questões éticas relacionadas com a vulnerabilidade da população abrangida pelos cuidados paliativos e a dificuldade em recrutar participantes, tal como foi evidenciado por Keeley. **(24)** Outras barreiras existentes impeditivas da realização de trabalhos com o máximo rigor resultam da dificuldade de aceder a determinada informação, resistências oferecidas

pelos próprios pacientes e seus familiares, diferenças culturais e necessidade de melhores meios para atingir os objectivos definidos. (25) A variabilidade existente entre as várias equipas e os seus elementos é mais um desafio à universalização dos resultados conseguidos. (26) É necessário também mudar as mentalidades em relação aos cuidados paliativos para que estes deixem de ser encarados como um “luxo” apenas acessível a uma classe privilegiada ou, no outro extremo, uma área de assistência de menor importância face ao modelo tecnológico da medicina curativa. Só assim haverá maior sensibilização para esta disciplina clínica, tardiamente reconhecida como tal, e maior disponibilidade para participar em actividades e programas que visem o estudo e o reconhecimento da sua importância para todos os elementos da população que dela necessitem. (27-29)

2.3 Apresentação dos serviços de cuidados paliativos

São conhecidas as recomendações internacionais, partilhadas pela Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos, que indicam como e de que forma se devem organizar os serviços de prestação de cuidados paliativos. Estas, tendo em conta a variabilidade dos doentes, a diversidade nas respostas organizativas de cada país e região, devem ter a capacidade de ir ao encontro das necessidades individuais de cada doente portador de doença grave e terminal, envolvendo a sua família, e serem implementadas por um vasto conjunto alargado de serviços e prestadores, abrangendo desde o domicílio até cuidados em unidades de internamento específicas e em hospitais de agudos, passando pelas instituições de cuidados de longa duração, como defende Gómez-Batiste. (30-32)

Não existe um modelo único e ideal de prestação de cuidados paliativos. A partir das mais recentes revisões sistemáticas de literatura, conclui-se que em nenhum dos modelos até hoje criados foi demonstrada com clareza, a eficácia destes, nem se pode afirmar com certeza

quais os componentes dos cuidados paliativos mais benéficos para os doentes, como demonstrado por Salisbury e Bosanquet. Em 2009, Simon e Higginson concluíram que as falhas demonstradas são devidas a uma avaliação ainda limitada dos vários tipos de prestação de cuidados paliativos, consequência de dificuldades metodológicas, éticas e práticas. **(34)** No mesmo ano, Garcíá-Pérez, Linertova e outros concluíram não existir ainda evidência significativa que possibilita afirmar se existem modelos específicos de cuidados paliativos especializados mais eficazes e eficientes. Foram demonstradas as limitações metodológicas nos estudos que analisaram, relacionadas principalmente com a heterogeneidade das equipas e com a variabilidade das práticas. **(35)** Keeley, em 2008, afirma que a vulnerabilidade da população dos cuidados paliativos é uma importante limitação para chegar a conclusões fidedignas sobre o valor dos vários modelos de prestação de cuidados paliativos. **(36)** Contudo, é transversal a ideia de que os indivíduos no período final antes do seu falecimento devem escolher a tipologia de serviço prestado da sua preferência e o local onde desejam que estes sejam fornecidos, tal como é recomendada também na citada Declaração da Cimeira da Coreia, realizada em 16 de Março de 2005. **(9)** Estudos desenvolvidos por Higginson demonstram com grande evidência, a preferência dos doentes oncológicos em fim de vida pelos cuidados domiciliários, atingindo-se valores entre os 50-70% em relação à preferência por morrer em casa, apesar de apenas aproximadamente 30% conseguirem realizar esse desejo. **(37-39)** Esta conclusão é partilhada e defendida por Doyle, que reafirma a preferência de um número significativo de doentes por permanecerem em casa no seu processo de doença terminal e, se possível, nela falecerem. **(40)** Estudos demonstram que factores como viver com familiares e ter deles um grande apoio e atenção são fundamentais para existir esta preferência. **(41)** Como consequência, a percentagem de doentes de cuidados paliativos acompanhados em casa aumentou significativamente, verificando-se actualmente valores que

se aproximam dos 95%, relativamente aos doentes internados em unidades de internamento especializadas. **(42)** Apesar da ênfase dada aos serviços domiciliários, a componente de internamento das unidades de cuidados paliativos, demonstrou através de vários estudos, uma maior eficácia no controlo sintomático dos doentes, principalmente da dor. **(43)** Além disso, nem sempre é possível concretizar o desejo do doente permanecer em casa, principalmente quando é necessário controlar sintomas difíceis de resolver no domicílio ou em regime de ambulatório e quando estamos perante uma situação de exaustão familiar ou ausência do cuidador principal. A complexidade e as particularidades de cada doente exigem assim diferentes tipologias de prestação de cuidados pelas unidades de cuidados paliativos, como refere Von Gunten. **(44)** De forma a assegurar uma boa prestação de cuidados domiciliários que transmitam ao doente o conforto e a qualidade de vida adequados, vários critérios têm de estar presentes: existência de uma rede de apoio domiciliário, constituída por profissionais de saúde qualificados e preparados para actuar neste contexto, cuidadores habilitados para o trabalho a desempenhar, proximidade com unidades que possam prestar cuidados especializados, condições logísticas apropriadas e, se possível, deve existir um atendimento telefónico, médico e de enfermagem, disponível preferencialmente, 24 horas todos os dias. **(32)** É notória a dimensão e a diversidade de estudos de investigação científica que está focada na componente domiciliária da prestação de cuidados paliativos, principalmente os desenvolvidos por Higginson, uma vez que este é o local de preferência dos doentes, **(38)** mas é também fundamental colmatar a falta de conhecimentos e de estudos que demonstrem quais as necessidades que os doentes que beneficiam de cuidados paliativos especializados encontram ao longo da progressão da sua doença.

2.4 Interface cuidados paliativos/oncologia

Anualmente, na Europa, 1,7 milhões de pessoas morrem por cancro e a Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que, em 2020, mais de 15 milhões de pessoas serão afectadas por cancro e 10 milhões de pessoas morrerão desta patologia por ano. **(45)** Actualmente, e apesar de mais de 60% dos doentes com cancro acabarem por vir a morrer devido a esta causa, **(46)** verifica-se que, a probabilidade de sobrevivência a cinco anos para a grande maioria dos cancros ultrapassa os 50% e é muito maior hoje do que há 50 anos atrás, o que vem confirmar a crescente cronicidade desta doença. **(47)**

Para uma melhor abordagem pelos cuidados paliativos, é necessário saber a caracterização de doente oncológico: qualquer pessoa a quem lhe é diagnosticado um cancro, independentemente do tempo decorrido desde esse diagnóstico ou do tipo de tratamento que se lhe seguiu. Associadas à patologia oncológica ocorrem inúmeras alterações físicas, psicológicas, sociais e espirituais que podem dificultar o quotidiano do doente, pois ocorre a privação de várias actividades, mudança de objectivos a cumprir, dor, desfiguração do corpo, *etc.* As alterações sociais estão associadas com a estigmatização pela sociedade, que o associa a desespero, angústia e morte, contribuindo para a vergonha e sofrimento do doente, que se vê condenado à morte. **(48-50)**

Como já referi anteriormente, os cuidados paliativos prestados variam tendo em conta o tipo de necessidades e não apenas o diagnóstico, e é actualmente consensual que doentes oncológicos e não oncológicos carecem deste tipo de intervenção. **(51)** As trajectórias das várias doenças e das suas fases terminais normalmente variam, sendo que no cancro, a evolução é habitualmente mais rápida. Nestes doentes, é provável ocorrer nos últimos 3 meses de vida um período de degradação progressiva marcada.

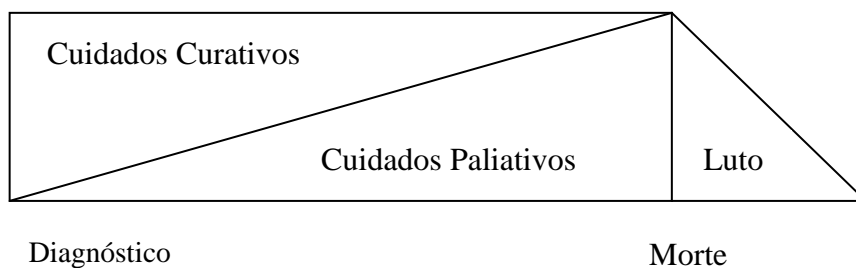


Gráfico 1 – Modelo de transição progressiva – Alocação de recursos e prestação de cuidados aos doentes com cancro/doença avançada – adapt. OMS, 1996. (32)

3 INVESTIGAÇÃO

3.1 Metodologia

3.1.1 Tipo de estudo

O desenho deste trabalho de investigação é de natureza observacional, exploratório-descriptivo, transversal e correlacional e de direcção retrospectiva. Observacional, porque como investigadora não pretendo intervir sobre as variáveis, uma vez que em ciências humanas isso levantaria várias questões éticas importantes. Descritivo, porque pretendo fornecer informação sobre a população em estudo, sem tentar responder à questão de porque é que os sujeitos têm aquela característica ou factor associado. É transversal porque foca um único grupo representativo da população em estudo e os dados são recolhidos num único momento. E é correlacional, porque pretendo analisar as possíveis relações entre as variáveis. Tendo em conta a escassez de trabalhos realizados sobre esta temática, este trabalho pretende ser um estudo com carácter exploratório no sentido de proporcionar maior familiaridade com o problema, com vista a torná-lo mais explícito.

3.1.2 Amostra de estudo

Foi obtida uma listagem de todos os doentes oncológicos falecidos no período compreendido entre 01/05/2009 e 31/07/2009, nos Serviços de Medicina Interna do Hospital Pêro da Covilhã e Medicina Paliativa do Hospital do Fundão, pertencentes ao Centro Hospitalar da Cova da Beira, E.P.E., num total de 55 elementos (12 relativos ao serviço de Medicina I, 7 relativos ao serviço de Medicina II e 36 ao serviço de Medicina Paliativa do Fundão). Esta listagem incluía o número do processo, a data de admissão dos doentes no período referido anteriormente e nos serviços estudados, o sexo, o tempo de internamento e o

diagnóstico atribuído a cada paciente. Esta listagem foi utilizada para a quantificação dos pacientes e também para a sua selecção. Foram excluídos deste estudo 6 elementos do serviço de Medicina I, 3 do serviço de Medicina II e 26 do serviço de Medicina Paliativa porque não preenchiam os critérios de inclusão: tempo de internamento igual ou inferior a 15 dias (exclusão de 3 de Medicina I e 15 de Medicina Paliativa), idade igual ou superior a 18 anos. Após consulta dos processos, foram também excluídos os que tinham informação incompleta (1 de Medicina I, 4 de Medicina Paliativa) e os que não estavam correctamente codificados (1 de Medicina Paliativa). Em relação aos pacientes que faleceram no serviço de Medicina Paliativa, foi justificação para a sua exclusão a ausência ou omissão no processo de um contacto prévio ao internamento com este serviço, através das consultas. Os outros elementos foram excluídos aleatoriamente, de forma a obter 20 elementos como amostra total (10 da Medicina Interna e 10 da Medicina Paliativa).

3.1.3 Procedimentos

Definida a amostra de estudo – 10 pacientes falecidos no serviço de Medicina Interna e 10 pacientes falecidos no serviço de Medicina Paliativa, do Centro Hospitalar Cova da Beira (CHCB), E.P.E. no período estabelecido entre 01/05/2009 e 31/07/09, procedeu-se à consulta dos respectivos processos clínicos através do sistema informático, de acesso restrito, usado no Centro Hospitalar Cova da Beira: SAM – Sistema de Apoio ao Médico ®. Desta forma obteve-se informação respeitante aos doentes do CHCB, nomeadamente os exames complementares de diagnóstico, informação relativa ao internamento desde a data de admissão e as terapêuticas realizadas. Permitiu ainda aceder aos contactos telefónicos de familiares ou cuidadores, utilizados posteriormente na avaliação do grau de satisfação dos cuidados prestados aos elementos da amostra.

Em todos os processos clínicos foi colhida informação sobre o sexo, idade, tempo de internamento, entre outros elementos que constavam na lista inicial, necessários para a caracterização da amostra.

O tratamento dos dados foi executado na aplicação Excel 2007® da Microsoft, segundo uma esquematização em dois grupos distintos: Contacto com Cuidados Paliativos *versus* Ausência de contacto com Cuidados Paliativos.

4 RESULTADOS

A média de idade dos elementos da amostra total foi de 77 (idade mínima de 52 e máxima de 92), 79,2 anos no grupo correspondente à Medicina Interna e 74,8 no grupo de Medicina Paliativa; predomínio do sexo masculino de 75% na amostra total (7 homens e 3 mulheres falecidos no serviço de Medicina Interna e 8 homens e 2 mulheres cujo falecimento ocorreu no internamento do serviço de Medicina Paliativa). Todos os pacientes tinham patologia oncológica, com diversa localização.

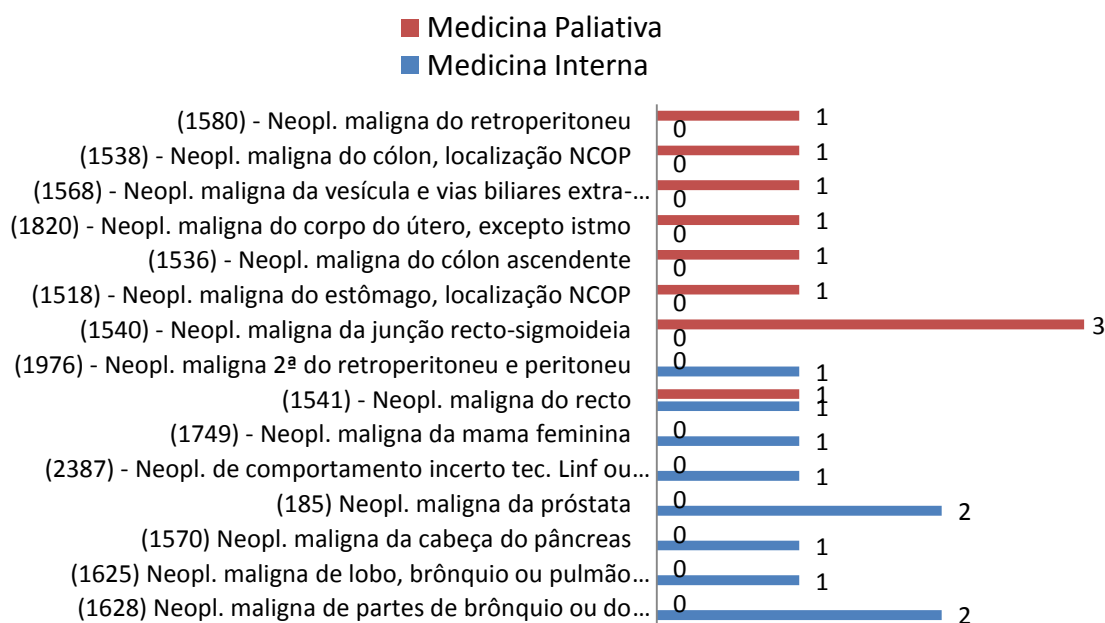


Gráfico 2 – Diagnósticos principais para ambos os grupos

No **Gráfico 2** apresentam-se os diagnósticos principais relativos aos 20 pacientes de ambos os grupos estudados, falecidos nos Serviços de Medicina Interna e Medicina Paliativa.

A análise dos dados permite averiguar o número, a duração e o tipo de internamento assim como a proveniência dos pacientes. No total houve 23 internamentos (11 no serviço de

Medicina Interna e 12 no serviço de Medicina Paliativa, tendo 1 paciente do primeiro grupo e 2 pacientes do segundo grupo sido internados duas vezes no mês anterior à data de falecimento). No total, o tempo de internamento foi de 115 dias, 35 no serviço de Medicina Interna (média = 3,5 dias) e 80 no serviço de Medicina Paliativa (média = 8 dias). Dos 11 episódios de internamento no serviço de Medicina Interna, 10 foram provenientes do serviço de urgência (corresponde a 90,9%) e 1 da consulta externa de Pneumologia. Relativamente aos 12 episódios de internamento no serviço de Medicina Paliativa, apenas 3 (percentagem correspondente a 25%) foram encaminhados do serviço de urgência, enquanto 9 tiveram proveniência da consulta externa de Medicina Paliativa do Fundão.

Relativamente aos recursos totais utilizados pelos pacientes nos serviços de internamento, em média, um paciente no internamento do serviço de Medicina Interna do Centro Hospitalar Cova da Beira perfaz um total de 206,19€ e um paciente internado no serviço de Medicina Paliativa do CHCB totaliza 221,57€, em custos. É de destacar, dentro destes, algumas correspondências:

	Custo/dia no internamento do serviço de Medicina Interna	Custo/dia no internamento do serviço de Medicina Paliativa
Material de Consumo	25,71€	11,71€
Produtos Farmacêuticos	2042,05€	786,33€
Material de Consumo Clínico	4,29€	2,84€
Custos com Pessoal	91,30€	148,63€

Tabela 1 - Custo/dia de algumas variáveis relativas aos internamentos nos serviços de Medicina Interna e Medicina Paliativa no CHCB.

Tendo em conta a amostra estudada (10 pacientes em cada um dos 2 grupos), apresenta-se na Tabela 2, o custo relativo à medicação administrada nos serviços de internamento correspondentes:

	Internamento no Serviço de Medicina Interna	Internamento no Serviço de Medicina Paliativa
Custo total da medicação	2515€	1857,5€
Média custo total medicação/doente	251,5€	185,75€

Tabela 2 – Custo relativo a medicação administrada/consumida

No **Gráfico 3** estão representadas as percentagens de pacientes oncológicos que recorreram ao Serviço de Agudos, no período correspondente ao mês anterior ao seu falecimento nos serviços de Medicina Interna e de Medicina Paliativa, respectivamente.

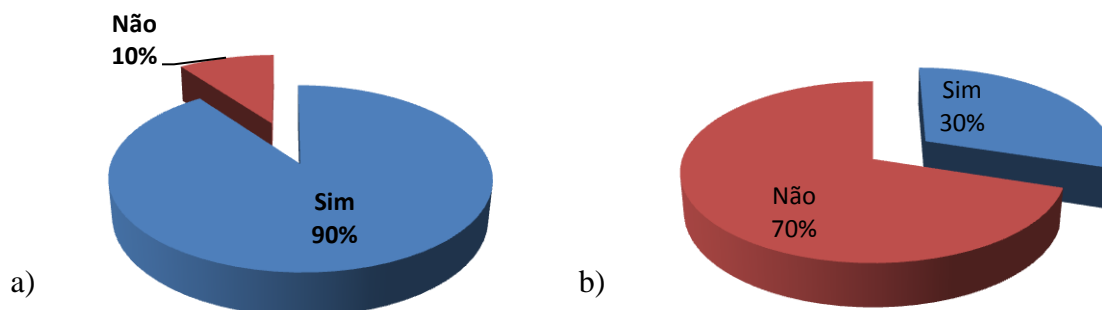


Gráfico 3 - a) Percentagem de recorrência à Urgência durante o mês anterior ao falecimento de doentes oncológicos internados no serviço de Medicina Interna. b) Percentagem de recorrência à Urgência durante o mês anterior ao falecimento de doentes oncológicos internados no serviço de Medicina Paliativa.

Analisando os gráficos anteriores é notória a diferença entre ambos os grupos relativamente à variável em estudo. O número de recorrências por cada elemento ao Serviço

de Urgência também foi diferente. Os 9 elementos do grupo que recorreu ao Serviço de Urgência e cujo falecimento ocorreu no serviço de Medicina Interna totalizaram 13 recorrências a este serviço (média = 1,44). A esta recorrência esteve inerente um gasto teórico total de 898,43€, tendo sido atribuído a cada episódio de urgência no Centro Hospitalar Cova da Beira, no ano de 2009, um valor médio total de 69,11€. Os 3 elementos do grupo que se dirigiu ao Serviço de Agudos e cujo falecimento ocorreu no serviço de Medicina Paliativa do Fundão, recorreram 6 vezes a este serviço (média = 2), somando um gasto teórico total de 414,66€ (valor médio por episódio de urgência no Centro Hospitalar Cova da Beira, no ano de 2009, de 69,11€).

Na amostra estudada, parte dos gastos relativos ao recurso ao Serviço de Urgência estão atribuídos à realização de exames complementares de diagnóstico. Das 13 recorrências relativas aos 9 doentes oncológicos falecidos no Serviço de Medicina Interna, obteve-se um custo total de 2713,23€ (média por episódio = 208,71€). Relativamente às 6 recorrências ao Serviço de Agudos dos doentes falecidos no serviço de Medicina Paliativa, totalizaram 286,32€ em exames complementares de diagnóstico (média por episódio = 47,72€). Em média, o custo por episódio no Serviço de Urgência dos doentes falecidos no internamento do Serviço de Medicina Interna, foi aproximadamente 4,37 vezes superior ao custo médio por episódio dos doentes oncológicos falecidos no serviço de Medicina Paliativa do Centro Hospitalar Cova da Beira.

Aos 12 doentes internados no serviço de Medicina Paliativa, correspondem 13 consultas desta especialidade (média = 1,3), em que todos os pacientes tiveram pelo menos 1 contacto com esta consulta.

Apenas 3 pacientes do grupo de Medicina Interna frequentaram o serviço de Hospital de Dia no mês anterior ao seu falecimento, não havendo qualquer episódio relativamente aos doentes oncológicos falecidos no serviço de Medicina Paliativa do Fundão. Estes 3 episódios tiveram um custo total de 960,58€, correspondendo a 2 sessões de quimioterapia (custo médio/sessão de 296,15€) e uma de Hematologia (custo médio/sessão de 368,28€).

Dos 24 medicamentos estabelecidos como essenciais para uma boa prática clínica em Medicina Paliativa (**Anexo III**), alguns medicamentos tiveram utilização comum em ambos os Serviços.

	Utilização no Serviço de Medicina Interna	Utilização no Serviço de Medicina Paliativa
Amitriptilina	Não	Sim
Bisacodilo	Não	Sim
Dexametasona	Sim	Sim
Diazepam	Sim	Sim
Diclofenac	Não	Sim
Fentanilo	Sim	Sim
Haloperidol	Não	Sim
Loperamida	Sim	Não
Lorazepam	Não	Sim
Megestrol	Não	Sim
Metoclopramida	Sim	Sim
Midazolam	Não	Sim
Morfina	Sim	Sim

Paracetamol	Sim	Sim
Prednisolona	Sim	Sim
Tramadol	Sim	Não

Tabela 3 – Utilização de medicamentos essenciais da Medicina Paliativa nos Serviços de Medicina Interna e Medicina Paliativa do CHCB

Tendo em conta a **Tabela 3**, verifica-se concordância do uso de 7 dos 16 medicamentos utilizados (43,75%), em ambos os serviços de internamento.

Na **Tabela 4**, está representado o grau de satisfação dos familiares e cuidadores com os serviços prestados aos elementos da amostra em estudo, traduzido numa escala que vai desde o valor 0 (ausência de satisfação) até ao valor 10 (satisfação máxima).

Grau de Satisfação	Não avaliado	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Medicina Interna	3		1			2	2		1	1		
Medicina Paliativa	3								2	3	1	1

Tabela 4 – Grau de satisfação dos familiares e cuidadores com os cuidados prestados aos doentes que faleceram nos serviços de Medicina Interna e Medicina Paliativa do CHCB

Em ambos os grupos foram avaliados 7 elementos. Os doentes que faleceram no Serviço de Medicina Interna do CHCB, obtiveram em média um valor 4,86 no grau de satisfação dos cuidados prestados, e os que faleceram no Serviço de Medicina Paliativa do CHCB, obtiveram um valor médio de 8,14.

5 DISCUSSÃO

São obrigações de importância equiparável da profissão médica, o alívio do sofrimento e a cura da doença. Médicos que falham na adopção de uma atitude humanista na sua prática clínica falham inevitavelmente no reconhecimento de que o alívio do sofrimento é um valor primordial. “A não compreensão da natureza do sofrimento pode resultar numa intervenção médica que, embora tecnicamente bem executada, não só falha no alívio do sofrimento como se torna por si própria numa fonte de mais sofrimento”. **(52)** O objectivo da prática médica não pode ser simplesmente a preservação da vida. Todos os seres humanos morrem inevitavelmente, e tentar atingir um objectivo, a qualquer custo, que está à partida destinado a falhar, dificilmente parece ser consistente com qualquer argumento racional. **(53)** A medicina paliativa, enquanto especialidade centrada no tratamento da doença crónica avançada, tenta transmitir e proporcionar o máximo de conforto aos doentes e suas famílias tentando ultrapassar todos os aspectos inerentes ao sofrimento ou dor física e emocional. Surge então a necessidade de averiguar a existência da real necessidade e dos benefícios desta prática comparativamente à prática médica convencional. Se analisarmos os estudos realizados até à actualidade, que comparam os custos totais por paciente, verifica-se que os serviços prestados pelos cuidados paliativos a doentes terminais são menos dispendiosos que os cuidados prestados pelos serviços convencionais. De facto, foi possível estabelecer esta associação, embora apenas na análise de algumas variáveis. Verificou-se um maior tempo de internamento nos doentes terminais internados no serviço de Medicina Paliativa (em média 2,29 vezes superior) e um maior, embora pouco significativo, custo médio total por cada paciente internado neste serviço. Este maior custo relativamente aos doentes oncológicos terminais internados no serviço de medicina paliativa, é apenas reflexo de um maior custo

inerente aos recursos humanos mobilizados na prestação desses cuidados, facto que vem afirmar a conclusão já estabelecida por estudos prévios. **(54)** Isto porque tendo em conta todos os outros factores avaliados, incluindo material consumido e terapêutica administrada, o gasto correspondente a estas variáveis foi significativamente menor. É de salientar um menor gasto, de aproximadamente menos 38,5%, na terapêutica administrada em cada paciente por episódio de internamento no serviço de Medicina Paliativa.

É bem conhecido o maior acompanhamento, uma vivência mais harmoniosa e tranquila dos doentes que têm contacto com os cuidados paliativos no período que antecede o seu falecimento. O grupo de pacientes a beneficiar de internamento nos cuidados paliativos apresentou níveis inferiores de recorrência a serviço de agudos quando comparado com o grupo internado no serviço de internamento de Medicina Interna (30% e 90%, respectivamente). Estes resultados são portadores de grande significância e corroboram as conclusões apresentadas em vários estudos. **(17,18,21)** Contudo, em relação ao custo total por episódio de cada paciente inerente ao recurso a este serviço, em média, foi igual para os pacientes dos dois grupos (69,11€). Apesar deste resultado, é bastante importante salientar que parte deste custo tem em conta a realização de exames complementares, tendo sido este significativamente maior, aproximadamente 4,37 vezes superior, nos doentes que posteriormente faleceram no Serviço de Medicina Interna. Com o objectivo de tornar mais robusta esta associação entre contacto com cuidados paliativos e menor necessidade de recorrência a serviço de agudos e a serviços cujo objectivo é fundamentalmente aplicar medidas agressivas com o objectivo de prolongar ao máximo a vida do paciente, revela-se interessante direccionar a nossa atenção para os trabalhos conduzidos no âmbito da gestão do sofrimento aliado ao período que antecede o falecimento dos doentes terminais. O sofrimento é experienciado pelo ser humano, como uma entidade com um contexto psicossocial, não

apenas pelo corpo humano, ou seja o contexto físico. Esta perspectiva tem de ser entendida pelo prestador de cuidados de saúde para evitar atitudes terapêuticas que em nada beneficiem o paciente, neste contexto. **(52)** Documentaram-se casos em que essas atitudes terapêuticas foram prestadas, especialmente no serviço Hospital de Dia, em 3 pacientes cujo falecimento veio a ocorrer no serviço de Medicina Interna. Apesar de ter pouco significado, consegue-se identificar neste aspecto, o esforço já existente, por parte da generalidade dos profissionais de saúde, para evitar expor o paciente a situações que o possam fragilizar ainda mais, para que a relação riscos/benefícios seja a menor possível. **(13-15)**

Um âmbito que parece desempenhar um papel primordial no maior benefício, em termos de qualidade de vida, nos doentes oncológicos terminais é a capacidade de estabelecer um óptimo controlo sintomático. Existe a descrição de diferenças significativas, com o melhor controlo sendo realizado pelos serviços que prestam cuidados paliativos. **(18,19)** No entanto, verificou-se que a medicação considerada essencial para estabilizar sintomaticamente os pacientes, na prestação de cuidados paliativos, era também utilizada na prática de medicina convencional, com uma frequência semelhante. (Utilização de 9 e 14 desses medicamentos, nos grupos pertencentes aos serviços de Medicina Interna e Medicina Paliativa, respectivamente). Foi possível verificar que em ambos os grupos se tentou controlar a dor (leve, moderada e grave), as náuseas e vómitos, a dispneia, a ansiedade e a anorexia associada à patologia e ao estado subjacente do paciente. Sendo assim, as informações obtidas a partir deste estudo permitem corroborar dados de estudos de outros autores, que demonstram a existência de maior prática clínica, no âmbito dos cuidados paliativos, no controlo de sintomatologia através da utilização de medicação específica. **(22,23)** Contudo, outras medidas para confortar, aliviar o sofrimento e colmatar as necessidades dos doentes terminais e seus familiares foram avaliadas, através de contacto telefónico estabelecido com familiares e

outros cuidadores. Se é verdade que os familiares dos doentes falecidos no serviço de Medicina Paliativa referem maior grau de apoio pelos profissionais de saúde aos doentes terminais, fazem-no também no que diz respeito ao apoio prestado pelos profissionais a eles próprios, comparativamente com os relatos dos familiares dos pacientes falecidos no Serviço de Medicina Interna (médias de 8,14 e 4,86, respectivamente, numa escala cujo grau de satisfação era atribuído a um valor compreendido entre 0 e 10). Podemos conjecturar que este resultado esteja relacionado com algum simbolismo inerente ao próprio objectivo primordial dos Cuidados Paliativos, ou seja, prestação de cuidados tendo em conta a perspectiva biopsicossocial dos pacientes, propiciando um alívio não só do sofrimento físico, mas também dos problemas de âmbito emocional, social e espiritual e identificação e apoio aos familiares de forma a colmatar algumas das suas necessidades. **(13,14,18,22)** São cuidados que combinam a ciência com o humanismo e isso reflecte-se, como demonstrado, nas relações inter-pessoais. Dois relatos de familiares de doentes falecidos no Serviço de Medicina Paliativa demonstraram o seu descontentamento por terem tido conhecimento da existência de Cuidados Paliativos, tardia e ocasionalmente, e pela dificuldade em obter a prestação destes mesmos cuidados. Este facto vem enaltecer a constatação de que apesar da pertinência da resposta advogada pelos cuidados paliativos para as questões em torno da humanização dos cuidados de saúde e do seu inequívoco interesse público, o certo é que hoje, no início do século XXI, este tipo de cuidados não está ainda suficientemente divulgado e acessível àqueles que deles carecem. No nosso país, mais concretamente, os serviços qualificados e devidamente organizados são escassos e insuficientes para as necessidades detectadas. **(32)**

5.1 Limitações

5.1.1

É importante fazer uma avaliação crítica dos resultados e de todo o estudo. O estudo apresenta algumas limitações que devem ser tidas em consideração. Estas poderão ser fundamentais para futuros estudos e pesquisas no âmbito desta temática. Da análise dos resultados evidenciam-se as primeiras limitações relacionadas com insuficiências metodológicas. Por um lado, a reduzida amostra de estudo, limitada por conveniência, impede uma correcta generalização das conclusões expostas à população, sendo para isso necessário um estudo de amostras maiores. Um forte factor limitador do tamanho da amostra estudada prende-se com o curto tempo disponível para a conclusão deste trabalho. Por outro lado, foi um estudo retrospectivo, baseou-se em alguma informação cedida pelos familiares dos pacientes que poderão não ter relatado de forma suficientemente fidedigna os acontecimentos. Sabendo-se ainda que a percepção é subjectiva, as opiniões colectadas no momento da pesquisa podem não ser as mesmas em outro momento. Verificou-se ainda um facto absolutamente excepcional. Um familiar contactado de um elemento do grupo dos doentes falecidos no Serviço de Medicina Interna do Centro Hospitalar Cova da Beira, negou o óbito do mesmo, o que nos leva a questionar a fiabilidade do relato do entrevistado ou então dos registos hospitalares efectuados! Importa notar ainda que muitas das informações apresentadas, e sobre as quais se debruçou grande parte do estudo, não retratavam com exactidão a realidade subjacente a cada elemento da amostra. Tanto os custos relativos a exames complementares de diagnóstico de tratamento, assim como a episódios de urgência ou de internamento nos serviços abrangidos pelo estudo foram calculados a partir de estimativas anuais, não reflectindo objectivamente os dados individuais da amostra em estudo.

Outra consideração a fazer baseia-se no facto de que as variáveis pesquisadas, mesmo consideradas significativas, não esgotam as possibilidades do tema em questão, o que limita a abrangência do assunto. Assim, outros indicadores poderiam ser utilizados para a verificação dos objectivos de pesquisa propostos.

6 CONCLUSÃO

Terminado o trabalho de investigação, apesar das limitações metodológicas, foram alcançados os objectivos a que nos propusemos inicialmente. Este trabalho sugere benefícios significativos da prestação de cuidados paliativos a doentes terminais, quando comparados com os cuidados convencionais. Esta disparidade parece resultar, fundamentalmente, do maior controlo e menor grau do sofrimento físico e psicossocial experienciado pelos doentes e seus familiares ou cuidadores. É notável a maior mobilização de recursos financeiros no internamento do serviço de Medicina Paliativa, comparativamente ao internamento no serviço de Medicina Interna, contribuindo apenas para este resultado, os maiores custos com pessoal, embora esta evidência deva ser cautelosamente interpretada. Tendo em conta que os cuidados paliativos têm como um dos objectivos primordiais apoiar o doente terminal de uma forma holística, centrada no doente, justifica-se provavelmente um maior peso de profissionais de origem multidisciplinar, que prestem um cuidado mais personalizado, envolvendo todas as dimensões humanas quer dos doentes quer das pessoas que o rodeiam. Contudo, doentes que estabeleceram contacto com a Medicina Paliativa no mês anterior ao falecimento recorreram menos vezes aos serviços de agudos, vocacionados para a prestação de cuidados curativos. Isto traduz-se numa maior estabilidade do doente, num menor gasto com este, menor encargo e evitação de um factor stressante para a família, já fragilizada pela situação em que se encontra o doente. Existem ainda barreiras que impedem que alguns doentes terminais recebam a prestação de cuidados paliativos. São necessários maiores estudos para evidenciarem com clareza em que aspectos os serviços de cuidados paliativos providenciam melhorias e se sobrepõem aos serviços prestados pela medicina convencional aos doentes terminais.

7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Hogan C, Lynn J, Gabel J, Mara A, Wilkinson A. Medicare beneficiaries' costs and use of care in the last year of life. Washington: MedPAC 2000;00-1.
- (2) Heron M, Donna L, Hoyert P, Sherry L, Murphy BS. Deaths: Final Data for 2006. NVSS 2009 April 17;57:14. Available from: URL:www.cdc.gov/nchs/fastats/deaths.htm
- (3) Report of the Second World Assembly on Aging. Madrid: United Nations; 2002 April 8-12.
- (4) Higginson IJ, Koffman J. Public health and palliative care. Clin Geriatr Med. 2005 Feb; 21:45-55.
- (5) Doyle D, Hanks GW, Macdonald N. Oxford Textbook of Palliative Medicine. New York: Oxford University Press; 1993. p. 28-35.
- (6) Higginson IJ, Astin P, Dolan S. Where do cancer patients die? Ten-year trends in the place of death of cancer patients in England. Palliat Med. 1998 Sep;12:353-63.
- (7) Kovács MJ. Educação para a morte: temas e reflexões. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2004. p. 165.
- (8) Achievements in public health: changes in the public health system. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Morbidity and Mortality Weekly Report 1999; 48:1141-1147.
- (9) Declaração da Coreia sobre Cuidados Paliativos. 2ª Cimeira Mundial de Associações Nacionais de Cuidados Paliativos. Seul: Março 2005. Available from: URL:<http://www.apcp.com.pt/index.php?n=equipas-c.-paliativos&cod=90&subCat=90>

(10) Pessini L. Cuidados Paliativos: alguns aspectos conceituais, biográficos e éticos. São Paulo: Prática Hospitalar; 2005 Set-Out;41. Available from: URL:<http://www.praticahospitalar.com.br/pratica%2041/pgs/materia%2021-41.html>.

(11) Martin, LM. Eutanásia e distanásia – Iniciação à Bioética. Brasília: Conselho Federal de Medicina; 1998. p. 172.

(12) Oliveira, F. Bioética: uma face da cidadania. 2ª ed. São Paulo: Moderna; 1997. p. 22.

(13) Davies E, Higginson IJ, Better Palliative Care for Older People. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2004. Available from: URL:<http://www.euro.who.int/document/E82933.pdf>

(14) A well-conceived, well-managed national cancer control programme lowers cancer incidence and improves the life of cancer patients, no matter what resource constraints a country faces. National cancer control programmes. WHO. Available from: URL:<http://www.who.int/cancer/nccp/en/>

(15) Higginson I. Palliative care: a review of past changes and future trends. J Public Health Med. 1993 Mar;15(1):3-8.

(16) Higginson I. Palliative care: a review of past changes and future trends. J Public Health Med. 1994 Jun;17(1):13-28.

(17) Raftery J, Addington HJ, MacDonald L, Anderson H, Bland J, Chamberlain A. A randomized controlled trial of the cost-effectiveness of a district co-ordinating service for terminally ill cancer patients. Palliat Med. 1996 April 1;10(2):151-161.

- (18) Hearn J, Higginson IJ. Do specialist palliative care teams improve outcomes for cancer patients? A systematic literature review. *Palliat Med.* 1998 Sep;12(5):317-32.
- (19) Peruselli C, Giulio DP, Toscani F, Gallucci M, Brunelli C, Costantini M, et al. Home palliative care for terminal cancer patients: a survey on the final week of life. *Palliat Med.* 1999 May;13(3):233-41
- (20) Jordhoy MS, Fayers P, Loge JH, Elmqvist AM, Kaasa S. Quality of Life in Palliative Cancer Care: Results From a Cluster Randomized Trial. *JCO* 2001 Jan;19:3884-3894.
- (21) Serra PM, Gallo P, Picaza J M. Home palliative care as a cost-saving alternative: evidence from Catalonia. *Palliat Med* 2001;15:271-278.
- (22) Higginson IJ, Finlay I, Goodwin DM, Cook AM, Hood K, Edwards AG. Do hospital-based palliative teams improve care for patients or families at the end of life?. *J Pain Symptom Manage.* 2002 Feb;23(2):96-106.
- (23) Perez G, Linertova L, Olivera RM, Aguilar BS, Rosario PB. A systematic review of specialised palliative care for terminal patients: which model is better?. *Palliat Med.* 2009;23:17-22.
- (24) Keeley, PW. Improving the evidence base in palliative medicine: a moral imperative. *J. Med.*2008;34:757-760.
- (25) Enguidanos S, Housen P, Goldstein R, Vesper E, Allen J, Braun W. Physician and Nurse Perceptions of a New Inpatient Palliative Care Consultation Project: Implications for Education and Training. *J Palliat Med.* 2009 Aug 27.

(26) Higginson IJ, Finlay IG, Goodwin DM, Hood K, Edwards AG, Cook A. Is there evidence that palliative care teams alter end-of-life experiences of patients and their caregivers? *J Pain Symptom Manage*. 2003 Feb;25(2):150-68.

(27) Hoare J. Palliative care. *Health Serv Manage*. 1993 May;89(5):18-9.

(28) Rinck GC, Bos GA, Kleijnen J. Methodological issues in effectiveness research on palliative cancer care: a systematic review. *Journal of Clinical Oncology*. 1997;15(4):1697-707.

(29) Jordhoy MS, Kaasa S, Fayers P. Challenges in palliative care research; recruitment, attrition and compliance: experience and recommendations from a prospective, randomized trial. *Palliat Med*. 1999;13:299-310.

(30) Batiste G. *Organización de Servicios y Programas de Cuidados Paliativos*. Arán Ediciones; 2005.

(31) Bruera E, Sweeney C. Palliative care models: international perspective. *J Palliat Med*. 2002; vol 5;319-327.

(32) *Recomendações para a implementação/organização de serviços de cuidados paliativos*. Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos. Direcção da Associação Nacional de Cuidados Paliativos. 2006. Available from: URL: <http://www.apcp.com.pt>

(33) Salisbury C, Bosanquet N, Wilkinson EK, Franks PJ, Lorentzon M, Naysmith A. The impact of different models of specialist palliative care on patients' quality of life: a systematic literature review. *Palliative Medicine*. 1999 Jan 1;13(1):3-17.

- (34) Simon S, Higginson I. Evaluation of hospital palliative care teams: strengths and weaknesses of the before-after study design and strategies to improve it. *Palliat Med* 2009;23:23-28.
- (35) Perez GL, Linertova R, Olivera MR, Aguilar SP, Rosario BM. A systematic review of specialised palliative care for terminal patients: which model is better?. *Palliat Med* 2009;23:17-22.
- (36) Keeley, PW. Improving the evidence base in palliative medicine: a moral imperative. *J. Med.* 2008;34:757-760.
- (37) Higginson IJ, Astin P, Dolan S. Where do cancer patients die?. *J Palliat Med* 1998;12:353-63.
- (38) Higginson I, Gupta GJA. Place of care in advanced cancer. *J Palliat Med* 2004;3: 287-300.
- (39) Murray SA, Boyd K, Higginson IJ. Developing primary palliative care. *British Medical Journal* 2004;329:1056-7.
- (40) Doyle D, Hanks GWC, Cherney N, Calman K. *Oxford Textbook of Palliative Medicine*. 3ª ed. Londres: Oxford University Press; 2004.
- (41) Gomes B, Higginson IJ. Factors influencing death at home in terminally ill patients with cancer: systematic review. *BMC Palliat Care*. 2005 Oct 8;4:6.
- (42) *Hospice and Palliative Care Facts and Figures*. London: Saint Christopher's Hospice - The Hospice Information Service; 2001.

- (43) Salisbury C, Bosanquet N, Wilkinson EK, Franks PJ, Lorentzon M, Naysmith A. The impact of different models of specialist palliative care on patients' quality of life: a systematic literature review. *Palliat Med.* 1999 Jan;13(1):3-17.
- (44) Gunten VCF. Secondary and tertiary palliative care in US hospitals. *JAMA.* 2002 287(7):875-881.
- (45) Higginson IJ, Costantini M. Dying with cancer, living well with advanced cancer. *Eur J Cancer.* 2008 Jul;44(10):1414-24.
- (46) Batiste G, et al. Palliative care at the Institut Català d'Oncologia. Barcelona: *European Journal of Palliative Care*;10(5).
- (47) Sá, E. Qualidade de Vida: Adaptação mental à doença oncológica. *Nursing*; 2003;15(181):23-29.
- (48) Rolland, J. Ajudando famílias com perdas antecipadas. Porto Alegre: Artes Médicas; 1998. p. 166-186.
- (49) Rolland, J. Doença Crónica e o Ciclo de Vida Familiar. Porto Alegre: Artes Médicas; 1995. p. 373-391.
- (50) Chantal, C. Qualidade de Vida: arte para viver no século XXI. Loures: Editora Lusociência.
- (51) Davies E, Higginson I. *Palliative Care: the solid facts.* OMS – Europe; 2004.
- (52) Cassel EJ. The nature of suffering and the goals of medicine. *New England Journal of Medicine*; 1982;300:639-45.

(53) Nelson AR. Humanism and the art of medicine. JAMA; 1989;262(9):1228-30.

(54) Smith TJ. Estimating costs for a Palliative Care Program. 2005. Available from:
URL:<http://www.capc.org/building-a-hospital-based-palliative-care-program/financing/estimating-costs>.

8 ANEXOS

ANEXO I

Neste quadro são apresentados os dados anuais relativos a 2008. Neles se incluem o número total de dias de internamento e de doentes tratados nos serviços de Medicina Interna e de Medicina Paliativa do Centro Hospitalar Cova da Beira, E.P.E. Estão ainda apresentados os recursos consumidos durante o período anual de 2008 em cada um dos serviços e o respectivo cálculo financeiro por cada dia de internamento. (Custos apresentados em Euros)

DADOS DE 2008	Medicina Interna	Medicina Paliativa	Custo Unitário (dia de internamento) Medicina Interna	Custo Unitário (dia de internamento) Medicina Paliativa
Dias de Internamento	29696	3123		
Doentes tratados	3835	199		
Total dos custos analíticos (directos+indirectos)	6122894,69	691950,94	206,1858395	221,5661031
Total dos Custos Directos	3792221,76	520687,7	127,7014332	166,7267691
Matérias de consumo	763349,03	36563,57	25,70544956	11,70783541
Produtos Farmacêuticos	60640728	2455721	2042,050377	786,3339737
Material de Consumo Clínico	127268,34	8872,96	4,285706492	2,841165546
Produtos Alimentares	7,49	2,39	0,000252223	0,00076529
Material de Consumo Hoteleiro	20168,32	2582,99	0,679159483	0,827086135
Material de Consumo Administrativo	4400,18	471,85	0,148174165	0,151088697
Material Manutenção e Conservação	5097,42	76,17	0,171653421	0,02439001
Outro Material de Consumo	0	0	0	0
Fornecimentos e Serviços Externos	303305,18	13066,23	10,2136712	4,183871278

REFLEXO DA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS PALIATIVOS E DE CUIDADOS CONVENCIONAIS
NA QUALIDADE DE VIDA DOS DOENTES ONCOLÓGICOS TERMINAIS

Custos com Pessoal	2711121,9	464183,19	91,2958614	148,6337464
Total dos Custos Indirectos	2330672,93	171263,24	78,48440632	54,83933397
Anatomia Patológica	5700,79	17,49	0,191971646	0,005600384
Patologia Clínica	561316,58	1502,73	18,90209388	0,481181556
Imagiologia	179451,54	351,56	6,04295326	0,112571246
Imuno – Hemoterapia	145350,25	3789,88	4,894607018	1,213538264
Técnicas de Cardiologia	17053,71	96,22	0,574276334	0,030810118
Técnicas de Gastrenterologia	40063,43	0	1,349118737	0
Técnicas de Pneumologia	2747,71	0	0,09252795	0
Técnicas de Ginecologia	89,46	0	0,003012527	0
Técnicas de Dermatologia	0	12,31	0	0,003941723
Esterilização	29172,49	9165,32	0,982371026	2,93478066
Psicologia	75,48	9887,31	0,002541756	3,165965418
Serviços Farmacêuticos	65034,3	2633,62	2,19000202	0,843298111
Serviço de Instalações e Equipamento	128393,92	17458,29	4,323609914	5,590230548
Serviço de Alimentação e Dietética	353647,42	36753,92	11,90892443	11,76878642
Serviço de Higiene e Limpeza	43741,3	5257,69	1,472969423	1,683538264
Serviço de Viaturas	6310,64	0	0,212508082	0

ANEXO II

Neste quadro é apresentada a medicação utilizada durante o período total de internamento dos 20 pacientes da amostra do estudo desenvolvido, nos serviços de Medicina Interna e Medicina Paliativa do Centro Hospitalar Cova da Beira, E.P.E. e quais os que foram utilizados em cada serviço de internamento, respectivamente. Destacam-se os medicamentos pertencentes à Lista da Medicação Essencial dos Cuidados Paliativos, mencionada no **Anexo III**.

MEDICAÇÃO UTILIZADA	Custo unitário	Utilização Medicina Interna	Utilização Medicina Paliativa
A.A. 7g/l N+glucose 75g/l+lipidos+electrólitos; fr 1000ml; via iv (frasco)	37,5	Sim	Não
Acetilcisteína 600mg; comp eferv; via oral (comp)	0,1715	Não	Sim
Ácido aminocapróico 2500mg/10ml; sol inj; fr 10ml; via iv (amp)	1,781666	Sim	Não
Ácido aminocapróico 3000mg; pó sol oral saq; via oral (carteira)	0,688	Sim	Sim
Aminofilina 225mg comp; via oral (comp)	0,05975	Não	Sim
Aminofilina 240 mg/10ml; sol inj; via iv (amp)	0,715	Sim	Não
Amiodarona 200mg comp; via oral (comp)	0,081	Sim	Não
Amitriptilina 10mg comp; via oral (comp)	0,018	Não	Sim
Amitriptilina 25mg comp; via oral (comp)	0,034706	Não	Sim
Amoxicilina 1000mg+ácido clavulânico 200mg; via iv (amp)	2	Sim	Não
Bisacodilo 5mg comp; via oral (comp)	0,1	Não	Sim
Brometo de ipratópio 0,25 mg/2ml; sol inal neb; Fr 2ml; via inal; 250 MCG (amp)	0,25	Sim	Sim

Buprenorfina 35 µg/h sist transd; via transd; 35 MCG (unid)	5,192	Não	Sim
Buprenorfina 52,5 µg/h sist transd; via transd; 52,5 MCG (unid)	7,366	Não	Sim
Buprenorfina 70 µg/h sist transd; via transd; 70 MCG (sistema)	9,634	Não	Sim
Butilescopolamina 20mg/1ml; fr 1ml; via subcut (amp)	0,1833	Não	Sim
Captopril 25mg comp; via oral (comp)	0,0243	Não	Sim
Cianocobalamina 1mg/ml; sol inj fr 1 ml; via IM (amp)	2,53	Sim	Não
Deflazacorte 20mg comp; via oral (comp)	0,116	Sim	Não
Deflazacorte 30mg comp; via oral (comp)	0,25	Sim	Não
Dexametasona 5mg/1ml; fr 1ml; via subcut (amp)	1,099	Sim	Sim
Diazepam 10mg comp; via oral (comp)	0,022	Sim	Não
Diazepam 5mg comp; via oral (comp)	0,0125	Não	Sim
Diclofenac 100mg cáps; via oral (caps)	0,0627	Não	Sim
Diclofenac 50mg com; via oral (comp)	0,053	Não	Sim
Dimeticone 40mg comp; via oral (comp)	0,065	Sim	Não
Dinitrato de isossorbida 20mg; cáps pl; via oral (caps)	0,039175	Sim	Não
Diosmina 450mg comp; via oral (comp)	0,2435	Não	Sim
Domperidona 10mg; comp; via oral (comp)	0,032	Não	Sim
Enoxaparina Sódica 100mg/1ml; sol inj; via subcut (seringa)	7,1522	Sim	Não
Enoxaparina sódica 20mg/0,2ml; via subcut (FRS/AMP)	1,37	Sim	Não
Enoxaparina Sódica 40mg/0,4ml; sol inj; via subcut (FRS/AMP)	2,7	Sim	Sim
Enoxaparina sódica 60mg/0,6ml; via subcut (seringa)	3,71	Não	Sim
Morfina 40mg/2ml sol. Inj. Fr 2ml; Epidural IM IT IV SC (amp)	12,5302	Não	Sim
Epoietina alfa 10000U.I./1ml; via subcut (seringa)	60,15	Sim	Não

Esomeprazol 20mg comp GR; via oral (comp)	0,6	Sim	Sim
Esomeprazol 40mg; sol inj; via iv (amp)	3,5	Sim	Não
Espironolactona 25mg comp; via oral (comp)	0,09197	Não	Sim
Fentanilo 100µg/h sist transd; via transd (unid)	11,8988	Sim	Sim
Fentanilo 25µg/h sist transd; via transd (unid)	3,836972	Não	Sim
Fentanilo 50µg/h sist transd; via transd (unid)	6,902	Não	Sim
Fentanilo 75µg/h sist transd; via transd (unid)	9,651092	Não	Sim
Filgrastim 30M.U.I./0,5 ml; via subcut (amp)	103,41	Sim	Não
Furosemida 20mg/2ml; sol inj; via iv; fr 2ml (amp)	0,16	Sim	Não
Furosemida 40mg comp; via oral (comp)	0,03	Sim	Sim
Haloperidol 2mg/ml sol oral; fr 15ml; via oral (frs)	0,95	Não	Sim
Haloperidol 5mg comp; via oral (comp)	0,0715	Não	Sim
Haloperidol 5mg/1ml sol inj; fr 1ml; via iv (amp)	0,2256	Não	Sim
Hidróxido de magnésio 83mg/ml; susp oral fr 200ml; via oral (frs)	2,5	Sim	Não
Hidroxizina 25mg comp; via oral (comp)	0,0577	Não	Sim
Ibuprofeno 400mg comp; via oral (comp)	0,035	Não	Sim
Insulina humana 100U.I./ml Acção curta sol inj Cartu 3ml; via subcut (amp)	3,24052	Não	Sim
KCl 74,5 mg/ml; sol. Inj.; via iv; fr 10 ml (amp)	0,7135	Sim	Não
Lactulose 500mg/ml xar fr 200ml; via oral (frs)	3,4241	Sim	Sim
Levofloxacino 500mg comp; via oral (comp)	0,89	Sim	Não
Levofloxacino 5mg/ml; sol inj; fr 100ml; via iv (amp)	12,8	Sim	Não
Loperamida 2mg comp; via oral (comp)	0,075	Sim	Não
Lorazepam 1mg comp; via oral (comp)	0,03	Não	Sim
Losartan 50mg comp; via oral (comp)	0,16	Sim	Sim

Megestrol 160mg comp; via oral (comp)	0,69	Não	Sim
Melperona 25mg comp; via oral (comp)	0,0662	Não	Sim
Meropenem 1000mg; sol inj; via iv (amp)	29,6382	Sim	Não
Metamizol magnésico 2000mg/5ml sol inj (amp)	0,30094	Sim	Não
Metamizol magnésico 575mg cáp; via oral (caps)	0,121945	Sim	Não
Metoclopramida 10mg comp; via oral (comp)	0,039	Sim	Sim
Metoclopramida; 10mg/2ml sol inj; fr 2ml; via iv (amp)	0,17	Sim	Sim
Midazolam 15mg comp; via oral (comp)	0,195	Não	Sim
Midazolam 15mg/3ml; sol inj; fr 3ml; via subcut (amp)	0,8	Não	Sim
Morfina 10mg comp LP; via oral (comp)	0,138667	Sim	Sim
Morfina 10mg/1ml; sol inj Fr 1 ml; via subcut (amp)	4,06	Não	Sim
Morfina 10mg/1ml; sol inj; fr 1ml; via iv (amp)	4,06	Sim	Não
Morfina 20 mg comp; via oral (comp)	0,1875	Sim	Sim
Morfina 40mg/2ml; via subcut (amp)	12,5302	Sim	Sim
Multivitaminas+sais minerais+ácido fólico; comp; via oral (comp)	0,0188	Sim	Não
NaCl 9mg/ml; sol. Inj.; via iv (amp)	0,2359	Sim	Sim
Naproxeno 250mg comp: via oral (comp)	0,067	Sim	Não
Nistatina 100000U.I./ml susp oral; fr 30ml; via oral (frs)	1,31	Não	Sim
Ondansetrom 8mg/4ml; sol inj; fr 4ml; via iv (amp)	2,3	Sim	Não
Oxazepam 15mg comp; via oral (amp)	0,0373	Não	Sim
Paracetamol 10mg/ml; sol inj; via iv; fr 100ml (amp)	3,5	Sim	Não
Paracetamol 500mg comp; via oral (comp)	0,014	Não	Sim
Pentoxifilina 400mg comp; via oral (comp)	0,1245	Não	Sim
Piperacilina 4000mg + Tazobactam 500mg; sol inj; via iv (frs/amp)	3,5	Sim	Não

Polielectrol+glicose 50mg/ml; sol inj fr 1000ml; via iv (frs)	1,7822	Sim	Sim
Polistireno sulfonato de sódio 454g; via oral (frs)	15,28	Sim	Não
Prednisolona 20mg comp; via oral (comp)	0,08	Não	Sim
Prednisolona 50 mg; sol inj; via iv; 25 mg (amp)	1	Sim	Não
Ramipril 2,5mg caps; via oral (caps)	0,1	Não	Sim
Saccharomyces boulardii 250mg cáps; via oral (caps)	0,31	Sim	Não
Salbutamol 5mg/ml; sol inal neb; via inal; fr 10ml (frs)	2,111615	Sim	Não
Sucralfato 1000mg/5ml; susp oral saq; via oral (carteira)	0,129	Sim	Sim
Sulfato ferroso 525mg comp; via oral (comp)	0,04684	Não	Sim
Suplemento hipercalórico emulsão oral bem 200ml; via oral (pacote)	1,1	Sim	Sim
Tiocolquicosido 4mg cáps; via oral (caps)	0,18	Não	Sim
Tramadol 100mg/2ml; sol inj; fr 2ml; via iv (amp)	0,3	Sim	Não

ANEXO III

Neste quadro é apresentada a Lista dos Medicamentos Essenciais utilizados nos Cuidados Paliativos.

Referência: IAHPC Issues List of Essential Palliative Care Drugs. Oxford Textbook of Palliative Medicine 2006 Sept; vol4;no8. Available from:

[URL:http://www.supportiveoncology.net/journal/0408.html](http://www.supportiveoncology.net/journal/0408.html)

IAHPC List of Essential Medicines for Palliative Care

MEDICATION	FORMULATION	IAHPC INDICATION FOR PALLIATIVE CARE	WHO ESSENTIAL MEDICINES MODEL LIST: SECTION, SUBSECTION, AND INDICATION
Amitriptyline ^a	50–150 mg tablets	Depression Neuropathic pain	24.2.1–Depressive disorders
Bisacodyl	10 mg tablets 10 mg rectal suppositories	Constipation	Not included
Carbamazepine ^b	100–200 mg tablets	Neuropathic pain	5–Anticonvulsants/antiepileptics 24.2.2–Bipolar disorders
Citalopram (or any other equivalent generic SSRI except paroxetine and fluvoxamine)	20 mg tablets 10 mg/5 mL oral solution 20–40 mg injectable	Depression	Not included
Codeine	30 mg tablets	Diarrhea Pain—mild to moderate	2.2–Opioid analgesics 17.5.3–Antidiarrheal
Dexamethasone	0.5–4 mg tablets 4 mg/mL injectable	Anorexia Nausea Neuropathic pain Vomiting	3–Antiallergics and anaphylaxis 8.3–Hormones and antihormones
Diazepam	2.5–10 mg tablets 5 mg/mL injectable 10 mg rectal suppository	Anxiety	1.3–Preoperative sedation short-term procedures 5–Anticonvulsants/antiepileptics 24.3–Generalized anxiety, sleep disorders
Diclofenac	25–50 mg tablets 50 and 75 mg/3 mL injectable	Pain—mild to moderate	Not included
Diphenhydramine	25 mg tablets 50 mg/mL injectable	Nausea Vomiting	Not included
Fentanyl (transdermal patch)	25 µg/h 50 µg/h	Pain—moderate to severe	Not included
Gabapentin	300 mg or 400 mg tablets	Neuropathic pain	Not included
Haloperidol	0.5–5 mg tablets 0.5–5 mg drops 0.5–5 mg/mL injectable	Delirium Nausea Vomiting Terminal restlessness	24.1—Psychotic disorders
Hyoscine butylbromide	20 mg/1 mL oral solution 10 mg tablets 10 mg/mL injectable	Nausea Visceral pain Terminal respiratory congestion Vomiting	Not included
Ibuprofen	200 mg tablets 400 mg tablets	Pain—mild to moderate	2.1—Nonopioids and NSAIDs
Levomopromazine	5–50 mg tablets 25 mg/mL injectable	Delirium Terminal restlessness	Not included
Loperamide	2 mg tablets	Diarrhea	Not included
Lorazepam ^c	0.5–1–2 mg tablets 2 mg/mL liquid/drops 2–4 mg/mL injectable	Anxiety Insomnia	Not included
Megestrol acetate	160 mg tablets 40 mg/mL solution	Anorexia	Not included
Methadone (IR)	5 mg tablets 1 mg/mL oral solution	Pain—moderate to severe	24.5–Substance dependence
Metoclopramide	10 mg tablets 5 mg/mL injectable	Nausea Vomiting	17.2–Antiemetics
Midazolam	1–5 mg/mL injectable	Anxiety Terminal restlessness	Not included
Mineral oil enema			Not included
Mirtazapine (or any generic dual action NaSSA or SNRI)	15–30 mg tablets 7.5–15 mg injectable	Depression	Not included
Morphine	IR: 10–60 mg tablets IR: 10 mg/5 mL oral solution IR: 10 mg/mL injectable SR: 10 mg tablets SR: 30 mg tablets	Dyspnea Pain—moderate to severe	2.2–Opioid analgesics Note: Only IR is included in the WHO Model List—SR morphine is not.

<i>Octreotide</i>	100 µg/mL injectable	Diarrhea Vomiting	Not included
Oral rehydration salts		Diarrhea	17.5.1–Oral rehydration
Oxycodone	5 mg tablet	Pain—moderate to severe	Not included
Paracetamol (acetaminophen)	100–500 mg tablets 500 mg rectal suppositories	Pain—mild to moderate	2.1–Nonopioids and NSAIDs
<i>Prednisolone (as an alternative to dexamethasone)</i>	5 mg tablet	Anorexia	3–Antiallergics and anaphylaxis 8.3–Hormones and antihormones 21.2–Anti-inflammatory agents
Senna	8.6 mg tablets	Constipation	17.4–Laxatives
Tramadol	50–100 mg IR tablets 10 mg/5 mL oral solution 50 mg/mL injectable	Pain—mild to moderate	Not included
Trazodone	25–75 mg tablets 50 mg injectable	Insomnia	Not included
<i>Zolpidem (still patented)</i>	5–10 mg tablets	Insomnia	Not included

ANEXO IV

Neste quadro são apresentados, a média dos custos de cada episódio de Urgência no Centro Hospitalar Cova da Beira (CHCB), E.P.E. e a média dos custos de cada sessão de tratamentos realizados no serviço de Hospital de Dia do CHCB.

São apresentados ainda a média do custo unitário da realização de Meios Complementares de Diagnóstico e Tratamento (MCDT). Available from:

[URL:http://dre.pt/pdf1sdip/2009/01/02100/0066000758.pdf](http://dre.pt/pdf1sdip/2009/01/02100/0066000758.pdf)

(Custos apresentados em Euros)

Custo da Urgência no CHCB (p/episódio 2009)	69,11
Custo do Hospital de dia (p/episódio 2009)	
Hematologia	368,28
Imunoterapia	369,28
Quimioterapia	296,15
Infeciologia	517,64
Outras	25,27
Custo unitário de M.C.D.T:	
Hematologia	
hemograma com fórmula leucocitária	6,4
estudo morfológico do sangue periférico	10
Mielograma	34,3
Hematologia-hemostase	
Tempo de Protrombina	4,7
TTPA	4,6
Dimeros-D (DD)	38,3

Microbiologia	
Hemocultura	13,6
hemocultura/mielocultura	20,6
Microbiologia-bacteriologia	
hemocultura/mielocultura - em aerobiose, identificação TSA	20,6
hemocultura - em aerobiose, identificação TSA	13,6
urina - exame directo, cultural, identificação e TSA (urocultura)	21,3
Imunohemoterapia	
tipagem ABO e Rh	9,4
prova de compatibilidade eritrocitária, dador/receptor	4,65
pesquisa de Igs irregulares, anti-eritrocito	4,65
aplicação de 1 transfusão de sangue	24
fenotipagem eritrocitaria Rh – CCDEE	4,65
fenotipagem eritrocitaria Rh – KELL	7,5
Provas de função respirat	
oximetria transcutânea	21,7
Card. Act. Diag. Ecocar; Electr	
ecocardiograma com estudo doppler	63,7
ECG simples de 12 derivações	7,5
Gast. T endosc diagno	
endoscopia alta	38,1
rectosigmoidoscopia flexivel	33,1
Ecografia abdomen e	
ecografia vesical via supra pubica	28,8

Tórax	
tórax 1 incidência	10,4
Abdómen e pélvis	
abdómen simples 1 incidência	11,3
Coluna vertebral e...	
coluna lombar 2 incidências	11,2
Tomog. Comput (TC)	
TC do crâneo	74,3
TC do tórax	81
TC do abdómen	90,8
TC pélvico	68,4
TC contraste oral	5,6
TC, suplemento de contraste e.v.	62,6
Serv.técnicos gerais	
avaliação de sinais vitais (temp,TA,pulso)	4
administração de soros (inclui vigilancia)	15,5
injecção por via subcutânea	3,4
avaliação da TA	2,9
injecção por via iv	5,2
determinação glicémia capilar	4,4
Administração de quimio citotóxicos	
tratamento de curta duração	6,5
tratamento de média duração	16,6
Oncologia-aplicação de cateter	
manutenção e heparinização de cateter percutâneo	15,7