

**Universidade Federal do Rio de Janeiro
Faculdade de Medicina
Programa de Pós-graduação em Clínica Médica
Setor de Pneumologia**



UFRJ

**AVALIAÇÃO DA IMPLEMENTAÇÃO DE CUIDADOS PALIATIVOS, EM REGIME
AMBULATORIAL SOBRE ATENDIMENTO HOSPITALAR, SOBREVIDA E
LOCAIS DE ÓBITO EM PACIENTES COM CÂNCER DE PULMÃO EM FASE
AVANÇADA**

Gisele Cazale Bonioli

**Rio de Janeiro
2009**

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.



UFRJ

**AVALIAÇÃO DA IMPLEMENTAÇÃO DE CUIDADOS PALIATIVOS, EM
REGIME AMBULATORIAL SOBRE ATENDIMENTO HOSPITALAR,
SOBREVIDA E LOCAIS DE ÓBITO EM PACIENTES COM CÂNCER DE
PULMÃO EM FASE AVANÇADA**

Gisele Cazale Bonioli

Dissertação de Mestrado submetida ao Programa de Pós-Graduação em Clínica Médica- Setor Pneumologia, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Clínica Médica.

ORIENTADORES: Prof. Dr. Marcos Eduardo Machado Paschoal
Prof. Dr. Basílio de Bragança Pereira
Professor Dra Fernanda Carvalho de Queiroz Mello

Rio de Janeiro
Fevereiro de 2009

Bonioli, Gisele Cazale

Avaliação da implementação de cuidados paliativos, em regime ambulatorial sobre atendimento hospitalar, sobrevida e locais de óbito em pacientes com câncer de pulmão em fase avançada / Gisele Cazale Bonioli.

Rio de Janeiro: UFRJ / FM, 2009.
xv, 98, f. : il. ; 31 cm.

Orientadores: Marcos Eduardo Machado Paschoal, Basílio de Bragança Pereira e Fernanda Carvalho de Queiroz Mello
Dissertação (mestrado) – UFRJ/FM, Programa de Pós-Graduação em Clínica Médica, 2009.

Referências bibliográficas: f. 82-89

1. Neoplasias pulmonares. 2. Cuidados paliativos. 3. Sobrevida. 4. Doente terminal. 5. Hospitalização
6. Tempo de internação. 7. Serviços médicos de emergência. 8. Humanos. 9. Pneumologia

Tese. i. Paschoal , Marcos Eduardo Machado. ii. Pereira, Basílio de Bragança.

iii. Mello, Fernanda Carvalho de Queiroz. iv. Universidade Federal do Rio de Janeiro, FM, Programa de Pós-Graduação em Clínica Médica. v. Título.

AVALIAÇÃO DA IMPLEMENTAÇÃO DE CUIDADOS PALIATIVOS, EM REGIME
AMBULATORIAL SOBRE ATENDIMENTO HOSPITALAR, SOBREVIDA E
LOCAIS DE ÓBITO EM PACIENTES COM CÂNCER DE PULMÃO EM FASE
AVANÇADA

Gisele Cazale Bonioli

Dissertação submetida ao corpo docente do Departamento de Clínica Médica – Setor Pneumologia, da Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ, como parte dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre.

Rio de Janeiro, 11 de fevereiro de 2009

Aprovada por

Prof. Dr. Gilvan Renato Muzy de Souza

Prof. Dr. Marcus Barreto Conde

Professor Dra Marisa Palácios da Cunha e Melo de Almeida Rego

Talvez muitos se perguntem: por que trabalhar em cuidados paliativos? Por que falar de morte, de dor, de sofrimento? Essas pessoas talvez não saibam que a prática de falar e conviver com tudo isso nos ensina que através da morte se descobre e se trabalha pela vida, através da dor se conhece o alívio, através do sofrimento se chega à autonomia, à justiça, à beneficência e à não-maleficência.

Ensina-nos que, apesar dos avanços tecnológicos, a medicina sempre terá o que pesquisar e o que desafiar.

Ensina-nos que, mais que curar, nosso compromisso maior é servir e cuidar, atributos que servem de modo fundamental, seja à equipe, seja ao paciente, seja à família.

Ensina-nos que a morte é uma experiência, pela qual, um dia todos teremos que passar - que seja então com menos sofrimento.

Ensina-nos que o maior remédio do mundo sempre existiu e está disponível e ao alcance de todos: o amor.

Humildemente, dedico este trabalho a todos os pacientes que participaram desta pesquisa e muito me ensinaram, com a sua doença, história de vida e exemplo.

Gisele Cazale Bonioli

Agradecimentos

Aos meus filhos Giovanna e Lucas, por existirem em minha vida e me ensinarem o que é o amor incondicional.

Ao meu companheiro, Nilton, por me ajudar a ser uma pessoa melhor.

À minha mãe, que, com seu esforço, ajudou-me nas conquistas desta existência.

Aos meus orientadores Marcos Eduardo Machado Paschoal, Basílio de Bragança Pereira e Fernanda de Queiroz Mello, pelo carinho, pela competência e pelo conhecimento disponibilizado.

À doutoranda Emília do Nascimento, pela ajuda fundamental nas construções estatísticas deste trabalho.

À Maria Joana e Lena, com quem pude contar na administração da minha vida pessoal e no cuidado com meus filhos, para que eu pudesse realizar este estudo.

Aos colegas da Clínica da Dor e Cuidados Paliativos, que colaboraram com meu trabalho em cuidados paliativos.

Ao Prof. Gilvan Renato Muzy, que acreditou em mim e me deu a oportunidade de trabalhar em Cuidados Paliativos.

À Ângela Cascão e Ana Cristina dos Reis, da Coordenação de Dados Vitais da Secretaria Estadual de Saúde, que disponibilizaram os dados necessários sobre óbitos dos pacientes deste trabalho.

Aos amigos Rosa Marsico, e Remo Mannarino, pela ajuda de sempre, e, à Heliete Moreira, pelas aulas de estatística.

Aos amigos Vera Mannarino e Marcos Paschoal, pela ajuda inestimável e apoio verdadeiro, ao longo de todo este trabalho.

À Dra Elisa Albuquerque, ao Dr. José Mauricio Godoy e aos amigos do CEMA, que me ajudaram a chegar até aqui.

Aos parentes e amigos, que me ajudaram, direta ou indiretamente.

Muito obrigada.

Lista de Abreviaturas

- AJCC- American Joint Committee on Cancer
- ALCP- Associação Latino-Americana de Cuidados Paliativos
- ASCO- American Society of Clinical Oncology
- CACON- Centro Alta Complexidade em Oncologia
- CDCP- Clínica da Dor e Cuidados Paliativos
- CP- Cuidados Paliativos
- CPNPC- Carcinoma de pulmão não pequenas células
- CPPC- Carcinoma de pulmão pequenas células
- CREMESP- Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo
- EUA- Estados Unidos da América
- HUCFF- Hospital Universitário Clementino Fraga Filho
- IDT- Instituto de Doenças do Tórax
- INCa- Instituto Nacional do Câncer
- LCSS- *Lung Cancer Symptom Scale*
- OMS-Organização Mundial de Saúde
- OPAS- *Organización Panamericana de la Salud*
- PS-Performance Status
- QT- Quimioterapia
- RXT- Radioterapia
- SIDA-Síndrome de Imunodeficiência Adquirida
- SUS- Sistema Único de Saúde
- TNM- Tumor-Node-Metastasis
- UFRJ- Universidade Federal do Rio de Janeiro
- WHO- *World Health Organization*

Formatado: Recuo: 0 cm, Primeira linha: 1,27 cm,

Formatado: Recuo: 0 cm esquerda: 0 cm

Formatado: Português (Brasil)

Formatado: Português (Brasil)

WWW- world wide web

Formatado: Inglês (EUA)

vii

LISTA DE TABELAS **Lista de Tabelas**
Páginas

<u>Tabela 1: Características dos Pacientes Conforme os Grupos</u>	41
<u>Tabela 2: Comparação dos Atendimentos, na Emergência do HUCFF, do Grupo de Oncopneumologia e do Grupo de Cuidados Paliativos</u>	46
<u>Tabela 3: Variação das Taxas de Utilização, da Emergência do HUCFF, do Grupo de Oncopneumologia e do Grupo de Cuidados Paliativos</u>	47
<u>Tabela 4: Comparação das Internações, nas Enfermarias do HUCFF, do Grupo de Oncopneumologia e do Grupo de Cuidados Paliativos</u>	51
<u>Tabela 5: Variação das Taxas de Internações, nas Enfermarias do HUCFF, do Grupo de Oncopneumologia e do Grupo de Cuidados Paliativos</u>	52
<u>Tabela 6: Comparação das Características do Grupo de Oncopneumologia e do Grupo de Cuidados Paliativos, conforme os Locais de Óbito</u>	55
<u>Tabela 7: Variação das Taxas dos Locais de Óbito do Grupo de Oncopneumologia e do Grupo de Cuidados Paliativos</u>	56
<u>Tabela 8: Utilização do Ambulatório pelo Grupo de Oncopneumologia e pelo Grupo de Cuidados Paliativos.</u>	57
<u>Tabela 9: Variação da Utilização do Ambulatório pelo Grupo de Oncopneumologia e pelo Grupo de Cuidados Paliativos.</u>	58
<u>Tabela 10: Resultados pelo Modelo de Regressão de Cox, considerando-se o Tipo de Tratamento.</u>	69

LISTA DE FIGURAS**Lista de Figuras****Páginas**

Figura 1: Níveis de Desenvolvimento de CP em Todo o Mundo (ALCP, 2007). 12

Figura 2: Hierarquização e Aplicação dos Princípios Médicos da Moral e da Ética (beneficência, não-maleficência, autonomia e justiça) na Evolução de uma Doença. 17

Figura 3: Fluxograma de Pacientes Incluídos, Excluídos e Perdas do Grupo de Cuidados Paliativos 38

Figura 4: Fluxograma de Pacientes Incluídos, Excluídos e Perdas do Grupo de Oncopneumologia 39

Figura 5: Gráfico dos Motivos de Atendimentos na Emergência, do HUCFF, do Grupo de Oncopneumologia 42

Figura 6: Gráfico dos Motivos de Atendimentos na Emergência do HUCFF do Grupo de Cuidados Paliativos 44

Figura 7: Gráfico dos Motivos de Internações nas Enfermarias do HUCFF do Grupo de Oncopneumologia 48

Figura 8: Gráfico dos Motivos de Internações nas Enfermarias do HUCFF do Grupo de Cuidados Paliativos 49

Figura 9: Gráfico do Tempo de Sobrevida no Grupo de Oncopneumologia por Estagiamento 59

Figura 10: Gráfico do Tempo de Sobrevida no Grupo de Oncopneumologia por PS 60

Figura 11: Gráfico do Tempo de Sobrevida no Grupo de Oncopneumologia por Doença Associada 61

Figura 12: Gráfico do Tempo de Sobrevida no Grupo de Cuidados Paliativos por Estagiamento 62

Figura 13: Gráfico do Tempo de Sobrevida no Grupo de Cuidados Paliativos por PS 63

Figura 14: Gráfico do Tempo de Sobrevida no Grupo de Cuidados Paliativos por Doença Associada ix

Figura 15: Gráfico do Tempo de Sobrevida Comparando o Tratamento do G de Oncopneumologia e o Grupo de Cuidados Paliativos 65

Figura 16: Gráfico do Tempo de Sobrevida no Grupo de Oncopneumologia e no Grupo de Cuidados Paliativos por Estagiamento 66

Figura 17: Gráfico do Tempo de Sobrevida no Grupo de Oncopneumologia e no Grupo de Cuidados Paliativos por PS 67

Figura 18: Gráfico do Tempo de Sobrevida no Grupo de Oncopneumologia e no Grupo de Cuidados Paliativos por Doença Associada 68

Formatado: Fonte: Arial, 12 pt, Não Negrito

Formatado: Espaçamento entre linhas: simples

Formatado: Espaçamento entre linhas: simples

Resumo

Bonioli, Gisele Cazale. Avaliação da implementação de cuidados paliativos, em regime ambulatorial, sobre atendimentos hospitalares, sobrevida e locais de óbito em pacientes com câncer de pulmão em fase avançada. Orientadores: Marcos Eduardo Machado Paschoal, Basílio de Braçançã Pereira e Fernanda Carvalho de Queiroz Mello. Rio de Janeiro: UFRJ/CCS; 2009. Dissertação (Mestrado em Clínica Médica).

Dentre as neoplasias malignas, o câncer de pulmão é a causa mais comum de morte, com taxa de cura global que não ultrapassa 14%, apresentando uma relação incidência/óbito de 1.3: 1. A maior parte dos pacientes já se encontra com doença avançada no momento do diagnóstico, necessitando, desde logo, de cuidados paliativos como parte do tratamento. Avaliar atendimentos em pacientes em fase final de vida é sempre um desafio, pelas inúmeras variáveis que devem ser pesquisadas. Nesse sentido, este trabalho avaliou se a implementação de cuidados paliativos, como rotina de atendimento em regime ambulatorial, exerceu influência sobre internações hospitalares, atendimentos emergenciais, sobrevida e locais de óbito em pacientes com câncer de pulmão do tipo não pequenas células, em estágio IIIB e IV, atendidos em hospital universitário. Foi realizado estudo de duas coortes, retrospectivo e analítico, através da revisão de prontuários de 169 pacientes. O primeiro grupo, composto por 86 pacientes atendidos no período de 2003 a 2005, que recebeu cuidados paliativos, além do tratamento oncológico habitual, comparado com segundo grupo, composto por 83 pacientes atendidos no período de 1999 a 2001, que recebeu apenas tratamento

oncológico. Foram utilizados, como métodos estatísticos, os testes de médias e testes de proporções, gráficos de Kaplan-Meier, testes de Tarone-Ware, Log-rank, Peto and Prentice e Modelo de Cox. Os resultados mostraram que os cuidados paliativos proporcionaram redução de 22% na utilização da emergência hospitalar, redução de 69% nas internações hospitalares, redução de 71% no número de diárias hospitalares, dobrou o número de óbitos domiciliares, houve maior adesão ao tratamento, aumento do tempo de permanência no acompanhamento ambulatorial e aumento do tempo de sobrevida.

Palavras-chave: NEOPLASIAS PULMONARES; CUIDADOS PALIATIVOS xi SOBREVIDA; DOENTE TERMINAL; HOSPITALIZAÇÃO; SERVIÇOS MÉDICOS DE EMERGÊNCIA.

Formatado: Recuo: Primeira linha: 1,59 cm

~~—Dentre as neoplasias malignas, o câncer de pulmão é a causa mais comum de mortes, a maior parte dos pacientes já se encontra com doença avançada no momento do diagnóstico e a taxa de cura global não ultrapassa 14%, apresentando uma relação incidência/óbito de 1.3: 1 o que demonstra que estes pacientes necessitam de cuidados paliativos como parte do seu tratamento. Avaliar atendimentos em pacientes em fase final de vida é um desafio pelas inúmeras variáveis que podem influenciar. Neste sentido este trabalho avaliou se a implementação de Cuidados Paliativos como rotina de atendimento, exerceu influência sobre, internações hospitalares, atendimentos emergenciais, sobrevida e locais de óbito em pacientes com câncer de pulmão não pequenas células estágio IIIB e IV atendidos em hospital universitário. Foi realizado estudo de uma coorte, retrospectivo e analítico, através da revisão de prontuários de 169 pacientes comparando-se dois grupos, sendo que o primeiro grupo foi composto por 86 pacientes, atendidos no período de 2003 à 2005, que receberam cuidados paliativos além do tratamento oncológico habitual e o segundo grupo, composto por 83 pacientes, atendidos no período de 1999 à 2001 que receberam apenas tratamento oncológico. Foram utilizados métodos estatísticos: testes de médias e~~

Formatado: Recuo: Primeira linha: 0 cm

testes de proporções, gráficos de Kaplan-Meier, testes de Tarone-Ware, Log-rank, Peto and Prentice, e Modelo de Cox. Os resultados mostraram que os cuidados paliativos proporcionaram redução de 24% na utilização da emergência hospitalar, redução de 69% nas internações hospitalares, redução de 71% no número de diárias hospitalares, aumento em 50% dos óbitos domiciliares, maior adesão e tempo de permanência no tratamento ambulatorial e aumento do tempo de sobrevida. BATEM COM OBJETIVOS E RESULTADOS

Formatado: Realce

~~Palavras-chave: câncer de pulmão, cuidados paliativos, sobrevida, internações, locais de óbito~~

Formatado: Recuo: Primeira
linha: 0 cm

ABSTRACT Abstract

Bonioli, Gisele Cazale. Evaluation of the implementation of palliative care, in out treatment, on hospitalization, place of death of patients with lung cancer in advanced stage. Orientadores: Marcos Eduardo Machado Paschoal, Basílio de Bragaça Pereira e Fernanda Carvalho de Queiroz Mello. Rio de Janeiro: UFRJ/CCS; 2009. Dissertação (Mestrado em Clínica Médica).

Lung cancer is the more important malignant neoplasm, with a rate of cure not greater than 14%, corresponding to an incidence/death relation of 1.3:1. It is also important to mention that the majority of patients are already in advanced stage of disease at diagnosis moment, requiring since then intensive palliative care, as part of their treatment. To evaluate care for patients in the final phase of life is always a challenge, due to many variables that must be researched. The present study aims at the evaluation of the influence of palliative care services, applied as a routine of attendance in out-patients regimen, on hospital admission, emergency attendances, survival and places of death in non small cell lung cancer patients, III-B and IV stages, observed in the university hospital. A retrospective and analytic study has been developed, by chart revisions, for two cohort of 169 patients. The first group, consisting of 86 patients, observed as from 2003 up to 2005, received palliative care, in addition to ordinary oncological treatment compared with the second one, consisting of 83 patients observed as from 1999 to 2001, received only ordinary oncological treatment. The analysis required the following statistical methods: mean tests, proportion tests, Kaplan-Meier graphics, Tarone-Ware tests, Log-rank, Peto and Prentice and Cox Model. The achieved

results show that palliative care reduced emergency attendances by 22%, admission in hospital by 69%, permanence in hospital by 71%, and doubled death at home, providing, in addition, better indexes of adherence to treatment, permanence time in out treatment and survival time.

Key-words: LUNG NEOPLASMS; PALLIATIVE CARE; SURVIVAL; TERMINALLY ILL; HOSPITALIZATION; EMERGENCY SERVICE, HOSPITAL.

xii

Formatado: Recuo: Primeira linha: 0 cm

Formatado: Fonte: Negrito, Inglês (EUA)

Sumário:**Lista de Abreviaturas**~~LISTA DE TABELAS~~ Lista de Tabelas

vii

~~LISTA DE TABELAS~~ Lista de Figuras

viii

Resumo~~A~~**ABSTRACT**bstract

xi

Sumário:**1-Introdução****2- Revisão Bibliográfica**2.1- Sistema de Saúde Pública no Brasil2.2- Centro de Alta Complexidade em Oncologia (CACON)**Páginas**

vi

x

1

4

4

5

Formatado: Recuo: Primeira
linha: 0 cmFormatado: Não Expandido
por / Condensado porFormatado: Recuo: Primeira
linha: 0 cm

	17
2.34- Câncer de Pulmão e EMBUTIO TNM Sistema Sistema TNM	
6	
2.4- 2-Performance Status	7
2.5-3 Cuidados Paliativos	7
2.6-7- Cuidados Paliativos no Brasil e no Mundo	
11	
<u>2.7- Princípios Éticos e Terminalidade</u>	14
<u>2.8- Cuidados ao Final da Vida</u>	18
<u>2.9- Cuidados Paliativos e Hospitalizações</u>	19
2.10- Sobrevida e Cuidados Paliativos	23
2.11-8- Locais de Óbito nos Pacientes Com Câncer	24
3- Justificativa	27
4- Objetivos	29
4.1-Objetivo Principal	xiii
4.2-Objetivo Secundário	29
5- Materiais e Métodos	29
5.1-Desenho do Estudo	29
5.2-População do Estudo	29
5.3-Período do Estudo	30
5.4-Local do Estudo	30
5.5-Critérios de Inclusão	32
5.6- Critérios de Exclusão	32
5.7-Critérios de Perda	33
5.8-Coleta dos Dados	33
5.9-Métodos Estatísticos	34

Formatado: Recuo: À esquerda: 0,32 cm, Primeira linha: 0,32 cm

	18
5.10-Definições das Variáveis	35
6- Aspectos Éticos do Estudo	37
6.1-Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	37
6.2-Uso das Informações e Publicação	37
7- Investigadores	37
8- Custos	37
9- Resultados	38
9.1-Características dos Pacientes Conforme os Grupos	40
9.2- atendimentos Hospitalares na Emergência do HUCFF	42
9.2.1- Grupo de Oncopneumologia	42
9.2.2- Grupo de Cuidados Paliativos	44
9.2.3-Comparação Entre os Grupos	46
9.3- Internações Hospitalares nas Enfermarias do HUCFF	48
9.3.1-Grupo de Oncopneumologia	xiv
9.3.2-Grupo de Cuidados Paliativos	50
9.3.3-Comparação Entre os Grupos	51
9.4-Locais de Óbito	53
9.4.1-Grupo de Oncopneumologia	53
9.4 2- Grupo de Cuidados Paliativos	54
9.4.3-Comparação Entre os Grupos	55
9.5- Permanência no Ambulatório	57
9.5.1-Grupo de Oncopneumologia	57
9.5.2- Grupo de Cuidados Paliativos	57
9.5.3-Comparação Entre os Grupos	58

	19
9.6-Tempo de Sobrevida	59
9.6.1-Grupo de Oncopneumologia	59
9.6.2- Grupo de Cuidados Paliativos	63
9.6.3-Comparação Entre os Grupos	66
10- Discussão	71
11- Conclusão	80
12- Considerações Finais	81
13-Referências Bibliográficas	83
14-Anexos	91
15-Apêndices	97

1- QUAL O CONTEXTO DO CA DE PULMAO Introdução

O câncer é um dos maiores problemas de saúde pública nos países desenvolvidos. Atualmente, uma em cada quatro mortes é devida ao câncer nos Estados Unidos da America (EUA) (Jemal et al., 2008).

Estima-se que o câncer de pulmão seja responsável por 215.020 novos casos de câncer diagnosticados em 2008, sendo 114.690 em homens e 100.330 em mulheres, com uma relação

homem/mulher de 1.14:1 (Jemal et al., 2008). Para o mesmo período, está previsto que 90.810 homens e 71.030 mulheres com câncer de pulmão evoluirão para o óbito, o que corresponde a uma relação incidência/óbito de 1.3:1 (Jemal et al., 2008).

O número de casos novos de câncer de pulmão estimados para o Brasil, em 2008, foi de 17.810, entre os homens, e de 9.460, entre as mulheres. Esses valores correspondem a um risco de 19 novos casos em cada 100 mil homens, e dez, em cada 100 mil mulheres (INCa 2008).

Do ponto de vista histopatológico, o câncer de pulmão pode ser dividido em dois grupos principais: carcinoma de pulmão do tipo “pequenas células” (CPPC), e carcinoma de pulmão do tipo “não pequenas células” (CPNPC). O CPPC é responsável por aproximadamente 15% e o CPNPC, por 85% dos casos e inclui os tipos: adenocarcinoma, escamoso e de grandes células (ASCO, 1997). Quando o CPPC se encontra nos estágios IIIB e IV a doença é raramente curável (Bremnes e Hirsch, 2001).

Dentre as neoplasias malignas, o câncer de pulmão é a causa mais comum de morte em países desenvolvidos (Bremnes e Hirsch, 2001).

Os pacientes em estágios iniciais do câncer de pulmão possuem elevada taxa de recidiva e, pelo menos, 50% apresentarão recaída da doença (Cortés-Funes, 2002; Myrdal et al, 2003). Estudos mostram que a sobrevida no câncer de pulmão ainda é baixa, principalmente quando comparada com as taxas de sobrevida de outras neoplasias e apenas 14% dos pacientes com câncer de

pulmão permanecem vivos após cinco anos a partir do diagnóstico, enquanto no câncer de cólon, mama e próstata, respectivamente 63%, 85% e 93% permanecem vivos no mesmo período (Cortés-Funes, 2002; Myrdal et al, 2003).

Em nosso programa, os dados mostram, para CPNPC, mediana de sobrevida nos estágios IIIB e IV de sete meses e taxa de cura global entre 5,4% a 5,6%, contrastando com 14% nos EUA e outros países desenvolvidos (Mora, 2004).

O objetivo dos Cuidados Paliativos (CP) é dar, aos pacientes e familiares, a melhor qualidade de vida, a despeito do estágio da doença. Os CP, ou paliativismo, mais que um método, é uma filosofia do cuidar. Visa prevenir e aliviar o sofrimento humano em muitas de suas dimensões (Costa Filho et al., 2008).

Entende-se por sintomas angustiantes aqueles que causam sofrimento em pessoas com condições físicas comprometidas (Wehmeier, 2005). Pacientes com câncer em fase avançada desenvolvem um grande número de sintomas físicos e psicológicos, devastadores, antes da morte (Bruera et al, 2002).

No câncer de pulmão, os maiores sintomas são: dor, fadiga, hemoptise, dispnéia, tosse e falta de apetite (Hollen et al., 1993).

Os serviços de CP proporcionam o controle dos sintomas e o suporte psicossocial, para o paciente no final da vida e para a sua família(Elsayem et al., 2006).

Um dos maiores desafios nos cuidados ao fim da vida é saber o momento da transição do tratamento curativo para o tratamento

paliativo. Para que isto fosse viável em centros de tratamento terciário, os CP deveriam ser integrados aos cuidados totais dos pacientes com câncer e à sua família (Elsayem et al, 2006).

Nos últimos anos houve o reconhecimento da necessidade de se desenvolverem programas de CP, voltados para os pacientes com câncer em fase avançada e para sua família (Bruera et al, 2002).

O objetivo deste estudo é avaliar se a implementação de CP, exerceu influência sobre os atendimentos hospitalares, sobrevida e locais de óbito, em pacientes com câncer de pulmão em fase avançada.

2-Revisão Bibliográfica

2.1-Sistema de Saúde Pública no Brasil

O sistema de saúde pública no Brasil é denominado Sistema Único de Saúde - SUS - foi criado pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado pelas Leis nº 8080/90 e nº 8.142/90. São Leis Orgânicas da Saúde, com a finalidade de alterar a situação de desigualdade na assistência à saúde da população e passou a ter como meta a cobertura universal de toda a população brasileira, nos moldes dos tradicionais sistemas de proteção social existentes nos países europeus, que adotaram a via do *Welfare State*, ou Estado de Bem Estar Social. A partir daí,

tornou-se obrigatório o atendimento público a qualquer cidadão, sendo proibidas as cobranças de dinheiro sob qualquer pretexto (Médici, 2008; SUS, 1990).

Através do SUS, todos os cidadãos têm direito a consultas, exames, internações e tratamentos nas unidades de saúde vinculadas ao SUS, na esfera municipal, estadual e federal, sejam públicas ou privadas, contratadas pelo gestor público de saúde (Médici, 2008; SUS, 1990).

Do SUS fazem parte os centros e postos de saúde, hospitais - incluindo os universitários, laboratórios, hemocentros, bancos de sangue, além de fundações e institutos de pesquisa, como a FIOCRUZ - Fundação Oswaldo Cruz e o Instituto Vital Brazil, que recebem pagamento através de um sistema prospectivo chamado Guia de Autorização de Internação Hospitalar (Médici, 2008; SUS, 1990).

2.2-Centro de Alta Complexidade em Oncologia (CACON)

O Ministro da Saúde, através do Diário Oficial da União (DOU) n ° 196-E, Seção 1, pág. 53 e 54, de 14.10.98, criou a Portaria nº 3.535/GM em, 02 de setembro de 1998, que estabelece critérios para cadastramento de centros de atendimento em oncologia para:

a) garantir o atendimento integral aos pacientes com doenças neoplásicas malignas;

b) estabelecer uma rede hierarquizada dos Centros que prestam atendimento pelo SUS a esses pacientes, e

c) atualizar os critérios mínimos para o cadastramento desses Centros de Alta Complexidade em Oncologia

Os Centros de Alta Complexidade em Oncologia (CACONs) são aqueles que oferecem assistência especializada e integral aos pacientes com câncer, atuando na área de prevenção, detecção precoce, diagnóstico e tratamento do paciente (Ministério da Saúde, 1998).

Dentro de suas normas específicas, estabelece que a prestação da assistência ao paciente deve abranger sete modalidades integradas: a) Diagnóstico; b) Cirurgia Oncológica; c) Oncologia Clínica; d) Radioterapia; e) Medidas de Suporte; f) Reabilitação; g) Cuidados Paliativos (Ministério da Saúde, 1998).

Pela normatização, os CP incluem a assistência ambulatorial, hospitalar e domiciliar por equipe multiprofissional, para o controle da dor e de outros sintomas apresentados por pacientes refratários aos tratamentos previamente instituídos (Ministério da Saúde, 1998).

Através da Portaria GM/MS nº 19 de 03 de janeiro de 2002, o ministro da Saúde, decidiu, através do Artigo 1º: instituir, no âmbito do SUS, o Programa Nacional de Assistência à Dor e Cuidados Paliativos, cujos objetivos gerais são:

a- articular as iniciativas governamentais e não governamentais voltadas para a atenção/assistência aos pacientes com dor e CP;

b- estimular a organização de serviços de saúde e de equipes multidisciplinares para a assistência a pacientes com dor e que necessitem de CP.

2.34- Câncer de Pulmão e o Sistema TNM ~~AAO-EMBUTI TNM Sistema~~

O sistema *TNM* (*tumor-node-metastasis*) (Anexos I e II) é padrão de referência internacional para o estadiamento das neoplasias malignas, o que permite a separação dos pacientes em grupos, de acordo com a extensão anatômica da doença. Em *TNM*,

T (*TUMOR*) refere-se ao tamanho do tumor original, à extensão do tumor no próprio órgão e à sua relação com estruturas anatômicas próximas.

N (*node*) refere-se ao comprometimento dos linfonodos e serve para marcar a disseminação da doença, além do sítio primário.

M (*metastasis*) refere-se ao achado de doença a distância.

A composição dos achados de *T*, *N*, *M* define o estadiamento e funciona como fator de prognóstico da doença pulmonar (Mountain, 1997).

O estágio III-B, no câncer de pulmão, possui as seguintes características: qualquer *T*, com *N3*; ou *T4*, com qualquer *N* e *M0*. Não há presença de metástase à distância neste estágio (AJCC, 2002).

O estágio IV, no câncer de pulmão, tem as seguintes características: o tumor pode ter qualquer tamanho (*T*), qualquer linfonodo (*N*), mas com presença de metástase à distância (*M1*) (AJCC, 2002).

2.42- Performance Status ~~HA NECESSIDADE?~~

O *Eastern Cooperative Oncology Group Performance Status Scale (ECOG - PS)* é uma escala utilizada em pacientes com neoplasia (Sorensen et al., 1993).

Essa escala mostra o impacto com que a doença afeta as atividades diárias e a capacidade funcional do paciente. Um *PS* ruim tem forte relação com baixa sobrevida e pior prognóstico (Anexo III) (Sorensen et al., 1993).

2.5 – Cuidados Paliativos

No passado, a medicina consistia basicamente no alívio do sofrimento. Durante o século XX ocorreram avanços científicos e muitas doenças passaram a ser curadas. No mundo ocidental, mudanças originaram-se de conquistas tecnológicas em todos os campos da medicina, que permitiram aos médicos a cura e o controle de doenças, além do desenvolvimento no campo dos CP.

O verbo paliar, do latim *palliare, pallium*, significa em seu modo mais abrangente, proteger, cobrir com capa (Houaiss, 2001). No entanto, paliar, em nosso meio, é mais usado como aliviar provisoriamente, remediar, revestir de falsa aparência, dissimular, adiar e protelar (Costa Filho et al., 2008).

A expressão “CP” tem sido usada em conjunto, ou alternativamente, à denominação *Hospice*, do Latin, (Agell, 2003).

A palavra *hospice*, designa local de hospedagem. Dela derivam as palavras hospedeiro, hóspede, hospitalidade, hospital (Firmino 2004).

Os cuidados paliativos (C P) derivam do modelo de assistência inglesa que se desenvolvia nos antigos *hospices* medievais; instituições monásticas que davam assistência e hospedagem a monges e peregrinos que rumavam a lugares

santos. Era costume, nos antigos *hospices*, ceder um *pallium* no momento em que seus hóspedes partiam em continuidade e/ou regresso de suas viagens (Firmino 2004).

Os CP se desenvolveram a partir do movimento *hospice*, em resposta aos serviços inadequados no atendimento às pessoas que estavam morrendo e aos seus familiares (Agell, 2003).

Atualmente, vêm sendo empregados com mais frequência, e indistintamente, os termos CP, medicina paliativa, *hospice* (sem tradução para o português), *nursing* ou *residential homes* (asilos ou casas de repouso) (Silva e Hortale, 2006).

A palavra *hospice*, geralmente, é usada para definir uma casa ou um lugar onde são atendidos os pacientes fora de recursos de cura, designa um tipo de hospital especializado em tratamento de pessoas que estão em fase final de vida (Wehmeier, 2005).

Hospice pode, ainda, ser utilizado para descrever uma filosofia de trabalho voltada aos indivíduos com doenças terminais (EUA), um prédio, onde são praticados os CP (EUA, Inglaterra) ou o programa de cuidados regularmente oferecidos ao final da vida (EUA, Inglaterra) (Silva e Hortale, 2006).

Home care significa, em geral, consulta ou internação domiciliar por equipe de saúde especializada. O movimento de *home care* surgiu nos EUA em 1947, na era do pós-guerra, quando várias enfermeiras se reuniram e passaram a atender e cuidar dos pacientes em casa. Somente na década de 1960 é que este movimento tomou vulto e a idéia da *desospitalização* precoce começou a ser levada a sério. Nesta mesma época, surgiram as *nursing homes* ou *residential*

homes, que são grandes instituições que oferecem um tipo de cuidado especializado, médico e de enfermagem, em tempo integral (Doyle, 2005).

No Brasil as *nursing homes* poderiam ser consideradas equivalentes aos asilos, ou casa para idosos, onde este tipo de atendimento é realizado principalmente por enfermeiras e direcionado para o idoso com doença crônica ou terminal.

Pela definição da Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1990 e revisada em 2002, o CP é “uma abordagem que melhora a qualidade de vida dos pacientes e de suas famílias, frente a problemas associados com doença ameaçadora de vida, através da prevenção e alívio dos sofrimentos, pela identificação precoce e tratamento da dor e de outros problemas físicos, psicossociais e espirituais” (WHO, 2002). Os CP oferecem o alívio da dor e de outros sintomas angustiantes, afirma a vida e considera a morte um evento natural e não pretende acelerar ou retardar este processo (WHO, 2002).

O CP é uma abordagem terapêutica que envolve uma equipe multidisciplinar, incluindo vários especialistas: médicos, enfermeiras, psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, assistentes sociais, farmacêuticos, conselheiros espirituais e sacerdotes (WHO, 2002 ; Costa Filho et al., 2008).

Os CP podem ser disponíveis em três níveis distintos:

(a) Os CP em nível primário, que se refere às habilidades e competências necessárias a todos os profissionais da área de saúde, o que não difere do modelo de cuidado primário em outras áreas.

(b) Os CP em nível secundário, que se refere aos cuidados clínicos especializados, com atendimentos e pareceres, incluindo clínicos especialmente

treinados e modelos de oferta como *hospices*, *nursing homes*, clínicas de pacientes ambulatoriais e hospitais.

(c) Os CP em nível terciário, que se refere aos centros médicos acadêmicos, onde há prática, pesquisa e ensino feitos por especialistas com conhecimento para os casos mais complexos (Gunten 2002).

Os programas de CP, independentemente de estarem inseridos em unidades hospitalares ou não, deveriam seguir certas diretrizes que possibilitam alcançar os objetivos de aliviar o sofrimento e melhorar a qualidade de vida dos indivíduos com doença avançada e de seus familiares. Estas diretrizes podem ser agrupadas em seis domínios: físico, psicológico, social, espiritual, cultural e estrutural (Silva e Hortale, 2006).

Independentemente da confusão acerca dos conceitos, os CP desenvolveram-se como uma resposta às contínuas dificuldades em cuidar dos indivíduos com câncer e de suas famílias. A importância de se entender esse indivíduo e sua família como uma unidade é uma característica desse cuidado (Silva e Hortale, 2006). É importante salientar que não existe um modelo ideal. A escolha de um ou mais modelos é definida pelas necessidades da população, dos provedores (públicos ou privados) e dos serviços de saúde (Silva e Hortale, 2006).

2.6-Cuidados Paliativos no Brasil e no Mundo

Os CP são ainda inacessíveis para os pacientes da maioria dos países em desenvolvimento. Modelos efetivos de CP têm sido testados em países desenvolvidos e raramente empregados para os que estão em desenvolvimento,

locais onde há pobreza e insuficiência de infraestrutura para a saúde (Pampallona e Bollini, 2003).

A aplicação dos CP, portanto, varia muito entre os países, dependendo das condições sócio-econômicas e culturais (Pampallona e Bollini, 2003; Bruera e Sweeney, 2002).

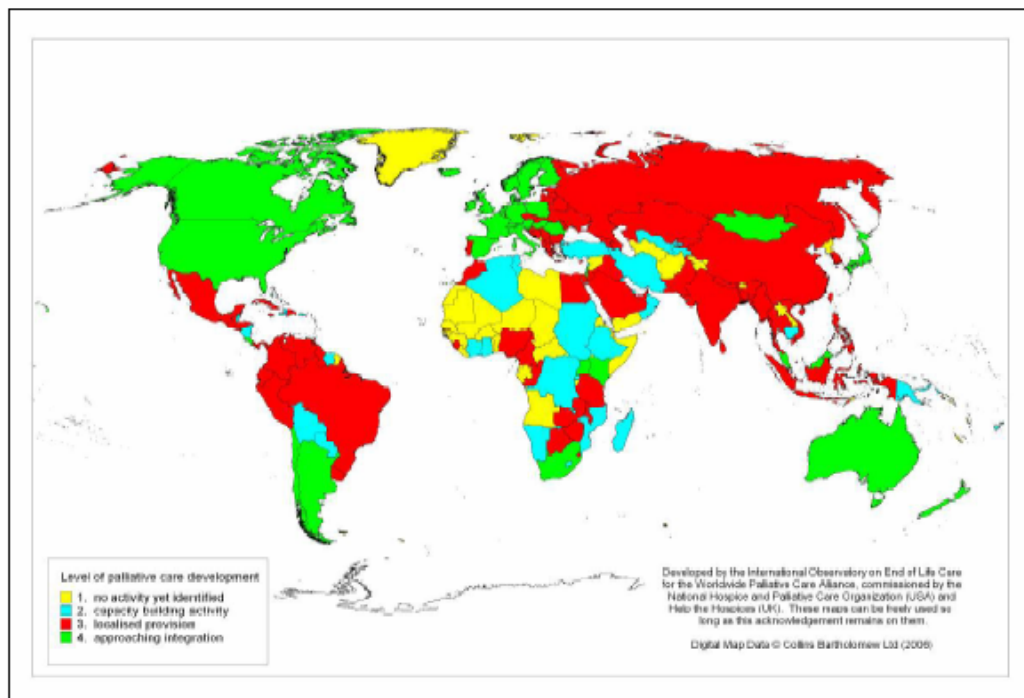
Embora seja uma prática corrente em vários países, no Brasil ainda é recente o conhecimento e a prática dos CP, cuja difusão vem ocorrendo de forma lenta. Existem no Brasil cerca de 30 serviços de CP distribuídos nos 26 Estados, principalmente nas capitais, e no Distrito Federal. No início eram serviços para controle da dor e posteriormente agregaram os CP (Melo, 2003).

O Brasil é um país de grandes proporções, com peculiaridades sócio-culturais e econômicas. Estas características devem ser respeitadas, criando-se diretrizes e modelos que sejam adequados à realidade do nosso país para que estes serviços possam ser efetivos (Melo, 2003).

A Associação Latino-americana de Cuidados Paliativos (ALCP) mapeou os níveis de desenvolvimento dos CP em todo mundo e distribuiu em quatro níveis (Figura 1).

Figura 1: Níveis de Desenvolvimento de CP em Todo o Mundo (ALCP, 2007).

Mapa dos níveis de desenvolvimento dos CP: uma visão global do International Observatory on End of Life Care, Lancaster University, UK (ALCP, 2007).



- Nível 1: sem atividade identificada de CP
- Nível 2: capacidade de desenvolver CP, ainda sem serviço
- Nível 3: provisão localizada de CP
- Nível 4: integração dos serviços de CP com o sistema de saúde

A ALCP fez a seguinte avaliação, em Janeiro de 2007:

-aproximadamente metade dos 234 países do mundo não dispõe de serviços de CP acessíveis a seus habitantes e 1/3 dos países ainda têm de percorrer as primeiras etapas necessárias para planejar o desenvolvimento dos serviços.

-nos países que possuem serviços de CP e de *hospice*, a assistência está, em sua maior parte, localizada. Somente em 15% dos países o CP foi integrado aos serviços de saúde.

-existem 80 países com serviços de CP localizados. Muitos povos não dispõem deste tipo de serviço. No Paquistão, por exemplo, há um só serviço para uma população de 158 milhões de habitantes. Em Gibraltar, a relação de serviços para a população é a mais baixa no mundo 1:14.000 (um serviço para 14.000 pessoas).

-o estudo revela boa correlação entre a provisão de CP e os níveis de desenvolvimento humano, medidos pelo Indicador de Desenvolvimento Humano das Nações Unidas (medida de desenvolvimento de um país baseado na longevidade, educação e padrão de vida da população).

-dos 35 países onde os serviços de CP integram os serviços de saúde, 29 possuem alto nível de desenvolvimento humano, e somente um tem “baixo desenvolvimento”. Dos 78 países (33% do total) sem atividade identificada em CP, somente dois têm alto nível de desenvolvimento humano.

-à exceção de Portugal, Luxemburgo e de uns poucos pequenos países, como Andorra, todos os países da Europa Ocidental estão no Grupo 4. Dos 35 países onde o CP tem boa integração com os serviços convencionais de saúde, no Reino Unido a relação de serviços à população é 1 serviço:40.000 pessoas, a melhor em toda a Europa.

-na Europa Central e do Leste, à exceção da Hungria, Polônia, Romênia e Eslovênia, todos os países estão no Grupo 3;

-a situação na América Latina é a seguinte:

Grupo 4- Argentina, Chile e Costa Rica.

Grupo 3- Brasil, Colômbia, Cuba, República Dominicana, Equador, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Panamá, Peru, Uruguai e Venezuela.

Grupo 2- Bolívia, Haití, Nicarágua e Paraguai;

-a melhor relação de serviços à população é a da Costa Rica (1:166.000 = 1 serviço para 166.000 habitantes); a relação mais pobre tem o Brasil (1:13.315.000 = 1 serviço para 13.315.000 habitantes).

2.7-Princípios Éticos e Terminalidade

O aumento rapidamente crescente do conhecimento tecnológico e a sofisticação da medicina devem sempre prestar-se à satisfação das necessidades e direitos dos indivíduos. Do ponto de vista ético, é imperativa a reflexão sobre o quanto o avanço tecnológico pode beneficiar determinados pacientes, enquanto para outros se transforma em instrumento de prolongamento de sofrimento e retardo do inevitável processo de morte.

Quando recebemos o diagnóstico de uma doença grave e ameaçadora da vida, começa um longo período de perdas, transformações e decisões, um processo que envolve uma trama complexa e rica, tecida por numerosos fatores de ordem biológica, psicológica, social e econômica (Trein, 2002).

Em alguns momentos, é muito difícil tomar decisões acerca das condutas médicas envolvendo os pacientes com câncer em fase avançada. Nestes casos há um grande conflito entre os profissionais no que diz respeito a “fazer tudo o que é possível” para a manutenção da vida e estar “fazendo a coisa certa”, melhor para o paciente (Escalante et. Al., 1997; O'Hare, 2004).

Os “mitos legais” sobre o cuidado ao fim da vida podem prejudicar a prática médica, na ética e no bom cuidado. A possibilidade de conflito médico-moral é muito grande nos dias de hoje, gerados pelo confronto do avanço tecnológico com os valores pessoal e profissional do médico e a distância entre este avanço e as reais necessidades pessoais do paciente. Especial atenção deve ser dada às terapêuticas fúteis e agressivas e questões éticas devem ser ponderadas. Pacientes e/ou familiares e a equipe devem encontrar ações clínicas e éticas apropriadas, dentro dos princípios legais (Meisel et al., 2000; O'Hare, 2004).

O modelo de análise bioética comumente utilizado e de grande aplicação na prática clínica na maioria dos países é o "principalista", introduzido por Beauchamp e Childress, em 1989. Esses autores propõem quatro princípios bioéticos fundamentais: autonomia, beneficência, não-maleficência e justiça (CREMESP, 2008).

O princípio da beneficência refere-se à necessidade/obrigação de maximizar o benefício ao paciente, diminuindo o risco de eventual prejuízo. O médico deve ter formação científica e experiência profissional que lhe convençam e garantam que o ato a ser por ele praticado será benéfico para o paciente (CREMESP, 2008). Beneficência, no seu significado filosófico moral, quer dizer fazer o bem. A beneficência, segundo alguns autores representativos da filosofia moral, é uma manifestação da benevolência (Kipper e Clotet, 1998).

O princípio da não-maleficência estabelece que a ação do médico deve causar o menor prejuízo ou agravo à saúde do paciente (ação que não faz o mal). É universalmente consagrado através do aforismo hipocrático *primum non nocere* (primeiro não prejudicar), cuja finalidade é reduzir os efeitos adversos ou

indesejáveis das ações diagnósticas e terapêuticas no ser humano (Kipper e Clotet, 1998).

O princípio da autonomia determina que os indivíduos capacitados para deliberarem sobre suas escolhas pessoais, devam ser tratados com respeito, no que se refere à sua capacidade de decisão. As pessoas têm o direito de decidir sobre as questões relacionadas ao seu corpo e à sua vida. Quaisquer atos médicos devem ser autorizados pelo paciente. Em pacientes intelectualmente deficientes, o princípio da autonomia deve ser exercido pela família ou responsável legal (CREMESP, 2008).

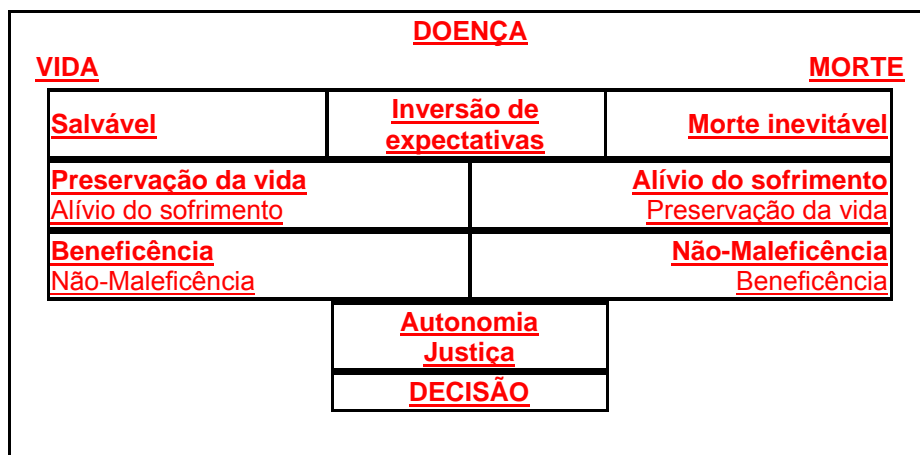
O princípio da justiça estabelece como condição fundamental a equidade, que significa a obrigação ética de tratar cada indivíduo conforme o que é moralmente correto e adequado e dar o que lhe é devido. O médico deve atuar com imparcialidade, evitando ao máximo que aspectos sociais, culturais, religiosos, financeiros ou outros interfiram na relação médico-paciente. Os recursos devem ser equilibradamente distribuídos, com o objetivo de prestar assistência, com melhor eficácia, ao maior número possível de pessoas (CREMESP, 2008).

É importante constatar que os quatro princípios não estão sujeitos a qualquer disposição hierárquica. Se houver conflito entre eles, no momento de aplicá-los corretamente, deve-se estabelecer como, quando e o quê determinará o predomínio de um sobre o outro (CREMESP, 2008). (Figura 2)

De uma forma objetiva e simples, poderíamos dizer que na fase de doença recuperável deve prevalecer a beneficência sobre a não-maleficência. Neste período, justifica-se a aplicação de medidas salvadoras (diálise, amputação, ventilação mecânica, transplantes, entre outros), mesmo que tragam consigo

algum grau de sofrimento. O primeiro objetivo nesse momento é a preservação da vida. Por outro lado, quando o paciente se encontra na fase em que a cura já não é mais possível, os objetivos concentram-se na não-maleficência. Devem, portanto, ser tomadas as medidas que proporcionem o alívio do sofrimento - *primun non nocere* (Piva e Carvalho, 1993) (Figura 2).

Figura 2: Hierarquização e Aplicação dos Princípios Médicos da Moral e da Ética (beneficência, não-maleficência, autonomia e justiça) na Evolução de uma Doença (Piva e Carvalho, 1993)



O modelo de atenção médica proposto pelos CP contém em si um potencial para uma profunda mudança na cultura médica contemporânea, frente à lógica do “imperativo tecnológico”, que nos leva a acreditar que “é eticamente justificável tudo o que é tecnicamente possível”. Esta medicina nos apresenta um modelo de atenção “personalista”, (voltada para a pessoa), segundo um *ethos* profissional baseado no profundo respeito pela pessoa e sua dignidade (Taboada, 2004).

A família, neste contexto, assume papel essencial na tomada de decisões, no que se refere ao tratamento adequado. A integridade dos pacientes e cuidadores deve ser preservada e as informações devem ser fornecidas nas fases iniciais do acompanhamento, enquanto o paciente ainda pode tomar decisões e fazer opções em relação ao tratamento (O'Hare, 2004).

Os conflitos são, sem dúvida, de difícil solução. É necessário que o debate se amplie e se considere como obrigação ética da medicina, aliviar o sofrimento e aprimorar a qualidade de vida do paciente na fase final, a denominada "ética do cuidado".

2.8 - Cuidados ao Final da Vida

Existe um determinado momento na evolução de uma doença em que o paciente se encontra em processo de morte inevitável e certas medidas terapêuticas não aumentam a sobrevida, apenas prolongam o processo lento de morrer, à chamada distanásia.

A terapêutica obstinada nos casos de pacientes em processo de morte inevitável torna-se fútil ou pressupõe sofrimento. Neste momento, a morte não é mais vista como um inimigo a ser temido e combatido, muito pelo contrário, deve ser bem-vinda e recebida como um amigo que trará alívio aos sofrimentos (Young, 1993).

O maior desafio dos CP é o de integrar-se aos cuidados curativos. Paliar é uma dimensão crítica dos cuidados em saúde e todos os profissionais de saúde deveriam saber quando os CP são necessários (Silva e Hortale, 2006). Quando qualquer indivíduo se aproxima dos últimos momentos de uma condição de saúde

debilitante, a necessidade de CP aumenta. Neste momento, e após o óbito, assegurar este tipo de atenção propicia um cuidado de qualidade, não importando se oferecido em uma instituição de saúde ou na residência do indivíduo (Silva e Hortale, 2006).

Alguns dos fatores considerados muito importantes para a dignidade dos pacientes com câncer ao final da vida são: controle adequado da dor e de sintomas físicos e psicológicos, ter um bom relacionamento com a família, morrer em local de preferência, ter um bom relacionamento com o *staff* médico, não ser uma carga para os outros, manter a dignidade, ter a sensação de vida realizada, não prolongamento indevido da vida, contribuição para os outros, ter apreço pelo outro e manter a auto-estima (Hirai et al., 2006).

Em nosso país, os estudos demonstram que mais do que 70% dos pacientes com câncer sofrem de dor na fase avançada. Estes pacientes morrem com dor, abandonados em um sistema onde se têm acessos a modernos avanços tecnológicos, facilidades diagnósticas e terapêuticas, mas sem o devido acesso às drogas essenciais para o alívio da dor e o respeito à sua dignidade (Melo, 2000).

O conhecimento médico contemporâneo é suficiente para controlar o sofrimento da maioria dos milhões de pacientes terminais no mundo, se aplicado apropriadamente (Pampallona e Bollini, 2003).

2.9 Cuidados Paliativos e Hospitalizações

Dados divulgados, em 2004, pela OMS, na análise dos CP, mostram que a maior parte das pessoas com câncer na Inglaterra, nos EUA, na Alemanha, Suíça e França morrem em hospitais. (Gomes e Higginson, 2004).

Recentemente, nos EUA, os CP foram reconhecidos como um componente essencial nos cuidados do câncer. Embora tenha aumentado o número de serviços de CP e a possibilidade dos mesmos serem oferecidos por meio de programas, inseridos ou não em instituições hospitalares, esse número ainda é pequeno, quando comparado com sua demanda (Elsayem et al., 2004).

Foi realizado estudo prospectivo, para avaliação da praticabilidade da aplicação precoce dos CP, em um grupo de 46 pacientes atendidos no Massachusetts General Hospital, com diagnóstico de CPNPC, nos estágios IIIB e IV. Os participantes receberam tratamento oncológico integrado com CP. Observou-se que 48% desses pacientes receberam atendimento no departamento de emergência, 50% tiveram internações hospitalares, 40% receberam “cuidados agressivos” no final do último mês de vida como terapia anticâncer, 65% dos pacientes receberam cuidados em *hospice* antes do óbito, onde a média de permanência foi de 16 dias, 87% dos pacientes morreram durante o estudo, sendo que 47% morreu em casa e 25%, no hospital. Este estudo não foi comparativo (Temel et al., 2008).

Recentemente foi realizado outro estudo, na University of Texas Medical Branch, envolvendo de 21.183 pacientes, atendidos no período de 1992 a 2002, beneficiários de um programa de saúde, portadores de câncer de pulmão em fase avançada, nos estágios IIIB e IV que morreram com até um ano do diagnóstico. Foram avaliados os motivos das mudanças ocorridas na passagem dos pacientes do tratamento ambulatorial para internação. Dentre outros fatores, foi observado que os pacientes que tiveram continuidade do seu atendimento apresentaram redução de 25.1% de internação em centro de tratamento intensivo, durante sua hospitalização terminal (Sharma et al., 2009)

Trabalho avaliando a interferência do tratamento paliativo em pacientes com câncer em fase avançada observou que o tratamento, por essa modalidade de atendimento, por 60 dias ou mais antes do óbito, está associado com diminuição do uso de “leitos agudos” hospitalares (Back and al., 2005)

O tratamento em CP não está disponível na maioria dos centros de tratamento de câncer, nem em hospitais terciários (Elsayem et al., 2006). Aproximadamente 20% de todas as mortes nos EUA ocorrem em unidades de cuidados intensivos. Destes, aproximadamente 8% têm câncer metastático, o que aumenta o sofrimento desses pacientes (Elsayem et al., 2006).

A maioria dos americanos morrem em hospitais onde falhas nos cuidados no fim da vida são frequentes. Os pacientes frequentemente morrem sozinhos e com dor (Pantilat 2008). Os médicos dos hospitais americanos querem melhorar os cuidados ao fim da vida nos hospitais, querem ajudar a aliviar os sintomas angustiantes, estimular uma comunicação mais adequada, proporcionar suporte para pacientes e familiares, querem aumentar a equipe de suporte de CP, para proporcionar, a mais pacientes, a morte em casa (Pantilat e Izaac, 2008).

As evidências sugerem que o acesso precoce aos CP pode, de fato, diminuir a taxa de mortalidade intra-hospitalar (Elsayem et al., 2004). A possibilidade da difusão da filosofia dos CP e de sua prática permite que os pacientes sejam submetidos cada vez menos a hospitalizações (Miller et al., 2001). Quando nursing home e hospices estão integrados ao processo de CP, ocorrem menos hospitalizações (Miller et al., 2001).

Foi publicado um estudo observacional realizado em Ontário, no Canadá, com 491 pacientes, portadores de câncer de pulmão. Destes, 335 pacientes (68,2%) morreram em leitos hospitalares e 156 pacientes (31,8) morreram em outros locais. A maioria dos pacientes apresentava CPNPC, 50% dos pacientes estavam no estágio IV; 32,2% dos pacientes tiveram atendimento em unidade de emergência nas últimas duas semanas de vida; 59,5% dos pacientes morreram em emergência; 5,5% tiveram admissão em unidade de terapia intensiva e a média de permanência hospitalar, na fase terminal, até o óbito, foi de 10 dias. As causas mais comuns de admissão foram: dispneia (34,2%); dor (10%) e pneumonia (7,6%). A maior parte das admissões (29,6%) estava associada à progressão da doença pulmonar. Um melhor controle de sintomas como dispnéia e dor, no ambulatório, foi importante para a prevenção de admissões hospitalares (Barbera et al, 2008).

Foi realizado, em Hong Kong, um trabalho avaliando a relação entre utilização de emergência e o tratamento em CP, para pacientes portadores de câncer em geral, em fase avançada, nos últimos seis meses de vida. Observou-se que aqueles que receberam CP tiveram menor admissão na emergência (Tse et al., 2007).

Vale salientar que os cuidados ao fim da vida é apenas uma fase de todo o tratamento paliativo, que quando aplicado em “leitos agudos” hospitalares, acarreta ônus desnecessários às instituições e aos próprios pacientes. Para as pessoas que estão morrendo e para suas famílias, atendimentos especializados são necessários e devem fazer parte da rotina dos serviços, para atender as necessidades emergenciais dos pacientes no final da vida (Murray et al., 2004).

Os CP deveriam integrar todos os setores de cuidados em saúde: emergências, unidades de terapia intensiva, enfermarias, internações domiciliares (*homecare*) e *Hospices*. Desta forma, o “paliativismo” seria apropriado, principalmente para os pacientes que sofrem de câncer (Costa Filho et al., 2008).

Toda pessoa com doença progressiva tem direito a CP (WHO, 2004). Este tipo de atendimento se tornará realidade somente se houver recursos e um sistema de trabalho que estimule tal cuidado (Murray et al., 2004).

Planejar os cuidados e fornecer recursos, na doença avançada, poderá evitar admissões hospitalares e permitirá que mais pessoas morram em local de sua preferência (Murray, 2004).

2.10- Sobrevida e Cuidados Paliativos

Em trabalho recentemente publicado que estudou uma coorte de pacientes com diagnóstico de CPNPC, estágios IIIB e IV, oferecendo atendimento de CP precocemente, em suporte aos cuidados de câncer, observou-se que a média de duração do acompanhamento foi de 29.3 meses (Temel, 2008).

Em 2004 publicou-se um trabalho, feito na Austrália, de avaliação de sobrevida após a inserção de CP para pacientes com câncer em geral, cujo resultado mostra uma mediana de sobrevida de 54 dias, onde 9,3% dos pacientes morreram em sete dias e 16,96% viveram além de seis meses (Good et al., 2004).

Em 2008 foi publicado outro trabalho avaliando a sobrevida de pacientes com câncer em geral após início dos CP. A mediana de sobrevida foi de 36 dias,

16% morreu em sete dias e 15% viveu durante mais de seis meses (Weng et al., 2008).

Embora muitos pacientes com câncer morram logo após o início do tratamento em CP, o número de dias de sobrevivência varia enormemente. Existem vários trabalhos, em diferentes países avaliando a sobrevivência dos pacientes após o início do tratamento em programa de CP. A maioria mostrou uma mediana de sobrevivência de 11 a 38 dias (Foster e Lynn, 1988; Allard et al., 1995; Christakis e Escarce, 1996; Constantini et al., 1999).

As observações clínicas sugerem que vários fatores podem estar associados com a diminuição da sobrevivência, como a dor, dispnéia, apetite, sono, fadiga, náusea, depressão, ansiedade, xerostomia, entre outros (Lynn e Fisch, 2005).

2.11- Locais de Óbitos nos Pacientes com Câncer

Sabemos que, se é muito difícil suportar a dor, é também muito difícil ver alguém próximo sofrendo, quando não se sabe o que fazer para aliviar essa dor. Essa é uma das queixas mais frequentes dos familiares nos cuidados aos pacientes e gera grande temor ao se propor a alta, quando os cuidados serão transferidos para casa. Manifestam-se sentimentos de culpa, impotência e desespero (Kovács, 2004).

Para muitas pessoas, a casa é muito mais do que um espaço físico, representa familiaridade, o amor dos seus e a possibilidade de uma “vida normal”,

razão pela qual grande parte das pessoas com doença progressiva expressa desejo de morrer em casa (Elsayem et al, 2006).

Diferentes fatores parecem estar envolvidos na determinação do lugar onde o paciente, em fase final de vida, será tratado e onde ocorrerá sua morte. Os fatores referidos na literatura que influenciam o local de morte são: idade, sexo, tipo de malignidade, acessibilidade a serviços de CP, disponibilidade de *hospice* ou *home care*, controle dos sintomas, estresse dos cuidadores, recursos financeiros, sobrevida e tempo do diagnóstico até a morte, classe sócio-econômica e cultural do paciente e da família, grupo étnico a que pertencem, disponibilidade de equipamentos de suporte, treinamento, atitudes e percepções da equipe de saúde, área de residência, distância até o hospital, intervalo desde o primeiro contato com a unidade oncológica, PS, preferência do paciente, morar com parentes, famílias extensas e presença de cuidadores (Van den Eyden et al., 2000; Doyle, 2005).

Em um estudo prospectivo que acompanhou 297 pacientes com câncer em geral, distribuídos em dois grupos, onde foi comparado atendimento em casa e atendimento em hospital, observou-se que no grupo que recebeu cuidados em casa (*home care*/24 h), 45% dos pacientes evoluíram para óbito domiciliar e no grupo que recebeu cuidados hospitalares convencionais, somente 10% dos óbitos ocorreu em casa (Ahlner-Elmgyst, 2004).

Os pacientes que têm seus sintomas adequadamente tratados e compreendem a natureza terminal de sua doença preferem morrer em casa (Elsayem et al., 2004).

Muitos países estão fazendo reformas no que diz respeito aos cuidados domiciliares. Em outubro de 2004, os EUA e a Austrália anunciaram investimentos adicionais em financiamentos para cuidados domiciliares (Gomes e Higginson, 2004). Na Inglaterra, a proporção de mortes em casa para pacientes com câncer terminal em geral foi de 27%, em 1994, e de 22%, em 2003 (Gomes e Higginson, 2004).

A Inglaterra investiu 12 milhões de libras, entre 2003 e 2006, em programas de cuidados domiciliares. Outras iniciativas estão em desenvolvimento, como, por exemplo, um projeto de atendimento em casa pelo telefone, pagamento e férias para cuidadores dos pacientes que estão em fase final de vida (Gomes e Higginson, 2006).

Vários estudos de vários países demonstram que quando os pacientes expressam suas preferências em relação ao seu local de morte, gostariam de morrer em casa (Karlsen e Addington-Hall, 1998; Fukui et al.; Brazil et al., 2001; Cantwell et al., 2000; Murray et al., 2004; Higginson e Sen-Gupta, 2004).

Os fatores contextuais que influenciam a escolha do local de morte paciente incluem a extensão da rede social de suporte, percepção das atitudes dos cuidadores, manejo dos sintomas, medo de perder a dignidade e a concepção do paciente e do cuidador sobre os cuidados fornecidos pelos *hospices*, quando disponíveis, *nursing homes*, hospitais, serviços de enfermagem comunitários e serviços sociais (Thomas et al., 2004).

A distância entre as preferências e a realidade é pobremente compreendida por causa da pesquisa fragmentada e dos achados conflitantes (Gomes e Higginson, 2006).

~~2.9- Sistema de Saúde Pública no Brasil~~

~~O sistema de saúde pública no Brasil é denominado Sistema Único de Saúde - SUS - foi criado pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado pelas Leis nº 8080/90 e nº 8.142/90. São Leis Orgânicas da Saúde, com a finalidade de alterar a situação de desigualdade na assistência à Saúde da população e passou a ter como meta a cobertura universal de toda a população brasileira, nos moldes dos tradicionais sistemas de proteção social existentes nos países europeus, que adotou a via do Welfare State, ou Estado de Bem Estar Social. A partir daí, tornou-se obrigatório o atendimento público a qualquer cidadão, sendo proibidas as cobranças de dinheiro sob qualquer pretexto.~~

~~— Através do SUS, todos os cidadãos têm direito a consultas, exames, internações e tratamentos nas Unidades de Saúde, vinculadas ao SUS, na esfera municipal, estadual e federal, sejam públicas ou privadas, contratadas pelo gestor público de saúde.~~

~~Do SUS fazem parte os centros e postos de saúde, hospitais - incluindo os universitários, laboratórios, hemocentros, bancos de sangue, além de~~

~~fundações e institutos de pesquisa, como a FIOCRUZ - Fundação Oswaldo Cruz e o Instituto Vital Brazil, que recebem pagamento através de um sistema prospectivo chamado AIH (Médici; SUS, 1990).~~

~~2.9.1- CENTRO DE ALTA COMPLEXIDADE EM ONCOLOGIA (CACON)~~

~~O Ministro da Saúde, através do DOU (Diário Oficial da União) n.º 196-E, Seção 1, pág. 53 e 54, de 14.10.98, criou a Portaria nº 3.535/GM em, 02 de setembro de 1998, que estabelece critérios para cadastramento de centros de atendimento em oncologia:~~

- ~~a) garantir o atendimento integral aos pacientes com doenças neoplásicas malignas;~~
- ~~b) estabelecer uma rede hierarquizada dos Centros que prestam atendimento pelo SUS a esses pacientes, e~~
- ~~c) atualizar os critérios mínimos para o cadastramento desses Centros de Alta Complexidade em Oncologia~~

~~2.9.2- NORMAS ESPECÍFICAS PARA CADASTRAMENTO DE CENTROS DE ALTA COMPLEXIDADE EM ONCOLOGIA (CACON)~~

~~Os (CACONs) Centros de Alta Complexidade em Oncologia são aqueles que oferecem assistência especializada e integral aos pacientes~~

~~com câncer, atuando na área de prevenção, detecção precoce, diagnóstico e tratamento do paciente.~~

~~A prestação da assistência ao paciente deve abranger sete modalidades integradas: a) Diagnóstico b) Cirurgia oncológica c) Oncologia clínica d) Radioterapia e) Medidas de suporte f) Reabilitação g) Cuidados paliativos~~

~~Pela normatização Cuidados paliativos incluem a assistência ambulatorial, hospitalar e domiciliar por equipe multiprofissional, para o controle da dor e de outros sintomas apresentados por pacientes refratários aos tratamentos previamente instituídos (Ministério da Saúde 1998).~~

~~Através da Portaria GM/MS nº 19 de 03 de janeiro de 2002, o ministro da Saúde, estabelece, através do Artigo 1º: Instituir, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Assistência à Dor e Cuidados Paliativos, cujos objetivos gerais são:~~

~~a - articular iniciativas governamentais e não governamentais voltadas para a~~

~~atenção/assistência aos pacientes com dor e cuidados paliativos;~~

~~b - estimular a organização de serviços de saúde e de equipes multidisciplinares para a assistência a pacientes com dor e que necessitem cuidados paliativos.~~

3- Justificativa

O Instituto de Doenças do Tórax (IDT) e o Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (HUCFF) são unidades da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) e possuem o Programa de Oncopneumologia, que foi criado em 1988 e teve sua capacidade de atendimento ampliada com a inauguração do Serviço de Radioterapia e o cadastro de Centro Alta Complexidade em Oncologia (CACON).

A Portaria Nº. 3535, de 02 de setembro de 1998, oficializou, a presença de CP como uma exigência para cadastramento no CACON (Ministério do Estado da Saúde, 1998).

Em 03 de janeiro de 2002, foi editada a Portaria 19, que amplia a inserção de CP e institui, no âmbito do SUS, o Programa Nacional de Assistência à Dor e CP, e traz no artigo 1º, item b, a afirmação: deve-se estimular a organização de

serviços de saúde multidisciplinares para assistência a pacientes com dor e que necessitam de CP (SUS, 2002).

A partir de 2002, seguindo as orientações da OMS e da Portaria 19, o Programa de Oncopneumologia estabeleceu como rotina oferecer, a todos os pacientes portadores de câncer de pulmão em fase avançada, o atendimento em CP.

Nessa ocasião os pacientes passaram a receber atendimento em CP, em regime ambulatorial, e os casos de atendimento de emergência e internação hospitalar ficaram restritos aos casos que não puderam ser resolvidos ambulatorialmente.

Segundo dados estatísticos do Programa de Oncopneumologia, desde sua criação, mais de 1.800 pacientes com câncer de pulmão foram matriculados para atendimento.

O nosso trabalho avalia se a implementação dos CP, para os pacientes com câncer de pulmão em fase avançada, trouxe benefícios, visto que, em nosso serviço, a maior parte dos pacientes atendidos já se encontrava com doença avançada no momento do diagnóstico, com mediana de sobrevida, nos estágios IIIB e IV, de apenas sete meses e taxa de cura global entre 5,4% e 5,6%, o que demonstra a necessidade do CP como parte integrante do tratamento.

Enquanto pesquisas clínicas envolvendo o câncer não obtiverem sucesso absoluto, isto é, a cura do câncer de maneira integral, sempre haverá interesse, chance e necessidade para pesquisa, desenvolvimento e aplicação dos CP em oncologia.

4- Objetivos

4.1-Objetivo Principal

O objetivo deste estudo é avaliar se a implementação de CP, para os pacientes com câncer de pulmão em fase avançada, exerceu influência sobre os atendimentos emergenciais, as internações hospitalares e locais de óbito.

4.2-Objetivo Secundário

-Avaliar se a implementação de CP exerceu influência no tempo de sobrevida destes pacientes.

-Avaliar o tempo de permanência desses pacientes no ambulatório

5- Materiais e Métodos

5.1-Desenho do Estudo

Foi realizado estudo de duas coortes, retrospectivo , analítico e comparativo, cujos dados foram obtidos através dos registros médicos em prontuários.

5.2-População do Estudo

A população do estudo foi constituída de pacientes portadores de câncer primário de pulmão, não pequenas células, estágio IIIB e IV, oriundos do Programa de Oncopneumologia do IDT-HUCFF/UFRJ, estudados através de duas coortes.

A primeira coorte, chamada de Grupo de Cuidados Paliativos (CP) e considerada por nós como população-alvo, foi constituída de pacientes oriundos do Programa de Oncopneumologia encaminhados para CP na Clínica da Dor e Cuidados Paliativos (CDCP) do HUCFF/UFRJ, que receberam, em regime ambulatorial, atendimento de CP, além do tratamento oncológico habitual. Este grupo foi comparado com outra coorte histórica de pacientes atendidos no Programa de Oncopneumologia, chamada neste trabalho de Grupo de Oncopneumologia, e que não recebeu atendimento em CP.

5.3-Período do Estudo

O período do estudo foi de setembro de 2006 a outubro de 2008, quando foi feita a revisão de prontuários dos pacientes do Grupo de CP que foram atendidos no período de 2003 a 2005 e dos pacientes do Grupo de Oncopneumologia que foram atendidos no período de 1999 a 2001.

O CP passou a fazer parte da rotina do atendimento de todos os pacientes portadores de câncer de pulmão em fase avançada, a partir de 2003. O ano de 2002 foi um período de transição deste tipo de rotina de atendimento, quando parte destes pacientes recebeu CP e parte, não recebeu. Por este motivo o ano de 2002 não foi incluído neste trabalho.

5.4-Local do Estudo

O local do estudo foi o IDT/HUCFF/UFRJ, que é um hospital universitário com atribuições de ensino, pesquisa e assistência.

Situada na cidade do Rio de Janeiro, a instituição tem cadastro para CACON e recebe pacientes de todo o Estado do Rio de Janeiro que são atendidos pelo SUS.

O Programa de Oncopneumologia faz parte do IDT/HUCFF/UFRJ, oferecendo tratamento especializado à pacientes com câncer de pulmão, através de pareceres nas enfermarias e às segundas-feiras em regime de atendimento ambulatorial.

A CDCP faz parte do Serviço de Clínica Médica do HUCFF/UFRJ. Atende pacientes com dor crônica não oncológica e pacientes com câncer em fase avançada, para tratamento paliativo, através de encaminhamentos dos diversos serviços do hospital.

Durante a realização deste trabalho a equipe de CP era constituída de médicos e fisioterapeuta. O atendimento na CDCP habitualmente ocorre as segundas, quartas e sextas-feiras, mediante consultas ambulatoriais e pareceres na emergência e nas enfermarias do hospital. .

Em caso de intercorrências, os pacientes acessam os telefones particulares dos médicos da CDCP e recebem orientações. Quando existe maior gravidade, os mesmos são encaminhados para o Serviço de Emergência do HUCFF e, nesses casos, são atendidos pela equipe clínica do hospital. Os pacientes são internados em leitos clínicos agudos do hospital quando apresentam intercorrências que não podem ser resolvidas ambulatorialmente ou na emergência.

Os pacientes com câncer de pulmão, no período que receberam atendimento em CP, eram atendidos prioritariamente às segundas-feiras, em ambas as clínicas (Programa de Oncopneumologia e CDCP), o que permitiu uma maior interação entre os profissionais e a possibilidade de que o paciente tivesse ambas as consultas realizadas com uma só ida ao hospital.

5.5-Critérios de Inclusão

Foram incluídos todos os pacientes com diagnóstico histopatológico de câncer primário de pulmão, não pequenas-células, estágio III-B e IV no momento do diagnóstico, atendidos pelo Programa de Oncopneumologia e encaminhados à CDCP/HUCFF/UFRJ. O diagnóstico histopatológico foi realizado no HUCFF. Quando realizado em outra instituição, houve confirmação, por revisão histopatológica, pelo serviço de anatomia patológica do HUCFF.

Na primeira coorte, foram incluídos os pacientes que receberam CP.

Na segunda coorte, foram incluídos os pacientes que não receberam CP.

5.6-Critérios de Exclusão

Foram excluídos:

- pacientes que ficaram afastados do programa por período superior a dois meses.
- pacientes que buscaram tratamento em outra Instituição durante acompanhamento na CDCP.
- pacientes que tiveram menos de dois atendimentos ambulatoriais.

- pacientes que vieram transferidos de outras unidades, onde já haviam realizado tratamento oncológico.
- pacientes que desenvolveram um segundo tumor primário ao longo tratamento.
- pacientes portadores de Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (SIDA).
- pacientes que realizaram consulta na CDCP apenas para controle de dor.
- pacientes com recidiva tumoral.

5.7- Critérios de Perda

Foram considerados como perdas:

- pacientes que foram transferidos para outra unidade, durante o atendimento.
- pacientes que permaneceram vivos, ao término desta pesquisa.
- pacientes que abandonaram o tratamento.

5.8- Coleta de Dados

Todos os dados deste trabalho foram coletados através da revisão de prontuários. As informações foram obtidas após os desfechos de interesse terem ocorrido (consultas ambulatoriais, atendimentos emergenciais, internações hospitalares e óbito). Foi feita, também, busca do registro de óbitos no banco de dados da Coordenação de Dados Vitais da Secretaria Estadual de Saúde do Estado do Rio de Janeiro.

As principais variáveis pesquisadas (PS, estagiamento, doença associada) foram escolhidas com base em dados da literatura que nos mostram que as mesmas podem ter influência sobre a evolução da doença.

Os dados coletados tinham sido registrados durante os atendimentos médicos, ao longo do tratamento, conforme a rotina dos serviços. Esses dados, inicialmente, foram obtidos por dois médicos, em 30 prontuários, para a avaliação de possíveis erros nas coletas dos dados. Foi feito um estudo piloto e a validação das informações. Os demais dados foram obtidos pelo pesquisador principal.

Foi feito o preenchimento de uma ficha padrão (Apêndice 1) constando de: dados pessoais; data do diagnóstico; tipo histopatológico; estágio de doença; doenças associadas; tratamento oncológico realizado; data da primeira e última consulta ambulatorial especializada em CP e no Programa de Oncopneumologia; dados de atendimentos emergenciais (datas, tempo de permanência, motivos do atendimento e destino do paciente); dados de internações hospitalares (data de internação, local, tempo de permanência, motivo(s) e o destino do paciente) e dados referentes ao óbito (local e data).

Posteriormente foi feita consulta ao banco de dados do Programa de Oncopneumologia, para complementação das informações onde obtivemos informações sobre o PS dos pacientes no momento do diagnóstico.

Foi considerada data do diagnóstico o dia da coleta do material que permitiu o diagnóstico da doença.

Foi considerado tempo de sobrevivência o tempo transcorrido entre a data do diagnóstico e a data do óbito.

Para os pacientes cuja data e local do óbito não constavam em prontuário, seja por registro médico ou por informações fornecidas pela família, foi feita busca ativa do registro de óbitos no banco de dados da Coordenação de Dados Vitais da Secretaria Estadual de Saúde do Estado do Rio de Janeiro.

Para análise da taxa de sobrevivência de ambos os grupos, nos casos em que o óbito não foi identificado, consideramos a data da última consulta especializada como desfecho final.

5.9- Métodos Estatísticos

Foi construído um modelo de banco de dados, em Excel, para o armazenamento dos dados coletados.

Foram usados os seguintes métodos estatísticos:

Teste de média para as variáveis contínuas, Teste de proporções para as variáveis categóricas, Testes de Tarone-Ware, Log-rank, Peto and Prentice considerando-se como intervalo de confiança 95% , análise de sobrevivência através de Gráficos de Kaplan-Meier e análise multivariada pelo modelo de Cox.

~~Foram usados os seguintes métodos estatísticos: Teste de média, Teste de proporções, Testes de Tarone-Ware, Log-rank, Peto and Prentice, Gráficos de Kaplan-Meier, análise multivariada através do modelo de Cox.~~

5.10-Definições das Variáveis

As variáveis estudadas neste trabalho foram obtidas igualmente para os dois grupos (Grupo CP e Grupo de Oncopneumologia) (Apêndice 2)

-Estadiamento: variável obtida e apresentada como uma variável categórica dicotômica: 1 (III-B) e 2 (IV).

-PS no momento do diagnóstico: variável obtida em quatro níveis de categorias: 0; 1; 2; 3 ou 4 e apresentada como uma variável categórica dicotômica: 1 (PS: 0; 1 e 2) e 2 (PS 3 e 4).

-Doenças associadas: variável obtida em diversos níveis de categorias e apresentada como variável dicotômica: 1 (sim) e 2 (não).

-Tratamento oncológico: obtido como categórica em quatro níveis: 1 (QT); 2 (RXT); 3 (QT+RXT) e 4 (suporte clínico) e apresentado na descrição das características dos grupos nos quatro níveis obtidos e nas demais descrições e apresentações como variável categórica dicotômica 1 (sim) e 2 (não).

-Acompanhamento ambulatorial: obtida como variável numérica, em dias, do tempo transcorrido entre a data da primeira e da última consulta e apresentada como média e mediana.

-Consultas: variável obtida e apresentada como variável quantitativa numérica por taxa de ocorrência.

-Data do diagnóstico: variável obtida e apresentada como data do evento.

-Data do óbito: variável obtida e apresentada como data do evento.

-Sobrevida: variável numérica em dias, obtida como o tempo transcorrido entre a data do diagnóstico e a data do óbito. Foi apresentada como média, mediana , em gráfico de Kaplan-Meier.e análise multivariada pelo modelo de Cox

-Utilização de serviços hospitalares: coletada e utilizada como variável quantitativa por taxa de ocorrência, dicotomizada em evento 1 (emergência) e 2 (internação).

-Diária hospitalar (emergência/internação): Foi considerado como diária hospitalar o período de um dia de permanência no leito. A mesma foi obtida como variável numérica em dias transcorridos entre a data da entrada e da saída do hospital e apresentada na forma de: total de dias, médias e medianas.

-Motivos do atendimento hospitalar (emergência/internação): obtidas em diversos níveis de categoria e apresentadas como variável categórica em sete

níveis: 1(dor); 2 (dispnéia); 3 (hemoptise); 4 (infecção respiratória); 5 (exames/procedimentos); 6 (outros motivos) e 7 (por mais de um motivo).

-Destino da emergência, após o atendimento: obtida e apresentada como variável categórica em níveis : 1 (internação); 2 (alta hospitalar) e 3 (óbito).

-Destino da internação, após o atendimento: obtida e apresentada como variável categórica dicotômica: 2 (alta hospitalar) e 3 (óbito).

-Locais de óbitos: essa variável foi obtida e apresentada como variável categórica em cinco níveis: 0 (não identificado); 1 (residencial); 2 (outro hospital); 3 (emergência do HUCFF); 4 (internado no HUCFF).

6- Aspectos Éticos do Estudo

6.1-Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

O presente estudo foi apreciado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com parecer favorável número: 109/06 em 03/08/2006 (Anexo IX).

6.2-Uso das Informações e Publicações

Os resultados deste estudo serão tornados públicos, sejam eles favoráveis ou não. Será garantido o sigilo e a privacidade das pessoas quanto aos dados confidenciais envolvidos na pesquisa. Os dados obtidos não serão usados para outros fins que não os previstos no protocolo.

Todas as informações do material do estudo permanecerão arquivadas sob a responsabilidade do pesquisador, para eventuais consultas legais que possam vir a ser necessárias no período de cinco anos.

Os orientadores serão co-autores.

7- Investigadores

Gisele Cazale Bonioli

Prof. Dr. Marcos Eduardo Machado Paschoal

Prof. Dr. Basílio de Bragança Pereira

Prof Dra Fernanda Carvalho de Queiroz Mello

Vera Lucia Mannarino

8- Custos

O trabalho foi custeado pelo pesquisador principal.

9- Resultados

Desde sua criação em 1988 até Dezembro de 2008, o Programa de Oncopneumologia tem em seu cadastro 1808 pacientes atendidos.

No período de Janeiro de 2003 a Dezembro de 2005, 170 desses pacientes foram encaminhados ao CDCP e receberam CP, constituindo a primeira coorte desta pesquisa e chamada de Grupo de CP.(Figura 3)

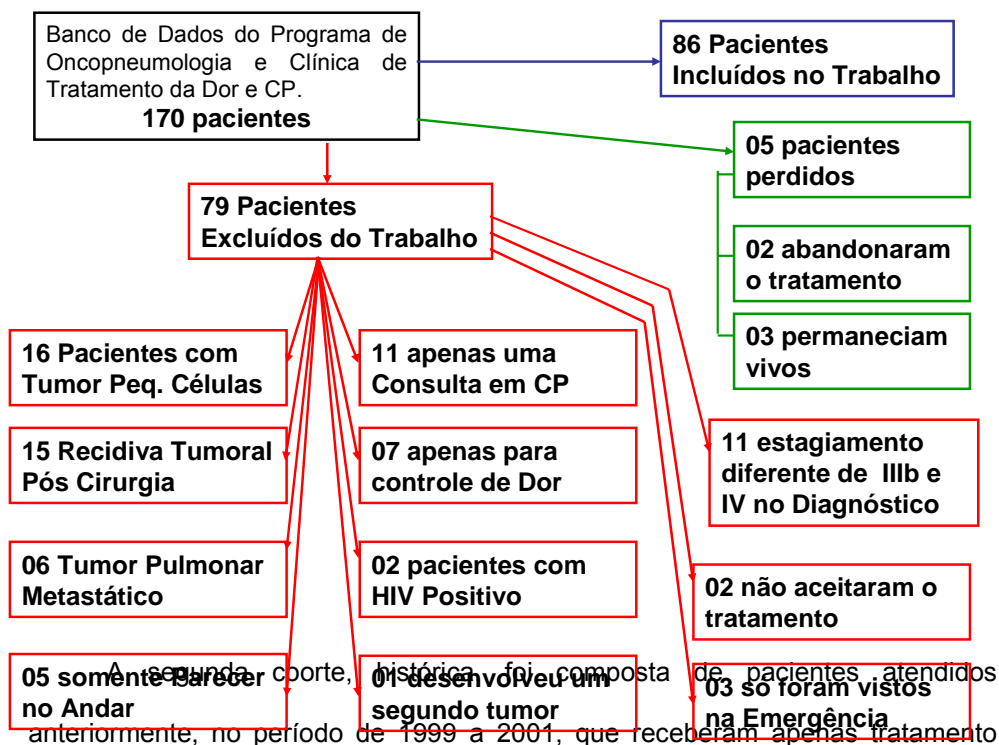
Dos prontuários estudados:

86 pacientes foram aceitos por preencher os critérios de inclusão,

79 pacientes foram excluídos e

5 pacientes considerados como perda.

Figura 3: Fluxograma de Pacientes Incluídos, Excluídos e Perdas do Grupo de Cuidados Paliativos



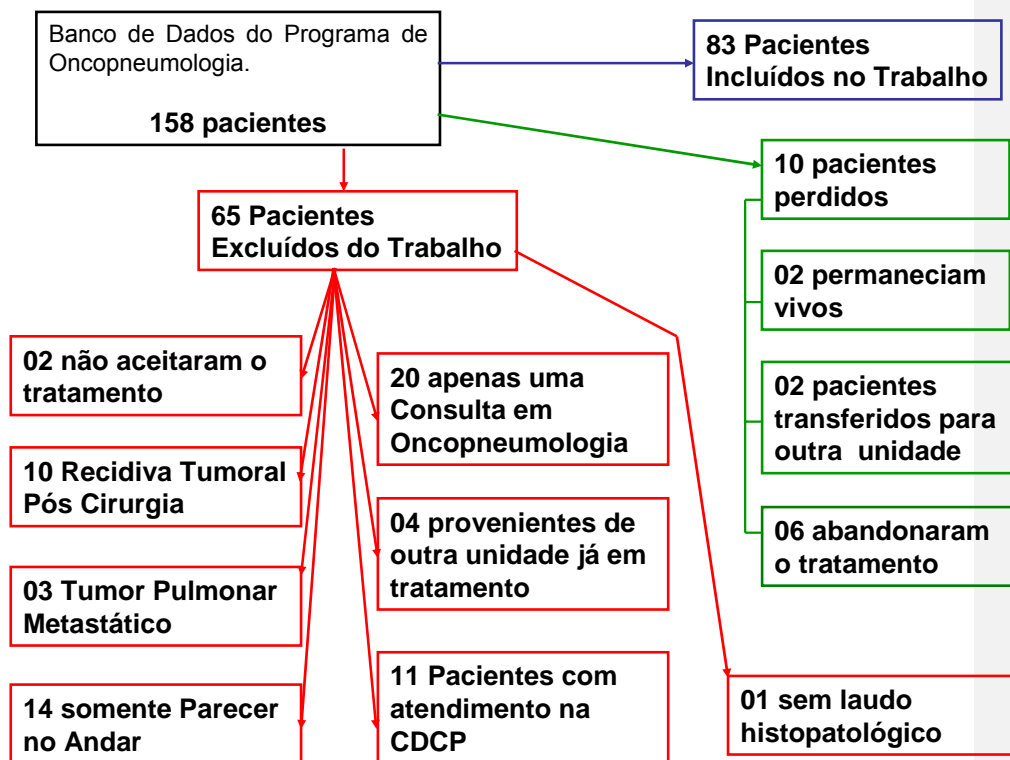
Foram estudados 158 prontuários:

83 pacientes foram aceitos, por preencher os critérios de inclusão,

65 pacientes foram excluídos e

10 pacientes considerados como perda

Figura 4: Fluxograma de Pacientes Incluídos, Excluídos e Perdas do Grupo de Oncopneumologia.



9.1- Características dos Pacientes Conforme os Grupos

Em ambos os grupos houve predomínio: do sexo masculino (79,5%, no grupo oncopneumologia, e 61,6%, no grupo CP) e do tipo histopatológico adenocarcinoma (30%, no grupo oncopneumologia, e 49%, no grupo CP) (Tabela 1)

Foram avaliadas variáveis de interesse como PS, idade, estadiamento e doença associada que, a nosso ver, poderiam influenciar a evolução da doença.

Encontramos os seguintes resultados: média e mediana de idade entre 60 e 65 anos; presença de doença associada (54%, no grupo CP, e 58%, no grupo oncopneumologia); o PS se encontrava severamente comprometido, com predominância de PS 3 ou 4 (51%, no grupo de oncopneumologia, e 54%, no grupo CP); a maior parte dos pacientes recebeu algum tipo de tratamento oncológico (90%, no grupo oncopneumologia, e 95%, no grupo CP); e, na distribuição por estadiamento, no grupo CP predominou o estágio IV (59%) e no grupo de oncopneumologia, o estágio IIIB (52%).

O teste de médias aplicado à variável “idade” encontrou $p = 0,06635$. Para as demais variáveis, foi aplicado o teste de proporções, com os seguintes resultados: para a variável “PS”, $p=0.8248$; para “estadiamento”, $p= 0.195$ e para “doenças associadas”, $p = 0.5723$. Pode-se concluir que os grupos são muito parecidos, por não apresentarem diferenças estatisticamente significativas, inclusive nas variáveis que influenciam na evolução da doença.

Tabela 1: Características dos Pacientes Conforme os Grupos

Variáveis	Oncopneumologia n = 83	Cuidados Paliativos n = 86
Idade		
Média	63,24	60
Mediana	65	60,35
Sexo		
Masculino	66	53
Feminino	17	33
Tipo Histopatológico		
CNPC	9	16
Adenocarcinoma	36	42
Escamoso	27	22
Grandes Células	11	6
Estadiamento		
IIIB	43	35
IV	40	51
P S		
0,1 ou 2	41	40
3 ou 4	42	46
Doenças Associadas		
Sim	48	45
Não	35	41
Tratamento Oncológico		
Qt	12	7
RxT	30	22
Qt + RxT	32	50
Suporte Clínico	9	7

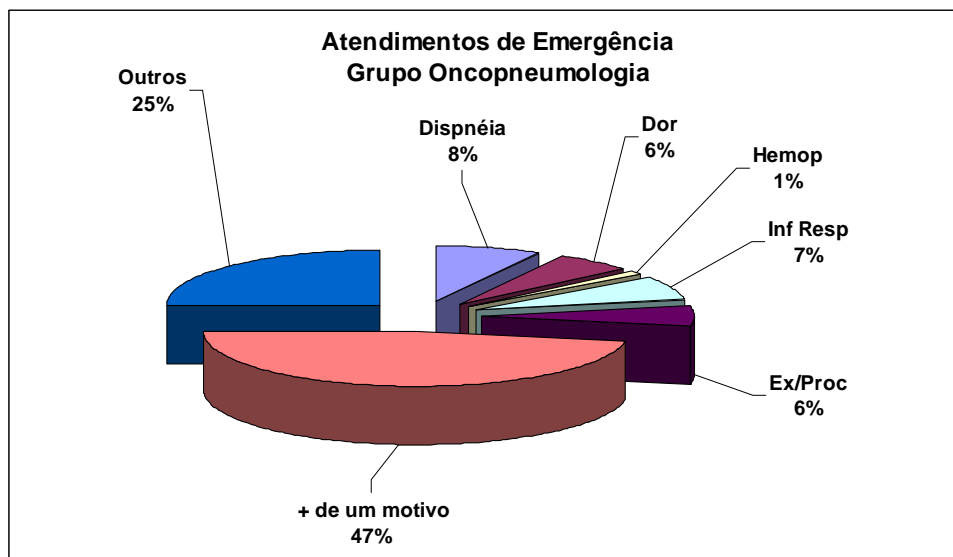
9.2. – atendimentos Hospitalares na Emergência do HUCFF

9.2.1- Grupo de Oncopneumologia

No grupo de Oncopneumologia 54 pacientes necessitaram de atendimento na emergência do HUCFF, gerando um total de 100 atendimentos (Tabela 2).

A procura pela emergência deveu-se às causas seguintes: dispnéia, oito atendimentos (8%); infecção respiratória, sete atendimentos (7%); dor, seis atendimentos (6%); exames e procedimentos, seis atendimentos (6%); hemoptise, um atendimento (1%); outros motivos, 25 atendimentos (25%); mais de um motivo, 47 atendimentos (47%) (Figura 5) (Tabela 2).

Figura 5: Gráfico dos Motivos de Atendimentos na Emergência, do HUCFF, do Grupo de Oncopneumologia.



Nos pacientes que procuraram a emergência, as principais variáveis associadas a agravos do quadro clínico assim se distribuíram:

PS 0 ,1 ou 2, em 29 pacientes (54%); estagiamento IIIB, em 30 pacientes (55,5%) e presença de doença associada, em 30 pacientes (61%).(Tabela 2)

No total foram utilizadas 192 diárias da emergência, com média dos eventos de 1,92 diárias e mediana de 1diária. (Tabela 2)

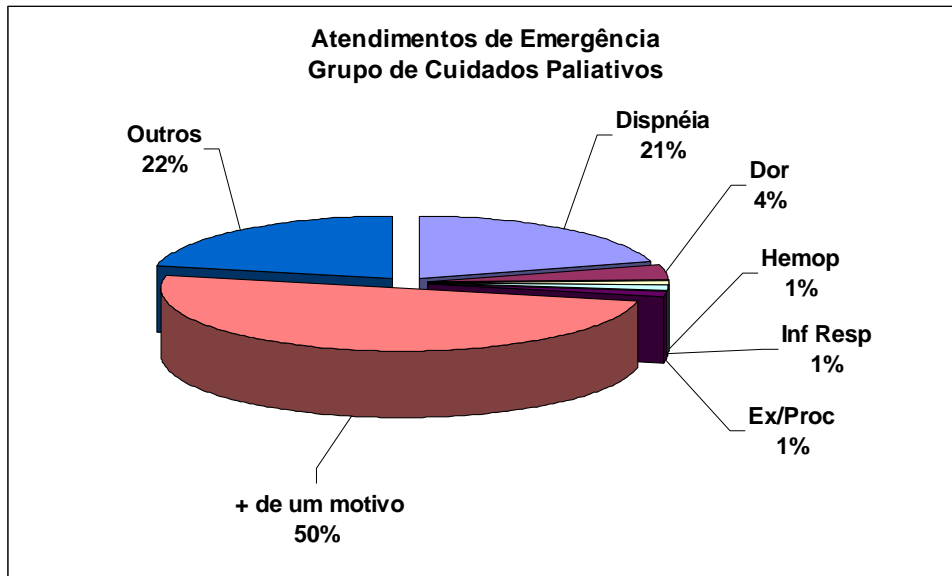
No “desfecho final” dos atendimentos da emergência, 44 atendimentos (44%), resultaram em alta hospitalar; 11 atendimentos (11%), em óbito e 45 atendimentos (45%), em internação hospitalar. (Tabela 2)

9.2.2- Grupo de Cuidados Paliativos

No grupo de CP 41 pacientes necessitaram de atendimentos na emergência gerando um total de 78 atendimentos na emergência do HUCFF (Tabela 2).

Os motivos pela procura da emergência, neste grupo, foram: dispnéia, 16 atendimentos (21%); infecção respiratória, um atendimento (1%); dor, três atendimentos (4%); exames e procedimentos, um atendimento (1%); hemoptise, um atendimento (1%); outros motivos, 17 atendimentos (22%) e mais de um motivo, 39 atendimentos (50%) (Figura 6) (Tabela 2).

Figura 6: Gráfico dos Motivos de Atendimentos na Emergência do HUCFF do Grupo de Cuidados Paliativos.



As variáveis de possível agravo, nesse caso, tiveram a predominância de PS 0, 1 ou 2, em 21 pacientes (51%); o estágio IV, em 23 pacientes (56%) e 23 pacientes (56%) não apresentaram doença associada (Tabela 2).

Neste grupo foram utilizadas 116 diárias hospitalares da emergência, com média de 1,48 dias e mediana de uma diária (Tabela 2).

No desfecho final dos atendimentos observamos que 47 atendimentos (60%) resultaram em alta hospitalar; 14 atendimentos (18%), em óbito e 17 atendimentos (22%), em internação hospitalar (Tabela 2).

9.2.3 Comparação Entre os Grupos

Podemos observar na Tabela 2 e na Tabela 3 a comparação dos dois grupos analisados quanto à necessidade de utilização da emergência do hospital, com os seguintes resultados:

- em ambos os grupos predominou mais de um motivo para os atendimentos emergenciais;

- o número de pacientes atendidos diminuiu de 54 para 41, o que mostra uma redução em torno de 24% no número de pacientes que necessitou de atendimento emergencial;

- diminuição na taxa de ocorrência de atendimentos, de 100 para 78, o que representa redução de 22%.

- redução de diária hospitalar, neste setor do hospital, de 192 para 116, o que representa 40%.

- os desfechos dos atendimentos na emergência mostram que o número de altas aumentou de 44 para 47, o número de óbitos aumentou de 11 para 14 e as internações hospitalares diminuíram de 45 para 17.

Tabela 2: Comparação dos Atendimentos de Emergência do HUCFF, do Grupo de Oncopneumologia e do Grupo Cuidado Paliativo

Variáveis	Oncopneumologia	Cuidados Paliativos
Taxa de Ocorrência Emergência	100	78
Nº pacientes Atendidos	54	41
Diária Hospitalar		
Total	192	116
Motivos		
Dispneia	8	16
Dor	6	3
Hemoptise	1	1
Infecção Respiratória	7	1
Exames/Procedimentos	6	1
+ de um motivo	47	39
Outros	25	17
Estagiamento		
IIIB	30	18
IV	24	23
P S		
0,1 ou 2	29	21
3 ou 4	25	20
Doenças Associadas		
Sim	33	18
Não	21	23
Destino Atendimento		
Alta	44	47
Óbito	11	14
Internação	45	17

Tabela 3: Variação das Taxas de Utilização da Emergência do HUCFF do Grupo de Oncopneumologia e Grupo de Cuidado Paliativo

<i>Variáveis</i>	Oncopneumologia	Cuidados Paliativos	Variação
Taxa de Ocorrência Emergência	100	78	22%
Nº pacientes Atendidos	54	41	24%
Diária Hospitalar			
Total	192	116	40%

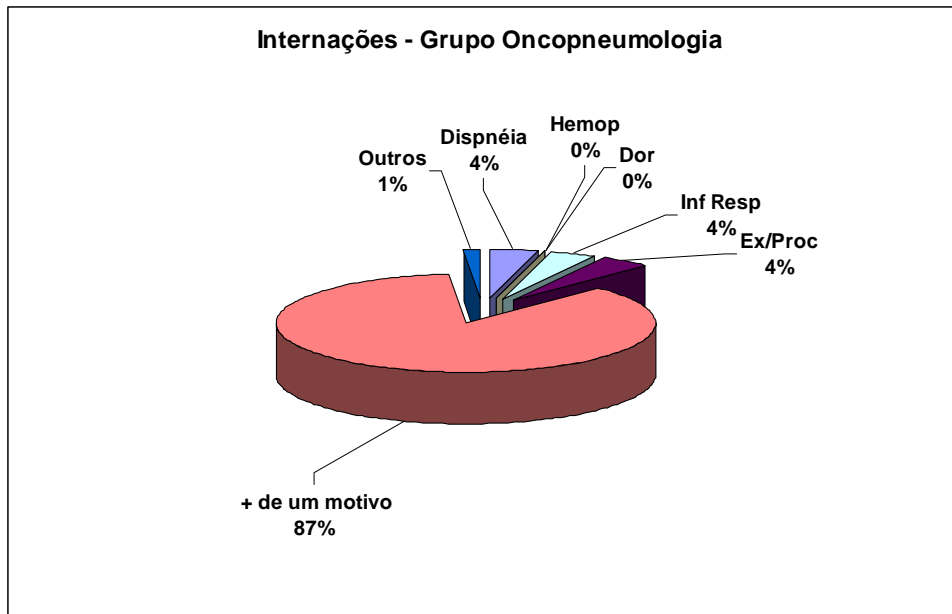
9.3-Internações Hospitalares nas Enfermarias do HUCFF

9.3.1-Grupo de Oncopneumologia

No Grupo de Oncopneumologia, 53 pacientes foram responsáveis por 74 internações hospitalares, utilizando um total de 1265 diárias de enfermaria, com média de 17 diárias e mediana de 12 diárias, por evento (Tabela 4).

Os motivos de internação neste grupo foram: dispnéia, três internações (4,0%); infecção respiratória, três internações (4,0%); exames/procedimentos, três internações (4,0%); outros motivos, uma internação (1,0 %) e mais de um motivo, 64 internações (87%) (Figura 7) (Tabela 4).

Figura 7: Gráfico dos Motivos de Internações nas Enfermarias do HUCFF do Grupo de Oncopneumologia



Observamos nas variáveis de possível agravo, que poderiam influenciar as internações, predominou de PS de 0, 1 ou 2 em 29 pacientes (55%); o estágio IV, em 28 pacientes (53%) e a presença de doença associada, em 35 pacientes (66%) (Tabela 4).

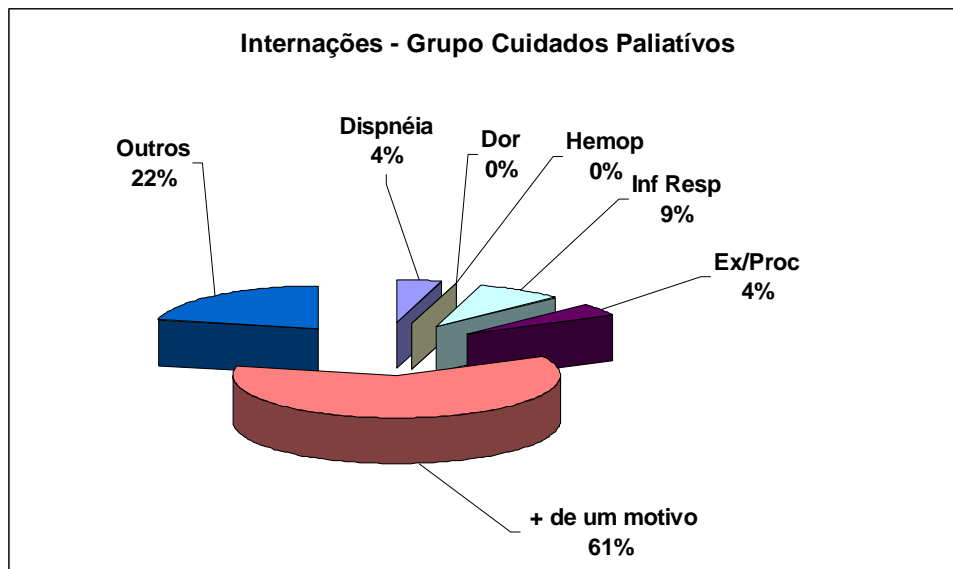
As internações resultaram em 52 altas hospitalares (70%) e 22 óbitos (30%) (Tabela 4).

9.3.2- Grupo de Cuidados Paliativos

No Grupo de CP, 20 pacientes foram responsáveis por 23 internações hospitalares, totalizando 365 diárias de enfermagem, com média de 15.86 diárias e mediana de 9 diárias (Tabela 4).

Os motivos de internação neste grupo foram: dispnéia, uma internação (4%); infecção respiratória, duas internações (9%); exames/procedimentos, uma internação (4%); outros motivos, cinco internações (22%) e mais de um motivo, 14 internações (61%). Não houve internação por dor ou hemoptise (Figura 8) (Tabela 4).

Figura 8: Gráfico dos Motivos de Internações nas Enfermarias do HUCFF do Grupo de Cuidados Paliativos



Dos possíveis agravos para internação, houve, no Grupo de CP, predominância de: PS de 0, 1 ou 2, em 10 pacientes (50%) e PS de 3 e 4, em

10 pacientes (50%); o estágio que predominou foi IV, em 13 pacientes (65%) e a presença de doença associada, em 12 pacientes (60%) (Tabela 4).

Das 23 internações, 13 (56,5%) resultaram em óbito e dez (43,5%), em alta hospitalar (Tabela 4).

9.3.3 Comparação Entre os Grupos

Ao compararmos os dois grupos, encontramos os seguintes resultados relacionados às internações nas enfermarias do HUCFF, após implementação de CP. (Tabela 4) (Tabela 5):

-em ambos os grupos predominou mais de um motivo para as internações hospitalares;

-o número de pacientes internados diminuiu de 53 para 20, mostrando redução 62% no número de pacientes que necessitou de internação hospitalar;

-a taxa de ocorrência de internações diminuiu de 74 para 23, o que representa redução de 69%;

-resultou em redução de diárias hospitalares de 1265 para 365, correspondendo a 71%.

Tabela 4: Comparação das Internações, nas Enfermarias do HUCFF, do Grupo de Oncopneumologia e do Grupo de Cuidados Paliativos

Variáveis	Oncopneumologia	Cuidados Paliativos
Taxa de Ocorrência Internação	74	23
Nº pacientes Internados	53	20
Díaria Hospitalar		
Total	1265	365
Motivos		
Dispnéia	3	1
Dor	0	0
Hemoptise	0	0
Infecção Respiratória	3	2
Exames/Procedimentos	3	1
+ de um motivo	64	14
Outros	1	5
Estagiamento		
IIIB	25	7
IV	28	13
P S		
0,1 ou 2	29	10
3 ou 4	24	10
Doenças Associadas		
Sim	35	12
Não	18	8
Destino Internação		
Alta	52	10
Óbito	22	13

Tabela 5: Varição das Taxas de Internações, nas Enfermarias do HUCFF, do Grupo de Oncopneumologia e do Grupo de Cuidados Paliativos

<i>Variáveis</i>	Oncopneumologia	Cuidados Paliativos	Varição
Taxa de Ocorrência Internação	74	23	69%
Nº pacientes Internados	53	20	62%
Diária Hospitalar			
Total	1265	365	71%

9.4- Locais de Óbitos

Após busca em prontuários e no registro de óbitos do banco de dados da Coordenação de Dados Vitais da Secretaria Estadual de Saúde do Estado do Rio de Janeiro, permaneceram sete óbitos sem identificação, no Grupo de Oncopneumologia, e um óbito, no Grupo de CP, que foi considerado, no estudo, como óbito não identificado.

9.4.1- Grupo de Oncopneumologia.

Dos 83 pacientes do Grupo de Oncopneumologia, 76 (91.6%), tiveram óbito identificado, que se distribuiu da seguinte forma: 16 pacientes (19.3%), óbito no domicílio; 27 pacientes (32.5%), em outro hospital; 11 pacientes (13.3%), na emergência do HUCFF; 22 pacientes (26.5%), internados na enfermaria do HUCFF (Tabela 6).

Os pacientes apresentavam as seguintes características conforme o local de óbito:

-Óbito no domicílio (n=16): a média de idade foi de 63 anos; prevaleceu o sexo masculino (81%) e PS de 3 e 4 (62,5%). A distribuição da variável estagiamento

III-B e IV foi de 50% para cada e na variável “doenças associadas” (sim ou não) foi encontrado um valor de 50% para cada opção. Estes pacientes permaneceram, em média, 157 dias no ambulatório de oncopneumologia.

-Óbito em outro hospital (n=27): média de idade 63 anos; prevaleceu o sexo masculino (66,5%); estagiamento IV (55,5%); PS 3 e 4 (55,5%); presença de doença associada (60%). Estes pacientes permaneceram, em média, 155 dias no ambulatório de Oncopneumologia,

-Óbito na emergência do HUCFF (n=11): média de idade 63 anos; prevaleceu o sexo masculino (82%); estagiamento IIIB (73%); PS 3 e 4 (54,5%); presença de doença associada (72,7%). Estes pacientes permaneceram, em média, 146 dias no ambulatório de Oncopneumologia.

-Óbito nas enfermarias do HUCFF (n=22): média de idade, 63 anos; prevaleceu o sexo masculino (91%); estagiamento IIIB (54,5%); PS 0, 1 e 2 (60%); presença de doenças associadas (54,5%). Estes pacientes permaneceram, em média, 155 dias no ambulatório de Oncopneumologia.

9.4.2- Grupo de Cuidados Paliativos

Dos 86 pacientes do Grupo de CP, não identificamos os dados de óbito de um paciente (1.2%). Os demais 85 (98.8%) tiveram óbito nos seguintes locais: 33 pacientes (38.4%), no domicílio; 25 pacientes (29.1%), em outro hospital; 14 pacientes (16.2%), na emergência do HUCFF; 13 pacientes (15.1%), internados na enfermaria HUCFF (Tabela 6).

Os pacientes apresentavam as seguintes características conforme o local de óbito:

-Óbito no domicílio (n=33): média de idade 60 anos; prevaleceu o sexo masculino (60,6%); PS 0, 1 e 2 (51,5%); estagiamento IV (63,5%) e presença de doenças associadas (66,7%). Estes pacientes permaneceram, em média, 104 dias no ambulatório de CP,

-Óbito em outro hospital (n=25): média de idade 61 anos; prevaleceu o sexo masculino (52%); estagiamento IV (60%); PS 3 ou 4 (68%) e ausência de doença associada (52%). Estes pacientes permaneceram, em média, 104 dias no ambulatório de CP,

-Óbito na emergência do HUCFF (n=14): média de idade 60 anos; prevaleceu o sexo masculino (71,4%); ausência de doenças associadas (71,5%); a distribuição da variável estagiamento IIIB e IV foi de 50% para cada e o PS de 0, 1 e 2 foi de 50% e o de 3 e 4, de 50%. Estes pacientes permaneceram, em média, 107 dias no ambulatório de CP.

-Óbito nas enfermarias do HUCFF (n=13): média de idade 59 anos; prevaleceu o sexo masculino (69,2%); estagiamento IV (61,5%); PS 0, 1 e 2 (61,5%) e presença de doenças associadas (53,8%). Estes pacientes permaneceram, em média, 108 dias no ambulatório de CP.

9.4.3 Comparação Entre os Grupos

A ocorrência dos locais de óbito foi avaliada quanto a idade, estagiamento, PS, doenças associadas e tempo de acompanhamento no ambulatório de cada especialidade. As variáveis apresentavam características muito parecidas entre os grupos e não foram consideradas por nós, nesta análise.

Observamos que não houve mudanças significativas nas taxas de óbito na emergência do HUCFF e em outro hospital. Os óbitos nas enfermarias do grupo

de Oncopneumologia foram de 22 e no Grupo de CP foram 13. Os óbitos no domicílio foram de 16 no grupo de Oncopneumologia e de 33 no grupo de CP (Tabela 6) (Tabela 7).

Tabela 6: Comparação das Características do Grupo de Oncopneumologia e do Grupo de Cuidados Paliativos Conforme os Locais de Óbito.

Variáveis	Oncopneumologia*				Cuidados Paliativos**			
	n = 76				n = 85			
	1	2	3	4	1	2	3	4
	n =16	=27	=11	=22	n =33	=25	=14	=13
Idade								
Média	63	63	63	63	60	61	60	59
Mediana	65	65	65	65	60	60	59	59
Sexo								
Masculino	13	18	9	20	20	13	10	9
Feminino	3	9	2	2	13	12	4	4
Estagiamento								
IIIB	8	12	8	12	12	10	7	5
IV	8	15	3	10	21	15	7	8
P S								
0,1 ou 2	6	12	5	13	17	8	7	8
3 ou 4	10	15	6	9	16	17	7	5
Doenças Associadas								
Sim	8	16	8	12	22	12	4	7
Não	8	11	3	10	11	13	10	6
Nº Dias Ambulatório								
Média	157	155	146	155	104	104	107	108
Mediana	112	111	106	109	66	65	69	64

Locais de Óbito : 1 - Domicílio; 2 - Outro Hospital; 3 - Emergência do HU;
4 - Internado no HU

*Grupo de Oncopneumologia 07 pacientes sem local de óbito identificado

**Grupo de Cuidados Paliativos 01 paciente sem local de óbito identificado

Tabela 7: Varição das Taxas dos Locais de Óbito do Grupo de Oncopneumologia e do Grupo de Cuidados Paliativos

	Oncopneumologia	Cuidados Paliativos
<i>Locais de Óbito</i>	<i>n = 83</i>	<i>n = 86</i>
Não Identificado	7	1
Domicílio	16	33
Outro Hospital	27	25
Emergência do HU	11	14
Internado no HU	22	13

9.5- Permanência no Ambulatório

9.5.1- Grupo de Oncopneumologia

No grupo de Oncopneumologia, os pacientes permaneceram no ambulatório de Oncopneumologia, em média, 156 dias e mediana de 106 dias. Realizaram uma média de 8.9 consultas e mediana de 7.0 (Tabela 8).

9.5.2-Grupo de Cuidados Paliativos

Os pacientes atendidos no Grupo de CP foram por nós computados de duas maneiras. A primeira avaliação computou: o período em que os pacientes permaneceram apenas no ambulatório de CP e o período que permaneceram apenas no ambulatório de Oncopneumologia. Observamos que, no ambulatório de CP, estes pacientes permaneceram em média 103 dias e mediana de 65 dias, tendo realizado, em média, nove consultas e mediana de seis consultas. No ambulatório de Oncopneumologia os pacientes permaneceram, em média, 204

dias e mediana de 141 dias, tendo realizado, em média, dez consultas e mediana de sete consultas.

Na segunda avaliação computamos em conjunto o período de permanência no ambulatório CP e o ambulatório de Oncopneumologia (considerou-se a data da primeira consulta e da última consulta no ambulatório). Observamos que, em conjunto, o tempo de permanência no ambulatório teve média de 235 dias e mediana de 172 dias, tendo realizado média de 18 consultas e mediana de 15 consultas (Tabela 8).

Tabela 8: Utilização do Ambulatório pelo Grupo de Oncopneumologia e pelo Grupo de Cuidados Paliativos.

Variáveis	Oncopneumologia	Cuidados Paliativos		
		Onco	CP	Onco + CP
Permanência Ambulatório				
Média	156	204	103	235
Mediana	106	141	65	172
Consultas				
Média	8,9	10	9	18
Mediana	7	7	6	15

9.5.3- Comparação Entre os Grupos

Ao compararmos os dois grupos encontramos que, após implementação de CP, o tempo de permanência no ambulatório aumentou, tanto na permanência conjunta quanto no acompanhamento no ambulatório de Oncopneumologia, isoladamente (Tabela 8) (Tabela 9).

Tabela 9: Variação da Utilização do Ambulatório pelo Grupo de Oncopneumologia e pelo Grupo de Cuidados Paliativos

Variáveis	Oncopneumologia	Cuidados Paliativos	Variação
Permanência Ambulatório			
Média	156	235	51%
Mediana	106	172	62%
Consultas			
Média	8,9	18	102%
Mediana	7	15	114%

9.6-Tempo de Sobrevida:

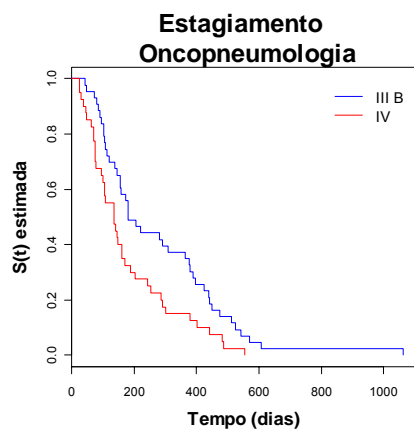
Foi feita análise do tempo de sobrevida para cada grupo e em seguida, para os dois grupos, utilizando-se variáveis consideradas como fatores prognósticos: estadiamento, PS e doenças associadas. Procuramos esclarecer possíveis influências exercidas por estas variáveis na sobrevida.

9.6.1-Grupo de Oncopneumologia

Observamos que nos pacientes do Grupo de Oncopneumologia a mediana de sobrevida foi de 186 dias (6,2 meses).

Ao analisarmos o estagiamento, observamos que esta variável teve significância estatística e que os pacientes que se encontravam no estágio III-B tiveram tempo maior de sobrevida, quando comparado com os pacientes do estágio IV (Figura 9)

Figura 9: Gráfico de Tempo de Sobrevida no Grupo de Oncopneumologia por Estagiamento



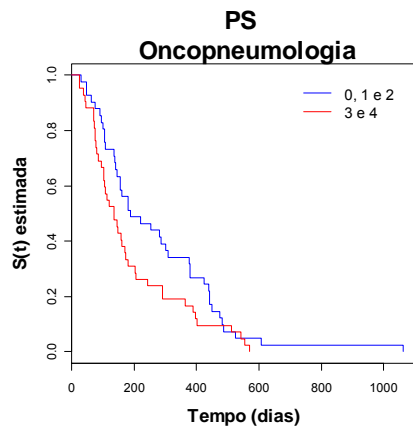
Tarone-Ware test: $p= 0.00935$

Log-rank test: $p= 0.0115$

Peto and Prentice test: $p= 0.00897$

Em relação ao PS os pacientes com PS de 0,1 e 2 tiveram uma sobrevida maior do que os pacientes com PS de 3 e 4 (Figura 10), o que demonstra que esta variável teve significância estatística.

Figura 10: Gráfico de Tempo de Sobrevida no Grupo de Oncopneumologia por OS



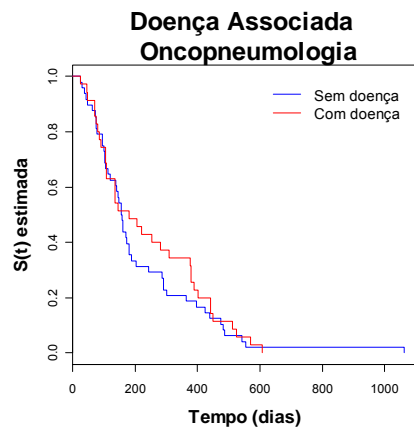
Tarone-Ware test: $p= 0.0433$

Log-rank test: $p= 0.0754$

Peto and Prentice test: $p= 0.0342$

Avaliamos se, neste grupo, se a presença ou não de doenças associadas poderia influenciar no tempo de sobrevida e observamos que não apresentou significância estatística, provavelmente não interferindo na sobrevida destes pacientes (Figura 11).

Figura 11: Gráfico de Tempo de Sobrevida no Grupo de Oncopneumologia por Doença Associada



Tarone-Ware test: $p= 0.497$

Log-rank test: $p= 0.54$

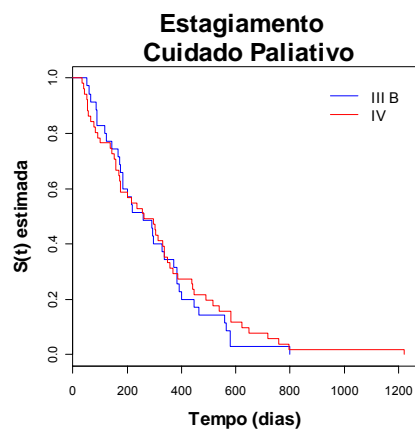
Peto and Prentice test: $p= 0.551$

9.6.2-Grupo de Cuidados Paliativos

Observamos que nos pacientes do Grupo de CP a mediana de sobrevida foi de 260 dias (8,6 meses).

Ao estudarmos o estagiamento, observamos que neste grupo esta variável não apresentou significância estatística e que, provavelmente, não interferiu na sobrevida dos pacientes que receberam esta modalidade de tratamento (Figura 12).

Figura 12: Gráfico de Sobrevida no Grupo de Cuidado Paliativo por Estagiamento



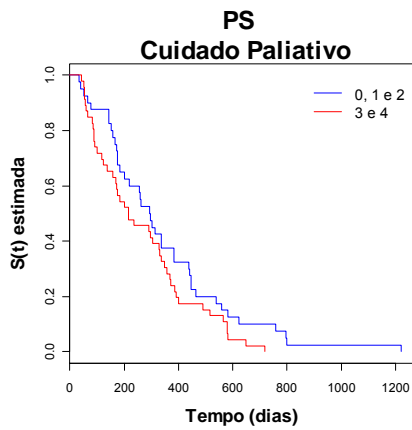
Tarone-Ware test: $p= 0.831$

Log-rank test: $p= 0.582$

Peto and Prentice test: $p= 0.951$

Em relação ao PS, observamos que, neste grupo de pacientes, esta variável não apresentou significância estatística e que provavelmente não interferiu no tempo de sobrevida (Figura 13).

Figura 13: Gráfico de Tempo de Sobrevida no Grupo de Cuidado Paliativo por PS



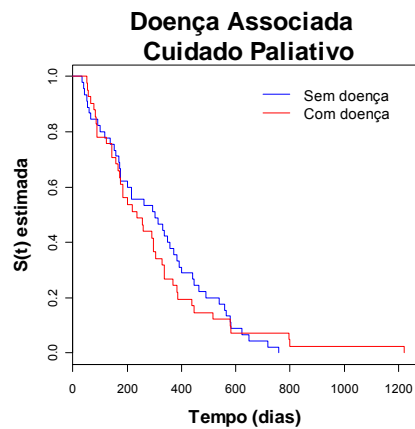
Tarone-Ware test: $p = 0.154$

Log-rank test: $p = 0.105$

Peto and Prentice test: $p = 0.181$

Avaliamos neste grupo de pacientes se a presença ou não de doenças associadas poderia influenciar na sobrevida e observamos que esta variável não apresentou significância estatística e provavelmente não interferiu na sobrevida destes pacientes (Figura 14).

Figura 14: Gráfico de Tempo de Sobrevida no Grupo de Cuidados Paliativos, por Doença Associada



Tarone-Ware test: $p= 0.49$

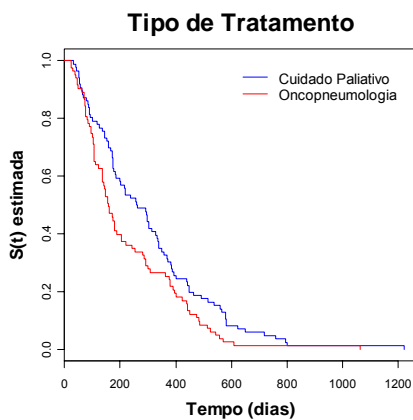
Log-rank test: $p= 0.757$

Peto and Prentice test: $p= 0.473$

9.6.3 Comparação Entre os Grupos

Ao compararmos os grupos, observamos que o tipo de tratamento (cuidados paliativos) apresentou significância estatística e que provavelmente influenciou na sobrevida. O grupo que recebeu CP teve sobrevida maior que o grupo que recebeu apenas tratamento oncopneumológico (Figura 15).

Figura 15: Gráfico de Tempo de Sobrevida Comparando o Tratamento do Grupo de Oncopneumologia e do Grupo de Cuidados Paliativo



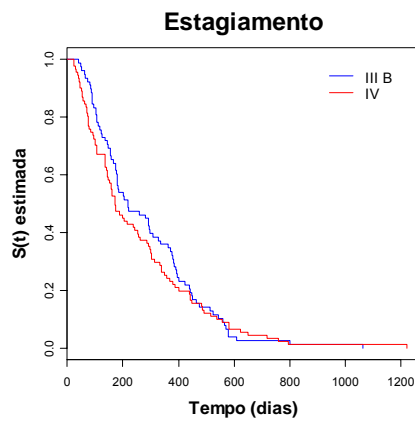
Tarone-Ware test: $p= 0.0141$

Log-rank test: $p= 0.0152$

Peto and Prentice test: $p= 0.0165$

Estudamos nos grupos de Oncopneumologia e de CP, conforme o tipo de tratamento, se o estagiamento influenciou na sobrevida e observamos que o mesmo não apresentou significância estatística, provavelmente não interferindo na sobrevida dos pacientes (Figura 16).

Figura 16: Gráfico de Tempo de Sobrevida no Grupo de Oncopneumologia e Cuidados Paliativo por Estagiamento



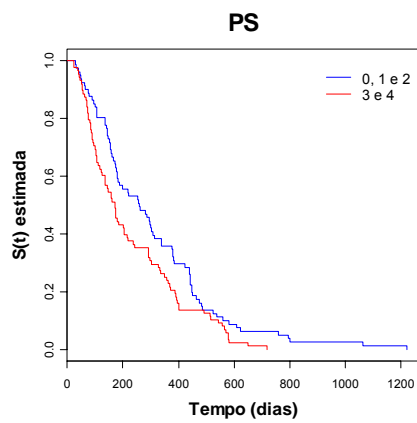
Tarone-Ware test: $p= 0.192$

Log-rank test: $p= 0.46$

Peto and Prentice test: $p= 0.103$

Em relação ao PS, observamos que esta variável, conforme o tipo de tratamento, apresentou significância estatística e que provavelmente pode ter influenciado o tempo de sobrevida (Figura 17).

Figura 17: Gráfico de Tempo de Sobrevida no Grupo de Oncopneumologia e Cuidados Paliativo por PS



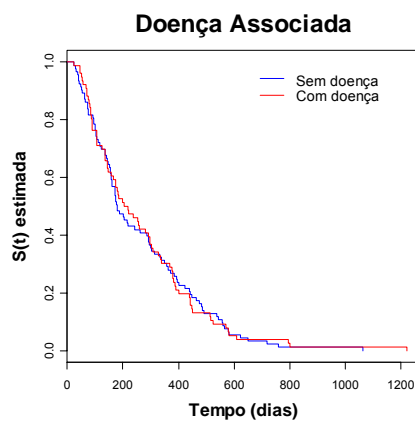
Tarone-Ware test: $p = 0.0175$

Log-rank test: $p = 0.0185$

Peto and Prentice test: $p = 0.0157$

Avaliamos nos dois grupos de tratamentos se a presença ou não de doenças associadas poderia ter influenciado o tempo de sobrevida dos pacientes e observamos que esta variável não apresentou significância estatística e que provavelmente não interferiu no tempo de sobrevida dos pacientes (Figura 18).

Figura 18: Gráfico de Tempo de Sobrevida no Grupo de Oncopneumologia e no Grupo de Cuidados Paliativo, por Doença Associada



Tarone-Ware test: $p= 0.894$

Log-rank test: $p= 0.858$

Peto and Prentice test: $p= 0.844$

Foi realizado procedimento de modelagem proposto por Cox, analisando-se isoladamente as variáveis: idade; PS; estagiamento e doenças associadas. Os resultados mostraram que, no grupo de Oncopneumologia, o estagiamento e o PS influenciaram o tempo de sobrevida, enquanto no grupo CP nenhuma das variáveis estudadas exerceu influência no tempo de sobrevida.

Ao realizarmos o modelo de Cox para todos os pacientes, levando-se em consideração tratamento realizado (Grupo de Oncopneumologia e Grupo CP), encontramos que PS e tratamento em CP influenciaram no tempo de sobrevida dos pacientes (Tabela 10).

Tabela 10: Resultados pelo Modelo de Regressão de Cox, considerando-se o Tipo de Tratamento.

Característica	P-valor	Intervalo de confiança (95%)
Grupo	0.0088	[0.466 - 0.896]
Idade	0.2000	[0.994 - 1.029]
PS	0.0150	[1.078 - 2.017]
Estagiamento	0.1600	[0.913 - 1.730]
Doença Associada	0.4900	[0.629 - 1.247]

A análise do modelo de Cox para todos os pacientes indica que as variáveis significativas são Grupo (p-valor = 0.0088) e PS (p-valor = 0.0150). Vale observar que o intervalo de confiança de 95% para essas variáveis não incluem a unidade.

10-Discussão dos Resultados

Trabalhamos em um hospital universitário e nosso modelo de atendimento foi iniciado como clínica de tratamento de dor crônica. Esse modelo evoluiu para incluir atendimento em CP, fato ocorrido em diversas instituições em nosso país (Melo, 2003). Oferecemos este tipo de tratamento em regime de atendimento ambulatorial e através de pareceres nas enfermarias e na emergência do hospital, conforme as possibilidades e recursos da instituição.

É importante salientar que a literatura nos mostra diferentes modelos e composições em CP (Gunten 2002; Pampallona e Bollini, 2003; Bruera e Sweeney, 2002; Mello 2003; Silva e Hortale 2006; ALCP 2007). A escolha de um ou mais modelos é definida pelas necessidades da população, dos provedores (públicos ou privados) e dos serviços de saúde (Silva e Hortale, 2006).

Em nosso serviço, os dados nos mostram que a maior parte dos pacientes em CP já se encontra com doença avançada no momento do diagnóstico, com baixa taxa de sobrevivência, o que se alinha com os dados da literatura (Jemal et al, 2008; INCA, 2008; Bremnes e Hirsch, 2001).

Os estudos mostram que os CP foram desenvolvidos em resposta às necessidades de cuidar dos pacientes com câncer em fase avançada da doença e de suas famílias (Agell, 2003; Costa Filho, 2008; Bruera et al., 2002; Silva e Hortale, 2006). Esses mesmos motivos levaram à implementação de CP no Programa de Oncopneumologia.

A partir de 2002, o Programa de Oncopneumologia passou gradualmente a se integrar com os CP e a ter, como rotina, o objetivo de proporcionar os cuidados totais aos pacientes.

Ao comparar as características dos pacientes de cada coorte, observamos que não havia diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos e estes foram, por nós, considerados semelhantes.

Os resultados, em nosso estudo, mostram que os pacientes com câncer de pulmão em fase avançada utilizam leitos de emergência em nosso hospital e estes atendimentos, em sua maior parte, 47% para o Grupo de Oncopneumologia e 50%, para o Grupo CP, ocorreram por mais de um motivo, seja clínico ou social.

Ao avaliar as ocorrências na emergência do HUCFF, observamos que, após a implementação de CP, houve redução de 24% no número de pacientes que necessitaram de atendimentos na emergência (54 / 41), redução em 22% na taxa de ocorrência de atendimentos emergenciais (100/78) e redução em 40% de diária hospitalar da emergência (192/116).

Relacionar os achados de diminuição da utilização da emergência hospitalar, como resultado da terapêutica de CP, foi encontrado em outro trabalho que avaliou o impacto dos CP em câncer, em Hong Kong. Este trabalho observou que os pacientes que receberam CP nos últimos seis meses de vida foram os que tiveram menor admissão na emergência (Tse et al., 2007).

Uma média menor de diária hospitalar na emergência, sob nosso ponto de vista, se deve ao fato de que, quando os pacientes em fase final de vida apresentavam uma evolução mais prolongada para o desfecho óbito, havia a intervenção da equipe de CP, no sentido de minimizar os sintomas, através de terapêutica adequada, que resultasse em menor distanásia. A equipe de CP

sempre procurou interceder estimulando a alta dos pacientes, com condições aceitáveis, para o domicílio, assumindo em muitas situações, casos em fase final, para atendimento ambulatorial, dispondo-se a realizar revisões periódicas, conforme a necessidade de cada caso, além de atendimento de suporte ao paciente e à família, por telefone.

Observamos em nosso estudo que, no grupo de CP, a dispneia, como único fator, foi responsável por 20% dos atendimentos hospitalares na emergência do HUCFF, o que também foi encontrado em outro trabalho, realizado em Ontário no Canadá, onde foi avaliado motivos de internação em população com câncer de pulmão, no qual a dispneia foi responsável por 34,2% dos atendimentos e foi o principal motivo dos desfechos finais em unidades de terapia intensiva nos pacientes terminais de câncer de pulmão, (Barbera et al., 2008).

Devemos considerar que não dispomos, em nosso Programa, de oxigenioterapia domiciliar e de tudo o mais, que se faz necessário para o suporte adequado ao atendimento desses pacientes na residência. Devemos também considerar que, na maioria dos casos, o desfecho final é de franca insuficiência respiratória. Estes pacientes procuram a emergência como recurso final, para obtenção de suporte clínico até o óbito, o que, provavelmente, está relacionado à maior taxa de óbito na emergência, pelo grupo CP

Ao avaliarmos as internações hospitalares observamos que a maior parte dos pacientes internados nas enfermarias do HUCFF era proveniente da emergência do hospital, tanto no grupo de oncopneumologia (61%) quanto no grupo de CP (74%). Prevaleceu o achado de mais de um motivo para as internações (87% no Grupo de oncopneumologia e 61% no Grupo de CP).

Pacientes com câncer em fase avançada desenvolvem grande número de sintomas físicos e psicológicos, devastadores, antes da morte (Bruera et al, 2002), o que resultará em maior demanda por cuidados e atendimentos.

Os achados do nosso estudo demonstram que no grupo de CP houve menos internações para tratamento clínico. A maior parte dos pacientes procurou a emergência quando se encontrava em fase final de vida, porque não apresentava condições, clínica ou social, para permanecer em casa. A internação na enfermaria, dentro da nossa estrutura hospitalar, para estes pacientes, permite um pouco mais de conforto, maior suporte e a possibilidade de contato com a família em suas horas finais. Estes achados coincidem com os da literatura (Hallenbeck, 2008; Barbera et al., 2008; Murray, et al., 2004).

Estes achados podem ser justificados pelos inúmeros sintomas no fim da vida, pela frequência de insuficiência respiratória e pela alta demanda de cuidados destes pacientes

Trabalho da literatura mostra que melhorar os sintomas, no final da vida, tem uma relação direta com diminuição de internações hospitalares, na população com câncer de pulmão em fase avançada (Barbera et al., 2008). Isto também é descrito em outros trabalhos, que mostram que os CP proporcionam o controle dos sintomas e oferecem suporte psicossocial, para o paciente no final da vida e para a sua família. (Elsayem et al, 2006; Bruera et al, 2002).

Nas enfermarias do HUCFF, encontramos que, após a implementação de CP, houve redução de 62% (53/20) no número de pacientes que necessitaram de internação hospitalar, redução em 69% (74 / 23) na taxa de ocorrência do evento internação e redução de 71% (1265 / 365) de diárias hospitalares de enfermaria. .

Estes achados estão em acordo com outros estudos que nos mostram que os CP podem atuar levando à diminuição das internações hospitalares, (Back and al., 2005 ; Miller et al., 2001; (Tse et al., 2007)..

Trabalho realizado pelo Departamento de Cuidados Paliativos do King's College School of Medicine, que incluiu 18 estudos, sendo que cinco destes eram de estudos controle/randomizados. encontrou, dentre outros resultados, que o tratamento multiprofissional em CP reduziu o custo e o tempo gasto em "leitos agudos" de hospital (Hearn e Higginson, 1998).

A prática e a difusão da filosofia dos CP permitem que os pacientes sejam submetidos cada vez menos a hospitalizações, assim como, quando o processo de *nursing home* está integrado a um *hospice*, ocorrem também menos hospitalizações (Miller et al., 2001).

Sob o nosso ponto de vista, os achados do nosso trabalho podem ser justificados pelo maior controle dos sintomas e das intercorrências agudas, realizadas pela equipe de CP, através de atendimento contínuo ao paciente. Dentro da filosofia dos CP, o término da terapia direcionada propriamente ao tumor não significa final de tratamento, mas apenas mudança de foco.

Dados relatados em 2004, pela OMS, na análise dos CP, mostram que a maior parte das pessoas na Inglaterra, nos EUA, na Alemanha, Suíça e França morrem em hospitais. Na Inglaterra, a proporção de mortes em casa para pacientes com câncer terminal foi de 27%, em 1994, e de 22%, em 2003 (Gomes e Higginson, 2004).

Estudamos os locais de óbito de nossos pacientes e observamos que identificamos com mais facilidade, e em maior número, os óbitos no grupo de CP.

Quanto aos locais de óbito, os resultados em nosso estudo mostram que, após a implementação de CP, o número de óbitos domiciliares dobrou (16/ 33) e houve diminuição em torno de 43% dos óbitos nas enfermarias do HUCFF (22/13).

Estes achados possivelmente representam que, além do atendimento ao paciente, a equipe de CP presta, também, atendimento aos familiares e cuidadores, dando orientações nas intercorrências e suporte nas horas finais. Nossa equipe sempre procurou assegurar que o atestado de óbito seria fornecido no caso do evento “óbito domiciliar”, com o objetivo do paciente permanecer em casa até o final, proporcionando maior conforto e possibilitando a convivência familiar, sempre de acordo com as preferências dos pacientes e a concordância e possibilidades da família e cuidadores. Desejamos que o óbito seja visto como um desfecho natural e esperado nesta situação.

Conforme descrito em vários estudos, morrer em casa é preferência da maioria dos pacientes (Karlsen e Addington-Hall, 1998; Fukui et al.; Brazil et al., 2001; Cantwell et al., 2000; Murray et al., 2004; Higginson e Sen-Gupta, 2004).

Em um estudo que acompanhou 297 pacientes com câncer em geral , comparando atendimento em casa e atendimento em hospital, observou-se que no grupo que recebeu cuidados em casa (home care/24 h), 45% dos pacientes evoluíram para óbito domiciliar e no grupo que recebeu cuidados hospitalares convencionais, somente 10% dos óbitos ocorreu em casa (Ahlner-Elmgyst, 2004).

As evidências sugerem que o acesso precoce aos CP pode, de fato, diminuir a taxa de mortalidade intra-hospitalar. Quando os pacientes têm seus sintomas adequadamente tratados e compreendem a natureza terminal de sua doença, preferem morrer em casa (Elsayem et al., 2004).

Planejar os cuidados e fornecer recursos, na doença avançada permitirá a um maior número de pessoas morrerem em local de sua preferência (Murray et al., 2004).

Em relação aos locais de morte, entre 50 e 90% dos pacientes com câncer expressam desejo de morrer em casa (Higginson I e Sen-Gupta, 2000) e somente cerca de 30% conseguem fazê-lo (Murray et al., 2004). Pesquisa fragmentada e dados conflitantes dificultam a compreensão dos achados dos locais de óbitos em pesquisas (Gomes e Higginson, 2006).

Ao confrontar nossos dados com os da literatura, observamos que muitos deles são concordantes, quando se fala de tratamento de CP sobre locais de óbito, apesar das diferenças sócio-econômicas, culturais, crenças e modelos de CP que são utilizados no mundo.

Existem vários trabalhos avaliando a sobrevida dos pacientes após o início do tratamento em programa de CP. A maioria mostrou uma mediana de sobrevida de 11 a 38 dias (Foster e Lynn, 1988; Allard et al., 1995; Christakis e Escarce, 1996; Constantini et al., 1999).

A sobrevida no câncer de pulmão ainda é baixa, principalmente quando comparada com outras neoplasias. Em tese de mestrado, cuja pesquisa foi realizada com pacientes do Programa de Oncopneumologia, foi encontrada uma mediana de sobrevida de sete meses para os pacientes com câncer de pulmão.(Mora, 2004).

Em nosso trabalho, os achados mostram aumento do tempo de sobrevida após a implementação dos CP, tendo sido constatada uma mediana de sobrevida de 6.2 meses no Grupo de Oncopneumologia (186 dias) e uma mediana de sobrevida de 8.6 meses (260 dias), para o Grupo de CP.

Avaliamos se variáveis como PS, estagiamento e doenças associadas poderiam ter influenciado nestes resultados. Ao realizarmos o modelo de Cox para todos os pacientes, levando-se em consideração tratamento realizado (Grupo de Oncopneumologia e Grupo CP), encontramos que apenas a variável PS e tratamento em CP influenciaram no tempo de sobrevida dos pacientes

Observações clínicas sugerem que vários fatores podem estar associados com a diminuição da sobrevida, como a dor, dispneia, apetite, sono, fadiga, náusea, depressão, ansiedade, boca seca, entre outros (Lynn e Fisch, 2005).

Acreditamos que, após a implementação de CP, os principais fatores proporcionados pela equipe de CP, que podem ter influenciado positivamente no aumento do tempo de sobrevida, foram o tratamento dos sintomas angustiantes, a identificação e intervenção mais precoce de complicações clínicas agudas, passíveis de controle, assim como o apoio e orientações ao pacientes, aos familiares e cuidadores.

Os CP deveriam integrar todos os setores de cuidados em saúde: emergências, Unidades de Terapia Intensiva, enfermarias, internações domiciliares (*homecare*) e *Hospices*. Desta forma, o *paliativismo* seria apropriado, principalmente, para os pacientes que sofrem de câncer (Costa Filho et al., 2008).

Quando qualquer indivíduo se aproxima dos últimos momentos de uma condição de saúde debilitante, a necessidade de CP aumenta. Neste momento, e após o óbito, assegurar este tipo de atenção propicia um cuidado de qualidade, não importando se oferecido em uma instituição de saúde ou na residência do indivíduo (Silva e Hortale, 2006).

Em nosso estudo observamos que, após implementação de CP, o tempo de permanência no ambulatório aumentou, computando-se conjuntamente o

acompanhamento na Oncopneumologia e em CP obtivemos mediana de permanência de 172 dias enquanto que no grupo de Oncopneumologia obtivemos mediana de 106 dias.

A interrelação entre o tratamento oncológico e o tratamento paliativo clínico foi criada em nossa instituição ao ser proporcionado, aos pacientes, as duas modalidades de tratamento a nível ambulatorial e segundo a OMS, os tratamentos são complementares.

Esses achados mostram que os CP, na modalidade de atendimento ambulatorial, é viável e pode proporcionar maior adesão dos pacientes ao tratamento, maior vínculo com a equipe, ganhos para o paciente e para a instituição, como os apresentados ao analisarmos tempo de sobrevivência, locais de óbito, atendimentos emergenciais e internações hospitalares

11- Conclusão

Neste estudo concluímos que os CP, instituídos como rotina de atendimento em regime ambulatorial, para pacientes portadores de câncer primário de pulmão em fase avançada teve como resultado:

Na Emergência do HUCFF: Redução de 24% no número de pacientes que necessitaram de atendimento na emergência ,redução de 22% na taxa de ocorrência de atendimentos e redução de 40% de diária hospitalar neste setor do hospital.

Nas Enfermarias do HUCFF: Redução de 62% do número de pacientes que necessitaram de internação , redução de 69% da taxa de ocorrência internação hospitalar, e redução de 71% de diária hospitalar nas enfermarias.

Quanto aos locais de óbito observamos que houve redução de 43% do número de óbitos nas enfermarias do HUCFF e o número de óbitos em ambiente domiciliar (morte observada) dobrou .

Houve aumento do tempo de sobrevida com mediana de sobrevida de 186 dias no grupo de oncopneumologia e mediana de sobrevida de 260 dias no grupo de CP.

O tempo de permanência no ambulatório aumentou em torno de 51%, denotando maior adesão ao programa.

Todos os pacientes portadores de câncer de pulmão, fora de recursos de cura, independentemente do estágio, do PS, de ter ou não doença associada, se beneficiaram do tratamento em CP e devem ser, portanto, encaminhados para este tipo de tratamento.

12- Considerações Finais

Atualmente, a sociedade está tentando lidar com o aumento rapidamente crescente do conhecimento tecnológico e a sofisticação da medicina, enquanto reconhece necessidades e direitos individuais. Do ponto de vista ético, é imperativa a reflexão sobre o quanto o avanço tecnológico pode beneficiar determinados pacientes, enquanto para outros se transforma em instrumento de prolongamento de sofrimento e retardo do inevitável processo de morte.

As falhas nas políticas de saúde, o difícil acesso aos serviços de assistência, a falta de formação adequada de profissionais nessa área e a falta de informação do paciente fazem com que a assistência em CP seja feita tardiamente. Nos locais em que se dispõe de CP, muitas vezes o paciente chega para atendimento quando está em seus últimos dias de vida, enquanto o correto seria ter iniciado seu tratamento em CP no momento em que sua doença se tornou incurável.

Somos um hospital-escola e centro de referência; mesmo assim em nosso programa ainda é muito comum que os pacientes cheguem para atendimento em CP nos seus momentos finais. Dispomos de recursos somente para atendimento ambulatorial, com pessoal insuficiente em relação à composição multiprofissional da equipe, necessária para este tipo de atendimento. Não dispomos de recursos para atendimento domiciliar e/ou fornecimento de materiais especiais de consumo, como, por exemplo, oxigenioterapia domiciliar, tampouco de leitos destinados para as intercorrências médicas e/ ou uma estrutura que garanta o fornecimento do atestado de óbito, quando este ocorre no domicílio.

Existe a necessidade de definir prioridades que permitam equacionar os problemas, ao lado da implantação de sistemas de informação que tornem mais transparentes os resultados obtidos e os gastos necessários para alcançá-los. .

Já progredimos muito em relação ao passado, porém temos ainda uma longa caminhada, no sentido de se construir um programa adequado para as necessidades nesta fase da vida.

Este estudo não teve como objetivo a avaliação do funcionamento do hospital, mas os dados aqui obtidos podem contribuir para a otimização dos serviços prestados, a utilização racional de recursos, a diminuição de gastos, sem falar em alívio de sofrimento e melhora da qualidade de vida, que não têm preço.

O principal desafio é administrar adequadamente os escassos recursos disponíveis para que possamos suprir necessidades e carências.

13- Referências Bibliográficas

- Agell I. Psychosocial Issues in Palliative Care. *BMJ* 2003;327(7408):234.
- Ahlner-Elmgvist M, Jordhoy MS, Jannert M, Favers P, Kaasa S. Place of death: hospital based advanced home care versus conventional care. *Palliat Med* 2004;18(7):585-93.
- Allard P, Dionne A, Potvin D. Factors associated with length of survival among 1.081 terminal ill cancer patients. *J Palliat Care* 1995;11(3):20-4.
- American Joint Committee on cancer. *AJCC Cancer Staging Manual* 1997. 6th ed. Philadelphia: Lippincott Raven Publishers 2002.
- American Society of Clinical Oncology (ASCO). Clinical Practice Guidelines for the Treatment of Unresectable Non-Small-Cell Lung Cancer. *J Clin Oncol* 1997;15:2996-3018
- Associação Latino-americana de Cuidados Paliativos (ALCP). Disponível em: <http://www.cuidadospaliativos.org/archives/circularpor32.pdf>. Acesso em 4 Jan. 2009.
- Back AL, Li YF, Sales AE. Impact of palliative care case management on resource use by dying of cancer at a Veterans Affairs medical center. *J Palliat Med* 2005;8(1):26-35.
- Barbera I, Paszat L, Qiu F. End-of life care in lung cancer patients in Ontário: aggressiveness of care in the population and a description of hospital admissions. *J Pain Symptom Manage* 2008;35(3):267-74.
- Brazil K, Bedard M, Willison K. Factors associated with home death for individuals who receive home support services: a retrospective cohort study. *BMC Palliat Care* 2002;1:1-6.

-Bremnes RM, Hirsch FR. Lung cancer screening-what now? Tidsskr Nor Laegeforen 2001;121(13):1600-4.

-Bruera E, Russell N, Sweeney C, Fisch M, Palmer JL. Place of death and its predictors for local patients registered at a comprehensive cancer center. J Clin Oncol 2002; 20(8):2127-33.

-Bruera E, Sweeney C. Palliative care models: international perspective. J Palliat Med 2002;5(2):319-27.

-Cantwell P, Turco S, Brenneis C, Neuman C, Bruera E. Predictors of home death in palliative care cancer patients. J Palliat Care 2000;16:23–8.

-Christakis NA, Escarce JJ. Survival of Medicare patients after enrolment in hospice program s. NEJM 1996;335(3).172-78.

-Constantini M, Toscani F, Gallucci M. Terminal cancer patients and timing of referral to palliative care: a multicenter prospective cohort study. J Pain Symptom Manage 1999;18(4):243-52.

-Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Disponível em <http://www.cremesp.org.br/manual/etica_gineco_obst/etica_gineco_obstetr_capitulo_2.htm>. Acesso em: 29 Nov. 2008.

-Cortés-Funes H. New treatment approaches for lung cancer and impact on survival. Semin Oncol 2002;29(8):26-9.

- Costa Filho RC, Costa JLF, Gutierrez FLBR, Mesquita AF. Como Implementar cuidados paliativos de qualidade na unidade de terapia intensiva. Rev Bras Ter Intensiva 2008;20(1):88-92.

-Cox DR. Regression models and life tables. Journal of the Royal Statistical Society 1972;B34:187-220.

- Doyle D. Palliative medicine in the home: an overview. In: Doyle D, Hanks G, Cherny NI, Calman K, editors. Oxford Textbook of Palliative Medicine. 3th ed. New York: Oxford University Press; 2005. p.1095-1114.

- Elsayem A, Swint K, Fisch M, Palmer J, Reddy S, Walker P, et al.. Palliative care inpatient service in a comprehensive cancer center: clinical and financial outcomes. J Clin Oncol 2004;22(10):2008-14.

-Elsayem A, Smith M L., Parmley L, Palmer JL, Jenkins R, Reddy S, et al.. Impact of a palliative care service on in-hospital mortality in a comprehensive cancer center. J Palliat Med 2006;9(4):894-902.

-Escalante CP, Martin CG, Elting LS, Rubenstein EB. Medical futility and appropriate medical care in patients whose death is thought to be imminent. Support Care Cancer 1997;5(4):274-8.

- Firmino F. Lutas simbólicas das enfermeiras na implantação do centro de suporte terapêutico-oncológico (CSTO) do Instituto Nacional de Câncer (INCa) [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2004. 130 p.

-Forster L.E., Lynn J. Predicting life span for applicants to inpatient hospice. Arch Intern Med 1988;148(12):2540-43.

-Fukui S, Kawagoe H, Masako S. Determinants of the place of death among terminally ill cancer patients under home hospice care in Japan. Palliat Med 2003;17:445-53.

-Gomes B, Higginson I J. Home or hospital? Choices at the end of life. J R Soc Méd 2004;97(9):413-4.

-Gomes B, Higginson, I J. Factors influencing death at home in terminally ill patients with cancer: systematic review. BMJ 2006;332:515-521.

-Good PD, Cavenagh J, Ravescroft PJ. Survival after enrollment in an Australian palliative care program. *J Pain Symptom Manage* 2004;27(4):310-15.

- Gunten CH V. Secondary and Tertiary Palliative Care in US Hospitals. *JAMA* 2002;287(7):875-81.

-Hallenbeck J. Access to end-of-life care venues. *Am J Hosp Palliat Care* 2008;25:245.

-Hearn J, Higginson IJ. Do specialist palliative care teams improve outcomes for cancer patients? A systematic literature review. *Palliat Med* 1998;12(5):317-32.

-Higginson IJ, Sen-Gupta GJ. Place of care in advanced cancer: a qualitative systematic literature review of patient preferences. *J Palliat Med* 2000;3(3):287-300.

-Hirai K, Mitsunori M, Morita T, Sanio M, Uchitomi YI. Good death in Japanese cancer care: a qualitative study. *J Pain Symptom Manage* 2006;31(2):140-7.

-Hollen PJ, Gralla RJ, Kris MG, Potanovich LM. Quality of Life assessment in individuals with lung cancer: testing the Lung cancer symptom Scale. *Eur J Cancer* 1993;29(1):51-8.

-Houaiss A. Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa. In: Antonio Houaiss, editor. 1ª ed. Rio de Janeiro: Editora Objetiva Ltda; 2001.

-Instituto Nacional do Câncer. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2008/index>>. Acesso em: 1 Nov. 2008.

-Jemal A, Siegel R, Ward E, Hao Y, Xu J, Murray T, et al..Cancer Statistics 2008. *Cancer J Clin* 2008;58:71-96.

-Kaplan E L, Meier, P. Nonparametric estimation from incomplete observations. ASA 1958;53: 457.

-Karlsen S, Addington-Hall J. How do cancer patients who die at home differ from those who die elsewhere? Palliat Med 1998;12:279–86.

-Kipper DJ, Clotet J – Princípios da Beneficência e Não-Maleficência. In: Costa SIF, Garrafa V, Oselka G, editores. Iniciação à Bioética. Brasília: Conselho Federal de Medicina; 1998. p. 37-51.

-Kovács MJ. Comunicação nos programas de cuidados paliativos uma abordagem multidisciplinar. In: Pessini L, Bertachini L. Humanização e cuidados paliativos, 2th ed. São Paulo; Edições Loyola; 2004. p.275-89.

-Lynn P, Fisch MJ. Association Between Symptom Distress and Survival in Outpatients Seen in a Palliative Care Cancer Center. J Pain Symptom Manage 2005;29(6):565-71.

-Medici AC. Saúde: Indicadores básicos e políticas governamentais.

Disponível em:

<http://www2.mre.gov.br/cdbrasil/itamaraty/web/port/polsoc/saude/apresent/index.htm>. Acesso em: 17 de Jan. 2009.

-Meisel A, Snyder L, Quill T. Seven legal barriers to end-of-life care: myths, realities, and grains of truth. JAMA 2000;284(19):2495-501.

- Melo AGC. Os cuidados paliativos: uma nova abordagem em evolução no mundo. Rev Bras de Homecare 2000;67:30-32.

-Melo, A.G.C. Os cuidados paliativos no Brasil. Mundo Saúde2003; 27(1):58–63.

- Miller SC, Gozalo P, Mor V. Hospice enrollment and hospitalization of dying nursing home patients. *Am J Med* 2001;111(1):38-44.

-Ministério da Saúde. DOU nº 196-E, Seção 1, pág. 53 e 54, de 14.10.98. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/portarias/port98/GM/GM-3535.html>>. Acesso em: 18 Jan. 2009.

- Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 19 de 03 de janeiro de 2002. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/atos_normativos/legislacao-sanitaria/estabelecimentos-de-saude/dor-cronica/portaria_019.pdf> Acesso em: 11 Jan. 2009.

-Mora ARM. Análise de sobrevida de pacientes com câncer de pulmão [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2004. 102 p.

-Mountain CF. Revisions in the International System for Staging Lung Cancer. *Chest* 1997;111(6):1710-17.

- Murray SA, B Kirsty, Sheikh A, Thomas K, Higginson IJ. Developing primary palliative care. *BMJ* 2004;329:1056-7.

-O'Hare DG. Principles of medical ethics in supportive care: a reflection. *Support Care Cancer* 2004;12(2):86-90.

-Pampallona S, Bollini P. Palliative care in developing countries: why research is needed. *J Pain Palliat Care Pharmacother* 2003;17(3-4):171-82.

-Pantilat S, Z Izaac M. End-of-life care for the hospitalized patient. *Med Clin North Am* 2008;92(2):349-70.

-Peto, R. and J. Peto. 1972. Asymptotically Efficient Rank Invariant Test Procedures (with Discussion). *Journal of the Royal Statistical Society*, Vol 135: 185-206.

-Piva JP, Carvalho PRA. Considerações éticas nos cuidados médicos do paciente terminal. *Bioética* 1993;1:85-7.

-Prentice, R.L. 1978. Linear Rank Tests with Right-censored Data. *Biometrika*, Vol 65:167-79.

-R Development Core Team (2008). R: A language and environment for statistical computing. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria. ISBN 3-900051-07-0, URL < <http://www.R-project.org>>.

-Sharma G, Freeman J, Zhang D, Goodwin JS. Continuity of care and intensive care unit use at end of life. *Arch Intern Med* 2009;169(1):81-86.

-Silva RCF, Hortale VA. Cuidados paliativos oncológicos: elementos para o debate de diretrizes nesta área. *Cad Saúde Pública* 2006;22(10):2055-66.

- Sistema único de Saúde. Programa Nacional de Assistência à Dor e Cuidados Paliativos. Portaria nº 19 de 03 de janeiro de 2002.

-Sorensen JB, Klee M, Palshof T, Hansen HH. Performance status assessment in cancer patients. An inter-observer variability study. *Br J Cancer* 1993;67(4):773-5.

-Taboada P. Princípios éticos relevantes en medicina paliativa. In: Bruera E, De Lima, editores. *Cuidados Paliativos: Guias para el manejo clinico*. 2ª ed. Washington DC: OPAS; 2004. p. 9-14.

-Tarone R, Ware J. On distribution-free tests for equality of survival distributions. *Biometrika* 1977;64:156-60.

-Temel JS, McCannon J, Greer JA, Jackson VA, Ostler P, Pirl WF et al., Aggressiveness of care in a prospective cohort of patients with advanced NSCLC. *Cancer* 2008;113(4):826-33.

-Trein, F. O homem finito ou a morte em companhia de outros homens. In: XIII COGRESSO BRASILEIRO DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA DA SBBG, 2002. Disponível em: <http://www.sbgg.org.br>. Acesso em: 20 set. 2005.

-Tse DM, Chan KS, Lam WM, Leu K, Lam PT. The impact of palliative care on cancer death in Hong-Kong: a retrospective study of 494 cancer death. *Palliat Med* 2007;21(5):425-33.

-Van den Eyden B, Hermann I, Schrijvers D, Van Royen P, Maes R, Vermeulen L et al.. Factors determining the place of palliative care and death of cancer patients. *Support Care Cancer* 2000;8:59-64.

-Wehmeier Sally. Oxford Advanced Learner`s dictionary. In: McIntosh C, Turnbull J, editors. 7ª ed. New York: Oxford University Press; 2005. p. 753.

-World Health Organization. Disponível em: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>>. Acesso em: 28 Dez. 2008.

-Young ED. Life and death in PICU: ethical considerations. In: Civeta J, editor. *Critical care*. 2.ed. Philadelphia:g J.B. Lippicott; 1993 P. 59-82.

14- Anexos

Anexo I : Sistema TNM

	Definições
	Tumor primário
X	Tumor primário inacessível ou tumor provado pela presença de células malignas em secreções bronco pulmonares, mas não visível por imagem ou broncoscopia.
0	Sem evidência de tumor primário
is	Carcinoma in situ
1	Tumor ≤ 3cm em seu maior diâmetro, circundado por pulmão ou pleura visceral, sem evidência broncoscópica de invasão mais proximal que o brônquio lobar (brônquio fonte livre)
2	Tumor > 3cm em seu maior diâmetro ou que invada pleura visceral ou associado à atelectasia ou pneumonite obstrutiva estendendo-se até o hilo, mas sem acometer todo o pulmão; ou tumor em brônquio fonte a uma distância ≥ 2cm da carina
3	Tumor de qualquer tamanho que invada parede torácica (incluindo tumor do sulco superior), diafragma, pleura mediastinal, pericárdio parietal; ou tumor em brônquio fonte a < 2cm da carina sem envolvê-la; ou associado à atelectasia ou pneumonite obstrutiva de todo o pulmão
4	Tumor de qualquer tamanho que invada mediastino, coração, grandes vasos, traquéia, esôfago, corpo vertebral ou carina; ou nódulo(s) separado num mesmo lobo; ou tumor com de derrame pleural maligno
	Linfonodo regional
X	Linfonodo regional inacessível
0	Sem metástase para linfonodos regionais
1	Metástase ipsilateral para os linfonodos peribrônquicos e/ou hilares e intrapulmonares
2	Metástase ipsilateral para os linfonodos mediastinais e/ou subcarinais
3	Metástase contralateral para os linfonodos mediastinais e/ou hilares; ipsilateral ou contralateral para os linfonodos supraclaviculares ou escalenos
	Metástase
X	Metástase inacessível
0	Sem metástase conhecida
1	Metástase presente (inclui nódulo(s) separado síncrono em lobo diferente)

(Mountain 1997)

Anexo II

American Joint Committee on Cancer Staging

Está gio	Tumor (T)	Linfonodo (N)	Metástase (M)
IA	T1	N0	M0
IB	T2	N0	M0
IIA	T1	N1	M0
IIB	T2	N1	M0
	T3	N0	M0
IIIA	T1	N2	M0
	T2	N2	M0
	T3	N1	M0
	T3	N2	M0
IIIB	Qualquer T	N3	M0
	T4	Qualquer N	M0
IV	Qualquer T	Qualquer N	M1

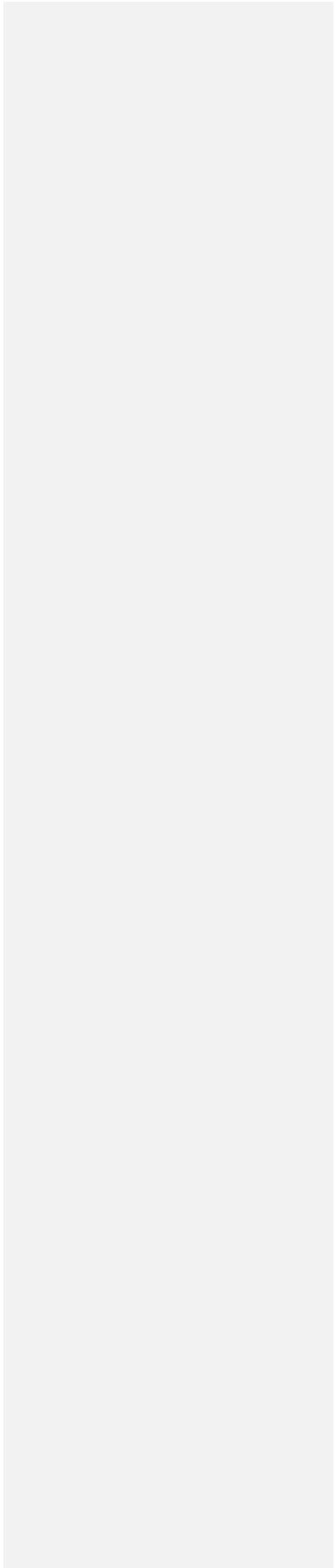
(Hurria e Kris, 2003)

Anexo III**Eastern Cooperative Oncology Group. ECOG Performance Status**

Grau	Definição
0	Assintomático
I	Sintomático, porém ambulatorial
II	Sintomático e ambulatorial mais 50% das horas de vigília
III	Sintomático e ambulatorial $\leq 50\%$ das horas de vigília
IV	Restrito ao leito ou à cadeira

(Sorensen et al. , 1993)

Anexo IV-Aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa:



Anexo V- Aprovação no ATS 2009

-----Mensagem original-----

>> De: Donna@mx4.oi.com.br [<mailto:Donna@mx4.oi.com.br>] Enviada em:
>> quarta-feira, 21 de janeiro de 2009 18:13
>> Para: giselecazale@oi.com.br
>> Cc: campaign@marathonmultimedia.com
>> Assunto: ATS 2009 Program Notification (File # 954795)
>>
>> TO: Dr. Gisele Bonioli
>> ABSTRACT NUMBER: 2122
>> ABSTRACT TITLE: Evaluation of the Influence of Palliative Care
>> Program in
>> Hospitalization and Emergency Room Occurrences in Advanced
>> Non-Small-Cell-Lung Cancer Patients
>>
>> The ATS International Conference Committee would like to inform you
>> that your abstract listed above has been accepted for presentation at
>> the
>> 2009
>> ATS International Conference in San Diego, California.
>>
>> Your abstract was accepted and has been programmed as a(n) Poster
>> presentation at a Thematic Poster session, C42 - LUNG CANCER
CLINICAL
>> TREATMENT, scheduled for Tuesday, 5/19/2009 from 8:15 AM to 4:00 PM.
>> Additional information about your presentation will follow shortly.
>>
>> You must register for the conference and we recommend you do this
>> soon to ensure your first choice of sessions and hotels. The Advance
>> Program, which contains the registration form, will be mailed to you
>> under separate cover or you may access the program and register
>> online through the ATS
>> website:
>> <http://www.thoracic.org/go/international-conference>. You may also
>> register by mail, facsimile and phone. Take note of the reduced
>> registration fee for those who register by the March 24 deadline.
>> You are also responsible for making your own travel and hotel
>> accommodations.
>>
>> TRAVEL REQUIREMENTS
>> PASSPORT: By Air: ALL persons traveling by air outside of the United
>> States
>> (U.S.) are required to present a passport or other valid travel
>> document to enter or re-enter the U.S. By land or by sea: The
>> Western Hemisphere Travel Initiative requires all travelers to and
>> from the Americas, the Caribbean, and Bermuda to have a passport or
>> other accepted document that establishes the bearer's identity and
>> nationality to enter or re-enter the U.S.
>> VISA: Most Canadian citizens and many citizens from Visa Waiver
>> Program
>> (VWP) countries can come to the U.S. without a visa if they meet
>> certain requirements. Travelers from all 34 VWP countries must have
>> a machine-readable passport and an approved authorization through the
>> Electronic System for Travel Authorization at the U.S. port of entry
>> to enter the U.S. without a visa; otherwise a U.S. visa is required.
>> IMPORTANT: Effective January 12, 2009, all VWP travelers will be
>> required to obtain an authorization via the Electronic System for

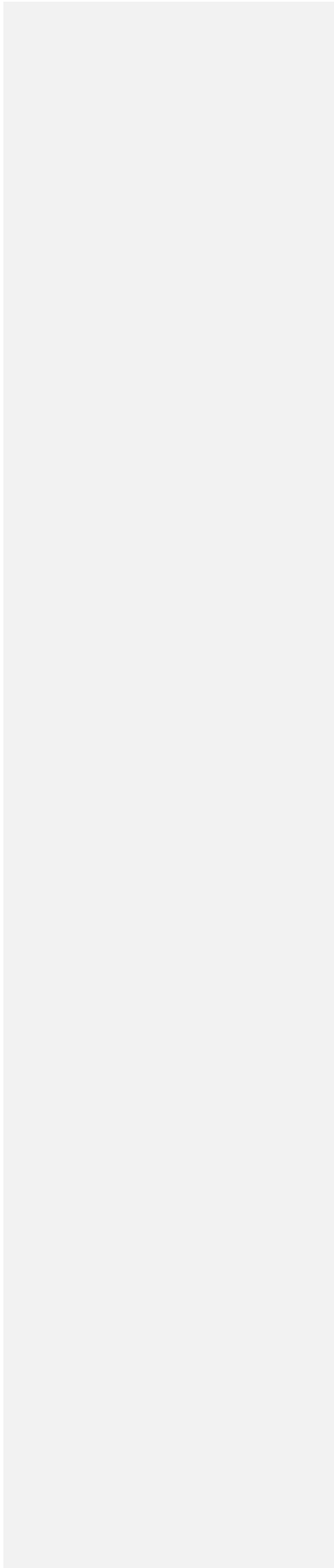
>> Travel Authorization (ESTA) before traveling to the United States.
>> Learn more about ESTA at www.cbp.gov.
>> For more information on passports, visa requirements, and Letter of
>> Invitation, please visit
>> <http://www.thoracic.org/go/international-conference>.
>>
>> After January 21, you may log back into the ATS Call4Abstracts(tm)
>> website, www.call4abstracts.com/ats/, to download your acceptance
>> letter on ATS letterhead. You will need to log into the website
>> using the same username and password you used to submit your
>> abstract(s). Please contact Technical Support if you need assistance
>> by emailing support@marathonmultimedia.com or calling 507-333-1000.
>>
>> Thank you for your participation. We look forward to an exciting
>> program.
>>
>> Monica Kraft, M.D.
>> Chair
>> International Conference Committee

15-Apêndices**Apêndice I****Ficha de Coleta de Dados**

Nome _____ Pront _____ Data Nasc _____
Sexo F M Idade: ___ anos Endereço _____
Data do Diagnóstico _____ Tipo Histopatológico _____
Estadiamento (III-B) (IV) Metástase _____
Tratamento Realizado ___ Doenças Associadas (Não) (Sim) _____
Datas: 1º Cons(CP) _____ Últ Con(CP) _____ Nº Con _____
Datas: 1º Cons(Onco) _____ Últ Con(Onco) _____ Nº Con _____
ÓBITO: Data _____ Local _____
Emergência: Data _____ Motivo _____ -
Alta _____ Destino _____
Emergência: Data _____ Motivo _____
Alta _____ Destino _____
Emergência: Data _____ Motivo _____
Alta _____ Destino _____
Emergência: Data _____ Motivo _____ -
Alta _____ Destino _____
Internações: Data/local _____ Motivo _____
Data alta _____ Destino _____
Internações: Data/local _____ Motivo _____
Data alta _____ Destino _____

Internações: Data/local_____ Motivo_____

Apêndice II – Descrição das Variáveis do Estudo



Descrição das Variáveis do Estudo

Variável	Como foi Obtida	Como foi Apresentada
Sexo	Categórica Dicotômica Masculino Feminino	Categórica Dicotômica Masculino Feminino
Idade	Contínua em anos	Média Mediana
P S	Categórica em Níveis 0, 1, 2, 3 e 4	Categórica Dicotômica (1) 0, 1 e 2 e (2) 3 e 4
Estágio	Categórica Dicotômica IIIB e IV	Categórica Dicotômica IIIB e IV
Doenças Associadas	Diversos Níveis de Categorias	Categórica Dicotômica (1) Sim e (2) Não
Tipo Histopatológico	4 níveis de categoria: CNP Adenocarcinoma Escamoso Grandes Células	4 níveis de categoria: CNP Adenocarcinoma Escamoso Grandes Células
Acompanhamento Ambulatorial (Tempo entre 1ª e última consulta)	Contínua em dias	Média Mediana
Consultas	Categórica por taxa de ocorrência	Média Mediana
Locais de Óbito	Categórica em 5 Níveis: 0 - Não Identificado 1 - Residencial 2 - Outro Hospital 3 - Emergência do HU 4 - Internado no HU	Categórica em 5 Níveis: 0 - Não Identificado 1 - Residencial 2 - Outro Hospital 3 - Emergência do HU 4 - Internado no HU
Data do Óbito	Categórica data do óbito	Categórica data do óbito
Sobrevida (Tempo entre diagnóstico e óbito)	Contínua em dias	Média Mediana Curva de Kaplan-Meier
Tratamento Oncológico	Categórica em 4 Níveis: 1 - QT 2 - RxT 3 - QT + RxT 4 - Suporte Clínico	Categórica em 4 Níveis: 1 - QT 2 - RxT 3 - QT + RxT 4 - Suporte Clínico
Ocupação Leito Hospitalar (Emergência / Internação)	Contínua em dias	Contínua em dias Média Mediana
Utilização dos Serviços Hospitalares (Emergência / Internação)	Categórica por taxa de ocorrência	Categórica por taxa de ocorrência
Destino Emergência	Categórica em Níveis 1- Internação, 2 - Alta e 3 - Óbito	Categórica em Níveis 1- Internação, 2 - Alta e 3 - Óbito
Destino Internação	Categórica Dicotômica 2 - Alta e 3 - Óbito	Categórica Dicotômica 2 - Alta e 3 - Óbito
Motivos de Atendimento Hospitalar (Emergência / Internação)	Diversos Níveis de Categorias	Categórica em 7 Níveis: Dor Dispneia Hemoptise Infecção Respiratória Exames/Procedimento Outros + de um Motivo

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)