

DOCTORAMENTO

MEDICINA

**Cuidados Paliativos em Pacientes Oncológicos
A Realidade do Estado de Rio Grande do Sul - Brasil**

Cledy Eliana dos Santos

D

2018



CUIDADOS PALIATIVOS EM PACIENTES ONCOLÓGICOS
A REALIDADE DO ESTADO DE RIO GRANDE DO SUL - BRASIL

Cledy Eliana dos Santos

Orientação: **Professor Doutor José Manuel Peixoto Caldas**

Instituto de Saúde Pública, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto e Professor Catedrático Convidado da Universidade Federal da Paraíba

Coorientação: **Professor Doutor Altamiro da Costa Pereira**

CINTESIS, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

Professor Doutor Airton Tetelbom Stein

Departamento de Saúde Coletiva UFCSPA; Programa de Saúde Coletiva da Ulbra; Coordenador do Núcleo de Avaliação de Tecnologia em Saúde do Grupo Hospitalar Conceição

A presente investigação foi realizada no Serviço da Dor e Cuidados Paliativos do Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC), Grupo Hospitalar Conceição (GHC) na cidade de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, instituição vinculada ao Ministério da Saúde do Brasil. O projeto teve apoio institucional do GHC, do Serviço da Dor e Cuidados Paliativos do HNSC, Gerência de Ensino e Pesquisa - Escola GHC.



MINISTÉRIO DA
SAÚDE



Artigo 48, parágrafo 3º

“A Faculdade não responde pelas doutrinas expedidas na dissertação”

Regulamento da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

Decreto Lei N° 19337, de 29 de Janeiro de 1931

____ **JÚRI DA PROVA DE DOUTORAMENTO**

Presidente: **Doutor José Agostinho Marques Lopes**

Professor Catedrático da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

Vogais: **Doutor José Manuel Peixoto Caldas**

Professor Catedrático Convidado da Universidade Federal da Baía
Orientador da Tese

Doutora Margareth de Fátima Formiga Melo Diniz

Professora Catedrática da Universidade Federal de Paraíba

Doutor Márcio Tadeu Ribeiro Francisco

Professor Catedrático da Universidade Veiga de Almeida - Rio de Janeiro

Doutor Rui Manuel Lopes Nunes

Professor Catedrático da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

Doutor José Alberto da Silva Freitas

Professor Auxiliar da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

CORPO CATEDRÁTICO

DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DO PORTO

Professores Catedráticos Efectivos

Doutor Manuel Alberto Coimbra Sobrinho Simões
Doutor Jorge Manuel Mergulhão Castro Tavares
Doutora Maria Amélia Duarte Ferreira
Doutor José Agostinho Marques Lopes
Doutor Patrício Manuel Vieira Araújo Soares Silva
Doutor Daniel Filipe Lima Moura
Doutor Alberto Manuel Barros da Silva
Doutor José Manuel Lopes Teixeira Amarante
Doutor José Henrique Dias Pinto de Barros
Doutora Maria Fátima Machado Henriques Carneiro
Doutora Isabel Maria Amorim Pereira Ramos
Doutora Deolinda Maria Valente Alves Lima Teixeira
Doutora Maria Dulce Cordeiro Madeira
Doutor Altamiro Manuel Rodrigues Costa Pereira
Doutor Rui Manuel Almeida Mota Cardoso
Doutor António Carlos Freitas Ribeiro Saraiva
Doutor Álvaro Jerónimo Leal Machado de Aguiar
Doutor José Carlos Neves da Cunha Areias
Doutor Manuel Jesus Falcão Pestana Vasconcelos
Doutor João Francisco Montenegro Andrade Lima Bernardes
Doutora Maria Leonor Martins Soares David
Doutor Rui Manuel Lopes Nunes
Doutor José Eduardo Torres Eckenroth Guimarães
Doutor Francisco Fernando Rocha Gonçalves
Doutor José Manuel Pereira Dias de Castro Lopes
Doutor Manuel António Caldeira Pais Clemente

Professores Jubilados ou Aposentados

Doutor Abel José Sampaio da Costa Tavares
Doutor Abel Vitorino Trigo Cabral
Doutor Alexandre Alberto Guerra Sousa Pinto
Doutor Amândio Gomes Sampaio Tavares
Doutor António Augusto Lopes Vaz
Doutor António Carvalho Almeida Coimbra
Doutor António Fernandes da Fonseca
Doutor António Fernandes Oliveira Barbosa Ribeiro Braga
Doutor António Germano Pina Silva Leal
Doutor António José Pacheco Palha
Doutor António Luís Tomé da Rocha Ribeiro
Doutor António Manuel Sampaio de Araújo Teixeira
Doutor Belmiro dos Santos Patrício
Doutor Cândido Alves Hipólito Reis
Doutor Carlos Rodrigo Magalhães Ramalhão
Doutor Cassiano Pena de Abreu e Lima
Doutor Daniel Santos Pinto Serrão
Doutor Eduardo Jorge Cunha Rodrigues Pereira
Doutor Fernando de Carvalho Cerqueira Magro Ferreira
Doutor Fernando Tavarela Veloso
Doutor Francisco de Sousa Lé
Doutor Henrique José Ferreira Gonçalves Lecour de Menezes
Doutor José Augusto Fleming Torrinha
Doutor José Carvalho de Oliveira
Doutor José Fernando Barros Castro Correia
Doutor José Luís Medina Vieira
Doutor José Manuel Costa Mesquita Guimarães
Doutor Levi Eugénio Ribeiro Guerra
Doutor Luís Alberto Martins Gomes de Almeida
Doutor Manuel Augusto Cardoso de Oliveira
Doutor Manuel Machado Rodrigues Gomes
Doutor Manuel Maria Paula Barbosa
Doutora Maria da Conceição Fernandes Marques Magalhães
Doutora Maria Isabel Amorim de Azevedo
Doutor Mário José Cerqueira Gomes Braga
Doutor Serafim Correia Pinto Guimarães
Doutor Valdemar Miguel Botelho dos Santos Cardoso
Doutor Walter Friedrich Alfred Osswald

Ao abrigo do Art.º 8º do Decreto-Lei n.º 388/70, fazem parte desta dissertação as seguintes publicações:

Artigo 1: Santos CD, Caldas JMP, Serafim JA, Barros N, Pereira AC (2016). **Hospital Admissions of Cancer Patients in Brazil: Analysis of Palliative Care Needs.** J Palliat Care Med 6: 263. doi:10.4172/2165-7386.1000263

Artigo 2: dos Santos CE, Peixoto Caldas JM, Serafim JA, Barros N, da Costa Pereira A, et al (2016). **Needs for Palliative Care of Cancer Patients in Brazil: Analysis of Data from 2008-2014.** J Palliat Care Med 6: 294. doi: 10.4172/2165- 7386.1000294

Artigo 3: dos Santos CE, Peixoto Caldas JM, Serafim JA, Barros N, da Costa Pereira A, et al (2017). **Palliative Care in Brazil: with a View to Future Needs.** International Archives of Medicine, Vol. 10 No. 148. doi: 10.3823/2418

Artigo 4: dos Santos CE, Peixoto Caldas JM, Serafim JA, Barros N, da Costa Pereira A, et al (2017). **Availability of palliative care Cancer services in Brazil.** Methadod. revista de ciencias sociales, 2017, 5 (2): 341-354 <http://dx.doi.org/10.17502/m.rcs.v5i2.172>

Artigo 5: Santos CE, Klug D, Losekann MV, Nunes TS, Cruz RP. **Analysis of the Perroca Scale in Palliative Care Unit.** Rev Esc Enferm USP. 2018; 52:e03305. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2017037503305>

Artigo 6: Santos CE, Campos LS, Barros N, Serafim, JA, Klug D, Cruz RP. **Palliative care in Brazil: presente and future.** Submetido para Publicação na Revista da Associação Médica Brasileira - Manuscript ID RAMB-2018-0346) (Submetido com prévio aceite).

Em todos os artigos colaborei ativamente na definição e operacionalização das hipóteses, tendo sido responsável pela recolha de dados, análise e sua interpretação. Redigi a versão inicial dos manuscritos e colaborei ativamente na preparação das versões finais de todos os artigos

A maior lição que eu tive que aprender foi a de escutar o paciente.

Prof. Doutor Marco Tullio Barcellos de Assis Figueiredo
(1925-2013)

Aos meus pais, Suely (*in memoriam*) e Clovis,
que sempre se dedicaram pela minha formação intelectual e que dignamente me apresentaram
à importância da família e ao caminho da honestidade, compromisso e persistência.

— AGRADECIMENTOS

É chegado o momento de expressar sinceros e profundos agradecimentos aos adorados familiares e amigos de longa convivência e aos que se revelaram ao longo desse tempo.

Está chegando ao fim a grande jornada que percorreu várias terras e caminhos. Muitos momentos alegres, alguns tensos por intercorrências técnicas ou pessoais, que muitas vezes parecia que não seria possível chegar ao final.

No decorrer deste longo processo tive a felicidade de poder contar com a colaboração, motivação e apoio de muitas pessoas, sem as quais a concretização deste trabalho jamais seria possível. Será difícil exprimir a beleza que foi esse movimento de energias, contribuições, comentários e identificação que foram chegando durante a construção deste trabalho.

Posso correr o risco de não dar conta de todos os agradecimentos merecidos, porque nunca conseguirei expressar todo o apoio, solidariedade, paciência, tolerância e carinho recebidos. A todos eles registro minha mais profunda gratidão.

Minha eterna gratidão ao Professor Dr. José Manuel Peixoto Caldas, meu orientador, que tive a felicidade de conhecer há quase 20 anos atrás, quando trilhávamos os caminhos da prevenção do HIV/AIDS, ele em Barcelona e eu no Brasil. Desde essa época pude descobrir o grande profissional e a pessoa extremamente generosa que é, justificando a admiração de todos os seus alunos. Sua experiência de vida e profissional foram determinantes desde a sua indicação para eu fazer o Mestrado em AIDS na Faculdade de Medicina da Universidade de Barcelona, passando pelo desafio para cursar o Doutorado na Faculdade de Medicina da Universidade do Porto e ao longo da construção desta tese. A sua disponibilidade irrestrita, sua forma crítica, inteligente e criativa de acreditar na proposta da investigação, arguindo e complementando as ideias apresentadas deram a luz e o norte a este trabalho, facilitando o alcance de seus objetivos.

Gostaria de manifestar a meu profundo respeito, gratidão e reconhecimento ao Doutor Altamiro da Costa Pereira, pelo apoio constante, pelo tempo disponibilizado, pela amabilidade incondicional, pela profunda competência e profissionalismo que amparou o meu percurso.

Ao Dr. Airton Stein meus sinceros agradecimentos pelo apoio decisivo, generoso e extraordinário no desenvolvimento desse estudo.

Ao Dr. Newton Barros que com sua dedicação e paixão pelo trabalho na assistência, ensino e pesquisa em dor e cuidados paliativos conseguiu incluir o Serviço de Dor e Cuidados Paliativos do Hospital Nossa Senhora da Conceição em um nível de reconhecida competência, tanto no cenário nacional quanto internacional. O meu profundo agradecimento por me ter aceito como integrante de sua equipe, pelas oportunidades de compartilhar a realização da avaliação das necessidades de serviços de cuidados paliativos e da organização dos cursos de formação de profissionais de saúde.

Meus agradecimentos ao Doutor Rui Nunes, que me deu a oportunidade de acompanhar a Disciplina de Bioética. A sua didática impecável, o seu domínio do assunto e a serenidade para orientar as tomadas de decisão foram muito significativas para a minha rotina de trabalho.

À Dra. Jacinta Fernandes, Gestora do Projeto Unidade Domiciliar de Cuidados Paliativos do Planalto Mirandês e à Dra. María José Sánchez Pérez - Diretora do Registro de Câncer de Granada - Escola Andaluza de Saúde Pública, pelo carinhoso acolhimento em seus países e por me abrirem as portas de suas instituições e me permitirem o acompanhamento de suas rotinas de trabalho, proporcionando uma imersão e inclusão nas atividades de suas equipes.

Ao Professor Alberto Freitas meus agradecimentos pelo acolhimento e pelas orientações e discussões para ampliação da pesquisa.

À Dra. Graça Mota Figueiredo pela inestimável ajuda no levantamento das citações do Professor Marco Túlio Figueiredo e por ter permitido a publicação da mesma.

Ao analista de sistemas José Américo Serafim, pela amizade incondicional, compreensão, paciência e companheirismo e presença consistente na minha vida. Sem você este estudo dificilmente seria realizado. Agradeço também à comadre Luciana, seus filhos Andreas, Lucca e Enzo (meu afilhado) por aceitarem se distanciar do marido e pai quando ele vinha me auxiliar na análise dos bancos de dados. Todos vocês têm uma parcela de contribuição neste trabalho. À Gerência de Saúde Comunitária agradeço o apoio e incentivo dos amigos e colegas. Um agradecimento especial para Simone Bertoni, Adiel Cunha, João Batista Ramos, Djalmo Sanzi Souza e Ney Gyrão.

À Dra. Martha Zuardi, representando os amigos e colegas da equipe do Serviço de Dor e Cuidados Paliativos agradeço o carinho, as orientações e compartilhamento de conhecimentos, a solidariedade, compreensão, socorro nos sofrimentos partilhados, incentivo

e apoio constantes. Meu agradecimento especial para a Dra. Luciana Campos que foi simplesmente “Divinal” assumindo a revisão e organização dos artigos científicos. Dr. Ricardo Pedrini Cruz, suas observações e contribuições com as análises foram magníficas. Dr. Edilson Machado agradeço seu apoio e força em muitos momentos. Espero lhe passar o bastão de doutorando muito em breve. É uma honra muito grande fazer parte desta Equipe.

À Gerência de Internação, meus agradecimentos pela possibilidade de trabalhar com os dados das internações no Hospital Nossa Senhora da Conceição. Um agradecimento especial para a Técnica de Enfermagem Samantha Ferreira por compartilhar seus conhecimentos sobre o uso dos dados das internações.

À Equipe da Gerência de Ensino e Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição minha admiração pela organização e competência. Meus profundos agradecimentos especialmente para Lélío Santos da Silva, Rogério Farias Bitencourt, Abrahão Assein Arús Neto e Maria Augusta Rodrigues de Oliveira que desde a submissão da proposta de pesquisa foram incansáveis no auxílio e orientações. Daniel Klug pelas preciosas contribuições com a análise dos fluxos de internações hospitalares na Unidade de Cuidados Paliativos.

À Gerência de Informática do Grupo Hospitalar Conceição, especialmente a analista de sistemas Aline da Silva Castro, agradeço as informações e orientações sobre os dados das internações no Hospital Nossa Senhora da Conceição

Sr. José Matias Rizzotto da Gerência Financeira - Sessão Faturamento, agradeço pelas brilhantes consultorias, por compartilhar tanto conhecimento sobre o sistema de indicadores e faturamento de contas (AIH) dos sistemas SIH e SIA do Ministério da Saúde e por ter participação ativamente nas pesquisas.

À família do Senhor Carlos Silva de Oliveira e Irmão Guaracy agradeço todo o carinho, atenção e apoio espiritual em todos os momentos de minha vida

À Dra Ligia Almeida agradeço o carinho, a amizade, e as orientações para a organização da tese.

Ao Dr. Otávio Soares Pinho Neto agradeço a amizade, parceria e ajuda nos momentos críticos. Seu auxílio na revisão de capítulos da tese foi inestimável.

Professor Júlio Cesar B. Souza - doutorando do CINTESIS - mais um amigo que foi acrescentado à minha vida. Agradeço por ter compartilhado o seu orientador, seu espaço de trabalho e por toda a ajuda que tem me dado. Desejo que você seja muito feliz na conclusão do seu doutorado.

Família Querida. Meu adorado irmão Clory, minha cunhada Rosane, meus amadíssimos sobrinhos Rodrigo, Felipe e Matheus, agradeço todo o amor, apoio, paciência e compreensão. Perdoem a falta de convivência nos últimos tempos. Vocês foram sensacionais.

Aos irmãos de coração Juliana, João Saraiva, Carla, Malú e os também sobrinhos Douglas e Sofia, meu muito obrigada por equilibrarem nossa pequena família, pela amizade incondicional e presença consistente junto do meu pai e na minha vida.

Para meu pai Clóvis, o Grande Mestre dos Mares. Toda a minha gratidão pelo amor, carinho, paciência e orações. Obrigada por tudo o que o senhor e minha mãe fizeram para que eu alcançasse este resultado.

ACRÔNIMOS

ACS	Agentes Comunitários de Saúde
AD	Assistência Domiciliar
AIDS (SIDA)	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
AIH	Autorização de Internação Hospitalar
ANCP	Academia Nacional de Cuidados Paliativos
APS	Atenção Primária em Saúde
AS	Atenção Domiciliar
CACON	Centros de Alta Complexidade em Oncologia
CEPON	Centro de Estudos e Pesquisas Oncológicas
CNES-SUS	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do SUS
CP	Cuidados Paliativos
CREMESP	Conselho Regional de Medicina de São Paulo
DANT	Doenças e Agravos Não Transmissíveis
DATASUS	Departamento de Informação em Saúde do SUS
DCD	Doenças Crônicas Degenerativas
EAPC	<i>European Association for Palliative Care</i>
ESF	Estratégia de Saúde da Família
GESTO	Grupo Especial de Suporte Terapêutico Oncológico
GHC	Grupo Hospitalar Conceição
GM/MS	Gabinete do Ministro - Ministério da Saúde
GSF	<i>Gold Standards Framework</i>
HNSC	Hospital Nossa Senhora da Conceição
INCA	Instituto Nacional do Câncer
IOELC	<i>International Observatory on End of Life Care</i>
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-americana de Saúde
PAD-HU	Programa Assistência Domiciliária do Hospital Universitário da USP
PEP	Prontuário Eletrônico do Paciente
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RENASES	Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde
RNCCI	Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SAD	Serviço de Atenção Domiciliar
SIH/SUS	Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde
SIM	Sistema de Informação de Mortalidade
SINAN	Sistema de Informações de Doenças
SINASC	Sistema de Informação de Nascidos Vivos
SPSS	<i>Statistical Package for Social Sciences</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNIFESP/EPM	Escola Paulista de Medicina
VD	Visita Domiciliar
WHO	<i>World Health Organization</i>
WPCA	<i>Worldwide Palliative Care Alliance</i>

RESUMO

O Brasil está vivenciando um processo acelerado de transição epidemiológica e demográfica caracterizado pela diminuição das doenças transmissíveis e o aumento da prevalência de doenças crônicas, ocasionadas pelo envelhecimento da população.

Os indivíduos com doenças crônicas graves avançadas com limitações sérias no seu dia-a-dia no que concerne à sua qualidade de vida, seja qual for seu diagnóstico, devem ter assegurado igualdade de acesso com o gerenciamento apropriado às suas necessidades física, emocional, social ou espiritual, bem como acesso universal e gratuito aos recursos diagnósticos e terapêuticos em tempo hábil, a fim de garantir a integralidade do cuidado necessário à sua saúde, em todos os níveis do sistema de saúde. Essa realidade mostra que a prática dos cuidados paliativos é uma necessidade urgente e exige uma resposta mais qualificada da política de saúde brasileira, que deve estar ancorada em uma perspectiva de apoio global aos múltiplos problemas dos pacientes que se encontram na fase mais avançada da doença e no final da vida.

O objetivo deste estudo foi identificar um método viável de base populacional para estimar o número de pessoas que poderiam se beneficiar de serviços de cuidados paliativos na população brasileira. Partindo de uma série de estimativas para nos fornecer uma ideia de quantas pessoas pode estar precisando de cuidados paliativos é possível construir uma linha de base para o sistema de saúde para planejar e as necessidades de cuidados paliativos para pacientes oncológicos e não oncológicos.

Esta pesquisa recorre a uma abordagem quantitativa, com estudos descritivos, exploratórios, retrospectivos e observacionais de dados nacionais de internação e mortalidade, derivados dos sistemas nacional de internação hospitalar (SIH-SUS) e de mortalidade (SIM-DATASUS). O banco de dados de mortalidade populacional, publicado a cada dois anos, contém informações sobre a causa da morte (CID-10), bem como sexo, idade e local de ocorrência. Tendo em conta os dados preliminares de mortalidade do ano 2015, fornecidos pelo sistema nacional de informações de mortalidade do Sistema Nacional de Saúde (SIM-SUS),

verificamos que no Brasil, entre 125 mil e 175 mil pessoas falecidas por câncer poderiam ter se beneficiado com cuidados paliativos. Na Região Sul a quantidade de pessoas necessitadas de cuidados paliativos oncológicos seria de 24 mil a 33,5 mil. Já no Estado do Rio Grande do Sul a população com necessidade de cuidados paliativos representa de 42% a 44,8% dos casos da região (entre 10,1 mil e 15 mil pessoas). Torna-se essencial conhecer a dimensão, a natureza e a gravidade das necessidades das pessoas no que diz respeito o acesso aos serviços de saúde e a disponibilidade de recursos para promover a assistência integral de pessoas com doenças crônicas avançadas e progressivas no nosso país.

Por isso, é urgente o estabelecimento de uma estratégia política de saúde pública para definir parâmetros viáveis para dimensionar as necessidades de cuidados paliativos em nosso país, bem como, promover a integração das várias políticas existentes para desencadear e fortalecer ações e cuidado integral para pacientes com necessidades de cuidados paliativos, respeitando às especificidades de cada nível de atenção.

Palavras-chave: cuidados paliativos, dimensão de necessidades, doenças crônicas, envelhecimento da população, cuidados no fim da vida.

ABSTRACT

Brazil is experiencing an accelerated process of epidemiological and demographic transition evidenced by the reduced participation of communicable diseases and the increasing prevalence of chronic disease, caused by the ageing of the population.

People with severe chronic and advanced diseases or living limitations, irrespective of their diagnosis, should have equal access to the appropriate management of their physical, emotional, social or spiritual needs, as well as to timely diagnostic and therapeutic resources, in order to ensure the entirety of the care necessary to their health, at all levels of the health system. This reality indicates that the practice of palliative care is urgently needed and that it requires a qualified response from the Brazilian health policy, which must be based on a perspective of global support to the multiple problems of the patients in the most advanced stage of the disease and at the end of their lives.

The purpose of this study was to identify a feasible method of populational basis to estimate the number of people who could benefit from palliative care services in the Brazilian population. From a series of estimations to provide us with an idea of how many people may be in need of palliative care it is possible to build a baseline for the health system to plan, and the needs of palliative care for oncological and non-oncological patients.

This research resorts to a quantitative approach, with descriptive, exploratory, retrospective and observational studies of national data of hospital admission and mortality, which derived from the Hospital Information Systems (SIH-SUS) and the National Mortality Information System of the Unified Health System (SIM-DATASUS). The populational mortality database, published every two years, contains information about the cause of death, as well as gender and age. Taking into account the preliminary mortality data from the year 2015, provided by the National Mortality Information System of the Unified Health System (SIM-SUS), we verified that in Brazil, between 125 thousand to 175 thousand people deceased by cancer had indications of need of palliative care. In the South Region the amount of people in need for oncological palliative care

would be between 24 thousand and 33.5 thousand. In the State of Rio Grande do Sul, the population in need of palliative care represents 42% to 44.8% of cases of South region (between 10,967 and 15,354 people).

In Conclusion, it is essential to know the extent, nature and severity of people's needs with respect to the access to health services and the availability of resources to promote the full assistance to those with advanced and progressive chronic diseases in our country. It is therefore imperative to establish a public health strategy to define feasible parameters to scale the needs for palliative care in our country, as well as to promote the integration of several existing policies, so as to trigger and strengthen actions and full care for patients with need for palliative care, while accounting for the specificities of each level of attention.

Keywords: Palliative care, extent of needs, chronic diseases, ageing population, care at the end of life.

SUMÁRIO

31 Capítulo 1. Introdução

37 Capítulo 2. Revisão da Literatura

43 Experiências de Organização de Rede em Cuidados Paliativos

43 As experiências em Cuidados Paliativos no Reino Unido

44 As experiências em Cuidados Paliativos na Espanha

45 As experiências em Cuidados Paliativos: Portugal

46 As experiências em Cuidados Paliativos no Brasil

51 Capítulo 3. Estado da Arte

53 Estado da Arte dos Cuidados Paliativos no Brasil: situação atual, ensino e pesquisa

57 A Prática dos Cuidados Paliativos no Brasil

57 Os Primeiros Serviços

57 Desafios Epidemiológicos e Demográficos

58 Situação Política

61 Situação Econômica

62 Situação dos Serviços de Cuidados Paliativos no Brasil

73 Capítulo 4. Conclusões

77 Capítulo 5. Objetivos

79 Objetivos Gerais

81 Objetivos Específicos

83 Capítulo 6. Metodologia

86 Critérios de Inclusão

86 Critérios de Exclusão

86 Instrumentos

87 Processamento e Análise de Dados

89 Capítulo 7. Artigos

Artigo I. Internações hospitalares de pacientes com câncer, no Brasil: análise da necessidade de cuidados paliativos.

Artigo II. Necessidade de cuidados paliativos de pacientes de câncer, no Brasil. Análise de dados de 2008 a 2014.

Artigo III. Cuidados Paliativos no Brasil: Com uma visão para as necessidades futuras.

Artigo IV. Availability of palliative care Cancer services in Brazil

Artigo V. Análise da Escala de Perroca em Unidade de Cuidados Paliativos.

Artigo VI. Cuidados paliativos no Brasil: presente e futuro.

Artigo VII. Necessidade de cuidados paliativos no Brasil, na região sul, Estado do Rio Grande do Sul e Porto Alegre.

Artigo VIII. Internações por câncer em um hospital geral de ensino no sul do Brasil: Análise das necessidades de cuidados paliativos oncológicos no Hospital Nossa Senhora da Conceição.

Artigo IX. Caracterização das Internações Hospitalares na Unidade de Cuidados Paliativos de um hospital terciário do sul do Brasil.

273 Capítulo 8. Referências Globais

309 Capítulo 9. Artigos Publicados

Artigo I. Hospital Admissions of Cancer Patients in Brazil: Analysis of Palliative Care Needs.

Artigo II. Needs for Palliative Care of Cancer Patients in Brazil: Analysis of Data from 2008-2014.

Artigo III. Palliative Care in Brazil: with a View to Future Needs.

Artigo IV. Availability of palliative care Cancer services in Brazil.

Artigo V. Analysis of the Perroca Scale in Palliative Care Unit.

Artigo VI. Palliative care in Brazil: presente and future.

371 Capítulo 10. Documentos

— LISTA DE FIGURAS

Capítulo 3. Estado da Arte

Figura 1. Distribuição de serviços de cuidados paliativos por tipo de unidade.

Figura 2. Distribuição dos Serviços de Cuidados Paliativos por Tipo de Hospital.

Figura 3. Distribuição dos serviços de cuidados paliativos hospitalares por tipo de administração.

Figura 4. Distribuição geográfica dos serviços de cuidados paliativos.

Figura 5. Distribuição Espacial de Serviços de Cuidados Paliativos no Brasil.

Capítulo 7. Artigos

Artigo I

Figura 1. Internação hospitalar por câncer X internação por intercorrência clínica em paciente oncológico (2008-2013).

Figura 2. Internação de Pacientes com câncer - Tempo médio de permanência (dias).

Figura 3. Mortalidade hospitalar.

Artigo II

Figura 1. Causas de mortalidade das principais Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) - Brasil 2014.

Figura 2. Óbitos por câncer (2008-2014).

Figura 3. Mortalidade Hospitalar em Pacientes com câncer.

Artigo III

Figura 1. Mortalidade por Grupo de Causas.

Artigo IV

Figura 1. Distribuição de serviços de Cuidados Paliativos por tipo de unidade.

Figura 2. Distribuição de Cuidados Paliativos Hospitalar.

Figure 3. Distribuição Regional de Serviços de Cuidados Paliativos no Brasil.

Figure 4. Distribuição Espacial de Serviços de Cuidados Paliativos.

Artigo V

Figura 1. Tempo de internação - Porto Alegre, RS, Brasil, 2008 a 2016.

Figura 2 . Distribuição dos pacientes internados na Unidade de Cuidados Paliativos - Porto Alegre, RS, Brasil, 2008 a 2016.

Figura 3. Distribuição pela Escala de Perroca.

Artigo VII

Figura 1. Casos novos de câncer no Brasil: Estimativa para 2016 e 2017.

Artigo VIII

Figura 1. Óbitos por local de ocorrência: Porto Alegre 1980 a 2015.

Artigo IX

Figura 1. Número de internações por sexo na Unidade de Cuidados Paliativos (2008 a 2016).

Figura 2. Distribuição por sexo e faixa etária na Unidade de Cuidados Paliativos (2008-2016).

Figura 3. Desfecho das internações hospitalares na Unidade de Cuidados Paliativos do Hospital Nossa Senhora da Conceição (2008-2016).

Figura 4. Distribuição dos desfechos das internações por faixa etária.

Figura 5. Distribuição dos desfechos das internações por faixa etária.

Figura 6. Internações por grupo de doenças (2008 a 2016).

Figura 7. Fluxo das internações na Unidade de Cuidados Paliativos (2008- 2016).

CAPÍTULO 1 **INTRODUÇÃO**

O Brasil é um país com dimensões continentais, grande diversidade regional e cultural que sofre rápida mudança econômica, social e ambiental e, ainda vivencia forte transição epidemiológica e a persistência de velhos problemas de saúde pública adicionados ao surgimento de novas formas de morbidade e mortalidade causadas por doenças crônicas e endêmicas, emergentes, reemergentes⁽¹⁾.

As transições epidemiológica, demográfica e de saúde associadas com o crescimento econômico global, resultando no aumento da expectativa de vida são vistas como fatores desencadeantes para inúmeras doenças crônicas, com consequente aumento da demanda para cuidados e custos associados⁽¹⁾.

Com um rápido envelhecimento da população, nas últimas 3 décadas, o Brasil tem enfrentado significativas alterações nos seus padrões demográficos, epidemiológicos e de saúde que estão impondo um novo cenário e grandes demandas para as políticas de saúde, principalmente porque a demanda é caracterizada por importante heterogeneidade e grandes desigualdades sociais⁽²⁾.

A melhoria das condições de vida aumentou a expectativa de vida em 25,4 anos no período de 1960 e 2010, passando de 48 para 73,4 anos. Estima-se que em 2050, este indicador aumentará a 81,29 anos^(3, 4).

De acordo com Simões⁽⁵⁾, o Brasil experimentará nos próximos 14 anos, o “ponto de viragem” no perfil de população. Em 2030, a população brasileira terá um composto de 18% de idosos (41,5 milhões) e 17,6% de crianças de 0 a 14 anos (39,2 milhões). Em 4 décadas, a população idosa irá triplicar no Brasil, aumentando de 10% (19 milhões) em 2010 para 29,3% (66,5 milhões de pessoas) em 2050.

Por outro lado, os novos cenários de morbidade, mortalidade e transformações sociais relacionados aos processos da doença, a coexistência de doenças infecciosas, com o aumento de situações crônicas, intensa urbanização e industrialização criam condições para o surgimento de novas doenças ou novas formas de manifestação de doenças já conhecidas, direcionam para o chamado “dupla e, às vezes, uma tripla carga de doenças”^(6, 7, 8, 9, 10, 11).

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS), através dos Atos Nacionais N° 8.080/90 e 8.142/90, melhorou a qualidade dos serviços prestados, estabeleceu a democratização do acesso, a universalização dos direitos e a integralidade e equidade das ações⁽¹²⁾.

O envelhecimento populacional nos países em desenvolvimento, não tem só repercussão sobre o aumento das doenças crônico-degenerativas (DCD), mas se faz acompanhar de mudanças nas estruturas e papéis familiares. Hoje, as famílias são menores; as mulheres estão integradas na força de trabalho e, em razão da urbanização, as pessoas estão menos disponíveis para cuidar dos idosos⁽¹⁴²⁾.

Na primeira metade do século XX no Brasil, as Doenças Infecciosas Transmissíveis eram as mais frequentes causas de mortes. A partir da década de 60 do século passado as Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANT) ocuparam esse lugar. Para as próximas décadas, aponta-se o crescimento epidêmico das DANT, em particular das doenças cardiovasculares, neoplasias e diabetes tipo II. Atualmente as DANT, correspondem a 70% dos gastos assistenciais com a saúde no País⁽¹⁵⁾.

Entre os fatores que contribuem para o novo perfil epidemiológico estão: o processo de transição demográfica, com queda nas taxas de fecundidade e natalidade; e progressivo aumento na proporção de idosos. Esta transição favorece o aumento das doenças crônicas (doenças cardiovasculares, câncer, diabetes, doenças respiratórias); a transição nutricional, com diminuição expressiva da desnutrição e aumento do número de pessoas com excesso de peso (sobrepeso e obesidade); o aumento dos traumas decorrentes de causas externas, como violências, acidentes e envenenamentos, entre outros⁽¹⁵⁾.

Dentro do grupo dos idosos, o segmento que mais cresce são os “mais idosos, muito idosos ou idosos em velhice avançada”, ou seja, as pessoas com idade igual ou maior que 80 anos. Em nosso país este grupo constitui 12,8% da população idosa e 1,1% da população total, o que contribui ainda mais para o aumento das Doenças Crônicas Degenerativas (DCD) e DANT (Doenças e Agravos não Transmissíveis)⁽¹⁶⁾.

Os avanços biomédicos trouxeram novas possibilidades de tratamento das DANT, prolongando a vida a qualquer custo, mesmo de pessoas gravemente enfermas. Estes fatores, portanto, resultaram em desgaste físico, psicossocial e espiritual dos familiares e trabalhadores da saúde e ocasionou novas demandas no cuidar, que requerem reestruturações do sistema de saúde e requalificação dos profissionais⁽¹⁷⁾.

Outro fator de mudança do perfil epidemiológico da população é o aumento do número de pessoas vítimas de agravos por causas externas. As causas externas

geram demandas crescentes nos serviços de saúde, acarretando custos elevados e, muitas vezes, deixando sequelas que comprometem a qualidade de vida das vítimas⁽¹⁵⁾.

Com a transformação do perfil epidemiológico e das possibilidades de assistência, os cuidados ao doente crônico que tem a continuidade de sua vida ameaçada, ou seja, os Cuidados Paliativos (CP) ganham importância na organização dos serviços e sistemas de saúde⁽¹⁵⁾.

O Cuidado Paliativo (CP) é uma abordagem que promove a qualidade de vida de pacientes e seus familiares, que enfrentam doenças que ameacem a continuidade da vida, por meio da prevenção e do alívio do sofrimento. Requer identificação precoce, avaliação e tratamento da dor e outros problemas de natureza física, psicossocial e espiritual⁽¹⁸⁾.

A OMS considera que os cuidados paliativos não se devem limitar ao fim da vida, mas sim estar disponíveis desde o diagnóstico. A ideia fundamental é a de que os cuidados paliativos ajudem as pessoas a viver o mais ativamente possível e não que se concentrem apenas no que rodeia a morte. A ideia é proporcionar uma vida digna e não apenas uma morte digna, aspecto em que outros movimentos se concentram, como os que defendem as formas de morte assistida, as quais, como afirma a OMS não se incluem na prática dos cuidados paliativos⁽¹⁹⁾.

Os CP são ações ativas e integrais prestadas a pacientes com doença progressiva e irreversível. Se os cuidados paliativos começaram por causa dos doentes oncológicos, hoje considera-se que devem ser prestados independentemente da doença crônica subjacente. No entanto, a realidade mostra que os doentes oncológicos continuam a ser os mais referenciados para cuidados paliativos⁽¹⁹⁾. Estes cuidados incluem: alívio dos sintomas; controle da dor; prevenção e apoio nos sofrimentos físico, psicológico, social e espiritual dos pacientes e familiares. Os pacientes com doenças crônicas, progressivas e incuráveis e seus familiares, usualmente preferem que os cuidados sejam feitos no domicílio, na fase terminal da doença⁽²⁰⁾.

Apesar da inquestionável e crescente importância, os CP ainda são um assunto pouco valorizado na maioria dos países em desenvolvimento. Para a efetivação dessa modalidade nas Redes de Atenção à Saúde (RAS) é necessária uma determinação política e social, que vise a promover tanto quanto possível e até ao fim da vida o bem-estar e a qualidade de vida desses pacientes (QUILL,

2009). Ainda hoje, é necessário estudos sobre CP para melhor compreender e gerenciar mais adequadamente as complicações clínicas e a reestruturação dos serviços para o atendimento das demandas por este tipo de cuidado⁽²¹⁾.

Frente a esse cenário e considerando a dimensão territorial de um país de dimensões continentais torna-se necessário:

- a. conhecer o perfil clínico e sociodemográfico dos pacientes oncológicos que recorrem às Unidades de Cuidados Paliativos;
- b. identificar critérios para referenciar, internar ou transferir pacientes para a Unidade de Cuidados Paliativos;
- c. analisar o desfecho das internações de doentes oncológicos em Unidades Especializadas de Cuidados Paliativos;
- d. estimar o número de pacientes com necessidades de Cuidados Paliativos Oncológicos na população do Rio Grande do Sul;
- e. definir critérios para a otimização do internamento em Cuidados Paliativos, propondo políticas nacionais concertadas para a organização e estruturação de cuidados paliativos.

Com o propósito de apresentar respostas a estas questões, desenvolveu-se a presente pesquisa, iniciando pelo estudo da situação geral das necessidades de cuidados paliativos gerais no Brasil, sendo que Estado do Rio Grande do Sul, sua capital – Porto Alegre e mais detalhadamente no Grupo Hospitalar Conceição foi focado os cuidados paliativos oncológicos, considerando que o Rio Grande do Sul é o estado com maior incidência de alguns tipos de câncer (próstata, mama, pulmão).

CAPÍTULO 2 **REVISÃO DA LITERATURA**

O novo perfil de morbidade e mortalidade, resultante da transição epidemiológica e populacional, e as próprias diretrizes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) trazem às equipes demandas que requerem abordagens inovadoras e mudanças na estrutura funcional da assistência domiciliar (AD) e da atenção primária em saúde (APS). O crescente número de pessoas com DANT aumenta a busca por AD e as demandas geradas pelas famílias incluem a necessidade de Cuidados Paliativos (CP)⁽⁷⁴⁾.

O termo paliativo teve origem no latim *pallium*, que significa manto, capote. Deu origem a *palliare* que significa: proteger, amparar, abrigar. A expressão paliativo aponta para a essência dos CP, que são práticas utilizadas para aliviar os sintomas, a dor e o sofrimento em pacientes com doenças crônico-degenerativas ou na fase final de suas vidas⁽²²⁾.

Historicamente, o conceito de CP confunde-se com o termo hospice. Em latim *hospes* significa desconhecido, forasteiro e definia abrigos destinados a receber e cuidar de peregrinos e viajantes (hospedarias). Posteriormente, derivou em *hospitalis* que, por sua vez, resultou em “hospitalidade”, hospital, hospedaria, hotel⁽²³⁾.

O relato mais antigo de hospice é do século V, quando Fabíola, discípula de São Jerônimo, cuidava de viajantes vindos da Ásia, África e países do Leste no Hospício do Porto de Roma. No século XVII, várias instituições de caridade surgiram na Europa para abrigar pobres, órfãos e doentes⁽²⁴⁾.

O primeiro hospice criado especificamente para os moribundos foi, provavelmente, o de Lyon, fundado em 1842, por Madame Jeanne Garnier, depois de visitar pacientes com câncer que morriam em suas casas⁽²²⁾. Na Grã-Bretanha, há registros de que, em 1905, as Irmãs Irlandesas da Caridade fundaram o St. Joseph Hospice em Hackney⁽²⁵⁾.

O Movimento Hospice moderno foi introduzido pela inglesa Cicely Saunders, que era enfermeira, assistente social e médica. Pioneira na medicina paliativa, priorizou o tratamento não apenas da doença, mas do indivíduo. Por sua formação humanista, em 1967, fundou o St. Christopher's Hospice, que permitiu a assistência paliativa aos doentes e o desenvolvimento de ensino e pesquisa na área, com a participação de bolsistas de vários países. Na década de 1970, o encontro de Cicely Saunders com Elisabeth Kluber-Ross, nos Estados Unidos da América fez com que o Movimento Hospice também crescesse nesse país⁽²⁴⁾.

Em 1990, a OMS divulgou a primeira conceituação de CP: Cuidado paliativo é o cuidado ativo e total para pacientes cuja doença não é responsiva a tratamento de cura, sendo primordial o controle da dor, de outros sintomas e de problemas psicossociais e espirituais, tendo como objetivo principal proporcionar a melhor qualidade de vida possível aos pacientes e familiares⁽²⁴⁾.

Em 2002, a OMS revisou o conceito de Cuidos Paliativos (CP), que é adotado até hoje. Cuidado Paliativo é uma abordagem que promove a qualidade de vida de pacientes e seus familiares, que enfrentam doenças que ameacem a continuidade da vida, por meio da prevenção e do alívio do sofrimento. O sucesso deste cuidado requer identificação precoce, avaliação e tratamento da dor e outros problemas de natureza física, psicossocial e espiritual⁽⁴¹⁾.

Os primeiros serviços de Cuidados Paliativos no Brasil foram implantados no início da década de 80 em Centros de Tratamento de Dor Crônica nos estados do Rio Grande do Sul e São Paulo. Em 1983 a Dra. Miriam Marteleite, do Departamento de Anestesiologia do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Rio Grande do Sul organiza a primeira proposta de atenção paliativa no país⁽³¹⁴⁾.

Em abril/1986 o Centro Integrado da Dor do Hospital Nossa Senhora da Conceição/GHC de Porto Alegre inicia o atendimento ambulatorial de pacientes com dor crônica e dor oncológica, bem como consultoria para pacientes hospitalizados (43). Já em São Paulo, o primeiro Serviço de Cuidados Paliativos foi fundado em 1986 na Santa Casa de São Paulo (SP), pelo médico fisiatra Dr. Antonio Carlos Camargo de Andrade Filho.

Nos anos 1990, abrem-se os primeiros cursos e atendimentos com filosofia paliativista na Escola Paulista de Medicina (EPM) da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), coordenado pelo Prof. Marco Túlio de Assis Figueiredo. Em 1998, o Instituto Nacional do Câncer – INCA inaugurou o Hospital Unidade IV, exclusivamente dedicado aos CP. O Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo - HSPE/SP inaugurou sua enfermaria de CP em dezembro de 2002. Em junho de 2004, o Hospital do Servidor Público Municipal São Paulo criou o serviço de CP⁽²⁶⁾.

Em relação ao Assistência Domiciliar (AD), destaca-se o Programa de Assistência Domiciliária do Hospital Universitário da USP (PAD-HU), implantado em maio de 2000, tendo como objetivos: reduzir o tempo de internação hospitalar e, conseqüentemente, o risco de infecção hospitalar, além da otimização dos leitos; melhora da qualidade de vida dos pacientes por meio da reinserção

sócio familiar e também prevenir as reinternações frequentes ao orientar as famílias e cuidadores sobre a assistência a seus pacientes⁽²⁷⁾.

Com o desenvolvimento de uma série de atividades, além da assistência, o PAD-HU vem sendo campo de formação profissional, de graduandos, estagiários e residentes⁽²⁷⁾.

Em 2008, o Conselho Regional de Medicina de São Paulo (CREMESP) lançou o Manual de Cuidados Paliativos, documento que deixa patente que estes cuidados não se baseiam somente em protocolos, mas, em princípios. O Manual adota preferencialmente a expressão “doença que ameaça a vida” em lugar de “doença terminal”. Esta mudança indica a necessidade de CP, desde o diagnóstico e expande o âmbito de atuação dessa modalidade de assistência, também à família e ao cuidador, após a morte do paciente⁽¹⁸⁾.

Em 2009, o Conselho Federal de Medicina por meio da Resolução CFM no 1931, de 17 de setembro de 2009, aprovou o Código de Ética Médica, que reconhece que nas situações clínicas irreversíveis e terminais, cabendo ao médico propiciar aos pacientes todos os cuidados paliativos apropriados^(26, 44).

São atribuições inerentes aos CP: proporcionar alívio da dor e de outros sintomas angustiantes; afirmar a vida e ver a morte como um processo normal, não pretendendo apressá-la ou adiá-la; integrar os aspectos psicológicos e espirituais da assistência ao paciente; oferecer um sistema de apoio para ajudar aos pacientes a viver tão ativamente quanto possível até a morte; oferecer um sistema de apoio para ajudar a família e o próprio paciente a lidar, ainda durante a doença, com a perda iminente; usar a abordagem de equipe para atender às necessidades dos pacientes e suas famílias, incluindo o aconselhamento de luto, se indicado; melhorar a qualidade de vida influenciando positivamente o curso da doença⁽¹⁴⁾.

O envelhecimento das populações, o aumento da esperança de vida e o prolongamento da vida de doentes gravemente enfermos em razão das novas tecnologias, fazem com que os CP sejam considerados uma questão de primeira magnitude a ser incluída na saúde pública⁽⁴⁵⁾.

Não obstante, a importância dos CP na saúde pública, um estudo realizado em cinco municípios brasileiros, por Feuerwerker e Merhy (28) sobre as experiências de AD, incluído CP, apontou que, apenas em um desses municípios, todos os cuidados domiciliares eram de responsabilidade da ESF. Na maioria

das vezes, o AD era prestado por equipes multiprofissionais específicas. Tal estudo reforça, portanto, a necessidade da ampliação dos AD, com a inclusão do CP, no âmbito da APS (Atenção Primária em Saúde).

Por sua vez os pacientes, cuidadores e familiares identificam as equipes da APS como fundamentais na assistência em CP e aos usuários em fase terminal. Estas equipes oferecem a continuidade dos cuidados de maneira holística, com a comunicação centrada nas necessidades do paciente. Além disso, os profissionais da APS tem um papel importante nas escolhas do paciente sobre os cuidados e os procedimentos a serem realizados nos estágios avançados da doença⁽⁴⁶⁾.

Para que os CP sejam incorporados às atividades de APS, é necessária uma rede de atenção, que vem funcionando de forma diferenciada em vários países do mundo⁽⁴⁷⁾.

Os profissionais de alguns países relatam as dificuldades enfrentadas e destacam a importância das equipes que atuam na APS para identificar e assumir os cuidados aos usuários que necessitam de CP^(29, 30, 31, 32, 33, 34, 48, 49).

A seguir, procuraremos apontar experiências, ressaltando a importância da relação entre os CP e APS, em alguns países do mundo.

As Experiências em Cuidados Paliativos no Reino Unido

Na APS os CP constituíram-se no aspecto central no desenvolvimento de políticas públicas de saúde, nos últimos 40 anos, no Reino Unido, onde foram implantadas várias iniciativas destinadas a cuidados paliativos na APS, sendo o programa *Gold Standards Framework* (GSF), considerado o mais importante^(50, 51, 52).

Este aborda sete aspectos, a saber: comunicação, coordenação, controle de sintomas, continuidade, educação continuada, apoio cuidador e cuidados com a morte⁽²⁹⁾.

O GSF foi adotado no Reino Unido desde 2000, atualmente é usado por cerca de um terço das equipes da APS do país. É uma abordagem sistemática para melhorar a qualidade e a organização da atenção a todas as pessoas que se aproximam do fim da vida, buscando alcançar melhores resultados para os pacientes, de acordo com suas necessidades e preferências e reduzir os custos pela diminuição da hospitalização⁽⁵²⁾.

O GSF foi desenvolvido para otimizar o planejamento do AD, sendo uma colaboração entre os profissionais da APS e as equipes de CP com base na comunicação e na organização da rede de assistência a saúde⁽³⁰⁾.

Outra experiência significativa desenvolvida no Reino Unido e divulgada em vários países é a *Worldwide Palliative Care Alliance* (WPCA): é uma rede de hospedarias e organizações pelo mundo, com o foco em CP. A WPCA trabalha para desenvolver hospedarias e serviços em CP no mundo. A rede salienta ser preciso integrar os CP ao trabalho e às estruturas de saúde existentes na comunidade, especialmente as que preveem AD. Neste proposta, advoga-se que muitos CP básicos podem ser disponibilizados sem a necessidade de pessoal altamente especializado⁽³⁵⁾.

Por fim, destacamos a *Help the Hospices*, a principal Entidade Beneficente que promove CP no Reino Unido e também está envolvida em serviços de apoio

a outros países do mundo, especialmente os que têm recursos escassos. Em 2009, a entidade publicou um guia chamado “Kit de Ferramentas em CP”, cujo objetivo principal foi a melhoria dos cuidados em contextos com recursos limitados, desde o diagnóstico da doença crônica. Este guia foi adotado em locais com grande número de pacientes com necessidade de CP e escassez de recursos de saúde. Países como Índia, Tanzânia, Guiana, Malawi, Myanmar, Guiana, Tanzânia, Quirguistão, África do Sul e Argentina, adotaram o Guia e participam do programa⁽⁵³⁾.

O Guia pode ser usado por todos os profissionais e pessoas envolvidos na assistência, enfermeiros, médicos, curandeiros tradicionais, gestores, conselheiros, assistentes sociais, farmacêuticos, conselheiros espirituais, voluntários, cuidadores, e quem tiver interesse em CP pode utilizar o Guia, observando as regras e a legislação local vigente⁽³⁵⁾.

As Experiências em Cuidados Paliativos na Espanha

O Ministério da Saúde de Espanha elaborou a Estratégia em Cuidados Paliativos do Sistema Nacional de Saúde 2010-2014 com o objetivo de realizar a melhoria da qualidade da assistência prestada ao paciente com doenças que ameaçam a vida e aos seus familiares, que busca promover uma atenção global e coordenada do sistema de saúde⁽⁵⁴⁾.

Na Espanha, há vários anos uma série de projetos autônomos em CP foi publicada e cuja realização não era possível em algumas comunidades com escassez de recursos. Nesse plano foi proposto um consenso de modelo assistencial com base na atenção integral às necessidades dos usuários e famílias oferecendo um modelo básico a todos os pacientes. Para os usuários que requerem atenção de maior complexidade há um nível mais complexo⁽⁵⁴⁾.

As linhas do programa são: avaliar a situação atual, definir objetivos e propor recomendações em cinco áreas descritas, a saber, atenção integral, organização e coordenação do cuidado, autonomia do paciente, formação profissional e a pesquisa em CP⁽⁵⁴⁾.

Baseia-se nos conceitos básicos dos CP, tais como: alívio da dor e outros sintomas, afirmar a vida e considerar a morte como um processo normal, não acelerar ou adiar a morte e integrar os aspectos psicológicos e espirituais da assistência

ao paciente⁽⁵⁵⁾. Suas estratégias são oferecer um sistema de apoio para ajudar os pacientes a viver tão ativamente quanto possível até à morte; garantir sistema de apoio para ajudar às famílias ajustarem-se durante a doença dos pacientes e luto; usar uma abordagem de equipe para atender às necessidades dos pacientes e suas famílias, incluindo o apoio emocional de luto, quando indicado, melhorar a qualidade de vida e influenciar positivamente o curso da doença⁽⁵⁶⁾.

Estas estratégias são aplicáveis desde o início do curso da doença, em conjunto com outros tratamentos que podem prolongar a vida, como a quimioterapia ou radioterapia e incluem as investigações necessárias para melhor compreender e gerir situações clínicas complexas⁽⁵⁶⁾.

Os princípios do plano é o acompanhamento aos pacientes e suas famílias com base em suas necessidades; ser abrangente, acessível e equitativo; possibilitar a continuidade da atenção e coordenação de níveis de atenção; manter comunicação aberta e honesta, possibilitar a reflexão ética e a participação de pacientes e suas famílias na tomada de decisões⁽⁵⁶⁾.

Verificando as experiências, de países que possuem um sistema de saúde universal, semelhante ao brasileiro, podemos observar que a inclusão dos CP em diversas realidades ocorre de maneira gradual, não uniforme, seguindo a mudança do perfil epidemiológico com a incorporação de novas tecnologias e visão humanista com base na autonomia dos usuários⁽³⁶⁾.

As Experiências em Cuidados Paliativos: Portugal

O aumento das pessoas que necessitavam de CP fez com que o governo daquele país instaurasse políticas de saúde, integradas ao Plano Nacional de Saúde e Políticas de Segurança Social pertinentes à Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), criadas pelo Decreto Lei n.º 101/2006^(57, 59).

A RNCCI constitui um novo modelo organizacional criado pelos Ministérios do Trabalho e da Solidariedade Social e da Saúde, é formada por um conjunto de instituições públicas e privadas, que prestam cuidados continuados de saúde e de apoio social. Estas novas respostas promovem a continuidade dos cuidados de forma integrada a pessoas em situação de dependência e com perda de autonomia⁽⁵⁸⁾.

É formada por unidades e equipes de cuidados continuados de saúde ou apoio social e de cuidados e ações paliativas, com origem nos serviços comunitários mais próximos, abrangendo os hospitais, os centros de saúde, os serviços distritais e locais⁽⁵⁸⁾.

São princípios da Rede Continuidade dos Cuidados: sequencialidade; intervenções integradas de saúde e de apoio social; integração de cuidados com o planejamento de intervenção conjunto; multidisciplinaridade; complementaridade e interdisciplinaridade⁽⁶⁰⁾.

A RNCCI baseia-se em um modelo de intervenção integrada e articulada em que se destacam a articulação prioritária entre os diversos serviços e equipamentos do sistema de segurança social; a coordenação entre os diferentes níveis e recursos locais; a intervenção baseada no plano individual de cuidados; a promoção de formação específica e permanente dos profissionais; a avaliação da qualidade; a garantia de articulação com e entre os grupos coordenadores locais e a alimentação do sistema de informação que suporta a gestão da Rede e a promoção da divulgação da informação⁽⁶⁰⁾.

A Rede foi criada por meio da Lei n.º 52/2012 Bases dos Cuidados Paliativos, que garante o direito e regula o acesso dos cidadãos aos cuidados paliativos, definindo a responsabilidade do Estado nos cuidados paliativos e cria a Rede Nacional de Cuidados Paliativos (RNCP), que funciona sob a tutela do Ministério da Saúde. Esta lei tem como base entre outros princípios os direitos e os deveres dos doentes, da família e a responsabilidade do Estado⁽⁶¹⁾.

As Experiências em Cuidados Paliativos no Brasil

O Ministério da Saúde (MS) reconheceu o envelhecimento da população, o aumento das pessoas acometidas por doenças crônicas degenerativas, vítimas de acidentes e da violência, que trouxe a necessidade de priorizar o desenvolvimento das práticas de cuidado no domicílio⁽⁶²⁾.

A atual política de saúde incumbe a APS, como coordenadora do cuidado e ordenadora de redes de atenção, da integralidade do cuidado ao usuário do SUS. Nesta ótica, os CP devem estar incluídos entre as responsabilidades das equipes de ESF⁽⁶³⁾. Em outubro de 2012, estavam cadastradas no Ministério da Saúde 34.081 equipes da ESF, distribuídas em 5.298 municípios. Isto totalizava

54,86 % da população coberta pela ESF. No Município de São Paulo, com 1.111 equipes, a cobertura chega a 33,81% da população⁽⁶⁴⁾.

Dentro de outras propostas do MS para a AD: O Programa Melhor em Casa e as equipes de AD propostas pelo Ministério da Saúde que completaram o 4º. ano em novembro de 2016, com 229 Equipes Multiprofissionais de AD instaladas em 20 estados. Durante este período foi constatado que as equipes do AD atendem sobretudo casos de Acidente Vascular Cerebral (20%), seguidos de casos de hipertensão (9,3%) e de pacientes com a doença de Alzheimer (5,4%). Outros atendimentos frequentes incluídos no programa pacientes com diabetes mellitus, com a doença de Parkinson, doenças pulmonares e fraturas de fêmur, e a maior parte desses pacientes é formada por mulheres (58%)⁽⁶⁵⁾.

No Programa Melhor em Casa, são definidas três categorias de atenção domiciliar: Atenção Domiciliar tipo 1 (AD1) destina-se aos usuários com problemas de saúde controlados e compensados, mas com dificuldade de locomoção até uma unidade de saúde, cuja responsabilidade de prestar a assistência mensalmente é das equipes da ESF; Atenção Domiciliar tipo 2 (AD2) destina-se aos usuários que necessitem de maior frequência de cuidado, por diferentes serviços da rede de atenção; a modalidade AD3 destina-se aos usuários com necessidade de maior frequência de cuidado, recursos de saúde, acompanhamento contínuo e uso de equipamentos, que podem ser oriundos de diferentes serviços da rede de atenção à saúde⁽⁶⁶⁾.

Em qualquer das três modalidades, os usuários com as seguintes necessidades: monitorização contínua; assistência contínua de enfermagem; propeleutica complementar, com demanda potencial para a realização de vários procedimentos diagnósticos, em sequência, com urgência; tratamento cirúrgico em caráter de urgência; ou uso de ventilação mecânica invasiva contínua⁽⁶⁶⁾.

Em relação à organização da Rede de Atenção a Portaria no 841, de 2 de maio de 2012, trata da organização da rede e define a Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES), compreende todas as ações e serviços que o SUS oferece ao usuário, para a integralidade da assistência à saúde. A RENASES organiza-se com: ações e serviços da APS; ações e serviços da urgência e emergência; ações e serviços da atenção psicossocial; ações e serviços da atenção ambulatorial especializada e hospitalar⁽⁶⁷⁾.

As ações da rede estruturam-se de forma a expressar a organização dos serviços e o atendimento da integralidade do cuidado. O financiamento das

ações e serviços que compõe a RENASES é tripartite, e o acesso às ações e serviços de saúde será ordenado pela APS⁽⁶⁸⁾.

Em relação à definição do AD, a Portaria no 963, de 27 de maio de 2013 define-a como uma nova modalidade de atenção à saúde, substitutiva ou complementar às já existentes, que se caracteriza por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação prestadas no domicílio, de modo integrado às redes de atenção à saúde⁽⁷⁰⁾.

O Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) é substitutivo ou complementar à internação hospitalar ou ao atendimento ambulatorial, responsável pelo gerenciamento e operacionalização das Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar⁽⁷¹⁾.

Levantamento feito no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP, em 2000, apontou que 42% de seus pacientes em internação domiciliar necessitavam de CP. Para que tais pacientes possam ser atendidos da forma mais integral possível, os profissionais da saúde de diferentes serviços como Unidade Básica de Saúde (UBS), ambulatório, hospital público, enfermaria, programa de assistência domiciliar, hospital-dia e ESF tem de ser capacitados para prestar este tipo de assistência⁽³⁷⁾.

A APS é importante nos CP, quando a pessoa retorna do hospital para casa, quando da inexistência de tratamento curativo para o paciente no hospital. A equipe da APS deve ser responsável pelo suporte ao paciente e família, de modo a garantir o controle dos sintomas e a dignidade no processo de morte⁽³⁸⁾. Uma das atividades fundamentais para prestar cuidados a estes usuários é a Visita Domiciliar (VD). A VD também é atenção domiciliar saúde que prioriza o diagnóstico da realidade do indivíduo e as ações educativas. É um instrumento de intervenção fundamental na saúde da família e na continuidade de qualquer forma de assistência e/ ou atenção domiciliar à saúde, sendo programada e utilizada com o intuito de subsidiar intervenções ou o planejamento de ações⁽³⁹⁾.

Os usuários podem chegar à UBS com demandas por CP como egressos de internação hospitalar ou domiciliar; por identificação dos Agentes Comunitários de Saúde nas visitas domiciliárias por solicitação do próprio usuário, família, vizinhos ou organizações da sociedade civil como Pastorais, Ministério Público, dentre outros⁽⁷²⁾. A respeito da necessidade de serviços específicos para suprir esta demanda CP o *International Observatory on End of Life Care* (IOELC) publicou, em 2008, uma pesquisa que informava que o Brasil contava com 14

serviços de CP registrados, sendo quase todos localizados na Região Sudeste e sua maioria em São Paulo⁽⁷³⁾.

Conforme a *European Association for Palliative Care* (EAPC) para atender as demandas de serviços paliativos é necessário obedecer as seguintes proporções: 50 leitos por milhão de habitantes; 1,2 enfermarias por leito; 0,15 médicos por leito; uma equipe para cada hospital com 250 leitos e 1 equipe para a população de 100 mil habitantes com quatro a cinco profissionais em dedicação exclusiva (40). Assim, o Brasil precisaria de 10 mil leitos, 12 mil enfermarias, 1.500 médicos especialistas em CP, de 1.000 a 2.000 equipes de AD com quatro a cinco profissionais com dedicação exclusiva⁽⁴⁰⁾.

Em 2006, um estudo conduzido pela IOELC categorizou o nível de desenvolvimento de CP em todos 234 países da ONU, classificando em quatro níveis: nível 1: 33% dos países sem atividade em CP; nível 2: 18% dos avaliados que possuem capacidade de construção de atividade, mas sem serviços operacionais; 34% dos países estão no nível 3: com fornecimento de serviços em CP localizados, onde o Brasil está classificado e somente 18% são os países classificados nível 4: cujos serviços de CP estão em integração com o sistema de saúde⁽⁴⁰⁾.

CAPÍTULO 3 **ESTADO DA ARTE**

ESTADO DA ARTE DOS CUIDADOS PALIATIVOS NO BRASIL: SITUAÇÃO ATUAL, ENSINO E PESQUISA

Abstract: Palliative Care is a set of knowledge, attitudes and practices to assist people with severe and advanced out of therapeutic possibilities of healing. This new specialty health reflects a change of paradigm and concepts of care for people in the final phase of life, the point of the World Health Organization (WHO) considers that the enormous social impact of end of life issues point to a need and a priority in health policies, requiring qualified support for palliative care services. According to the Brazilian National Oncological Care (Decree GM / MS 2.439/2005) cancer control, like other chronic diseases, it must involve all actions and health services available in the Sistema Único de Saúde (SUS): health promotion rehabilitation and palliative care. With the goal of improving the quality of life, relieve suffering physical, psychological, spiritual and social of people with serious and advanced diseases and provide support to families and caregivers, it becomes necessary to promote reflection on the existing models of care, meet the size, nature and severity of the needs of persons with regard to the Palliative Care and motivate the inclusion or expansion of this type of care in the practice of comprehensive health care, following the principles of the SUS: Universality, Equity and Completeness of health care.

Keywords: palliative care, quality of life, service organization.

Resumo: Os Cuidados Paliativos são um conjunto de conhecimentos, atitudes e práticas voltados para a assistência de pessoas com doenças graves, avançadas, fora de possibilidades terapêuticas de cura. Essa nova especialidade de saúde reflete uma mudança de paradigma e de conceitos sobre a atenção às pessoas na fase final da vida, a ponto de a Organização Mundial da Saúde (OMS) considerar que o enorme impacto social dos problemas do fim de vida aponta para uma necessidade e uma prioridade no âmbito das políticas de saúde, requerendo apoio qualificado de serviços de cuidados paliativos. Segundo a Política Nacional de Atenção Oncológica (Portaria GM/MS 2.439/2005), o controle do câncer, como de outras doenças crônicas, deve envolver todas as ações e serviços de saúde disponíveis no Sistema Único de Saúde (SUS): da

promoção à saúde à reabilitação e os cuidados paliativos. Com o objetivo de melhorar a qualidade de vida, aliviar o sofrimento físico, psicológico, espiritual e social das pessoas com doenças graves e avançadas e proporcionar apoio aos familiares e cuidadores, torna-se necessário promover uma reflexão sobre os modelos de assistência existentes. É essencial conhecer a dimensão, a natureza e a severidade das necessidades das pessoas no que diz respeito aos cuidados paliativos e incentivar a inclusão ou ampliação dessa modalidade de assistência na prática da atenção integral à saúde seguindo os princípios do SUS: Universalidade, Equidade e Integralidade da atenção à saúde.

Palavras-chave: cuidados paliativos; qualidade de vida, organização de serviços.

Introdução: Os progressos da Medicina na segunda metade do século XX ocasionaram mudanças epidemiológicas e demográficas significativas. A redução brusca na fecundidade, o aumento da expectativa de vida da população adulta, com o conseqüente aumento das doenças crônicas e alterações na duração dos processos de doença, estão conduzindo a novos cenários de morbidade e mortalidade.

A sociedade moderna tem considerado a prevenção das doenças e os tratamentos curativos como os principais objetivos do sistema de saúde; sendo os processos de incurabilidade e morte frequentemente reputados como um fracasso. Num sistema onde o caráter da cura tem que ser imediato, torna-se difícil a implantação de ações voltadas para a atenção integral das pessoas com doenças crônicas avançadas ou em fase final da vida, bem como a ajuda necessária para manter ou alcançar uma vida com dignidade e qualidade. Paralelamente, o modelo de medicina curativa centrado na doença não atende as necessidades das pessoas que vivem com enfermidades crônicas avançadas ou não respondem ao tratamento curativo instituído. É frente a esta difícil realidade que os cuidados paliativos apresentam-se como uma forma de cuidado continuado. Segundo a OMS, para o ano 2030 são esperados 27 milhões de casos novos de câncer, 17 milhões de mortes (por câncer) e 75 milhões de pessoas vivendo com a doença. O maior efeito desse aumento vai incidir em países de baixa e média renda (Brasil)^(75, 76).

A Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) projeta, para o ano de 2020, a ocorrência de 840 mil mortes por câncer na América Latina e no Caribe e chama a atenção para o fato de que um dos aspectos menos valorizados na atenção das pessoas com câncer são os cuidados paliativos, quando deveriam fazer parte do tratamento desde o momento do diagnóstico⁽⁷⁷⁾.

No Brasil, estima-se para o biênio 2016/2017 a ocorrência de aproximadamente 596 mil casos novos de câncer por ano (incluindo os casos de pele não melanoma). Portanto, excluindo-se os casos de câncer da pele não melanoma, estima-se um total de 420 mil casos novos de câncer por ano, evidenciando a magnitude do problema do câncer no país⁽⁷⁸⁾.

Considerando que a maioria dos indivíduos com câncer procura a rede pública de serviços com a doença em estágio avançado e com reduzidas possibilidades de tratamento curativo, os cuidados paliativos surgem como uma estratégia de atenção que busca melhorar a qualidade de vida, aliviar o sofrimento físico, psicológico, espiritual e social das pessoas com doenças graves e avançadas e proporcionar apoio aos familiares e cuidadores. Para isso, torna se necessário incentivar a inclusão ou ampliação dessa modalidade de assistência na prática da atenção integral à saúde, seguindo os princípios do SUS: Universalidade, Equidade e Integralidade da atenção à saúde^(79, 80).

Os Primeiros Serviços

Os Cuidados Paliativos no Brasil são uma atividade recente, tendo os primeiros serviços iniciado na década de 80, em Centros de Tratamento de Dor Crônica. Em 1983 a Dra. Miriam Marteleite, do Departamento de Anestesiologia do Hospital das Clínicas da Universidade Federal do Rio Grande do Sul organiza a primeira proposta de atenção paliativa no país. Em 1986, surgem o Centro do Alívio da Dor do Hospital Nossa Senhora da Conceição/GHC de Porto Alegre e o Serviço de Dor e Cuidados Paliativos da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo. Em 1989 surgiram o Centro de Estudos e Pesquisas Oncológicas (CEPON) em Florianópolis e o Grupo Especial de Suporte Terapêutico Oncológico (GESTO) no Instituto Nacional do Câncer (INCA), no Rio de Janeiro^(314, 43).

Contudo, foi a partir dos anos 90 que começaram a aparecer os primeiros serviços organizados com o enfoque de assistência multidisciplinar. O Instituto Nacional do Câncer - INCA, do Ministério da Saúde, conta desde 1998, com uma unidade hospitalar exclusivamente dedicada aos Cuidados Paliativos - INCA IV⁽⁸²⁾. Em dezembro de 2002, o Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo - HSPE/SP - inaugurou sua enfermaria de Cuidados Paliativos. Outro serviço pioneiro em São Paulo é do Hospital do Servidor Público Municipal inaugurado em junho de 2004⁽³¹⁴⁾.

Desafios Epidemiológicos e Demográficos

O sistema público de saúde brasileiro enfrenta grandes desafios para assegurar o direito constitucional de acesso à assistência integral e universal a toda população e acompanhar os avanços tecnológicos. É um país em desenvolvimento, com dimensões continentais, grande diversidade regional e que ainda vivencia a persistência de antigos problemas de saúde pública somados ao surgimento de novas formas de morbimortalidade causadas por doenças transmissíveis emergentes e reemergentes.

Nas últimas décadas, a população brasileira experimentou significativas mudanças em seu padrão demográfico e epidemiológico que estão impondo ao setor saúde um cenário com novas e grandes demandas. O país mostra um rápido declínio da fecundidade (em 30 anos o Brasil vivenciou o que países desenvolvidos levaram 80 a 100 anos); o aumento da expectativa de vida e a alteração acelerada da pirâmide populacional, com conseqüente aumento do percentual de idosos e do número de doenças crônico-degenerativas, dentre elas o câncer, as doenças neurológicas, as reumatológicas e suas sequelas; a persistência de antigos problemas de saúde pública e o surgimento de novas formas de morbimortalidade por doenças transmissíveis emergentes e reemergentes que aumentam a complexidade dessa realidade^(83, 84).

Por outro lado, as situações clínicas complexas, as comorbidades associadas, a diversidade de patologias, a combinação de fatores físicos, psicológicos, sociais e espirituais que frequentemente acometem as pessoas com doenças crônicas graves e avançadas na fase final da vida, somados à gestão exigente de um largo espectro terapêutico, requerem, naturalmente, além de recursos específicos e qualificados, uma preparação sólida e diferenciada dos profissionais de saúde.

Torna-se assim imprescindível promover uma reflexão sobre o modelo de assistência existente, bem como conhecer a dimensão, a natureza e a severidade das necessidades das pessoas no que diz respeito aos cuidados integrais quando do acometimento de doenças crônicas. É preciso levar em conta que todas as pessoas com doenças graves, avançadas, fora de possibilidades terapêuticas de cura, com limitação de vida, bem como os portadores de sequelas graves causadas por diversas situações, demandam uma assistência integral que proporcione a melhor qualidade de vida possível com alívio do sofrimento. A modalidade de assistência em cuidados paliativos, com sua abordagem centrada no doente e seus familiares, vem ao encontro desta necessidade.

Situação Política

O planejamento da assistência em saúde no Brasil vem sendo pautado, desde o início da década de 80 (1982) por parâmetros destinados a estimar as necessidades de assistência em saúde da população em relação a consultas, procedimentos, internações hospitalares e a capacidade de produção dos recursos assistenciais existentes^(78, 85).

Embora conte com um padrão de excelência para a assistência de doenças de alta complexidade como AIDS e câncer, a estimativa dos recursos necessários para dimensionar e adequar a prática de cuidados paliativos, tem sido uma tarefa difícil. Mesmo que o Ministério da Saúde venha consolidando formalmente os cuidados paliativos no âmbito do sistema de saúde do país, por meio de portarias e documentos, emitidos pela Agência Nacional de vigilância Sanitária e pelo próprio Ministério da Saúde, diversos fatores, que não podem ser ignorados ou minimizados, contribuem para esta dificuldade como a falta de uma política nacional específica e de uma estratégia nacional na implementação de cuidados paliativos, bem como a diversidade e acessibilidade da assistência nos diversos níveis de atenção^(78, 85).

O primeiro marco normativo abordando a questão dos Cuidados Paliativos no Brasil está registrado na Resolução nº 260, de 4 de dezembro de 1997 do Conselho Nacional de Saúde - recomendando a formação de grupo de trabalho para estudar a criação de Programa Nacional de Educação Continuada em Dor e Cuidados Paliativos para Profissionais de Saúde⁽⁸⁶⁾.

Em 02 de setembro de 1998 foi publicada Portaria nº 3.535/GM/MS, que estabelece critérios para cadastramento de centros de atendimento em oncologia e define no Artigo 3º a competência das Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, de acordo com suas respectivas condições de gestão e divisão de responsabilidades pactuadas nas Comissões Intergestoras Bipartite, estabelecer os fluxos e referências para o atendimento a pacientes com câncer, com ênfase na prevenção, detecção precoce, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos⁽³⁰⁹⁾.

Em 2002 foram publicadas as primeiras Portarias direcionadas para Cuidados Paliativos: Portaria GM/MS nº 19, de 03 de janeiro de 2002, que institui o Programa Nacional de Assistência à Dor e Cuidados Paliativos; e a Portaria GM/MS nº 1.319, de 23 de julho de 2002 (Brasil 2002), que regulamenta o cadastramento de Centros de Referência em Tratamento da Dor Crônica, incluindo automaticamente todos os Centros de Alta Complexidade em Oncologia (CACON)^(85, 88).

O Artigo 5º da Portaria 1.319 esclarece que a totalidade dos Centros de Alta Complexidade em Oncologia, cadastrados como Centros de Referência em Tratamento da Dor Crônica, são participantes do Programa Nacional de Assistência à Dor e Cuidados Paliativos, instituído pela Portaria GM/MS nº 19, de 03 de janeiro de 2002⁽⁸⁸⁾.

A Política Nacional de Atenção Oncológica instituída pela Portaria GM/MS 2.439, de 08/12/2005, que vigorou até maio/2013, visava essencialmente, a Promoção, Prevenção, Diagnóstico, Tratamento, Reabilitação e Cuidados Paliativos, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão⁽¹⁶⁹⁾.

A Portaria GM/MS N° 874, de 16 de Maio de 2013, que substituiu a Portaria 2.439, institui a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). A Seção V da Portaria - Dos Princípios e Diretrizes Relacionados ao Cuidado Integral descreve no Artigo 13 o cuidado integral a prevenção, a detecção precoce, o diagnóstico, o tratamento e os cuidados paliativos, que devem ser oferecidos de forma oportuna, permitindo a continuidade do cuidado⁽⁸⁹⁾.

Com o reconhecimento da Medicina Paliativa como área de atuação médica no Brasil em 2011 (Resolução CFM N° 1973/2011), diversas questões passam a ser consideradas com o objetivo de garantir o atendimento integral aos pacientes com doenças avançadas e estabelecer uma rede hierarquizada dos Centros que prestam atendimento pelo SUS. Há necessidade de regulamentação de uma política nacional, formação de profissionais, implantação de unidades de cuidados paliativos especializados, estudos e levantamentos de necessidades para definir diretrizes e parâmetros para assistência em cuidados paliativos, bem como investimento em projetos de ensino e pesquisa voltados para esta modalidade de atenção no Brasil⁽⁹⁰⁾.

Essa nova área de atuação reflete uma mudança de paradigma e de conceitos sobre a atenção às pessoas na fase final da vida, a ponto da OMS considerar que o enorme impacto social dos problemas do fim de vida aponta para uma necessidade e uma prioridade no âmbito das políticas de saúde, requerendo apoio qualificado de serviços de cuidados paliativos.

Considerando que a maioria dos serviços de cuidados paliativos no Brasil está mais direcionado aos pacientes portadores de câncer avançado e AIDS, torna-se necessário conhecer experiências de locais que contam com uma política estruturada de cuidados paliativos com diferentes modelos de organização de serviços e de abordagem de ensino e pesquisa. Estes exemplos podem ser utilizados ou adaptados para a nossa realidade, assim como propiciar uma reavaliação curricular que permita sensibilizar os profissionais em formação

para uma compreensão mais respeitosa e responsável da complexidade de atenção que demanda um paciente com doença grave avançada ou em fase final de vida.

Situação Econômica

O atual quadro demográfico brasileiro, resultante de vários fatores como a queda da fecundidade, a redução da mortalidade infantil, o aumento da esperança de vida ao nascer e o progressivo envelhecimento da população, já está gerando impacto e novas demandas para o sistema de saúde.

O volume de internações hospitalares por neoplasias no SUS, aumentou 40,7% no período de 2008 (545,8 mil) a 2016 (768,1 mil). Em relação aos valores pagos pelas internações de pacientes oncológicos ocorreu um aumento de 170% no mesmo período. Em 2008 foram pagos mais de meio bilhão de reais, contra 1,6 bilhões de reais em 2016⁽⁹²⁾.

Por isso, de uma maneira geral, o sistema de saúde brasileiro se beneficiaria enormemente com a implantação de programas de cuidados paliativos, tanto no aspecto financeiro, quanto estrutural. As medidas implementadas teriam repercussão imediata, reduzindo-se custos para hospitais e governos pela readequação de exames e tempo de permanência; redução de custos por tratamentos redundantes, desnecessários e ineficientes; direcionamento dos pacientes para um apropriado nível de cuidado; alta qualidade de assistência e tratamento planejado para promover o cuidado integral do paciente, da melhor forma possível⁽⁴³⁾.

Barros identifica, também, dificuldades de conciliar a assistência integral com o sistema de saúde considerando três variáveis: acesso aos serviços, qualidade da assistência e custo.

É preciso estimular discussões mais aprofundadas com a sociedade voltadas para a importância e necessidade de avaliação crítica referente à aplicabilidade do crescente volume de novos conhecimentos e desenvolvimento técnico-científico disponibilizados aos profissionais da saúde na prática diária, bem como o binômio desejos/necessidades de saúde em termos de acesso, equidade, qualidade e custos.

Situação dos Serviços de Cuidados Paliativos no Brasil

Nível de desenvolvimento dos Cuidados Paliativos no Brasil:

Visão Internacional

Estudos sobre a avaliação do desenvolvimento de serviços de cuidados paliativos (oferta e organização) e do índice de qualidade de morte são importante para o planejamento e formulação de políticas de saúde^(92, 93, 94, 95).

O Brasil, como muitos outros países, vem sendo avaliado sistematicamente quanto ao nível de desenvolvimento de serviços de cuidados paliativos e índice de qualidade de morte.

Em relação ao nível de desenvolvimento o país é classificado no Grupo 3 A em decorrência da falta de uma política nacional e por apresentar serviços isolados. Mesmo que o número de serviços tenha aumentado significativamente no intervalo das análises, a implantação e expansão são devidas a iniciativas particulares ou pessoais e não de política de estado^(92, 93, 94, 95).

A avaliação do índice de qualidade de morte realizada em 2010 colocava o Brasil em 38º posição numa lista de 40 países avaliados. Na análise de 2015 o país passou para a 42º posição de um total de 80 países avaliados^(97, 98).

A Realidade

No Brasil a organização de serviços de cuidados paliativos ainda está longe de atender as necessidades da população, devido à falta de uma política estruturada, a pouca oferta de serviços, a escassez de profissionais habilitados, e do parco incentivo às pesquisas e estudos que permitiriam conhecer a necessidade e atender a demanda existente.

Considerando que a maior parte dos insuficientes serviços de cuidados paliativos presentes no nosso país está mais direcionada aos pacientes portadores de câncer avançado, dados censitários de internações hospitalares destes pacientes, poderiam ser utilizados para estimar a demanda de serviços de cuidados paliativos. Seriam relevantes, principalmente, dados estatísticos das internações oncológicas em geral e das relacionadas com os procedimentos de tratamento de intercorrências clínicas de paciente oncológico, cuidados prolongados e tratamento clínico deste tipo específico de paciente.

A implementação dos Cuidados Paliativos no sistema de saúde brasileiro é uma tarefa complexa:



Fonte: Elaborado pelo autor.

Disponibilidade de serviços de cuidados paliativos no Brasil

De acordo com dados da Academia Nacional de cuidados paliativos (ANCP), em 2004 havia cerca de 40 serviços de cuidados paliativos no Brasil, a maioria distribuída em unidades ambulatoriais e casas de repouso.

A disponibilidade de camas de hospital especializado foi mínima (cerca de 300 camas) e restrito às grandes cidades como Rio de Janeiro, São Paulo, Barretos, Campinas, Brasília, Curitiba, Fortaleza, Manaus e Porto Alegre⁽⁹⁹⁾.

Para realizar a estimativa da população que necessita de cuidados paliativos, considerou-se que, para cada grupo de 1 milhão de habitantes, existem 1000 pacientes por ano com a indicação dos cuidados paliativos⁽⁹⁹⁾.

Em 2004, a população brasileira era de 182,9 milhões de habitantes, que exigia a organização dos serviços de uma saúde com capacidade para atender 182.900 pessoas/ano com necessidades de cuidados paliativos⁽⁹⁹⁾.

Em relação ao número de leitos hospitalares necessários para a assistência de pessoas com necessidades de cuidados paliativos, foi usado o parâmetro do Reino Unido como modelo de estimativa: 50 leitos hospitalares para cada milhão de habitantes, distribuídos em unidades de 10 a 15 leitos. Neste caso seriam necessários 9.145 leitos hospitalares, distribuídos entre as 610 e 914 unidades de internação de cuidados paliativos⁽⁹⁹⁾.

Segundo Maciel *et al*⁽⁹⁹⁾, a necessidade de cuidados de nível comunitário (cuidados primários) foi calculada pelo parâmetro inglês de 6 equipes de cuidados domiciliares para cada milhão de habitantes, sendo então necessário 1.087 equipes de cuidados domiciliares.

A partir da estimativa das necessidades de cuidados paliativos, realizada no ano de 2004 e em comparação com a situação de 2014 encontramos a situação descrita no quadro 1.

Quadro 1. Necessidades de cuidados paliativos: Parâmetros de Cobertura necessários (2004 & 2014).

Parâmetros de Cobertura			
Variável	Parâmetro	2004	2014
População	Para cada grupo de 1 milhão de habitantes há 1.000 pacientes por ano com necessidades de cuidados paliativos	182,9 milhões	202,8 milhões
Leitos Hospitalares	50 leitos hospitalares/milhão de habitantes	9.145 leitos hospitalares	10.100 leitos hospitalares
Unidades de Internação	Unidades de internação com 10 a 15 leitos	610 to 914 Unidades de internação	673 to 1010 Unidades de internação
Equipes de Assistência Domiciliar	6 equipes de AD/milhão de habitantes	1.087	1.212

Fonte: ¹extraído de Maciel *et al*⁽⁹⁹⁾; ²Adaptação dos autores. Atualização com dados do SIH-SUS, 2006.

A análise do diretório de serviços de cuidados paliativos organizada pela Academia Nacional de Cuidados Paliativos (dezembro de 2016), possibilitou a identificação de 115 instituições.

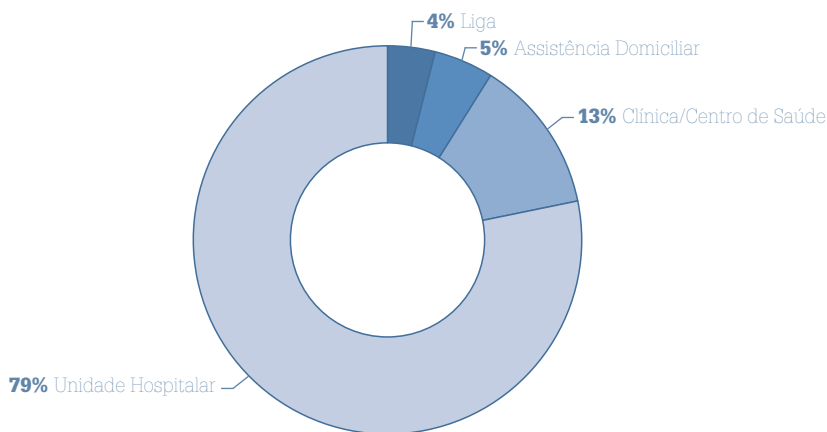
Do total de instituições cadastradas 106 (92,2%) foram agrupadas por tipo de serviço: unidades hospitalares: 84 (79,2%), centro de saúde/clínica: 13 (12,3%), cuidados em casa: 5 (4,7%) e ligas de estudantes na Universidade: 4 (3,8%) (quadro 2 e figura 1).

Quadro 2. Unidades de Serviços de Cuidados Paliativos.

Tipo de Serviço	Número	Porcentagem
Unidade Hospitalar	84	79.2%
Clínica/Centro de Saúde	13	12.3%
Assistência Domiciliar	5	4.7%
Liga Estudantil/Universidade	4	3.8%
Total	106	100%

Fonte: Academia Nacional de Cuidados Paliativos (Brasil), 2016.

Figura 1. Distribuição de serviços de cuidados paliativos por tipo de unidade. Fonte: Academia Nacional de Cuidados Paliativos (Brasil), 2016.



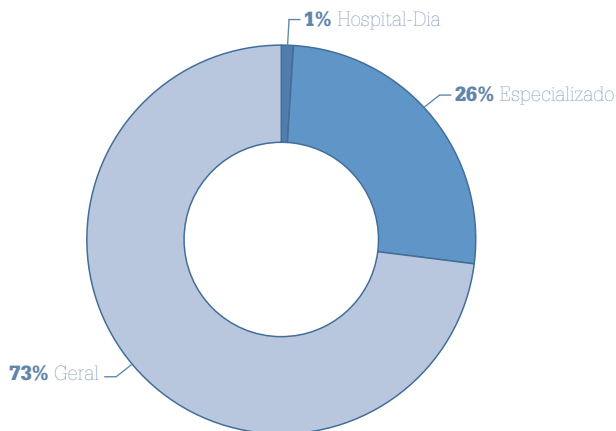
Dos 84 serviços de cuidados paliativos localizados em instituições hospitalares, 61 (73%) estão em hospital geral, 22 (26%) em hospitais especializados e 1% em hospital-dia (quadro 3 e figura 2).

Quadro 3. Distribuição dos Serviços de Cuidados paliativos por tipo de Hospital.

Tipo de Hospital	Número	Porcentagem
Geral	61	73%
Especializado	22	26%
Hospital-Dia	1	1%
Total	84	100%

Fonte: Academia Nacional de Cuidados Paliativos (Brasil), 2016.

Figura 2. Distribuição dos Serviços de Cuidados Paliativos por tipo de Hospital. Fonte: Academia Nacional de Cuidados Paliativos (Brasil), 2016.



O sector hospitalar no Brasil é composto por três principais subsectores: hospitais públicos, propriedade e gestão governamental pelas autoridades de saúde federal, estadual ou municipal; (a maioria sob contrato com o SUS), de hospitais privados e filantrópicos⁽¹⁰⁰⁾.

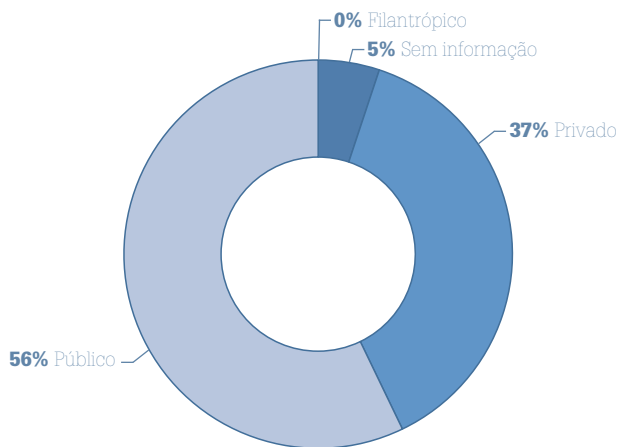
E relação à distribuição dos serviços de cuidados paliativos localizados em unidades hospitalares de acordo com o tipo de administração, conforme ilustra quadro 4 e figura 3, observamos o total de 84 serviços de cuidados paliativos hospitalares registados, 47 (56%) são em hospitais públicos, 31 (37%) em hospitais privados e 1 (1.2%) em instituição filantrópica. Não encontramos informações sobre 4 instituições (3 hospitais gerais e hospital 1 especializado).

Quadro 4. Distribuição dos Serviços de Cuidados paliativos hospitalares por tipo de administração.

Tipo de Hospital	Tipo de Administração				Total
	Filantrópico	Privado	Público	Sem Informação	
Geral	1	19	38	3	61
Especializado	-	12	9	1	22
Hospital-Dia	-	1	-	-	1
Total	1 (1.2%)	31 (37%)	47 (56%)	4 (5%)	84

Fonte: Academia Nacional de Cuidados Paliativos (Brasil), 2016.

Figura 3. Distribuição dos serviços de cuidados paliativos hospitalares por tipo de administração. Fonte: Academia Nacional de Cuidados Paliativos (Brasil), 2016.



Do total de instituições cadastradas 96 (83,5%) estavam listadas no Cadastro Nacional de estabelecimentos de Saúde do Sistema Único de Saúde (CENESUS), dos quais 34 (35,4%) estão localizados em centros de referência para tratamento de câncer.

Distribuição Geográfica dos Serviços de Cuidados Paliativos

A grande maioria dos serviços de cuidados paliativos do Brasil (73%) estão localizados nas regiões sudeste e sul (quadro 5 e figura 4).

Quadro 5. Distribuição geográfica dos Serviços de Cuidados Paliativos.

Região	Número Serviços	Porcentagem
Centro - Oeste	4	3%
Nordeste	24	21%
Norte	3	3%
Sudeste	643	56%
Sul	20	17%
Total	115	100%

Fonte: Cadastro Nacional de estabelecimentos de saúde, 2016.

Figura 4. Distribuição geográfica dos serviços de cuidados paliativos. Fonte: Academia Nacional de Cuidados Paliativos (Brasil), 2016.

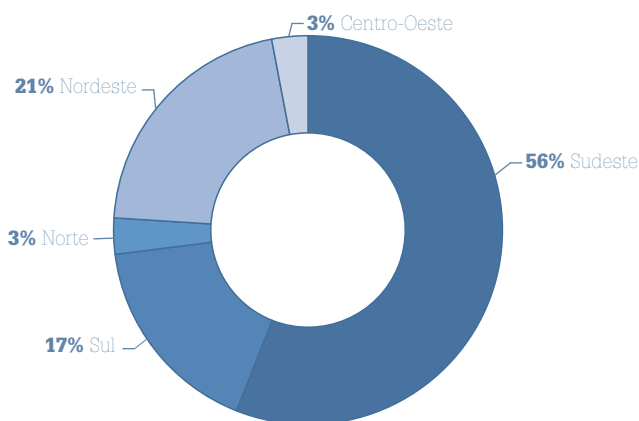
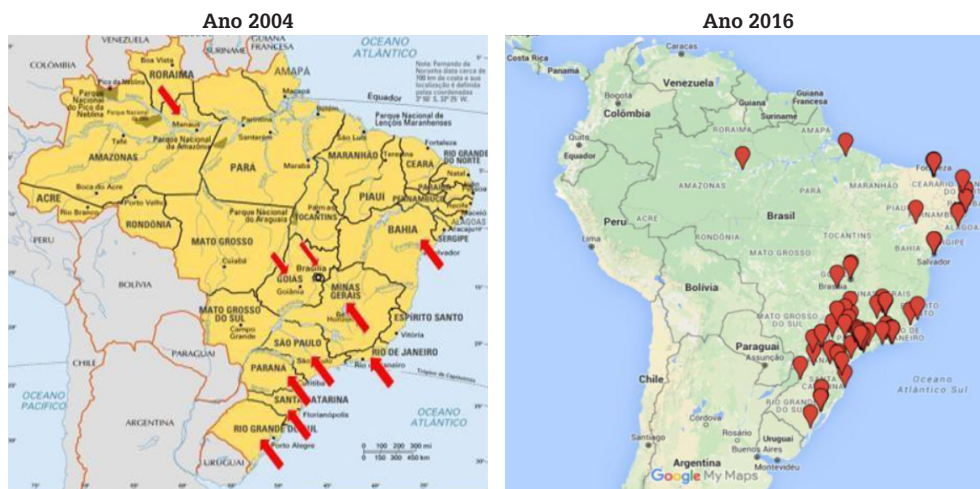


Figura 5. Distribuição Espacial de Serviços de Cuidados Paliativos no Brasil. Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES-SUS), 2016.



Formação de Profissionais em Cuidados Paliativos

A atuação em cuidados paliativos demanda do profissional de saúde muito mais do que o domínio de cada área profissional. Exige habilidades de comunicação, trabalho em equipe, competência na condução diante da doença em estágio terminal, bem como, habilidades humanitárias e emocionais, que até então não faziam parte de alguns os programas de graduação das áreas de saúde⁽¹⁰¹⁾.

Um dos seus principais objetivos dos Cuidados Paliativos é garantir a qualidade de vida das pessoas que passam por situações de grande sofrimento físico, psicológico ou espiritual, assim como das suas famílias⁽¹⁰¹⁾.

A iniciativa do Prof. Marco Túlio de Assis Figueiredo na Escola Paulista de Medicina UNIFESP/EPM - de promover, dentro da abordagem paliativista, a assistência de pessoas com enfermidades graves, fora de possibilidade terapêutica de cura, e organizar cursos de formação de profissionais é um marco importante na história da prática dos cuidados paliativos no Brasil⁽¹⁰²⁾.

Nos últimos anos, devido ao aumento da prevalência das doenças crônicas, prolongadas e incuráveis (doenças como doenças do aparelho circulatório, AIDS, demências, doenças oncológicas e neurológicas incapacitantes, entre outras), os Cuidados Paliativos começam a despontar no nosso país como uma modalidade importante de assistência.

Entretanto, uma grande parcela dos profissionais de saúde não teve acesso a conhecimentos e habilidades para atender com mais desenvoltura os pacientes quando a enfermidade progride, o prognóstico piora e a morte é inevitável. Torna-se necessário sensibilizar e orientar os profissionais de saúde como cuidar de seus pacientes de forma continuada e procurar trabalhar de forma mais integrada com áreas especializadas e multiprofissional nessa modalidade de atenção.

Considerando,

- a. O perfil de morbimortalidade, das pessoas com câncer avançado sem possibilidades de cura;
- b. O aumento das doenças crônicas degenerativas;
- c. O despreparo dos profissionais de saúde para entender e manejar os inúmeros problemas que envolvem a doença do paciente, o prognóstico, das complicações, das medidas terapêuticas, das alternativas, dos riscos e benefícios do tratamento e da sua sobrevida, do sentimento de angústia do doente e do familiar frente a esse processo delicado, o que frequentemente reflete no cuidado fragmentado;
- d. A valorização da técnica, da doença, do olhar centrado somente na cura e no tratamento, da prioridade no conhecimento científico, da falha na comunicação com o paciente e familiar, da dificuldade em enxergar o paciente como sujeito com autonomia dono de sua vida;

e. Identificamos a necessidade de promover:

1. A formação e atualização integral de profissionais de saúde de forma técnica, científica que possibilite o desenvolvimento de equilíbrio emocional, intelectual, afetivo e psicológico, para saber como lidar com o sofrimento, a dor do paciente e os sintomas que apresentam os pacientes em fases avançadas das doenças oncológicas e outras;
2. Um contínuo aprimoramento seja pela capacitação técnica na área específica, seja pelo aprendizado imposto pelo desafio de promover uma melhor qualidade de vida para os pacientes;
3. Desenvolvimento competências em Cuidados Paliativos que garantam um atendimento de qualidade e de forma sistematizada nos diferentes níveis de atenção à saúde do SUS;
4. Promoção da atenção integral e cuidados aos pacientes portadores de enfermidades progressivas, incapacitantes, incuráveis e que evoluirão para a morte;
5. Desenvolvimento de habilidades e atitudes que permitam uma abordagem adequada do paciente e sua família, levando em consideração os aspectos físicos, psicológicos, sociais e espirituais;
6. A capacidade de trabalhar de forma transdisciplinar;
7. Promoção do conhecimento avançado sobre dor e cuidados paliativos, instrumentalizando os profissionais de saúde para uma abordagem interdisciplinar.

O Serviço de Dor e Cuidados Paliativos do Hospital Nossa Senhora da Conceição vem, desde 2011, promovendo uma série de atividades para sensibilização e formação de profissionais de saúde para a prática de cuidados paliativos realizadas.

Quadro 6. Cursos de longa duração de 120 a 180 horas para formação de 113 profissionais de saúde.

Profissionais	Curso 2011	Curso 2014	Curso 2015	Curso 2016	Total
Contabilidade (ACS)	0	1	0	0	1
Enfermagem	17	6	16	15	54
Farmácia	3	2	2	3	10
Fisioterapia	0	1	1	1	3
Medicina	1	2	3	4	10
Nutrição	1	3	2	0	6
Odontologia	0	1	0	0	1
Psicologia	3	4	2	2	11
Serviço Social	3	1	6	0	10
Terapia Acupacional	0	1	1	2	4
Arte Terapia	1	0	0	0	1
Res. Serviço Social	2	0	0	0	2
Total	31	22	33	27	113

Fonte: Elaborado pelo autor.

Aulas regulares para médicos residentes de Medicina de Família e Comunidade do Serviço de Saúde Comunitária do Hospital Nossa Senhora da Conceição/GHC.

Jornadas de Sensibilização de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) para atuação em dor e cuidados paliativos. Nos anos 2010 e 2013 foram realizados dois cursos para formação de 200 ACS.

CAPÍTULO 4 **CONCLUSÕES**

O processo de “transição da estrutura etária” que o Brasil está vivenciando de forma acelerada levará, ao longo das próximas duas décadas, a uma população de perfil envelhecido e com um baixo ritmo de crescimento, gerando novas demandas para o sistema de saúde. Isso mostra que o desenvolvimento de planejamento e gestão de uma política de cuidados paliativos não pode ser baseado somente em análises e estudos, mas principalmente em ações específicas (OPAS, 103).

O desafio atual para o sistema de saúde brasileiro é desenvolver um modelo apropriado de cuidados paliativos por meio de uma assistência de qualidade que possa ser utilizado na rede pública de saúde. Este modelo também necessita refletir o papel dos serviços especializados de cuidados paliativos não apenas no atendimento dos pacientes, mas na preparação de quadros profissionais que priorizem a integralidade e a qualidade das ações, nos diversos níveis de assistência, promoção de suporte às outras especialidades e projetos de pesquisa.

Além da necessidade óbvia de alocar recursos adicionais para os cuidados de saúde da população com necessidade de cuidados paliativos, algumas soluções dependem da regulamentação de políticas e implementação de programas de saúde específicos e eficientes, bem como de uma adequada rede de proteção social. É necessário, também, propiciar o desenvolvimento de uma ampla base técnica e metodológica que inclua a revisão de procedimentos e protocolos assistenciais, além da necessidade de recursos humanos em qualidade e quantidade adequadas ao novo quadro epidemiológico.

Esses problemas certamente vão requerer investimentos na reestruturação/readequação da organização dos serviços de saúde, mudanças nos padrões de assistência e recomposição da capacidade funcional do sistema, ainda fortemente dependentes de investimentos em recursos humanos e tecnológicos.

CAPÍTULO 5 **OBJETIVOS**

— OBJETIVOS GERAIS

1. Traçar o perfil das internações hospitalares de pacientes oncológicos para o tratamento de intercorrências clínicas relacionadas com câncer, no SUS, entre 2008 e 2016;
2. Estimar o número de pacientes oncológicos e não oncológicos com necessidade de cuidados paliativos;
3. Delinear o perfil dos doentes oncológicos internados em uma unidade de referência hospitalar especializada de cuidados paliativos em Porto Alegre, entre 2008-2016.

— OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Estimar o número de pacientes com necessidades de Cuidados Paliativos Oncológicos na população do Rio Grande do Sul;
2. Conhecer o perfil clínico e sociodemográfico dos pacientes oncológicos que internaram no Hospital Nossa Senhora da Conceição;
3. Identificar critérios para referenciar, internar ou transferir pacientes para a unidade de cuidados paliativos;
4. Analisar o desfecho das internações de doentes oncológicos em Unidade Especializada de Cuidados Paliativos;
5. Definir critérios para a otimização do internamento em cuidados paliativos, propondo políticas nacionais concertadas para a organização e estruturação de cuidados paliativos.

CAPÍTULO 6 **METODOLOGIA**

A presente pesquisa possui uma abordagem quantitativa, com coleta de dados de bases secundárias e análise documental do tipo descritivo exploratório, retrospectivo e observacional dos pacientes oncológicos ingressados em unidades hospitalares do Estado do Rio Grande do Sul e na Unidade de Cuidados Paliativos do Hospital Nossa Senhora da Conceição, Brasil, região sul, no período de 1º de janeiro de 2008 a 31 de dezembro de 2016.

O estudo foi realizado na Unidade de Cuidados Paliativos do Hospital Nossa Senhora da Conceição e pretendeu-se delinear o perfil clínico e sócio-demográfico dos pacientes, verificar as causas de hospitalização (CID da AIH), o movimento do paciente (referência) e o desfecho do atendimento.

Esta pesquisa teve dois tipos de unidade de análise:

- a. Para estimar o número de pacientes com necessidades de Cuidados Paliativos Oncológicos na população do Brasil, região sul e Rio Grande do Sul foram coletados dados do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS), obtidas no banco de dados do Departamento de Informação em Saúde do SUS (DATASUS);
- b. A pesquisa das internações de doentes oncológicos em Unidade Especializada de Cuidados Paliativos foi realizada com dados coletados dos prontuários eletrônicos dos pacientes oncológicos com doença avançada ou fora de possibilidades terapêuticas de cura atuais, internados no período de janeiro/2008 a dezembro/2016 na Unidade de Cuidados Paliativos do Hospital Nossa Senhora da Conceição, integrante do Grupo Hospitalar Conceição situado em Porto Alegre, Rio Grande do Sul.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição em 18 de janeiro de 2014 e está protocolado sob número 13-110.

O Hospital Nossa Senhora da Conceição regulamentado pelo Sistema Único de Saúde (SUS), integra a relação dos serviços públicos do Estado do Rio Grande do Sul com características de atendimento terciário à saúde e recebe, no que se refere aos cuidados em oncologia, pacientes de todo o estado e de regiões circunvizinhas.

O Serviço de Dor e Cuidados Paliativos do Hospital Nossa Senhora da Conceição, que iniciou suas atividades em 16 de abril de 1986, é referência para o atendimento de intercorrências e complicações de ordem clínica, psicossocial e espiritual que acometem pacientes oncológicos nas diferentes fases

da enfermidade e, principalmente nos estágios avançado e/ou fora de possibilidades terapêuticas⁽⁴³⁾.

Partindo da hipótese de que a Unidade de Internação do Serviço de Dor e Cuidados Paliativos do Hospital Nossa Senhora da Conceição atende cerca de 15% da demanda de pacientes oncológicos com necessidades de cuidados paliativos que ingressam no Hospital Conceição, tornou-se necessário identificar as demais unidades que também admitem estes pacientes, no sentido de adequar critérios de referência e estabelecer ações de atendimento integrado desde o momento do diagnóstico de doença sem possibilidade de tratamento curativo, para agilizar o gerenciamento adequado da dor e da sintomatologia relacionada com a própria doença, ou com a terapêutica instituída, reduzir sofrimentos e melhorar a qualidade de vida dos pacientes e familiares/cuidadores.

Critérios de inclusão

Os critérios de inclusão foram: pacientes de ambos os sexos, com idade superior a 15 anos, com diagnóstico de câncer em qualquer estágio, admitidos na Unidade de Cuidados Paliativos, no período 2008 a 2016 para os procedimentos citados acima.

Critérios de exclusão

Os critérios de exclusão definidos foram: prontuários incompletos, com mais de três variáveis ausentes e prontuários de pacientes com diagnóstico a esclarecer;

Instrumentos

Foram utilizadas as fontes de informações nacional do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS), obtidas no banco de dados do Departamento de Informação em Saúde do SUS (DATASUS) e dados das internações do Hospital Nossa Senhora da Conceição, extraídas do Sistema de Informações Hospitalares do Grupo Hospitalar Conceição – GHC Sistemas.

O SIH/SUS fornece os dados sobre internações hospitalares do SUS, que são registrados através da Autorização de Internação Hospitalar (AIH), constituindo uma valiosa base de dados com informações demográficas, epidemiológicas, morbidade e mortalidade, bem como os valores pagos pelos procedimentos realizados nas instituições hospitalares que integram a rede do SUS. Foram processadas também as variáveis: diagnóstico principal da internação (da Classificação Internacional de Doenças - CID 10), a relação dos procedimentos realizados, o tempo médio de permanência do paciente no hospital, a idade do paciente, a data de internação e o sexo do paciente⁽¹⁰⁴⁾.

Os dados das internações registradas na Unidade de Cuidados Paliativos do Hospital Nossa Senhora da Conceição - Grupo Hospitalar Conceição, no período 2008 a 2016 foram extraídos de prontuário eletrônico do paciente (PEP), considerando os procedimentos 0304100013 - Tratamento de Intercorrências Clínicas de Paciente Oncológico e 0304100021.

Tratamento Clínico de Paciente Oncológico, de acordo com as seguintes variáveis: sexo, idade, escolaridade, diagnóstico, procedência dos pacientes (serviços que encaminham), número de internações hospitalares nos referidos procedimentos (0304100013 e 0304100021), número de internações em cuidados paliativos, tempo de permanência hospitalar, desfecho das internações.

Processamento e Análise de Dados

O Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP) utilizado no GHC é um documento devidamente identificado que concentra as informações referentes a história clínica do paciente, exames realizados, procedimentos cirúrgicos e também possibilita a identificação sócio demográfica dos usuários, datas e motivos de internação.

O GHC Sistemas conta com instrumento que permite que as informações extraídas dos prontuários sejam agrupadas e registradas em excel, o que facilita a exportação para um banco de dados específico para as análises estatísticas.

Para a análise das necessidades de cuidados paliativos oncológicos e não oncológicos, foram realizadas simulações aplicando parâmetros de estimativas internacionais e nacionais na base de dados nacional dos sistemas de mortalidade e internação hospitalar.

A análise estatística descritiva dos dados foi processada pelos seguintes programas de análises: Tabwin - programa de análise exploratória desenvolvida pelo DATASUS, SQL server, software SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*) para Windows, versão 21.0.

CAPÍTULO 7 **ARTIGOS**

INTERNAÇÕES HOSPITALARES DE PACIENTES COM CÂNCER, NO BRASIL: ANÁLISE DA NECESSIDADE DE CUIDADOS PALIATIVOS

Cledy Eliana dos Santos¹, José Manuel Peixoto Caldas², José Américo Serafim³,
Newton Barros⁴, Altamiro da Costa Pereira⁵

¹Serviço de Saúde Comunitária e de Cuidados Paliativos. Hospital Nossa Senhora da Conceição - GHC (Grupo Hospitalar Conceição).

²Departamento de Educação e Simulação Médica. Universidade do Porto, Portugal - Professor Visitante do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da UNIFOR

³Departamento de Tecnologia da Informação do Sistema Nacional de Cuidados da Saúde SUS (DATASUS) - Ministério da Saúde.

⁴Serviço de Cuidados Paliativos - GHC (Grupo Hospitalar Conceição).

⁵Diretor do CINTESIS - FMUP (Cintesis = *Center for Health Technology and Services Research* - Centro de Pesquisa de Tecnologia e Serviço de Saúde).

Autor Correspondente: Cledy Eliana dos Santos
Telefone: +5551 98756454 Fone: +5551 3357 2140
Fax: +5551 32551744 Email: cledy.eliana@gmail.com

Abstract

Background: Cancer figures among the leading causes of morbidity and mortality in Brazil, with approximately 576,000 new cases and around 200,000 cancer-related deaths in 2013. According to the Brazilian National Oncological Policy, cancer control must include health promotion, prevention, diagnosis, treatment, rehabilitation, and palliative care, following the Brazilian Health System (SUS) guiding principles of Universality, Equity, and Integrality of health care. Aims: 1) Outline the hospital admissions of patients for the treatment of clinical cancer interurrences in the Brazilian Health System (SUS) between 2008-2013; 2) Estimate the number of cancer patients with palliative care needs.

Methods: Quantitative methods were employed, through the analysis of descriptive, exploratory, retrospective, and observational studies of hospitalized cancer patients. Data was collected from hospital information databases of the National Health System (SIH/SUS), and the Health Information Department (DATASUS).

Results: Between 2008 and 2013, approximately 7 million deaths were reported to the Brazilian Mortality Information System (SIM), 15.9% (1,091,837) of cancer, and, of this, 21, 4% (987,322) due to the interurrence of the disease. The average rate of hospital mortality of clinical cancer interurrences was three times (21, 4%) higher than the mortality of patients admitted for treatment of clinical cancer in general (7, 7%). The hospital length of stay (LOS) of general cancer patients was 5.7 days against 7.9 days of clinical cancer interurrence patients. It was verified that approximately 90% of those admissions registered in the procedure “Treatment of Clinical Intercurrences of Cancer Patient” in Brazil were related to palliative care of terminally ill patients⁽²⁸⁾.

Conclusion: The analysis of the morbidity and mortality profile of cancer patients suggests that palliative care services should be considered as criteria for the treatment of clinical cancer interurrences. Further study of the hospital procedure “Treatment of clinical complications of cancer patient” should be considered as a parameter for scaling palliative care services in Brazil.

Key Words: Cancer; Palliative Care; Non-communicable Diseases; Clinical Cancer Intercurrences; hospital Admissions of Cancer Patients

Resumo

Introdução: No Brasil, o câncer aparece entre as principais causas de doenças e de mortalidade, tendo ocorrido, em 2013, aproximadamente, 576.000 novos casos e em torno de 200.000 óbitos, relacionados a essa doença. De acordo com a Política Nacional Brasileira de Oncologia, o controle do câncer deve incluir promoção da saúde, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos, seguindo os princípios que norteiam o Sistema Único de Saúde (SUS), que são: Universalidade, Equidade e Integridade dos cuidados com a saúde.

Objetivos: 1) Traçar o perfil das internações hospitalares de pacientes para o tratamento de intercorrências clínicas do câncer, no SUS, entre 2008 e 2013; 2) Estimar o número de pacientes com câncer, com necessidade de cuidados paliativos.

Métodos: Foram empregados métodos quantitativos, através da análise de estudos descritivos, exploratórios, retrospectivos e observacionais de pacientes com câncer, que estavam hospitalizados. Os dados foram coletados no hospital, a partir das informações do banco de dados do SUS (Sistema Único de Saúde), e do Departamento de Informações de Saúde (DATASUS).

Resultados: Entre 2008 e 2013, aproximadamente 4 milhões de internações hospitalares (3.701.409) de pacientes com câncer no Brasil. Do total de internações hospitalares por câncer 978.322 (26,4%) eram relacionadas com intercorrência clínicas (complicações) da doença e/ou tratamento. No mesmo período, dos 7 milhões de óbitos informados ao Sistema Brasileiro de Informação de Mortalidade (SIM), 1.091.837 (15,9%) foram causados pelo câncer, e, desse total, 21,4% (937.322) foram devido a doenças intercorrentes do câncer. A taxa média de mortalidade hospitalar de intercorrências clínicas do câncer foi três vezes mais alta (21,4%) do que a mortalidade em pacientes internados para tratamento clínico do câncer em geral (7,7%). A duração da internação hospitalar, em pacientes com câncer, foi de 5,7 dias, contra 7,9 dias, em pacientes com intercorrências clínicas de câncer. Verificou-se que aproximadamente 90% daquelas internações registradas como “Tratamento de Intercorrências Clínicas em Pacientes com Câncer”, no Brasil, estavam relacionadas a cuidados paliativos em pacientes terminais.

Conclusão: A análise do perfil da doença e da mortalidade em pacientes com câncer sugere que serviços de cuidados paliativos deveriam ser considerados

como critérios para o tratamento de intercorrências clínicas de câncer. Um estudo mais amplo do procedimento hospitalar “Tratamento de complicações clínicas de Pacientes com Câncer” deveria ser considerado como um parâmetro para dimensionar serviços de cuidados paliativos no Brasil.

Palavras chave: Câncer; cuidados paliativos; doenças não comunicáveis; intercorrências clínicas do câncer; internações hospitalares de pacientes com câncer.

Introdução

O Brasil é um país com uma população que está envelhecendo rapidamente. Com a melhoria das condições de vida, a expectativa de vida cresceu 25,4 anos, entre 1960 e 2010, aumentando de 48 para 73,4 anos. Estima-se que até 2050 este indicador aumentará para 81,29 anos. Este processo foi resultado da redução significativa da mortalidade, devido ao controle de doenças infecciosas e a diminuição de doenças cardiovasculares^(105, 106).

O relatório “Prevenção de Doenças Crônicas: um investimento vital”, da Organização Pan Americana de Saúde (OPAS), estima para o ano 2020 uma população de 32 milhões de idosos no Brasil e a ocorrência de 840 mil mortes por câncer na América Latina.

A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) adverte que o cuidado paliativo não é valorizado dentro do processo terapêutico, e que deveria ser parte do tratamento para o estágio de diagnóstico inicial^(107, 108, 109).

A maioria das pessoas com câncer só procuram o sistema público de saúde, em estágios avançados da doença. Conseqüentemente, torna-se imperativo aprimorar a qualidade do cuidado, facilitar o acesso a cuidados paliativos e promover equidade nos serviços prestados⁽¹¹⁰⁻¹¹¹⁾.

Tem sido uma tarefa difícil dispor dos recursos necessários e definir os critérios específicos para estruturar e adaptar os serviços de cuidados paliativos, em países nos quais as políticas de saúde não preveem como lidar com este problema^(112, 113). Tal é o caso do Brasil. A incumbência é ainda mais complicada, quando consideramos os critérios usados para entender as diferenças entre os cuidados curativos ou os paliativos.

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) foram a causa de aproximadamente 74% das mortes. Este obstáculo apresenta um novo desafio para administradores de saúde. O impacto é ainda maior, se considerarmos a qualidade de vida dos indivíduos afetados pela doença, e a grande chance de uma morte prematura, além dos efeitos econômicos adversos para a família, a comunidade e a sociedade⁽¹¹⁴⁾.

As quatro doenças crônicas que mais prevalecem, segundo foi destacado pela Organização Mundial da Saúde (OMS,¹¹⁵), representaram 52% das mortes, no período entre 2008 e 2013. As doenças cardiovasculares representaram a

maioria das mortes por doenças não comunicáveis seguidas por câncer, diabetes e doenças respiratórias⁽¹¹⁷⁾.

Dentro da estrutura de doenças crônicas, o câncer merece uma abordagem diferenciada, devido a sua alta prevalência, dispêndio de grandes quantidades de recursos financeiros e seu expressivo encargo social e institucional⁽¹¹⁶⁻¹¹⁷⁾.

De acordo com a Política Nacional de Atenção Oncológica (Decreto GM/MS 2.430/2005) o controle do câncer, como qualquer outra doença crônica, deve incluir todas as possíveis ações disponíveis no Sistema Único de Saúde (SUS): promoção da saúde, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos⁽¹¹⁸⁾. É necessário melhorar a qualidade de vida, aliviar sofrimentos físicos, atender às necessidades psicológicas, espirituais e sociais das pessoas com doenças graves e em estado avançado, bem como dar apoio às famílias e cuidadores/as. É indispensável que se considere a existência de modelos de cuidados de saúde, se quisermos atingir essas metas. A inclusão ou expansão de atenção paliativa reúne a importância, a natureza e a gravidade das necessidades dos pacientes com câncer.

A incidência de câncer no Brasil tem crescido, assim como no resto do mundo, acompanhando o envelhecimento e o aumento da expectativa de vida da população. No período compreendido entre 2008 e 2013, a incidência de câncer cresceu em 11%. Este aumento foi o resultado direto das importantes transformações globais nas últimas décadas, tais quais urbanização acelerada, novos estilos de vida e novos padrões de consumo, que mudaram a situação de saúde das pessoas⁽¹¹⁹⁻¹²⁰⁾.

Em anos recentes, temos visto um aumento no número de internações hospitalares de pacientes que apresentam diagnósticos tardios de câncer, somados a doenças preexistentes, que ocorrem simultaneamente ao câncer (comorbidade). Estes casos mostram a necessidade de cuidados básicos, para prevenir ou tratar de complicações relacionadas com o câncer.

As complicações do câncer podem estar relacionadas ao tumor em si, a manifestações sistêmicas da doença, ou os efeitos colaterais do tratamento⁽¹¹⁷⁾.

A expressão intercorrência clínica do câncer está relacionada a uma complicação aguda da doença, devido ao câncer em si ou ao seu tratamento, necessitando internação em hospital especializado, hospital geral, ou hospital-dia⁽¹²²⁾.

A partir da análise dos dados de uma pesquisa realizada anteriormente sobre internações hospitalares, conseguida através do Sistema de Informação Hospitalar do SUS (SIH-SUS), verificou-se que 90% dessas internações registradas no procedimento “Tratamento de intercorrências clínicas em paciente com câncer” no Brasil, estavam relacionadas a cuidados paliativos em pacientes terminais⁽¹²³⁾.

Não existem no Brasil, parâmetros para a cobertura, planejamento, controle e avaliação dos serviços de cuidados paliativos. Até agora, essas necessidades tem sido realizadas com base em práticas internacionais, tais como uma empregada pelo Sistema de Saúde Nacional do Reino Unido, que recomenda cinquenta leitos para cada milhão de habitantes. Na situação brasileira, havia em 2004 uma necessidade de 9.000 leitos hospitalares para pacientes de cuidados paliativos e de 600 a 900 unidades para hospitalização⁽¹²⁴⁾. A Organização Mundial da Saúde (OMS) considera que em cada um milhão de pessoas, 1.000 necessitam cuidados paliativos, a cada ano. Considerando a população do Brasil, de 200 milhões no Brasil, a situação torna-se ainda mais delicada, dependendo dos serviços necessários para atender suas necessidades a cada ano^(125, 126, 127).

Este estudo investiga a distribuição de internações hospitalares para o tratamento de intercorrências clínicas, em pacientes de câncer, registados no Sistema Único de Saúde (SUS), entre os anos de 2008 a 2013.

Objetivos:

1. Traçar o perfil das internações hospitalares de pacientes para o tratamento de intercorrências clínicas do câncer no SUS, entre 2008 e 2013;
2. Estimar, na população, o número de pacientes de câncer, com necessidade de cuidados paliativos.

Métodos

Foram analisados estudos descritivos, investigativos, retrospectivos e de observação dos pacientes de câncer hospitalizados, tendo por objetivo este trabalho de pesquisa, que emprega a metodologia quantitativa, em sua abordagem.

Os dados foram obtidos a partir do banco de dados do Departamento de Informações de Saúde do SUS (DATASUS), coletados do Sistema de Informação Hospitalar do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS).

Todo o processo do Sistema de Informação Hospitalar do Sistema Único de Saúde é baseado na Autorização de Internação Hospitalar (AIH), que inclui dados do paciente e da hospitalização, descrição de doenças e mortalidade hospitalar, referência da assistência hospitalar, vigilância epidemiológica, bem como a validação de outros sistemas de informação de saúde⁽⁷⁸⁻¹²⁸⁾.

Com a vantagem de fornecer o diagnóstico, bem como informações demográficas e geográficas de cada paciente que é internado em hospitais, os formulários de Autorização de Internação Hospitalar (AIH) têm expandido a disponibilidade de dados epidemiológicos.

Os sistemas comumente usados para o agrupamento de dados são: o Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC), o Sistema de Informações de Doenças (SINAN), o Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), o Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB), Sistema de Informação de Paciente Externo do SUS (SIA-SUS) e o Sistema de Informação Hospitalar do SUS (SIH-SUS).

Os dados de incidência de câncer foram obtidos a partir dos registros de câncer da população base, do Instituto Nacional do Câncer⁽¹³⁰⁾.

Os dados de doenças hospitalares foram coletados do Sistema de Informação Hospitalar, no banco de dados do Departamento de Informática da Saúde (DATASUS), do Ministério da Saúde⁽¹³¹⁾.

Os dados de mortalidade (entre 2008 e 2013) foram agrupados, a partir do Sistema de Informação de Mortalidade, do banco de dados do DATASUS⁽¹³²⁾.

Os dados dos 3,7 milhões de hospitalizações de pacientes de câncer registradas, abrangendo o período de 2008 a 2013, foram coletados e processados por meio de um sistema (syntaxes) com o uso dos programas Tabwin e SPSS^(133, 134).

Resultados

De 2008 a 2013, o Sistema Brasileiro de Saúde registrou 66.8 milhões de hospitalizações, incluindo todas as faixas etárias. Do total dessas hospitalizações registradas nesse período, houve 3,7 milhões de pacientes de câncer em Hospitais Públicos Brasileiros. No mesmo período, observamos uma variação de 4,2% no número total de hospitalizações pelo SUS. Houve um aumento de 26,7% em hospitalizações relacionadas com o câncer como um todo, e 48,1% de internações hospitalares por intercorrência clínica do câncer (quadro 1).

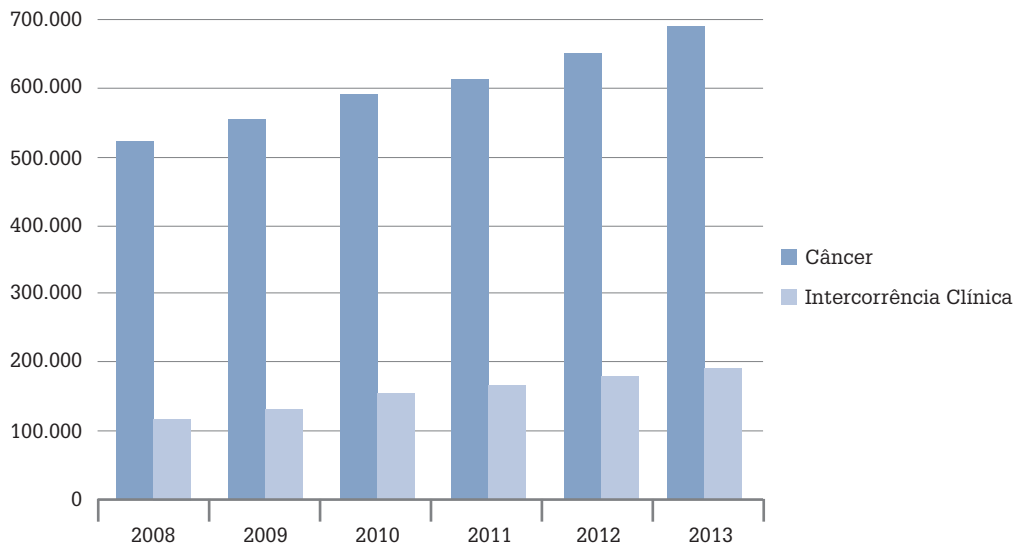
Quadro 1. Internações hospitalares no Brasil (2008-2013).

Internações Hospitalares – Brasil									
Ano	Todos os grupos de causas	Câncer				Intercorrências clínicas			
		Total	Nº	%	Óbitos	%	Nº	%	Óbitos
2008	10.743.603	545.863	5,10%	39.168	7,20%	125.605	23,01%	27.911	21,70%
2009	11.128.809	575.371	5,20%	44.129	7,70%	144.302	25,08%	32450	22,40%
2010	11.357.965	604.809	5,30%	46.937	7,80%	155.512	25,71%	33.991	21,70%
2011	11.281.571	624.035	5,50%	49.026	7,90%	167.564	26,85%	35.991	21,30%
2012	11.092.589	659.788	5,90%	51.984	7,90%	185.406	28,10%	38.774	20,80%
2013	11.197.160	691.543	6,20%	55.34	8,00%	199.933	28,91%	37.936	20,70%
Total	66.801.697	3.701.409	5,50%	286.584	7,70%	978.322	26,43%	207.053	21,40%

Fonte: SIHSUS, 2016.

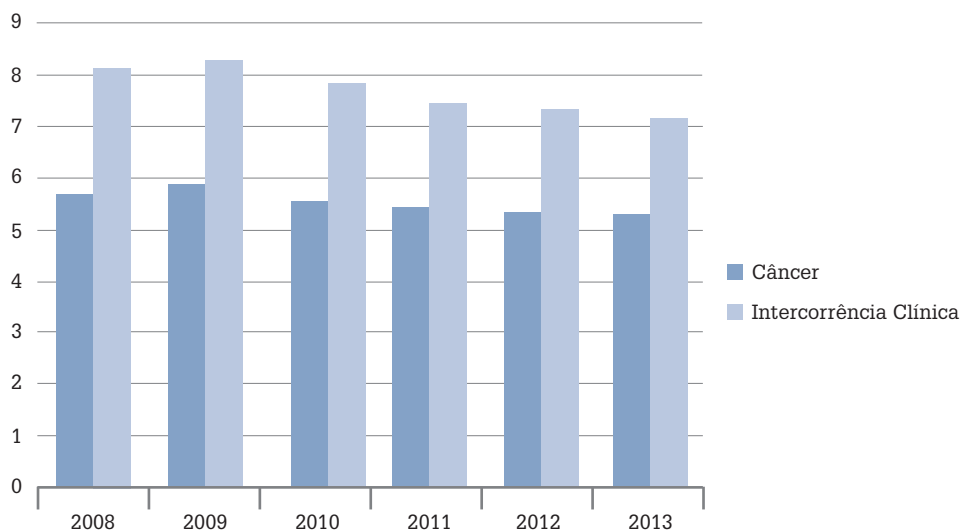
Do número total de internações hospitalares dos pacientes de câncer, registrados entre 2008 e 2013, no Sistema de Informação Hospitalar do SUS (SIH-SUS), 26,1% (978,322) foram internados para tratamento de intercorrências clínicas do câncer (quadro 1) (Figura 1).

Figura 1. Internação hospitalar por câncer X internação por intercorrência clínica em paciente oncológico (2008-2013). Fonte: SIHSUS, 2016.



A mortalidade hospitalar de pacientes de câncer, como é visto na Quadro 1, foi analisada, em termos de frequência e taxa. No período de 2008 a 2013, o número total de pacientes de câncer internados em hospitais, a taxa de mortalidade foi de 7,7 para câncer em geral e quase três vezes mais alto para pacientes internados para tratamento de intercorrências clínicas^(21,4) (figura 2).

Figura 2. Internação de Pacientes com câncer –Tempo médio de permanência (dias). Fonte: IBGE (2012). FLORIANI e SCHRAMM (2007).



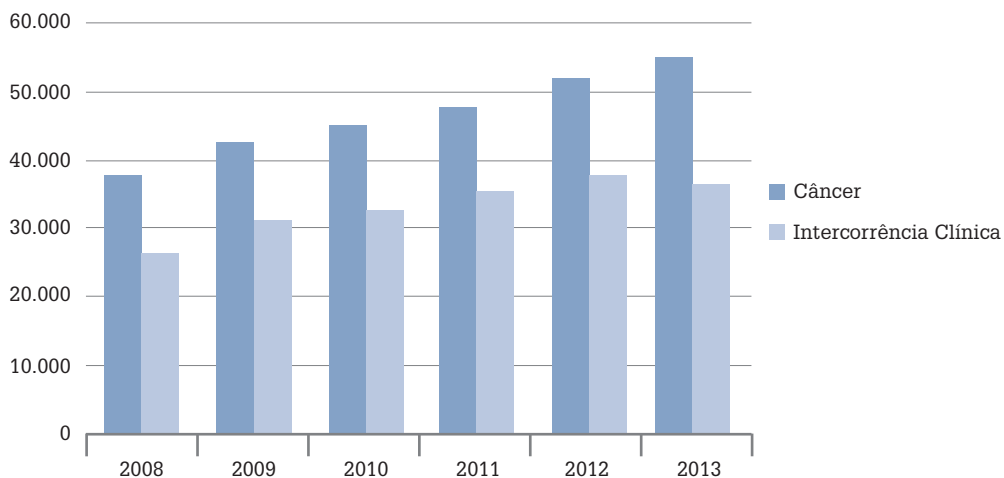
A duração da hospitalização (LOS), como visto no Quadro 2, de pacientes de câncer como um todo, foi de 5,7 dias, contra 7,9 dias para pacientes internados para tratamento de intercorrências do câncer. (quadro 2) (Figura 3).

Quadro 2. Internação de Pacientes com câncer – Tempo médio de permanência (dias).

Tempo de permanência hospitalar (dias) - pacientes de câncer		
Ano	Câncer	Intercorrência Clínica
2008	5,9	8,5
2009	5,9	8,6
2010	5,7	8
2011	5,6	7,6
2012	5,5	7,5
2013	5,5	7,6
Total	5,7	7,9

Fonte: IBGE (2012). FLORIANI e SCHRAMM (2007).

Figura 3. Mortalidade hospitalar. Fonte: IBGE (2012). FLORIANI e SCHRAMM (2007).



Discussão

Os dados de internação hospitalar nos mostram que a cada ano temos uma média de 146.748 pacientes de câncer precisando cuidados paliativos. Apesar da existência do Programa de Primeiros Cuidados (Saúde da Família, desde 1996), foi lançada em 2002, a Política Nacional para a Dor e Cuidados Paliativos, e em 2005, a Política Nacional do Câncer, que faz alguma referência a cuidados paliativos, o Brasil ainda não tem estratégias efetivas para integrar os cuidados paliativos à rede do SUS⁽¹³⁵⁾.

Determinar as necessidades de cuidados paliativos, a estrutura de serviços e um quadro de funcionários qualificados são desafios significativos para o serviço público de saúde brasileiro, que dificultam a avaliação dos serviços de saúde, incluindo o número de leitos hospitalares disponíveis.

Mesmo com a implementação de estratégias internacionais para avaliar as necessidades de cuidados paliativos no Brasil, nós estamos longe de alcançar a mesma organização e estrutura de países com uma longa tradição nesta área de cuidados da saúde. De acordo com a Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP), são necessários 9.500 leitos hospitalares para cuidados paliativos, e entre 663 a 950 unidades para pacientes de curto período (cada uma delas com 10 a 15 leitos). Atualmente, há aproximadamente 100 unidades de serviços de cuidados paliativos no Brasil⁽¹²⁴⁾.

Este estudo procura aprimorar nosso entendimento de como os dados de internação e alta hospitalar podem ser usados para identificar pacientes de câncer com necessidades de cuidados paliativos e propor parâmetros que sejam adequados às dimensões de nosso país, bem como às suas diversidades regionais.

O uso adequado dos Sistemas de Informações de Saúde nos permite aprender e avaliar o processo de gerenciamento de saúde, o planejamento de ações, o treinamento de profissionais de saúde, bem como analisar organizações de serviços de saúde. Como o Sistema de Informações Hospitalares Brasileiro contém dados demográficos, de doenças, de mortalidade e também financeiros, ele tem sido cada vez mais explorado pelos profissionais de saúde, principalmente devido a sua agilidade e facilidade de acesso.

Apesar do uso dos dados de pacientes de curto prazo ter sido destinado ao abastecimento e ao controle de despesas, estes são a única fonte de dados de pacientes de curto prazo, de que dispõem os estados e municípios brasileiros.

Considerando as dimensões territoriais do Brasil e a sua população, é necessário definir critérios de cobertura de saúde, para pessoas que necessitam cuidados paliativos.

A análise de dos dados de internação e alta hospitalar por câncer pode ajudar os legisladores, e também os pesquisadores a entender a quantidade e a natureza das necessidades de cuidados paliativos, no sector brasileiro de cuidados com a saúde.

Conclusão

Atualmente, a qualidade da fase final da vida é um problema importante para a sociedade e sua relevância tem feito desse enfoque, um problema de saúde pública. No último século, a melhoria nos determinantes de saúde resultou num marcante decréscimo nas taxas de mortalidade, e agora o óbito ocorre em idades avançadas, frequentemente depois de uma longa doença e de uma fase terminal prolongada, graças aos avanços tecnológicos. A qualidade dos cuidados nesta fase é considerada um assunto que é merecedor de um estudo e de uma intervenção na saúde pública, porque compartilham os três critérios que estabelecem prioridades em saúde pública: importância, alto impacto e potencial para prevenir sofrimento associado à doença⁽¹³⁶⁾.

Um estudo adicional do procedimento hospitalar “Tratamento de complicações clínicas de paciente de câncer” deveria ser considerado como parâmetro para avaliar os serviços de cuidados paliativos no Brasil.

É necessária a análise do perfil da doença e da mortalidade da população, para o estabelecimento de possíveis parâmetros a serem empregados para a assistência em cuidados paliativos, tais como internações hospitalares para o tratamento de intercorrências em pacientes de câncer⁽¹²³⁾.

Além de leitos hospitalares e equipes de cuidados paliativos, há a necessidade de estrutura para tratamento dos pacientes externos, tais como casa de repouso (ou albergue para doentes) e serviços de assistência domiciliar, como parte de uma política nacional para o cuidado de pacientes com intercorrências clínicas do câncer, assim como também de suas famílias.

Em relação à resposta do sistema de saúde à continuidade de cuidados dados no final da vida, é essencial que se adote novos paradigmas e modelos de cuidados que entendam a importância do paciente de câncer e promovam uma atitude favorável em relação a eles⁽³⁸⁾.

NECESSIDADE DE CUIDADOS PALIATIVOS DE PACIENTES DE CÂNCER, NO BRASIL. ANÁLISE DE DADOS DE 2008 A 2014

Cledy Eliana dos Santos¹, José Manuel Peixoto Caldas², José Américo Serafim³,
Newton Barros⁴, Altamiro da Costa Pereira⁵, Marcelo Eduardo Zanella Capra⁶,
Airton Stein⁷

¹Serviço de Saúde Comunitária e de Cuidados Paliativos. Hospital Nossa Senhora da Conceição - GHC (Grupo Hospitalar Conceição).

²Departamento de Educação e Simulação Médica. Universidade do Porto, Portugal - Professor Visitante do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da UNIFOR

³Departamento de Tecnologia da Informação do Sistema Nacional de Cuidados da Saúde SUS (DATASUS) - Ministério da Saúde.

⁴Serviço de Cuidados Paliativos - GHC (Grupo Hospitalar Conceição).

⁵Diretor do CINTESIS - FMUP (Cintesis = *Center for Health Technology and Services Research* - Centro de Pesquisa de Tecnologia e Serviço de Saúde).

⁶Serviço de Oncologia. Hospital Nossa Senhora da Conceição - GHC (Grupo Hospitalar Conceição).

⁷Serviço de Saúde Comunitária, Docência e Gerência de Pesquisa - Hospital Nossa Senhora da Conceição – GHC (Grupo Hospitalar Conceição).

Autor Correspondente: Cledy Eliana dos Santos
Telefone: +5551 98756454 Fone: +5551 3357 2140
Fax: +5551 32551744 Email: cledy.eliana@gmail.com

Abstract

Background: The Brazilian Health System (SUS) faces major challenges to ensure the constitutional right of universal access to health care assistance and technological advances to the entire population. Concerns with the ageing population, the increasing incidence of cancer and the emergence of chronic non-communicable diseases include Palliative Care as one of the objectives of the Brazilian Health System (SUS). However, considering that each disease and individual present different social and cultural factors, needs, pattern of disease progression, associated co-morbidities and access to health care, the estimation of necessary resources and the definition of specific criteria to structure and adapt palliative care in the health services have been a difficult task in Brazil. Thus, it is necessary to estimate the needs and the resources and to specify parameters to structure and tailor an adequate modality of assistance in palliative care.

Aims: 1) To estimate the number of cancer patients with palliative care needs in the population; 2) To simulate palliative care methods for population based estimation.

Methods: The present methodology has a quantitative approach, with descriptive, exploratory, retrospective and observational studies of hospitalized cancer patients. This is a cross-sectional study using death certificate and hospital admission data, which was collected from the Mortality Information System (SIM) and Hospital Information System (SIH) of the Brazilian Health System (SUS), obtained from the database of the Health Information Department (DATASUS).

Results: Yearly around 1.1 million deaths were reported to the Brazilian Mortality Information System, being 15.9% of these related to people living with cancer. Between 2008 and 2014, there were almost 4.5 million hospitalizations (4,431,685) of patients with cancer in Brazil, and, of all the hospital admissions of cancer patients, 1.189.908 (26.85%) were related to interurrences of the disease and/or of treatment. The average rate of hospital mortality was 7.7 for cancer in general and 21.4 for clinical interurrence of cancer patients, while the average length of stay (LOS) was 5.7 days for cancer in general and 7.9 days for clinical interurrence of cancer patients.

Conclusion: considering that the offer and the technical guidance regarding palliative care for users served by health establishments authorized by Brazilian Health System for the specialized assistance in Oncology are mandatory,

we need to estimate the needs, resources and specify parameters to structure and tailor an adequate modality of assistance in palliative care.

Keywords: Cancer; palliative care needs; estimate cancer palliative care population; clinical interurrences in oncological patients; hospital admissions of cancer patients.

Resumo

Introdução: O Sistema Único de Saúde (SUS) enfrenta os maiores desafios para garantir o direito constitucional de acesso universal aos cuidados de assistência à saúde e aos avanços tecnológicos, para toda a população. Preocupações com o envelhecimento da população, o aumento de incidência de câncer e o surgimento de doenças crônicas não transmissíveis tornam os cuidados paliativos um dos objetivos do Sistema Único de Saúde (SUS). No entanto, considerando que cada doença e cada indivíduo apresentam seus próprios fatores sociais e culturais, necessidades, padrão de progressão da doença, comorbidades associadas, e seu acesso aos cuidados de saúde, a estimativa de recursos necessários e a definição de critérios específicos para estruturar e adaptar cuidados paliativos nos serviços de saúde tem sido, no Brasil, uma tarefa difícil. Portanto, é necessário avaliar as necessidades e os recursos e especificar parâmetros para estruturar e ajustar uma modalidade adequada de assistência em cuidados paliativos.

Objetivos: 1) Estimar o número de pacientes de câncer com necessidades de cuidados paliativos, na população; 2) Baseado nessa estimativa, simular métodos de cuidados paliativos, para essa estimar a população alvo.

Métodos: A presente metodologia tem uma abordagem quantitativa, com estudos descritivos, exploratórios, retrospectivos e observacionais de pacientes de câncer hospitalizados. Este é um estudo transversal, usando dados de declaração de óbito e internações hospitalares, que foram registrados no Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) e no Sistema de Informação Hospitalar (SIH), do Sistema Único de Saúde (SUS). Foram obtidos através do banco de dados do Departamento de Informação da Saúde (DATASUS).

Resultados: Foram reportadas, anualmente, 1.1 milhões de mortes ao Sistema Brasileiro de Informações de Mortalidade, tendo sido 15,9% destas relacionadas a pessoas portadoras de câncer. Entre 2008 e 2014, houve quase 4,5 milhões de hospitalizações (4.431.685) de pacientes com câncer no Brasil, e, de todas essas internações, 26,85% (1.189.908) estavam relacionadas com intercorrências da doença ou do tratamento. A taxa média de mortalidade hospitalar foi de 7,7 % por câncer em geral e de 21,4% por intercorrência clínica em pacientes com câncer, enquanto que a duração média de hospitalização para câncer em geral foi de 5,7 dias e 7,9 dias para pacientes com intercorrências clínicas do câncer.

Conclusão: Considerando que a oferta e a orientação técnica, referente a cuidados paliativos para usuários servidos pelos estabelecimentos autorizados

pelo Sistema Único de Saúde (SUS) para assistência especializada em oncologia são obrigatórias, necessitamos avaliar as necessidades, os recursos e especificar parâmetros para estruturar e ajustar uma modalidade adequada de assistência em cuidados paliativos.

Palavras chave: câncer, necessidades de cuidados paliativos, estimar cuidados paliativos para população com câncer, intercorrências clínicas em pacientes oncológicos, internação hospitalar de pacientes com câncer.

Introdução

Análises sistemáticas sobre as necessidades de cuidados paliativos mostram que a prevenção das doenças e os tratamentos curativos têm sido os principais objetivos dos profissionais de saúde, sendo os processos de incurabilidade e a possibilidade de morte considerados como falha. Quando o papel da cura tem de ser imediato, a implementação de ações dirigidas ao cuidado abrangente de pessoas com doenças crônicas avançadas ou em estados terminais, bem como a ajuda necessária para manter ou alcançar uma vida com qualidade e dignidade tem sido um desafio. Além disso, quando o modelo de medicina curativa é focada essencialmente na doença, este modelo não vai de encontro a todas as necessidades das pessoas que vivem doenças crônicas avançadas ou das pessoas que não reagem a tratamento curativo.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), a cada ano no mundo todo, mais de 40 milhões de pessoas necessitam de cuidados paliativos e 20 milhões de pessoas, no fim da vida, precisam de cuidados paliativos de fim de vida^(134, 135).

A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) calcula para o ano de 2020, a ocorrência de 840.000 mortes por câncer na América Latina e no Caribe, e chama a atenção para o fato que cuidados paliativos não têm sido levados em consideração, em pessoas com câncer, quando estes deveriam ser parte do tratamento, desde o momento do diagnóstico⁽³⁾.

No entanto, a OMS demonstra que aproximadamente 80% dos pacientes de câncer necessitam cuidados paliativos terminais e pelo menos 80% das pessoas que morreram em razão do câncer e de outras doenças que ameaçam a vida poderiam beneficiar-se de cuidados paliativos^(137,138).

A expectativa mundial, para o ano de 2030 é que ocorram 27 milhões de novos casos de câncer, 17 milhões de mortes (causadas pelo câncer) e 75 milhões de pessoas vivendo com a doença. O maior efeito deste aumento será focado em países de média ou baixa renda⁽⁶⁾.

Atualmente, o Brasil tem uma população de aproximadamente 206 milhões de pessoas, com uma grande diversidade regional e uma variedade de etnias – 47,7% de brancos, 43,1% de mulatos (mistura de brancos e negros), 7,6% de negros, 1,1% de asiáticos e 0,4% de indígenas distribuídos em um amplo território⁽¹⁴⁰⁾.

A transição demográfica e epidemiológica no país tem sido profundamente marcada por baixas taxas de fertilidade, o rápido envelhecimento e o aumento da expectativa de vida, resultando em um aumento de doenças crônicas não transmissíveis. Este processo de transição demográfica, chamado “envelhecimento da população”, associado com a transformação da relação entre as pessoas e seu meio ambiente, trouxeram uma enorme mudança no perfil da morbidade e mortalidade, diminuindo a ocorrência de doenças infecciosas e colocando as doenças crônicas não transmissíveis como o novo centro de atenção nos problemas de doenças e mortalidade da população brasileira.

Se por um lado o cenário das tendências das taxas de câncer e encargos, associados às trajetórias prolongadas das doenças crônicas e maior comorbidade, está produzindo um impacto importante na política de saúde pública, exigindo ainda mais incentivos para melhorar e expandir a prestação de cuidados paliativos, por outro lado a distribuição dos diferentes tipos de câncer no Brasil sugere que uma transição epidemiológica está em progressão⁽¹⁴⁰⁻¹⁴³⁾.

Com o recente envelhecimento acelerado da população, que projeta o crescimento exponencial dos idosos, é possível identificar um aumento significativo na prevalência de câncer, que exige um esforço imenso para a prestação de atenção adequada aos pacientes. Neste contexto, o Sistema Único de Saúde (SUS) enfrenta desafios muito fortes para assegurar, a toda a população, o direito constitucional de acesso universal aos cuidados assistenciais à saúde e aos avanços tecnológicos. Preocupações com o envelhecimento da população, a incidência crescente de câncer e a emergência de doenças crônicas não transmissíveis incluem cuidados paliativos como um dos objetivos do Sistema Único de Saúde^(144,45).

O câncer é uma doença que pode aparecer silenciosamente, sendo frequentemente diagnosticada em estágio avançado, dificultando sucesso no tratamento e diminuindo as chances de cura⁽⁴⁵⁾.

A Política Nacional Brasileira para o Controle e Prevenção de Câncer assegura assistência integral para qualquer pessoa com câncer, através das Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON) e Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON)⁽¹⁴⁶⁾.

Entretanto, no Brasil, cerca de 60% de pacientes de câncer são diagnosticados em estágios avançados da doença. No caso de câncer de pulmão, 87,9% dos casos são descobertos tardiamente⁽¹⁴⁷⁻¹⁵⁰⁾.

Portanto, torna-se imperativo melhorar a qualidade dos cuidados, para facilitar o acesso a cuidados paliativos e para promover equidade nos serviços de saúde⁽¹⁵¹⁻¹⁵²⁾. Considerando-se que cada doença e indivíduo apresentam um diferente padrão de progressão da doença e uma variedade de fatores, como idade, comorbidade e nível de cuidado a estimativa de recursos necessários e a definição de critérios específicos para estruturar e adaptar cuidados paliativos tem sido um grande desafio para o Sistema Único de Saúde⁽¹⁵³⁻¹⁶⁰⁾.

Até agora, usamos como referência as experiências de países que têm uma política de assistência bem estruturada e parâmetros estabelecidos para a estimativa de recursos de cuidados de saúde em diferentes níveis de atenção. No entanto, é importante analisar a aplicabilidade desses modelos na realidade do nosso país, bem como sensibilizar os profissionais de saúde para um entendimento completo e humanizado em relação à complexidade da atenção que demanda um paciente com doenças graves avançadas ou na fase final da vida, assim como também sua família.

Os principais objetivos deste estudo foram analisar dados dos registros de mortalidade e das internações hospitalares para tratamento de intercorrências clínicas de pacientes com câncer e estimar a população-alvo com necessidades de cuidados paliativos, no Sistema Único de Saúde (SUS) entre 2008 e 2014.

Foram realizados estudos de série ecológica e histórica utilizando dados secundários nacionais de internações hospitalares e registros de mortalidade relacionados ao câncer. Além disso, os objetivos específicos para esta pesquisa são: analisar a demanda de pacientes para cuidados paliativos e verificar a utilização dos leitos hospitalares para a internação de pacientes com intercorrências clínicas oncológicas.

Política de Saúde

A Constituição Federal Brasileira de 1988 reconheceu a saúde como um direito do cidadão e um dever do estado, e estabeleceu as bases para a criação do SUS, que foi baseado nos princípios da universalidade, integralidade e participação social⁽¹⁶¹⁾. A política de saúde brasileira tem considerado, por muitas décadas, o acesso universal aos cuidados de saúde, reintegração social, a necessidade de aprimorar os cuidados hospitalares para pacientes crônicos sofrendo de múltiplos problemas, em convalescença e/ou necessitando de cuidados permanentes, carecendo de assistência contínua e reabilitação física e funcional.

O Sistema Único de Saúde (SUS) é um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo. Formado por uma complexa rede de instituições públicas e privadas dedicadas a fornecer, financiar e gerenciar serviços de saúde. Atualmente, três quartos dos 206 milhões de habitantes do Brasil dependem dos cuidados do SUS^(162,163).

Nas últimas décadas, diversas iniciativas, do Ministério da Saúde do Brasil, têm incorporado cuidados paliativos como uma estratégia importante para a política de saúde⁽¹⁶⁴⁻¹⁷²⁾.

De acordo com o Plano Nacional de Atenção Oncológica (Decreto GM/MS 2.439/2005), o controle do câncer, assim como outras doenças crônicas, deve incluir todas as ações e serviços de saúde disponíveis no Sistema Único de Saúde (SUS): promoção da saúde, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos⁽³⁹⁾. Com o objetivo de melhorar a qualidade de vida, aliviando o sofrimento físico, levando em consideração as necessidades psicológicas, espirituais e sociais de pessoas com doenças graves ou em estágio avançado e prover apoio para as famílias e cuidadores, torna-se necessário promover reflexão sobre os modelos de cuidados existentes, conhecer a dimensão, a natureza e a gravidade das necessidades das pessoas em relação a cuidados paliativos e motivar a inclusão ou expansão deste tipo de cuidado na prática de cuidados integrais de saúde, seguindo os princípios do SUS: universalidade, equidade e integralidade do cuidado de saúde⁽¹¹⁴⁾.

Doenças Crônicas

A política de saúde brasileira tem considerado, por várias décadas, a necessidade de intensificar cuidados com os pacientes crônicos, os que necessitam cuidados permanentes, ou reabilitação física e funcional, tendo em vista a re-integração social. Os registros do banco de dados do Sistema de Informação de Mortalidade, do Sistema Único de Saúde (SIM - DATASUS) indicam que, desde 2003, a mortalidade em geral no Brasil, vem ultrapassando 1 milhão de pessoas por ano.

De acordo com o Sistema de Informação de Mortalidade (SIM-DATASUS), 1.227.039 óbitos foram registados em 2014, sendo o índice de mortalidade anual acima de 6.038,58 por milhão de habitantes. No Brasil, aproximadamente 74% dos óbitos registadas, no período entre 2008 e 2014, estavam relacionados a doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). Isto configura uma mudança na carga das doenças e apresenta um novo desafio aos gestores de saúde. Quanto mais forte for o impacto de DCNT na qualidade de vida dos indivíduos afetados, maior a chance de morte prematura e dos efeitos econômicos adversos para famílias, comunidades e para a sociedade, em geral⁽¹¹⁴⁾.

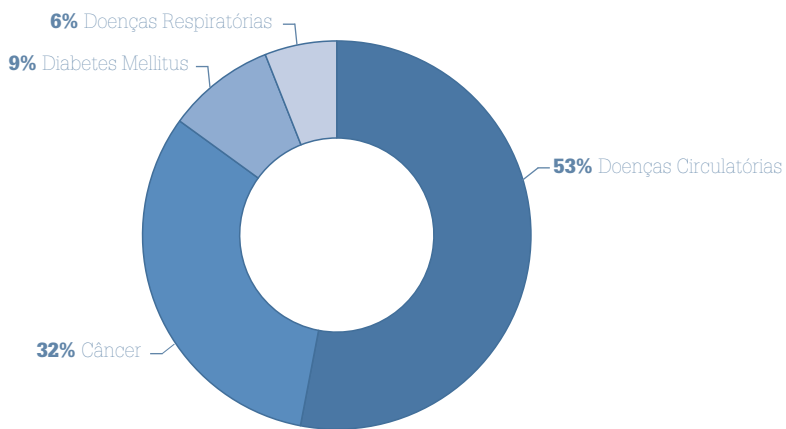
As quatro doenças crônicas mais prevalentes, realçadas pela OMS (46), foram responsáveis por 52% dos óbitos nos anos de 2008 e 2014, no Brasil. Com relação à média de distribuição das doenças em ambos os anos, as doenças cardiovasculares foram responsáveis pela maioria dos óbitos por doença não transmissíveis (DCNT) (54%), seguidas pelo câncer (31%), diabetes (9%) e doenças respiratórias (6%) (Quadro 1). Dentro da estrutura das doenças crônicas, o câncer merece uma abordagem diferenciada, devido a sua alta prevalência, o consumo de grande quantidade de recursos financeiros e seu grande ônus institucional e social⁽¹⁷⁷⁻¹⁷⁹⁾ (quadro 1) (figura 1).

Quadro 1. Principais causas de óbitos por doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil.

Doenças crônicas não transmissíveis (DCNT)	Óbitos			% de Óbitos/Total Óbitos de DCNT	
	2008	2014	Variação 2008/2014	2008	2014
Diabetes Mellitus	50.448	57.288	14%	9%	9%
Doenças circulatórias	317.797	337.611	6%	56%	53%
Doenças respiratórias	34.913	39.642	14%	6%	6%
Câncer	167.677	200.979	20%	29%	32%
Total de óbitos principais DCNT	570.835	635.520	11%	100%	100%
Total de óbitos	1.077.007	1.222.381	13%		
% óbitos por DCNT	53%	52%	52%		

Fonte: SIM – Sistema de Informação de Mortalidade – (DATASUS)⁵⁰, 2016.

Figura 1. Causas de mortalidade das principais Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) – Brasil 2014. Fonte: SIM - Sistema de Informação de Mortalidade - (DATASUS) (50), 2016.



O Câncer no Brasil

No Brasil, o câncer aparece entre as principais causas de doença e de mortalidade, com aproximadamente 576.000 novos casos e em torno de 202.000 óbitos relacionados a essa doença, em 2014. De acordo com a Política Nacional de Atenção Oncológica, o controle do câncer deve incluir a promoção da saúde, reabilitação e cuidados paliativos, seguindo os princípios que norteiam o Sistema Único de Saúde (SUS), que são: Universalidade, Equidade e integralidade dos cuidados com a saúde.

A incidência de câncer cresce no Brasil, como tem crescido ao redor do mundo, com uma taxa acompanhando o envelhecimento populacional, resultado do aumento da expectativa de vida. Isto é um resultado direto das grandes transformações globais de recentes décadas, que tem mudado a situação da saúde das pessoas, devido à urbanização acelerada, novos estilos de vida e novos padrões de consumo⁽¹⁷⁷⁻¹⁷⁹⁾.

A incidência total de câncer no Brasil cresceu em 70% no período de 2001 a 2014 e 11% no período de 2008 a 2014.

As estimativas para 2014, válidas também para 2015, apontam para a ocorrência de aproximadamente 576.580 novos casos de câncer, incluindo casos de câncer de pele não melanoma, reforçando a magnitude do problema de câncer no país. Nos mesmos anos, estima-se um total de 302.350 novos casos de câncer em homens e 274.230 em mulheres. O câncer de pele tipo não melanoma (182.130) terá a maior incidência na população brasileira, seguido pelos tumores de próstata (69.000), câncer de mama feminino (57.000) câncer de colón e reto (33.000), câncer de pulmão (27.000), estômago (20.000) e colo do útero (15.000)^(179, 181).

Excluindo os casos de pele não melanoma, foi estimado um total de 395 mil novos casos (68,5%) de tumores malignos (51), sendo a distribuição por sexo, 204.000 em homens e 191.000 em mulheres. Nos homens, a maior incidência de tipos de câncer são próstata, pulmão, colón e reto, estômago e de cavidade oral; e nas mulheres, mama, colón e reto, colo do útero, pulmões e glândula tireoide⁽⁴⁵⁾.

Mortalidade pelo câncer

Anualmente, uma média de 1,1 milhões de óbitos é informada ao Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), sendo 15,9% relacionados a pessoas que tinham

câncer. A mortalidade pelo câncer cresceu em 17,5% entre 2008 e 2014 e, desde 2003, o câncer representa a segunda causa de óbito, por grupo de doenças da população brasileira.

Enquanto a mortalidade geral no Brasil teve um aumento de 27,1% e a população cresceu 15,3%, a mortalidade pelo câncer teve um aumento de 60,3%, no período entre 2001(125.348) e 2014 (200.979). Portanto, a taxa bruta de mortalidade pelo câncer teve um aumento de 39% entre 2001 (0,71/ 1.000 habitantes) e 2014 (0,99/1.000 habitantes).

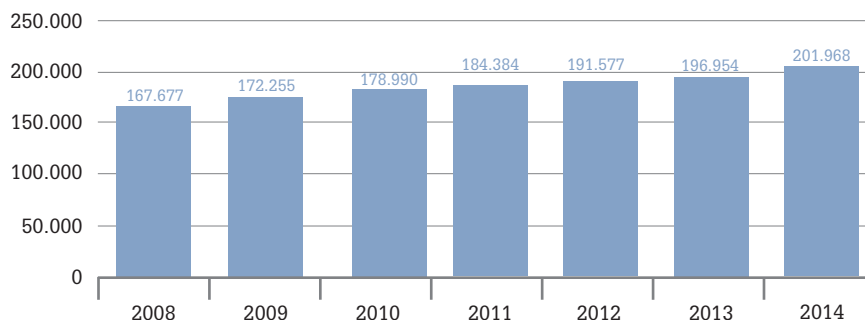
De acordo com o Sistema de Informação de Mortalidade do Sistema Único de Saúde (SIM - SUS), 201.968 óbitos por câncer foram registrados em todo o país em 2014 (quadro 2 e figura 2).

Quadro 2. Mortalidade por câncer (2008-2014).

Ano	Cancer mortality - Mortality Information System						
	Total de óbitos	Total óbitos por câncer	% óbitos por câncer	Óbitos por câncer masculino	% óbitos masculino	Óbitos por câncer feminino	% óbitos feminino
2008	1.077.007	167.677	15,60%	90.176	53,80%	77.490	46,20%
2009	1.103.088	172.255	15,60%	92.515	53,70%	79.732	46,30%
2010	1.136.947	178.990	15,70%	96.168	53,70%	82.792	46,30%
2011	1.170.498	184.384	15,80%	98.444	53,40%	85.931	46,60%
2012	1.181.166	191.577	16,20%	101.974	53,20%	89.596	46,80%
2013	1.210.474	196.954	16,30%	105.211	53,40%	91.723	46,60%
2014	1.222.381	201.968	16,50%	107.306	53,10%	94.631	46,90%
Total	7.024.554	1.293.805	15,90%	691.794	53,50%	601.895	46,50%

Fonte: SIH – Sistema de Informação Hospitalar – (DATASUS)⁵², 2016.

Figura 2. Óbitos por câncer (2008-2014). SIH – Sistema de Informação Hospitalar – (DATASUS)⁵², 2016.



Intercorrências clínicas em pacientes oncológicos

Nos últimos anos no Brasil, temos visto um número crescente de internações hospitalares de pacientes que apresentam diagnóstico tardio de câncer, associado a outras doenças pré-existentes. Esses casos realçam a necessidade de cuidados integrais, para prevenir ou tratar complicações relacionadas ao câncer. Essas complicações podem estar relacionadas ao câncer em si, com manifestações sistêmicas da doença (frequentemente a primeira manifestação da doença) ou com efeitos colaterais do tratamento, e também podem aparecer de formas agudas ou insidiosas, retardando o diagnóstico e o tratamento⁽¹⁸³⁾.

O termo “intercorrências clínicas de câncer” está relacionado a complicações da doença e seu tratamento, previsíveis ou não, que requerem hospitalização em hospitais especializados, gerais ou hospitais dia, para controle da complicação⁽⁵⁴⁾. O procedimento “Tratamento de Intercorrências Clínicas em Paciente Oncológico” foi primeiramente publicado pelo Decreto GM/MS N° 2413, em 23 de março de 1998, e foi incluído nos procedimentos do Sistema de Informação Hospitalar do Sistema Único de Saúde (SIH-SUS)⁽¹⁸⁴⁾.

As hospitalizações para tratamento de intercorrências clínicas em pacientes oncológicos podem ser realizadas em qualquer hospital, independente da autorização para alta complexidade em oncologia. De acordo com a análise retrospectiva dos dados de internação hospitalar arquivado no Sistema de Informação Hospitalar do SUS (SIH-SUS), aproximadamente 90% das internações hospitalares feitas no Brasil, no procedimento “Tratamento de Intercorrências Clínicas em Paciente Oncológico”, estavam relacionadas a cuidados paliativos de pacientes terminais⁽¹⁸⁵⁻¹⁸⁸⁾.

Estimando as necessidades de cuidados paliativos no Brasil

Apesar dos cuidados paliativos serem, tradicionalmente, dirigidos a pessoas com câncer, em geral tem sido muito difícil definir o número exato de pessoas com indicação para receber este modo de assistência, no Brasil. E os dados nacionais existentes não têm sido processados para que se possa estimar as necessidades nesta área.

Até agora, a quantificação de necessidade de cuidados paliativos, em nosso país, tem sido estimada isoladamente e baseada em experiências internacionais. No entanto, há dúvidas a respeito da aplicabilidade desses parâmetros, considerando a população e as dimensões territoriais, bem como as diversidades regionais⁽¹⁸⁹⁾.

Torna-se essencial saber o tamanho, a natureza e a gravidade das necessidades das pessoas, no que diz respeito ao acesso aos serviços de saúde, bem como identificar a disponibilidade de recursos para promover assistência integral em cuidados paliativos em nosso país levando em conta os modelos e estudos internacionais que consideram que anualmente, em cada um milhão de pessoas, há 1.000 que precisam de cuidados paliativos. Podemos dizer que a situação da política brasileira em saúde pública é muito delicada, se levarmos em conta o tamanho da população (206 milhões) e a estimativa dos serviços de saúde para satisfazer as necessidades de 206.000 pessoas/ano^(156, 190-193).

Por meio da análise do perfil de doenças e de mortalidade da população, torna-se necessário estabelecer-se parâmetros viáveis a serem implantados para assistência em cuidados paliativos, para tratamento de pacientes de câncer⁽⁵⁶⁾. De acordo com análise retrospectiva de internações hospitalares para tratamento de pacientes de câncer, dados registrados no Sistema de Informação Hospitalar do SUS (SIH-SUS), aproximadamente 90% das internações hospitalares, no Brasil, no procedimento “Tratamento de Intercorrências Clínicas de Pacientes com câncer” estavam relacionadas com cuidados paliativos para pacientes terminais⁽¹⁸⁶⁾.

Metodologia - Material e Métodos

Este é um estudo transversal que utiliza dados de declarações de óbitos de todo o país e também registo de doenças e mortalidade hospitalares. A presente pesquisa tem uma abordagem quantitativa com estudos descritivos, exploratórios, retrospectivos e observacionais de mortalidade por câncer e internações hospitalares de pacientes de câncer.

Os dados de mortalidade (2008-2014) foram obtidos a partir do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), no banco de dados do DATASUS⁽⁵⁷⁾. Criado pelo Ministério da Saúde em 1975, o Sistema de Informação de Mortalidade SIM é o mais antigo sistema de informação de saúde em todo o país. O Sistema Nacional de Mortalidade é baseado no sistema de informações de óbito, coletadas pelos Departamentos Estaduais de Saúde.

O banco de dados nacional, gerado a partir destas informações, é administrado pela Secretaria de Vigilância da Saúde, em cooperação com o DATASUS. Contém informações da causa da morte, bem como o gênero, idade e local de falecimento. A causa da morte é codificada, usando o código CID- 10-OMS, que possibilita comparações internacionais⁽¹⁹⁴⁾.

Sistema de Informação Hospitalar

Os dados hospitalares de morbidade e mortalidade, relacionados ao câncer, foram obtidos através do Sistema de Informação Hospitalar, do Sistema Único de Saúde (SIH-SUS). Todas as internações hospitalares por neoplasia, ocorridas no período (de 2008 a 2014) foram incluídas, e hospitalizações que não se ajustam à patologia em questão foram excluídas.

O processo completo de SIH-SUS está baseado nas Autorizações de Internações Hospitalares (AIH), que incluem dados do paciente e da hospitalização: descrição da doença e da mortalidade, tipo de assistência hospitalar, vigilância epidemiológica, bem como a validação de outros sistemas de informação de saúde⁽¹⁹⁵⁻¹⁹⁷⁾. Os registros de internações hospitalares, leitos hospitalares, hospitais que internaram pacientes no procedimento “Tratamento de Intercorrências Clínicas de Paciente Oncológico”, mortalidade hospitalar e mortalidade total foram obtidos a partir do banco de dados do Departamento de Informática do SUS (DATASUS), do Ministério da Saúde, sendo calculadas séries históricas de residentes no Brasil, durante esse período (2008-2014), conforme a 10ª revisão da classificação internacional de doenças (CID-10). Igualmente, os dados

de 4.5 milhões de internações hospitalares de pacientes de câncer, que foram registradas no Brasil entre 2008 e 2014, foram extraídas da Autorização de Internação Hospitalar (AIH), e processadas com os programas Tabwin e SPSS^(182, 198-202).

Resultados

De 2008 a 2014, O Sistema Único de Saúde (SUS) registou 78.4 milhões de hospitalizações em hospitais públicos, incluindo todos os casos e todos os grupos etários, e, do total das internações registradas nesse período, 4.4 milhões de internações (5,6%) foram de pacientes com câncer. Também foi observada, no mesmo período (2008 a 2014), uma variação de 4,4% no número total de hospitalizações no SUS. Houve um aumento das hospitalizações por câncer em geral (26,7%) e para tratamento de intercorrências clínicas de paciente oncológico (48,1%). Do total de internações hospitalares (4.431.685) de pacientes de câncer registradas entre 2008 e 2014 no Sistema de Informação Hospitalar do SUS, 26,85% (1.189.908) foram hospitalizados para tratamento de intercorrência clínica de câncer (quadro 3).

Quadro 3. Internações hospitalares no Brasil (2008-2014).

Ano	Total Brasil	Câncer		Intercorrência clínica em paciente oncológico
	Total	Freq.	%	Freq
2008	10.743.603	545.863	5,10%	125.605
2009	11.128.809	575.371	5,20%	144.302
2010	11.357.965	604.809	5,30%	155.512
2011	11.281.571	624.035	5,50%	167.564
2012	11.092.589	659.788	5,90%	185.406
2013	11.197.160	691.543	6,20%	199.933
2014	11.598.762	730.276	6,30%	211.586
Total	78.400.459	4.431.685	5,60%	1.189.908

Fonte: SIH - Sistema de Informação Hospitalar - (DATASUS)⁵², 2016.

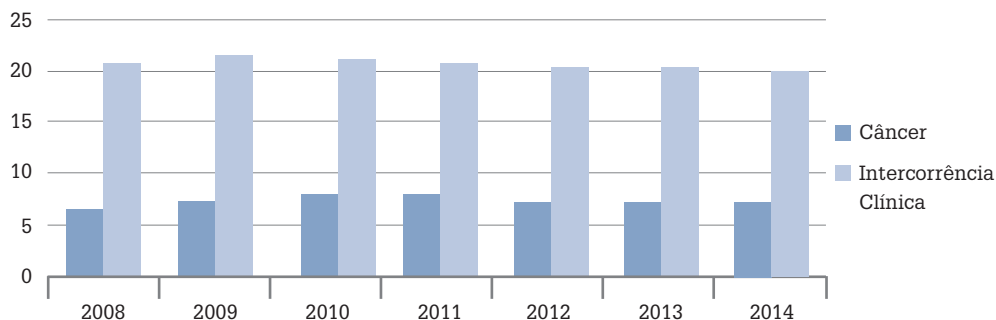
A mortalidade hospitalar de pacientes de câncer, como visto na Quadro 3, foi analisada em frequência e taxa. No período de 2008 a 2014, considerando o número total de pacientes de câncer internados no hospital, verificamos que a taxa de mortalidade entre os pacientes internados para tratamento de intercorrência clínica^(21,22) foi três vezes mais alta do que aquela para câncer em geral^(7,77) [quadro 4 e figura 3].

Quadro 4. Mortalidade Hospitalar de pacientes com câncer.

Ano	Câncer		Intercorrência Clínica	
	Freq	%	Freq	%
2008	39.168	7,18	27.123	21,59
2009	44.129	7,67	32.262	22,36
2010	46.937	7,76	34.104	21,93
2011	49.026	7,86	35.559	21,22
2012	51.984	7,88	38.431	20,73
2013	55.340	8	41.535	20,77
2014	57.697	7,95	43.508	20,56
Total	344.281	7,77	252.522	21,22

Fonte: SIH - Sistema de Informação Hospitalar - (DATASUS)⁵², 2016.

Figura 3. Mortalidade Hospitalar em Pacientes com câncer. Fonte: SIH - Sistema de Informação Hospitalar - (DATASUS)⁵², 2016.



Em relação ao tempo médio de permanência hospitalar (TMPH), os pacientes com câncer como um todo ficaram em média 5,7 dias e os pacientes internados para tratamento de intercorrências clínicas, 7,9 dias.

Unidades hospitalares com registro de pacientes oncológicos internados para tratamento de intercorrência clínica - análise de dados

Um estudo conduzido pelos autores, através do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) a respeito dos recursos hospitalares existentes no mês de Dezembro de 2014, verificou-se que no Brasil, naquele momento, visto que o registro é atualizado mensalmente, havia um total de 6.880 hospitais, sendo 5.244 (76,2%) hospitais gerais, 1.096 (15,9%) hospitais e hospitais especializados e 540 (7,8%) hospitais-dia. Em relação a leitos hospitalares,

o estudo apresenta um total de 452.488 leitos, sendo 319.283 (70,6%) leitos que pertencem ao SUS e 133.205 (29,4%) leitos que não pertencem ao SUS, incluindo todos os tipos de leitos: geral, especializado, Unidade de tratamento intensivo (UTI), longa permanência, hospital-dia, psiquiátrico, obstétrico, pediátrico, etc.

Entre 2008 e 2014, mais de um milhão (1.089.011) de hospitalizações para tratamento de intercorrências clínicas de pacientes de câncer foram registradas no Sistema de Informação Hospitalar (SIH-SUS). Essas internações foram identificadas em 2.881 diferentes unidades de saúde em todo o país e dessas unidades, aquelas que tinham registrado pelo menos 60 internações por ano (5 internações por mês) foram analisadas, resultando em 342 hospitais. Conclui-se que, entre 2008 e 2014, uma média de 88% de todas as hospitalizações de pacientes para tratamento de intercorrências clínicas em pacientes de câncer foram registradas em 342 hospitais (quadro 5).

Quadro 5. Internações Hospitalares de pacientes com câncer para tratamento de intercorrências clínicas.

Ano	Nº Internações Hospitalares	Nº hospitais que registrar- am internações	Nº hospitais c/60 ou + internações/ ano	Nº Internações Hospitalares (em hospitais c/60 ou + internações/ ano)	% pacientes internados nos hospitais c/60 ou + internações/ ano
2008	114.752	1.461	327	102.733	90%
2009	132.459	1.606	337	117.419	89%
2010	144.380	1.730	339	126.717	88%
2011	155.671	1.752	342	138.279	89%
2012	173.320	1.776	342	154.039	89%
2013	169.929	1.881	342	151.301	89%
2014	198.500	1.879	339	172.163	87%
Total	1.089.011	1.726	338	962.651	88%

Fonte: SIH - Sistema de Informação Hospitalar - (DATASUS)⁵², 2016.

No período de 2008 a 2014, uma média de 3.066 leitos hospitalares clínicos foram utilizadas para tratamento de intercorrências clínicas em pacientes de câncer, e, analisando a variação da utilização de leitos hospitalares por região, podemos dizer que, no total, houve um aumento 43,9% de leitos hospitalares utilizados no período de 2008 a 2014. A maior variação ocorreu na região Norte (142%), seguida pela região Sudeste (47%), e a região Nordeste (44,1%), enquanto que

as menores variações foram observadas nas regiões Centro-Oeste (12%) e na região Sul (29%) (quadro 6).

Quadro 6. Leitos clínicos para o tratamento de intercorrência clínica em paciente oncológicos.

Região	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	Total	Variação
Centro oeste	123	146	140	119	131	114	138	910	12,2%
Nordeste	490	572	565	555	635	654	706	4178	44,1%
Norte	82	118	142	146	144	145	199	976	142,7%
Sudeste	1219	1423	1481	1549	1726	1692	1792	10882	47,0%
Sul	571	643	614	639	660	647	742	4515	29,9%
Total	2485	2903	2942	3008	3295	3252	3577	21463	43,9%

Fonte: SIH - Sistema de Informação Hospitalar - (DATASUS)⁹², 2016.

Número de pessoas com câncer necessitadas de cuidados paliativos

Este estudo foi baseado em modelos de estimativa da OMS, Gomez-Batiste, Higginson e o Parâmetro Brasileiro do Ministério da Saúde (MS) para identificar o número de pessoas que possivelmente estavam necessitando de cuidados paliativos oncológicos. Dados sobre o número e causas de óbitos foram obtidos através de registros das declarações de óbito e dados de internações hospitalares.

As seguintes simulações adotaram os modelos de estimativa de 1) OMS: pelo menos 80% dos pacientes terminais de câncer necessitarão de cuidados paliativos; 2) Gomez-Batiste: 60% de óbitos; e 3) Higginson: o número de pessoas com causas de morte selecionadas (diagnósticos de câncer ou não câncer), multiplicados pelo sintoma padronizado de prevalência (calculado a partir de estudos sistemáticos). Aqui, foi utilizada a prevalência da dor (quadros 7 e 8)⁽²⁰³⁻²⁰⁵⁾.

Quadro 7. Necessidades de cuidados paliativos de acordo com o número de óbitos/ano.

Ano	Total óbitos por cancer/ano *(A)	Estimativas de Cuidados Paliativos		
		OMS (A*0.8)	Gomez-Batiste (A*0.6)	I. J. Higginson (A*0,84)
2008	167.677	134.142	100.606	140.849
2009	172.255	137.804	103.353	144.694
2010	178.990	143.192	107.394	150.352
2011	184.384	147.507	110.630	154.883
2012	191.577	153.262	114.946	160.925
2013	196.954	157.563	118.172	165.441
2014	200.979	160.783	120.587	168.822
Total	1.292.816	1.034.253	775.690	1.085.965

Fonte: SIH - Sistema de Informação Hospitalar - (DATASUS)⁵², 2016.

No mesmo ano, 725.685 pacientes com câncer foram internados na rede de hospitais do SUS. Do total destas hospitalizações, 57.697 (8%) resultaram em óbito.

Quadro 8. Necessidades de cuidados paliativos oncológicos segundo a mortalidade hospitalar/ano.

Ano	Internações pacientes oncológicos	Óbito hospitalar paciente oncológico (A)	Estimativa de necessidade de Cuidados Paliativos		
			OMS (A*0.8)	Gomez- Batiste (A*0.6)	I. J. Higginson (A*0,84)
2008	545.863	39.168	31.334	23.501	32.901
2009	575.371	44.129	35.303	26.477	37.068
2010	604.809	46.937	37.550	28.162	39.427
2011	624.035	49.026	39.221	29.416	41.182
2012	659.788	51.984	41.587	31.190	43.667
2013	691.543	55.340	44.272	33.204	46.486
2014	725.685	57.697	46.158	34.618	48.465
Total	4.427.094	344.281	275.425	206.569	289.196

Fonte: SIH – Sistema de Informação Hospitalar – (DATASUS)⁵², 2016.

Os estudos brasileiros do MS estimam que 90% dos pacientes de câncer internados em hospitais para tratamento de intercorrências clínicas deveriam ser considerados como necessitados de cuidados paliativos. Este parâmetro visa a doença e não a mortalidade⁽¹⁸⁷⁾ [quadro 9].

Quadro 9. Necessidade de Cuidados Paliativos Oncológicos segundo a Mortalidade Hospitalar no procedimento Tratamento de Intercorrência Clínica de Paciente.

Ano	Nº de Internações (A)	Nº Óbitos (B)	Estimativa de necessidade de Cuidados Paliativos			
			WHO (B*0,8)	Gomez-Batiste (B*0,6)	I. J. Higginson (B*0,84)	Parâmetro Brasil (A*0,9)
2008	125.605	27.123	21.698	16.274	22.783	113.045
2009	144.302	32.262	25.810	19.357	27.100	129.872
2010	155.512	34.104	27.283	20.462	28.647	139.961
2011	167.564	35.559	28.447	21.335	29.870	150.808
2012	185.406	38.431	30.745	23.059	32.282	166.865
2013	199.933	41.535	33.228	24.921	34.889	179.940
2014	211.586	43.508	34.806	26.105	36.547	190.427
Total	1.189.908	25.522	202.018	151.513	212.118	1.070.917

Fonte: SIH – Sistema de Informação Hospitalar – (DATASUS) ⁽⁵²⁾, 2016.

Comentários

O uso de sistemas de informação de saúde no Brasil permite-nos saber e avaliar o processo de gerenciamento de saúde, planejamento, treinamento de profissionais de saúde e a organização dos serviços de saúde. Como contém dados demográficos, de morbidade, mortalidade e financeiros, o uso de Sistema de Informação Hospitalar (SIH/SUS) tem sido cada vez mais explorado pelos profissionais de saúde, principalmente pela sua agilidade e facilidade de acesso.

Mesmo que o sistema de informação hospitalar tenha sido criado visando o controle de despesas de hospital, é uma fonte de dados importante, e muitas vezes única, para a maioria dos Estados e municípios brasileiros. Considerando as dimensões territoriais e populacionais do Brasil, é necessário definir parâmetros de cobertura de saúde, para pessoas que necessitam cuidados paliativos.

Através da internação hospitalar de pacientes de câncer, no procedimento “tratamento de Intercorrências Clínicas de Pacientes Oncológicos”, podemos estimar pacientes com indicação de cuidados paliativos no final da vida, bem como identificar parâmetros para a necessidade estimada para leitos hospitalares para cuidados paliativos oncológicos. A esse respeito, nós propomos estudos para classificar a população alvo, a procura e o fornecimento de

serviços de saúde, o nível de atenção necessário ao selecionar, para isso, certos itens possíveis de comparabilidade entre parâmetros de dados, tais como, utilização de serviços de cuidados paliativos, prevalência de dor e outros sintomas. Também estudos adicionais do procedimento hospitalar “Tratamento de intercorrências clínicas de paciente oncológico” devem ser considerados para consolidar um parâmetro para o dimensionamento dos serviços de cuidados paliativos no Brasil.

— CUIDADOS PALIATIVOS NO BRASIL: COM UMA VISÃO PARA AS NECESSIDADES FUTURAS

Cledy Eliana dos Santos¹, José Manuel Peixoto Caldas², José Américo Serafim³, Newton Barros⁴, Altamiro da Costa Pereira⁵, Marcelo Eduardo Zanella Capra⁶, Airtton Stein⁷, Alberto Freitas⁸

¹ Community Health Service and Palliative Care Service. Hospital Nossa Senhora da Conceição - Grupo Hospitalar Conceição.

² Department of Education and Medical Simulation, University of Porto - Portugal; Visiting Professor of Post-Graduate Program in Collective Health from UNIFOR.

³ Information Technology Department of the Brazilian Health System - SUS (DATASUS). Ministry of Health.

⁴ Palliative Care Service. Hospital Nossa Senhora da Conceição - GHC (Grupo Hospitalar Conceição)

⁵ Director of the CINTESIS - Center for Health Technology and Services Research, Portugal; Faculty of Medicine, University of Porto, Portugal (FMUP).

⁶ Oncology Service. Hospital Nossa Senhora da Conceição - GHC (Grupo Hospitalar Conceição).

⁷ Community Health Service and Teaching and Research Management. Hospital Nossa Senhora da Conceição - GHC (Grupo Hospitalar Conceição).

⁸ CIDES – Department of Health Information and Decision Sciences, Faculty of Medicine, University of Porto, Portugal; CINTESIS - Center for Health Technology and Services Research, Portugal.

Autor Correspondente: Cledy Eliana dos Santos
Telefone: +5551 98756454 Fone: +5551 3357 2140
Fax: +5551 32551744 Email: cledy.eliana@gmail.com

Abstract

Introduction: Chronic non-communicable diseases (CNCD) constitute a health problem of growing magnitude in Brazil, leading concerns, to the Ministry of Health (MOH), about the care of persons with chronic conditions (due to advanced diseases), multiple harms and in need of long-term care, requiring continuous assistance,. However, few data exist on the size of the population potentially in need of palliative care in Brazil.

Objective: To estimate the size of the Brazilian population that could benefit from palliative care across 26 federated states and the Federal District.

Methods: This is a cross-sectional study, using national death certificate and hospital admission data. Brazilian death registration and hospital admission data from 1st of January to 31st of December 2014 were analyzed and compared with estimation methods of Rosenwax and Murtagh including all adults (≥ 15 years old) who died in the period of 1st of January to 31st of December 2014 in Brazil.

Results: The proportion of individuals who died from diseases that indicate palliative care needs at the end of life ranged from 24.6% to 85.2%.

Conclusion: Integration of several existing policies, trigger and strengthen actions and integral care to patients with palliative care needs respectful of the specificities of each area as well as to support decision-making and the development of actions in health, in particular to the definition of needs and priorities, the construction of prospective scenarios, and the assessment of ongoing actions.

Keywords: Palliative Care; Estimating Population; Chronic Non-Communicable Diseases; Cancer; Health Planning.

Resumo

Introdução: Doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) constituem um problema de crescente magnitude no Brasil, direcionando as preocupações do Ministério da Saúde (MS) para os cuidados de pessoas com condições crônicas (devido a doenças avançadas), múltiplos agravos, que necessitam de cuidados de longa duração e requerem assistência contínua. No entanto, poucos dados existem sobre o tamanho da população potencialmente necessitada de cuidados paliativos no Brasil.

Objetivo: Estimar o tamanho da população brasileira que poderia se beneficiar de cuidados paliativos em 26 Estados Federados e no Distrito Federal.

Métodos: Este é um estudo transversal, utilizando dados de internação hospitalar e os registros nacionais de óbito e de internação hospitalar no período de 1º de janeiro a 31 de dezembro de 2014 foram analisados e comparados com os métodos de estimativa de Rosenwax e Murtagh, incluindo todos os adultos (≥ 15 anos de idade). Resultados: a proporção de indivíduos que morreram de doenças que indicam necessidades de cuidados paliativos no final da vida variou de 24,6% para 85,2%.

Conclusão: A integração das várias políticas existentes são necessárias para desencadear e fortalecer ações e cuidado integral para pacientes com necessidades de cuidados paliativos, respeitando às especificidades de cada área, bem como apoiar a tomada de decisões e o desenvolvimento de ações em saúde, em particular para a definição das necessidades e prioridades, a construção de cenários prospectivos e a avaliação das ações em curso.

Palavras-chave: Cuidados Paliativos; Estimativa Populacional; Doenças Crônicas Não- Transmissíveis; Câncer; Planejamento de Saúde.

introdução

O envelhecimento da população se traduz em uma maior carga de doença, mais incapacidades e aumento da utilização dos serviços de saúde, mostrando a necessidade de (re)organizar os modelos de assistência. O aumento da população idosa pode resultar em um maior número de doenças e/ou condições crônicas que requerem mais médicos e serviços sociais; além disso, a hospitalização e o tempo de permanência hospitalar são maiores para eles do que para outras faixas etárias.^[206, 207]

As principais causas de mortalidade, entre os idosos brasileiros, são doenças cerebrovasculares, doenças cardíacas e diabetes, mostrando que, na transição epidemiológica brasileira, existem situações resultantes da incapacidade de controle de fatores de risco evitáveis.^(208, 248) No ano 2000, aproximadamente 9% da população consumiu mais de 26% dos recursos de internação hospitalar no SUS ⁽²⁰⁶⁾ em 2014, a despesa com internações da população idosa era de 32%, e as despesas em casos de doenças cardíacas atingiu 60%.^[209, 210]

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) constituem um problema de crescente magnitude no Brasil, direcionando as preocupações do Ministério da Saúde (MS), desde o final da década de 1990, para os cuidados de pessoas com condições crônicas (devido a doenças avançadas), múltiplos agravos, que necessitam de cuidados de longa duração e requerem assistência contínua.

Segundo Schmidt *et al.*^[211], 58% de todas as mortes que ocorreram no Brasil, em 2007, estavam relacionados com as quatro doenças não transmissíveis prioritizadas no Plano de Ação da Organização Mundial de Saúde para o período de 2008 a 2013 (ações voltadas para doenças do aparelho circulatório, doenças respiratórias crônicas, diabetes e câncer foram priorizados).^(211, 212)

Entre 2008 e 2014, as doenças do aparelho circulatório, doenças respiratórias crônicas, diabetes e câncer representaram 52% do total das mortes registradas no Sistema de Informação de Mortalidade (SIM-DATASUS, 214) que estavam relacionados com quatro doenças crônicas não transmissíveis prioritizadas no plano de ação da Organização Mundial da Saúde.

De acordo com o Ministério da Saúde do Brasil as doenças crônicas não transmissíveis:

1. apresentam um início gradual que geralmente não leva à cura, tem um tempo de duração longo ou incerto;
2. em geral apresentam múltiplas causas; e
3. necessitam de um tratamento que envolve mudanças de estilo de vida em um processo de cuidados continuados.⁽²¹⁵⁾

Portanto, pessoas com doenças crônicas avançadas ou limitação de vida, seja qual for seu diagnóstico, devem ter igualdade de acesso com o gerenciamento apropriado de suas necessidades física, emocional, social ou espiritual, bem como acesso aos recursos diagnósticos e terapêuticos em tempo hábil, a fim de garantir a integralidade do cuidado necessário à sua saúde, em todos os níveis do sistema de saúde⁽²¹⁴⁾.

Mais recentemente, o Ministério da Saúde brasileiro, reconhecendo a transição epidemiológica e demográfica e o aumento da prevalência de doenças crônicas ocasionadas pelo envelhecimento da população e seu impacto sobre a saúde dos idosos, vem reorganizando a rede de cuidados de saúde para pessoas com doenças crônicas e estabelecendo diretrizes para esses cuidados⁽²¹⁵⁾.

Cuidados paliativos tem sido considerado, pela Organização Mundial de saúde (OMS), como “necessidade humanitária global urgente para pessoas que têm doenças graves como câncer e outras doenças incuráveis”^(43, 218).

A 67ª Assembleia Mundial de Saúde realizada em maio de 2014 apresentou resolução recomendando que todos os países membros integrassem cuidados paliativos em todas as situações de saúde⁽²¹⁹⁾. No entanto, mudanças demográficas, associadas com o rápido envelhecimento da população, trajetórias mais longas das doenças crônicas e maiores comorbidades exigem ainda mais incentivos para melhorar e expandir a prestação de cuidados paliativos^(143, 220).

O Sistema de Saúde do Brasil enfrenta grandes desafios para garantir o direito constitucional de acesso universal à assistência de saúde e avanços tecnológicos para toda a população.

Preocupações com o envelhecimento da população, o aumento da incidência de câncer e das outras doenças crônicas incluem cuidados paliativos como um dos objetivos do sistema nacional de saúde. Nas últimas décadas várias iniciativas

do Ministério da Saúde, incorporaram os cuidados paliativos como uma importante estratégia para a política de saúde⁽²²¹⁻²²³⁾ (quadro 1).

Quadro 1. Prognóstico e trajetória de doenças crônicas.

Grupo de doenças	Trajetoórias da doença	Curso/prognóstico da doença
Câncer	<ul style="list-style-type: none"> · Progressão estável · Fase terminal clara 	<ul style="list-style-type: none"> · Previsível
Respiratória	<ul style="list-style-type: none"> · Declínio gradual · Episódios de deterioração aguda · Morte súbita/Inesperada 	<ul style="list-style-type: none"> · Vive mais tempo com mais deficiência · Morre de repente com pequeno aviso após a rápida deterioração
Demência	<ul style="list-style-type: none"> · Declínio gradual prolongado 	<ul style="list-style-type: none"> · Vive por um longo tempo · Cada vez mais dependente · Angustiante para suas famílias

Fonte: Murray *et al.*¹⁴³, 2017.

Tradicionalmente, os cuidados paliativos no Brasil tem sido oferecido mais frequentemente para pessoas que sofrem de câncer em estágio avançado, e as necessidades de cuidados para as pessoas que têm outras doenças crônicas com limitação da vida não estão sendo cumpridas em uma abordagem estável

A concepção de propor cuidados paliativos apenas no final da vida, limita o acesso de muitas pessoas e cuidadores que poderiam se beneficiar desta modalidade de assistência de saúde durante a trajetória da doença: desde o diagnóstico e continuando a se beneficiar de tratamentos que alteram o curso da doença, até o fim da vida⁽²²⁴⁾.

Apesar do aumento significativo de serviços e recursos de cuidados paliativos nos últimos anos no Brasil, a distribuição dos serviços estão concentrados em algumas regiões e os cuidados de saúde para pessoas com doenças crônicas avançadas ou com limitação de vida é fragmentado e também existem diferenças no nível de acesso e tipo de cuidados⁽²²⁴⁾.

Em relação ao câncer, dados do DATASUS mostram que em 2014 a doença foi responsável por 200.979 (15,6%) de todas as mortes no Brasil⁽²²⁵⁾.

Em contraste, não há nenhuma estimativa das necessidades específicas de cuidados paliativos e estrutura no país, que atenda a demanda existente. Há uma oferta mínima de leitos hospitalares especializados, que está restrito às grandes cidades. Assim, a condição em que as mortes devido a câncer ocorreram e continuam a ocorrer deve ser considerada^(224, 226, 227).

Hoje em dia há também uma consciência crescente que cuidados paliativos não são apenas para pacientes com câncer incurável, mas também para pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), insuficiência cardíaca ou demência, por exemplo^(220, 228).

A quantificação das necessidades de cuidados paliativos no Brasil vem sendo realizada com base em parâmetros usados em países com tradição neste modelo de cuidados de saúde. No entanto, há dúvidas sobre a aplicabilidade, em nosso país, desses parâmetros com base em estudos e experiências internacionais, tendo em conta a população e dimensões territoriais, bem como as diversidades regionais.

Torna-se essencial conhecer a dimensão, natureza e gravidade das necessidades das pessoas no que diz respeito o acesso aos serviços de saúde, bem como, identificar a disponibilidade de recursos para promover a assistência completa de pessoas com doenças crônicas avançadas e progressivas no nosso país.

O objetivo deste estudo foi identificar um método viável de base populacional para estimar o número de pessoas que poderiam se beneficiar de serviços de cuidados paliativos na população brasileira. A partir de uma série de estimativas para ter uma ideia de quantas pessoas podem estar precisando de cuidados paliativos, é possível construir uma linha de base para o planejamento do sistema de saúde e necessidades de cuidados paliativos para pacientes oncológicos e não-oncológicos.

Metodologia

Esta pesquisa apresenta uma abordagem quantitativa, com estudos descritivos, exploratórios, retrospectivos e observacionais de dados nacionais de mortalidade, que foram derivados do Sistema Nacional de Informação de Mortalidade do Sistema Único de Saúde (SIM-DATASUS²¹⁵). O banco de dados de mortalidade populacional, publicado a cada dois anos, contém informações sobre a causa da morte, bem como sexo, idade local de ocorrência do óbito. A causa da morte é codificada usando a CID-10-OMS (quadros 2, 3, 4).

Quadro 2. CID de grupos de doenças.

Grupo de doenças	MacNamara & Rosenwax ⁴³	Murtagh ⁴⁶
	Estimativa Australiana	Estimativa Britânica
Câncer	C000-D489	C000-C979
Sistema Respiratório	J40 ,J410,J411,J418,J42,J43 J431,J432,J438,J439,J440, J441, J448,J449	J060-J129, J13, J14, J150-J189, J200, J219,J22,J40, J410-J419, J42, J430-J459, J46, J47, J960-J969
Sistema Circulatório	I500,I501,I509,I111,I130,I132	I000-I529, I600-I699
Sistema Renal	N180,N188,N189,N102,N112, N12 0,N131,N132	N180-N189, N280-N289, N17, N170-N179
Sistema Hepático	K704,K711,K721,K729	K70-K77
Sistema Nervoso	G300,G301,G308,G309; G20 ,G200; G122; G10 ,G100	G122, G20, G200, G10, G100, G35, G903, G231, F010-F019, F03, G300, G301, G308, G309, R54
HIV/AIDS	B200–B249	B200–B249

Fonte: SIM-DATASUS, 2016.

Quadro 3. Doenças crônicas não transmissíveis - Estimativa Brasileira.

Cancer (todos os tipos)	C000-C979
Doença Cardíaca	I00-I999
Doença Respiratoria	J30-J989
Diabetes mellitus	E10-E149
Outras doenças crônicas	D00-D489, D55-D648, D65-D899, E03-E079, E15-E169, E20-E349
	E65-E889, F01-F999, G06-G989, H00-H619, H68-H939, K00-K929
	N00-N649, N75-N989, L00-L989, M00-M999, Q00-Q999

Fonte: SIM-DATASUS, 2016.

Quadro 4. Sete Causas - Estimativa Californiana.

Diabetes mellitus	E10 -E149
Doença de Alzheimer	G300, G301, G308, G309
Doença Cardíaca	I25, I24, I50
Doença Cerebrovascular	I60-I69
Doença Respiratória	J40-J47
Doença Hepática	K70-K77

Fonte: Kerr et al.⁴⁸, 2016.

Todas as simulações foram realizadas tendo como base as mortes registradas no período de 1º de janeiro a 31 de dezembro de 2014, no Brasil, baseado nos CID que cada um dos estudos mencionados consideraram como indicativo de palição. A partir desta pesquisa e usando como base o estudo de Scholten et al.⁽²⁴⁵⁾, que compara os métodos MacNamara & Rosenwax com método de Murtagh, identificamos as estimativas mínimas e máximas, porque encontramos o mesmo problema para identificar as estimativas médias das necessidades de cuidados paliativos, conforme descrito no estudo de Alemanha⁽²⁴⁵⁾.

No Brasil, nós também não conseguimos relacionar as estatísticas de mortalidade geral, com dados de internação.^[230, 232-233]

Com base no estudo de Scholten et al.^[31], “O tamanho da população potencialmente necessitada de cuidados na Alemanha - uma estimativa com base nos dados de registro de óbito”, adaptamos os dados de mortalidade brasileira registrados em 2014 para os métodos MacNamara & Rosenwax e Murtagh.

Resultados

A primeira quantificação das necessidades de cuidados paliativos no Brasil foi feita pelo menos uma década atrás. Estudo realizado por Maciel e Betega⁽¹³⁵⁾, usando os dados de mortalidade nacional registrados em 2004, foi relacionado com parâmetros internacionais para estimar a população com necessidades de cuidados paliativos no Brasil.

Em 2004, 1.024.073 mortes foram registradas no Brasil, sendo a primeira causa de mortes as doenças cardiovasculares com 285.543 (27,9%), seguido por neoplasias com 140.801 (13,7%); causas externas com 127.470 mortes (12,4%); e doenças respiratórias, com 102.168 (10%) de mortes. No estudo, as principais causas de morte foram agrupadas, com exceção das causas maternas e externas, resultando em 528.512 causas supostamente passíveis de palição⁽¹³⁵⁾.

Em 2014, 1.227.039 mortes foram registradas no Brasil: as doenças cardiovasculares, com 340.284 (27,7%) mortes; seguido por neoplasias, com 201.968 (16,5%) mortes; causas externas, com 156.642 (12,8%); e doenças respiratórias, com 139.045 (11,3%) mortes, resultando em 681.297 (55,5%) causas com indicação de cuidados paliativos. Em conclusão, entre 2004 e 2014, as necessidades de cuidados paliativos tiveram um aumento de 28,9% no Brasil (Quadro 5), Maciel e Betega⁽¹³⁵⁾.

Quadro 5. Quantificação das necessidades de cuidados paliativos no Brasil (2004 e 2014).

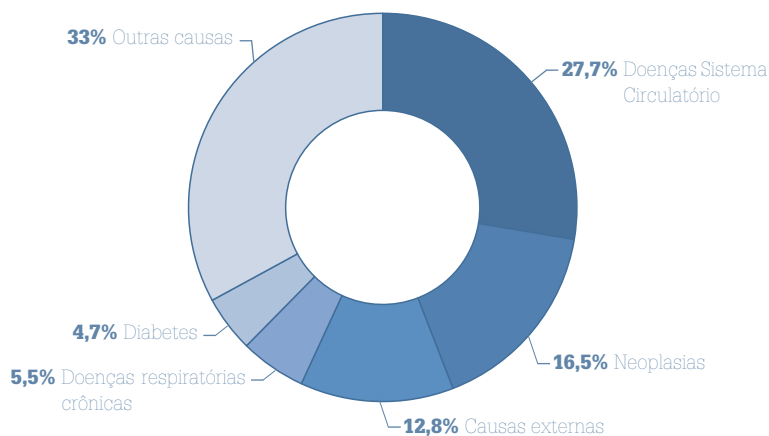
Ano	População (milhão habitantes)	Mortalidade Total	Causas de Óbito			
			Doença Cardiovascular	Cancer	Doença Respiratória	Causas Externas
2004	182,9	1,024,073	285,543	140,801	102,168	127,470
			(27.9%)	(13.7%)	(10%)	(12.4 %)
2014	202,8	1,227,039	340,284	201,968	139,045	156,642
			(27.7%)	(16.5%)	(11.3%)	(12.8%)

Fonte: SIM - DATASUS⁽¹⁰⁾. Extraído de Maciel e Betega⁽¹³⁵⁾, 2016.

Durante o ano de 2014, de acordo com o SIM-DATASUS (214), 1.227.039 mortes foram registradas no Brasil, sendo a taxa de mortalidade até 6.038,58 por milhão de habitantes por ano. As principais causas de morte foram as doenças do sistema circulatório, com 340.284 (27,7%) mortes; seguidas por câncer, com 201.968 (16,5%) mortes; causas externas, com 156.942 (12,8%)

mortes; doenças respiratórias, com 66.956 mortes (5,5%); e diabetes, com 57.882 mortes (4,7%) (Figura 1).

Figura 1. Mortalidade por Grupo de Causas. Fonte: Sistema de Informação de Mortalidade do SUS (SIM – DATASUS)¹⁰, 2016.



Considerando as quatro principais causas de morte registradas no Brasil em 2014, com exceção das causas externas, o número de pessoas que poderia se beneficiar de cuidados paliativos foi 667.090 (54.35%) das mortes totais. A seguinte estimativa do número de pessoas que necessitavam de cuidados paliativos no ano 2014 foi baseado em métodos de MacNamara & Rosenwax⁽²⁴⁰⁾, Murtagh⁽²⁴²⁾ e simulações de Kerr⁽²⁴⁴⁾ (sete causas) e Ministério da Saúde do Brasil (doenças não transmissíveis) (quadro 6).

Quadro 6. Comparação de métodos.

Grupo de doenças	Métodos de Estimativa			
	MacNamara & Rosenwax	Murtagh	Kerr	NCD
Câncer	201,968 (16.5%)	198,308 (16.2%)	201,968 (16.5%)	198,308 (16.2%)
Doenças Cardíacas	28,205 (2.3%)	323,820 (26.4%)	46,705 (3.8%)	340,284 (27.7%)
Doenças Respiratórias	39,795 (3.2%)	118,389 (9.6%)	42,222 (3.4%)	66,956 (5.5%)
Diabetes mellitus			57,882 (4.7%)	57,882 (4.7%)
Doenças Cerebrovasculares			99,289 (8.1%)	
Insuficiência Renal	6,363 (0.5%)	6,758 (0.6%)		
Doença Hepática	3711 (0.3%)	26,368 (2.1%)	26,368 (2.1%)	
HIV/AIDS	1,64 (0.1%)	1,64 (0.1%)		
Doenças Degenerativas		26,912 (2.2%)		
Doença do Neurônio motor	1,11 (0.1%)			
Doença de Huntington	87 (0.007%)			
Doença de Alzheimer	15,718 (1.3%)		15,718 (1.3%)	
Doença de Parkinson	3,354 (0.3%)			
Outras doenças crônicas				176,516 (14.4%)
Total de mortes indicativas de cuidados paliativos	301,951 (24.6%)	702,195 (57.2%)	490,152 (39.9%)	839,946 (68.5%)
Total de mortes em 2014	1,227,039			
Estimativa de necessidades de cuidados paliativos	24.6%	57.2%	39.9%	68.5%

Fonte: Adaptada pelos autores, 2016. Baseada nas estimativas de MacNamara et al.(240); Murtagh et al.(242) e Scholten et al.(245)

De acordo com o método de MacNamara & Rosenwax⁽²⁴⁰⁾: O número total de mortes que potencialmente necessitavam de cuidados paliativos foi 301.951

(25%). Câncer foi responsável por 67% de todas as mortes com indicação de cuidados paliativos. Através do método de Murtagh: O número total de mortes potencialmente que necessitavam de cuidados paliativos foi 702.195 (57%). Câncer foi responsável por 28% de todas as mortes com indicação de cuidados paliativos.

Através do método de Kerr⁽²⁴⁴⁾ o número total de mortes que potencialmente necessitavam de cuidados paliativos foi 490.152 (39,9%). Câncer foi responsável por 41% de todas as mortes com indicação de cuidados paliativos.

Através do método das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT): o número total de mortes que potencialmente necessitavam de cuidados paliativos foi 839.946 (68,5%). As neoplasias representaram 24% de todas as mortes com indicação de cuidados paliativos.

O método de Murtagh⁽²⁴²⁾ tem quase 2,3 vezes mais pessoas, em comparação com o método de MacNamara & Rosenwax⁽²⁴⁰⁾. A proporção de pacientes que necessitavam de cuidados paliativos devido a insuficiência cardíaca sobe de 9% (MacNamara & Rosenwax⁽²⁴⁰⁾) para 46% (Murtagh⁽²⁴²⁾), tornando a doença insuficiência cardíaca a causa mais frequente para a demanda potencial de cuidados paliativos.

A estimativa mínima de MacNamara & do Rosenwax identifica 24,6% de todas as mortes elegíveis para cuidados paliativos, e a adaptação do método de MacNamara & Rosenwax feita por Murtagh para uma estimativa de mínima expande a demanda para 57,2% de todas as mortes.

Simulações de configurações foram usadas para adaptar e combinar os dados de mortalidade brasileira com os métodos de MacNamara & Rosenwax e Murtagh, buscando identificar a proporção de indivíduos que poderiam se beneficiar de cuidados paliativos no último ano de vida.

Uma estimativa máxima definida por MacNamara *et al.*⁽²⁴⁰⁾ e Murtagh *et al.*⁽²⁴²⁾ incluiu todas as mortes, exceto causas externas e mortes maternas, neonatais ou perinatais. Um total de 1.045.726, representando 85,2% de todas as mortes, poderiam ser potenciais pacientes de cuidados paliativos (estimativa máxima).

Com base na atualização do primeiro estudo realizado no Brasil para a estimativa da população de cuidados paliativos (Maciel e Bertega⁽¹³⁵⁾), um estudo que pode ser considerado como a linha de base nacional das necessidades

de cuidados paliativos, observamos que, em 2014, do total de casos de morte registrados no Sistema de Informações de Mortalidade - (SIH SUS), 681.297 (55,5%) são casos de pacientes que deveriam ter recebido cuidados paliativos. Comparando a estimativa atualizada de Maciel e Bertega⁽¹³⁵⁾ com as simulações dos métodos de MacNamara *et al*⁽²⁴⁰⁾, Rosenwax *et al*⁽²⁴³⁾, Murtagh *et al*⁽²⁴²⁾, Kerr *et al*⁽²⁴⁴⁾ e Ministério da Saúde⁽²²⁴⁾, verificamos que a necessidade de cuidados paliativos está mais próxima ao método de Murtagh⁽²⁴²⁾.

Discussão

Vários estudos têm sido realizados para a estimativa da população com necessidades de cuidados paliativos^[32, 33, 37-40] nesta pesquisa, podemos comparar diferentes estudos com parâmetros nacionais e internacionais relacionados com mortes causadas por grupos de doenças que exigem cuidados paliativos: MacNamara *et al*⁽²⁴⁰⁾, Murtagh *et al*⁽²⁴²⁾, Rosenwax *et al*⁽²⁴³⁾ Kerr *et al*⁽²⁴⁴⁾, Maciel e Bertega⁽¹³⁵⁾ e o Ministério da saúde do Brasil⁽²²⁴⁾. Considerando que as doenças crônicas geralmente não vem sozinhas e, muitas vezes, se somam para causar muitos problemas que afetam a qualidade de vida das pessoas, a incerteza do prognóstico nas trajetórias das doenças crônicas avançadas, à exceção do câncer, pode dar a impressão de que vai ser mais difícil planejar as estruturas dos serviços de saúde. Murray *et al* descreveram três trajetórias distintas dos grupos de doenças para as pessoas com doenças crônicas progressivas (Quadro 1)⁽²²⁰⁾.

O planejamento de cuidados de saúde no Brasil baseia-se, desde o início da década de 1980 (1982), em parâmetros técnicos destinados a estimar as necessidades de saúde da população. Os parâmetros do sistema de saúde brasileiro, que são considerados como instrumentos de avaliação, também oferecem suporte fundamental para o dimensionamento da cobertura da assistência, a produtividade dos serviços de saúde e a capacidade dos serviços existentes⁽²³⁸⁻²⁴⁹⁾.

No entanto, apesar do crescente envelhecimento da população, o aumento da incidência de câncer e o surgimento de doenças crônicas não-transmissíveis, que reforçam a necessidade para este tipo de atendimento no país e o fato de que o Ministério da Saúde (MS) inclui cuidados paliativos como um dos objetivos do sistema nacional de saúde, não há dados sobre o tamanho da população que necessitam de cuidados paliativos existem^(241, 242).

No âmbito das doenças crônicas, as neoplasias merecem uma abordagem diferenciada, por sua alta incidência e prevalência, seu consumo de grandes quantidades de recursos financeiros e seu grande peso institucional e social^(135, 243). No entanto, como um compromisso, políticas internacionais têm realizado discussões sobre a expansão desta forma de assistência para as pessoas que vivem com câncer e outras doenças crônicas não-transmissíveis (DCNT), e essa expansão já começou⁽²²⁶⁾.

No entanto, apesar do crescente envelhecimento da população, o aumento da incidência de câncer e o surgimento de doenças crônicas não-transmissíveis,

que reforçam a necessidade para este tipo de atendimento no país e o fato de que o Ministério da Saúde (MS) inclui cuidados paliativos como um dos objetivos do sistema nacional de saúde, não há dados sobre o tamanho da população que necessita de cuidados paliativos^(241, 242).

É internacionalmente reconhecido que, quando aplicado no início, cuidados paliativos traz benefícios para os pacientes e suas famílias através da promoção de uma melhor qualidade de vida.

Além disso, cuidados paliativos diminuí o tempo de internação hospitalar, a re-hospitalização, a futilidade terapêutica, a admissão em salas de emergência e cuidados intensivos e, conseqüentemente, diminuí os custos de saúde.

No entanto, uma perspectiva de saúde pública é necessária para enfrentar os desafios de dimensionar as necessidades de cuidados paliativos e a distribuição destas necessidades entre a população (que poderia ser beneficiada). Uma estratégia para determinar esta população é a definição de parâmetros viáveis para estimar as necessidades de cuidados paliativos em nosso país.

Ao tomar como exemplo o plano estratégico para o desenvolvimento de cuidados paliativos em Portugal para o período de 2016 para 2017, que relaciona as doenças crônicas para o aumento da expectativa de vida e a limitação de recursos para a expansão da rede de serviços de cuidados paliativos, deve promover uma reflexão sobre o modelo de assistência de saúde existente, conhecer o tamanho, a natureza e a gravidade das necessidades das pessoas no que diz respeito os cuidados paliativos, bem como estabelecer a diferenciação entre os diferentes níveis de cuidados⁽²⁴⁶⁾.

Conclusão

Propomos diretrizes baseadas na integração das várias políticas existentes, desencadear e fortalecer ações e cuidados integrais a pacientes com necessidades de cuidados paliativos que são sinérgicos, respeitando as especificidades de cada área, bem como apoiar a tomada de decisões e o desenvolvimento de ações em saúde, em particular para a definição das necessidades e prioridades, a construção de cenários prospectivos e a avaliação das ações em curso.

Agradecimentos

Agradecemos Dorival Bugs Junior, bacharel de sistemas de informática e especialista em Psicologia Organizacional, por ter realizado a análise de dados dos serviços de cuidados paliativos, registrados no diretório da Academia Nacional de Cuidados Paliativos.

AVAILABILITY OF PALLIATIVE CARE CANCER SERVICES IN BRASIL DISPONIBILIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS DE LOS SERVICIOS ONCOLÓGICOS EN BRASIL

Cledy Eliana dos Santos¹, José Manuel Peixoto Caldas², José Américo Serafim³,
Newton Barros⁴, Altamiro da Costa Pereira⁵, Marcelo Eduardo Zanella Capra⁶,
Airton Stein⁷, Alberto Freitas⁸

¹ Community Health Service and Palliative Care Service. Hospital Nossa Senhora da Conceição - Brasil.

cledy.eliana@gmail.com

² CINTESIS, University of Porto - Portugal.

jmpeixotocaldas@gmail.com

³ Ministry of Health, Brasil.

jaserafim@gmail.com

⁴ Palliative Care Service. Hospital Nossa Senhora da Conceição, Brasil.

newbarros74@gmail.com

⁵ Director of the CINTESIS - University of Porto, Portugal.

altamiro@med.up.pt

⁶ Oncology Service. Hospital Nossa Senhora da Conceição, Brasil.

marcelocapra@hotmail.com

⁷ Community Health Service and Teaching and Research Management. Hospital Nossa Senhora da Conceição, Brasil.

astein@ghc.com.br

⁸ CIDES, CINTESIS - University of Porto, Portugal.

alberto@med.up.pt

Resumo

Definir o número de pacientes que necessitam cuidados paliativos, os recursos necessários e os critérios específicos para estruturar e adaptar os serviços de cuidados paliativos no Brasil tem sido uma tarefa difícil. Até o momento, o dimensionamento das necessidades de cuidados paliativos em nosso país tem sido estimado de um modo isolado e baseado em experiências internacionais. No entanto, há dúvidas sobre a aplicabilidade desses parâmetros, considerando a população e dimensões territoriais, bem como as diversidades regionais. A análise dos perfis de morbidade e mortalidade da população necessária para o estabelecimento de parâmetros possíveis para ser empregados em atendimento em cuidados paliativos, como admissões de hospital para o tratamento de doenças clínicas associadas com pacientes com câncer. Objetivos: Desenvolver uma estimativa da situação, a cobertura e as atuais necessidades de serviços de cuidados paliativos. Identificar o número de hospitais que oferecem suporte a potenciais doentes com necessidades de cuidados paliativos e o número de leitos utilizados para internações hospitalares. Métodos: Análise retrospectiva e observação dos registros de internações hospitalares de pacientes de câncer, onde descobriu-se o número de pacientes que necessitam de câncer de cuidados paliativos e o número de camas usadas anualmente para oferecer suporte a esses pacientes. Foram utilizados dados na admissão dos pacientes com câncer, como o comprimento médio de mortalidade de estadia e hospital. Resultados: Entre 2008 e 2016, foram registrados 1,7 milhões de internações para tratamento de patologias clínicas associadas com pacientes com câncer no Sistema de Informação Hospitalar do Sistema de Saúde do Brasil (SIH - SUS). As admissões hospitalares foram identificadas em 3,374 diferentes unidades de saúde em todo o país. Cerca de 91% das hospitalizações para o tratamento de patologias clínicas associadas com pacientes de câncer foram registrados em 380 hospitais. Conclusões: Para melhorar a qualidade de vida, aliviar o sofrimento físico, cobrir as necessidades psicológicas, espirituais e sociais das pessoas com doenças graves e avançadas, bem como prestar apoio às famílias e cuidadores, é essencial considerar a existência de modelos de cuidados de saúde. A inclusão ou a expansão dos cuidados paliativos deve atender a dimensão, a natureza e a gravidade das necessidades dos pacientes com câncer.

Palavras chave: Câncer, hospitalizações, estimativa de necessidades de cuidados paliativos, camas hospitalares para cuidados paliativos

Introdução

A necessidade mundial para fornecer cuidados paliativos oncológicos para aliviar o sofrimento dos pacientes e famílias que vivem com câncer é maior do que nunca. Neste contexto, que é a verdadeira realidade do Brasil, considerando a política de cuidados paliativos sabendo que no ano de 2016, cerca de 600.000 brasileiros desenvolveram novos casos de câncer, de acordo com os resultados fornecidos pelo Instituto Nacional de Câncer, que relaciona os novos casos da doença com o aumento da expectativa de vida, a urbanização e a globalização. Portanto, estamos diante de uma pandemia real de saúde com fortes consequências sociais e econômicas em um país de dimensões continentais.

Parâmetros para a cobertura de cuidados de saúde, planejamento, controle e avaliação das necessidades de cuidados paliativos no Brasil baseiam-se principalmente em estudos e modelos internacionais. De acordo com o banco de dados do Sistema Brasileiro de Informação de Mortalidade⁽²¹⁵⁾, 1,26 milhões (1.264.173) pessoas morreram no Brasil em 2015, sendo a principal causa as doenças cardiovasculares (349.642), seguidas por câncer (209.780), causas externas (152.135), doenças respiratórias (149.541) e diabetes (59.641).

Agrupando as quatro causas principais, além de causas externas, tivemos pelo menos 768.604 pessoas (61%) em 2015 que poderiam se beneficiar com cuidados paliativos de fim- de-vida⁽²¹⁵⁾. No âmbito das doenças crônicas, os tumores malignos merecem uma abordagem diferenciada, por sua alta incidência, prevalência, mortalidade, aliada a uma grande carga social, emocional e institucional e consumo de grandes quantidades de recursos financeiros⁽¹⁴⁹⁾.

Embora o sistema de saúde pública no Brasil conte com um padrão de excelência para a assistência de doenças de alta complexidade, como AIDS e câncer, a estimativa de recursos necessários para dimensionar e adequar a assistência de cuidados paliativos tem sido uma tarefa difícil.

O Ministério da Saúde do Brasil vem formalmente consolidando a prática de cuidados paliativos, no contexto de sistema de saúde do país, através de decretos, documentos e programas. No entanto, vários fatores, que não podem ser ignorados ou minimizados, como a falta de política e estratégia nacional para a organização da rede de serviços de cuidados paliativos, contribuem para essa dificuldade, bem como a diversidade da demanda da população para essa modalidade de assistência nos vários níveis de cuidados de saúde.

A primeira quantificação das necessidades de cuidados paliativos no Brasil foi apresentada há mais de uma década. Estudo conduzido por Maciel *et al*⁽¹³³⁾ e Maciel⁽¹²⁵⁾, utilizando dados de mortalidade nacional registrados em 2004, foi relacionado com parâmetros internacionais para estimar a população com necessidades de cuidados paliativos no Brasil. O planejamento da assistência de saúde no Brasil tem sido orientado, desde o início dos anos 80 (1982), por parâmetros destinados a estimar as necessidades de assistência à saúde da população em relação a consultas médicas, procedimentos, internações hospitalares, a distribuição dos recursos de cuidados e a capacidade de produção.

De acordo com dados do Ministério da Saúde, o Sistema Nacional de Saúde (SUS) abrange 95% da população em cuidados primários, 70% no tratamento secundário e 90% em alta complexidade⁽²³¹⁾.

Os parâmetros de assistência do Sistema Nacional de Saúde (SUS), que são considerados como instrumentos para avaliação, dimensionamento da cobertura de cuidados de saúde e produtividade dos sistemas de saúde, oferecem subsídios fundamentais para a orientação de administradores na análise das necessidades de assistência de saúde para a população, tais como: oferta e adequação dos serviços de saúde, planejamento e monitoramento⁽²³¹⁾.

Estudos, estimativas e projeções sobre a definição do número de leitos hospitalares (geral e especializado) necessários para atender a população brasileira iniciaram nos anos cinquenta. No entanto, até agora, a definição desta medida continua a ser uma tarefa difícil. É por isso que o uso de dados internacionais torna-se uma prática comum, mesmo que estes dados estejam sujeitos a críticas, porque eles não satisfazem a demanda real, considerando a população, diversidade cultural e epidemiológica das diferentes regiões do país^(349, 341, 343, 231, 345).

De acordo com dados da Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP), em 2004 havia cerca de 40 serviços de cuidados paliativos no Brasil, mais voltados para a assistência ambulatorial e domiciliar. A disponibilidade de leitos hospitalares especializado era mínima (cerca de 300 camas) e restrito a grandes cidades como Rio de Janeiro, São Paulo, Barretos, Campinas, Brasília, Curitiba, Fortaleza, Manaus e Porto Alegre^(352, 133).

Para realizar a estimativa da população que necessita de cuidados paliativos, foi considerado que, para cada grupo de 1 milhão de habitantes, existem 1mil pacientes por ano com indicação dos cuidados paliativos. Em 2004, a população brasileira era de 182,9 milhões de habitantes, apontando para a necessidade

de organização de serviços de saúde com capacidade para atender 182.900 pessoas/ano com inclusão em necessidades de cuidados paliativos.

Em relação ao número de leitos hospitalares necessários para a assistência de pessoas com necessidades de cuidados paliativos, o parâmetro do Reino Unido (UK) foi usado como o modelo de estimativa: 50 leitos hospitalares para cada milhão de habitantes, distribuído em unidades de 10 a 15 camas^(328,333).

Neste caso, no Brasil, necessitaria de 9.145 leitos hospitalares, distribuídos entre 610 e 914 unidades de internação. A necessidade de cuidados de nível comunitário (cuidados primários) foi calculada pelo parâmetro inglês de 6 equipes de cuidados domiciliários para cada milhão de habitantes, sendo então necessário 1.087 equipes de cuidados domiciliários. A partir da estimativa das necessidades de cuidados paliativos realizado para o ano de 2004, e em comparação com a situação de 2014, encontramos a situação descrita na quadro 1.

Quadro 1. Parâmetros de cobertura.

Parâmetros de Cobertura			
Variável	Parâmetro Inglês(UK)	2004	2014
População	Para cada grupo de 1 milhão de habitantes, existem 1 mil pacientes por ano com necessidades de cuidados paliativos	182,9 milhões	202,8 milhões
Leitos Hospitalares	50 leitos hospitalares /milhão hab	9.145 Leitos	10.100 Leitos
Unidades de Internação	Unidades de Internação (10 a 15 leitos/unidade)	610 a 914 unidades	673 a 1010 unidades
Assistência Domiciliar	6 equipes/ milhão hab	1.087	1.212

Fonte: ¹Maciel et al. (2006); ²Comparação dos Autores, 2016.

Objetivo

Os objetivos do estudo foram:

1. Analisar o movimento das internações para o tratamento de intercorrências clínicas de pacientes com câncer, entre 2008 e 2016, para que seja possível verificar o uso de camas de hospital geral para este procedimento;
2. Identificar a demanda de pacientes que foram candidatos à modalidade de cuidados paliativos.

Metodologia

Análises retrospectiva e observacional dos registros de admissão hospitalar de pacientes com câncer. Os dados foram obtidos do sistema nacional de dados do Departamento de Informática do SUS (DATASUS), coletados a partir do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Nacional de Saúde⁽¹³²⁾.

Todo o processo do sistema de informações hospitalares do sistema nacional de saúde brasileiro baseia-se na autorização hospitalar de admissão (AIH), que inclui dados de internação dos pacientes, descrição de doenças e mortalidade hospitalar, referência de assistência hospitalar, vigilância epidemiológica, bem como a validação de outros sistemas de informação de saúde^(132,164,215).

Os parâmetros utilizados para o planejamento da assistência de saúde do sistema de saúde brasileiro são baseados em dados e modelos reconhecidos internacionalmente: Organização Mundial de Saúde (OMS) e a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), considerando as séries históricas nacional de dados epidemiológicos e demográficos, estimativas de incidência, as estatísticas sobre os serviços prestados para os usuários do SUS, número de internações hospitalares, consultas de ambulatório e outros procedimentos de saúde realizados, incluindo serviços de diagnóstico, terapia, estudos e pareceres de peritos^(229, 343). O cálculo da cobertura de internação hospitalar no Brasil, de acordo com o Decreto do Ministério da Saúde N°1.101 de 12 de junho de 2002 – que define os parâmetros de assistência hospitalar e ambulatorial do Sistema Nacional de Saúde, considera que, em geral, 7 a 9% da população brasileira necessita de internação durante o ano, em uma determinada região^(229,343).

Em relação à necessidade de leitos hospitalares, a OMS propõe uma taxa de 3 a 5 camas de hospital para cada mil habitantes. No Brasil, de acordo com os parâmetros de assistência hospitalar, a necessidade de leitos hospitalares é estimado como segue: um) Total dos leitos hospitalares = 2.5 a 3 camas de hospital para cada 1.000 habitantes; b) leitos de UTI: é calculado, em média 4% a 10% do total de leitos hospitalares (média relacionada aos municípios grandes, regiões, etc.) (343,231,347).

No período de 1990 a 2009, houve uma redução de 39% do número de leitos hospitalares no Brasil e, desde o início do novo milênio, não alcança a taxa que a OMS propõe, de 3 a 5 camas de hospital para cada mil habitantes (quadro 2).

Quadro 2. Leitos Hospitalares no Brasil (Distribuição por 1.000 habitantes).

Leitos Hospitalares por Região						
Ano	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro Oeste	Brasil
1990	2,15	2,92	4,2	4,18	4,49	3,71
1992	2,25	3,06	4,1	3,98	4,19	3,66
1999	2,24	2,74	3,03	3,31	3,46	2,96
2002	2,05	2,5	2,75	3,08	3,05	2,7
2005	1,85	2,27	2,44	2,76	2,62	2,41
2009	1,84	2,02	2,35	2,65	2,32	2,26

Fonte: IBGE, Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária, (apud Brazil, Ministério da Saúde, 2011).

Considerando a dificuldade de definir o número de leitos hospitalares necessários para a admissão de pacientes com câncer com necessidades de cuidados paliativos no Brasil, o grupo de pesquisa decidiu verificar o número de leitos hospitalares para internação clínica utilizados diariamente para internação desses pacientes. Dados sobre a internação de pacientes com câncer, como o tempo médio de permanência e mortalidade hospitalar, foram usados.

Os registros de internações hospitalares de pacientes com câncer, mortalidade hospitalar e registo nacional de mortalidade, rede de hospitais, leitos hospitalares e a distribuição dos pacientes nas instituições hospitalares habilitadas para realizar o procedimento “tratamento de intercorrências clínicas de paciente com câncer” foram obtidos do banco de dados do Departamento de Informática do Ministério da Saúde (DATASUS). Séries históricas de hospitalização relacionadas com causas de doenças no Brasil durante este período (2008-2016), de acordo com a 10ª revisão da classificação internacional de doenças (CID-10), também foram calculados⁽¹⁹⁵⁾.

Para identificar as unidades hospitalares que registraram a admissão de pacientes com câncer e o número de leitos hospitalares utilizados, foram analisados os bancos de dados do Sistema Nacional de Informações Hospitalares (SIH-SUS) e do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES-DATASUS).

A estimativa do tamanho da população brasileira vivendo com câncer que necessita de cuidados paliativos foi baseada em modelos da OMS, Gomez-Batiste, Higginson e o parâmetro brasileiro do Ministério da Saúde (MS). Dados sobre o número e as causas das mortes foram derivados de dados de registro nacional de mortalidade^(349,350,231).

Os seguintes modelos de simulação assumiram os dados de mortalidade para estimar as necessidades de cuidados paliativos: 1) OMS: pelo menos 80% dos pacientes com câncer terminal necessitará de cuidados paliativos; 2) Gomez-Batiste: 60% das mortes; e 3) Higginson: número de pessoas com causas selecionadas de morte (diagnósticos de câncer e não-oncológicas), multiplicadas pela prevalência de sintoma padrão (estimada a partir de revisões sistemáticas). Aqui usamos a prevalência de dor de estudos internacionais.

O parâmetro brasileiro usa dados de admissão hospitalar de pacientes com câncer para tratamento de intercorrência clínica relacionada com a doença de base^(350,205,124).

Análise Estatística

Foram utilizadas análises estatísticas descritivas como intervalo de variação, proporções e médias e outros indicadores que podem servir como parâmetros para outros estudos. Considerando tratar-se de uma amostra intencional, não uma probabilidade, a inferência estatística não foi realizada.

Resultados

Em 2004 foram registradas no Brasil 1 milhão de óbitos (1.024.073 mortes), sendo a primeira causa de mortes as doenças cardiovasculares com 285.543 (27,9%), seguido das neoplasias com 140.801 (13,7%) mortes; causas externas 127.470 mortes (12,4%); e doenças respiratórias 102.168 mortes (10%). No estudo, as principais causas de morte foram agrupadas, com exceção das causas maternas e externas, resultando em 528.512 causas supostamente passíveis de paliativo (quadro 3).

Em 2014, 1.227.039 mortes foram registradas no Brasil: as doenças cardiovasculares, com 340.284 (27,7%) mortes; seguido por Neoplasias, com 201.968 (16,5%) mortes; causas externas, com 156.642 (12,8%); e doenças respiratórias, com 139.045 (11,3%) mortes, resultando em 681.297 (55,5%) provoca, com indicação dos cuidados paliativos. Em conclusão, entre 2004 e 2014, as necessidades de cuidados paliativos tiveram um aumento de 28,9% no Brasil (quadro 3).

Quadro 3. Necessidades de Cuidados Paliativos no Brasil (2004 and 2014).

Ano	População (milhão hab)	Total mortalidade	Doença Cardiovascular	Câncer	Doenças Respiratorias	Causas Externas
2004	182,9	1,024,073	285,543 (27.9%)	140,801 (13.7%)	102,168 (10%)	127,470 (12.4 %)
2014	202,8	1,227,039	340,284 (27.7%)	201,968 (16,5%)	139,045 (11,3%)	156,642 (12,8%)

Fonte: ¹Sistema Nacional de Informação de Mortalidade do SUS (SIM - DATASUS) (Brasil, Ministério da Saúde, 2017a); ²Maciel *et al* (2006); ³Comparação dos Autores.

Unidades hospitalares com registro de admissão de pacientes com câncer para tratamento de intercorrências clínicas: análise de dados

Estudo realizado pelos autores, através do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), sobre os recursos hospitalares, durante o mês de junho de 2017, mostrou que, no Brasil, naquela época, (considerando que o registro é atualizado mensalmente), havia um total de 6.498 hospitais, sendo 5077 (78,1%) hospitais gerais, 991 (15,2%) hospitais especializados e 430 (6,7%) hospitais-dia. Em relação aos leitos hospitalares, observou-se um total de 438.230 leitos, sendo 304.692 (69,5%) dos leitos do SUS e 133.538 (30,5%) não SUS, incluindo todos os tipos de leitos: geral, especializado, unidade de terapia intensiva (UTI), longa permanência, hospital-dia, psiquiátrico, obstétrico, pediátrico, etc^(346,354).

Entre 2008 e 2016, foram registradas no Sistema de Informação Hospitalar do SUS (SIH-SUS) 1,7 milhões de internações hospitalares para tratamento da intercorrência clínica de paciente com câncer. Estas admissões foram identificadas em 3.374 diferentes unidades de saúde em todo o país.

Dessas 3.374 unidades hospitalares, foram identificados aquelas que haviam registrado pelo menos 60 internações/ano (5 internações por mês). Isto resultou em 432 hospitais. Entre 2008 e 2016, uma média de 91% de todas as internações para tratamento da intercorrência clínica do paciente com câncer foram registradas em 380 hospitais, em média (quadro 4).

Quadro 4. Internações hospitalares de pacientes com câncer (para tratamento de intercorrências clínicas).

Ano	Nº admissões	Nº hospitais admitindo pacientes	Hospitais c/60 ou + admissões/ano	Nº pacientes c/ câncer admitidos nos hospitais selecionados (60 ou + admissões/ano)	% pacientes c/câncer admitidos nos hospitais selecionados
2008	131.468	1.542	300	118.756	90%
2009	150.482	1.691	335	135.039	90%
2010	162.123	1.799	368	145.028	89%
2011	174.822	1.807	373	158.807	91%
2012	192.772	1.820	387	175.984	91%
2013	209.216	2.016	394	191.011	91%
2014	220.713	2.069	409	201.149	91%
2015	237.647	2.083	419	217.603	92%
2016	242.151	2.083	432	222.130	92%
Total/ Média	1.721.394		380	1.565.507	91%

Fonte: Sistema de Informação Hospitalar do SUS (SIH-SUS) (Brasil, Ministério da Saúde, 2017b).

No período de 2008 a 2016, uma média de 187,8 mil mortes por câncer foram registados no sistema nacional de informação de mortalidade. A estimativa de pessoas que morreram com necessidades de cuidados paliativos variou: 112,7 mil (Gomez-Batiste³⁴⁹), 149,2 mil (OMS) e 155,1 mil (Higginson IJ³⁵⁰) (quadro 5).

Quadro 5. Necessidades de Cuidados Paliativos de acordo com o total de mortes por câncer/ano.

Ano	Total Mortes p/ câncer/ano (A)	Estimativa de Necessidades de Cuidados Paliativos		
		OMS (A*0.8)	Gomez-Batiste (A*0.6)	I J Higginson (A*0,84)
2008	167.677	134.142	100.606	140.849
2009	172.255	137.804	103.353	144.694
2010	178.990	143.192	107.394	150.352
2011	184.384	147.507	110.630	154.883
2012	191.577	153.262	114.946	160.925
2013	196.954	157.563	118.172	165.441
2014	200.979	160.783	120.587	168.822
2015	209.780	167.824	125.868	176.215
Total	1.502.596	1.034.253	901.556	1.262,181
Média	187.825	149.216	112.695	155.138

Fonte: Sistema Nacional de Informação de Mortalidade do SUS (SIM-SUS/ DATASUS) (Brasil, Ministério da Saúde, 2017a).

No mesmo período, foram registradas 660,8 mil hospitalizações por ano, de pacientes com câncer, dos quais 7,9% (52.208) resultaram em morte. A estimativa de pacientes que necessitaram de cuidados paliativos no final da vida variou de: 31,3 mil (Gomez-Batiste³⁴⁹), 41,7 mil (OMS) e 43,8 mil (Higginson IJ350) (quadro 6).

Quadro 6. Necessidades de Cuidados Paliativos Oncológicos (de acordo c/ mortalidade hospitalar/ano).

Ano	Internação Hospitalar Paciente Oncológico	Mortalidade Hospitalar Paciente Oncológico (A)	Estimativa de Necessidades de Cuidados Paliativos		
			OMS (A*0.8)	Gomez-Batiste (A*0.6)	I. J. Higginson (A*0,84)
2008	546.255	39.168	31.334	23.501	32.901
2009	575.876	44.129	35303	26.477	37.068
2010	605.405	46.937	37.550	28.162	39.427
2011	624.663	49.023	39.218	29.414	41.179
2012	655.357	51.642	41.314	30.985	43.379
2013	692.401	55.340	44.272	33.204	46.486
2014	726.216	57.680	46.144	34.608	48.451
2015	756.307	62.147	49.718	37.288	52.203
2016	764.976	63.803	51.042	38.282	53.595
Total	5.947.456	469.869	375.895	281.921	394.690
Average	660.828	52.208	41.766	31.325	43.854

Fonte: Sistema de Informação Hospitalar do SUS (SIH-SUS) (Brasil, Ministério da Saúde, 2017b).

Os estudos do Ministério da Saúde do Brasil estimam que 90% dos pacientes com câncer internados em hospital para tratamento de intercorrência clínica deve ser considerado com necessidades de cuidados paliativos. Este parâmetro é dirigido à morbidade e não mortalidade.

No período de 2008 a 2016, aproximadamente 191,3 mil hospitalizações por ano, de pacientes com câncer, foram registradas, dos quais 22% (42.097) resultaram em morte. A estimativa de pacientes que necessitaram de cuidados paliativos no final da vida variou de: 25,3 mil (Gomez-Batiste³⁴⁹), 33,7 mil (OMS) e 35,4 mil (Higginson IJ³⁵⁰) (Quadro 7).

Pelo parâmetro brasileiro que usa dados de admissão hospitalar e não os dados de mortalidade, a estimativa foi a seguinte: 154,9 mil pacientes com câncer que foram admitidos para tratamento de intercorrências clínicas necessitavam de cuidados paliativos, não necessariamente de final de vida, considerando que esses pacientes estavam em diferentes estágios da doença (quadro 7).

Quadro 7. Internação hospitalar de paciente com câncer (para tratamento de intercorrência clínica).

Ano	Internação Hospitalar (A)	Mortalidade Hospitalar (B)	Estimativa da Necessidade de Cuidados Paliativos			
			OMS (B*0,8)	Gomez-Batiste (B*0,6)	I. J. Higginson (B*0,84)	Parâmetro Brasil (A*0,9)
2008	131.468	29.500	23.600	17.700	24.780	118.321
2009	150.482	34.771	27.817	20.863	29.208	135.434
2010	162.123	36.742	29.394	22.045	30.863	145.911
2011	174.822	38.720	30.976	23.232	32.525	157;340
2012	192.772	41.668	33.334	25.001	35.001	173.495
2013	209.216	45.515	36.412	27.309	38.233	188;294
2014	220.713	47.364	37.891	28.418	39.786	198;642
2015	237.647	51.633	41.306	30.980	43.372	213;882
2016	242.151	52.958	42.366	31.775	44.485	217;936
Total	1.721.394	378.871	303.097	227.323	318.252	1.549.255
Média	191.266	42.097	33.677	25.258	35;361	172.139

Fonte: Sistema de Informação Hospitalar do SUS (SIH-SUS) (Brasil, Ministério da Saúde, 2017b).

No período de 2008 a 2016, uma média de 4.181 leitos clínicos hospitalares foram utilizados por dia para o tratamento de intercorrência clínica de pacientes com câncer. Ao analisar a variação da utilização dos leitos hospitalares por região, achamos que, no total, houve um aumento de 55% dos leitos usados

no período de 2008 a 2016. A maior variação ocorreu na região norte (96%), seguido do Nordeste (66%) e sudeste (60%). As menores variações foram observadas nas regiões de Midwest (45%) e no Sul (33%) (quadro 8).

Quadro 8. Leitos clínicos hospitalares utilizados por dia para internação de pacientes oncológicos (para tratamento de intercorrência clínica).

Região	Ano									Variação
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	
Centro-Oeste	213	253	247	220	242	245	252	274	309	45%
Nordeste	648	749	747	711	787	902	959	1046	1074	66%
Norte	126	165	194	193	198	219	219	235	247	96%
Sudeste	1491	1714	1817	1843	2040	2200	2288	2426	2388	60%
Sul	732	811	788	784	819	901	955	984	972	33%
Brasil	3210	3692	3793	3751	4087	4468	4674	4965	4989	55%

Fonte: Sistema de Informação Hospitalar do SUS (SIH-SUS) (Brasil, Ministério da Saúde, 2017b).

Serviços de Cuidados Paliativos Disponíveis no Brasil

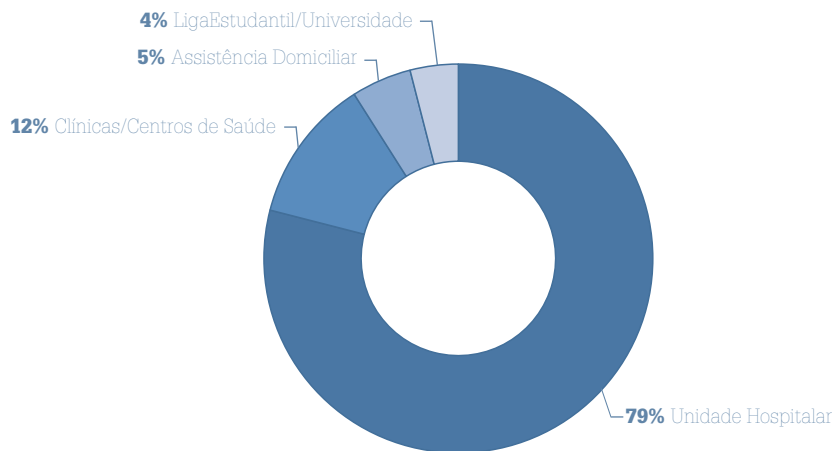
Na análise do diretório de serviços de cuidados paliativos, registrado na Academia Nacional de Cuidados Paliativos (de dezembro de 2016), foram identificadas 115 instituições. Do total de instituições cadastradas, 106 (92,2%) foram agrupadas por tipo de serviço: 84 unidades hospitalares (79,2%), 13 centros de saúde/clínicas (12,3%), 5 serviços de cuidados domiciliares (4,7%) e 4 ligas estudantis (3,8%) localizadas em Universidades (quadro 9 e figura 1).

Quadro 9. Tipos de Serviços de Cuidados Paliativos cadastrados.

Tipo de Serviço	Número	%
Unidade Hospitalar	84	79.2%
Clinicas/ Centros de Saúde (pacientes externos)	13	12.3%
Assistência Domiciliar	5	4.7%
Liga Estudantil/ Universidade	4	3.8%
Total	106	100

Fonte: Academia Nacional de Cuidados Paliativos (Brasil) (Academia Nacional de Cuidados Paliativos, 2017).

Figura 1. Distribuição de serviços de Cuidados Paliativos por tipo de unidade. Fonte: Academia Nacional de Cuidados Paliativos (Brasil), 2017.



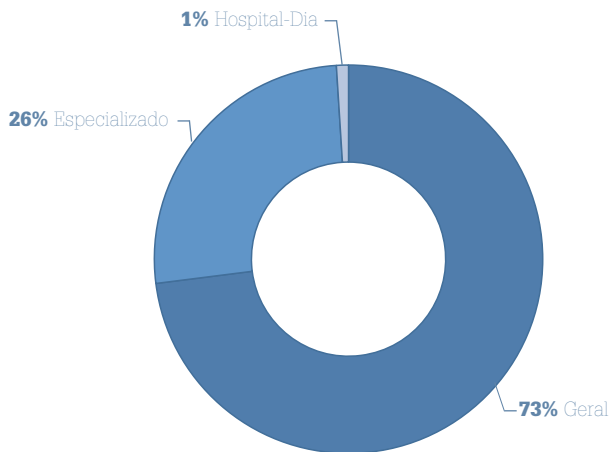
Dos 84 serviços de cuidados paliativos localizados em hospitais, 61 (73%) são hospitais gerais, 22 (26%) hospitais especializados e 1% hospitais- dia (quadro 10) (Figura 2).

Quadro 10. Distribuição de Cuidados Paliativos Hospitalar. Fonte: Academia Nacional de Cuidados Paliativos (Brasil), 2017.

Tipo de Hospital	Número	%
Geral	61	73%
Especializado	22	26%
Hospital-Dia	1	1%
Total	84	100%

Fonte: Academia Nacional de Cuidados Paliativos (Brasil, 2017).

Figura 2. Distribuição de Cuidados Paliativos Hospitalar. Fonte: Academia Nacional de Cuidados Paliativos (Brasil), 2017).



O sector hospitalar no Brasil é composto por três principais subsectores: hospitais públicos geridos pelas autoridades de saúde federal, estadual ou municipal; Hospitais particulares (a maioria sob contrato com o SUS); e hospitais filantrópicos (100).

Comparando a distribuição dos serviços de cuidados paliativos, localizados em hospitais conforme o tipo de administração, observamos que, do total de 84 serviços de registados, 47 (56%) estão em hospitais públicos, 31 (37%) em hospitais privados e 1 (1.2%) está em uma instituição filantrópica instituição. Não encontramos informações sobre 4 instituições (3 hospitais gerais e 1 hospital especializado) (quadro 11).

Quadro 11. Distribuição de Serviços de Cuidados Paliativos Hospitalares por tipo de Administração.

Serviço de Cuidados Paliativos Hospitalar		
Tipo de Administração	Number	%
Público	47	56%
Privado	31	37%
Filantrópico	1	1.2%
Sem informação	4	5%

Fonte: Academia Nacional de Cuidados Paliativos (Brasil) CNES-SUS, 2017.

Do total de instituições cadastradas no Diretório da ANCP, 96 (83,5%) estão cadastradas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do SUS (CNES-SUS), sendo que 34 (35,4%) estão localizadas em centros de referência para tratamento

de câncer. No Brasil, 73% dos serviços de cuidados paliativos estão localizadas nas regiões Sudeste e Sul (quadro 12) (figuras 3 e 4).

Quadro 12. Localização dos Serviços de Cuidados Paliativos.

Região	Número de serviços	%
Centro-Oeste	4	3%
Nordeste	24	21%
Norte	3	3%
Sudeste	64	56%
Sul	20	17%
Total	115	100%

Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde CNES-SUS, 2017).

Figura 3. Distribuição Regional de Serviços de Cuidados Paliativos no Brasil. Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do SUS, CNES-SUS, 2017).

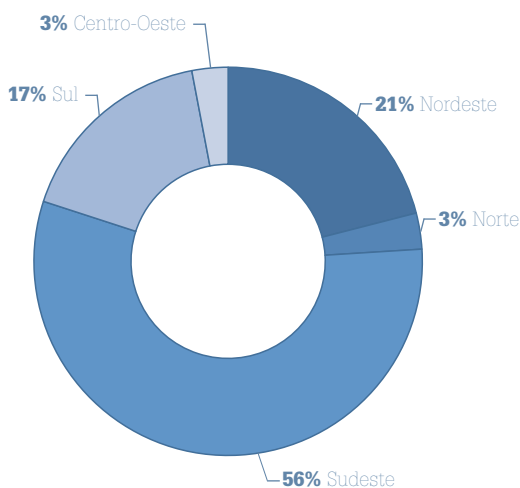


Figura 4. Distribuição Espacial dos CP no Brasil. Fonte: Academia Nacional de CP do Brasil, 2017.



Discussão

A identificação da população que necessita de cuidados paliativos, a estrutura dos serviços, incluindo o número de leitos hospitalares disponíveis e o pessoal qualificado para realizar a assistência em saúde são desafios significativos para o sistema público de saúde brasileiro. Com a simulação de parâmetros internacionais para dimensionar as necessidades de cuidados paliativos no Brasil, podemos ver onde estamos e o quanto é necessário para alcançar uma razoável organização e estrutura dos cuidados de saúde nessa modalidade de assistência.

Assim, torna-se crucial promover uma reflexão sobre o modelo de assistência existente, bem como saber a dimensão, a natureza e a gravidade das necessidades das pessoas afetadas por doenças crônicas, em relação a promoção e acesso dos cuidados integrais.

É necessário levar em consideração que todas as pessoas com doenças graves, avançada, sem chance de cura terapêutica, com limitações de vida, bem como pessoas com graves sequelas causadas por várias situações, exigem uma assistência integral que promova a melhor qualidade de vida possível com o alívio do sofrimento. A modalidade de assistência em cuidados paliativos, com sua abordagem focada nos pacientes e suas famílias, atende esta necessidade.

Conclusão

No Brasil, a organização de serviços em cuidados paliativos ainda está longe de satisfazer as necessidades da população, devido à falta de uma política estruturada, a pouca oferta de serviço de saúde nessa modalidade de assistência, a falta de profissionais qualificados e o suporte limitado para as pesquisas e estudos que permitam conhecer a necessidade para atender a demanda existente.

As pessoas que enfrentam doenças progressivas que limitam a vida, com ou sem comorbidades associadas, exigem diferentes níveis de assistência clínica, emocional, social e espiritual ao longo da trajetória da doença. Além do cuidado especificado e tratamentos relacionados com a doença subjacente, é comum que eles tenham necessidades, que são várias vezes referidas como cuidados paliativos de final-de-vida, especialmente quando eles chegarem perto do último ano de vida.

Mesmo que a maior parte dos serviços de cuidados paliativos em nosso país seja direcionado principalmente para pacientes com câncer avançado, chamamos a atenção para o fato de que a prestação dessa modalidade de assistência é considerada como sendo uma responsabilidade de todo o sistema de saúde e não somente de serviços especializados de cuidados paliativos. Para promover a dispensação dos cuidados paliativos de qualidade, o sistema de saúde tem que investir na educação e capacitação de profissionais através da sensibilização e equipes multidisciplinares de formação, bem como estabelecer uma estreita cooperação com os cuidadores, as famílias, os serviços sociais e as unidades de saúde especiais. Para estimar a demanda da população com necessidades de cuidados paliativos e a dimensão do número de serviços necessários, dados do censo de admissões hospitalares de pacientes com câncer, da mortalidade e da distribuição da rede de serviço devem ser utilizados para definir o parâmetro.

ANÁLISE DA ESCALA DE PERROCA EM UNIDADE DE CUIDADOS PALIATIVOS

Cledy Eliana dos Santos¹, Daniel Klug², Luciana Campos¹, Maristela Vargas Losekann³, Thaíse da Silva Nunes⁴, Ricardo Pedrini Cruz³

¹ Grupo Hospitalar Conceição, Hospital Nossa Senhora da Conceição, Serviço de Saúde Comunitária e Serviço de Dor e Cuidados Paliativos, Porto Alegre, RS, Brasil.

² Grupo Hospitalar Conceição, Gerência de Ensino e Pesquisa, Porto Alegre, RS, Brasil.

³ Grupo Hospitalar Conceição, Hospital Nossa Senhora da Conceição, Unidade de Cirurgia Geral e Oncologia Cirúrgica, Porto Alegre, RS, Brasil.

⁴ Grupo Hospitalar Conceição, Hospital Nossa Senhora da Conceição, Unidade de Internação de Oncologia Clínica, Oncologia Cirúrgica e Cuidados Paliativos, Porto Alegre, RS, Brasil.

Autor Correspondente: Cledy Eliana dos Santos
Hospital Nossa Senhora da Conceição, Serviço de Dor e Cuidados Paliativos
Avenida Francisco Trein 596 CEP 91350-200 Porto Alegre, RS, Brasil
Email: cledy.eliana@gmail.com

Resumo

Objetivo: Analisar a complexidade do cuidado de enfermagem com o uso da escala de Perroca em uma Unidade de Cuidados Paliativos.

Método: Estudo retrospectivo descritivo com análise quantitativa.

Resultados: Entre 2008 e 2016, foram internados 2.486 pacientes, a mediana de tempo de internação foi de 12 dias. Desses pacientes, 1.568 tiveram pelo menos uma avaliação pela escala de Perroca, classificados em cuidados mínimos ou intermediários (910, 58%), obtendo alta (602, 66%). Como cuidados semi-intensivos e intensivos, foram 658 (42%) pacientes, dentre os quais 64% morreram e apenas 36% receberam alta hospitalar.

Conclusão: A escala Perroca é uma ferramenta para identificar os pacientes com maior necessidade de cuidados e de possível prognóstico para os pacientes internados.

Descritores: Cuidados paliativos; Enfermagem oncológica; Alta do paciente; Gerenciamento clínico; Avaliação em enfermagem.

Abstract

Objective: To analyze the complexity of nursing care with use of the Perroca scale in a Palliative Care Unit.

Method: Retrospective descriptive study of quantitative analysis.

Results: Between 2008 and 2016, the total of 2,486 patients were hospitalized, and their median length of hospital stay was 12 days. Of these patients, 1,568 had at least one Perroca scale evaluation. Nine hundred and ten patients (58%) were classified as minimal or intermediate care. Of these, 602 (66%) were discharged. As semi-intensive and intensive care were classified 658 (42%) patients, of whom 64% died and only 36% were discharged.

Conclusion: The Perroca scale is a tool to identify patients with greater need for care and the possible prognosis for hospitalized patients.

Descriptors: Palliative Care; Oncology Nursing; Patient Discharge; Disease Management; Nursing Assessment.

Introdução

O Sistema de Classificação de Pacientes (SCP), amplamente utilizado nos ambientes hospitalares, é uma ferramenta gerencial para o planejamento da assistência de enfermagem. A partir da necessidade das instituições de saúde em racionalizar o trabalho, otimizando recursos humanos e materiais dispensados, o SCP foi criado com o objetivo de auxiliar esse processo, agrupando os pacientes por complexidade assistencial⁽³⁰⁶⁾.

O SCP surgiu nos Estados Unidos na década de 1960. Posteriormente, pesquisadores brasileiros criaram e validaram diferentes instrumentos de classificação que foram implementados em ambientes hospitalares, entre eles a Escala de Perroca⁽³⁰⁷⁾. Os autores enfatizavam seu uso no dimensionamento de recursos humanos em enfermagem, assegurando uma distribuição mais equitativa da assistência, aumentando a produtividade e a eficiência hospitalar⁽³⁰⁷⁾. Seu uso é recomendado pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) desde 2004⁽³⁰⁸⁾. O instrumento de Classificação de Pacientes de Perroca⁽³⁰⁷⁾ possui 13 indicadores críticos baseados nas necessidades humanas básicas⁽³⁰⁹⁾, os quais estão demonstrados na quadro 1.

A escala de Perroca⁽³⁰⁷⁾ foi implementada no Grupo Hospitalar Conceição em 2008 por orientação da Comissão de Gerenciamento de Risco, para ser aplicada na admissão do paciente nas unidades de internação, devendo ser atualizada a cada 7 dias e em caso de mudança significativa do quadro clínico. O score final da escala é distribuído em quatro classes correspondentes aos tipos de cuidados: mínimos, intermediários, semi-intensivos e intensivos. A escala é preenchida eletronicamente e integrada ao prontuário do paciente. O aumento da pontuação tem como significado a maior necessidade de cuidado.

Quadro 1. Escala de Perroca⁽²⁾.

Indicadores	Pontos				
	1	2	3	4	5
1- Estado Mental e Nível de Consciência	1	2	3	4	5
2 – Oxigenação	1	2	3	4	5
3 - Sinais Vitais	1	2	3	4	5
4 - Nutrição e Hidratação	1	2	3	4	5
5 - Motilidade	1	2	3	4	5
6 - Locomoção	1	2	3	4	5
7 - Cuidado Corporal	1	2	3	4	5
8 - Eliminações	1	2	3	4	5
9 - Terapêutica	1	2	3	4	5
10 - Educação à Saúde	1	2	3	4	5
11- Comportamento	1	2	3	4	5
12 - Comunicação	1	2	3	4	5
13 - Integridade Cutâneo-Mucosa	1	2	3	4	5
Escore é a soma das pontos atribuídos aos indicadores					
Cuidados Mínimos	13 a 26				
Cuidados Intermediários	27 a 39				
Cuidados Semi-intensivos	40 a 52				
Cuidados Intensivos	53 a 65				

Fonte: Perroca MG, Gaidzinski RR., 1998.

Os instrumentos de classificação de pacientes (ICP) destacam-se como norteadores do processo de tomada de decisão no gerenciamento do cuidado⁽⁵⁾, no entanto, sua utilização na prática profissional do enfermeiro não tem sido objeto de investigação na produção nacional, e sim as avaliações do perfil assistencial e da carga de trabalho⁽³¹¹⁾.

O objetivo do presente artigo é apresentar uma análise retrospectiva descritiva das internações na Unidade de Cuidados Paliativos do Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC), avaliando a complexidade do cuidado pela escala de Perroca⁽³⁰⁷⁾ e as altas e os óbitos ocorridos no período.

Método

Trata-se de um estudo retrospectivo descritivo com abordagem quantitativa. As variáveis contínuas foram descritas por meio da média e do desvio padrão ou de mediana (intervalo interquartil) e as variáveis categóricas, pelas frequências absolutas e percentuais.

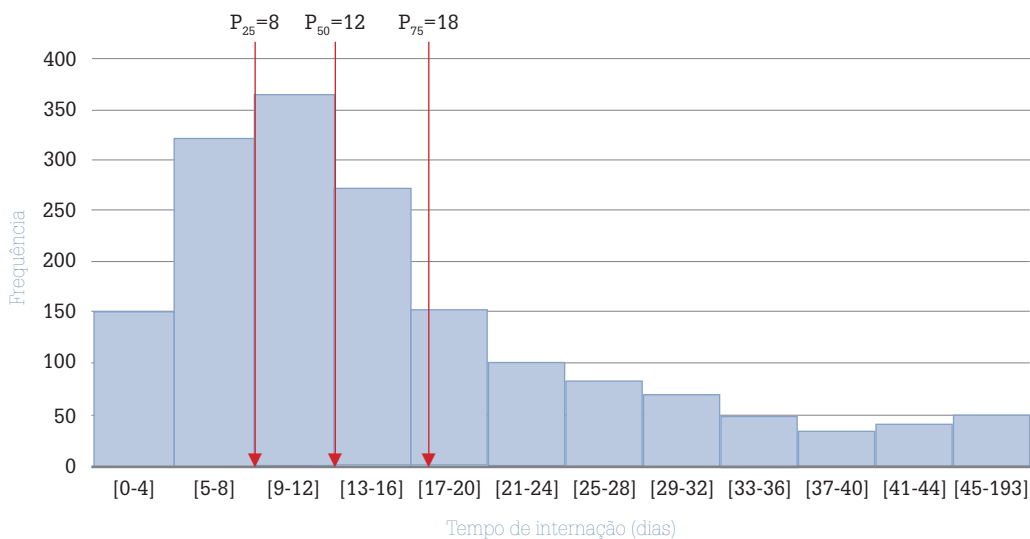
A partir dos bancos de dados hospitalares dos pacientes internados na Unidade de Cuidados Paliativos no Hospital Nossa Senhora da Conceição, entre janeiro de 2008 a dezembro de 2016, foram analisados: idade, sexo, classificação pela escala de Perroca⁽³⁰⁷⁾, tempo de internação, internações prévias e data de alta/óbito. Na Unidade de Cuidados Paliativos, os pacientes são internados com diagnóstico de câncer com estadiamento avançado e expectativa de vida inferior a 6 meses.

O projeto de pesquisa foi aprovado pela Comissão de Ética em Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição, sob o Parecer n. 533.468, de 05/02/2014.

Resultados

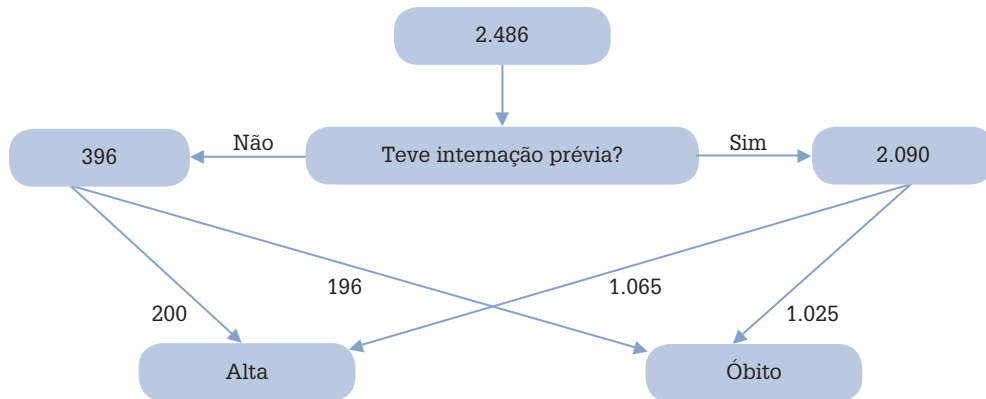
De 2008 a 2016 foram internados 2.486 pacientes na Unidade de Cuidados Paliativos e a mediana do tempo de internação foi de 12 dias. A figura 1 ilustra o número de pacientes internados em relação aos dias hospitalizados e destaca os valores de P25 e P75. O tempo de internação de 75% dos pacientes está abaixo de 18 dias, 50% dos pacientes internados nos períodos ficaram hospitalizados 10 dias e existem pontos discrepantes que estão concentrados na última categoria, que corresponde ao tempo de 45 a 193 dias e totaliza 48 pessoas.

Figura 1. Tempo de internação - 2008 a 2016. Fonte: Bancos de dados hospitalares dos pacientes internados na Unidade de Cuidados Paliativos do HNSC.



Na figura 2, observa-se a existência de internações prévias e os desfechos (alta/óbito) e suas distribuições de frequência absoluta e relativa. Verifica-se que, independentemente de internação prévia, 50% dos pacientes tiveram desfecho de alta, e, no caso de internação prévia, 51% apresentaram tal desfecho.

Figura 2. Distribuição dos pacientes internados na Unidade de Cuidados Paliativos 2008 a 2016. Fonte: Bancos de dados hospitalares dos pacientes internados na Unidade de Cuidados Paliativos do HNSC.



Do total das internações registadas, 1.568 tiveram pelo menos uma avaliação pela Escala de Perroca⁽³⁰⁷⁾. Medidas descritivas da distribuição dos dados analisados estão representados na Quadro 1. Durante o período analisado, observa-se que mais de 50% dos pacientes internados no nosso serviço obteve alta hospitalar.

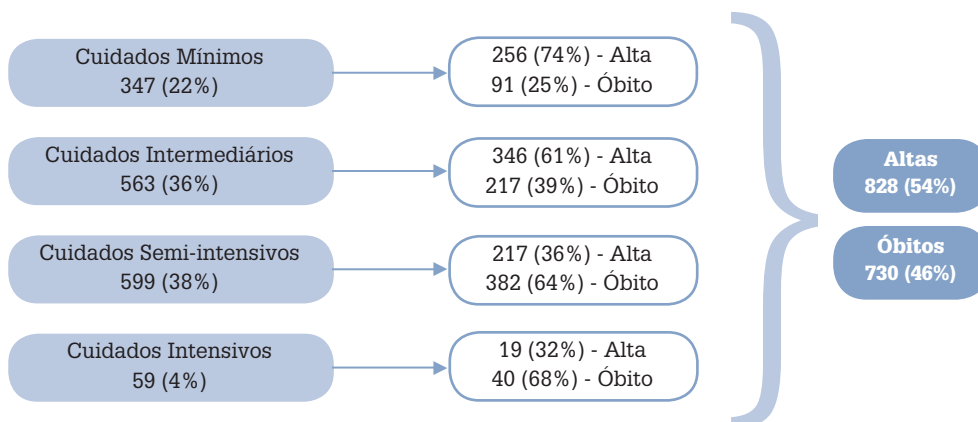
A Figura 3 apresenta a distribuição das categorias de cuidado pela escala de Perroca⁽³⁰⁷⁾. Entre os pacientes que tiveram alta, 582 (70%) necessitaram de cuidados semi-intensivos, intermediários ou intensivos. Os que foram classificados como cuidados mínimos ou intermediários representaram 56% dos pacientes, e cerca de 66% deles obtiveram alta. Os pacientes classificados como cuidados semi-intensivos e intensivos representaram 42% dos dados analisados, destes, 64% morreram e apenas 36% receberam alta hospitalar. Portanto, destaca-se a observação de que os pacientes com cuidados intermediários e mínimos são os que têm maior percentual de altas e que os que são classificados em cuidados intensivos e semi-intensivos apresentam maior percentual de óbitos.

Quadro 1. Dados da população - Porto Alegre, RS - Brasil, 2008 a 2016.

Variáveis	N = 1.568 pacientes (mediana e percentis)
Idade (anos)	62,5 ± 13,3
Sexo	
Feminino	808 (51,5%)
Masculino	760 (48,5%)
Tempo de internação (dias)	12, (8-18)1
Desfecho	
Óbito	730 (46,5%)
Alta	838 (53,4%)

Fonte: Bancos de dados hospitalares dos pacientes internados na Unidade de Cuidados Paliativos do HNSC.

Figura 3. Distribuição pela Escala de Perroca. Fonte: Bancos de dados hospitalares dos pacientes internados na Unidade de Cuidados Paliativos do HNSC.



Discussão

Os Cuidados Paliativos consistem em fornecer um cuidado integral para pacientes cuja doença é progressiva e incurável. Propiciar o controle da dor e dos outros sintomas, bem como o alívio dos problemas psicológicos, sociais e espirituais, é fundamental. O objetivo dos Cuidados Paliativos é proporcionar a melhor qualidade de vida possível para os pacientes e seus familiares⁽³¹²⁾. Nesse cenário, propiciar a alta hospitalar para que os últimos momentos dos pacientes sejam em convivência no seu lar, com seus familiares, é um dos principais objetivos da equipe assistencial desse hospital. Identificar os pacientes com maior probabilidade de receber alta pode auxiliar nas políticas institucionais para prover os recursos necessários e a articulação com a rede de atenção à saúde da cidade. Um processo de alta em Cuidados Paliativos integrando cuidados multiprofissionais, já presente em outros países⁽³¹³⁻³¹⁴⁾, é uma tendência que vem sendo discutida em diversos serviços. Para que essa prática seja alcançada, é preciso um espaço de registro das informações como elo de integração do cuidado, o que a escala Perroca⁽³⁰⁷⁾ proporciona.

A decisão pela alta hospitalar em Cuidados Paliativos é complexa, pois muitos pacientes têm uma sobrevida de algumas semanas⁽³¹⁵⁾. Em estudo avaliando pacientes crônicos com internação de pelo menos 30 dias, 45% apresentavam necessidades específicas que impediam a alta hospitalar e, entre estes, 88% necessitavam de cuidados de enfermagem e terapias de suporte à vida⁽³¹⁶⁾. A classificação pela a escala Perroca⁽³⁰⁷⁾ permitiu a identificação de pacientes que apresentam maiores necessidades de cuidados pela equipe de saúde, e também aqueles com maior probabilidade de receber alta ou morrer naquela internação.

No presente estudo, verificou-se, através da escala Perroca⁽³⁰⁷⁾, que 70% dos pacientes com alta hospitalar necessitaram de Cuidados Intermediários, Semi-Intensivos e Intensivos. Em estudo semelhante realizado em um hospital terciário em Porto Alegre numa enfermaria de Medicina Interna e especialidades, em 68% das avaliações os pacientes foram classificados como necessitando de Cuidados Mínimos⁽³¹⁷⁾. Tal diferença é explicada pela gravidade dos pacientes em Cuidados Paliativos, portadores de inúmeras comorbidades e com deterioração progressiva da performance física⁽³¹⁵⁾, fatores que podem ser um entrave para a alta hospitalar.

Após a alta, a equipe multiprofissional de Cuidados Paliativos deixa de atuar no cuidado diário do paciente, um processo denominado transição de cuidado.

Nos 6 últimos meses de vida, as transições são comuns, e as falhas no planejamento da alta hospitalar estão associadas à diminuição da qualidade de vida dos pacientes⁽³¹⁸⁾.

Os instrumentos de classificação de pacientes, entre eles a escala de Perroca⁽³⁰⁷⁾, foram delineados para a tomada de decisão gerencial quanto ao dimensionamento da equipe de enfermagem^(311,319) ou para o planejamento do cuidado durante a internação hospitalar^(5,11). Não localizamos na literatura nacional evidências do seu uso para a classificação das necessidades de cuidado em Unidades de Cuidados Paliativos ou no planejamento da alta hospitalar⁽³²⁰⁾.

Existem algumas limitações no presente estudo. O estudo é retrospectivo e não faz o levantamento de outros fatores de risco que pudessem interferir na probabilidade dos pacientes apresentarem óbito ou alta, como estadiamentos, tipos de neoplasias, motivo da internação. Entretanto, o trabalho faz uma inferência de uma possível aplicação da escala Perroca⁽³⁰⁷⁾, para identificar pacientes com maiores probabilidades de óbito ou alta. Para o nosso conhecimento, este é o primeiro estudo que avalia a escala com possível uso para estabelecer prognósticos de pacientes internados em cuidados paliativos. Serão necessários estudos prospectivos e mais bem delineados para poder confirmar a hipótese levantada.

Conclusão

O processo de alta hospitalar é complexo para pacientes em Cuidados Paliativos, que têm uma expectativa de vida curta e apresentam diversas necessidades a serem atendidas. O presente estudo demonstra a importância do uso de instrumentos de classificação, como a escala Perroca, como ferramenta para identificar os pacientes com maior necessidade de cuidados, e é o primeiro a abordar seu possível uso como ferramenta de prognosticação de pacientes internados com câncer avançado.

— CUIDADOS PALIATIVOS NO BRASIL: PRESENTE E FUTURO

Cledy Eliana dos Santos^{1,2,5}, Luciana Silveira Campos^{1,6}, Newton Barros¹, José Américo Serafim⁴, Ricardo Pedrini Cruz¹, Daniel Klug³

¹ Serviço de Dor e Cuidados Paliativos. Hospital Nossa Senhora da Conceição - Grupo Hospitalar Conceição - Porto Alegre, Brasil.

² Serviço de Saúde Comunitária – Grupo Hospitalar Conceição - Porto Alegre, Brasil.

³ Gerência de Ensino e Pesquisa – Grupo Hospitalar Conceição - Porto Alegre, Brasil.

⁴ Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde - Ministério da Saúde - Brasília, Brasil.

⁵ Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde – Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Porto, Portugal.

⁶ Instituto de Saúde de Pública da Universidade do Porto - Faculdade de Medicina da Universidade do Porto - Porto, Portugal.

Autor responsável: Cledy Eliana dos Santos

Avenida Francisco Trein 596 CEP 91350-200 Porto Alegre, RS, Brasil

Tel: + 5551 3357 2140 Fax: +5551 3255 1744 Email: cledy.eliana@gmail.com

Resumo

Objetivo: Estimar os pacientes que se beneficiariam de Cuidados Paliativos, os recursos humanos e serviços necessários utilizando a projeção da população brasileira até 2040.

Método: As estimativas e projeções populacionais e de mortalidade foram obtidas nos dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística e do Sistema Único de Saúde. As estimativas de estrutura de serviços e recursos humanos foi realizada a partir de dados da literatura.

Resultados: A expectativa de aumento da população brasileira entre 2000 e 2040 é de 31,5%. A estimativa mínima de pacientes com necessidades de Cuidados Paliativos foi de 662.065 em 2000 e 1.166.279 em 2040. O número de equipes necessárias para cada cem mil habitantes passaria 1.734 para 2.282 no mesmo período e o número de enfermeiros necessários para atender as demandas dessa população foi de 8.586 para 11.294 neste espaço de tempo.

Conclusão: É urgente a definição de uma estratégia nacional de enfrentamento do problema. Seria inexecutável a expansão da rede num curto espaço de tempo, mas a capacitação de recursos humanos já existentes em todos os níveis de atenção para desempenhar ações paliativas seria uma alternativa factível para mitigar o sofrimento da população acometida por doenças progressivas e incuráveis.

Descritores: cuidados paliativos, terminalidade, organização de serviços de saúde, estimativas de necessidades.

Summary

Objective: To estimate palliative care health care workers and service settings needs for the Brazilian population growing projection up to 2040.

Methods: Population and mortality estimates and projections were obtained from the Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Service settings were estimated from literature data.

Results: The expected increase in the Brazilian population between 2000 and 2040 is 31.5%. The minimum estimate of patients with palliative care needs was 662,065 in 2000 and 1,166,279 in 2040. Staff required for each hundred thousand inhabitants would increase from 1,734 to 2,282 and the number of nurses needed would increase from 8,586 to 11,294 in this time frame.

Conclusions: It would be impracticable to expand the network in a short time, but the training of existing human resources at all levels of attention to perform palliative actions would be a viable alternative to mitigate the suffering of the population affected by progressive and incurable diseases.

Keywords: palliative care; terminal illness; health services organization; needs estimates

Introdução

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) constituem as principais causas de morte no mundo, correspondendo a 70% dos óbitos (40 milhões de pessoas a cada ano). Aproximadamente 80% dessas mortes ocorrem em países de baixa e média renda.³²¹ No Brasil, as DCNT correspondem a aproximadamente 74% do total de mortes. Entre 2008 e 2015, as quatro DCNT priorizadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) foram doenças do aparelho circulatório, câncer, doenças respiratórias e diabetes, que representaram 60% das mortes registradas no Sistema de Informação de Mortalidade - Sistema Único de Saúde.³²²

Devido às características das DCNT, os pacientes frequentemente evoluem para condições em que não há possibilidade de cura, cujo prognóstico é o fim da vida em torno de um ano, necessitando de Cuidados Paliativos (CP);³²³ para aliviar o sofrimento provocado pela doença e melhorar a qualidade de vida.^{324,325} Apesar das evidências sugerirem que pacientes com doenças crônicas não-neoplásicas necessitam de cuidados de final de vida,³²⁴ na maioria dos países os CP são direcionados para pacientes com neoplasias terminais fora de possibilidades terapêuticas de cura.^{323, 326}

O modelo de CP envolve algumas medidas a serem tomadas muito antes do estágio final da doença.⁵ Os CP requerem identificação precoce, avaliação, tratamento impecável da dor e de outros problemas de natureza física, psicossocial e espiritual no período próximo ao óbito.³²³ Idealmente, os CP deveriam justapor-se aos tratamentos curativos nos casos de mau prognóstico, em uma abordagem integral centrada no paciente, levando em conta as necessidades existenciais, psicossociais e clínicas.³²⁵ Vários estudos têm sido realizados para estimar da população com necessidades de cuidados paliativos.^{327,193}

Usualmente as necessidades são estimadas adotando abordagens epidemiológicas ou avaliando a utilização dos serviços pela população. A abordagem epidemiológica usa mortalidade causa-específica de doenças que se beneficiariam de CP pelo tipo e frequência de sintomas que os pacientes provavelmente apresentariam na fase de final de vida. Esse método é útil para identificar todos os pacientes em Cuidados Paliativos, pois independe da oferta de Serviços.³²⁹

A primeira mensuração das necessidades de CP no Brasil foi apresentada há mais de uma década, relacionando os dados de mortalidade registrados no ano de 2004 com parâmetros internacionais.¹²⁵ Publicação brasileira recente

utilizando o registro nacional de óbitos e internações hospitalares do ano de 2014 que inclui todos os adultos que morreram naquele ano, estimou que entre 24,6% a 85,2% dos pacientes que morreram das DCNT teriam indicação de CP, dependendo do método utilizado.³³⁰ Os autores concluíram que o método mais próximo da realidade brasileira seria o que estima que 57,2%²⁴³ dos pacientes falecidos das DCNT teriam indicação de CP, o que corresponderia a 702.195 pacientes.³³⁰

O objetivo do presente trabalho é estimar o número de pacientes, os recursos humanos e estrutura de serviços necessários, utilizando a projeção de crescimento para população brasileira até 2040 e os parâmetros para estimativas de necessidades em CP propostos na literatura.

Método

Bases de dados demográficos

Os dados populacionais entre 2000 e 2015 e projeções de crescimento populacional e de mortalidade entre 2016 e 2040 foram obtidos no site do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).³³¹ Os dados de mortalidade entre 2000 e 2015 foram obtidos no Sistema de Informação de Mortalidade do Sistema Único de Saúde (SIM-SUS).³²² As variáveis utilizadas para a geração dos Quadros do SIM-SUS foram Capítulos da Classificação Internacional de Doenças, óbitos por residência, período entre 2000 e 2015.³³²

Critérios para:

1. Estimativa da população com de necessidades de Cuidados Paliativos:

A base do cálculo para a população que se beneficiaria de CP foi o número absoluto de óbitos anuais.^{322,331} A proporção mínima de pacientes correspondeu a 57,2% do número de óbitos, conforme a proposta de Murtagh²⁴³ e a máxima correspondeu a 85,2% do total de óbitos, conforme a proposta de McNamara.¹⁹³

2. Estimativa do número de leitos:

A base do cálculo para o número de leitos hospitalares necessários para a assistência de pessoas em CP foram os dados populacionais entre 2000 e 2015 e as estimativas de crescimento populacional para 2016-2040 do IBGE.³³¹ A estimativa foi realizada a partir dos parâmetros do Reino Unido,^{328,333} também utilizados em Portugal: 45 leitos hospitalares para cada milhão de habitantes.³³⁴

3. Estimativa do tipo de leito:

A base do cálculo foi o número de leitos hospitalares necessários para a assistência de pessoas em CP (45 leitos para cada milhão de habitantes)^{192,333,334} e a estimativa de tipo de leito hospitalar foi realizada conforme proposto na literatura: 30% dos leitos em hospital geral, 50% dos leitos em instituição média e longa permanência e 20% dos leitos em lares ou casas de apoio.^{192,334,335}

4. Estimativa do número de unidades de internação:

A base do cálculo para o número de unidades de internação necessárias para a assistência de pessoas em CP foi o número de leitos necessários para aquela população. Considerou-se que as unidades deveriam ter entre 10-15 leitos, conforme estimativa da literatura.³³⁴

5. Estimativa do número de equipes necessárias:

A base do cálculo para o número de equipes necessárias para a assistência de pessoas em CP foram os dados populacionais entre 2000 e 2015 e as estimativas de crescimento populacional para 2016-2040 do IBGE.³³¹ Foi considerada a necessidade de uma equipe de atenção primária/assistência domiciliar para cada 100-150 mil habitantes, conforme critérios estabelecidos na literatura.^{334,335}

6. Necessidades de profissionais com formação em CP no Brasil:

A base do cálculo para o número de profissionais com formação em CP necessários para a assistência foram dados os dados populacionais entre 2000 e 2015 e as estimativas de crescimento populacional para 2016-2040 do IBGE.³³¹ Para a estimativa do número de médicos foi considerada proposta de 25-30 médicos para cada milhão de habitantes. A base de cálculo para o número de enfermeiro foi a estimativa da necessidade do número de leitos. Utilizou-se como critério a proposta de 1 a 1,2 enfermeiro para cada leito hospitalar.³³⁴

7. Proteção de dados e questões éticas:

O projeto de pesquisa foi aprovado pela Comitê de Ética em Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição sob o número 533.468 de 05/02/2014, atendendo assim os critérios éticos em pesquisa com seres humanos, de acordo com a resolução 466/12 do Ministério da Saúde. Prescindiu de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pois utilizou dados de acesso livre do Ministério da Saúde, desvinculados da identificação do paciente.

Resultados

A projeção da população brasileira realizada para o período 2000 a 2040 pelo IBGE³³¹ mostra um crescimento de 31,5%. O quadro 1 apresenta os dados populacionais entre 2000 e 2015 e as projeções populacionais entre 2016 e 2040,³³¹ a mortalidade populacional entre 2000 e 2015 do SIM-SUS,³²² a estimativa de mortalidade entre 2016 e 2040 do IBGE³³¹ e as estimativas mínima e máxima da população que se beneficiaria de CP entre 2000 a 2040.^{243,193}

Quadro 1. População com Necessidades de Cuidados Paliativos a partir das estimativas populacionais no Brasil - 2017.

Ano	Estimativa Populacional		Mortalidade e estimativa do população com necessidades de CP		
	População Total ³³¹	1 mil pessoas/milhão	Mortalidade Total ^{322,331}	Mínima ²⁴³ (57,2%)	Máxima ¹⁹³ (85,2%)
2000	173.448.346	173.448	1.157.457	662.065	986.153
2005	185.150.806	185.151	1.147.751	656.514	977.884
2010	195.497.797	195.498	1.179.287	674.552	1.004.753
2015	204.450.649	204.451	1.242.998	710.995	1.059.034
2020	212.077.375	212.077	1.338.907	765.855	1.140.749
2025	218.330.014	218.330	1.467.921	839.651	1.250.669
2030	223.126.917	223.127	1.631.486	933.210	1.390.026
2035	226.438.916	226.439	1.823.866	1.043.251	1.553.934
2040	228.153.204	228.153	2.038.950	1.166.279	1.737.185

Fonte: IBGE, 2017.

O quadro 2 apresenta a projeção das estimativas das necessidades de leitos de CP entre 2000 e 2040 e sua distribuição por tipo de unidade assistencial, conforme dados da literatura.^{192,333,334} Os números no quadro representam a média aritmética do número mínimo e máximo de leitos estimados por milhão de habitantes. Enquanto para o ano 2000 foram estimados uma média de 7.805 leitos de internação, sendo 2342 em hospitais gerais, 3.903 em instituições de média/longa permanência e 1.561 em casas de apoio, para 2040 seriam necessários 10.267 leitos de internação, distribuídos em 3.080 leitos em hospitais gerais, 5.133 em unidades de média/longa permanência e 2.053 em casas de apoio.

Quadro 2. Estimativa de Necessidades e Distribuição de Leitos em CP por tipo de Unidade Assistencial no Brasil - 2017.

Ano	Número de leitos necessários/milhão habitantes	Distribuição dos leitos hospitalares ^{192,333,334}		
	45 leitos/milhão de habitantes ^{332,328}	Hospital Geral 30% dos leitos	Instituições de Média/Longa Permanência 50% dos leitos	Lares/Casas de Apoio 20% dos leitos
2000	7.805	2.342	3.903	1.561
2005	8.332	2.500	4.166	1.666
2010	8.797	2.639	4.399	1.759
2015	9.200	2.760	4.600	1.840
2020	9.543	2.863	4.772	1.909
2025	9.825	2.947	4.912	1.965
2030	10.041	3.012	5.020	2.008
2035	10.190	3.057	5.095	2.038
2040	10.267	3.080	5.133	2.053

Fonte: IBGE, 2017.

O quadro 3 apresenta o número médio de unidades de internação e o número de equipes necessários para o atendimento dos pacientes com necessidades de Cuidados Paliativos. As unidades de internação deveriam ter entre 10 e 15 leitos e uma equipe de atenção primária/assistência domiciliar deveria ser organizada para cada 100-150 mil habitantes.^{333,334} No quadro foi apresentada média aritmética entre o número mínimo e máximo de unidades estimadas conforme o número de leitos em cada uma delas. Para o ano 2000 foi projetado um número médio de 624 unidades e para o ano de 2040 foi projetado um número de 821 unidades de internação. O número de equipes de atenção primária/assistência domiciliar necessárias para atender a população entre 100 mil a 150 mil habitantes variou de 1.156 a 1734 equipes no ano 2000 para 1.521 a 2.282 equipes de atenção primária/assistência domiciliar.

Quadro 3. Estimativa das Unidades Necessárias para Internação em Cuidados Paliativos e número de Equipes de Atenção Primária/Assistência Domiciliar no Brasil - 2017.^{333,334}

Número de Unidades Necessárias para Internação em Cuidados Paliativos			Equipes de Atenção Primária/ Assistência Domiciliar	
Ano	População ³³¹	Leitos/Unidade*	1 Equipe/ 100 mil habitantes	1 Equipe/ 150 mil habitantes
2000	173.448.346	624	1.734	1.156
2005	185.150.806	667	1.852	1.234
2010	195.497.797	704	1.955	1.303
2015	204.450.649	736	2.045	1.363
2020	212.077.375	763	2.121	1.414
2025	218.330.014	786	2.183	1.456
2030	223.126.917	803	2.231	1.488
2035	226.438.916	815	2.264	1.510
2040	228.153.204	821	2.282	1.521

* média aritmética entre o número mínimo e máximo de unidades estimadas.

Fonte: IBGE, 2017.

O quadro 4 apresenta o número de profissionais estimados para atender a população com necessidade de cuidados paliativos.³³³ No quadro consta apenas a média aritmética entre o número mínimo e máximo de médicos e enfermeiros estimados para atender a demanda. No ano 2000 havia a necessidade de cerca de 4.770 médicos e 8.586 enfermeiros. Para o ano 2040 seriam necessários 6.274 médicos e 11.294 para atender os pacientes com necessidades de CP.

Quadro 4. Necessidades de Profissionais com Formação em CP no Brasil – 2017.³³³

Ano	População	25-30 médicos/ milhão habitantes	1 - 1,2 enfermeiro/ leito de CP
2000	173.448.346	4.770	8.586
2005	185.150.806	5.092	9.165
2010	195.497.797	5.376	9.677
2015	204.450.649	5.622	10.120
2020	212.077.375	5.832	10.497
2025	218.330.014	6.004	10.807
2030	223.126.917	6.136	11.045
2035	226.438.916	6.227	11.209
2040	228.153.204	6.274	11.294

Fonte: IBGE, 2017. Extraído e adaptado pelos autores, 2017.

Discussão

Este estudo teve como objetivo analisar as necessidades de CP a partir de dados demográficos, projeções de crescimento populacional e de mortalidade da população brasileira. Existem várias estimativas e parâmetros desenvolvidos para estimar as necessidades de CP de uma determinada população e não há consenso entre os autores a respeito de qual delas seria as mais adequadas.^{250,329,193,334} Utilizando o critério que parece mais adequado para a população brasileira, 243 no ano de 2020, 765.855 pessoas teriam indicação de CP no Brasil.

Outro estudo desse grupo analisou 1,7 milhão de hospitalizações no Brasil de pacientes internados sob o código da Classificação Internacional de Doenças - 10 (CID-10)³³⁵ “intercorrências clínicas para o tratamento do câncer” e a rede organizada para atender pacientes em CP. No Brasil estima-se que 90% dessas internações estão relacionadas com indicação potencial para CP. Entre 2008 e 2016 houve 1,7 milhões de internações sob esse CID, distribuídas em 3.374 unidades de saúde no território brasileiro, 91% delas em 380 hospitais. Em dezembro de 2016, havia 115 instituições que prestavam CP registradas na Academia Nacional de Cuidados Paliativos. Setenta e nove por cento eram unidades hospitalares, 12,3% eram clínicas/centros de saúde, 4,7% eram serviços de assistência domiciliar e 3,8 correspondiam a Ligas Universitárias.³³⁶ A capacidade instalada está muito longe de atender as necessidades da população atualmente.

Os Cuidado Paliativos entendem a morte com um processo natural da vida, não pretendem adiá-la e nem apressá-la, buscam aliviar a dor e outros sintomas angustiantes, integram aspectos psicológicos, sociais e espirituais no cuidado do paciente, disponibilizam uma rede de apoio para que o paciente viva tão ativamente quanto possível até a sua morte e apoiam a família no processo de luto.³³⁷ Além disso, estudos sugerem que a sobrevivência de pacientes em CP com neoplasia é igual ou até maior que os pacientes que recebem tratamento curativo até o final da vida, com melhores escores de qualidade de vida^{76,338} e que os CP são custo-efetivos,^{338,339} justificando o investimento em estruturas de serviços e recursos humanos. Atualmente, a capacitação de recursos humanos e disponibilização de serviços é um desafio em países de média e alta renda e que já dispõem uma rede mais organizada que a brasileira para atender essa população.^{192,333,334,340}

Conclusão

Tendo em conta o envelhecimento da população e aumento da expectativa de vida, é urgente o estabelecimento de uma estratégia nacional de enfrentamento do problema, que exigirá uma resposta do Sistema Único de Saúde já a curto prazo. Uma vez que seria inexecutável a ampliação da rede de assistência secundária e terciária num curto espaço de tempo, a capacitação de recursos humanos já existentes em todos os níveis de atenção capazes de difundir o conceito de CP em seus locais de atuação e desempenhar ações paliativas, seria uma alternativa factível na tentativa de mitigar o sofrimento da população acometida por doenças progressivas e incuráveis quando a evolução da doença torna o quadro irreversível.

NECESSIDADE DE CUIDADOS PALIATIVOS NO BRASIL, NA REGIÃO SUL, ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL E PORTO ALEGRE

Cledy Eliana dos Santos¹, José Manuel Peixoto Caldas², José Américo Serafim³, Newton Barros⁴, Altamiro da Costa Pereira⁵, Marcelo Eduardo Zanella Capra⁶, Airton Stein⁷, Alberto Freitas⁸, José Matias Rizzotto⁹

¹Serviço de Saúde Comunitária e Serviço de Dor e Cuidados Paliativos. Hospital Nossa Senhora da Conceição - Grupo Hospitalar Conceição.

²Departamento de Educação e Simulação Médica da Universidade do Porto - Portugal; Professor Visitante, Professor de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UNIFOR.

³Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul - DGTI.

⁴Serviço de Dor e Cuidados Paliativos. Hospital Nossa Senhora da Conceição - Grupo Hospitalar Conceição.

⁵Diretor do CINTESIS - Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde Faculdade de Medicina, Universidade do Porto, Portugal (FMUP).

⁶Serviço de Oncologia. Hospital Nossa Senhora da Conceição - Grupo Hospitalar Conceição.

⁷Serviço de Saúde Comunitária; Gerência de Ensino e Pesquisa. Hospital Nossa Senhora da Conceição - Grupo Hospitalar Conceição.

⁸CIDES - Departamento de Informação em Saúde e Ciências de Decisão, Faculdade de Medicina, Universidade do Porto, Portugal; CINTESIS - Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde, Portugal.

⁹Gerência Financeira - Sessão Faturamento do Grupo Hospitalar Conceição.

Autor Correspondente: Cledy Eliana dos Santos
Telefone: +5551 98756454 Fone: +5551 3357 2140
Fax: +5551 32551744 Email: cledy.eliana@gmail.com

Abstract

Cancer are among the leading causes of morbidity and mortality in Brazil. According to the Brazilian National Oncology Policy, cancer control should include in the health promotion, prevention, early diagnosis, treatment, rehabilitation and palliative care, following the principles of the National Health System (SUS): universality, equity and comprehensiveness of health care. In the southern region of Brazil are expected 131,800 new cases of cancer per year in the 2016/2017 biennium and an incidence rate of 521.20 cases/100 thousand men and 391.06 cases/100 thousand women. The largest proportion of diagnoses of cancer in Brazil was estimated for the State of Rio Grande do Sul. This study aimed to characterize the hospitalization of oncology patients in Brazil, southern region, Rio Grande do Sul and Porto Alegre, in the period 2008 to 2016 in order to know the target population with indication of palliative care.

Methodology: This research has a descriptive and retrospective studies of hospital admissions for cancer and the hospital procedure “treatment of clinic interurrence in oncological patient” in Brazil, southern region, Rio Grande do Sul and Porto Alegre, obtained through authorizations for hospital admission (AIH) of Information Hospital System data of National Health System (SIH/SUS), in the period 2008 to 2016. Considering the preliminary data from the National Mortality System (SIM-SUS) for the year 2015, we observed that in Brazil between 125,000 and 175,000 people who died from cancer would have indication of palliative care. Cancer palliative care needs would be between 24,000 and 33,500 in the southern region, 10,100 to 15,000 in Rio Grande do Sul and of 1,700 to 2,300 in Porto Alegre Conclusion: it is necessary to establish a plan of comprehensive palliative care, covering different levels of health attention, as well as, the definition of criteria and parameters for the planning and programming of actions and health services under the SUS.

Keywords: cancer, oncology palliative care needs, in patient cancer, clinical interurrences in patients with cancer, hospital beds used, place of occurrence of deaths in cancer patients

Resumo

As neoplasias estão entre as principais causas de morbidade e mortalidade no Brasil. De acordo com a Política Nacional de Atenção Oncológica, o controle do câncer deve incluir a promoção da saúde, a prevenção, diagnóstico precoce, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos, seguindo os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS): universalidade, equidade e integralidade dos cuidados de saúde. Na Região Sul do Brasil são esperados 131,8 mil novos casos de câncer/ano no biênio 2016/2017 e uma taxa de incidência de 521,20 casos/100 mil homens e 391,06 casos/100 mil mulheres. O maior número proporcional de diagnósticos de câncer no Brasil foi estimado para o estado do Rio Grande do Sul. Este estudo objetivou caracterizar as internações hospitalares de pacientes oncológicos no Brasil, Região Sul, Rio Grande do Sul e Porto Alegre, no período 2008 a 2016, de forma a conhecer a clientela com indicação de cuidados paliativos.

Metodologia:

Trata-se de estudos retrospectivos e descritivos das internações hospitalares por câncer e do procedimento hospitalar “tratamento de intercorrências clínicas em paciente oncológico”, no Brasil, Região Sul, Rio Grande do Sul e Porto Alegre obtidos por meio das autorizações de internações hospitalares (AIH) do Sistema de Internação Hospitalar do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS), no período 2008 a 2016.

Resultados:

Considerando os dados preliminares de mortalidade do ano 2015, disponibilizados pelo Sistema de Informação de Mortalidade do Sistema Único de Saúde (SIM-SUS), verificamos que no Brasil entre 125 mil e 175 mil pessoas falecidas por câncer teriam indicação de cuidados paliativos. As necessidades de cuidados paliativos oncológicos seriam entre 24 mil e 33,5 mil na Região Sul, de 10,1 mil a 15 mil no Rio Grande do Sul e de 1,7 a 2,3 mil em Porto Alegre.

Conclusão:

Torna-se necessário estabelecer um plano de atenção integral em cuidados paliativos, abrangendo os diferentes níveis de atenção, bem como a definição de critérios e parâmetros para o planejamento e programação de ações e serviços de saúde no âmbito do SUS.

Palavras-chave: câncer, necessidades de cuidados paliativos oncológicos, internações hospitalares de pacientes com câncer, intercorrências clínicas em pacientes com câncer, leitos hospitalares utilizados, local de ocorrência dos óbitos em pacientes de câncer

Introdução

A transição epidemiológica e demográfica verificada no Brasil nas últimas 4 décadas vem modificando o cenário de morbimortalidade. Passando de um perfil com predominância de doenças infecciosas, típico de um país em desenvolvimento, para um aspecto no qual as enfermidades crônicas estão aumentando de forma significativa, principalmente os quatro principais grupos de doenças: circulatórias, oncológicas, respiratórias crônicas e diabetes e suas sequelas como resultado do aumento da expectativa de vida e do aumento do percentual de idosos^(43, 250, 251, 252).

Essa mudança do perfil epidemiológico e demográfico está sendo mais evidente no estado do Rio Grande do Sul. De acordo com os dados do Censo 2010, das 20 cidades brasileiras com maior concentração de pessoas com mais de 60 anos, 18 são gaúchas. Porto Alegre é a capital brasileira que concentra o maior número de idosos e, também, a maior população de pessoas maiores de 80 anos^(253, 254).

Situação do Câncer no Brasil, Região Sul, Rio Grande do Sul e Porto Alegre

As neoplasias estão entre as principais causas de morbidade e mortalidade no Brasil. De acordo com a Política Nacional de Oncologia, o controle do câncer deve incluir a promoção da saúde, a prevenção, diagnóstico precoce, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos, seguindo os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS): universalidade, equidade e integralidade dos cuidados de saúde⁽⁴²⁾.

No período 2014/2015 foram estimados aproximadamente 576.000 novos casos por ano e registados cerca de 202.000 mortes relacionadas com a doença^(255, 256).

Para o biênio 2016-2017, segundo projeção do Instituto Nacional do Câncer (INCA), foi estimado para o Brasil a ocorrência anual de aproximadamente 600 mil casos novos de câncer, com uma taxa de incidência de 298,13/100 mil homens e 291,54/100 mil mulheres. Para cada ano, excluindo-se os casos de câncer de pele não melanoma (aproximadamente 180 mil casos novos), são esperados a ocorrência de 420.310 mil casos novos de câncer: 214.350 (51%) entre homens e 205.960 (49%) entre as mulheres⁽²⁵⁷⁾.

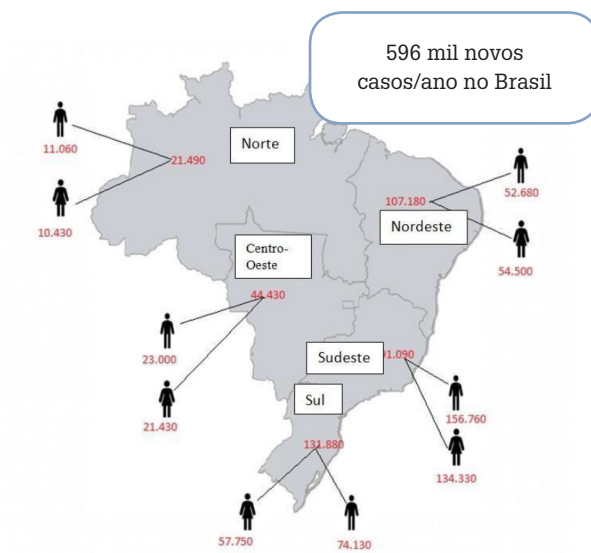
Excluindo os casos de câncer de pele não melanoma, a distribuição esperada por sexo dos tipos de câncer mais frequentes para o biênio 2016/2017 no Brasil são:

Em homens: próstata 61.200 (28,6%), traqueia, brônquio e pulmão 17.330 (8,1%), cólon e reto 16.660 (7,8%), estômago 12.920 (6,0%) e cavidade oral 11.140 (5,2%). Nas mulheres: mama 57.960 (28,1%), cólon e reto 17.620 (8,6%), colo do útero 16.340 (7,9%), traqueia, brônquio e pulmão 10.890 (5,3%) e estômago 7600 (3,7%).

O câncer de próstata é o mais incidente entre os homens em todas as Regiões do país, com 95,63/100 mil na Sul, 67,59/100 mil na Centro - Oeste, 62,36/100 mil na Sudeste, 51,84/100 mil na Nordeste e 29,50/100 mil na Norte.

Entre as mulheres o câncer de mama é o mais frequente nas Regiões Sul (74,30/100 mil), Sudeste (68,08/100 mil), Centro - Oeste (55,87/100 mil) e Nordeste (38,74/100 mil). Na região Norte, é o segundo tumor mais incidente (22,26/100 mil).

Figura 1. Casos novos de câncer no Brasil: Estimativa para 2016 e 2017. Fonte: INCA (257) Estimativa 2016: Incidência de Câncer no Brasil.



Por ordem de incidência, os principais tipos câncer que ocorrerão no país serão os de pele não melanoma, os de próstata e os de mama.

Os casos novos de câncer estimados para o Brasil no período 2016/2017 (exceto pele não melanoma) tiveram a seguinte distribuição por sexo de acordo com as 05 principais localizações primárias e as respectivas taxas de incidências por 100 mil habitantes: (Quadro 1).

Quadro 1. Casos de Câncer por localização primária, sexo e risco estimado.

Casos de Câncer por localização primária por sexo e risco estimado/100.000 habitantes - Brasil (2016/2017)					
Homens			Mulheres		
Localização primária da neoplasia maligna	Número casos novos	Taxa de Risco*	Localização primária da neoplasia maligna	Número casos novos	Taxa de Risco*
Próstata	61.200	61,82	Mama	57.960	56,2
Traqueia, brônquios e pulmões	17.330	17,49	Cólon e reto	17.620	17,1
Cólon e reto	16.660	16,84	Colo do útero	16.340	15,85
Estômago	12.920	13,04	Traqueia, brônquios e pulmões	10.890	10,54
Cavidade oral	11.140	11,27	Estômago	7.600	7,37

* Por 100 mil habitantes - Fonte: INCA 2015

As cinco principais localizações primárias de neoplasias malignas respondem por 55,6% (119.250) dos casos de câncer em homens e 53,6% (110.410) dos casos entre mulheres, excluindo os casos de pele não melanoma.

Em relação a distribuição da ocorrência de câncer por região geográfica no Brasil, verificou-se que na região Sudeste prevalecem os casos de câncer de próstata em homens e mama em mulheres semelhante ao perfil epidemiológico observado na América Latina e no Caribe⁽²⁵⁸⁾.

Na Região Sul do Brasil são esperados 131,8 mil novos casos de câncer (Figura 1), com uma taxa de incidência de 521,20 casos/100 mil homens e 391,06 casos/100 mil mulheres. Observa-se ainda na Região Sul altas taxas de risco de câncer de traqueia/brônquio/ pulmão e cólon/reto.

O câncer de próstata é o mais incidente entre os homens em todas as Regiões do país: Região Sul (95,63/100 mil), região Centro-Oeste (67,59/100 mil) na, Sudeste (62,36/ 100 mil) na, Nordeste (51,84/100 mil) na e Norte (29,50/100 mil) (Quadro 2).

O câncer de mama é o mais frequente nas mulheres das Regiões Sul (74,30/100 mil) seguido da região Sudeste (68,08/100 mil), Centro -Oeste (55,87/100 mil) e Nordeste (38,74/100 mil). Na região Norte, é o segundo tumor mais incidente (22,26/100 mil) (Quadro 3).

Quadro 2. Taxas de Incidência estimadas para 2016* para os tipos de câncer mais frequentes em homens (exceto pele não melanoma), Brasil e regiões geográficas.

Ocorrência localização primária	Brasil	Região				
		Norte	Nordeste	Centro- Oeste	Sudeste	Sul
1º	Próstata (61,82)	Próstata (29,50)	Próstata (51,84)	Próstata (67,59)	Próstata (62,36)	Próstata (95,63)
2º	Traqueia, Brônquio e Pulmão (17,49)	Estômago (11,62)	Estômago (10,67)	Traqueia, Brônquio e P u l m ã o (14,53)	Cólon e Reto (24,27)	Traqueia, Brônquio e Pulmão (35,17)
3º	Cólon e Reto (16,84)	Traqueia, Brônquio e Pulmão (8,07)	Traqueia, Brônquio e Pulmão (9,75)	Cólon e Reto (14,16)	Traqueia, Brônquio e Pulmão (19,02)	Cólon e Reto (22,35)
4º	Estômago (13,04)	Cólon e Reto (5,34)	Cólon e Reto (7,05)	Estômago (11,50)	Cavidade Oral (14,58)	Estômago (17,13)
5º	Cavidade Oral (11,27)	Bexiga (4,32)	Cavidade Oral (6,86)	Cavidade Oral (9,15)	Estômago (13,79)	Esôfago (16,86)

* Por 100 mil habitantes - Fonte: INCA 2015.

Quadro 3. Taxas de Incidência estimadas para 2016* para os tipos de câncer mais frequentes em mulheres (exceto pele não melanoma), Brasil e regiões geográficas.

Ocorrência localização primária	Brasil	Região				
		Norte	Nordeste	Centro- Oeste	Sudeste	Sul
1º	Mama feminina (56,20)	Colo do útero (22,97)	Mama feminina (38,74)	Mama feminina (55,87)	Mama feminina (68,08)	Mama feminina (74,30)
2º	Cólon e Reto (17,10)	Mama feminina (22,26)	Colo do útero (19,49)	Colo do útero (22,97)	Cólon e Reto (22,65)	Cólon e Reto (23,27)
3º	Colo do útero (15,85)	Cólon e Reto (5,89)	Cólon e Reto (8,77)	Cólon e Reto (16,93)	Colo do útero (11,30)	Traqueia, Brônquio e Pulmão (20,61)
4º	Traqueia, Brônquio e Pulmão (10,54)	Estômago (11,50)	Traqueia, Brônquio e Pulmão (7,24)	Traqueia, Brônquio e Pulmão (9,37)	Traqueia, Brônquio e Pulmão (10,56)	Colo do útero (15,17)
5º	Estômago (7,37)	Traqueia, Brônquio e Pulmão (5,07)	Estômago (6,73)	Ovário (6,96)	Corpo do útero (9,58)	Estômago (8,71)

* Por 100 mil habitantes - Fonte: INCA 2015

Os três Estados da Região Sul (Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul) ⁽²⁵⁷⁾:

- a. Concentram as maiores taxas risco de câncer de pulmão do país em ambos os sexos: 1º) Rio Grande do Sul (48,2 em homens e 27,7 em mulheres); 2º) Santa Catarina (31,99 em homens e 15,36 em mulheres) e 3º) Paraná (24,14 em homens e 16,49 em mulheres) respectivamente;
- b. Apresentam as maiores taxas de risco do país para próstata (95,63); mama feminina (74,30); traquéia, brônquios e pulmão (35,17 em homens e 20,61 em mulheres) (Quadro 4).

Quadro 4. Taxas de Incidência estimadas para 2016* para os tipos de câncer mais frequentes em homens e mulheres (exceto pele não melanoma) Brasil, Região Sul, Rio Grande do Sul e Porto Alegre.

Ordem Ocorrência	Homens				Mulheres			
	Brasil	Região Sul	Rio Grande do Sul	Porto Alegre	Brasil	Região Sul	Rio Grande do Sul	Porto Alegre
1º	Próstata (61,82)	Próstata (95,63)	Próstata (109,59)	Próstata (126,85)	Mama (56,20)	Mama (74,30)	Mama (90,2)	Mama (130,99)
2º	Traquéia, Brônquio e Pulmão (17,49)	Traquéia, Brônquio e Pulmão (35,17)	Traquéia, Brônquio e Pulmão (48,16)	Traquéia, Brônquio e Pulmão (50,89)	Cólon e Reto (17,10)	Cólon e Reto (23,27)	Cólon e Reto (29,13)	Cólon e Reto (46,66)
3º	Cólon e Reto (16,84)	Cólon e Reto (22,35)	Cólon e Reto (27,56)	Cólon e Reto (42,67)	Colo do útero (15,85)	Traquéia, Brônquio e Pulmão (20,61)	Traquéia, Brônquio e Pulmão (27,67)	Traquéia, Brônquio e Pulmão (38,13)
4º	Estômago (13,04)	Estômago (17,13)	Esôfago (20,13)	Cavidade Oral (19,0)	Traquéia, Brônquio e Pulmão (10,54)	Colo do útero (15,17)	Colo do útero (15,14)	Colo do útero (19,47)
5º	Cavidade Oral (11,27)	Esôfago (16,86)	Cavidade Oral (16,45)	Bexiga (16,67)	Estômago (7,37)	Estômago (8,71)	Sistema Nervoso Central (9,29)	Linfoma Não Hodgkin (15,04)

* Por 100 mil habitantes - Fonte: INCA 2015.

O maior número proporcional de diagnósticos de câncer no Brasil foi estimado para o estado do Rio Grande do Sul. Analisando a variação das taxas de incidência de câncer entre homens e mulheres nos anos 2008 e 2016 observamos o aumento de casos no Brasil na ordem de 21,5% em ambos os sexos. (quadro 5). Na Região Sul a taxa de incidência aumentou 38,5% na população masculina e 16,30% na população feminina⁽²⁵⁷⁾.

No Estado do Rio Grande do Sul houve um aumento de 30,7% entre os homens e 11,1% entre as mulheres. No município de Porto Alegre houve uma queda de 1.30% entre homens e 0.6% entre as mulheres⁽²⁵⁷⁾.

Quadro 5. Variação Taxa Bruta de Incidências de Câncer (2008 e 2016).

Variação Taxa Bruta de Incidências de Câncer (2008 e 2016)		
Localização Geográfica	Homens 2008/2016	Mulheres 2008/2016
Brasil	21,50%	20,90%
Região Sul	38,50%	16,30%
Rio Grande do Sul	30,70%	11,10%
Porto Alegre	-1,30%	-0,60%

Fonte: INCA (Adaptado pelos autores), 2015.

O Estado do Rio Grande do Sul (257):

- a. tem a maior estimativa de novos casos de câncer no período 2016/2017. A taxa bruta da incidência de câncer na população masculina (588,45) é 1,97 vezes maior que a nacional (298,13) e na população feminina (451,89) a taxa é 1,55 vezes maior (Quadro 6);
- b. possui o maior risco de câncer de pulmão do país em ambos os sexos (48,2 em homens e 27,7 em mulheres) e a segunda maior taxa esperada para câncer de mama (90,2 por 100 mil mulheres).

Quadro 6. Estimativas para o ano de 2016 das taxas brutas de incidência por 100 mil habitantes e do número de casos novos de câncer, segundo sexo e localização primária.

Localização Geográfica	Estimativa dos casos novos: taxas brutas de incidência por 100 mil habitantes - todas as neoplasias							
	Homens				Mulheres			
	Estados		Capitais		Estados		Capitais	
	Casos	Taxa Bruta	Casos	Taxa Bruta	Casos	Taxa Bruta	Casos	Taxa Bruta
Brasil	295.200	298,13	70.120	326,51	300.870	291,54	83.620	348,99
Região Sul	74.130	521,2	8.900	495,06	57.750	391,06	8.790	437,64
RS/Porto Alegre	32.230	588,45	3.650	530,56	26.100	451,89	4.320	543,36

* Por 100.000 habitantes - Fonte: INCA, 2015

Mortalidade por Câncer

O câncer é a segunda causa de morte da população brasileira. Contabilizando aproximadamente 208 mil óbitos em 2015⁽²⁵⁹⁾.

No período de 2008 a 2015 foram registados no Sistema de Informação de Mortalidade cerca de 1, 5 milhões mortes por câncer no Brasil. De acordo com os registos de mortalidade 19,4 % dos óbitos (292.218), são da região Sul⁽²⁵⁹⁾.

Segundo Brasil⁽¹²⁾, do total de óbitos por câncer da região Sul, no período estudado, o Rio Grande do Sul, que é o Estado com a maior taxa de mortalidade pela doença no país, respondeu por 46,6%⁽¹³⁶⁾ dos casos registados no Sistema de Informação de Mortalidade.

Em 2015 a taxa de mortalidade por câncer no Estado do Rio Grande do Sul (162,51 óbitos/100 mil habitantes) foi 1,6 vezes maior que a do Brasil (102,1 óbitos/100 mil habitantes) (quadro 7)⁽²⁵⁹⁾.

Quadro 7. Mortalidade por Câncer: Localização Geográfica Brasil, Região Sul, Rio Grande do Sul, Porto Alegre (2008 - 2015).

Mortalidade por Câncer e Taxa de Mortalidade por 100.000 habitantes								
Localização Geográfica	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Brasil	167.677 (87,54)	172.255 (89,00)	178.990 (91,56)	184.384 (93,41)	191.577 (96,15)	196.954 (97,97)	201.968 (99,61)	208.754 (102,09)
Região Sul	32.957 (119,36)	33.795 (121,31)	35.340 (125,77)	36.150 (127,57)	37.111 (129,90)	38.322 (133,08)	38.428 (132,44)	40.115 (137,24)
Rio Grande do Sul	15.875 (145,55)	15.956 (145,52)	16.551 (150,20)	16.751 (151,32)	17.192 (154,63)	17.869 (160,06)	17.783 (158,67)	18.279 (162,51)
Porto Alegre	2.498 (173,46)	2.565 (177,34)	2.606 (179,45)	2.704 (185,50)	2.623 (179,30)	2.780 (189,40)	2.684 (182,28)	2.813 (190,47)

Fonte: Sistema de Informação de Mortalidade – SUS (10, 12, 13), 2016.

De acordo com os registos do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), mais de 80% das mortes por câncer registadas no período 2008 a 2015 ocorreram em instituições hospitalares: Brasil (80,6%), Região Sul (83,0%), Rio Grande do Sul (87,8%) e Porto Alegre (89,2%) (Quadro 8).

Quadro 8. Mortalidade por câncer por local de ocorrência e localização geográfica (2008 a 2016).

Câncer: Mortalidade por Local de Ocorrência (2008 a 2015)				
Localização Geográfica	Não Oncológico		Oncológico	
	Total	Hospitalar	Total	Hospitalar
Brasil	9.366.784	6.303.902 (67,3%)	1.502.559	1.212.572 (80,7%)
Região Sul	1.461.540	1.010.774 (69,2%)	292.218	242.624 (83,0%)
Rio Grande do Sul	635.849	466.340 (73,3%)	136.256	119.602 (87,8%)
Porto Alegre	89.988	65.551 (72,8%)	21.273	18.967 (89,2%)

Fonte: SIM – SUS (Dados preliminares de 2015), 2016.

Objetivos

Este estudo objetivou caracterizar as internações hospitalares de pacientes oncológicos no Brasil, Região Sul, Rio Grande do Sul e Porto Alegre, no período 2008 a 2016, de forma a conhecer a clientela com indicação de cuidados paliativos e identificar as instituições de saúde que realizam internação hospitalar de pacientes oncológicos, em geral, e no procedimento intercorrências clínicas, bem como o número de leitos hospitalares utilizados.

Metodologia

A presente pesquisa possui uma abordagem quantitativa, com estudo do tipo descritivo exploratório de campo e documental retrospectiva.

Tratam-se de estudos descritivos das internações hospitalares por câncer e do procedimento hospitalar “tratamento de intercorrências clínicas em paciente oncológico”, no Brasil, Região Sul, Rio Grande do Sul e Porto Alegre obtidos por meio das autorizações de internações hospitalares (AIH) do Sistema de Internação Hospitalar do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS), no período 2008 a 2016.

No Brasil, o Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH- SUS) é uma base pública que disponibiliza dados administrativos de saúde com abrangência nacional, respondendo pelo registro de mais de 11 milhões de internações por ano, o que representa cerca de 80% do total de internações no país^(193, 261).

Todo o seu funcionamento é baseado na Autorização de Internação Hospitalar (AIH), com base em dados secundários do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde DATASUS - (<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0202&id=11633>).

A Autorização de Internação Hospitalar (AIH) é o instrumento de registro utilizado por todos os gestores e prestadores de serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) e apresenta como característica a proposta de pagamento por valores fixos do atendimento médico hospitalar onde estão inseridos os materiais que devem ser utilizados, os procedimentos que são realizados, os profissionais de saúde envolvidos e estrutura de hotelaria^(262, 263).

A caracterização do “Procedimento” informa o principal plano de cuidado que será realizado para o paciente durante a internação. É a descrição da intervenção ou da ação que será realizada no usuário em decorrência da hipótese diagnóstica. Cada procedimento tem atributos definidos que os caracterizam de forma exclusiva^(262, 263).

O procedimento “tratamento de intercorrências clínicas de paciente oncológico” foi incluído na Quadro de Procedimentos do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH-SUS)” e publicado na Portaria GM/MS N.º 2.413, de 23 de março de 1998⁽²⁶⁴⁾.

“Entende-se por intercorrência clínica de paciente oncológico a complicação aguda, previsível ou não, devida à neoplasia maligna ou ao seu tratamento e que necessita de internação, na modalidade hospitalar ou em hospital-dia, para controle da complicação⁽²⁶⁵⁾”. As hospitalizações para tratamento de intercorrências clínicas em pacientes oncológicos podem ser realizadas em qualquer hospital, independente da autorização para alta complexidade em oncologia. De acordo com a análise retrospectiva dos dados de internação hospitalar arquivado no Sistema de Informação Hospitalar do SUS (SIH-SUS), aproximadamente 90% das internações hospitalares registradas no procedimento “Tratamento de Intercorrências Clínicas em Paciente Oncológico”, estavam relacionadas a cuidados paliativos de pacientes terminais^(265, 266).

Foram analisados registros de internação hospitalar de pacientes oncológicos no período 2008 a 2016 e registro de óbitos de 2008 a 2015. Também foram realizadas simulações com parâmetros internacionais e nacionais para estimar a população com indicação de cuidados paliativos⁽²⁶⁵⁾.

A estimativa do número de pessoas com câncer necessitadas de cuidados paliativos no Hospital Nossa Senhora da Conceição, foi baseada em modelos da Organização Mundial da Saúde (OMS), Gomez-Batiste, Higginson e o Parâmetro Brasileiro do Ministério da Saúde (MS). Dados sobre o número e causas de óbitos foram obtidos através de registros das declarações de óbito e dados de internações hospitalares⁽²⁶⁷⁾.

De acordo com os modelos de estimativa as necessidades de cuidados paliativos foram calculadas com os seguintes parâmetros: OMS, pelo menos 80% dos pacientes terminais de câncer necessitarão de cuidados paliativos⁽²⁶⁷⁾.

Para Gomez-Batiste 60% dos doentes falecidos necessitariam de cuidados paliativos, sendo distribuídos equitativamente pelos diferentes níveis de complexidade de assistência (complexos, não complexos, intermédios)⁽²⁰⁴⁾.

Higginson⁽²⁰⁵⁾ associa o número de óbitos por causas selecionadas (diagnósticos de câncer ou outras causas) com sintoma padronizado de prevalência, calculado a partir de estudos sistemáticos. No presente estudo foi utilizado a prevalência da dor (0,84%). Os estudos brasileiros do MS estimam que 90% dos pacientes de câncer internados em hospitais para tratamento de intercorrências clínicas deveriam ser considerados como necessitados de cuidados paliativos. Este parâmetro visa a doença e não a mortalidade^(256, 265).

Os dados foram identificados, organizados e agregados de acordo com a unidade nacional, região sul do país, o estado do Rio Grande do Sul e a respectiva capital - Porto Alegre. Foi assumido o número de internações e não cada paciente internado, ou seja, o mesmo paciente pode ter sido internado mais de 01 vez no ano⁽²⁶⁵⁾.

A codificação da morbidade e mortalidade foi realizada segundo a Décima Revisão da Classificação Internacional de Doenças, Agravos e Problemas Relacionados à Saúde⁽²⁶⁵⁾.

O planejamento da assistência em saúde no Brasil vem sendo pautado, desde o início da década de 80 (1982) por parâmetros destinados a estimar as necessidades de assistência em saúde da população em relação a consultas, procedimentos, internações hospitalares e a capacidade de produção dos recursos assistenciais existentes.

Os parâmetros de assistência do Sistema Único de Saúde, que são considerados como instrumentos de avaliação e dimensionamento da cobertura assistencial e produtividade dos serviços de saúde, oferecem subsídios fundamentais na orientação de gestores para a análise das necessidades de assistência em saúde da população, tais como: oferta e adequação de serviços de saúde, planejamento e monitoramento^(268, 269, 272).

Os parâmetros utilizados para o planejamento da assistência em saúde do Sistema Público de Saúde do Brasil são baseados em dados e modelos internacionalmente reconhecidos: Organização Mundial de Saúde (OMS) e Organização Pan Americana de Saúde (OPAS) e séries históricas nacionais epidemiológicas e demográficas, estimativa de incidências, estatísticas de atendimento prestado aos usuários do SUS: número de internações hospitalares, consultas ambulatoriais e demais procedimentos de saúde realizados, incluindo serviços de diagnose, terapia, estudos e pareceres de especialistas.

Para o cálculo da necessidade de leitos hospitalares, deve-se levar em consideração o percentual de internações programadas pelo gestor sobre a população, a taxa de ocupação hospitalar e o tempo da media de permanência de cada especialidade.

Sendo assim, a fórmula para cálculo das internações hospitalares esperadas numa determinada região e ano continuam tendo por base essa estimativa.

Resultados

Análise das Internações Hospitalares por Câncer no Brasil, Região Sul, Rio Grande do Sul e Porto Alegre (2008 a 2016)

Anualmente são registadas no Brasil aproximadamente 660 mil internações hospitalares por câncer no Sistema de Informação Hospitalar do Sistema Único de Saúde (SIH-SUS). No período de 2008 a 2016 foram registadas 5,9 milhões de internações hospitalares por câncer no Brasil, sendo que 1,23 milhões (21%) são da região sul. Do total de internações da região sul, 503.721 internações (40,4%) são do estado do Rio Grande do Sul e as internações de Porto Alegre correspondem a 32% das internações do estado. A média de permanência das internações registadas em Porto Alegre é 1,7 vezes maior que do Brasil e região sul e 1,4 vezes maior que do estado do Rio Grande do Sul. A taxa de mortalidade hospitalar mais alta foi registada no Rio Grande do Sul (9,12%) (Quadro 9).

Quadro 9. Internações Hospitalares por Câncer no Brasil, Região Sul, Rio Grande do Sul e Porto Alegre (2008 a 2016).

Internação hospitalar por Câncer (2008-2016)				
Localização Geográfica	Nº internações	Média Permanência (dias)	Mortalidade Hospitalar	Taxa mortalidade hospitalar
Brasil	5.946.875	5,5	470.241	7,91
Região Sul	1.247.794 (21%)	5,5	103.406 (22%)	8,29
Rio Grande do Sul	503.721 (40,4%)	6,9	45.928 (44,4%)	9,12
Porto Alegre	163.992 (32,6%)	9,6	14.268 (31,1%)	8,7

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), 2016.

Análise das Internações Hospitalares para Tratamento de Intercorrências Clínicas em Paciente oncológico no Brasil, Região Sul, Rio Grande do Sul e Porto Alegre (2008 a 2016)

No período 2008 a 2016 foram registadas no Brasil 1,6 milhões de internações hospitalares para tratamento de intercorrências clínicas de paciente oncológico. Do total de internações 381.648 (23,1%) ocorreram na região sul. No estado do Rio Grande do Sul foram registadas 44,4% das internações da região sul neste procedimento (Quadro 10).

Quadro 10. Internações Hospitalares para Tratamento de Intercorrências Clínicas em Paciente oncológico no Brasil, Região Sul, Rio Grande do Sul e Porto Alegre (2008 a 2016).

Internação hospitalar: tratamento de Intercorrência Clínica de paciente oncológico (2008-2016)				
Localização Geográfica	Nº internações	Media Permanência (dias)	Mortalidade Hospitalar	Taxa mortalidade hospitalar
Brasil	1.652.478	7,7	349.281	21,14
Região Sul	381.648 (23,1%)	7,1	80.256 (23%)	21,03
Rio Grande do Sul	169.547 (44,4%)	8,58	36.655 (45,7%)	21,60
Porto Alegre	58.053 (34,2%)	11,0	11.171 (30,5%)	19,35

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), 2016.

Análise das Internações Hospitalares para Tratamento de Intercorrências Clínicas em Paciente oncológico no Brasil, Região Sul, Rio Grande do Sul e Porto Alegre (2016)

Em 2016 foram registradas no Brasil 233.788 internações hospitalares para tratamento de intercorrências clínicas de paciente oncológico no Brasil, sendo 21,7% da região sul. A média de permanência hospitalar variou de 6,7 dias (região sul) a 10,7 dias (Porto Alegre). A mais alta taxa de mortalidade hospitalar foi registrada na região sul (21,64) e a mais baixa em Porto Alegre (18,07). (Quadro 11).

Quadro 11. Internações Hospitalares para Tratamento de Intercorrências Clínicas em Paciente oncológico no Brasil, Região Sul, Rio Grande do Sul e Porto Alegre (2016).

Internação hospitalar: tratamento de Intercorrência Clínica de paciente oncológico (2016)				
Localização Geográfica	Nº internações	Media Permanência (dias)	Mortalidade Hospitalar	Taxa mortalidade hospitalar
Brasil	233.788	7,4	49.123	21,01
Região Sul	50.728 (21,7%)	6,7	10.977 (22,3%)	21,64
Rio Grande do Sul	21.634 (42,6%)	8,5	4.697 (42,8%)	21,71
Porto Alegre	7.788 (36,0%)	10,7	1.407 (30,0%)	18,07

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), 2016.

Análise das unidades hospitalares que admitiram pacientes oncológicos para tratamento de intercorrência clínica

Em 2016 as internações hospitalares para tratamento de intercorrência clínica de paciente com câncer no Brasil (233.788), foram identificados em 2.070 unidades de saúde diferentes.

Do total dos 2.070 hospitais que admitiram pacientes oncológicos no procedimento “tratamento de intercorrência clínica”, foram selecionados aqueles que registaram pelo menos 60 internações/ano (5 internações por mês), o que resultou em 427 (20,62%) hospitais. Estes 427 hospitais respondem, em média, por 91,4% de todas as admissões hospitalares para tratamento da intercorrência clínica em pacientes oncológicos em todo o país.

Na Região Sul, as 50.728 internações (21,7% de todas as internações do país) para tratamento de intercorrências clínicas em paciente oncológico foram realizadas em 504 hospitais (24,3%). Considerando os hospitais que tiveram pelo menos 60 internações/ano, identificamos 102 hospitais (20,2%), que respondem por 87,4% de todas as internações da região.

No estado do Rio Grande do Sul, foram registradas 21.634 internações para tratamento de intercorrências clínicas em paciente oncológico (42,6 % de todas as internações da Região) em 226 hospitais (44,8%). Do total de instituições hospitalares que tiveram pelo menos 60 internações/ano foram identificadas 52 unidades (51%), que respondem por 85,1% de todas as internações do estado neste procedimento.

No município de Porto Alegre ocorreram 7.788 internações (36 % de todas as internações da estado) em 10 hospitais (4,4%). As 6 instituições hospitalares que tiveram pelo menos 60 internações/ano (60%), respondem por 99,8% de todas as internações do município (Quadro 12).

Quadro 12. Unidades hospitalares que admitiram pacientes oncológicos para tratamento de intercorrência clínica: Brasil, Região Sul, Rio Grande do Sul e Porto Alegre.

Internações hospitalares para tratamento de intercorrências clínicas de paciente oncológico (2016)					
Localização Geográfica	Nº pacientes internados (Total)	Nº hospitais que internaram pacientes	Nº hospitais c/ + 60 internação/ no procedimento	Nº pacientes c/ câncer internados nos hospitais selecionados	% pacientes internados Hospitais selecionados
Brasil	233.788	2.070	427	213.611	91,4%
Região Sul	50.728	504	102	44.319	87,4%
Rio Grande do Sul	21.634	226	52	18.421	85,1%
Porto Alegre	7.788	10	6	7.774	99,8%

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), 2016.

Número de leitos hospitalares utilizados mensalmente para tratamento de intercorrência clínica de paciente oncológico (2016).

O número de leitos hospitalares utilizados mensalmente para internação para tratamento de intercorrência clínica de paciente oncológico foi 66 no estado e 20 na capital, o que corresponde a 30,3% do total de leitos.

A média de permanência hospitalar nas internações do procedimento tratamento de intercorrência clínica de paciente oncológico no estado do Rio Grande do Sul, considerando apenas os hospitais com mais de 60 internações/mês, foi de 9 dias, enquanto que na cidade de Porto Alegre foi de 11 dias.

Em média, se utiliza 66 leitos/dia para as internações de tratamento clínico/tratamento de intercorrência clínica de paciente oncológico no estado do Rio Grande do Sul. Do total desses 66 leitos, 20 estão concentrados no município de Porto Alegre, ou seja, 30% dos leitos estão na capital (Quadro 13).

Quadro 13. Utilização diária de leitos de intercorrências clínicas de pacientes oncológicos no Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

Localização Geográfica	Média de Permanência (dias)	Leitos/dia utilizados
Rio Grande do Sul	9	66
Porto Alegre	11	20
% Porto Alegre	-	30,3%

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), 2016.

Em 2016 foram registradas em cinco unidades hospitalares de Porto Alegre, capital do estado do Rio Grande do Sul, 7.774 internações hospitalares para tratamento de intercorrências clínicas de pacientes oncológicos. A maioria das internações neste procedimento (88,9%) estão concentradas em três instituições hospitalares: Grupo Hospitalar Conceição (39,7%); Hospital de Clínicas (32%) e Santa Casa de Misericórdia (17,2%) (Quadro 14).

A média de permanência das internações foi 10,2 dias, variando de 7 dias (Hospital da Restinga) a 13 dias (Grupo Hospitalar Conceição). Diariamente são utilizados 20 leitos clínicos dos hospitais de Porto Alegre para tratamento de intercorrências clínicas de pacientes oncológicos (Quadro 14).

Quadro 14. Leitos hospitalares utilizados para internação de pacientes oncológicos para tratamento de intercorrências clínicas nos hospitais de Porto Alegre (2016).

Instituição Hospitalar Porto Alegre (CNES)	Internações		Óbitos		Média Permanência	Nº leitos utilizados/ mês
	Total	%	Nº Óbitos	%		
Grupo Hospitalar Conceição	3.084	39,7	596	42,4	13	10
Hospital de Clínicas UFRGS	2.489	32	363	25,8	7	4
Irmandade Santa Casa de Misericórdia- Porto Alegre	1.341	17,2	255	18,1	11	3
Hospital São Lucas - PUCRS	774	10	179	12,7	10	2
Hospital da Restinga Extremo Sul	86	1,1	13	0,9	7	1
Total	7.774	100	1.406	100,0	10,2	20

Fonte: DATASUS (SIH/SUS), 2016.

Estimativa de Necessidade de Cuidados Paliativos Oncológicos no Brasil, Região Sul, Rio Grande do Sul e Porto Alegre

Os cálculos de necessidade de cuidados paliativos baseado nos parâmetros OMS, Gomez-Batiste e Higginson são realizados a partir de registros de mortalidade, que não são disponibilizados anualmente. Considerando os dados preliminares de 2015 disponibilizados pelo Sistema de Informação de Mortalidade do Sistema Único de Saúde (SIM-SUS), verificamos que no Brasil entre 125 mil e 175 mil pessoas falecidas por câncer teriam indicação de cuidados paliativos. As necessidades de cuidados paliativos oncológicos seriam entre 24 mil e 33,5 mil na Região Sul, de 10,1 mil a 15 mil no Rio Grande do Sul e de 1,7 a 2,3 mil em Porto Alegre (Quadro 15).

Quadro 15. Estudo das Necessidades de Cuidados Paliativos Oncológicos (2015)*.

Localização Geográfica	Mortes por Câncer (Total) (A)*	Estimativa das necessidades de cuidados paliativos		
		WHO (A*0,8)	Gomez-Batiste (A*0,6)	I J Higginson (A*0,84)
Brasil	208.754	167.003	125.252	175.353
Região Sul	40.115	32.092	24.069	33.697
Rio Grande do Sul	18.279	14.623	10.967	15.354
Porto Alegre	2.813	2.250	1.688	2.363

Fonte: SIM – SUS. * Dados preliminares de mortalidade, 2016.

No grupo dos pacientes com diagnóstico de câncer ingressados no hospital em 2016 para o procedimento “tratamento de intercorrências clínicas” as necessidades de cuidados paliativos baseados nos parâmetros OMS, Gomez-Batiste e Higginson, que são realizadas com registros de mortalidade, verificamos que no Brasil entre 29,4 mil e 41,2 mil pacientes oncológicos teriam necessidades de cuidados paliativos. As necessidades de cuidados paliativos oncológicos seriam entre 6,5 mil e 9,1 mil na região sul; de 2,8 mil a 3,9 mil no Rio Grande do Sul e de 844 a 1,2 mil em Porto Alegre (Quadro 16).

Quadro 16. Internação Hospitalar para Tratamento de Intercorrência Clínica de Paciente Oncológico: Necessidade de Cuidados Paliativos (2016).

Localização Geográfica	Nº Internações (A)	Mortalidade Hospitalar (B)	Estimativa de necessidades de cuidados paliativos		
			OMS (B*0.8)	Gomez-Batiste (B*0.6)	I J Higginson (B*0,84)
Brasil	233.788	49.059	39.247	29.435	41.210
Região Sul	50.728	10.914	8.731	6.548	9.168
Rio Grande do Sul	21.634	4.697	3.758	2.818	3.945
Porto Alegre	7.788	1.407	1.126	844	1.182

Fonte: SIH-SUS, 2016.

De acordo com o Parâmetro Brasil 90% dos pacientes oncológicos internados no hospital para tratamento de intercorrências clínicas são potenciais pacientes de cuidados paliativos. Comparando os dados do Parâmetro Brasil com as estimativas da OMS, Gomez-Batiste e Higginson, verificamos que a necessidade de cuidados paliativos pelo Parâmetro Brasil é aproximadamente seis vezes maior que a média das estimativas dos demais parâmetros.

Considerando a taxa de mortalidade hospitalar das internações para tratamento de intercorrência clínica de paciente oncológico, podemos dizer que a necessidade de cuidados paliativos para pacientes terminais em 2016 teve a seguinte distribuição: Brasil (21%); Região Sul (21,5%); Rio Grande do Sul (21,7%) e Porto Alegre (18,1%).

Os demais pacientes necessitavam de cuidados paliativos em diferentes níveis de complexidade, incluindo cuidados prolongados (Quadro 17).

Quadro 17. Proporção entre Parâmetro Brasil e Média das Estimativas de Necessidade de Cuidados Paliativos (2016).

Localização Geográfica	Nº Internações (A)	Mortalidade Hospitalar (B)	% Mortalidade Hospitalar	Média Estimativas (OMS, Gomez-Batiste e Higginson)	Parâmetro Brasil (A*0,9)	Parâmetro Brasil e Média das Estimativas
Brasil	233.788	49.059	21,0%	36631	210.409	5,74
Região Sul	50.728	10.914	21,5%	7858	45.655	5,81
Rio Grande do Sul	21.634	4.697	21,7%	3507	19.471	5,55
Porto Alegre	7.788	1.407	18,1%	1051	7.009	6,67

Fonte: SIH-SUS, 2016.

Discussão

Um dos grandes desafios para o Sistema de Saúde do Brasil é a definição da população com necessidade de cuidados paliativos e o número de leitos hospitalares necessários para atender a demanda de pacientes.

No presente estudo utilizamos os parâmetros OMS, Gomez-Batiste, Higginson e Parâmetro Brasil, para identificar o número de pacientes que seria beneficiados com cuidados paliativos na Região Sul, Rio Grande do Sul e na capital Porto Alegre. Também foram utilizados dados de internação hospitalar, como o número de internações e a média de permanência hospitalar, para identificar o número de leitos clínicos utilizados na internação hospitalar de pacientes oncológicos em geral, e no procedimento tratamento da intercorrência clínica de paciente com câncer.

Apesar de problema relacionados com a base de dados, como é apontado por alguns autores, como o registro da morbidade e a impossibilidade de identificar reinternações e transferências de outros hospitais, o que pode levar à duplicidade de dados, o Sistema de Informação em Saúde do Sistema Único de Saúde que agrega registros de internações hospitalares (SIH-SUS), mortalidade (SIM - SUS), distribuição de serviços de saúde (CNES) entre outros, é uma excelente base de dados para estudar o perfil das internações hospitalares e auxiliar no planejamento de ações em saúde^(193, 270, 271).

O cálculo da cobertura de internação hospitalar no Brasil e necessidade de leitos hospitalares, conforme estimado na Portaria GM MS N° 1.101/2002 considera que, de uma forma geral, 7 a 9% da população brasileira necessitaria de internação hospitalar durante o ano, em determinada região e o quantitativo de Leitos Hospitalares Totais > 2,5 a 3 leitos para cada 1.000 habitantes; A disponibilidade de leitos hospitalares é um indicador do nível de assistência médica de média e alta complexidade.

Entretanto, verificamos que o número de leitos disponíveis por mil habitantes no Brasil está aquém da orientação da Organização Mundial da Saúde (OMS).

Levantamentos realizados em 2009, mostram que a oferta de leitos hospitalares em geral corresponde a uma média de 2,4 leitos por mil habitantes – ou 2,1 para 1000 no SUS e 2,6 para mil entre os beneficiários de planos de saúde, quando o índice preconizado pela OMS é de 3 a 5 leitos para cada mil habitantes.

Entretanto, a definição do quantitativo de leitos hospitalares (gerais e especializados) necessários ao atendimento da população brasileira continua sendo uma tarefa difícil, o que é comprovado pela carência de estudos que possibilitem indicar a real necessidade de leitos.

Por isso a utilização de dados internacionais torna-se uma prática comum, mesmo que não atendam a diversidade populacional, cultural e epidemiológica das diferentes regiões do país, sendo assim passíveis de críticas

Torna-se necessário a definição de um plano de atenção integral em cuidados paliativos, abrangendo os diferentes níveis de atenção, bem como a definição de critérios e parâmetros para o planejamento e programação de ações e serviços de saúde no âmbito das políticas de saúde do estado e município.

INTERNAÇÕES POR CÂNCER EM UM HOSPITAL GERAL DE ENSINO NO SUL DO BRASIL: ANÁLISE DAS NECESSIDADES DE CUIDADOS PALIATIVOS ONCOLÓGICOS NO HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO

Cledy Eliana dos Santos¹, José Manuel Peixoto Caldas², José Américo Serafim³, Newton Barros⁴, Altamiro da Costa Pereira⁵, Marcelo Eduardo Zanella Capra⁶, Airton Stein⁷, Alberto Freitas⁸, José Matias Rizzotto⁹, Luciana Silveira Campos⁴

¹Serviço de Saúde Comunitária e Serviço de Dor e Cuidados Paliativos. Hospital Nossa Senhora da Conceição - Grupo Hospitalar Conceição.

²Investigador do Instituto de Saúde Pública ISPUP/FMUP - Portugal; Professor Titular da Universidade Federal da Paraíba.

³Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul - DGTI.

⁴Serviço de Dor e Cuidados Paliativos. Hospital Nossa Senhora da Conceição - Grupo Hospitalar Conceição.

⁵Diretor do CINTESIS - Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde Faculdade de Medicina, Universidade do Porto, Portugal (FMUP).

⁶Serviço de Oncologia. Hospital Nossa Senhora da Conceição - Grupo Hospitalar Conceição.

⁷Serviço de Saúde Comunitária; Gerência de Ensino e Pesquisa. Hospital Nossa Senhora da Conceição - Grupo Hospitalar Conceição.

⁸CIDES - Departamento de Informação em Saúde e Ciências de Decisão, Faculdade de Medicina, Universidade do Porto, Portugal; CINTESIS - Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde, Portugal.

⁹Gerência Financeira - Sessão Faturamento do Grupo Hospitalar Conceição.

Autor Correspondente: Cledy Eliana dos Santos
Telefone: +5551 98756454 Fone: +5551 3357 2140
Fax: +5551 32551744 Email: cledy.eliana@gmail.com

Abstract

Background: The identification of hospitalized patients in need of palliative care is important for planning health actions, implementation of new structures of assistance, coordination of existing services and the development of appropriate interventions.

Objective: To characterize the hospitalization of oncology patients over the age of 15 years, of a tertiary southern Brazilian hospital from 2008 to 2016, in order to know the target population for palliative care.

Method: An analysis was performed of hospitalization records of cancer patients admitted to the Hospital Nossa Senhora da Conceição, using as sources of information the hospital admissions data of the information system of the unified health system (SIH-SUS) and databases (electronic health record), of the Hospital Nossa Senhora da Conceição. Oncologic patients were found by the use of International Classification of Diseases on the admissions.

Result: In the period 2008 to 2016 an average of 290.9 cancer patients and 262.9 inpatients to treatment of clinic intercurrents related to cancer would be annually benefited with palliative care. In the same period were used on average 15,25 beds/day for patients with indication of palliative care.

Conclusion: It is necessary to establish strategies to identify and classify the target population and the type of care required, as well as, the planning of an active intervention program with the different clinical units were patients with oncology palliative care needs have been admitted.

Keywords: Oncology, palliative care estimated need for palliative care, hospice care in general hospital, clinical intercurrents oncological patient, definition of hospital beds for palliative care

Resumo

Base teórica: A identificação de pacientes hospitalizados com necessidade de cuidados paliativos é importante para o planejamento de ações de saúde, implantação de novas estruturas assistenciais, coordenação dos serviços existentes e desenvolvimento de intervenções adequadas.

Objetivos: Caracterizar as internações hospitalares de pacientes oncológicos maiores de 15 anos, registradas em um hospital público da região sul do Brasil entre 2008 a 2016, de forma a conhecer a clientela com indicação de cuidados paliativos.

Método: Foi realizado levantamento e análise de registros de internação de pacientes com câncer admitidos no Hospital Nossa Senhora da Conceição utilizando como fontes de informação as internações hospitalares registradas no Sistema de Informação Hospitalar do Sistema Único de Saúde (SIH-SUS) e nos bancos de dados (prontuário eletrônico), do Grupo Hospitalar Conceição (GHC) segundo a Classificação Internacional de Doenças, 10^a edição. Foram analisadas as variáveis número de internações hospitalares, tempo de permanência, taxa de óbitos, CID da internação, local de internação (serviço), tipo de alta hospitalar dos pacientes.

Resultado: Entre 2008 a 2016, uma média de 290,9 pacientes oncológicos e 262,9 pacientes internados para tratamento de intercorrências clínicas relacionadas com câncer seriam beneficiados com cuidados paliativos anualmente. No mesmo período foram utilizados em média 15,25 leitos/dia para atender as internações com indicação de cuidados paliativos

Conclusão: Torna-se necessário estabelecer estratégias para identificar e classificar a população alvo e o tipo de cuidados necessários, bem como o planejamento de um programa de intervenção ativo com diferentes unidades clínicas que internam pacientes com necessidades de cuidados paliativos oncológicos.

Palavras chave: cuidados paliativos oncológicos, estimativa de necessidade de cuidados paliativos, cuidados paliativos em hospital geral, intercorrências clínicas de paciente oncológico, definição de leitos hospitalares para cuidados paliativos

Introdução

Morrer no hospital está se tornando cada vez mais comum no Brasil. Em 2015 dados preliminares do Sistema de Informação de Mortalidade do Sistema Único de Saúde (SIM - SUS) mostram que do total de 1.260.565 mortes registradas no Brasil, as doenças do aparelho circulatório foram a primeira causa com 346.685 casos (27,5%), seguido das neoplasias com 208.754 casos (16,5%). Oitenta e dois por cento dos óbitos por neoplasia no Brasil ocorreram em unidades hospitalares. No Rio Grande do Sul em 2015 foram registrados 18.279 óbitos por câncer, sendo que 88,5% ocorreram em hospitais (273).

Estudos mostram que o envelhecimento da população tende a aumentar o número de mortes em ambiente hospitalar. Os hospitais gerais que anteriormente tratavam pacientes agudos e subagudos passaram a ser o cenário para o cuidado de pessoas com doenças avançadas ou terminais e por isso apresentam dificuldades para o atendimento integral das necessidades físicas, emocionais, sociais e espirituais dos pacientes e seus familiares^(274, 275).

O Ministério da Saúde do Brasil tem a responsabilidade de estabelecer as diretrizes nacionais para a prevenção, controle e tratamento do câncer, articulando as diversas ações nos três níveis de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS). No Brasil, o direito à saúde é uma garantia constitucional e existem portarias emitidas para normatizar o atendimento dos pacientes oncológicos^(39, 42, 276).

As neoplasias são doenças complexas de caráter evolutivo em que o curso da patologia ou tipo de tratamento podem ocasionar intercorrências clínicas ou alterações emocionais, sociais e espirituais interferindo negativamente na qualidade de vida do paciente, especialmente para aqueles que se encontra em fase avançada da enfermidade⁽²⁷⁷⁻²⁸⁰⁾.

A demanda por serviços de cuidados paliativos no Brasil tende a aumentar significativamente nas próximas décadas. O envelhecimento e o aumento da expectativa de vida da população se traduzem por uma maior carga de doença e/ou condições crônicas, maior número de hospitalizações, aumento do tempo de ocupação de leitos e incapacidade. Esse cenário aponta a necessidade de (re) organizar os modelos de assistência de forma a facilitar o acesso e utilização dos serviços de saúde^(206, 207). Cerca de 60% dos casos de câncer no Brasil são diagnosticados em estágio avançado. No caso do câncer de pulmão 87,9% são diagnosticados tardiamente^(148, 149, 150).

Estudos realizados em diferentes países mostram que as pessoas com doenças crônicas avançadas ingressam com mais frequência no hospital no último ano de vida^(275, 282, 284, 285).

Na Austrália, Reino Unido e Bélgica 13-36% dos pacientes internados apresentam necessidades de cuidados paliativos⁽²⁸⁶⁾.

Estudo conduzido por Gott *et al* na Nova Zelândia com 501 pacientes admitidos em hospital geral, mostrou que 19,8 % tinha pelo menos um indicador de que está no último ano de vida⁽²⁸⁷⁾.

O resultado do aumento da expectativa de vida e do aumento do percentual de idosos, terá como consequência um maior número de doenças crônicas enfatizando os quatro principais grupos de doenças: circulatórias, oncológicas, respiratórias crônicas e diabetes e suas sequelas, principalmente nos estados da região sul. Porto Alegre é a capital brasileira que concentra o maior número de idosos e, também, a maior população de pessoas maiores de 80 anos⁽²⁵³⁾.

Neste sentido, a identificação de pacientes hospitalizados com necessidade de cuidados paliativos é fundamental para o planejamento de ações de saúde, implantação de novas estruturas de assistência, coordenação dos serviços existentes e desenvolvimento de intervenções adequadas. O objetivo desse estudo é identificar a proporção de pacientes oncológicos internado de 2008 a 2016 que teriam indicação de cuidados paliativos em um hospital terciário do sul do Brasil.

Método

Foram utilizados dados censitários das internações hospitalares ocorridas no HNSC, no período 2008 a 2016, adaptando diferentes parâmetros adotados pela Organização Mundial de Saúde (OMS), Gómez-Batiste⁽²³⁸⁾ et al, I.J. Higginson⁽²⁰⁵⁾, que se baseiam nos dados de mortalidade populacional e que no presente estudo está representado pela mortalidade hospitalar de pacientes oncológicos. Foram incluídos todos os pacientes com idade igual ou maior a 15 anos.

Vinculado ao Ministério da Saúde, o Grupo Hospitalar Conceição (GHC) é o maior complexo de saúde do sul do país destinado exclusivamente ao Sistema Único de Saúde (SUS). Com uma oferta de 1.507 leitos, forma a maior rede pública de hospitais do Sul do país sendo responsável anualmente pela internação de 56,7 mil pessoas, cerca de 1,4 milhão de consultas, 30,9 mil cirurgias e 3,7 milhões de exames. O Hospital Nossa Senhora da Conceição é o hospital terciário do grupo, destinado para o atendimento de adultos, dispondo de mais de 800 leitos de internação. A instituição faz o diagnóstico de mais da metade dos casos esperados de câncer para a população de Porto Alegre, capital do Rio Grande do Sul⁽²⁸⁸⁾.

Para a realização do estudo foram utilizados dados secundários do banco de dados de internações hospitalares do Grupo Hospitalar Conceição e do Sistema de Informação Hospitalar do Sistema Único de Saúde (SIH-SUS), no período de janeiro de 2008 a dezembro de 2016. Esses dados são nominais e restritos, necessitando de autorização para uso em pesquisa. São gerados a partir dos registros de Autorização de Internação Hospitalar (AIH) e de prontuários eletrônicos.

O Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH-SUS) é uma base pública que disponibiliza dados administrativos de saúde com abrangência nacional, respondendo pelo registro de mais de 11 milhões de internações por ano, o que representa cerca de 80% do total de internações no país. Todo o seu funcionamento é baseado na Autorização de Internação Hospitalar (AIH), documento que envolve um conjunto de dados referentes à identificação do paciente e os procedimentos realizados durante a internação^(289, 290).

As variáveis estudadas foram: internações, média de permanência, mortalidade hospitalar, taxa de óbito, procedência, ano do atendimento, idade e sexo dos pacientes maiores de 15 anos com diagnóstico de neoplasia, segundo o capítulo II da 10ª revisão da Classificação Internacional de Doenças - CID-10. Para caracterizar as internações hospitalares no Hospital Conceição foram gerados arquivos temporários para possibilitar o relacionamento dos diferentes bancos de dados.

Inicialmente, obteve-se um banco com todas as internações oncológicas registradas nos hospitais do Rio Grande do Sul e Porto Alegre no período, buscando identificar a participação das instituições hospitalares do Grupo Hospitalar Conceição na assistência oncológica do estado. Os diagnósticos foram selecionados segundo o capítulo II da 10ª revisão da Classificação Internacional de Doenças - CID-10.

Um segundo banco foi gerado com dados do procedimento “Internação Hospitalar para Tratamento de Intercorrências Clínicas de Paciente Oncológico”. Segundo o Ministério da Saúde, cerca de 90% das internações hospitalares registradas no Brasil no procedimento 03.04.10.001-3 - “Tratamento de intercorrências clínicas de paciente oncológico” são indicativas de necessidades cuidados paliativos de doentes terminais.

Entende-se por intercorrência clínica a complicação aguda, previsível ou não, devida à neoplasia maligna ou ao seu tratamento e que necessita de internação, na modalidade hospitalar ou em hospital-dia, para controle da complicação^(123, 185, 291).

A estimativa do número de pessoas com câncer necessitadas de cuidados paliativos no Hospital Nossa Senhora da Conceição, foi baseada em modelos da Organização Mundial da saúde (OMS), Gomez-Batiste, Higginson e o Parâmetro Brasileiro do Ministério da Saúde (MS). Dados sobre o número e causas de óbitos foram obtidos através de registros das declarações de óbito e dados de internações hospitalares.

De acordo com os modelos de estimativa as necessidades de cuidados paliativos foram calculadas com os seguintes parâmetros: OMS, pelo menos 80% dos pacientes terminais de câncer necessitarão de cuidados paliativos⁽²⁹²⁾.

Para Gomez-Batiste⁽²⁰⁴⁾, 60% dos doentes falecidos necessitariam de cuidados paliativos, sendo distribuídos equitativamente pelos diferentes níveis de complexidade de assistência (complexos, não complexos, intermédios). Higginson⁽²⁰⁵⁾ associa o número de óbitos por causas selecionadas (diagnósticos de câncer ou outras causas) com sintoma padronizado de prevalência, calculado a partir de estudos sistemáticos. No presente estudo foi utilizado a prevalência da dor (0,84%).

Os estudos brasileiros do MS estimam que 90% dos pacientes de câncer internados em hospitais para tratamento de intercorrências clínicas deveriam ser considerados como necessitados de cuidados paliativos. Este parâmetro visa a doença e não a mortalidade^(188, 291).

Resultados

De acordo com os registros do Sistema de Informação de Mortalidade do Sistema Único de Saúde (SIM - DATASUS), mais de 80% das mortes por câncer registradas no período 2008 a 2015 ocorreram em instituições hospitalares: Brasil (80,7%), Região Sul (83,0%), Rio Grande do Sul (87,8%) e Porto Alegre (89,2%) (Quadro 1). Na análise da proporção do número de óbitos de causas oncológicas e não oncológicas, de 1980 a 2015, Porto Alegre (capital do Rio Grande do Sul) registra as maiores taxas de óbitos hospitalares não oncológicos (75%) e oncológicos (87%). (Quadro 2).

Quadro 1. Mortalidade por Local de Ocorrência e Localização Geográfica (2008 a 2016).

Mortalidade por Local de Ocorrência: 2008 a 2015				
Localização Geográfica	Não Oncológico		Oncológico	
	Total	Hospitalar	Total	Hospitalar
Brasil	9.366.784	6.303.902 (67,3%)	1.502.559	1.212.572 (80,7%)
Região Sul	1.461.540	1.010.774 (69,2%)	292.218	242.624 (83,0%)
Rio Grande do Sul	635.849	466.340 (73,3%)	136.256	119.602 (87,8%)
Porto Alegre	89.988	65.551 (72,8%)	21.273	18.967 (89,2%)

Fonte: SIM – SUS, 2016.

Quadro 2. Proporção do número de óbitos de causas oncológicas e não oncológicas, registrados no período 1980 a 2015 no Brasil por local de ocorrência.

Proporção óbitos por Local de ocorrência Média de valores:1980 a 2015				
Localização Geográfica	Não Oncológico		Oncológico	
	Hospital	Domicílio	Hospital	Domicílio
Brasil	63%	26%	76%	22%
Região Sul	64%	26%	75%	23%
Rio Grande do Sul	70%	22%	81%	17%
Porto Alegre	75%	17%	87%	12%

Fonte: SIM – SUS, 2016.

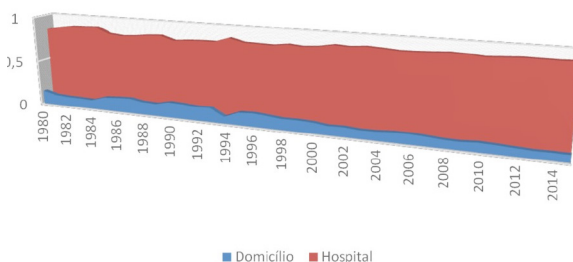
Comparando o cálculo da variação da ocorrência do óbito com a localização geográfica, verificamos que houve uma variação maior em Porto Alegre no aumento da mortalidade registradas em hospitais (20% nas causas não oncológicas e 15% nas oncológicas) (Quadro 3 e Figura 1).

Quadro 3. Variação da ocorrência de óbitos de causas oncológicas e não oncológicas, registrados no período 1980 a 2015 no Brasil por localização geográfica.

Local de ocorrência do óbito - Variação: 1980 e 2015				
Localização Geográfica	Não Oncológico		Oncológico	
	Hospital	Domicílio	Hospital	Domicílio
Região Sul/Brasil	2%	-3%	-1%	3%
RS/Brasil	11%	-16%	7%	-22%
POA/Brasil	20%	-37%	15%	-47%

Fonte: SIM – DATASUS, 2016.

Figura 1. Óbitos por local de ocorrência: Porto Alegre 1980 a 2015. Fonte: SIM - DATASUS, 2016.



No período 2008 a 2016 foram registradas 503.748 internações por câncer no estado do Rio Grande do Sul, com média de permanência de 6,9 dias e taxa de mortalidade de 9,12%. Do total das internações registradas 93,5% são de pessoas maiores de 15 anos. Porto Alegre, capital do estado, respondeu por 163.992 (32,6%) das internações com média de permanência de 9,6 dias e taxa de mortalidade de 8,7%.

O Grupo Hospitalar Conceição (GHC) é a primeira instituição de saúde do estado em número de internações oncológicas no período analisado, correspondendo a 60.671 pacientes (12%). Isoladamente o Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC) responde por 8,3% das internações do estado com 42.083 casos (8,4%) (Quadro 4).

Quadro 4. Internações de pacientes oncológicos no estado do Rio Grande do Sul de acordo com a localidade.

Localidade	Nº Internações	Média Permanência	Óbitos	Taxa Mortalidade
Rio Grande do Sul	503.748	6,9	45.933	9,12
Porto Alegre	163.992	9,6	14.268	8,70
GHC	60.671	11,6	5.462	8,24
HNSC	42.083	11,6	4.422	10,51

Fonte: SIH – SUS (25/04/2017)

Das 170.812 internações para “Tratamento de Intercorrências Clínicas em Paciente Oncológico” registradas no período 2008 a 2016 no estado do Rio Grande do Sul, 58.053 (34,3%) ocorreram em Porto Alegre, com média de permanência de 11,1 dias e taxa de mortalidade de 19,28 %. No Grupo Hospitalar Conceição foram admitidas 14,5% das internações do estado (24.706) e no Hospital Nossa Senhora da Conceição 11,1% (18.978), sendo a instituição hospitalar com maior número de internações sob esse procedimento “Tratamento de Intercorrências Clínicas em Paciente Oncológico” no estado.

Em relação às internações hospitalares para tratamento de intercorrências clínicas registradas em Porto Alegre - capital do estado do Rio Grande do Sul - o Grupo Hospitalar Conceição atendeu 42,1% e o Hospital Conceição/GHC 32,4% (Quadro 5).

Quadro 5. Internações para “Tratamento de Intercorrências Clínicas em Paciente Oncológico” no estado do Rio Grande do Sul de acordo com a localidade.

Localidade	Nº Internações	Média Permanência	Óbitos	Taxa Mortalidade
Rio Grande do Sul	170.812	8,6	36.923	21,62
Porto Alegre	58.646	11,1	11.307	19,28
GHC	24.706	12,7	4.435	16,47
HNSC	18.978	14,2	3.664	19,31

Fonte: SIH – SUS, 2016.

Segundo registros do SIH-DATASUS, no período 2008 a 2016 foram registradas 56.604 internações por câncer nas unidades hospitalares do Grupo Hospitalar Conceição, com média de permanência de 11,8 dias e taxa de mortalidade de 8,5% (Quadro 6).

Quadro 6. Internações por Câncer no Grupo Hospitalar Conceição (2008 a 2016).

Ano	Nº Intern.	Média Perm. (dias)	Obito	Taxa Mortalidade
2008	6.427	10,8	569	8,1
2009	6.363	11,2	530	7,8
2010	6.275	11,2	485	7,1
2011	5.490	12,2	509	8,7
2012	6.057	11,8	553	7,7
2013	6.813	12,7	676	8,4
2014	6.731	11,9	664	9,0
2015	6.407	12,8	699	10,1
2016	6.041	11,4	648	9,7
Total Geral	56.604	11,8	5.333	8,5

Fonte: SIH-SUS, 2016.

Do total de internações oncológicas registradas no Grupo Hospitalar Conceição, 67,8% ocorreram no Hospital Conceição (Quadro 7).

Quadro 7. Internações por Câncer nas Unidades Hospitalares do Grupo Hospitalar Conceição (2008-2016).

Ano	Unidade Hospitalar			Total
	Hospital Conceição	Hospital Fêmina	Hospital Cristo Redentor	
2008	4.154	2.011	262	6.427
2009	4.273	1.767	323	6.363
2010	4.186	1.806	283	6.275
2011	3.738	1.500	252	5.490
2012	4.162	1.704	191	6.057
2013	4.551	2.065	197	6.813
2014	4.550	1.955	226	6.731
2015	4.453	1.702	252	6.407
2016	4.299	1.506	236	6.041
Total	38.366	16.016	2222	56.604
%	67,80%	28,30%	3,90%	

Fonte: SIH – SUS, 2016.

Hospital Nossa Senhora da Conceição

O Hospital Nossa Senhora da Conceição, que é a maior unidade do Grupo Hospitalar Conceição, conta com 843 leitos, sendo 63 na Emergência e disponibiliza todas as especialidades de um hospital geral. Dos cerca de 26 mil pacientes internados por ano, pelo menos 54,39% são de Porto Alegre e 33,75% vêm da Região Metropolitana.

De acordo com banco de dados do Hospital Nossa Senhora da Conceição no período 2008 a 2016 foram registradas 263.689 internações hospitalares, com uma média de permanência de 10,1 dias e taxa de mortalidade hospitalar de 7,1% (18.780 casos). Do total das internações registradas 33.112 (12,6%) foram de causas oncológicas. A média de permanência total de 11,65 dias variou de 17,61 dias para as internações que resultaram em óbito e 10,95 para os pacientes que tiveram alta para casa. A taxa de mortalidade no período estudado foi de 10,6% (Quadro 8).

Quadro 8. Internações Oncológicas: Hospital Nossa Senhora da Conceição (2008 a 2016).

Ano	Internação Oncológica			Média de Permanência		
	Total Intern.	Sem óbito	Com Óbito	Total Intern.	Sem óbito	Com Óbito
2008	2750	2362 (85,9%)	388 (14,1%)	11,05	11,17	10,36
2009	2795	2458 (87,9%)	337 (12,1%)	10,96	10,89	11,40
2010	2803	2476 (88,3%)	327 (11,7%)	10,82	10,36	14,38
2011	3615	3229 (89,3%)	386 (10,7%)	11,53	10,89	16,96
2012	4254	3892 (91,5%)	362 (8,5%)	11,25	10,48	19,54
2013	4360	3952 (90,6%)	408 (9,4%)	11,87	10,84	21,85
2014	4035	3629 (89,9%)	406 (10,1%)	12,15	11,06	21,92
2015	4217	3764 (89,3%)	453 (10,7%)	12,91	11,84	21,76
2016	4283	3844 (89,8%)	439 (10,2%)	11,62	10,90	17,93
Total Geral	33.112	29.606 (89,4%)	3.506 (10,6%)	11,65	10,95	17,61

Fonte: SIH-GHC, 2016.

As internações oncológicas no período estudado, foram realizadas em 36 diferentes serviços (clínicas) especializados, das quais 3.506 (10,6%) resultaram em óbito. Reunindo os serviços com maior número de internações oncológicas, verificamos que 80,7% das internações (26.711) estão concentradas em 11 serviços.

A Unidade de Cuidados Paliativos registou 1602 admissões com taxa de mortalidade hospitalar de 47,8% (765 casos). No mesmo período, dos 1558 ingressos hospitalares de pacientes oncológicos na Emergência Clínica, 867 (44,4%) resultaram em óbito (Quadro 9).

Quadro 9. Internações Oncológicas por Serviço Especializado: Hospital Nossa Senhora da Conceição - GHC (2008 a 2016).

Serviço	N° Internações			Média de Permanência		
	Total Intern.	Sem Óbito	Com Óbito	Total Intern.	Sem Óbito	Com Óbito
Ginecologia	5638	5571 (98,8%)	67 (1,2%)	5,7	14,82	5,8
Cirurgia Geral	4202	4028 (95,9%)	174 (4,1%)	9,21	21,47	9,72
Oncologia	4067	3723 (91,5%)	344 (8,5%)	11,23	19,46	11,92
Urologia	2550	2498 (98,0%)	52 (2,0%)	15,33	23,94	15,51
Medicina Interna	2022	1586 (78,4%)	436 (21,6%)	19,67	23,92	20,59
Oncologia Cirúrgica	1876	1850 (98,6%)	26 (1,4%)	8,07	33,12	8,42
Cirurgia Torácica	1630	1599 (98,1%)	31 (1,9%)	19,91	17,97	19,88
Dor e Cuidados Paliativos	1602	837 (52,2%)	765 (47,8%)	14,89	14,27	14,59
Hematologia	1566	1488 (95,0%)	78 (5,0%)	16,18	19,92	16,36
Emergência Clínica	1558	867 (55,6%)	691 (44,4%)	3,15	3,07	3,11
Total	26.711	24047 (90,0%)	2664 (10,0%)	12,34		
Mediana	1.949	1.725	126	13	20	13
Media	2.671,10	2.404,70	266,4	12,33	19,2	12,59
Desvio padrão	1.447,22	1.552,66	280,21	5,76	7,81	5,83

Fonte: Banco de dados do HNSC, 2016.

Chama a atenção o desfecho da internação de pacientes oncológicos que foram admitidos na Unidade de Tratamento Intensivo (UTI). Dos 631 pacientes oncológicos transferidos para UTI, 561 (88,9%) resultaram em óbito.

No período entre 2008 a 2016 foram registradas no HNSC 12.737 internações hospitalares para tratamento de intercorrências clínicas de paciente oncológicos. Do total de internações 75% receberam alta e 24,9% resultaram em óbito.

A média de permanência total foi de 15,1 dias, variando de 15,4 dias para os pacientes que tiveram alta e 14,4 dias para os casos que resultaram em óbito (Quadro 10).

Quadro 10. Internações Hospitalares para Tratamento de Intercorrências Clínicas de Paciente Oncológico - Hospital Nossa Senhora da Conceição – GHC (2008 a 2016).

Ano	Nº Internações			Média de Permanência		
	Total	Sem óbito	Com Óbito	Total	Sem óbito	Com Óbito
2008	1299	976 (75,1%)	323 (24,9%)	13,4	14,6	9,8
2009	1609	1278 (79,4%)	331 (20,6%)	13,6	14,3	11
2010	1599	1272 (79,5%)	327 (20,5%)	13,3	13,6	12
2011	1488	1122 (75,4%)	366 (24,6%)	14,7	14,9	14,1
2012	1519	1192 (78,5%)	327 (21,5%)	14,8	14,4	16,1
2013	1225	866 (70,7%)	359 (29,3%)	17,4	17,5	17,2
2014	1221	869 (71,2%)	352 (28,8%)	17	17,5	15,8
2015	1322	934 (70,7%)	388 (29,3%)	18	18,2	17,6
2016	1455	1059 (72,8%)	396 (27,2%)	15,3	15,3	15
Total Geral	12.737	9.568 (75,1%)	3.169 (24,9%)	15,1	15,4	14,4

Fonte: Banco de dados do HNSC, 2016.

As internações hospitalares registradas no Hospital Conceição para tratamento de intercorrências clínicas de pacientes oncológicos no período 2008 a 2016 foram identificadas em 32 serviços especializados, tendo 75,1% dos pacientes recebido alta hospitalar e 24,9% resultaram em óbito. Do total das internações hospitalares registradas nesse procedimento 11.963 (93,9%) estavam concentradas em 11 serviços com 74,2% de altas hospitalares e 25,8% de óbitos.

As maiores taxas de óbitos nas internações hospitalares desse procedimento (tratamento de intercorrência clínica de paciente oncológico) foram identificadas na Unidade de Internação de Cuidados Paliativos (47,7%), Emergência Clínica (49,9%) e Unidade de Tratamento Intensivo (96,1%) (Quadro 11).

Quadro 11. Distribuição das Internações Hospitalares para Tratamento de Intercorrências Clínicas de Pacientes Oncológicos por Serviço Especializado (2008-2016).

Serviço	Intern. Intercorrência Clínica			Média de Permanência		
	Total Intern.	Sem Óbito	Com Óbito	Total Intern.	Sem Óbito	Com Óbito
Oncologia	2.873	2547 (88,7%)	326 (11,3%)	13,7	12,9	20
Medicina Interna	2.125	1652 (77,7%)	473 (22,3%)	18,8	18,2	20,7
Dor e Cuidados Paliativos	1.743	912 (52,3%)	831 (47,7%)	13,4	13,7	13,1
Emergencia Clínica	1.719	869 (50,6%)	850 (49,9%)	3,2	3,3	3
Cirurgia Toracica	1.071	1051 (98,1%)	20 (1,9%)	22,5	22,6	18,7
Hematologia	784	714 (91,1%)	70 (8,9%)	17	16,6	21,5
Ginecologia	626	575 (91,9%)	51 (8,1%)	14,3	14,3	14,7
Pneumologia	368	290 (78,8%)	78 (21,2%)	23	22	26,4
Unidade de Tratamento Intensivo (U.T.I.)	358	14 (3,9%)	344 (96,1%)	24,2	19,2	24,4
Cirurgia Geral	296	250 (84,5%)	46 (15,5%)	21,2	19,9	28,5
Total	11.963	8874 (74,2%)	3089 (25,8%)			
Mediana	928	792	202	18	17	20
Media	1.196,30	887,4	308,9	17,12	16,26	19,1
Desvio Padrão	879,15	746,86	320,3	6,33	5,67	7,4

Fonte: Banco de dados do HNSC, 2016.

Estimativa de necessidade de cuidados paliativos para paciente oncológico no Hospital Nossa Senhora da Conceição

Para dimensionar o número de pacientes oncológicos no Hospital Conceição com indicação de cuidados paliativos foram utilizados os parâmetros recomendados por OMS, Gómez-Batiste e Higginson. Verificou-se que no período 2008 a 2016 uma média de 290,9 pacientes oncológicos/ano seriam beneficiados anualmente com cuidados paliativos (Quadro 12).

Quadro 12. Estimativa de Necessidade de Cuidados Paliativos Oncológicos Hospital Nossa Senhora da Conceição - 2008 a 2016.

Internação Hospitalar de Pacientes Oncológicos										
Hospital Nossa Senhora da Conceição 2008 a 2016										
Ano	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Total
Nº Intern.	2750	2795	2803	3615	4254	4360	4035	4217	4283	33112
Mortal. hospitalar (A)	388	337	327	386	362	408	406	453	439	3506
Estimativa de Necessidade de Cuidados Paliativos										
OMS (A*0,8)	310,4	269,6	261,6	308,8	289,6	326,4	324,8	362,4	351,2	2804,8
Gomez Batiste (A*0,6)	232,8	202,2	196,2	231,6	217,2	244,8	243,6	271,8	263,4	2103,6
IJ Higginson (A*0,84)	325,92	283,08	274,68	324,24	304,08	342,72	341,04	380,52	368,76	2945,04
Média	289,7	251,6	244,2	288,2	270,3	304,6	303,1	338,2	327,8	290,9
Desvio Padrão	49,9	43,3	42	49,6	46,5	52,5	52,2	58,2	56,4	
Min Desvio Padrão	75%	109%	105%	79%	77%	53%	61%	61%	61%	
Max Desvio Padrão	53%	77%	74%	56%	54%	37%	43%	43%	43%	

Fonte: Banco de dados do HNSC, 2016.

A análise das necessidades de cuidados paliativos no grupo dos pacientes oncológicos internados para tratamento de intercorrências clínicas no período 2008 a 2016, considerando os parâmetros estimados por OMS, Gómez-Batiste e Higginson, mostram que em média 262,9 pacientes/ano teriam indicação de cuidados paliativos por ano (Quadro 13).

Quadro 13. Estimativa das necessidades de cuidados paliativos: pacientes oncológicos internados para tratamento de intercorrências clínicas - 2008 a 2016.

Internação Hospitalar para Tratamento de Intercorrências Clínicas de Paciente Oncológico										
Hospital Nossa Senhora da Conceição - 2008 a 2016										
Ano	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Total
Nº Intern. (A)	1299	1609	1599	1488	1519	1225	1221	1322	1455	12737
Mortal. hosp. (B)	323	331	327	366	327	359	352	388	396	3169
Estimativa de Necessidade de Cuidados Paliativos										
OMS (B*0,8)	258,4	264,8	261,6	292,8	261,6	287,2	281,6	310,4	316,8	2535,2
Gomez Batiste (B*0,6)	193,8	198,6	196,2	219,6	196,2	215,4	211,2	232,8	237,6	1901,4
I.J. Higginson (B*0,84)	271,32	278,04	274,68	307,44	274,68	301,56	295,68	325,92	332,64	2661,96
Media	241,17	247,15	244,16	273,28	244,16	268,05	262,83	289,71	295,68	262,9
Desvio Padrão	41,53	42,56	42,05	47,06	42,05	46,16	45,26	49,89	50,92	
Min Desvio Padrão	99,7%	129,0%	120,2%	90,6%	97,0%	59,9%	73,1%	71,7%	70,3%	
Max Desvio Padrão	70,4%	91,1%	84,9%	64,0%	68,5%	42,3%	51,6%	50,6%	49,6%	

Fonte: Banco de dados do HNSC, 2016.

No período 2008 a 2016, cerca de 1270 pacientes que foram admitidos anualmente no Hospital Conceição necessitariam de cuidados paliativos. (Quadro 14) O cálculo da estimativa média da necessidade de cuidados paliativos pelo parâmetro Brasil, que utiliza dados do procedimento “internação hospitalar para tratamento de intercorrências clínicas de paciente oncológico” é 4,9 vezes maior que a média das estimativas da OMS, Gomez-Batiste e Higginson, que são baseadas em dados de mortalidade. (Quadro 14)

Quadro 14. Comparação de parâmetros de estimativa média da necessidade de cuidados paliativos oncológicos no Hospital Nossa Senhora da Conceição (2008 a 2016).

Interação Hospitalar para Tratamento de Intercorrências Clínicas de Paciente Oncológico										
Comparação e Parâmetros de Estimativa de Necessidade de Cuidados Paliativos (2008 – 2016)										
Ano	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Total
Nº Internações (A)	1299	1609	1599	1488	1519	1225	1221	1322	1455	12737
Parâmetro Brasil (A*0,9)	1169,1	1448,1	1439,1	1339,2	1367,1	1102,5	1098,9	1189,8	1309,5	11463,3
Media parâmetros OMS GomezBatiste e Higginson	241,17	247,15	244,16	273,28	244,16	268,05	262,83	289,71	295,68	262,9
Proporção entre as médias das estimativas necessidades cuidados paliativos	4,85	5,86	5,89	4,90	5,60	4,11	4,18	4,11	4,43	4,9

Fonte: Banco de dados do HNSC, 2016.

Análise da necessidade de leitos hospitalares para internação de pacientes com indicação de cuidados de cuidados paliativos oncológicos

Analisando os óbitos resultantes das internações oncológicas no período 2008 a 2016 no Hospital Conceição, verificamos que anualmente foram registrados uma média de 390 pacientes que faleceram após 17 dias de internação e foram utilizados 19 leitos/dia.

Segundo o cálculo das estimativas realizadas a partir dos parâmetros OMS, Gomez- Batiste e Higginson a média das necessidades de leitos hospitalares variou de 11 a 16 leitos/dia: OMS (15 leitos/dia); Gomez-Batiste (11 leitos/dia) e Higginson (16 leitos/dia).

Já para os pacientes oncológicos internados para tratamento de intercorrências clínicas no período 2008 a 2016 foram utilizados uma média de 60 leitos hospitalares/dia para internação de 12.737 pacientes (Quadro 15).

Quadro 15. Leitos hospitalares utilizados para internação de pacientes oncológicos no procedimento “tratamento de intercorrências clínicas” (2008 a 2016).

Internações para Tratamento de Intercorrência Clínica de Paciente Oncológico: Número de leitos hospitalares utilizados			
Ano	Nº internações	Média Permanência (dias)	Nº Leitos Utilizados/dia
2008	1.299	14	49
2009	1.609	14	62
2010	1.599	14	60
2011	1.488	15	61
2012	1.519	15	63
2013	1.225	17	59
2014	1.221	17	57
2015	1.322	18	66
2016	1.455	15	61
Total	12.737	15,4	59,8

Fonte: Banco de dados do HNSC, 2016.

Quadro 16. Estimativa de leitos hospitalares necessários para internação em cuidados paliativos oncológicos.

Ano	Óbitos por Cancer	Média Permanência	Leitos utilizados	Estimativa de internações em cuidados paliativos			Estimativa de leitos hospitalares necessários para internação em cuidados paliativos		
				OMS (A*0,8)	Gomez Batiste (A*0,6)	I.J. Higginson (A*0,84)	OMS	Gomez Batiste	I.J. Higginson
2008	388	10	11	310,4	232,8	325,92	9	7	9
2009	337	11	11	269,6	202,2	283,08	8	6	9
2010	327	14	13	261,6	196,2	274,68	10	8	11
2011	386	17	18	308,8	231,6	324,24	14	11	15
2012	362	20	19	289,6	217,2	304,08	16	12	16
2013	408	22	24	326,4	244,8	342,72	20	15	21
2014	406	22	24	324,8	243,6	341,04	20	15	20
2015	453	22	27	362,4	271,8	380,52	22	16	23
2016	439	18	22	351,2	263,4	368,76	17	13	18
Média	390	17	19	311,64	233,73	327,23	15	11	16

Fonte: Banco de dados do HNSC, 2016.

Discussão

Comparando o cálculo da variação da ocorrência do óbito com a localização geográfica, verificamos que houve uma variação maior em Porto Alegre no aumento da mortalidade registradas em hospitais (20% nas causas não oncológicas e 15% nas oncológicas) quanto na redução da ocorrência de óbitos domiciliares (37% nas causas não oncológicas e 47% nas oncológicas), o que sugere que cada vez mais as pessoas estão morrendo nos hospitais (Quadro 3 e Figura 1).

A definição da real demanda de Cuidados Paliativos para uma população é considerada difícil⁽²⁴⁵⁾.

Estimativas do Ministério da Saúde apontam que 90% dos pacientes de câncer internados em hospitais para o procedimento tratamento de intercorrências clínicas teriam indicação de cuidados paliativos^(188, 291).

Para Gomez-Batiste⁽²⁰⁴⁾, 60% dos doentes falecidos necessitariam de cuidados paliativos, sendo distribuídos equitativamente pelos diferentes níveis de complexidade de assistência (complexos, não complexos, intermédios).

Higginson⁽²⁰⁵⁾ associa o número de óbitos por causas selecionadas (diagnósticos de câncer ou outras causas) com sintoma padronizado de prevalência, calculado a partir de estudos sistemáticos. No presente estudo foi utilizado a prevalência da dor (0,84%).

Os dados apresentados nesse estudo mostram que a demanda por Cuidados Paliativos na população oncológica assistida pelo hospital corresponde a pelo menos 262 pacientes/ano, que são atendidos aleatoriamente nas especialidades médicas, com pouco ou nenhum planejamento antecipado. A falta de planejamento do sistema é importante para a alocação e provisionamento de recursos, que são importantes do ponto de vista econômico para a subsistência do sistema de saúde. Além disso, ela impede a utilização de estratégias terapêuticas, visando postergar as perdas funcionais e propiciar as decisões de final de vida, fatores importantes para a qualidade de vida desses pacientes⁽²⁹³⁾. Além disso, o melhor gerenciamento dos leitos hospitalares é do interesse da sociedade, uma vez que são considerados recursos escassos⁽²⁹⁴⁾.

A falta de planejamento do atendimento dos pacientes em final de vida é particularmente ilustrado pelo alto número de pacientes oncológicos que morreram na CTI (96,1%). A literatura mostra que pacientes que compreendem ter uma

doença terminal tendem a escolher tratamento sintomático em detrimento de tratamentos prolongadores da vida^(295, 296).

Considerando os diferentes padrões de progressão da doença e de níveis de cuidados, além de uma variedade de comorbidades associadas, os cuidados paliativos tem sido considerado como uma questão prioritária de saúde pública. Torna-se imperativo promover a equidade nos serviços de saúde, melhorar a qualidade do atendimento e facilitar o acesso a essa modalidade de assistência^(69, 135, 159, 286, 297).

No Brasil, o câncer é a segunda causa de morte por doenças da população e mais de 80% das pessoas acometidas morrem em hospital.

A Política Nacional para Controle e Prevenção de Câncer garante a assistência integral a qualquer pessoa com câncer, por meio de unidades de assistência de alta complexidade em Oncologia (UNACON) e centros de assistência de alta complexidade em Oncologia (CACON)⁽¹⁴⁶⁾.

Torna-se fundamental uma abordagem integral e multidisciplinar desde o diagnóstico da doença, seguindo os princípios do cuidado integral da Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), que está direcionado para a prevenção, a detecção precoce, o diagnóstico, o tratamento e os cuidados paliativos, que devem ser oferecidos de forma oportuna, permitindo a continuidade do cuidado⁽¹⁷²⁾.

Mais de 80% das mortes por câncer no Brasil ocorrem em ambiente hospitalar. O estado do Rio Grande do Sul é a segunda unidade da federação em número de óbito hospitalar de pacientes oncológicos (89%), atrás apenas do Distrito Federal (89,5%)

Uma das tarefas mais difíceis para planejadores de políticas de saúde é reunir informações sobre a utilização dos serviços de cuidados paliativos existentes e o número de leitos hospitalares necessários para atender esta demanda no Brasil considerando a diversidade populacional, a natureza e a severidade das necessidades das pessoas, no que diz respeito o acesso a serviços de saúde.

A utilização de parâmetros internacionais (OMS, Gomez-Batiste, Higginson) para identificar necessidades de cuidados paliativos oncológicos no Hospital Nossa Senhora da Conceição permitiu avaliar a demanda retrospectiva em diferentes unidades clínicas, bem como os leitos clínicos utilizados para pacientes com critérios

de cuidados paliativos em fase final de vida, considerando que estes parâmetros são baseados em dados de mortalidade.

Através da análise das internações hospitalares no procedimento “Tratamento de Intercorrências Clínicas de Pacientes Oncológicos” (parâmetro Brasil), podemos estimar pacientes com indicação de cuidados paliativos em diferentes estágios da doença, internados nas diversas unidades clínicas e projetar a necessidade de leitos hospitalares especializados.

Assim como considerar que as internações realizadas neste procedimento e que resultaram em óbito estavam relacionadas com pacientes em estágio avançado da doença e/ou fase final de vida.

Outra questão importante é a estimativa de leitos hospitalares para cuidados paliativos. Segundo documento publicado pelo Ministério da Saúde a programação dos leitos hospitalares necessários para uma dada população é uma tarefa complexa, pois envolve analisar não apenas a oferta desses serviços (recursos disponíveis, tecnologia, índices de utilização) como sua demanda (necessidade de assistência), e estas são dimensões inter-relacionadas e sujeitas a um conjunto complexo de determinantes⁽²³⁰⁾.

Conclusão

Torna-se necessário estabelecer estratégias para identificar e classificar a população alvo e o tipo de cuidados necessários, bem como o planejamento de um programa de intervenção ativo com diferentes unidades clínicas que internam pacientes com necessidades de cuidados paliativos oncológicos.

Existe a necessidade de estabelecer a estimativa e características dos pacientes internados que satisfazem critérios prognósticos e indicativos de cuidados paliativos, bem como, descrever os níveis de atenção em que esses cuidados devem ser realizados.

CARACTERIZAÇÃO DAS INTERNAÇÕES HOSPITALARES NA UNIDADE DE CUIDADOS PALIATIVOS DE UM HOSPITAL TERCIÁRIO DO SUL DO BRASIL

Cledy Eliana dos Santos¹, José Manuel Peixoto Caldas², José Américo Serafim³, Newton Barros⁴, Altamiro da Costa Pereira⁵, Marcelo Eduardo Zanella Capra⁶, Airton Stein⁷, Alberto Freitas⁸, José Matias Rizzotto⁹, Ricardo Pedrini Cruz⁴, Luciana Silveira Campos⁴

¹Serviço de Saúde Comunitária e Serviço de Dor e Cuidados Paliativos. Hospital Nossa Senhora da Conceição - Grupo Hospitalar Conceição.

²Invesitador do Instituto de Saúde Pública da Universidade do Porto - ISPUP; Professor Titular da Universidade Federal da Paraíba - UFPB.

³Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul - DGTI.

⁴Serviço de Dor e Cuidados Paliativos. Hospital Nossa Senhora da Conceição - Grupo Hospitalar Conceição.

⁵Diretor do CINTESIS - Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde Faculdade de Medicina, Universidade do Porto, Portugal (FMUP).

⁶Serviço de Oncologia. Hospital Nossa Senhora da Conceição - Grupo Hospitalar Conceição.

⁷Serviço de Saúde Comunitária; Gerência de Ensino e Pesquisa. Hospital Nossa Senhora da Conceição – Grupo Hospitalar Conceição.

⁸CIDES - Departamento de Informação em Saúde e Ciências de Decisão, Faculdade de Medicina, Universidade do Porto, Portugal; CINTESIS - Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde, Portugal.

⁹Gerência Financeira – Sessão Faturamento do Grupo Hospitalar Conceição.

Autor Correspondente: Cledy Eliana dos Santos
Telefone: +5551 98756454 Fone: +5551 3357 2140
Fax: +5551 32551744 Email: cledy.eliana@gmail.com

Resumo

A modalidade de assistência Cuidados Paliativos busca prevenir e aliviar o sofrimento em todas as fases da doença por meio da gestão de sintomas e necessidades emocionais, sociais e espirituais e promoção da melhoria da qualidade de vida dos pacientes e seus cuidadores, não estando, por isso, limitado a cuidados de fim de vida, reflete uma mudança de paradigma e de conceitos sobre a atenção às pessoas com doenças graves, avançadas ou na fase final da vida. O Serviço de Dor e Cuidados Paliativos do Hospital Nossa Senhora da Conceição - Grupo Hospitalar Conceição tem como Missão “Melhorar a qualidade de vida de pessoas com dor crônica e/ou com doenças avançadas e incuráveis, com conhecimento científico de excelência e prática assistencial altamente qualificada. O objetivo desse trabalho foi analisar o fluxo e o desfecho das internações hospitalares de pacientes oncológicos ingressados na Unidade Especializada de Cuidados Paliativos, bem como fornecer dados, análises e comentários para estimular a discussão sobre tendências emergentes em relação à prestação de cuidados paliativos especializados no Hospital Nossa Senhora da Conceição - Grupo Hospitalar Conceição.

Metodologia: Foi realizada a análise retrospectiva e nominal dos bancos de dados das internações hospitalares do Hospital Nossa Senhora da Conceição, selecionando as internações registradas entre 1º de janeiro de 2008 e 31 de dezembro de 2016 na Unidade de Cuidados Paliativos.

Resultados: A análise dos registros de internação na Unidade de Cuidados Paliativos no período 2008 a 2016, mostrou que do total de 2.486 internações hospitalares, 2090 pacientes (84%) tiveram internação prévia no Hospital e 396 (16%) estavam internando pela primeira vez. O desfecho das internações hospitalares no grupo de pacientes com internação prévia, 1065 (51%) tiveram alta e 1025 (49%) resultaram em óbito. Entre os pacientes que internaram pela primeira vez, 200 (50,5%) receberam alta e 196 (49,5%) faleceram.

Conclusão: O Serviço de Dor e Cuidados Paliativos do Hospital Nossa Senhora da Conceição - GHC tem como desafio desenvolver um modelo integrado de cuidado paliativo, que proporcione uma assistência de qualidade em todos os níveis de atenção. Este modelo também necessita refletir o papel do serviço especializado de cuidados paliativos não apenas no atendimento dos pacientes e familiares, mas também ampliar a interface e o suporte às outras especialidades como serviço consultor ou co-manejo, bem como na formação de recursos humanos, e realização de pesquisas.

Palavras-chave: Cuidados Paliativos; Câncer; Características das Internações em Unidade de Cuidados Paliativos; Fluxos das Internações; Desfechos das Internações

Abstract

The modality of assistance and Palliative Care seeks to prevent and ease suffering in every stage of the disease through the management of symptoms and emotional, social and spiritual needs, and the promotion of improvement of patients' and caregivers' quality of life, and is therefore not limited to end of life caring. It reflects a change of paradigm and of concepts about the attention to people with serious, advanced illnesses or in the final stages of life. The mission of the Service of Pain and Palliative Care at the Nossa Senhora da Conceição Hospital - Conceição Hospital Group is to "Improve the quality of life of people with chronic pain and/or advanced and incurable diseases, with scientific knowledge of excellence and highly qualified care practice".

Methods: We conducted a retrospective and nominal analysis of the database of hospital admissions of the Nossa Senhora da Conceição Hospital, by selecting the admissions recorded between 1 January 2008 and 31 December 2016, at the Palliative Care Unit.

Results: The analysis of the admission records at the Palliative Care Unit within the period from 2008 to 2016 indicated that of 2,486 hospital admissions, 2,090 patients (84%) were previously admitted at the Hospital, and 396 (16%) were being admitted for the first time. The outcome of hospital admissions for the group of patients with previous admission displayed that 1,065 (51%) were discharged and 1,025 (49%) ended up dying. Among the patients who were admitted for the first time, 200 (50.5%) were discharged and 196 (49.5%) died.

Conclusion: The challenge of the Service of Pain and Palliative Care at the Nossa Senhora da Conceição Hospital - GHC is to develop an integrated model of palliative care, which provides quality assistance in all levels of attention. This model also needs to reflect upon the role of specialized palliative care service, not only for patient and family caring; it also needs to broaden the interface and support to other specialties, such as consultancy or co-management, as well as to training human resources and research.

Keywords: Palliative Care; Cancer, Characteristics of Hospital Admissions in a Palliative Care Unit; Flow of Hospital Admissions; Outcome of Hospital Admissions.

introdução

O Cuidado Paliativo (CP) foi definido pela Organização Mundial de saúde em 2002⁽¹⁾, como: “uma abordagem que melhora a qualidade de vida dos pacientes e seus familiares que enfrentam o doenças potencialmente fatais, através da prevenção e alívio do sofrimento por meio da identificação precoce, avaliação impecável e tratamento da dor e outros problemas, físicos, psicossociais e espirituais”. O Cuidado Paliativo é considerado por alguns autores como um direito humano internacional^(256, 302).

Inicialmente, a assistência de cuidados paliativos foi considerada exclusivamente para pacientes oncológicos, em fase final de vida e foi progressivamente modificado e adaptado para outras patologias^(190, 248).

O Ministério da Saúde do Brasil tem a responsabilidade de estabelecer diretrizes nacionais para diferentes agravos, estimular a atenção integral e articular as diversas ações nos três níveis de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS). Considerando a importância epidemiológica das doenças crônicas e a sua magnitude como problema de saúde pública, políticas e ações com ênfase na Promoção, Prevenção, Diagnóstico, Tratamento, Reabilitação e Cuidados Paliativos tem sido instituídas ao longo dos anos^(38, 86, 88, 171).

A modalidade de assistência Cuidados Paliativos busca prevenir e aliviar o sofrimento em todas as fases da doença por meio da gestão de sintomas e necessidades emocionais, sociais e espirituais e promoção da melhoria da qualidade de vida dos pacientes e seus cuidadores, não estando, por isso, limitado a cuidados de fim de vida, reflete uma mudança de paradigma e de conceitos sobre a atenção às pessoas com doenças graves, avançadas ou na fase final da vida^(108, 248).

Estudos recentes demonstraram deficiências nas discussões de final de vida e uso excessivo de tratamentos agressivos em pacientes gravemente doentes próximos do óbito. Os cuidados de final de vida estão associados a tratamentos menos agressivos, melhor qualidade de vida, e redução de custos⁽¹⁸⁶⁾. Alguns estudos demonstram uma melhor sobrevida de pacientes nos quais foi instituído cuidados paliativos precocemente (Temel 2014).

O Serviço de Dor e Cuidados Paliativos do Hospital Nossa Senhora da Conceição - Grupo Hospitalar Conceição, que é o segundo serviço mais antigo do Brasil, iniciou suas atividades em 16 de abril de 1986, segundo Barros⁽⁴³⁾ com

assistência ambulatorial e consultoria para outras especialidades e tem como missão “Melhorar a qualidade de vida de pessoas com dor crônica e/ou com doenças avançadas e incuráveis, com conhecimento científico de excelência e prática assistencial altamente qualificada”.

Possui ambulatório e área de internação próprios, localizados no Hospital Nossa Senhora da Conceição e conta com uma equipe multiprofissional. Realiza atividades de formação de profissionais em suas duas áreas de pós-graduação médica (Residência Médica em Dor e Medicina Paliativa) e cursos regulares anuais multidisciplinar de Qualificação Profissional em Dor e Cuidados Paliativos para profissionais de saúde⁽⁴³⁾.

O objetivo desse trabalho foi analisar o fluxo e o desfecho das internações hospitalares de pacientes oncológicos que ingressaram na Unidade Especializada de Cuidados Paliativos, bem como fornecer dados, análises e comentários para estimular a discussão sobre tendências emergentes em relação à prestação de cuidados paliativos especializados no Hospital Nossa Senhora da Conceição.

Metodologia

A análise retrospectiva e nominal dos bancos de dados das internações hospitalares do Hospital Nossa Senhora da Conceição, selecionando as internações registradas entre 1º de janeiro de 2008 e 31 de dezembro de 2016 na Unidade de Cuidados Paliativos. Foram analisados diferentes bancos de dados do Sistema de Informações Hospitalares do Grupo Hospitalar Conceição (assistenciais e administrativos) para verificar as características das internações na Unidade de Cuidados Paliativos (Figura).

Foram analisados dados referentes a data de ingresso e saída da instituição hospitalar, CID da autorização de internação hospitalar (AIH) para analisar o motivo do ingresso (condição clínica que gerou o ingresso), o movimento do paciente na instituição, verificando serviço de origem, passagem por unidade de tratamento intensivo (UTI), bloco cirúrgico, desfecho da internação, tempo de permanência hospitalar e desfecho das internações relacionados com os tempos médios de permanência hospitalar.

Considerando tratar-se de bancos de dados nominais, o projeto foi apresentado e aprovado pela Comissão de Ética em Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição.

Resultados

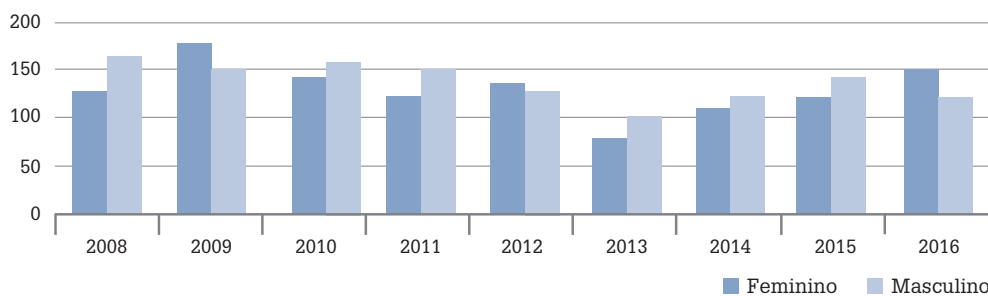
Resultado das Internações Hospitalares na Unidade de Cuidados Paliativos do Hospital Nossa Senhora da Conceição. Analisando o banco de dados Relatório das Internações por Período, verificamos que no período 2008 a 2016 foram registradas 2.486 internações na Unidade de Cuidados Paliativos do Hospital Nossa Senhora da Conceição, sendo 1.207 (48,6%) mulheres e 1.279 (51,4%) homens (quadro 1 e figura 1).

Quadro 1. Número de internações por sexo na Unidade de Cuidados Paliativos (2008 a 2016).

Ano	F	M	Total Geral
2008	128	161	289
2009	174	154	328
2010	152	162	314
2011	131	155	286
2012	143	136	279
2013	88	105	193
2014	109	129	238
2015	128	146	274
2016	154	131	285
Total Geral	1207	1279	2486

Fonte: Banco de dados do HNSC, 2017.

Figura 1. Número de internações por sexo na Unidade de Cuidados Paliativos (2008 a 2016). Fonte: Banco de dados do HNSC, 2017.



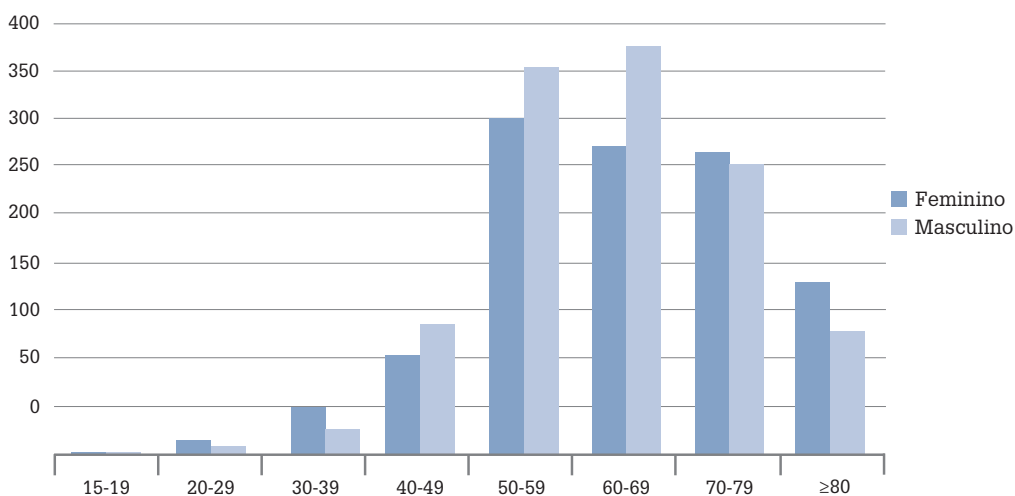
A distribuição das internações por faixa etária e sexo no período 2008 a 2016, mostra que 75,6% dos ingressos hospitalares em Cuidados Paliativos estão concentrados nas faixas etárias de 50 a 79 anos: 50 a 59 anos (27,1%), 60 a 69 anos (27%) e 70 a 79 (21,6%) anos (quadro 2 e figura 2).de internações por sexo na Unidade de Cuidados Paliativos (2008 a 2016).

Quadro 2. Distribuição por sexo e faixa etária na Unidade de Cuidados Paliativos (2008- 2016).

Faixa Etária	Feminino	Masculino	Total	%
15 a 19	0	2	2	0,1%
20 – 29	20	8	28	1,1%
30 – 39	62	28	90	3,6%
40 – 49	116	145	261	10,5%
50 – 59	313	360	673	27,1%
60 – 69	285	385	670	27,0%
70 – 79	278	258	536	21,6%
≥ 80	133	93	226	9,1%
Total	1207	1279	2486	100,0%

Fonte: Relatório de internação/período - GHC, 2017.

Figura 2. Distribuição por sexo efaixa etária na Unidade de Cuidados Paliativos (2008- 2016). Fonte: Banco de dados do HNSC, 2017.



Na análise do banco de dados Relatório de Saída, identificamos 2479 internações hospitalares da Unidade de Cuidados Paliativos registradas período 2008 a 2016. O desfecho das internações foram 1.280 (51,6%) altas hospitalares e 1.199 (48,4%) óbitos. O tempo médio de permanência hospitalar foi cerca de 14,8 dias tanto para as altas hospitalares, quanto para os óbitos. Este tempo de permanência considera todo o período de internação e não apenas a média de permanência na Unidade de Cuidados Paliativos (quadro 3).

Quadro 3. Desfecho das internações hospitalares na Unidade de Cuidados Paliativos do Hospital Nossa Senhora da Conceição - 2008 a 2016.

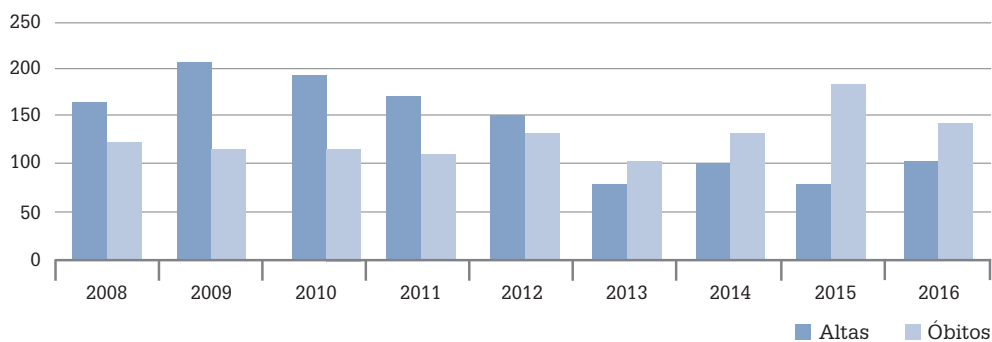
Ano	Nº Internações					Média de Permanência		
	Total	Sem óbito	%	Com Óbito	%	Total	Sem óbito	Com Óbito
2008	299	165	55,2%	134	44,8%	12,40	13,52	11,04
2009	335	207	61,8%	128	38,2%	11,5	12,0	10,8
2010	325	200	61,5%	125	38,5%	12,2	12,2	12,3
2011	286	170	59,4%	116	40,6%	13,8	14,4	12,9
2012	279	152	54,5%	127	45,5%	14,2	14,6	13,7
2013	193	87	45,1%	106	54,9%	18,6	18,7	18,6
2014	238	103	43,3%	135	56,7%	17,6	17,8	17,5
2015	274	90	32,8%	184	67,2%	18,5	18,7	18,4
2016	250	106	42,4%	144	57,6%	17,4	18,9	16,2
Total Geral	2479	1280	51,6%	1199	48,4%	14,8	14,9	14,8

Fonte: Banco de dados do HNSC, 2017.

Na análise do desfecho das internações observamos que a partir de do ano 2013 o número de óbitos tem sido maior que as altas hospitalares (figura 3).

Figura 3. Desfecho das internações hospitalares Unidade de Cuidados Paliativos do HNSC, 2008 a 2016.

Fonte: Banco de dados do HNSC, 2017.



Analisando os dados dos indicadores hospitalares exclusivo para as internações hospitalares da Unidade de Cuidados Paliativos (quadro 4), verificamos que a média de permanência no período 2008 a 2016 foi de 9,6 dias, cinco dias menos do que a média de permanência do Quadro 3.

Quadro 4. Indicadores hospitalares da Unidade de Cuidados Paliativos (2008-2016).

Movimento das internações na unidade de cuidados paliativos (2008 a 2016)										
Indicador	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Média período
Nº leitos cuidados paliativos	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
Nº leitos disp/ano	2920	2920	2920	2920	2920	2920	2920	2920	2920	2920,00
Nº Internações registradas	347	355	338	311	301	200	249	274	288	296
Perman. total	2672	2840	2704	2861	2769	2540	2764	2740	2909	2755
Tempo médio perman.	7,7	8	8,0	9,2	9,2	12,7	11,1	10,0	10,1	9,60

Fonte: Banco de dados do HNSC, 2017.

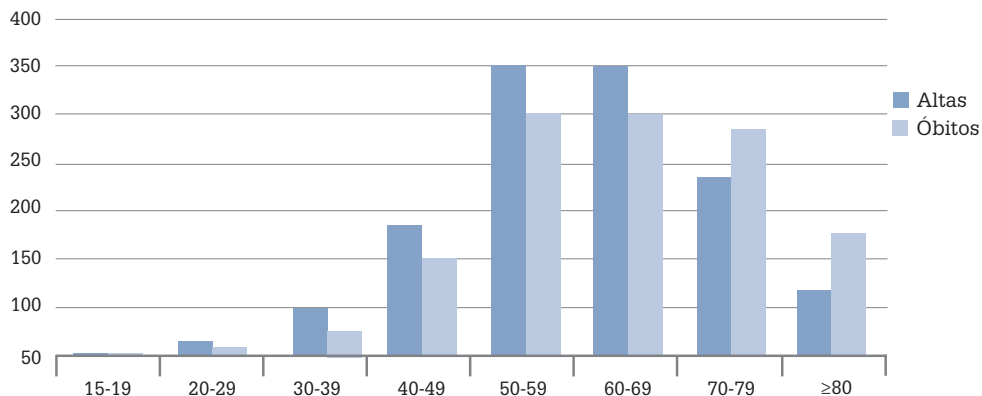
A maior concentração das internações (75,8%), altas hospitalares (75,8%) e óbitos (75,8%) foram encontradas nas faixas etárias de 50 a 79 anos (Quadro 5 e figura 4).

Quadro 5. Descrição das internações hospitalares por frequência e média de permanência relacionadas com desfecho.

Faixa Etária (anos)	Nº Internações					Média de Permanência		
	Total	Sem Óbito	%	Com Óbito	%	Total	Sem Óbito	Com Óbito
15 - 19	2	1	50,0%	1	50%	18	21,0	15,0
20 - 29	24	19	79,2%	5	21%	13,3	11,6	21,2
30 - 39	90	58	64,4%	32	36%	16,3	14,0	20,3
40 - 49	257	145	56,4%	112	44%	14,8	14,2	15,5
50 - 59	675	363	53,8%	312	46%	14,7	14,9	14,5
60 - 69	671	363	54,1%	308	46%	15,4	15,5	15,3
70 - 79	533	244	45,8%	289	54%	14,7	15,2	14,2
≥ 80	227	87	38,3%	140	62%	13,5	13,7	13,3
Total	2479	1280	51,6%	1199	48%	15,1	15,0	16,2

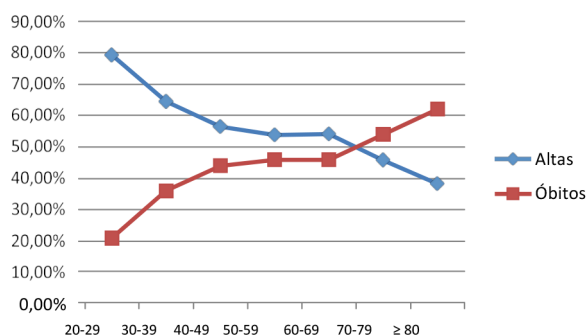
Fonte: Banco de dados do HNSC, 2017.

Figura 4. Distribuição dos desfechos das internações por faixa etária. Fonte: Banco de dados do HNSC, 2017.



Até a faixa etária de 60 a 69 anos observamos que o número de altas hospitalares é maior do que o número de óbitos, apesar da redução gradativa a cada década de faixa etária. As maiores proporções de alta hospitalar são observada nos grupos de 20 a 29 anos (79,2%) e 30 a 39 anos (64,4%). A partir dos 40 anos a média das altas hospitalares ficou em torno de 55%: 40 a 49 anos (56,4%), 50 a 59 (53,8%), 60 a 69 (54,1%). A partir dos 70 anos ocorre uma inversão do padrão com o número de óbitos maior que o de altas hospitalares: 70 a 79 anos (54%) e ≥ 80 anos (62%) (Figura 5).

Figura 5. Distribuição dos desfechos das internações por faixa etária. Fonte: Banco de dados do HNSC, 2017.



Analisando as internações por tipo de procedimento, das 2479 internações realizadas na Unidade de Cuidados Paliativos, foi possível distribuir 2468 (99,6%) internações por grupo de procedimento: 1721 (69,7%) internações para tratamento de intercorrência clínicas em pacientes oncológicos, 551

(22,3%) internações clínicas e 196 (7,9%) internações para procedimentos cirúrgicos. O desfecho das internações resultou em 1273 (50,2%) altas e 1195 (49,8%) óbitos.

Entretanto, analisando os óbitos das internações por procedimentos, verificamos que o grupo admitido para procedimentos clínicos (50,3%) e cirúrgicos (51,5%) apresentaram maior taxa de mortalidade do que as internações para tratamento de intercorrências clínicas (47,5%).

A média de permanência total das internações por procedimento cirúrgico é 1,79 vezes maior que do grupo de tratamento de intercorrência clínica e 1,44 vezes maior que as internações clínicas. Não se observa diferença significativa entre a média de permanência das internações que tiveram alta e das que resultaram em óbito (quadro 6).

Quadro 6. Internações na Unidade de Cuidados Paliativos por tipo de procedimento.

Tipo Procedimento	Nº Internações						Média de Permanência		
	Total	%	Sem óbito	%	Com Óbito	%	Total	Sem óbito	Com Óbito
Clinico	551	22,3%	274	49,7%	277	50,3%	16,7	16,4	16,7
Cirúrgico	196	7,9%	95	48,5%	101	51,5%	24,0	23,2	24,7
Tratamento de Intercorrência Clínica	1721	69,7%	904	52,5%	817	47,5%	13,4	13,7	13,1
Total	2468	100,0%	1273	50,2%	1195	49,8%	18,0	17,8	18,2

Fonte: Banco de dados do HNCS, 2017.

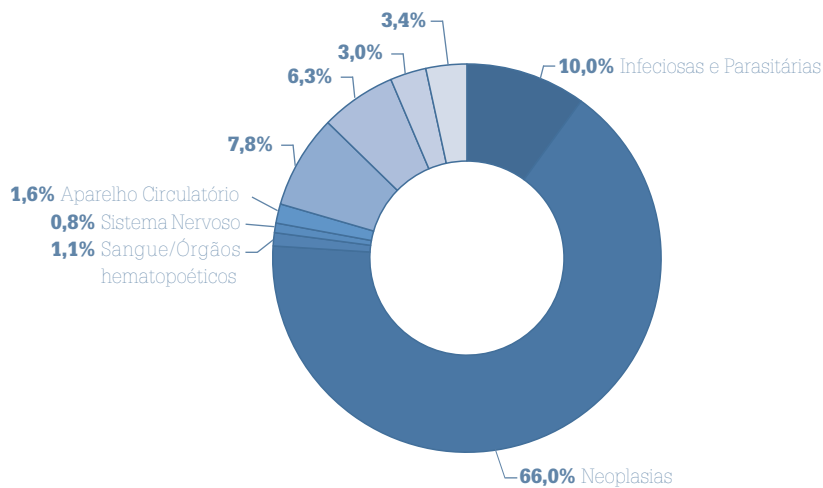
A Unidade de Cuidados Paliativos do Hospital Conceição é referência exclusiva para pacientes oncológicos. Na análise do diagnóstico de 96,6% das internações considerando os CID por grupo de causas (CID10) registradas no período do estudo, conforme descrito na Guia de Autorização de Internação Hospitalar (AIH), foram identificadas a seguinte distribuição: 1573 (66%) das internações estão relacionadas a neoplasias (C00-D48), seguido por Doenças Infecciosas e parasitárias (A00-B99) com 238 (10%), doenças do aparelho respiratório (J00-J99) com 185 (7,8%) e doenças do aparelho digestivo (K00-99) com 151 (6,3%), mostrando que as intercorrências clínicas de pacientes oncológicos podem estar associadas com a doença de base (câncer) ou comorbidades (quadro 7 e figura 6).

Quadro 7. Internações por grupo de doenças (2008 a 2016).

Grupo de Doenças	Nº Internações						Média de Permanência		
	Total	%	Sem Óbito	%	Com Óbito	%	Total	Sem óbito	Com Óbito
Infecciosas e parasitárias	238	10,0%	126	52,9%	112	47,1%	12,4	9,5	7,5
Neoplasias	1573	66,0%	826	52,5%	747	47,5%	15,1	11,9	11,9
Sangue/órgão hematopoéticos	27	1,1%	17	63,0%	10	37,0%	15,4	15,2	8,3
Sistema nervoso	20	0,8%	12	60,0%	8	40,0%	15,0	9,4	9,5
Aparelho circulatório	39	1,6%	19	48,7%	20	51,3%	18,1	11,8	10,4
Aparelho respiratório	185	7,8%	76	41,1%	109	58,9%	18,4	11,9	15,0
Aparelho digestivo	151	6,3%	68	45,0%	83	55,0%	15,4	10,1	11,5
Aparelho geniturinário	72	3,0%	40	55,6%	32	44,4%	19,2	10,1	15,5
Sintomas, sinais, achados anormais	80	3,4%	37	46,3%	43	53,8%	14,2	13,4	9,6
Total	2385		1221	51,2%	1164	48,8%	15,9	11,5	11,0

Fonte: Banco de dados do HNSC, 2017.

Figura 6. Internações por grupo de doenças (2008 a 2016). Fonte: Banco de dados do HNSC, 2017.



Analisando as autorizações de internação hospitalar (AIH) dos pacientes oncológicos que internaram na Unidade de Cuidados Paliativos no período 2008 a 2016, verificamos que 82% das internações foram inicialmente encaminhadas para três serviços: Cuidados Paliativos (26,9%), Medicina Interna (29,2%) e Oncologia (25,9%).

Quadro 8. Internação na Unidade de Cuidados Paliativos: movimento inicial dos pacientes (2008-2016).

Destino paciente - Laudo da AIH	Nº Internações						Média Permanência		
	Total	%	Sem óbito	%	Com Óbito	%	Total	Sem óbito	Com Óbito
Cardiologia	12	0,5%	8	66,7%	4	33,3%	20,4	14,8	31,8
Cirurgia Aparelho Digestivo	8	0,3%	3	37,5%	5	62,5%	41,0	63,3	29,9
Cirurgia Geral	88	3,5%	41	46,6%	47	53,4%	19,3	18,5	20,0
Cirurgia Torácica	17	0,7%	6	35,3%	11	64,7%	26,2	26,3	26,1
Cirurgia Vascular	6	0,2%	2	33,3%	4	66,7%	21,5	24,5	20,0
Dor e Cuidados Paliativos	668	26,9%	320	47,9%	348	52,1%	11,9	12,8	11,0
Emergência Cirúrgica	7	0,3%	2	28,6%	5	71,4%	32,1	25,0	35,0
Emergência Clínica	55	2,2%	30	54,5%	25	45,5%	16,1	17,3	14,6
Emergência Ginecológica	2	0,1%	2	100,0%	0	0,0%	15,5	15,5	
Endocrinologia	1	0,0%	0	0,0%	1	100,0%	37,0		37,0
Gastroenterologia	35	1,4%	19	54,3%	16	45,7%	21,6	23,3	19,6
Ginecologia	39	1,6%	26	66,7%	13	33,3%	25,7	19,5	38,0
Hematologia	14	0,6%	5	35,7%	9	64,3%	15,7	22,1	11,5
Infectologia	6	0,2%	3	50,0%	3	50,0%	14,2	9,0	19,3
Medicina Interna	725	29,2%	371	51,2%	354	48,8%	13,7	14,2	13,3
Nefrologia	5	0,2%	3	60,0%	2	40,0%	15,8	7,3	28,5
Neurologia	12	0,5%	6	50,0%	6	50,0%	26,1	28,2	24,0
Null	33	1,3%	21	63,6%	12	36,4%	14,4	13,4	16,3
Oncologia	642	25,9%	362	56,4%	280	43,6%	14,6	14,4	14,9
Oncologia Cirúrgica	27	1,1%	14	51,9%	13	48,1%	22,7	21,5	24,1
Otorrinolaringologia	1	0,0%	1	100,0%	0	0,0%	26,0	26,0	
Pneumologia	31	1,3%	14	45,2%	17	54,8%	20,1	15,5	23,9
Proctologia	8	0,3%	3	37,5%	5	62,5%	24,5	23,7	25,0
Assistência Domiciliar	4	0,2%	3	75,0%	1	25,0%	5,5	7,3	0,0
Urologia	33	1,3%	15	45,5%	18	54,5%	27,4	20,5	33,0
Total Geral	2479	100,0%	1280	0,516337	1199	0,483663	14,8	14,9	14,8

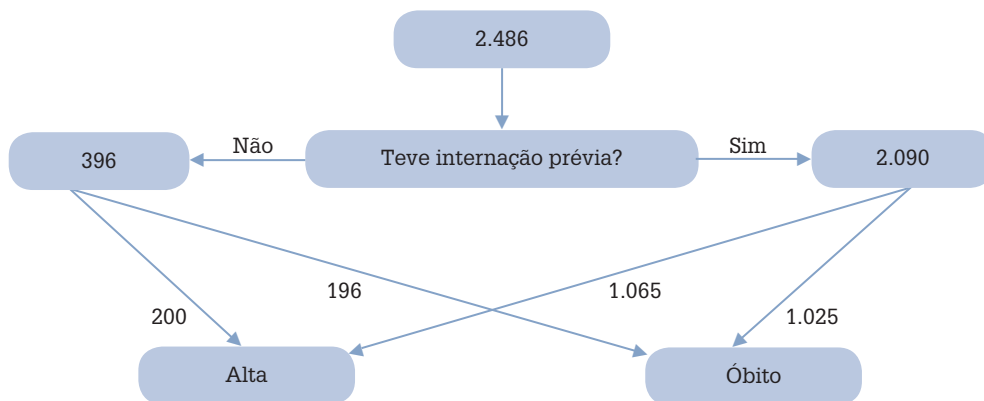
Fonte: Banco de dados do HNCS, 2017.

O fluxo das internações na Unidade de Cuidados Paliativos no período 2008 a 2016, mostra que do total de internações 2090 pacientes (84%) tiveram internação prévia no Hospital e 396 (16%) estavam internando pela primeira vez.

O desfecho das internações hospitalares no grupo de pacientes com internação prévia, 1065 (51%) tiveram alta e 1025 (49%) resultaram em óbito.

Entre os pacientes que internaram pela primeira vez, 200 (50,5%) receberam alta e 196 (49,5%) faleceram. (Figura 7).

Figura 7. Fluxo das internações na Unidade de Cuidados Paliativos (2008-2016). Fonte: Daniel Klug - Baseado no Relatório de Saída de Internação, 2017.



Em relação ao movimento hospitalar entre a admissão no hospital e o ingresso na Unidade de Cuidados Paliativos no período 2008 a 2016), identificamos que de 1.344 (64,3%) dos pacientes que tiveram internação prévia no Hospital, 13% foram encaminhados diretamente para Unidade de Cuidados Paliativos, 77% foram transferidos da Emergência e 5% transferidos dos Serviços de Medicina Interna e Cirurgia Geral.

No grupo dos pacientes que internaram pela primeira vez no Hospital 11% internaram direto na Unidade de Cuidados Paliativos, 62% vieram da Emergência e 12% de Áreas Cirúrgicas.

Discussão

Em três décadas de existência o Serviço de Dor e Cuidados Paliativos do Hospital Conceição, que é referência de assistência de internação e ambulatório para pacientes oncológicos e que totalmente, direcionado para pacientes com câncer, pouco se sabe sobre a demanda existente, a oferta de recursos e as possibilidades de acesso aos serviços.

Considerando que cada indivíduo apresenta diferentes morbidades, padrões de progressão da doença, necessidades de cuidados e uma variedade de fatores, incluindo idade e comorbidades associadas, a estimativa de recursos necessários e a definição de critérios específicos para estruturar e adaptar os cuidados paliativos têm sido um grande desafio para o sistema de saúde brasileiro.

A magnitude da demanda por cuidados paliativos no Hospital Nossa Senhora da conceição mostra a necessidade de se definir linhas de cuidados integrais e integrados entre o Serviço de Dor e Cuidados Paliativos e outros Serviços do hospital com vistas a minimizar o sofrimento dos doentes, melhorando o acesso ao atendimento humanizado e resolutivo.

O desafio atual é desenvolver um modelo apropriado de cuidado paliativo, que proporcione uma assistência de qualidade, conforme a melhor prática nacional e internacional, que possa ser utilizada na rede pública de saúde.

Este modelo também necessita refletir o papel do serviço especializados de cuidados paliativos não apenas no atendimento dos pacientes e suporte às outras especialidades como consultor ou co-manejo, mas também na formação de recursos humanos, e pesquisas.

Conclusão e Comentários Finais

O estudo que desenvolvemos permitiu conhecer e constatar a complexidade para realizar a estimativa da demanda e a oferta de serviços de cuidados paliativos no Brasil para atender as necessidades dos doentes oncológicos e não oncológicos.

Da revisão de literatura às simulações de estimativas de necessidades de cuidados paliativos, por meio da utilização de parâmetros internacionais e nacionais, tendo como base os dados de internação e mortalidade registrados nos sistemas de informação do Sistema Único de Saúde foi possível perceber o cenário traçado pelos diferentes estudos e a dimensão da situação.

Este estudo de base quantitativa de análise retrospectiva de dados de internação registrados no Sistema Único de Saúde e dados gerais de mortalidade, tinha a proposta inicial de analisar as necessidades de cuidados paliativos no Estado do Rio Grande do Sul e Hospital Nossa Senhora da Conceição - Grupo Hospitalar Conceição. Durante o processo verificamos a deficiência de estudos de base nacional e regional, que seriam importantes para estabelecer uma conexão com os resultados locais. Por este motivo realizamos ampliamos o levantamento de dados e a análise das necessidades de cuidados paliativos para o nível nacional, regional e no estado do Rio Grande do Sul.

Os dados obtidos com as simulações de diferentes cenários para a estimativa da demanda para cuidados paliativos revelaram que no Brasil, estamos muito aquém do que seria aconselhável, principalmente pela falta de uma política nacional que são diretrizes e princípios norteadores para a definição de parâmetros de assistência.

Outra questão importante é que a falta de uma estrutura pública de cuidados paliativos, que seja adequada à demanda existente, dificulta a estimativa, em todos os níveis de atenção, das necessidades dos doentes nas diferentes fases ou estágios da doença, como é previsto pelo SUS

Considerando que a maior parte das práticas de cuidados paliativos é feita de forma pessoal, parcial e isolada. A consequência disso é a falta de legitimação e de critérios para realizar esse tipo de cuidado, bem como a dificuldade de articular e integrar as diferentes políticas, programas de saúde e serviços especializados existentes.

No que diz respeito aos leitos hospitalares para cuidados paliativos existe a necessidade de definir parâmetros nacionais para atender minimamente a demanda, considerando que parâmetros internacionais estão totalmente fora da nossa realidade.

A análise realizada permite identificar o número de leitos hospitalares utilizados para internação de pacientes com potenciais necessidades de cuidados paliativos.

No período de 2008 a 2014, uma média de 3.066 leitos hospitalares clínicos foram utilizados anualmente para tratamento de intercorrências clínicas em pacientes de câncer, e, analisando a variação da utilização de leitos hospitalares por região, podemos dizer que, no total, houve um aumento 43,9% de leitos hospitalares utilizados no período de 2008 a 2014. A maior variação ocorreu na região Norte (142%), seguida pela região Sudeste (47%), e a região Nordeste (44,1%), enquanto que as menores variações foram observadas nas regiões Centro- Oeste (12%) e na região Sul (29%).

Um outra questão a ser considerada é que muitos pacientes com necessidades e indicação de cuidados paliativos estão ingressando nas instituições de saúde (hospitalares ou ambulatoriais), sem serem identificados e reconhecidos para esta assistência, conforme registros das internações hospitalares para tratamento de intercorrências clínicas de pacientes oncológicos e da mortalidade de pacientes oncológicos e portadores de outras doenças crônicas consideradas como indicativas de cuidados paliativos.

No que se refere as limitações ao estudo: os sistemas de informação em saúde do Sistema Único de Saúde (SIS-SUS) são instrumentos padronizados de monitoramento e coleta de dados, que tem como objetivo o fornecimento de informações para análise e melhor compreensão de importantes problemas de saúde da população, subsidiando a tomada de decisões nos níveis municipal, estadual e federal.

Apesar de se identificar um certa fragmentação entre os sistemas de informação em saúde, eles fornecem importantes contribuições para a avaliação da situação de saúde, dos diversos municípios brasileiros ,

Um ponto importante sobre os sistemas de informação em saúde foi a produção dos programas TabWin e TabNet, que possibilitam a tabulação das informações facilitando a compatibilização entre as bases de dados⁽³⁰³⁾.

O Sistema de Informação do Grupo Hospitalar Conceição conta com vários bancos de dados que estão relacionados com o panorama e a tendência de diferentes eventos ou objetivos, o que muitas vezes dificulta o relacionamento de dados.

Este estudo possibilitou a identificação de dados significativos para a estimativa das necessidades de cuidados paliativos no Brasil, podendo por isso, ser considerado como uma linha de base para futuras investigações no campo da avaliação de estimativas de necessidades de cuidados paliativos oncológicos e não oncológicos.

CAPÍTULO 8 **REFERÊNCIAS GLOBAIS**

1. Vigilância Epidemiológica. Doenças infecciosas e parasitárias: guia de bolso /Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. 3ª Ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 236 p. v.: I il. Color. (Série B. Textos Básicos de Saúde) ISBN 85-334-0805-6
2. Carneiro, LAF et al. Envelhecimento populacional e os desafios para o sistema de saúde brasileiro [recurso eletrônico]/Instituto de Estudos de Saúde Suplementar - São Paulo: IESS [org], 2013. https://www.ibedess.org.br/imagens/biblioteca/939_envelhecimentopop2013.pdf. Acesso em 28 de abril de 2017
3. Oswaldo Cruz Foundation (2012) Health in Brazil in 2030: guidelines for the strategic exploration of the Brazilian health system. Fiocruz, Rio de Janeiro, Brazil. <http://pesquisa.bvs.br/brasil/resource/pt/bvs-3118>. Acesso em 28 de abril de 2017
4. Brazilian Institute of Geography and Statistics (2012). Brazil: Full Board of Mortality-both sexes. 2012. ISBN: 978-85-66752-00-7 Livro eletrônico Modo de acesso: www.iess.org.br/envelhecimentopop2013.pdf
5. Celso Cardoso Silva Simões. Breve histórico do processo demográfico. In Brasil: uma visão geográfica e ambiental no início do século XXI / Adma Hamam de Figueiredo, organizadora. Rio de Janeiro: IBGE, Coordenação de Geografia, 2016. 435p. <http://biblioteca.ibge.gov.br/biblioteca-catalogo?id=297884&view=detalhes>. Acesso em 21 de abril de 2017
6. Ellen Nolte and Martin McKee. Caring for people with chronic conditions: A health system perspective. Open University Press. Copyright © World Health Organization 2008 on behalf of the European Observatory on Health Systems and policies. http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0006/96468/E91878.pdf. Acesso em 01 de abril de 2017
7. Prakash Tyagi .Double Burden of Disease. Double burden of communicable and non- communicable disease in old age in South Asia. age helps International Help Age Gravis 2014. <https://gravisindia.wordpress.com/2014/02/22/gravis-addressing-the-double-burden-of-disease/>
8. C. Bygbjerg. Double Burden of Noncommunicable and Infectious Diseases in Developing Countries. Science 21 Sep 2012: Vol. 337, Issue 6101, pp. 1499-1501DOI: 10.1126/science.1223466. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22997329>

9. Julio Frenk and Octavio Gómez-Dantés. The triple burden: disease in developing nations.. (n.d.) >The Free Library. (2014). Retrieved Aug 11 2016 from. Disponível em <http://www.thefreelibrary.com/The+triple+burden%3a+disease+in+developing+nations.a0273715809>
10. Dhillon PK, Jeemon P, Arora NK, Mathur P, Maskey M, Sukirna RD, Prabhakaran D. Status of epidemiology in the WHO South-East Asia region: burden of disease, determinants of health and epidemiological research, workforce and training capacity. *Int J Epidemiol*. 2012 Jun ;41(3):847-60. doi:10.1093/ije/dys046. Epub 2012 May 21. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22617689>
11. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE/ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Goulart, F. A. A. Doenças Crônicas Não Transmissíveis: Estratégias de Controle E Desafios E Para Os Sistemas De Saúde. Brasília-DF. 2011. DOI: 10.1590/1414- 462X201500020123. Disponível em http://apsredes.org/pdf/Condicoes-Cronicas_flavio1.pdf
12. PAIVA, Carlos Henrique Assunção; TEIXEIRA, Luiz Antonio. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. História, Ciências, Saúde
13. Manguinhos, Rio de Janeiro, v.21, n.1, jan.-mar. 2014, p.15-35. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-59702014000100015&script=sci_abstract&tlng=pt
14. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.413, de 23 de março de 1998. Estabelece requisitos para credenciamento de Hospitais e critérios para realização de internação domiciliar no SUS. Disponível em <http://www.saude.ba.gov.br/dae/Port2416.pdf>
15. W.H.O. World Health Organization. Suíça, 2012. Disponível em <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>. Acessado em: 017 Dez
16. BRASIL. Ministério da Saúde / Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.160 p.: il. (Série B.Textos Básicos de Saúde)

17. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Projeção da população do Brasil por sexo e idade para o período 2000-2060: revisão 2013. Rio de Janeiro: IBGE, Depis. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao_da_populacao/2013/default.shtm>. Acesso em: 08 dez.2016
18. DIAMANTE, LM; TEIXEIRA MB. Cuidados paliativos: conhecimentos e sentimentos do enfermeiro que atua nas unidades de clínica médica e moléstia infectocontagiosa de um hospital geral. 2007. Dissertação (Mestrado) -. Universidade de Guarulhos: 2007. <http://tede.ung.br/bitstream/123456789/236/1/Loraine%2BMartins%2BDiamante.pdf>. Acesso em 21 de fevereiro de 2017
19. CREMSP. Coordenação Institucional de Reinaldo Ayer de Oliveira. Cuidado Paliativo. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2008. 689 p. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/2409441/mod_resource/content/3/Livro%20de%20Cuidados%20Paliativos.pdf.
20. GONÇALVES, JAS; 2012 Desenvolvimento de um Sistema Integrado para a Avaliação Inicial dos Doentes Oncológicos admitidos em Cuidados Paliativos. 2012. Dissertação (Doutorado) -. Universidade do Porto: 2012. <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/62286/3/phd%20thesis.pdf>
21. FLORIANI, CA; SCHRAMM, FR - Desafios morais e operacionais da inclusão dos cuidados paliativos na rede de atenção básica. Cad. Saúde Pública, vol.23, n.9, 2007. p. 2072- 2080. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2007000900015>. Acesso em 01 de abril de 2017
22. MACHADO, KDG; PESSINI, L; HOSSNE, WS. A Formação em Cuidados Paliativos da Equipe que Atua em Unidade de Terapia Intensiva : um Olhar da Bioética, Bioethikos ; Centro Universitário São Camilo, 2007, v.1, n. 1, p. 34-42
23. PESSINI L; BERTACHINI L. Novas perspectivas em CP: ética, geriatria, gerontologia, comunicação e espiritualidade. O Mundo da Saúde. São Paulo, ano 29, v. 29, n. 4, p. 491-509; out./dez 2005
24. SAUNDERS C. In: Doyle D, Hanks G, Cherry N, Carmon K, Oxford Textbook of Palliative Medicine. 3. ed. Reino Unido: Oxford University Press, 2005. p.20
25. MATSUMOTO, D.Y. Cuidados Paliativos: conceito, fundamentos e princípios. In: Academia Nacional de Cuidados Paliativos. Manual de cuidados paliativos. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2009. Cap.1, p.14-19

26. MENEZES, RA. Em busca da 'boa morte': uma investigação sócio-antropológica sobre CP. 2004. Tese (doutorado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, UERJ. Rio de Janeiro, 2004
27. ANCP. O que são cuidados paliativos? São Paulo: ANCP, 2009. Disponível em <http://www.paliativo.org.br/ancp.php?p=oqueeecuidados>, acessado em 02 fev. 2017
28. SPORTELLO, EF, OLIVEIRA, MAC, SAKURADA, CK. Assistência Domiciliar em cuidados paliativos: a experiência do HU/USP. In: PIMENTA CA. de M, MOTA, DDC de F. Dor E Cuidados Paliativos: Enfermagem, Medicina E Psicologia. Barueri, SP : Manole, 2006. p. 409
29. FEUERWERKER, LCM; MERHY, EE. A contribuição da atenção domiciliar para a configuração de redes substitutivas de saúde: desinstitucionalização e transformação de práticas. Rev. Panam. Salud. Publica, Washington, v. 3, n. 24, Set. 2008
30. MUNDAY, D; MAHMOOD, K; DALE, J; KING, N. Facilitating good process in primary palliative care: does the Gold Standards Framework enable quality performance? Family Practice, v.24, n. 5, p. 486-494, Ago. 2007
31. THOMAS, K; NOBLE, B. Improving the delivery of palliative care in general practice: an evaluation of the first phase of the Gold Standards Framework; Palliat. Med. v. 21, n. 1, 2007. p. 49-53
32. WALSHE, C. et al. Implementation and impact of the gold standards framework in community palliative care: a qualitative study of three primary care trusts. Palliat. med. Estados Unidos da América, Centro Nacional de informações biotecnológicas; Biblioteca nacionalde Medicina; Instituto de Saúde, 22 set. 2008. p. 736-743
33. PAVLIC, DR; GRAAF, P; BUNTINIX, F; LIONIS, C. Primary care and care for chronic cancer patients in Europe: position paper of the European Forum for Primary Care. Quality In Primary Care, v.17, n.6, p. 431-43, 2009
34. FREY, JJ. In This Issue: Back to Basics: Talking, Listening, and Low-Tech Primary Care. Ann Fam Med. v. 2, n. 9, 2011. (Mar-Abr), p. 98- 100
35. KO, DN; PEREZ-CRUZ, P. BLIDERMAN, CD. Ethical Issues in Palliative Care Primary. Care Clinics in Office Practice, v. 2, n. 38, p. 183-193, Jun. 2011

36. LAVY, V. A arte da pesquisa. IN: Cuidados Paliativos. Londres: ANCP, 2009 p. iv, p. 2, p. 8
37. PIMENTA, CA de M.; MOTA, DDC de F.; CRUZ, D de ALM da Dor e Cuidados Paliativos: Enfermagem, Medicina e Psicologia. Barueri, SP: Manole, 2010
38. CHIBA, T. Conselho Regional de Medicina. Relação dos Cuidados Paliativos com as Diferentes Profissões da Área da Saúde e Especialidades. In: Cuidado Paliativo/Coordenação Institucional 83 de Reinaldo Ayer de Oliveira. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2008. p 689-46
39. COMBINATO, DS. Cuidados no final da vida: análise do processo de trabalho na Atenção Primária. Botucatu: [s.n], 2011
40. GIACOMOZZI, CM; LACERDA, M. Rua A prática da assistência domiciliar dos profissionais da estratégia de saúde da família. Texto contexto - enferm, Florianópolis, v. 15, n. 4, Dec. 2006
41. SANTOS, FS. Cuidados Paliativos: Diretrizes, Humanização e Alívio de Sintomas. Rio de Janeiro: Athenaeum, 2010. p. 688
42. World Health Organization. WHO Definition of Palliative Care. Disponível em <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>. Acesso em 20 de maio de 2017
43. Marco Tullio de Assis Figueiredo. A História dos Cuidados Paliativos no Brasil. Revista Ciências em Saúde v1, n 2 jul 2011
44. Barros, N et al. (2012). Contribuição para a gestão dos doentes crônicos do Hospital Nossa Senhora da Conceição frente aos desafios da saúde no Brasil. Porto Alegre: GHC
45. Conselho Federal de Medicina Resolução CFM n° 1931/2009. Aprova o código de ética médica. Disponível em http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2009/1931_2009.htm. Acesso em 20 de maio de 2017
46. Andrade et al. Cuidados paliativos ao paciente idoso: uma revisão integrativa da literatura. Revista Brasileira de Ciências da Saúde. Revista Brasileira de Ciências da Saúde. Disponível em <http://periodicos.ufpb.br/index.php/rbcs/article/viewFile/12587/7883>. Acesso em 20 de maio de 2017

47. Leysen, B, Van den Eynden, B, Gielen, B, Bastiaens, H, & Wens, J (2015). Implementation of a Care Pathway for Primary Palliative Care in 5 research clusters in Belgium: quasi-experimental study protocol and innovations in data collection (pro- SPINOZA). *BMC Palliative Care*, 14, 46. <http://doi.org/10.1186/s12904-015-0043-x>
48. The Irish Hospice Foundation. Primary Palliative Care in Ireland (2011). Disponível em <http://hospicefoundation.ie/wp-content/uploads/2012/05/Primary-Palliative-Care-in-Ireland.pdf>. Acesso em 20 de maio de 2017
49. Back, AL, & Curtis, JR (2001). When does primary care turn into palliative care? *Western Journal of Medicine*, 175(3), 150-151
50. Oishi, A, & Murtagh, FE (2014). The challenges of uncertainty and interprofessional collaboration in palliative care for non-cancer patients in the community: A systematic review of views from patients, carers and health-care professionals. *Palliative Medicine*, 28(9), 1081-1098. <http://doi.org/10.1177/0269216314531999>
51. MURRAY et al. Promoting palliative care in the community: Production of the primary palliative care toolkit by the European Association of Palliative Care Taskforce in primary palliative care. *Palliative Medicina*, 2014. Disponível em [http://www.eapcnet.eu/Portals/0/Clinical/Publications/PM201529\(2\)Murray.pdf](http://www.eapcnet.eu/Portals/0/Clinical/Publications/PM201529(2)Murray.pdf). Acesso em 20 de maio de 2017
52. DIXON, J; KING, D; CLARK, M; KNAPP, M. Equity in the provision of palliative Care in the UK: review of evidence. London School Of Economics and Political Science, 2015. Disponível em <https://www.mariecurie.org.uk/globalassets/media/documents/policy/campaigns/equity-palliative-care-uk-report-full-lse.pdf>. Acesso em 20 de maio de 2017
53. Hansford, P; Meehan, H; Gold standards framework: improving community care. *End of Life Care*, 2007. Vol. 1, n° 3. Disponível em <http://www.goldstandardsframework.org.uk/cd-content/uploads/files/Library%2C%20Tools%20%26%20resources/Gold%20Standards%20Framework%20-%20improving%20community%20care.pdf>. Acesso em 20 de maio de 2017
54. The Worldwide Hospice Palliative Care Alliance (WHPCA). Palliative Care Toolkits and Training Manual Files, 2009. Disponível em: <http://www.thewhpca.org/resources/category/palliative-care-toolkits-and-training-manual>. Acesso em 20 de maio de 2017

55. Espanha, Ministério da Saúde. Estrategia em Cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud. Sanidad, 2007, pág. 45. Disponível em <http://www.aepcp.net/arc/estrategiaCuidadosPaliativos.pdf>. Acesso em 20 de maio de 2017
56. Sociedade Española de Cuidados Paliativos. Libro blanco sobre normas de calidad y estándares de cuidados paliativos de la Sociedad Europea de Cuidados Paliativos. SECPAL, 2012, pág. 13. Disponível em http://www.eapcnet.eu/LinkClick.aspx?fileticket=b4QLW_88jvs%3d&tabid=736. Acesso em 20 de maio de 2017
57. Espanha, Ministério da Saúde. Unidades de cuidados paliativos Estándares y recomendaciones, 2009, págs. 13, 33 e 40. Disponível em https://www.sergas.es/Docs/Bioetica/estandares_y_recomendaciones_ucp.pdf. Acesso em 20 de maio de 2017
58. Portugal. Ministério da Saúde. Decreto-Lei n° 101/2006 de 06 de junho. Decreto sobre a criação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. Ano 2006. Disponível em http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/Decreto-Lei_101_2006-1.pdf. Acesso em 20 de maio de 2017
59. Portugal. Ministério da Saúde. Plano de Desenvolvimento da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) 2016-2019. Ano 2016. Disponível em <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/02/Plano-de-desenvolvimento-da-RNCCI.pdf>. Acesso em 20 de maio de 2017
60. MARQUES, AL; GONÇALVES, E; SALAZAR, H; GALRIÇA NETO, I; CAPELAS, MD; TAVARES, M; SAPETA, P. O desenvolvimento dos cuidados paliativos em Portugal. Patient Care, 2009. Disponível em <http://www.apcp.com.pt/uploads/cp.pdf>. Acesso em 20 de maio de 2017
61. Portugal. Ministério da Saúde. Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), ano 2009, pág. 20 Disponível em <http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/07/Guia-da-RNCCI.pdf>. Acesso em 20 de maio de 2017
62. Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos. Lei de Base dos Cuidados Paliativos - Lei n° 52/2012. Foi publicada no passado dia 5 de setembro, a Lei 52/2012 que cria a Nova Rede Nacional de Cuidados Paliativos. Disponível em <http://www.apcp.com.pt/outros-documentos/lei-de-base-dos-cuidados-paliativos-lei-n-52-2012.html>. Acesso em 20 de maio de 2017

63. Brasil, Ministério de Saúde. Portaria GM/MS nº 2.528 de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Disponível em http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Portaria_2528.pdf. Acesso em 20 de maio de 2017
64. Brasil, Ministério de Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Série Pactos pela Saúde. Volume 4, ano 2006. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2006.pdf. Acesso em 20 de maio de 2017
65. MALTA, DC, et al. A Cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Brasil, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. Revista Ciência & Saúde Coletiva, 2016. DOI: 10.1590/1413-81232015212.23602015
66. Brasil, Ministério de Saúde. Portaria nº 963, de 27 de maio de 2013. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0963_27_05_2013.html. Acesso em 20 de maio de 2017
67. Brasil, Ministério de Saúde. Atenção domiciliar no SUS. Resultados do Laboratório de Inovação em Atenção Domiciliar. Série Técnica NavegadorSUS, nº 9. 1ª Edição, 2014 Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_domiciliar_sus_resultados_laboratorio_inovacao.pdf. Acesso em 20 de maio de 2017
68. Brasil, Ministério de Saúde. Portaria nº 841, de 27 de maio de 2013. Publica a Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0841_02_05_2012.html. Acesso em 20 de maio de 2017
69. CONASS. Nota Técnica 44/2011. Diretrizes para implantação da RENAME, RENASES e COAP (Decreto 7.508/11)
70. Gott, M, Frey, R, Raphael, D, O'Callaghan, A, Robinson, J, & Boyd, M (2013). Palliative care need and management in the acute hospital setting: a census of one New Zealand Hospital. BMC Palliative Care, 12, 15. <http://doi.org/10.1186/1472-684X-12-15>
71. Brasil, Ministério de Saúde. Portaria nº 825, de 25 de abril de 2016. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde e atualiza as equipes habilitadas. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0825_25_04_2016.html. Acesso em 20 de maio de 2017

72. SOUZA, HL; ZOBOLI, ELCP; PAZ, CRP; SCHVEITZER, MC; HOHL, KG; PESSALACIA, JDR. Cuidados paliativos na atenção primária à saúde: Considerações éticas. *Revista Bioética*. Vol. 23, n° 2, Brasília, 2015. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/bioet/v23n2/1983-8034-bioet-23-2-0349.pdf>. Acesso em 20 de maio de 2017
73. Clark, D; Wright, M; The International Observatory on End of Life Care: A Global View of Palliative Care Development. *Journal of Pain and Symptom Management*. Vol. 33, n° 5, ano 2007. Disponível em [http://www.jpmsjournal.com/article/S0885-3924\(07\)00113-3/pdf](http://www.jpmsjournal.com/article/S0885-3924(07)00113-3/pdf). Acesso em 20 de maio de 2017
74. Brasil, Ministério da Saúde. Diretrizes e Recomendações para o Cuidado Integral de Doenças Crônicas Não-transmissíveis. Série B. Textos Básicos de Saúde. Série pactos pela Saúde 2006, v. 8. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_recomendacoes_cuidado_doencas_cronicas.pdfhttp://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_recomendacoes_cuidado_doencas_cronicas.pdf. Acesso em 20 de abril de 2017
75. Referência: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)
76. Temel JS, Greer JÁ, Muzikansky. Early Palliative Care for Patients with Metastatic Non-Small-Cell Lung Cancer. *N Engl J Med* 2010;363:733-42
77. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer (2011a). Estimativa 2012: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA
78. Organização Mundial da Saúde (2005). Prevenindo doenças crônicas: um investimento vital. Brasília; OMS
79. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância Estimativa 2016: incidência de câncer no Brasil/ Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva - Rio de Janeiro: INCA, 2015
80. Pan American Health Organization (2007) Regional strategy and plan of action on an integrated approach to the prevention and control of chronic diseases, including diet, physical activity, and health. PAHO, Washington, DC
81. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer (2001). Cuidados paliativos oncológicos. controle de sintomas. Rio de Janeiro: INCA

82. Machado, MA. (2009). Cuidados paliativos e a construção da identidade médica [dissertação]. Rio de Janeiro: FIOCRUZ
83. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer (2013a). História do INCA. Rio de Janeiro: INCA
84. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde (2007). Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2007
85. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer (2011b). ABC do câncer: abordagens básicas para o controle do câncer. Rio de Janeiro: INCA
86. Brasil. Ministério da Saúde (2002a). Portaria GM/MS nº 19, de 03/01/2002. Brasília: MS
87. Brasil, Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 260 de 04 de dezembro de 1997. Disponível em http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso_97.htm
88. Brasil. Ministério da Saúde (1998). Portaria GM/MS nº 3.535, de 02/09/1998. Brasília: MS
89. Brasil. Ministério da Saúde (2002). Portaria GM/MS nº 1.319, de 23/07/2002. Brasília: MS
90. Connor S, Sepulveda C (2014) Global atlas of palliative care at the end-of-life. Thewpca, London. Available from: <http://www.thewpca.org/resources/global-atlas-of-palliative-care/>. Accessed: 2016 Oct 19
91. Conselho Federal de Medicina (2011). Resolução CFM N° 1.973/2011. Em: D.O.U., Seção I, pp. 144-147
92. BARRETO, ML, Carmo, EH (2007). Padrões de adoecimento e de morte da população brasileira: os renovados desafios para o Sistema Único de Saúde. Ciênc. Saúde Coletiva, 12 [Suppl], pp. 1179-1790
93. Referência: Sistema de Informação Hospitalar do Sistema Único de Saúde (SIH-SUS)

94. Centeno, C, Lynch, T, Garralda, E, Carrasco, JM, Guillen-Grima, F, & Clark, D (2016). Coverage and development of specialist palliative care services across the World Health Organization European Region (2005–2012): Results from a European Association for Palliative Care Task Force survey of 53 Countries. *Palliative Medicine*, 30(4), 351–362. <http://doi.org/10.1177/0269216315598671>
95. Clark, D and Centeno, C. Palliative care in Europe: an emerging approach to comparative analysis. *Clin Med*. 2006; 6: 197-201
96. Clark, D, ten Have, H, and Janssens, R. Common threads? Palliative care service developments in seven European countries. *Palliat Med*. 2000; 14: 479–490
97. Pastrana T, de Lima L, Wenk R et al. Atlas de Cuidados Paliativos de Latinoamérica. Houston, TX: IAHPHC Press; 2012. <http://cuidadospaliativos.org/atlas-de-cp-de-latinoamerica/> [Ref list] <http://www.sbgg-sp.com.br/pro/divulgado-indice-de-qualidade-de-morte-2015-da-economist-intelligence-unit/>
98. GOMES, ANA LUISA ZANIBONI, & OTHERO, MARÍLIA BENSE. (2016). Cuidados paliativos. *Estudos Avançados*, 30(88), 155-66. <https://dx.doi.org/10.1590/s0103-40142016.30880011> http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142016000300155&lng=en&nrm=iso
99. Maria Goretti Sales Maciel et al. Critérios de qualidade para os cuidados paliativos no Brasil/documento elaborado pela Academia Nacional de Cuidados Paliativos; Rio de Janeiro: Diagraphic, 2006
100. La Forgia, Gerard M; Couttolenc, Bernard F. 2008. Hospital Performance in Brazil: The Search For Excellence. en breve; No. 120. World Bank, Washington, DC. © World Bank. <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/10284> License: CC BY 3.0 Unported
101. Anelise Fonseca & Fatima Geovanini. Cuidados Paliativos na Formação do Profissional da Área de Saúde. *REVISTA BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO MÉDICA* 121 37 (1): 120-125; 2013
102. FIGUEIREDO, MTA. Educação em cuidados paliativos: uma experiência brasileira.
103. O Mundo da Saúde, São Paulo, v. 27, n.1, p. 165-170, jan/mar 2003

104. Organização Pan-Americana da Saúde (2009). Demografia e saúde: contribuição para análise de situação e tendências. Brasília: OPAS
105. Ministério da Saúde; Departamento de informática do SUS. DATASUS. Brasília. 2013
106. Fundação Osvaldo Cruz (2012) A saúde no Brasil em 2030: diretrizes para a prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro. Fiocruz, Rio de Janeiro, Brazil. Available from: http://www.fiocruz.br/editora/media/Saude_Brasil_2030.pdf. Accessed: 2013 Oct 20
107. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2010) Brasil: Tábua completa de mortalidade - 2010. IBGE, Rio de Janeiro, Brazil. Available from: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/tabuadevida/2010/notastecnicas.pdf>. Accessed: 2013 Dec 09
108. World Health Organization (2011) Noncommunicable diseases country profiles 2011. WHO, Geneva, Witzerland
109. World Health Organization (2005) Preventing chronic diseases: a vital investment: WHO global report. WHO, Geneva, Switzerland
110. Pan American Health Organization (2007) Regional strategy and plan of action on an integrated approach to the prevention and control of chronic diseases, including diet, physical activity, and health. PAHO, Washington, DC
111. Santos CE, Mattos LF (2011) Cuidados paliativos e a medicina de família e comunidade. In: Santana F, editor. Cuidados paliativos: diretrizes, humanização e alívio de sintomas (p. 17-24). Atheneu, São Paulo, Brazil
112. Sinsuwan W, Pairojkul S, Gomutbutra P, Kongkum K, Kosuwon W (2016). A Retrospective, Single Center, Observational Study, Comparing the Direct Cost of End-Of- Life Care Patients with Advanced Cancer Care: Palliative Care versus Usual Care. *J Palliat Care Med* 6: 243
113. Figueiredo TA (2006) Reflexões sobre cuidados paliativos no Brasil. *Prat Hosp* 47: 36-40
114. Twycross R (2003) Cuidados paliativos. (2nd ed) Climepsi, Lisboa
115. Brasil. Ministério da Saúde (2005) A vigilância, o controle e a prevenção das doenças crônicas não-transmissíveis: DCNT no contexto do Sistema Único de Saúde brasileiro. MS, Brasília, DF, Brazil

116. De Lima L, Wenk R, Krakauer E, Ferris F, Bennett M, et al (2013). Global framework for noncommunicable diseases: how can we monitor palliative care? *J Palliat Med* 16: 226- 229
117. World Health Organization (2013) Health topics: chronic diseases. WHO, Geneva. Available from: http://www.who.int/topics/chronic_diseases/en/. Accessed 2016 Apr 02
118. World Health Organization (2014) Global status report on noncommunicable diseases. WHO, Geneva
119. World Health Organization (2014) Strengthening of palliative care as a component of integrated treatment within the continuum of care. WHO, Geneva. Available from: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB134/B134_R7-en.pdf. Accessed: 2016 Oct 28
120. World Health Organization (2013) Health topics: chronic diseases. WHO, Geneva. Available from: http://www.who.int/topics/chronic_diseases/en/. Accessed 2016 Apr 02
121. World Health Organization (2014) Global status report on noncommunicable diseases. WHO, Geneva. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/148114/1/9789241564854_eng.pdf?ua=1. Accessed: 2016 Apr 09
122. Lorite JCP (2009) Manejo complicaciones graves en la paciente oncológica. Servicio de Obstetricia y Ginecología, Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada
123. Brasil. Ministério da Saúde (2013) Manual de bases técnicas da oncologia. (16. ed.) MS, Brasília, DF, Brazil
124. Brasil. Ministério da Saúde (2015) Manual de bases técnicas da oncologia - SIA/SUS - Sistema de Informações Ambulatoriais. (19. ed.) MS, Brasília, DF, Brazil
125. Maciel MGS (2009) Organização de serviços de cuidados paliativos. In: Academia Nacional de Cuidados Paliativos. Manual de cuidados paliativos (p. 72-85). Diagraphic, Rio de Janeiro, Brazil
126. World Health Organization (2007) Cancer control: palliative care. WHO guide for effective programmes. WHO, Geneva. Available from: http://www.who.int/cancer/publications/cancer_control_palliative/en/. Accessed: 2016 Oct 28

127. Gomez-Batiste X, Porta-Sales J, Tuca A, Stjernsward J, editors (2005) Organización de servicios y programas de cuidados paliativos. Aran, Madrid
128. World Health Organization (2007) Cancer control: knowledge into action: WHO guide for effective programmes: module 5. WHO, Geneva
129. Amaral TCL (2002) Mortalidade hospitalar na rede SUS: espelho dos óbitos ocorridos na população brasileira? [thesis]. Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brazil
130. Floriani CA (2008) Palliative care in Brazil: a challenge to the health care system. Palliative Care Res Treat 2: 19-24
131. Brasil. Ministério da Saúde (c2008) informações de saúde (TABNET). MS, Brasília, DF, Brazil
132. Brasil. Ministério da Saúde (2013) SIHSUS: sistemas de informações hospitalares do SUS. DATASUS, Brasília, DF, Brazil. Available from: <http://datasus.saude.gov.br/sistemas-e-aplicativos/hospitalares/sihsus>. Accessed: 2016 Apr 09
133. Maciel MGS, Rodrigues LF, Naylor C, Bettega R, Barbosa SM, et al. (2006) Critérios de qualidade para os cuidados paliativos no Brasil. Diagraphic, Rio de Janeiro, Brazil
134. Gragnolati M, Lindelow M, Couttolenc B (2013). Twenty years of health system reform in Brazil: an assessment of the Sistema Único de Saúde. The World Bank, Washington, DC
135. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2016) Sistema de informações de mortalidade (SIM). IBGE, Rio de Janeiro. Available from: <http://ces.ibge.gov.br/base-de-dados/metadados/ministerio-da-saude/sistema-de-informacoes-de-mortalidade-sim.html>. Accessed: 2016 Apr 09
136. Floriani CA (2008) Palliative care in Brazil: a challenge to the health care system. Palliative Care Res Treat 2: 19-24
137. Rao JK, Anderson LA, Smith SM (2002) End of life in a public health issue. Am J Prev Med 3: 215-220
138. Dunlop R (2001) Specialist palliative care and non-malignant diseases. In Palliative care for non-cancer patients. Oxford University Press, Oxford

139. The Brazilian Cancer Foudation (2016). Fundação do Câncer, Rio de Janeiro. Available from: <https://www.cancer.org.br>. Accessed: 2016 Oct 29
140. World Health Organization (2009) Health organization, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies. WHO, Geneva
141. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2015) Mudança demográfica no Brasil no início do século XXI: subsídios para as projeções da população do Brasil e das Unidades da Federação. IBGE, Rio de Janeiro, Brazil
142. Fundação Osvaldo Cruz (2012) A saúde no Brasil em 2030: diretrizes para a prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro. Fiocruz, Rio de Janeiro, Brazil. Available from: http://www.fiocruz.br/editora/media/Saude_Brasil_2030.pdf. Accessed: 2016 Oct 19
143. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2010) Brasil: tábua completa de mortalidade 2010. IBGE, Rio de Janeiro, Brazil. Available from: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/tabuadevida/2010/notastecnicas.pdf>. Accessed: 2016 Oct 19.
144. Murray SA, Kendall M, Boyd K, Sheikh A (2005). Illness trajectories and palliative care. *BMJ Br Med J* 330: 1007-1011
145. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer (2006) A situação do câncer no Brasil. INCA, Rio de Janeiro, Brazil
146. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer (2014) Coordenação de prevenção e vigilância estimativa 2014: incidência de câncer no Brasil. INCA, Rio de Janeiro, Brazil
147. Brasil. Ministério da Saúde (2014). Portaria n° 140, de 27 de fevereiro de 2014. MS, Brasília, DF, Brazil
148. Todos juntos contra o câncer: declaração para melhoria da atenção ao câncer no Brasil (2015) TJCC, são Paulo, Brazil
149. Barbosa IR, dousa DL, Bernal MM, Costa ICC (2015) Cancer mortality in Brazil: temporal trends and predictions for the year 2030. *Medicine (Baltimore)* 94: e746
150. Felippu AWD, Freire EC, de Arruda Silva R, Guimarães AV, Dedivitis RA (2016) Impact of delay in the diagnosis and treatment of head and neck cancer. *Braz J Otorhinolaryngol* 82: 140-3

151. Freitas AGO, Weller M (2015) Patient delays and system delays in breast cancer treatment in developed and developing countries. *Ciênc Saúde Coletiva* 20: 3177-3189
152. Santos CL, Mattos LF (2011) Cuidados paliativos e a medicina de família e comunidade. In: Santana F, editor. *Cuidados paliativos: diretrizes, humanização e alívio de sintomas* (p. 17- 24). Atheneu, São Paulo, Brazil
153. Sinsuwan W, Pairojkul S, Gomutbutra P, Kongkum K, Kosuwon W (2016). A retrospective, single center, observational study, comparing the direct cost of end-of-life care patients with advanced cancer care: palliative care versus usual care. *J Palliat Care Med* 6: 243
154. Figueiredo TA (2006) Reflexões sobre cuidados paliativos no Brasil. *Prat Hosp* 47: 36- 40
155. The Economist Intelligence Unit (2010) The quality of death: ranking end-of-life care across the world. EIU, London
156. Wright M, Wood J, Lynch T, Clark D (2006) Mapping levels of palliative care development: a global view. University of Lancaster, Lancaster. Available from: http://www.eolc-observatory.net/global/pdf/world_map.pdf. Accessed: 2010 Nov
157. Shetty P (2010) The parlous state of palliative care in the developing world. *Lancet* 376: 1453-1454
158. Twycross R (2003) *Cuidados paliativos*. (2nd ed) Climepsi, Lisboa
159. Floriani CA (2008) Palliative care in Brazil: a challenge to the health-care system. *Palliat Care Res Treat* 2: 19-24
160. Irish Hospice Foundation (2008) *Palliative care for all: integrating palliative care into disease management frameworks*. IHF, Dublin
161. Garcia JBS, Rodrigues RF, Lima SF. Structuring a palliative care service in Brazil: experience report (2014) *Rev Bras Anesthesiol* 64: 286-291
162. Brasil (2010) Constitution of the Federative Republic of Brazil: constitutional text of October 5, 1988, with the alterations introduced by Constitutional Amendments no. 1/1992 through 64/2010 and by Revision Constitutional Amendments no. 1/1994 through 6/1994. (3rd ed) Chamber of Deputies, Documentation and Information Center, Brasília, DF, Brazil

163. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2011) População. IBGE, Rio de Janeiro, Brazil. Available from: [http:// www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/primeiros_resultados/default_Quadros_pdf.shtm](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/primeiros_resultados/default_Quadros_pdf.shtm). Accessed: 2011 Oct
164. Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J (2011). The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *Lancet* 377: 1778-1797
165. Brasil. Ministério da Saúde (1993) Portaria SAS/MS n° 65/93: estabelece normas para credenciamento de hospitais que realizam procedimentos de alta complexidade em Câncer. MS, Brasília, DF, Brazil
166. Brasil. Ministério da Saúde (1998) Portaria n° 2.413, de 23 de março de 1998. Atendimento a pacientes sob cuidados prolongados. MS, Brasília, DF, Brazil
167. Brasil. Ministério da Saúde. Sistema de Informações Hospitalares/SUS (SIH- DATASUS) [Internet]. 2016 [cited 2016 Oct 07]. Available from: [http:// sihd.datasus.gov.br/](http://sihd.datasus.gov.br/)
168. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2000) Perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios no Brasil. IBGE, Rio de Janeiro, Brazil
169. Brasil. Ministério da Saúde (2002) Portaria GM/MS n° 19, de 3 de janeiro de 2002. Institui o Programa Nacional de Assistência à Dor e Cuidados Paliativos do Sistema Único de Saúde SUS. MS, Brasília, DF, Brazil
170. Brasil. Ministério da Saúde (2005) Portaria GM/MS n° 2.439, de 8 de dezembro de 2005. Institui a política nacional de atenção oncológica: promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos. MS, Brasília, DF, Brazil
171. Brasil. Ministério da Saúde (2006) Portaria MS/GM n° 2528, de 20 de outubro de 2006. Política nacional de saúde da pessoa idosa. MS, Brasília, DF, Brazil
172. Brasil. Ministério da Saúde (2011) Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. MS, Brasília, DF, Brazil
173. Brasil. Ministério da Saúde (2013) Portaria n° 874/GM/MS, de 16 de maio de 2013. Institui a política nacional de prevenção e controle do câncer na rede de atenção à saúde das pessoas com doenças crônicas no âmbito do SUS. MS, Brasília, DF, Brazil

174. Brasil. Ministério da Saúde (2014) Portaria GM/MS nº 483, de 1º de abril de 2014. Redefine a rede de atenção à saúde das pessoas com doenças crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado. Brasil. Ministério da Saúde (2013)
175. Index Mundi (2016). Brazil demographic profile 2016. Available from: http://www.indexmundi.com/brazil/demographics_profile.html. Accessed: 2016 Oct 29
176. Brasil. Ministério da Saúde (2005) A vigilância, o controle e a prevenção das doenças crônicas não-transmissíveis: DCNT no contexto do Sistema Único de Saúde brasileiro. MS; Brasília, DF, Brazil
177. De Lima L, Wenk R, Krakauer E, Ferris F, Bennett M, et al (2013) Global framework for noncommunicable diseases: how can we monitor palliative care? *J Palliat Med* 16: 226- 229
178. World Health Organization (2013) Health topics: chronic diseases. WHO, Geneva. Available from: http://www.who.int/topics/chronic_diseases/en/. Accessed 2016 Apr 02
179. Pan American Health Organization (2014) Plan of action for the prevention and control of noncommunicable diseases in the Americas: 2013-2019. PAHO, Washington, DC
180. World Health Organization (2014) Global status report on noncommunicable diseases. WHO, Geneva. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/148114/1/9789241564854_eng.pdf?ua=1. Accessed: 2016 Apr 09
181. Brasil. Ministério da Saúde (c2016) SIM - Sistema de informações de Mortalidade. DATASUS, Brasília, DF, Brazil
182. Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva (2014) Cancer in Brazil: data from the population-based registries (v. 4). INCA, Rio de Janeiro, Brazil
183. Brasil. Ministério da Saúde (2013) SIHSUS: sistemas de informações hospitalares do SUS. DATASUS, Brasília, DF, Brazil. Available from: <http://datasus.saude.gov.br/sistemas-e-aplicativos/hospitales/sihsus>. Accessed: 2016 Apr 09
184. Lorite JCP (2009) Manejo complicaciones graves en la paciente oncológica. Servicio de Obstetricia y Ginecología, Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada

185. Brasil. Ministério da Saúde (2013) Manual de bases técnicas da oncologia. (16. ed.) MS, Brasília, DF, Brazil
186. Brasil. Ministério da Saúde (2013) Manual técnico operacional do sistema de informação hospitalar: orientações técnicas, 2010. MS, Brasília, DF, Brazil
187. Tan A, Seah A, Chuah et al. Impact of a palliative care initiative on end of life care in the general wards. A before-and-after study. *Palliat Med* 2014, 28(1):34-41
188. Maciel MGS, Rodrigues LF, Naylor C, Bettega R, Barbosa SM, et al (2006) Critérios de qualidade para os cuidados paliativos no Brasil. Diagraphic, Rio de Janeiro
189. Santos CE, Caldas JMP, Serafim JA, Barros N, Pereira AC (2016) Hospital admissions of cancer patients in brazil: analysis of palliative care needs. *J Palliat Care Med* 6: 263
190. Brameld K, Spilsbury K, Rosenwax L, Murray K, Semmens J (2016) Issues using linkage of hospital records and death certificate data to determine the size of a potential palliative care population. *Palliat Med* [Epub ahead of print]
191. WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. Preventing chronic diseases: a vital investment. Switzerland, 2005. Disponível em: <http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/en>. Acesso em: 22 mar. 2010
192. Stjernsward J, Foley KM, Ferris F (2007) The public health strategy for palliative care. *J Pain Symptom Manage* 33: 486-493
193. McNamara B, Rosenwax LK, Holman DAJ (2006) A method for defining and estimating the palliative care population. *J Pain Symptom Manage* 32: 5-12
194. Bittencourt SA, Camacho LAB, Leal MC (2006) O sistema de informação hospitalar e sua aplicação na saúde coletiva. *Cad Saude Publica* 22: 19-30
195. Lima EEC, Queiroz BL (2014) Evolution of the deaths registry system in Brazil: associations with changes in the mortality profile, under-registration of death counts, and ill- defined causes of death. *Cad Saúde Pública* 30: 1721-1730

196. Amaral TCL (2002) Mortalidade hospitalar na rede SUS: espelho dos óbitos ocorridos na população brasileira? [tesis]. Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro Brazil
197. Sanches KRB, Camargo Júnior KR, Coeli CM, Cascão AM (2003) Sistemas de informação em saúde. In: Medronho RA, Carvalho DM, Block KV, Luiz RR, Werneck GL, organizadores. *Epidemiologia* (p. 337-359). Atheneu, São Paulo, Brazil
198. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer (2016) Estatísticas do câncer. INCA, Brasília, DF, Brazil. Available from: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/estatisticas/site/home/rcbp/>. Accessed: 2015 Jan 01
199. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2016) Sistema de informações de mortalidade (SIM). IBGE, Rio de Janeiro, Brazil. Available from: <http://ces.ibge.gov.br/base-de-dados/metadados/ministerio-da-saude/sistema-de-informacoes-de-mortalidade-sim.html>. Accessed: 2016 Apr 09
200. Brasil. Ministério da Saúde (c2008) informações de saúde (TABNET). MS, Brasília, DF, Brazil. Available from: <http://www2.datasus.gov.br/DATA-SUS/index.php?area=02>. Accessed: 2015 Jan 01
201. Gragnolati M, Lindelow M, Couttolenc B (2013). Twenty years of health system reform in Brazil: an assessment of the Sistema Único de Saúde. The World Bank, Washington, DC
202. Brasil. Ministério da Saúde (c2016) Sistema de informação sobre mortalidade. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/svs/mortalidade>. Accessed: 2016 Oct 19
203. Teixeira CLS, Block KV, Klein CH, Coeli CM (2006) Método de relacionamento de bancos de dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade e das autorizações de internação hospitalar no Sistema Único de Saúde, na investigação de óbitos de causa mal- definida no Estado do Rio de Janeiro, Brasil, 1998. *Epidemiol Serv Saúde* 15: 47-57
204. World Health Organization (2007) Cancer control: knowledge into action: WHO guide for effective programmes; module 5. WHO, Geneva
205. Gomez-Batiste X, Martínez-Muñoz M, Blay C, Espinosa J, Contel JC, et al. (2012) Identifying needs and improving palliative care of chronically ill patients: a community- orientated, population-based, public health approach. *Curr Opin Support Palliat Care* 6: 371- 378

206. Higginson IJ (1997) Palliative and terminal care healthcare needs assessment: the epidemiologically based needs assessment reviews. The Wessex Institute for Health Research and Development
207. Lima-Costa MF, Veras R. Saúde pública e envelhecimento. *Cad Saude Publica*. 2003 Jun;19(3):700-1
208. Firmo JOA, Barreto SM, Lima-Costa MF. The Bambuí Health and Aging Study (BHAS): factors associated with the treatment of hypertension in older adults in the community. *Cad Saude Publica*. 2003 Jun;19(3):817-27
209. Brasil. Ministério da Saúde. Mortalidade - Brasil [Internet]. 2014 [cited 2016 Oct 10]. Available from: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/obt10uf.def>
210. Brasil. Ministério da Saúde. Sistema de Informações Hospitalares/SUS (SIH-DATASUS) [Internet]. 2016 [cited 2016 Oct 07]. Available from: <http://sihd.datasus.gov.br/>
211. Camarano AA, editor. Novo regime demográfico: uma nova relação entre população e desenvolvimento? Rio de Janeiro: Ipea; 2014
212. Schmidt MI, Duncan BB, Silva GA, Menezes AM, Monteiro CA, Barreto SM, et al. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. *Lancet*. 2011 Jun;377(9781):1949-61
213. World Health Organization. 2008-2013 action plan for the global strategy for the prevention and control of noncommunicable diseases [Internet]. 2008 [cited 2016 Nov 17]. Available from: <http://www.who.int/nmh/Action-plan-PC-NCD-2008.pdf>
214. World Health Organization. Global status report on noncommunicable diseases. Geneva: WHO; 2010
215. Brasil. Ministério da Saúde. Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM- DATASUS) [Internet]. Brasília: MS; 2016 [cited 2016 Oct 07]. Available from: <http://sim.saude.gov.br/>
216. Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias. Brasília: MS; 2013

217. World Health Organization. Cancer control: knowledge into action: WHO guide for effective programmes: module 5. Geneva: WHO; 2007
218. Brennan F. Palliative care as an international human right. *J Pain Sympt Manag.* 2007 May;33(5):494-9
219. World Health Organization. Noncommunicable diseases country profiles. Geneva: WHO; 2014
220. World Health Organization. Global status report on noncommunicable diseases. Geneva: WHO; 2014
221. Strengthening of palliative care as a component of comprehensive care throughout the life course [Internet]. In: 67th World Health Assembly Resolution, 24 May 2014 [cited 2016 Feb 12]. Available from: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA67/A67_R19-en.pdf
222. Rechel B, Doyle Y, Grundy E, McKee M. How can health systems respond to population ageing? Policy brief 10. Geneva: WHO; 2009
223. United Nations Department of Economic and Social Affairs. World population ageing 1950-2050. New York: United Nations; 2002
224. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios no Brasil 2000. Rio de Janeiro: IBGE; 2002
225. Schmidt MI, Duncan BB, Stevens A, Luft V, Iser BM, Moura L, et al. Doenças Crônicas não transmissíveis no Brasil: mortalidade, morbidade e fatores de risco. In: Brasil. Ministério da Saúde. Uma análise da situação de saúde e da Agenda Nacional e Internacional de Prioridades em Saúde. Brasília: MS; 2010. p. 111-36
226. Floriani CA. Palliative care in Brazil: a challenge to the health-care system. *Palliat Care.* 2008;2:19-24
227. Lima L, Wenk R, Krakauer E, Ferris K, Bennett M, Murray S, et al. Global framework for noncommunicable diseases: how can we monitor palliative care? *J Palliat Med.* 2013 Mar;16(3):226-9
228. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Assistência de média e alta complexidade no SUS. Brasília: CONASS; 2011

229. Brasil. Ministério da Previdência e Assistência Social. Portaria N° 3.046/1982. Brasília: MPAS; 1982
230. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n° 1.101/2002. Brasília: MS; 2002
231. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas Critérios e Parâmetros para o Planejamento e Programação de Ações e Serviços de Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília: MS; 2015
232. Santos CE, Caldas JMP, Serafim JA, Barros N, Pereira AC, Capra MEZ, et al. Needs for palliative care of cancer patients in Brazil: analysis of data from 2008-2014. *J Palliat Care Med.* 2016;7(1):294
233. World Health Organization. Health topics: Chronic diseases. Geneva: WHO; 2013
234. Pan American Health Organization. Plan of action for the prevention and control of noncommunicable diseases in the Americas 2013-2019. Washington: PAHO; 2014
235. World Health Organization. Global status report on noncommunicable diseases [Internet]. 2014 [cited 2016 Apr 09]. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/148114/1/9789241564854_eng.pdf?ua=1
236. Brasil. Ministério da Saúde. Sistema Nacional de Mortalidade (SIM/DATA-SUS). Brasília: MS; 2016
237. Maciel MGS. Organization of palliative care services. In: National Palliative Care Academy. Palliative care manual. São Paulo: ANCP; 2009. p. 72-85
238. Lunney JR, Lynn J, Foley DJ, Lipson S, Guralnik JM. Patterns of functional decline at the end of life. *JAMA.* 2003 May;289(18):2387-92
239. Gómez-Batiste X, Porta J, Tuca A, Stjernsward J, editors. Organización de servicios y programas de cuidados paliativos. Madrid: Arán; 2005
240. Stjernsward J, Foley KM, Ferris F. The Public Health Strategy for Palliative Care. *J Pain Symptom Manage.* 2007 May;33(5):486-93

241. McNamara B, Rosenwax LK, Holman DAJ. A method for defining and estimating the palliative care population. *J Pain Symptom Manage*. 2006 Jul;32(1):5-12
242. Herrera E, Rocafort J, Lima L, Bruera E, Garcia-Pena F, Fernandez-Vara G. Regional palliative care program in extremadura: an effective public health care model in sparsely populated region. *J Pain Symptom Manage*. 2007 May;33(5):591-8
243. Murtagh FE, Bausewein C, Verne J, Groeneveld EI, Kaloki YE, Higginson IJ. How many people need palliative care? A study developing and comparing methods for population-based estimates. *Palliat Med*. 2014 Jan;28(1):49-58
244. Rosenwax LK, McNamara B, Blackmore AM, Holman CD. Estimating the size of a potential palliative care population. *Palliat Med*. 2005 Oct;19(7):556-62
245. Kerr K, Rabow MW, Cassel J. Brian, mapping palliative care need and supply in California [Internet]. 2015 [cited 2016 Oct 05]. Available from: <http://www.chcf.org/publications/2015/02/palliative-care-data#ixzz4TUZnI2G9>
246. Scholten N, Günther AL, Pfaff H, Karbach U. The size of the population potentially in need of palliative care in Germany: an estimation based on death registration data. *BMC Palliat Care*. 2016 Mar;15:29
247. Servo LMS. Perfil epidemiológico da população brasileira e o espaço das políticas públicas. In: Camarano AA, editor. *Novo regime demográfico: uma nova relação entre população e desenvolvimento?* Rio de Janeiro: Ipea; 2014
248. Comissão Nacional de Cuidados Paliativos. Plano estratégico para o desenvolvimento dos cuidados paliativos [Internet]. 2016 [cited 2016 Oct 10]. Available from: https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/09/Plano-Estrat%C3%A9gico-CP_2017-2018-1.pdf
249. Chaves, JHB, Mendonça, VLGD, Pessini, L, Rego, G, & Nunes, R (2011). Palliative care in medical practice: bioethical context. *Revista Dor*, 12(3), 250-255
250. Higginson IJ, Hart S, Koffman J, Selman L, Harding R. Needs assessments in palliative care: an appraisal of definitions and approaches used. *J Pain Symptom Manage*. 2007 May;33(5):500-5

251. Küchemann, B. A. Envelhecimento populacional, cuidado e cidadania: velhos dilemas e novos desafios. *Sociedade e Estado*, 27(1), 165-180. Ano 2012. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/S0102-69922012000100010>. Acesso em 21 de maio de 2017
252. Veras Renato. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. *Rev. Saúde Pública* [Internet]. 2009 June [cited 2016 Oct 07]; 43(3): 548-554. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102009000300020&lng=en. Epub Apr 17, 2009. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102009005000025>. Acesso em 21 de maio de 2017
253. IBGE. Mudança Demográfica no Brasil no Início do Século XXI: Subsídios para as projeções da população do Brasil e das Unidades da Federação. 2015
254. Atlas do Desenvolvimento Humano nas Regiões Metropolitanas Brasileiras. Ipea, Fundação João Pinheiro (FJP) e Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD)/Brasília, 2014. Disponível em http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&id=24037. Acesso em 21 de maio de 2017
255. Borgsteede, SD, Deliens, L, Francke, A, Stalman, WAB, Willems, DL, Eijk, JTM van, Wal, G van der. Defining the patients population: one of the problems for palliative care research. *Palliative Medicine*: 2006, 20(2), 63-68. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16613401>. Acesso em 21 de maio de 2017
256. Silva, JAG. Estimativa 2014: Incidência de Câncer no Brasil. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Rio de Janeiro: INCA, 2014. Disponível em http://www.inca.gov.br/rbc/n_60/v01/pdf/11-resenha-estimativa-2014-incidencia-de-cancer-no-brasil.pdf. Acesso em 21 de maio de 2017
257. Gwyther, L, F Brennan, and R Harding. 2009. Advancing palliative care as a human right. *Journal of Pain and Symptom Management* 38(5): 767-774
258. Silva, JAG. Estimativa 2016: Incidência de Câncer no Brasil. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Rio de Janeiro: INCA, 2016. Disponível em <http://www.inca.gov.br/estimativa/2016/> Acesso em 21 de maio de 2017

259. Curado, Maria Paula et al. Cancer Burden in Latin America and the Caribbean. *Annals of Global Health* , Volume 80 , Issue 5 , 370-377. 2014. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25512152>. Acesso em 21 de maio de 2017
260. Brasil, Ministério da Saúde. Sistema de Informações sobre mortalidade (SIM). Disponível em <http://svs.aids.gov.br/cgiae/sim/>. Acesso em 21 de maio de 2017
261. Brasil, Conselho Nacional de Secretários em Saúde (CONASS). Estimativas de incidências de casos de câncer. Disponível em <http://www.conass.org.br/guiainformacao/rio-grande-sul-30/>. Acesso em 21 de maio de 2017
262. Amaral, TCL. Mortalidade hospitalar na rede SUS: espelho dos óbitos ocorridos na população brasileira? [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2002. Disponível em http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/monografia_Tereza_Cristina_L_Amaral.pdf, Acesso em 21 de maio de 2017
263. Brasil. Ministério da Saúde/Secretaria de Atenção à Saúde/Departamento de Regulação, Avaliação e Controle/Coordenação Geral de Sistemas de Informação - 2011 Manual Técnico Operacional do Sistema de Gerenciamento da Quadro de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS - SIGTAP versão WEB Volume I - 61 Páginas. Disponível em <http://sigtap.datasus.gov.br/Quadro-unificada/app/sec/inicio.jsp>
264. Brasil, Ministério da Saúde. Portaria nº 321 de 8 de fevereiro de 2007. Institui a Quadro de Procedimentos, Medicamentos, Órteses/Próteses e Materiais Especiais - OPM do Sistema Único de Saúde - SUS. Disponível em http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt0321_08_02_2007_comp.html. Acesso em 21 de maio de 2017
265. Brasil, Ministério da Saúde. Portaria nº 2.413 de 23 de março de 1998. Estabelece requisitos para credenciamento de Hospitais e critérios para realização de internação domiciliar no SUS. Disponível em <http://www.saude.ba.gov.br/dae/Port2416.pdf>
266. Brasil. Ministério da Saúde (2016) Manual de bases técnicas da oncologia. (22. ed.) MS, Brasília, DF, Brazil. Disponível em http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2016/07/manual_de_bases_tecnicas_oncologia.pdf

267. Brasil. Ministério da Saúde (2013) Manual técnico operacional do sistema de informação hospitalar: orientações técnicas, 2010. MS, Brasília, DF, Brazil. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_tecnico_sistema_informacao_hospitalar_us.pdf
268. World Health Organization (2007) Cancer control: knowledge into action: WHO guide for effective programmes; module 5. WHO, Geneva
269. Brasil. Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS). Portaria N° 3.046/1982
270. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas Critérios e Parâmetros para o Planejamento e Programação de Ações e Serviços de Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, Ministério da Saúde, 2015
271. Sistema de informações hospitalares do Sistema Único de Saúde: documentação do sistema para auxiliar o uso das suas informações. Andréia Cristina dos Santos. Rio de Janeiro: s.n., 2009
272. Travassos C. O Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde - SIH-SUS. 1996. Mimeo
273. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria (GM/MS) 1.101/2002
274. Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM. Situação da base nacional em 30/10/2016
275. Al-Qurainy R, Collis E, Feuer D. Dying in an acute hospital setting: The challenges and solutions. *Int J Clin Pract* 2009; 63: 508-515
276. Higginson I, Gomes B. Where people die (1974–2030): past trends, future projections and implications for care. *Palliat Med* 2008; 22: 33-41
277. BRASIL. Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm. Acesso em: 07 maio 2017
278. Tritter JQ & Calnan M (2002). Cancer as a chronic illness? Reconsidering categorization and exploring experience. *European Journal of Cancer Care* 11, 161-165

279. Phillips JL, Currow DC. Cancer as a chronic disease. *Collegian*. 2010;17(2):47-50
280. Hughes, Timothy. Many cancers will be downgraded to a chronic disease in our lifetime. World Cancer Day (Wednesday ,4 February). 2015 South Australian Health and Medical Research Institute (SAHMRI)
281. Bray F, Jemal A, Grey N, Ferlay J, Forman D. Global cancer transitions according to the Human Development Index (2008-2030): a population-based study. *Lancet Oncol* 2012; 13: 790-801
282. Firmo et al. The Bambuí Health and Aging Study (BHAS): factors associated with the treatment of hypertension in older adults in the community. *CADERNOS DE SAÚDE PÚBLICA*; v. 19, n. 3, 2003
283. Rosenwax L, McNamara B, Murray K, McCabe R, Aoun S, Currow D: Hospital and emergency department use in the last year of life: a baseline for future modifications to end-of-life care. *Med J Australia* 2011, 194(11): 570-573
284. Dixon T, Shaw M, Frankel S, Ebrahim S: Hospital admissions age, and death: retrospective cohort study. *BMJ* 2004, 328(7451):1288
285. Broad J, Gott M, Boyd M, et al: Where people die: an international comparison of the use of hospitals and residential aged care at the end of life. *Int J Public Health* 2013, 58(2):257-67
286. Edmonds, P., Karlsen, S., & Addington-Hall, J. (2000). Palliative care needs of hospital inpatients. *Palliative Medicine*, 14(3), 227-228
287. Desmedt et al. Palliative inpatients in general hospitals: a one day observational study in Belgium *BMC Palliative Care* 2011, 10:2
288. Gott, M, Frey, R, Raphael, D, O'Callaghan, A, Robinson, J, & Boyd, M (2013). Palliative care need and management in the acute hospital setting: a census of one New Zealand Hospital. *BMC Palliative Care*, 12, 15. <http://doi.org/10.1186/1472-684X-12-15>
289. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. Relatório da Administração 2015
290. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle. Manual do Sistema de Informação Hospitalar/Atualização, Volume I. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006. 110 p: il. - (Série A. Normas e Manuais Técnicos

291. Santos, Andréia Cristina dos. Sistema de informações hospitalares do Sistema Único de Saúde: documentação do sistema para auxiliar o uso das suas informações. Dissertação (Mestrado) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2009
292. Brasil. Ministério da Saúde/Secretaria de Atenção à Saúde/Departamento de Regulação, Avaliação e Controle/Coordenação Geral de Sistemas de Informação - 16ª Edição. Outubro de 2013. MANUAL DE BASES TÉCNICAS DA ONCOLOGIA - SIA/SUS
293. SISTEMA DE INFORMAÇÕES AMBULATORIAIS 119 páginas Página 26
294. World Health Organization (2007) Cancer control: knowledge into action: WHO guide for effective programmes; module 5. WHO, Geneva
295. Russell BA, Ward AM. Deciding what information is necessary: do patients with advanced cancer want to know all the details? *Cancer Manag and Res.* 2011; 3:191-9
296. www.theguardian.com/society/2016/nov/24/nhs-hospitals-suffer-from-chronic-bed-shortage-surgeons-say. Mack JW, Weeks JC, Wright AA. End-of-Life Discussions, Goal Attainment, and Distress at the End of Life: Predictors and Outcomes of Receipt of Care Consistent With Preferences. *J Clin Oncol.* 2010; 28:1203-8
297. Weeks JC, Cook F, O'Day SJ. Relationship between cancer patients' predictions of prognosis and their treatment preferences. *JAMA.* 1998; 279 (21): 1709-15
298. Higginson & Koffman. Public Health and Palliative Care. *Clin Geriatr Med* 21 (2005) 45-55
299. Garcia João Batista Santos, Rodrigues Rayssa Fiterman, Lima Sara Fiterman. Structuring a palliative care service in Brazil: experience report . *Rev. Bras. Anesthesiol.* [Internet]. 2014 Aug [cited 2016 Oct 30]; 64(4):286-291. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-70942014000400286&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1016/j.bjane.2013.06.006>
300. Nascimento, F & Fumis, RRL (2016). Limitação de Suporte Avançado de Vida em pacientes admitidos em unidade de terapia intensiva com cuidados paliativos integrados. *Rev Bras Ter Intensiva*, 28(3), 294-300
301. Kreher, M. (2016). Symptom Control at the End of Life. *Medical Clinics of North America*, 100(5), 1111-1122

302. RANGEL, Gabriela; LIMA, Luciana Dias de. VARGAS, Eliane Portes. Condicionantes do diagnóstico tardio do câncer cervical na ótica das mulheres atendidas no Inca. *Saúde em Debate*, v.39, n.107, p.1065-1078, Out. Dez. 2015
303. <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>
304. Brasil. Ministério da Saúde. A experiência brasileira em sistemas de informação em saúde/Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz
305. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009. 2 v. (Série B. Textos Básicos de Saúde).http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/experiencia_brasileira_sistemas_saude_volume1.p DF
306. Fugulin FMT, Gaidzinski RR. O Sistema de Classificação do Paciente: análise do tempo médio de cuidados de enfermagem. *Nursing (São Paulo)*. 1999;11(2):27-34
307. Perroca MG, Gaidzinski RR. Sistema de classificação de pacientes: construção e validação de um instrumento. *Rev Esc Enferm USP [Internet]*. 1998 [citado 2016 jul. 24];32(2):153-68. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v32n2/v32n2a09.pdf>
308. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN n. 543/2017. Atualiza e estabelece parâmetros para o Dimensionamento do Quadro dos Profissionais de Enfermagem nos serviços/locais em que são realizadas atividades de enfermagem [Internet]. Brasília: COFEN; 2017 [citado 2016 jul. 24]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-5432017_51440.html
309. Horta WA. O processo de enfermagem. São Paulo: EPU; 1979
310. Perroca MG. Development and content validity of the new version of a patient classification instrument. *Rev Latino Am Enfermagem*. 2011;19(1):58-66
311. Abreu SP, Pompeo DA, Perroca MG. Use of patients' classification instruments: analysis of the Brazilian production of knowledge. *Rev Esc Enferm USP*. 2014;48(6):1108-14. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420140000700020>
312. Saunders C, Sykes N, editors. The management of terminal malignant disease. London: Edward Arnold; 1993

313. Hui D, Bruera E. Integrating palliative care into the trajectory of cancer care. *Nat Rev Clin Oncol*. 2016;13(3):159-71
314. Feidhmeannacht an Seirbhíse Sláinte, Health Service Executive. Palliative Care. Clinical Programme for Palliative Care Clinical Strategy and Programmes. National Rapid Discharge Guidance for patients who wish to die at home [Internet]. 2015 [cited 2016 July 24]. Available from: <http://www.hse.ie/eng/services/publications/Clinical-Strategy-and-Programmes/national-rapid-discharge-guidance-for-patients-who-wish-to-die-at-home.pdf>
315. Hui D, Elsayem A, Palla S, De La Cruz M, Li Z, Yennurajalingam S, et al. Discharge outcomes and survival of patients with advanced cancer admitted to an acute palliative care unit at a comprehensive cancer center. *J Palliat Med*. 2010;13(1):49-57
316. Afilalo M, Xue X, Soucy N, Colacone A, Jourdenais E, Boivin JF. Patient needs, required level of care, and reasons delaying hospital discharge for nonacute patients occupying acute hospital beds. *J Healthcare Qual*. 2017;39(4):200-10
317. Fonseca JP, Echer IC. Grau de dependência de pacientes em relação à assistência de enfermagem em uma unidade de internação clínica. *Rev Gaúcha Enferm*. 2003;24(3):346-54
318. Benzar E, Hansen L, Kneitel AW, Fromme EK. Discharge planning for palliative care patients: a qualitative analysis. *J Palliat Med*. 2011;14(1):65-9
319. Vigna CP, Perroca MG. Utilização de sistema de classificação de pacientes e métodos de dimensionamento de pessoal de enfermagem. *Arq Cienc Saúde*. 2007;14(1):8-12
320. Saito DYT, Zoboli ELCP. Palliative care and primary health care: scoping review. *Rev Bioét*. 2015;23(3):593-607
321. World Health Organization. Palliative care: fact sheet [Internet]. 2015 [cited 2017 Nov 21]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs402/en/>
322. Brasil. Ministério da Saúde. DATASUS. Informações de Saúde. Mortalidade Brasil [Internet]. Brasília; 2015 [cited 2017 Nov 21]. Available from: tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?sim/cnv/obt10uf.def

323. Queiroz APMC, Mota DDCF, Bachion MM, Ferreira ACM. Úlceras por pressão em pacientes em cuidados paliativos domiciliares : prevalência e características. *Rev esc enferm USP* 2014;48(2):264-71. DOI: 10.1590/S0080-623420140000200010
324. The SUPPORT Principle Investigators. A controlled trial to improve care for seriously ill hospitalized patients. *JAMA* 1995;274(20):1591-8
325. Martín-Lesende I, Recalde E, Viviane-Wunderling P, Pinar T, Borghesi F, Aguirre T, et al. Mortality in a cohort of complex patients with chronic illnesses and multimorbidity: a descriptive longitudinal study. *BMC Palliat Care* 2016;15(1):42. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12904-016-0111-x>
326. McClung JA. End-of-life care in the treatment of heart failure in older adults. *Heart Fail Clin* 2017;13(3):633–44. DOI: 10.1016/j.hfc.2017.02.014
327. Gómez-Batiste X, Martínez-Muñoz M, Blay C, Amblàs J, Vila L, Costa X, et al. Utility of the NECPAL CCOMS-ICO © tool and the surprise question as screening tools for early palliative care and to predict mortality in patients with advanced chronic conditions: A cohort study. *Palliat Med* 2017;31(8):754–63. DOI: 10.1177/0269216316676647
328. Lupu D. Estimate of current hospice and palliative medicine physician workforce shortage. *J Pain Symptom Manage* 2010;40(6):899–911. DOI: 10.1016/j.jpainsymman.2010.07.004
329. Franks PJ, Salisbury C, Bosanquet N, Wilkinson EK, Kite S, Naysmith A, et al. The level of need for palliative care: a systematic review of the literature. *Palliat Med* 2000;14(2):93– 104. DOI: 10.1191/026921600669997774
330. Santos CE, Caldas JM, Serafim JA, Barros N, Pereira ADC, Capra MEZ, et al. Palliative Care in Brazil: With a view to future needs? *Int Arch Med* 2017;10:1–9. DOI: <https://doi.org/10.3823/2418>
331. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Projeção da População [Internet]. 2013 [cited 2017 Jan 1]. Available from: ftp://ftp.ibge.gov.br/Projecao_da_Populacao/Projecao_da_Populacao_2013/nota_metodologica_2013.pdf
332. Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde - CID-10 [Internet]. [cited 2017 Jan 22]. Available from: <http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/cid10.htm>

333. Finlay I. UK strategies for palliative care. *J R Soc Med* [Internet]. 2001 [cited 2017 Nov 21];94(9):437–41. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1282181&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
334. Portugal. Comissão Nacional de Cuidados Paliativos. Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos: biênio 2017-2018 [Internet]. Lisboa; 2017 [cited 2017 Nov 21]. Available from: https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/09/Plano-Estrat%C3%A9gico-CP_2017-2018-1.pdf
335. Gómez-Batiste X, Pascual A, Espinosa J, Caja C. Diseño, implementación y evaluación de programas públicos de cuidados paliativos. *Med Clin (Barc)* 2010;135(4):179–85. DOI: 10.1016/j.medcli.2010.02.007
336. Santos CE, Caldas J, Serafim J, Barros N, Pereira A, Capra M, et al. Availability of palliative care cancer services in Brazil. *methaodos.revista ciencias Soc* 2017;5(2):341–54. DOI: <http://dx.doi.org/10.17502/m.rcs.v5i2.172>
337. Araújo MM, Silva M. A comunicação com o paciente em cuidados paliativos: valorizando a alegria e o otimismo. *Rev esc enferm USP* 2007;41(4):668-74. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342007000400018>
338. Wright AA. Associations between end-of-life discussions, patient mental health, medical care near death, and caregiver bereavement adjustment. *JAMA* 2008;300(14):1665. DOI: 10.1001/jama.300.14.1665
339. Zhang B, Wright AA, Huskamp HA, Nilsson ME, Maciejewski ML, Earle CC. Health care costs in the last week of life: associations with end of life conversations. *J Pain Symptom Manage* 2013;45(3):480–8. DOI: 10.1001/archinternmed.2008.587 26
340. Boemer MR. Sobre cuidados paliativos. *Rev esc enferm USP* 2009;43(3):500-501. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342009000300001>
341. Brasil (2017): Cadastro nacional de estabelecimentos de saúde. Brasília: Datasus. [24-06- 2017]. Disponível em web: <http://cnes.datasus.gov.br/>
342. Brasil. Ministry of Health (2000): Assistência hospitalar no SUS, 1995/1999. Brasília: MS
343. Brazil , (2002): Portaria GM/MS nº 1.101/2002. Brasília: MS

344. Brasil, (2011): Indicadores e dados básicos, Brazil, 2010: IDB 2010. Brasília: MS. [24-06- 2017]. Disponible em web: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2010/matriz.htm#recur>
345. Brasil. Portaria GM/MS N° 1.631, de 1° de outubro de 2015. Brasília: MS
346. Brasil, (2017c): CNES: recursos físicos: hospitalar; letios de internação, Brazil. Brasília: MS. [27-06-2017]. Disponible em web: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/leiintbr.def>
347. França, E., Rao, C., Abreu, D. M. X., Souza, M. F. M. y Lopez, A. D. (2012): “Comparison of crude and adjusted mortality rates from leading causes of death in northeastern Brazil”, *Rev Panam Salud Publica*, 31 (4): 275–282. <http://dx.doi.org/10.1590/S1020-49892012000400002>
348. Finlay, I. (2001). UK strategies for palliative care, *Journal of the Royal Society of Medicine*, 94(9):437-441. Negri Filho, A., Barbosa, Z. y Yonekura, T (2012): Dimensionamento de número de leitos e tipologia hospitalar: o desafio de fazer as perguntas certas e de construir suas respostas. São Paulo: Hospital do Coração
349. Gonçalves, EL, Dias, MJM y Mattos, HB (1972): “Assistência hospitalar no âmbito da previdência social no Estado de São Paulo, Brazil”, *Revista Saude Publica*, 6: 35-43
350. Higginson, I (1997): *Palliative and terminal care healthcare needs assessment: the epidemiologically based needs assessment reviews*. Oxford: The Wessex Institute for Health Research and Development
351. *Journal of Pain and Symptom Management*, 40 (6): 899-911. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2010.07.004>
352. National Academy of Palliative Care (Brazil) (2017). *Diretório Brasileiro de cuidados paliativos*. Brasília: ANCP. [24-06-2017]. Disponible em web: <http://paliativo.org.br/tag/diretorio-Brazileiro-de-cuidados-paliativos/>
353. National Cancer Institute José Alencar Gomes da Silva (2014): *Estimativa 2016: incidência do câncer no Brazil*. Rio de Janeiro: INC

CAPÍTULO 9 **ARTIGOS PUBLICADOS**

Hospital Admissions of Cancer Patients in Brazil: Analysis of Palliative Care Needs

Santos CD, Caldas JMP, Serafim JA, Barros N, Pereira AC (2016). Hospital Admissions of Cancer Patients in Brazil: Analysis of Palliative Care Needs. *J Palliat Care Med* 6: 263. doi:10.4172/2165-7386.1000263



Hospital Admissions of Cancer Patients in Brazil: Analysis of Palliative Care Needs

Cledy Eliana dos Santos^{1*}, José Manuel Peixoto Caldas², José Américo Serafim³, Newton Barros⁴ and Altamiro da Costa Pereira⁵

¹Community Health Service and Palliative Care Service, Hospital Nossa Senhora da Conceição – GHC (Conceição Hospital Group), Brazil

²Department of Education and Medical Simulation, University of Porto- Portugal; Visiting Professor of Post-Graduate Program in Collective Health from UNIFOR, Brazil

³Information Technology, Department of the Brazilian Health System-SUS (DATASUS), Ministry of Health, Brazil

⁴Palliative Care Service, Hospital Nossa Senhora da Conceição – GHC, Brazil

⁵Director of the CINTESIS-FMUP, Brazil

*Corresponding author: Cledy Eliana dos Santos, Family and Palliative Care M.D., Conceição Hospital Group, Pain and Palliative Care Service, Francisco Trein, 596, Cristo Redentor, Porto Alegre, RS 91350200, Brazil; Tel: +555133572140; Fax: +555132551744; E-mail: cledy.eliana@gmail.com

Received date: April 19, 2016; Accepted date: May 23, 2016; Published date: May 27, 2016

Copyright: © 2016 Santos CE, et al. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author and source are credited.

Abstract

Background: Cancer figures among the leading causes of morbidity and mortality in Brazil, with approximately 576,000 new cases and around 200,000 cancer-related deaths in 2013. According to the Brazilian National Oncological Policy, cancer control must include health promotion, prevention, diagnosis, treatment, rehabilitation, and palliative care, following the Brazilian Health System (SUS) guiding principles of Universality, Equity, and Integrality of health care.

Aims: 1) Outline the hospital admissions of patients for the treatment of clinical cancer interurrences in the Brazilian Health System (SUS) between 2008-2013; 2) Estimate the number of cancer patients with palliative care needs.

Methods: Quantitative methods were employed, through the analysis of descriptive, exploratory, retrospective, and observational studies of hospitalized cancer patients. Data was collected from the Hospital Information System of Brazilian Health System (SIH/SUS) in the database of the Health Information Department (DATASUS).

Results: Between 2008 and 2013, there were almost 4 million hospitalizations (3,701,409) of patients with cancer in Brazil. Of all the hospital admissions of cancer patients, 978,322 (26.4%) were related to clinical interurrences (complications) of the disease and/or for treatment. In the same period, approximately 7 million deaths were reported to the Brazilian Mortality Information System (SIM), 15.9% (1,091,837) of cancer. The average rate of hospital mortality of clinical cancer interurrences was three times (21.4%) higher than the mortality of patients admitted for treatment of clinical cancer in general (7.7%). The hospital length of stay (LOS) of general cancer patients was 5.7 days against 7.9 days of clinical cancer interurrence patients. It was verified that approximately 90% of those admissions registered in the procedure "Treatment of Clinical Intercurrences of Cancer Patient" in Brazil were related to palliative care of terminally ill patients.

Conclusion: The analysis of the morbidity and mortality profile of cancer patients suggests that palliative care services should be considered as criteria for the treatment of clinical cancer interurrences. Further study of the hospital procedure "Treatment of clinical complications of cancer patient" should be considered as a parameter for scaling palliative care services in Brazil.

Keywords: Cancer; Palliative care; Non-communicable diseases; Clinical cancer interurrences; Hospital admissions of cancer patients.

Introduction

Brazil is a country with a rapidly aging population. With the improvement of living conditions, life expectancy increased 25.4 years between 1960 and 2010, rising from 48 to 73.4 years old. It is estimated that by 2050 this indicator will increase to 81.29 years. This process followed a significant reduction in mortality due to the control of infectious-contagious diseases and the decrease of cardiovascular conditions [1,2].

The report "Preventing chronic diseases: a vital investment", from the Pan American Health Organization (PAHO), expects that by 2020, 32 million elderly Brazilians will die of cancer, against 840 thousand deaths from the same disease in Latin America and the Caribbean. PAHO adverts that palliative care is not properly valued in the therapeutic process and that it should be part of the treatment for the initial diagnostic stage [3-5].

Most individuals with cancer only seek the public health system in the advanced stages of the disease. It becomes, therefore, imperative to improve the quality of care, facilitate access to palliative care, and promote equity in services [6,7].

Citation: Santos CD, Caldas JMP, Serafim JA, Barros N, Pereira AC (2016) Hospital Admissions of Cancer Patients in Brazil: Analysis of Palliative Care Needs. *J Palliat Care Med* 6: 263. doi:10.4172/2165-7386.1000263

Page 2 of 6

It has been a difficult task to assess the necessary resources and to define the specific criteria to structure and adapt palliative care services in countries whose health policies do not anticipate this approach [8-13]. Such is the case of Brazil. The task is even more complicated when we consider the criteria used to understand the differences between curative and palliative attention.

The chronic non-communicable diseases (NCDs) were the cause of approximately 74% deaths. This obstacle presents a new challenge for health administrators. The impact is stronger if we consider the life quality of the affected individuals, and the greater chance of premature death, besides the adverse economic effects for families, communities and society [14].

The four most prevalent chronic diseases highlighted by World Health Organization (WHO) [15] accounted for 52% of deaths in the period between 2008 and 2013. Cardiovascular diseases account for most NCD deaths, followed by cancer, diabetes and respiratory diseases.

Within the framework of chronic diseases, cancer deserves a differentiated approach, for its high prevalence, consumption of large amounts of financial resources, and its significant institutional and social burden [16-18].

According to the Brazilian National Oncological Care (Decree GM/MS 2.439/2005) cancer control, like any other chronic disease, must include all possible actions available in the Brazilian Health System (SUS): health promotion, prevention, diagnosis, treatment, rehabilitation and palliative care [19]. It is necessary to improve the quality of life, relieve physical suffering, cater for the psychological, spiritual and social needs of people with severe and advanced diseases, as well as to provide support to families and caregivers. It is indispensable to consider the existing models of health care if we want to achieve these goals. The inclusion or expansion of palliative attention meets the size, nature and severity of the needs of cancer patients.

The incidence of cancer in Brazil, as in the rest of the world, has grown, accompanying the aging, and the increased life expectancy of the population. In the period spanning from 2008 to 2013, the incidence of cancer increased by 11%. This increase was the direct result of significant global transformations in the last decades, such as the accelerated urbanization, new lifestyles, and new consumption patterns, changing the situation of people's health [16-18].

In recent years, we have seen an increased number of hospital admissions of patients presenting late diagnosis of cancer, adding to pre-existing comorbidities. These cases show the need for basic care to prevent or treat complications related to cancer.

The complications of cancer may be related to the tumor itself, systemic manifestations of the disease or treatment side effects [20].

The expression clinical cancer intercurrentence is related to an acute complication of the disease due to cancer itself or its treatment, requiring hospitalization in specialized, general or in day hospitals [21].

From the retrospective analysis of hospital admissions data gathered from the Hospital Information System of Brazilian Health System (SIH-SUS), it was verified that approximately 90% of those admissions registered in the procedure "Treatment of Clinical Intercurrences of Cancer Patient" in Brazil were related to palliative care of terminally ill patients [22].

Parameters for healthcare coverage, planning, and control as well as the evaluation of palliative care requirements do not exist in Brazil. Until now, we have estimated these needs based on international practices, such as the one employed by the United Kingdom National Health System which offers fifty beds for every million inhabitants. In the Brazilian situation, there is a need for 9,000 hospital beds for palliative care patients, and 600 to 900 units for hospitalization [23].

The World Health Organization (WHO) consider that for every 1 million people, 1,000 require palliative care every year. Considering the Brazil's population of 200 million, the situation becomes even more delicate, requiring necessary services to meet its needs every year [12,23-27].

This study investigates the distribution of hospital admissions for the treatment of clinical intercurrentences of cancer of patients registered in the Brazilian Health System (SUS) between the years of 2008 and 2013.

Methods

Descriptive, exploratory, retrospective, and observational studies of hospitalized cancer patients were analyzed for the purpose of this research study, which employs a quantitative methods approach.

Data was obtained from the database of the Health Information Department of Brazilian Health System (DATASUS), collected from the Hospital Information System of Brazilian Health System (SIH/SUS).

The entire process of the Hospital Information System of Brazilian Health System (SIH/SUS) is based on the Hospital Admission Authorization (AIH), which includes patient and hospitalization data, the description of hospital morbidity and mortality; the benchmarking of hospital assistance; epidemiological surveillance; as well as the validation of other health information systems [28-30].

With the advantage of providing diagnostic, demographic, and geographic information for each patient admitted to hospitals, the Hospital Admissions Authorization (AIH) forms, have expanded the availability of epidemiological data.

The systems commonly used for gathering data are the Information System on Live Births (SINASC), Reportable Diseases System (SINAN), Mortality Information System (SIM), Primary Care System (SIAB), Outpatient Information System of Brazilian Health System (SIA-SUS), and Hospital Information System of Brazilian Health System (SIH-SUS).

Incidence data on cancer was obtained from population-based cancer registers of the National Cancer Institute [31].

Hospital morbidity data was collected from the Hospital Information System of Brazilian Health System (SIH/SUS) in the database of the Health Informatics Department (DATASUS) from the Ministry of Health [32].

Mortality data (2008-2013) was gathered from the mortality information system database of DATASUS [33].

Data from 3.7 million registered hospitalizations of cancer patients, spanning from 2008 to 2013, was collected and processed through a system (syntaxes) using Tabwin and SPSS programs [34,35].

Citation: Santos CD, Caldas JMP, Serafim JA, Barros N, Pereira AC (2016) Hospital Admissions of Cancer Patients in Brazil: Analysis of Palliative Care Needs. *J Palliat Care Med* 6: 263. doi:10.4172/2165-7386.1000263

Page 3 of 6

Results

From 2008 to 2013, the Brazilian Health System recorded 66.8 million hospitalizations, including all age groups. Of the total admissions registered in the period, there were 3.7 million admissions of cancer patients to Brazilian public hospitals. In the same period, we

observed a variation of 4.2% in the total number of SUS hospitalizations. There was an increase of 26.7% in hospitalizations related to cancer as a whole and 48.1% of hospital admissions for clinical cancer intercurrent (Table 1).

Year	Hospital admission (all diseases) - Brazil	Cancer hospital admission				Cancer Clinic Intercurrence – hospital admission			
	Total	Freq	%	Deaths	%	Freq	%	Deaths	%
2008	10,743,603	545,863	5.1%	39,168	7.2%	125,605	23.01%	27,911	21.7%
2009	11,128,809	575,371	5.2%	44,129	7.7%	144,302	25.08%	32,450	22.4%
2010	11,357,965	604,809	5.3%	46,937	7.8%	155,512	25.71%	33,991	21.7%
2011	11,281,571	624,035	5.5%	49,026	7.9%	167,564	26.85%	35,991	21.3%
2012	11,092,589	659,788	5.9%	51,984	7.9%	185,406	28.10%	38,774	20.8%
2013	11,197,160	691,543	6.2%	55,340	8.0%	199,933	28.91%	37,936	20.7%
Total	66,801,697	3,701,409	5.5%	286,584	7.7%	978,322	26.43%	207,053	21.4%

Table 1: Hospital admissions in Brazil (2008-2013).

Of the total number of hospital admission of cancer patients recorded between 2008 and 2013 in the Hospital Information System of Brazilian Health System (SIH-SUS), 26.1% (978,322) were admitted for treatment of clinical intercurrent of cancer (Figure 1).

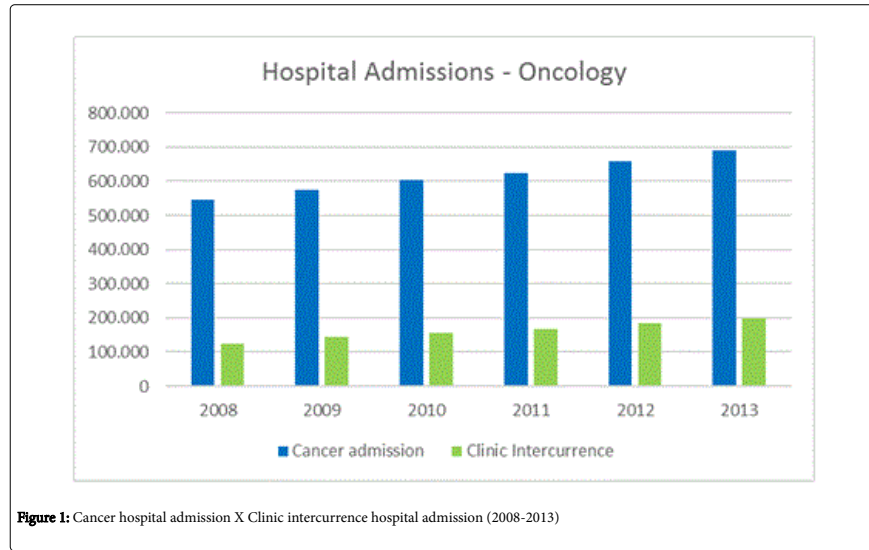


Figure 1: Cancer hospital admission X Clinic intercurrent hospital admission (2008-2013)

Hospital mortality of cancer patients, as seen in Table 1, was analyzed in terms of frequency and rate. In the period of 2008 and 2013, of the total number of cancer patients admitted to hospitals, the mortality rate was 7.7 for general cancer and almost three times higher

Citation: Santos CD, Caldas JMP, Serafim JA, Barros N, Pereira AC (2016) Hospital Admissions of Cancer Patients in Brazil: Analysis of Palliative Care Needs. *J Palliat Care Med* 6: 263. doi:10.4172/2165-7386.1000263

for patients admitted for treatment of clinical intercurrent (21.4) (Figure 2).

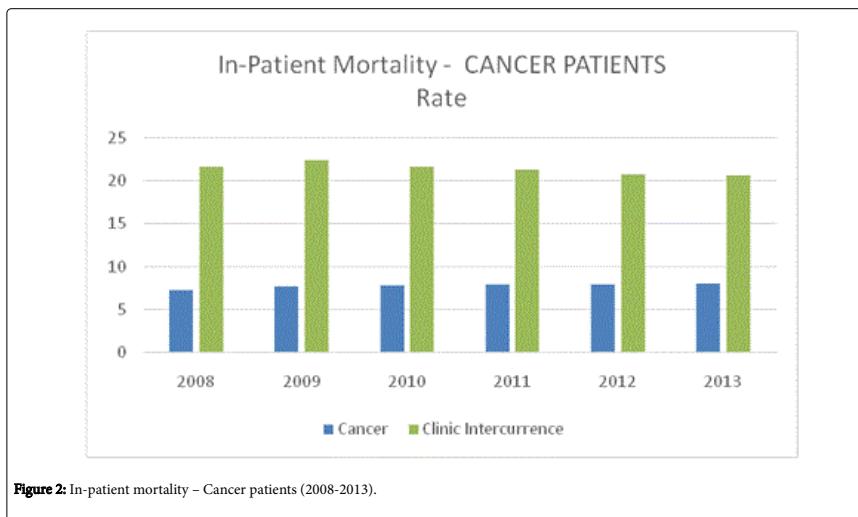


Figure 2: In-patient mortality – Cancer patients (2008-2013).

The length of stay (LOS), as seen in Table 2, of cancer patients as a whole was 5.7 days, against 7.9 days of hospitalization for patients admitted for treatment of clinical cancer intercurrents (Figure 3).

Length Of Stay (Days)-Cancer Patients		
Year	Cancer	Clinic intercurrent
2008	5.9	8.5
2009	5.9	8.6
2010	5.7	8.0
2011	5.6	7.6
2012	5.5	7.5
2013	5.5	7.6
Total	5.7	7.9

Table 2: Hospitalization of Cancer Patients–Length of Stay-Days (LOS).

Discussion

The hospital admission data shows that each year we have an average of 146,748 cancer patients requiring palliative care. Despite the existing Primary Care Program (Family Health since 1996), the National Policy on Pain and Palliative Care, launched in 2002, and the 2005 National Cancer Policy, which makes some reference to palliative

care, Brazil does not have yet effective strategies to integrate palliative care into the Brazilian Health System (SUS) network [36].

To determine the palliative care needs, the structure of services and the qualified staff are significant challenges for the Brazilian public health system, making it difficult to assess the health services, including the number of available hospital beds.

Even with the implementation of international strategies to scale the needs for palliative care in Brazil, we are far from achieving the same organization and structure of countries with a long tradition in this health care area. According to the National Academy of Palliative Care (ANCP), 9,500 hospital beds for palliative care, and between 663 to 950 inpatient units, each one with 10 to 15 beds are needed. Currently, there are around 100 palliative care services in Brazil [23].

This study seeks to improve our understanding of how hospital admission and discharge data can be used to identify cancer patients in need of palliative care, and to propose parameters fitting our country's dimension and regional diversity.

The appropriate use of Brazil's health information systems allows us to learn and evaluate the process of health management, the planning of actions, the training of health professionals, as well as to assess health services organizations.

As it contains demographic, morbidity, mortality and financial data, the Hospital Information System of Brazilian Health System (SIH/SUS) has been increasingly exploited by health professionals, mainly due to its agility and access facility.

Citation: Santos CD, Caldas JMP, Serafim JA, Barros N, Pereira AC (2016) Hospital Admissions of Cancer Patients in Brazil: Analysis of Palliative Care Needs. *J Palliat Care Med* 6: 263. doi:10.4172/2165-7386.1000263

Page 5 of 6

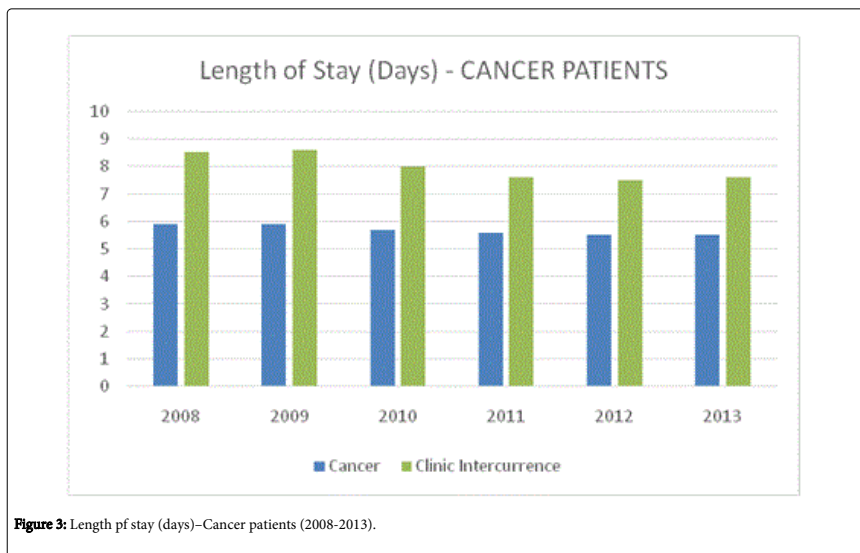


Figure 3: Length of stay (days)–Cancer patients (2008-2013).

Even though the use of inpatient data was aimed at the provision and control of hospital spending, it is the only inpatient data source for most Brazilian states and municipalities.

Considering Brazil's territorial and population dimensions, it is necessary to define criteria of health coverage to people in need of palliative care.

The analysis of cancer hospital admission and discharge data can assist policy makers and researchers to understand the amount and nature of palliative care needs in the Brazilian health care sector.

Conclusion

At present the quality of the final phase of life is an important issue for society, and its relevance has made that approach as a public health problem. In the last century the improvement in the determinants of health has resulted in a remarkable decrease in mortality rates, and now death occurs at later ages, frequently after long-term illness and a prolonged final phase technological advances. The quality of care at this stage is considered a subject worthy of study and intervention in public health because it shares the three criteria set priorities in public health, magnitude, high impact and potential to prevent suffering associated with the disease [37].

Further study of the hospital procedure "Treatment of clinical complications of cancer patient" should be considered as a parameter for scaling palliative care services in Brazil.

The analysis of the population morbidity and mortality profiles is necessary to the establishment of possible parameters to be employed

for the assistance in palliative care such as hospital admissions for the treatment of clinical interurrences in cancer patients [22].

In addition to hospital beds and palliative care teams, there is a need for out-patient treatment structures such as hospices and home care services as part of a national policy for the care of clinical cancer interurrence patients and their families.

Regarding the health system response to the continuity of care given at the end of life it is essential to adopt new paradigms and models of care that understand the importance of palliative care and promote a favorable attitude towards them [38].

References

1. Oswaldo Cruz Foundation (2012) Health in Brazil in 2030 : guidelines for the strategic exploration of the Brazilian health system. Fiocruz, Rio de Janeiro, Brazil .
2. Brazilian Institute of Geography and Statistics (2010) Brazil: Tábua full of Mortalidade - 2010. IBGE.
3. World Health Organization (2011) Noncommunicable diseases country profiles 2011. WHO, Geneva, Switzerland.
4. World Health Organization (2005) Preventing chronic diseases: a vital investment: WHO global report. WHO, Geneva, Switzerland.
5. Pan American Health Organization (2007) Regional strategy and plan of action on an integrated approach to the prevention and control of chronic diseases, including diet, physical activity, and health. PAHO, Washington, DC.
6. Santos CE, Mattos LF (2011) palliative care and general practitioner . In: Santana F, editor. Palliative care: guidelines, humanization and relief of symptoms pp: 17-24.

Citation: Santos CD, Caldas JMP, Serafim JA, Barros N, Pereira AC (2016) Hospital Admissions of Cancer Patients in Brazil: Analysis of Palliative Care Needs. *J Palliat Care Med* 6: 263. doi:10.4172/2165-7386.1000263

Page 6 of 6

7. Sinsuwan W, Pairojkul S, Gomutbutra P, Kongkum K, Kosuwon W (2016) A Retrospective, Single Center, Observational Study, Comparing the Direct Cost of End-Of-Life Care Patients with Advanced Cancer Care: Palliative Care versus Usual Care. *J Palliat Care Med* 6: 243.
8. Figueiredo TA (2006) Reflections on palliative care in Brazil. *Prat Hosp* 47: 36-40.
9. Ling J (2010) Ranking palliative and end-of-life care. *Int J Palliat Nurs* 16: 367.
10. Wright M, Wood J, Lynch T, Clark D (2006) Mapping levels of palliative care development: a global view. University of Lancaster, Lancaster.
11. Shetty P (2010) The parloous state of palliative care in the developing world. *Lancet* 376: 1453-1454.
12. Gomez -Batiste X , Porta -Sales J, Tuca A, Stjernsward J (2005) Organization cuidadospaliativos services and programs.
13. Twycross R (2003) Palliative care (2nd ed) Climepsi, Lisboa.
14. Ministry of Health (2005) Monitoring, control and prevention of chronic noncommunicable diseases: NCDs in the context of the Single System of Brazilian health.
15. De Lima L, Wenk R, Krakauer E, Ferris F, Bennett M, et al. (2013) Global framework for noncommunicable diseases: how can we monitor palliative care? *J Palliat Med* 16: 226-229.
16. World Health Organization (2013) Health topics: chronic diseases. WHO, Geneva.
17. Pan American Health Organization (2014) Plan of action for the prevention and control of noncommunicable diseases in the Americas: 2013-2019.
18. World Health Organization (2014) Global status report on noncommunicable diseases. WHO, Geneva.
19. Ministry of Health (2005) Ordinance GM.
20. Lorite JCP (2009) Handling serious complications in cancer patients. Service of Obstetrics and Gynecology, University Hospital Virgen de las Nieves, Granada .
21. Ministry of Health (2013) Technical bases Oncology Manual.
22. Ministry of Health (2015) Technical bases Oncology Manual - SIA / SUS - Outpatient Information System.
23. Maciel MGS (2009) Organization of palliative care services . In: National Palliative Care Academy. *Palliative Care Manual* pp: 72-85.
24. Stjernsward J, Foley KM, Ferris FD (2007) The public health strategy for palliative care. *J Pain Symptom Manage* 33: 486-493.
25. McNamara B, Rosenwax LK, Holman CD (2006) A method for defining and estimating the palliative care population. *J Pain Symptom Manage* 32: 5-12.
26. Bittencourt SA, Camacho LA, Leal Mdo C (2006) [Hospital Information Systems and their application in public health]. *Cad Saude Publica* 22: 19-30.
27. World Health Organization (2007) Cancer control: knowledge into action: WHO guide for effective programmes: module 5. WHO, Geneva.
28. Amaral TCL (2002) Mortalidade hospitalar na rede SUS: espelho dos óbitos ocorridos na população brasileira? [thesis]. Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brazil.
29. Sanches KRB, Camargo Junior KR, Coeli CM, Smudge AM (2003) System health information. *Epidemiology* pp: 337-359.
30. National Cancer Institute José Alencar Gomes da Silva (2016) Cancer Statistics . INCA , Brasília, DF , Brazil.
31. <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=02>.
32. Brazil. Ministry of Health (2013) SIHSUS : hospital information systems. DATASUS, Brasília, DF, Brazil.
33. Maciel MGS, Rodrigues LF, Naylor C, Bettega R, Barbosa SM, et al. (2006) Quality criteria for palliative care in Brazil. *Diagraphic*, Rio de Janeiro, Brazil.
34. Gragnolati M, Lindelow M, Couttolenc B (2013) Twenty years of health system reform in Brazil: an assessment of the Sistema Único de Saúde. *The World Bank* 1: 786.
35. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2016) Sistema de informações de mortalidade (SIM). IBGE, Rio de Janeiro.
36. Floriani CA (2008) Palliative care in Brazil: a challenge to the health care system. *Palliative Care Res Treat* 2: 19-24.
37. Rao JK, Anderson LA, Smith SM (2002) End of life is a public health issue. *Am J Prev Med* 23: 215-220.
38. Dunlop R (2001) Specialist palliative care and non-malignant diseases. In: Addington-Hall J, Higginson I. *Palliative care for non-cancer patients* (chapter 15). Oxford University Press, Oxford.

Needs for Palliative Care of Cancer Patients in Brazil: Analysis of Data from 2008-2014

dos Santos CE, Peixoto Caldas JM, Serafim JA, Barros N, da Costa Pereira A, et al. (2016)
Needs for Palliative Care of Cancer Patients in Brazil: Analysis of Data from 2008-2014.
J Palliat Care Med 6: 294. doi: 10.4172/2165-7386.1000294



Needs for Palliative Care of Cancer Patients in Brazil: Analysis of Data from 2008-2014

Cledy Eliana dos Santos^{1*}, José Manuel Peixoto Caldas², José Américo Serafim³, Newton Barros⁴, Altamiro da Costa Pereira⁵, Marcelo Eduardo Zanella Capra⁶ and Airon Stein⁷

¹Community Health Service and Palliative Care Service, Hospital Nossa Senhora da Conceição - GHC (Grupo Hospitalar Conceição), Brazil

²Department of Education and Medical Simulation, University of Porto-Portugal; Visiting Professor of Post-Graduate Program in Collective Health from UNIFOR, Brazil

³Information Technology Department of the Brazilian Health System-SUS (DATASUS), Ministry of Health, Brazil

⁴Palliative Care Service, Hospital Nossa Senhora da Conceição-GHC (Grupo Hospitalar Conceição)

⁵Director of the CINTESIS - FMUP, Brazil

⁶Oncology Service, Hospital Nossa Senhora da Conceição-GHC (Grupo Hospitalar Conceição), Brazil

⁷Community Health Service and Teaching and Research Management, Hospital Nossa Senhora da Conceição-GHC (Grupo Hospitalar Conceição), Brazil

Abstract

Background: The Brazilian Health System (SUS) faces major challenges to ensure the constitutional right of universal access to health care assistance and technological advances to the entire population. Concerns with the ageing population, the increasing incidence of cancer and the emergence of chronic non-communicable diseases include palliative care as one of the objectives of the Brazilian Health System (SUS). However, considering that each disease and individual present different social and cultural factors, needs, pattern of disease progression, associated co-morbidities and access to health care, the estimation of necessary resources and the definition of specific criteria to structure and adapt palliative care in the health services have been a difficult task in Brazil. Thus, it is necessary to estimate the needs and the resources and to specify parameters to structure and tailor an adequate modality of assistance in palliative care.

Aims: 1) To estimate the number of cancer patients with palliative care needs in the population; 2) To simulate palliative care methods for population based estimation.

Methods: The present methodology has a quantitative approach, with descriptive, exploratory, retrospective and observational studies of hospitalized cancer patients. This is a cross-sectional study using death certificate and hospital admission data, which was collected from the Mortality Information System (SIM) and Hospital Information System (SIH) of the Brazilian Health System (SUS), obtained from the database of the Health Information Department (DATASUS).

Results: Yearly around 1.1 million deaths were reported to the Brazilian Mortality Information System, being 15.9% of these related to people living with cancer. Between 2008 and 2014, there were almost 4.5 million hospitalizations (4,431,685) of patients with cancer in Brazil, and, of all the hospital admissions of cancer patients, 1,189,908 (26.85%) were related to interurrences of the disease and/or of treatment.

The average rate of hospital mortality was 7.7 for cancer in general and 21.4 for clinical interurrence of cancer patients, while the average length of stay (LOS) was 5.7 days for cancer in general and 7.9 days for clinical interurrence of cancer patients.

Conclusion: considering that the offer and the technical guidance regarding palliative care for users served by health establishments authorized by Brazilian Health System for the specialized assistance in oncology are mandatory, we need to estimate the needs, resources and specify parameters to structure and tailor an adequate modality of assistance in palliative care.

Keywords: Cancer; Palliative care needs; Estimate cancer palliative care population; Clinical interurrences in oncological patients; Hospital admissions of cancer patients

Introduction

Systematic analysis on the subject shows that the disease prevention and curative treatments have been the main goals of the health professionals, being the incurability processes and often reputed death considered as failure. When the character of the cure has to be immediate, the implementation of actions directed to the comprehensive care of people with advanced chronic diseases or in the final stages of life, as well as the necessary help to maintain or achieve a life with dignity and quality, has been a challenge. Besides, when the model of curative medicine is focused essentially on the disease, this model does not meet all the needs of people living with chronic advanced diseases or people who do not respond to curative treatment. According to the World Health Organization (WHO), each year more

than 40 million people require palliative care and 20 million people need palliative care at the end of life worldwide [1,2].

The Pan American Health Organization (PAHO) designs, for the year of 2020, the occurrence of 840.000 cancer deaths in Latin America

***Corresponding author:** Eliana dos Santos C, Community Health Service and Palliative Care Service, Hospital Nossa Senhora da Conceição - GHC (Grupo Hospitalar Conceição), Brazil, Tel: +5551 3357 2140; Fax: +5551 32551744; E-mail: cledy.eliana@gmail.com

Received November 15, 2016; Accepted December 21, 2016; Published December 26, 2016

Citation: dos Santos CE, Peixoto Caldas JM, Serafim JA, Barros N, da Costa Pereira A, et al. (2017) Needs for Palliative Care of Cancer Patients in Brazil: Analysis of Data from 2008-2014. J Palliat Care Med 6: 294. doi: 10.4172/2165-7386.1000294

Copyright: © 2017 dos Santos CE, et al. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author and source are credited.

and the Caribbean, and call attention to the fact that palliative care has not been valued in people with cancer, when they should be part of the treatment from the time of diagnosis [3].

However, the World Health Organization (WHO) demonstrates that approximately 80% of cancer patients need terminal palliative care and at least 80% of persons who died as a result of cancer and other life-threatening diseases could benefit from palliative care [4,5]. To the year 2030, 27 million new cases of cancer, 17 million deaths (caused by cancer) and 75 million people living with the disease are expected worldwide. The biggest effect of this increase will focus on low- and middle-income countries [6]. Brazil currently has a population of approximately 206 million people, with a large regional diversity and a variety of ethnicities - 47.7% of whites, 43.1% of mulattos (mixture of whites and blacks), 7.6% of blacks, 1.1% of Asians and 0.4% of indigenous - distributed in a wide territory [7].

The demographic and epidemiologic transition in the country has been deeply marked by low fertility rates, fast ageing and increasing life expectancy resulting in rise of chronic non-communicable diseases. This process of demographic transition, called "ageing population", associated with the transformation in the relationship between people and their environment, brought a major change in the profile of morbidity and mortality, decreasing the occurrence of infectious diseases and laying the chronic non-communicable diseases as the new center of attention in the problems of disease and death of the Brazilian population. Nevertheless, the setting of cancer trends rates and burden, associated with longer chronic disease trajectories and greater co-morbidity, is producing a major impact on public health policy, requiring further incentives to improve and expand palliative care provision. The distribution of different types of cancer in Brazil suggests an epidemiological transition in progress [8-11].

With recent fast ageing population, which designs the exponential growth of the elderly, it is possible to identify a significant increase in the prevalence of cancer, requiring immense effort for the provision of adequate attention to patients. In this context, the Brazilian Health System faces major challenges to ensure the constitutional right of universal access to health care assistance and technological advances to the entire population. Concerns with the ageing population, the increasing incidence of cancer and the emergence of chronic non-communicable diseases include palliative care as one of the objectives of the Brazilian Health System [12,13].

Cancer is a disease that can appear silently, being so often diagnosed at an advanced stage hindering treatment success and decreasing the chances of cure [14]. The Brazilian National Policy for Cancer Prevention and Control ensures integral assistance to any person with cancer, by means of High Complexity Assistance Unit in Oncology (Unacon) and High Complexity Assistance Center in Oncology (Cacon) [15]. In Brazil, about 60% of cancer patients are diagnosed at an advanced stage. In the case of lung cancer, 87.9% of the cases are discovered late [16-19]. Therefore, it becomes imperative to improve the quality of care, to facilitate the access to palliative care and to promote equity in health services [20,21]. Considering that each disease and individual present a different pattern of disease progression and a variety of factors including age, co-morbidities and level of care, the estimation of necessary resources and the definition of specific criteria to structure and adapt palliative care have been a big challenge to the Brazilian health care system [22-30].

So far, we have used as reference the experiences of countries which have a well-structured assistance policy and established parameters for estimation of health care resources at different levels of attention.

However, it is important to analyze the applicability of these models in the reality of our country, as well as to sensitize health professionals for a full and humanized understanding regarding the complexity of attention that a patient with serious or advanced illness in the final stage of life, including their families, demands.

The main goals of this study were to analyse cancer patients who could benefit from palliative care in Brazil, through the outline of national death certificate and hospital admission of cancer patients in the Brazilian Health System (SUS) for treatment of clinical interurrences related to cancer, and to estimate the target population with palliative care needs between 2008 and 2014. An ecological and historical series study was performed using national secondary data from mortality information system and hospital admissions related to cancer. In addition, the specific goals for this research are: to analyze the demand of patients for palliative care and to verify the use of hospital beds for admission of patients with oncologic clinic interurrences.

Health policy

The 1988 Brazilian Federal Constitution recognized health as a citizen's right and a duty of the state, and established the basis for the creation of SUS, which was based on the principles of universality, integrity, and social participation [31]. Brazilian health-policy has been considering, for several decades, the universal access to health care, social reintegration, the need to enhance the hospital care for chronic patients suffering from multiple problems, convalescence and/or in need of permanent care requiring continuous assistance and physical and functional rehabilitation. The Brazilian Health System (SUS) is one of the largest public health systems in the world. Formed by a complex network of public and private institutions dedicated to providing, financing, and managing health services. Presently, three-quarters of the Brazil's 206 million inhabitants depend on free care from SUS [32,33]. In the last decades, several initiatives by the Brazilian Ministry of Health have incorporated palliative care as an important strategy for the health policy [34-43].

According to the Brazilian National Oncological Care (Decree GM/MS 2.439/2005), cancer control, like other chronic diseases, must contain all actions and health services available in the Brazilian Health System (SUS): health promotion, prevention, diagnosis, treatment, rehabilitation and palliative care [44]. With the goal of improving the quality of life, relieving physical suffering, catering for the psychological, spiritual and social needs of people with serious and advanced diseases and providing support to families and caregivers, it becomes necessary to promote reflection on the existing models of care, to meet the size, nature and severity of the needs of people with regard to palliative care and to motivate the inclusion or expansion of this type of care in the practice of comprehensive health care, following the principles of SUS: Universality, Equity and Completeness of health care [44].

Chronic diseases

Brazilian health-policy has been considering, for several decades, the need to enhance the chronic patients suffering from multiple harms to health, convalescents and/or permanent care requiring continuous care, physical and functional rehabilitation, with a view to social reintegration. Database records of Mortality Information System of the Brazilian Health System (SIM - DATASUS) show that, since 2003, the general mortality in Brazil comes surpassing 1 million people per year.

According to the Brazilian Mortality System, 1,227,039 deaths were registered in 2014, being the death rate up to 6038.58 per million of inhabitants, per year. In Brazil, approximately 74% of deaths registered, in the period between 2008 and 2014, were related to chronic non-

communicable diseases (NCD). This sets up a change in the burden of diseases and presents a new challenge for managers of health. The stronger the impact of NCD in the quality of life of affected individuals, the greater the chance of premature death and the adverse economic effects for families, communities and society in general [45]. The four most prevalent chronic diseases highlighted by WHO [46] accounted for 52% of deaths in the years of 2008 and 2014 in Brazil. Concerning the average distribution of diseases in both years, cardiovascular diseases account for most NCD deaths (54%), followed by cancer (31%), diabetes (9%) and respiratory diseases (6%) (Table 1). Within the framework of chronic diseases, cancer deserves a differentiated approach, for its high prevalence, consumption of large amounts of financial resources, and its big institutional and social burden [47-49] (Figure 1).

Cancer in Brazil

Cancer figures among the leading causes of morbidity and mortality in Brazil, with approximately 576,000 new cases and around 202,000 cancer related deaths in 2014. According to the Brazilian National Oncology Policy, cancer control must include health promotion, rehabilitation, and palliative care, following the Brazilian Health System (SUS) principles: Universality, Equity and Completeness of health care. The incidence of cancer grows in Brazil, as all over the world, at a rate accompanying the ageing population, resulted from the increase of life expectancy. This is a direct result of the great global transformations of recent decades, which has changed the situation of people's health by the accelerated urbanization, new lifestyles and new patterns of consumption [47-49].

The total incidence of cancer in Brazil grew by 70% in the period from 2001 to 2014 and 11% in the period from 2008 to 2014. Estimates for 2014, valid also for 2015, point to the occurrence of approximately 576,580 new cases of cancer, including cases of non-melanoma skin cancer, reinforcing the magnitude of the problem of cancer in the country. In the same years, a total of 302,350 new cases of cancer for males and 274,230 for females are expected. The cancer type non-melanoma skin (182,130) will have the highest incidence in the Brazilian population, followed by prostate tumors (69,000), female breast (57,000), colon and rectum (33,000), lung (27,000), stomach (20,000) and cervix (15,000) [49,51].

By excluding the cases of non-melanoma skin cancer, there was an estimated total of 395 thousand (68.5%) new cases of malignant tumours [51], being the gender distribution 204,000 for males and 191,000 for females. In men, the most incident kinds of cancers are the prostate, lung, colon and rectum, stomach and oral cavity; and, in women, the breast, colon and rectum, cervix, lungs and thyroid gland [13].

Cancer mortality

Yearly an average of 1.1 million deaths, considering all causes, are reported to the Brazilian Mortality Information System (SIM), being

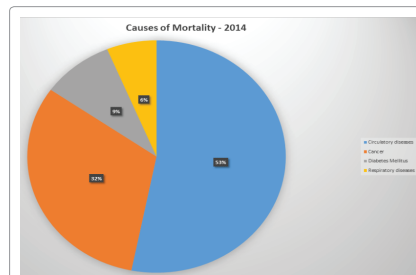
15.9% related to people living with cancer. Cancer mortality increased by 17.5% between 2008 and 2014 and, since 2003, cancer represents the second cause of death by disease group in the Brazilian population.

While the General mortality in Brazil had an increase of 27.1%, and the population grew 15.3%, cancer mortality had an increase of 60.3% in the period between 2001 (125,348) and 2014 (200,979). Thus, the gross rate of cancer mortality had an increase of 39% between 2001 (0.71/1,000 inhabitants) and 2014 (0.99/1,000 inhabitants).

According to the Mortality Information System of the Brazilian Health System (SIM - SUS), 201,968 cancer deaths were register throughout the country in 2014. In the same year, 725,685 patients with cancer were admitted at SUS hospitals network. Out of these hospitalizations, 57,697 (8.0%) resulted in death (Table 2 and Figure 2).

Clinical interferences in oncological patients

In recent years, in Brazil, we have seen an increased number of hospital admissions of patients presenting late diagnosis of cancer added to pre-existing comorbidities. These cases show the need for integral care to prevent or treat complications related to the cancer disease. They may be related to the tumor itself, systemic manifestations of the disease (often the first manifestation of the disease) or side effects of treatment, and may appear in acute or insidious ways, delaying diagnosis and treatment [53]. The term "clinical interference of cancer" is related to a complication of the disease or its treatment, predictable or not, which requires hospitalization in specialized, general or day hospitals, for control of the complication [54]. The procedure "Treatment of Clinical Interferences in Oncological Patient" was first published by Decree GM/MS No. 2413, on March 23rd 1998, and was



Source: SIM - Mortality Information System - (DATASUS) [50]

Figure 1: Causes of death for main noncommunicable diseases (NCD) – Brazil 2014.

Main NCD	Number of deaths			Percentage (%) of diseases deaths/Total NCD deaths	
	2008	2014	Variation 2008/2014	2008	2014
Diabetes Mellitus	50.448	57.288	14	9	9
Circulatory diseases	317.797	337.611	6	56	53
Respiratory diseases	34.913	39.642	14	6	6
Cancer	167.677	200.979	20	29	32
Total of deaths/ main NCD	570.835	635.52	11	100	100
Total deaths/year	1,077.01	1,222.381	13	-	-
% NCD deaths	53	52	52	-	-

Source: SIM - Mortality Information System - (DATASUS) [50].

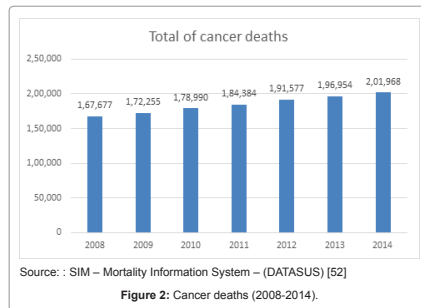
Table 1: LEADING causes of death for main noncommunicable diseases (NCD) in Brazil.

Citation: dos Santos CE, Peixoto Caldas JM, Serafim JA, Barros N, da Costa Pereira A, et al. (2017) Needs for Palliative Care of Cancer Patients in Brazil: Analysis of Data from 2008-2014. *J Palliat Care Med* 6: 294. doi: 10.4172/2165-7386.1000294

Year	Cancer mortality - Mortality Information System						
	Total mortality	Total of cancer deaths	Percentage (%) of total cancer death	Male cancer death	Percentage (%) of male cancer death	Female cancer death	Percentage (%) of female cancer death
2008	1,077.01	167.677	15.60	90.176	53.80	77.49	46.20
2009	1,103.088	172.255	15.60	92.515	53.70	79.732	46.30
2010	1,136.947	178.99	15.70	96.168	53.70	82.792	46.30
2011	1,170.498	184.384	15.80	98.444	53.40	85.931	46.60
2012	1,181.166	191.577	16.20	101.974	53.20	89.596	46.80
2013	1,210.474	196.954	16.30	105.211	53.40	91.723	46.60
2014	1,222.381	201.968	16.50	107.306	53.10	94.631	46.90
Total	7,024.554	1,293.805	15.90	691.794	53.50	601.895	46.50

Source: SIM - Mortality Information System - (DATASUS) [50].

Table 2: Cancer mortality (2008-2014).



included in the procedures of the Hospital Information System of the Brazilian Health System (SIH-SUS) [54]. Hospitalizations for treatment of clinical interurrences in oncological patients can be conducted in any hospital, regardless of the authorization for high complexity in oncology. According to the retrospective analysis of hospital admissions data recorded in the Hospital Information System of SUS (SIH-SUS), approximately 90% of the hospital admissions made in the procedure "Treatment of Clinics Intercurrences of Cancer Patient" in Brazil were related to palliative care for terminally ill patients [55-58].

Estimating the needs of palliative care in Brazil

Even though palliative care is traditionally directed to people with cancer, in general it has been very difficult to define the exact number of people with indication of receiving this assistance mode in Brazil and the existing national data have not been processed to estimate the needs in this area. Up to now, the quantification of palliative care needs in our country has been estimated in isolation and based on international experiences. However there are doubts about the applicability of these parameters considering the population and territorial dimensions, as well as the regional diversities [59].

It becomes essential to know the size, nature and severity of the needs of people with regard to access to health services, as well as to identify the availability of resources to promote full assistance in hospice care in our country and, based on models and international studies that consider that, there is 1000 people in need of palliative care, per year, for every 1 million population. We can say that the Brazilian public health policy situation is very delicate, taking into account the size of the population (206 million) and the estimation of health services to meet the needs of 206,000 persons/year [26,60-63]. By analyzing the

population morbidity and mortality profile, it becomes necessary to establish feasible parameters to be deployed for assistance in palliative care such as national death register and hospital admissions data for treatment of cancer patients [56]. According to the retrospective analysis of hospital admissions of cancer patients, data recorded in the Hospital Information System of SUS (SIH-SUS), approximately 90% of the hospital admissions made in the procedure "Treatment of Clinics Intercurrences of Cancer Patient" in Brazil were related to palliative care for terminally ill patients [56].

Methodology

Material and methods

This is a cross-sectional study using national death certificate and hospital morbidity and mortality data. The present research has a quantitative approach, with descriptive exploratory, retrospective and observational studies of cancer mortality and hospital admission of cancer patients. Mortality data (2008-2014) was obtained from the Mortality Information System (SIM) in database of DATASUS [57]. Created by the Ministry of Health in 1975, SIM is the oldest nationwide health information system. The National Mortality System is based on death statement information collected by the State Health Departments. The national database generated from this information is administered by the Health Surveillance Secretariat in cooperation with DATASUS. It contains information on the cause of death, as well as sex and age and place of death. The cause of death is coded using the ICD-10-WHO code, making international comparisons possible [64].

Hospital information system (SIH)

Hospital morbidity and mortality data related to cancer were obtained from the Hospital Information System of the Brazilian Health System (SIH-SUS). All hospital admissions for neoplasms occurred in the period (from 2008 to 2014) were included, and hospitalizations that do not fit with the pathology in question were excluded. The entire process of SIH-SUS is based on the Hospital Admission Authorizations (AIH), which includes patient and hospitalization data: description of hospital morbidity and mortality, the benchmarking of hospital assistance, epidemiological surveillance, as well as the validation of other health information systems [65-67]. The records of hospital admissions, hospital beds, hospitals that admitted patients in the procedure "Treatment of Clinical Intercurrences of Oncological Patient," hospital mortality and overall mortality were obtained from the database of the Health Information Department (DATASUS) of the Ministry of Health, being calculated historical series of residents in Brazil during this period (2008-2014), according to the 10th revision of international classification of diseases (ICD-10). Also, data from 4.5 million hospital admissions of cancer patients registered, between 2008 and 2014, was extracted from Hospital Admission Authorizations (AIH) in Brazil and

processed through a system (syntaxes) using Tabwin and SPSS program [52,68-72].

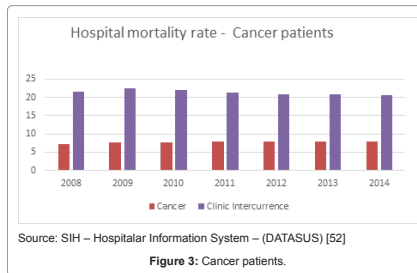
Results

From 2008 to 2014, the Brazilian Health System recorded 78.4 million hospitalizations in public hospitals, including all causes and all age groups, and, of the total admissions registered in that period; 4.4 million admissions (5.6%) were of cancer patients. We also observed, in the same period (2008 to 2014), a variation of 4.4% in the total number of hospitalizations in SUS. There was an increase of 26.7% in hospitalizations related to cancer and 48.1% of hospital admissions for treatment of oncology clinic interurrences, and, of the total number of hospital admissions (4,431,685) of cancer patients recorded between 2008 and 2014 in the Hospital Information System of SUS, 26.85% (1,189,908) were admitted for treatment of clinical interurrence of cancer (Table 3).

The hospital mortality of cancer patients, as seen in Table 4, was analyzed in frequency and rate. In the period from 2008 to 2014, considering the total number of cancer patients admitted to hospital, the mortality rate among the patients admitted for treatment of clinic interurrence (21.22) was three times higher than for general cancer (7.77) (Table 4 and Figure 3). In relation to the length of stay (LOS), the patients with cancer as a whole stayed an average of 5.7 days, and the patients admitted for treatment of clinic interurrence, 7.9 days.

Hospital units with register of oncologic patient admitted for treatment of clinic interurrence: analysis of data

Study conducted by the authors, through the National Register of Health Establishments-CNES, about hospital resources during the month of December 2014, showed that in Brazil, at that time, whereas the register is updated monthly, there was a total of 6,880 hospitals, being 5,244 (76.2%) general hospitals, 1096 (15.9%) hospitals and specialized hospitals and 540 (7.8%) day-hospitals. In relation to hospital beds, the



study presents a total of 452,488 beds, being 319,283 (70.6%) of them beds that belong to SUS and 133,205 (29.4%) beds that do not belong to SUS, including all types of beds: general, specialized, ICU, long stay, day hospital, psychiatric, obstetric, pediatric etc.

Between 2008 and 2014, more than 1 million (1,089,011) hospitalizations for treatment of clinic interurrence of cancer patients were registered in the Hospital Information System of SUS (SIH-SUS). These admissions were identified on 2,881 different health units around the country, and, of these units, those that had recorded at least 60 admissions per year (5 admissions per month) were identified, resulting in 342 hospitals. In conclusion, between 2008 and 2014, an average of 88% of all hospitalizations for treatment of clinic interurrence of cancer patient were registered in 342 hospitals (Table 5).

In the period of 2008 to 2014, an average of 3,066 clinical hospital beds were used for treatment of clinic interurrence of cancer patients, and, by analyzing the variation of utilization of hospital beds by region, we can say that, in total, there has been an increase of 43.9% of the beds used in the period of 2008 to 2014. The biggest variation occurred in the Northern region (142%), followed by the Southeast (47%) and the Northeast (44.1%), while the smallest variations were observed in the Midwest regions (12.2%) and in the South (29.9%) (Table 6).

Size of cancer population in need of palliative care

This study was based on estimation models of WHO, Gomez-Batiste, Higginson and Brazilian Parameter of Ministry of Health (MOH) to identify the number of people who were possibly in need of oncologic palliative care. Data on the number and causes of deaths were derived from death registration and hospital admission data.

The following simulations assumed the estimation models of 1) WHO: at least 80% of terminal cancer patients will require palliative care; 2) Gomez-Batiste: 60% of deaths; and 3) Higginson: number of people with selected causes of death (cancer and non-cancer diagnoses), multiplied by standard symptom prevalence (estimated from systematic reviews). Here we used the pain prevalence (Tables 7 and 8) [73-75].

The Brazilian studies of MOH estimate that 90% of cancer patients admitted in hospital for treatment of clinic interurrence should be considered in need of palliative care. This parameter is addressed to morbidity and not mortality (Table 9) [57].

Comments

The use of health information systems in Brazil allows us to know and to evaluate the process of health management, planning, training

Year	Hospital admission – Brazil (2008-2014)				
	Total - Brazil	Cancer		Cancer clinic interurrence	
	Total	Freq	Percentage (%)	Freq	Percentage (%)
2008	1,07,43,603	5,45,863	5.10	1,25,605	23.01
2009	1,11,28,809	5,75,371	5.20	1,44,302	25.08
2010	1,13,57,965	6,04,809	5.30	1,55,512	25.71
2011	1,12,81,571	6,24,035	5.50	1,67,564	26.85
2012	1,10,92,589	6,59,788	5.90	1,85,406	28.10
2013	1,11,97,160	6,91,543	6.20	1,99,933	28.91
2014	1,15,98,762	7,30,276	6.30	2,11,586	28.97
Total	7,84,00,459	44,31,685	5.60	11,89,908	26.85%

Source: SIH - Hospitalar Information System - (DATASUS) [52].

Table 3: Hospital admissions in Brazil (2008-2014).

Year	Cancer		Clinic interurrence	
	Freq	Rate	Freq	Rate
2008	39,168	7.18	27,123	21.59
2009	44,129	7.67	32,262	22.36
2010	46,937	7.76	34,104	21.93
2011	49,026	7.86	35,559	21.22
2012	51,984	7.88	38,431	20.73
2013	55,340	8	41,535	20.77
2014	57,697	7.95	43,508	20.56
Total	3,44,281	7.77	2,52,522	21.22

Source: SIH - Hospitalar Information System - (DATASUS) [52].

Table 4: Hospital mortality of cancer patients.

Citation: dos Santos CE, Peixoto Caldas JM, Serafim JA, Barros N, da Costa Pereira A, et al. (2017) Needs for Palliative Care of Cancer Patients in Brazil: Analysis of Data from 2008-2014. *J Palliat Care Med* 6: 294. doi: 10.4172/2165-7386.1000294

Year	Hospital admissions of cancer patients for treatment of clinic intercurrent	Number of hospital admitting patients for treatment of clinic intercurrent	Selected hospital with 60 or + admission/year for treatment of clinic intercurrent	Number of cancer patients admitted in selected hospitals (60 or +admission/year) for treatment of clinic intercurrent	Percentage (%) of cancer patients admitted in selected hospitals for treatment of clinic intercurrent
2008	1,14,752	1,461	327	1,02,733	90
2009	1,32,459	1,606	337	1,17,419	89
2010	1,44,380	1,730	339	1,26,717	88
2011	1,55,671	1,752	342	1,38,279	89
2012	1,73,320	1,776	342	1,54,039	89
2013	1,69,929	1,881	342	1,51,301	89
2014	1,98,500	1,879	339	1,72,163	87
TOTAL	10,89,011	-	-	9,62,651	88

Source: SIH - Hospitalar Information System - (DATASUS) [52].

Table 5: Hospital admission of cancer patients for treatment of clinic intercurrents.

Regions	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	Grand Total	Variation
Midwest	123	146	140	119	131	114	138	910	12.2
Northeast	490	572	565	555	635	654	706	4178	44.1
North	82	118	142	146	144	145	199	976	142.7
Southeast	1219	1423	1481	1549	1726	1692	1792	10882	47.0
South	571	643	614	639	660	647	742	4515	29.9
Grand Total	2485	2903	2942	3008	3295	3252	3577	21463	43.9

Source: SIH - Hospitalar Information System - (DATASUS) [52].

Table 6: Clinic hospital beds used for treatment of clinic intercurrent in oncologic patients.

Year	Total of cancer deaths/year *(A)	Estimating needs of palliative care		
		WHO (A*0.8)	Gomez-Batiste (A*0.6)	I.J. Higginson (A*0.84)
2008	167.677	134.142	100.606	140.849
2009	172.255	137.804	103.353	144.694
2010	178.99	143.192	107.394	150.352
2011	184.384	147.507	110.63	154.883
2012	191.577	153.262	114.946	160.925
2013	196.954	157.563	118.172	165.441
2014	200.979	160.783	120.587	168.822
TOTAL	1,292.816	1,034.253	775.69	1,085.965

Source: SIH - Hospitalar Information System - (DATASUS) [52].

WHO: It is assumed that at least 80% of terminal cancer patients will require palliative care; Gomez-Batiste: 60% of patents at the end-of-life needs palliative care; Higginson: Number of people with selected causes of death (cancer and noncancer areas), multiplied by standard symptom prevalence (estimated from systematic reviews)

Table 7: Needs of palliative care according to total cancer deaths/year.

Year	Hospital admission Oncologic patient	Hospital death Oncologic patient (A)	Estimating needs of palliative care		
			WHO (A*0.8)	Gomez-Batiste (A*0.6)	I J Higginson (A*0.84)
2008	545.863	39.168	31334	23501	32901
2009	575.371	44.129	35303	26477	37068
2010	604.809	46.937	37550	28162	39427
2011	624.035	49.026	39221	29416	41182
2012	659.788	51.984	41587	31190	43667
2013	691.543	55.34	44272	33204	46486
2014	725.685	57.697	46158	34618	48465
TOTAL	4,427.094	344.281	275425	206569	289196

Source: SIH - Hospitalar Information System - (DATASUS) [52].

WHO: It is assumed that at least 80% of terminal cancer patients will require palliative care; Gomez-Batiste: 60% of patents at the end-of-life needs palliative care; Higginson: Number of people with selected causes of death (cancer and noncancer areas), multiplied by standard symptom prevalence (estimated from systematic reviews)

Table 8: Needs of Oncologic Palliative Care According to Hospital Mortality/Year.

of health human resources and health services organization. As they contain demographic, morbidity, mortality and financial data, the use of Hospital Information System (SIH/SUS) have been increasingly exploited by health professionals, mainly by its agility and facility of access.

Even though the use of in-patient data have been aimed at the provision and control of hospital spending, which is the purpose for which it is designed, it is at the same time the only in-patient data source for most states and Brazilian municipalities. Considering the

Year	Hospital admission Clinic intercurrence of oncologic patient (A)	Hospital death Clinic intercurrence of oncologic patient (B)	Estimating needs of palliative care			
			WHO (B*0.8)	Gomez-Batista (B*0.6)	J J Higginson (B*0.84)	Parameter Brazil (A*0.9)
2008	125.605	27.123	21.698	16.274	22.783	11.3045
2009	144.302	32.262	25.81	19.357	27.1	12.9872
2010	155.512	34.104	27.283	20.462	28.647	13.9961
2011	167.564	35.559	28.447	21.335	29.87	15.0808
2012	185.406	38.431	30.745	23.059	32.282	16.6865
2013	199.933	41.535	33.228	24.921	34.889	17.994
2014	211.586	43.508	34.806	26.105	36.547	19.0427
TOTAL	1.189.908	25.522	202.018	151.513	212.118	1.070.917

Source: SIH - Hospitalar Information System - (DATASUS) [52].
 WHO: It is assumed that at least 80% of terminal cancer patients will require palliative care; Gomez-Batista: 60% of patents at the end-of-life needs palliative care; Higginson: Number of people with selected causes of death (cancer and noncancer areas), multiplied by standard symptom prevalence (estimated from systematic reviews) MOH - Brazil.

Table 9: Needs of oncologic palliative care according to hospital mortality of clinic intercurrence of oncologic patient/year.

territorial and population dimensions of Brazil, it is necessary to define health coverage parameters to people in need of palliative care.

Through the hospital admissions of cancer patients in the procedure "Treatment of Clinical Intercurrences of Oncological Patients", we can estimate patients with indication of palliative care at the end of life, as well as identify parameters for the estimated need for cancer palliative care hospital beds. In this regard, we propose studies to size the target population, the demand and supply of health services, the level of attention required by selecting, to that, certain items likely to comparability between national and international data parameters, such as utilization of palliative care services, the prevalence of pain and other symptoms. Also, further study of hospital procedure "Treatment of clinical complications of cancer patient" should be considered as a parameter for scaling of palliative care services in Brazil.

References

- World Health Organization (2014) Strengthening of palliative care as a component of integrated treatment within the continuum of care.
- World Palliative Care Alliance, WHO (2014) Global atlas of palliative care at the end-of-life. Theowpa, London.
- Pan American Health Organization (2007) Regional strategy and plan of action on an integrated approach to the prevention and control of chronic diseases, including diet, physical activity, and health. PAHO, Washington, DC.
- World Health Organization (2007) Cancer control: palliative care. WHO guide for effective programmes. WHO, Geneva.
- The Brazilian Cancer Foundation (2016) Cancer Foundation, Rio de Janeiro, Brazil.
- World Health Organization (2009) Health organization, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies. WHO, Geneva.
- Index Mundi (2016) Brazil demographic profile 2016.
- Brazilian Institute of Geography and Statistics (2015) Demographic change in Brazil at the beginning of the 21st century: subsidies for the projections of the population of Brazil and of the Federation Units. IBGE, Rio de Janeiro, Brazil.
- Oswaldo Cruz Foundation (2012) Health in Brazil in 2030: guidelines for the strategic prospection of the Brazilian health system. Fiocruz, Rio de Janeiro, Brazil.
- Brazilian Institute of Geography and Statistics (2010) Brazil: Complete mortality table-2010. IBGE, Rio de Janeiro, Brazil.
- Murray SA, Kendall M, Boyd K, Sheikh A (2005) Illness trajectories and palliative care. *BMJ* 330: 1007-1011.
- Ministry of Health, National Cancer Institute (2006) The cancer situation in Brazil. INCA, Rio de Janeiro, Brazil.
- Ministry of Health, National Cancer Institute (2014) Coordination of prevention and surveillance estimation 2014: incidence of cancer in Brazil. INCA, Rio de Janeiro, Brazil.

- Instituto Oncoguia (2013) When time becomes the enemy of healing.
- Ministry of Health (2014). Ordinance No. 140, of February 27, 2014, MS, Brasilia, DF, Brazil.
- Todos juntos contra o câncer (2015) Statement for improving cancer care in Brazil. São Paulo, Brazil.
- Barbosa IR, de Souza DL, Bernal MM, do C C Costa I (2015) Cancer mortality in Brazil: Temporal Trends and Predictions for the Year 2030. *Medicine (Baltimore)* 94: e746.
- Felippu AW, Freire EC, Silva Rde A, Guimarães AV, Deviditis RA (2016) Impact of delay in the diagnosis and treatment of head and neck cancer. *Braz J Otorhinolaryngol* 82: 140-143.
- Freitas AGO, Weller M (2015) Patient delays and system delays in breast cancer treatment in developed and developing countries. *Cien Saude Colet*. 20: 3177-3189.
- Santos CL, Mattos LF (2011) Palliative care and family and community medicine. In: Santana F, editor. *Palliative care: guidelines, humanization and symptom relief*. Atheneu, São Paulo, Brazil, pp: 17-24.
- Sinsuwan W, Pairojkul S, Gomutbutra P, Kongkum K, Kosuwon W (2016). A retrospective, single center, observational study, comparing the direct cost of end-of-life care patients with advanced cancer care: palliative care versus usual care. *J Palliat Care Med* 6: 243.
- Figueiredo TA (2006) Reflections on palliative care in Brazil. *Prat Hosp* 47: 36-40.
- Ling J (2010) Ranking palliative and end-of-life care. *Int J Palliat Nurs* 16: 367.
- Wright M1, Wood J, Lynch T, Clark D (2008) Mapping levels of palliative care development: a global view. *J Pain Symptom Manage* 35: 469-485.
- Shetty P (2010) The parlous state of palliative care in the developing world. *Lancet* 376: 1453-1454.
- Gomez-Batista X, Porta-Sales J, Tuca A, Stjernsward J (2005) Organization of Palliative Care Services and Programs. Aran, Madrid.
- Twycross R (2003) Palliative care. (2nd edn.) Climepsi, Lisboa.
- Floriani CA (2008) Palliative care in Brazil: a challenge to the health-care system. *Palliat Care Res Treat* 2: 19-24.
- Irish Hospice Foundation (2008) Palliative care for all: integrating palliative care into disease management frameworks. IHF, Dublin.
- Garcia JBS, Rodrigues RF, Lima SF. Structuring a palliative care service in Brazil: experience report. (2014) *Rev Bras Anestesiol* 64: 286-291.
- Brasil (2010) Constitution of the Federative Republic of Brazil: constitutional text of October 5, 1988, with the alterations introduced by Constitutional Amendments no. 1/1992 through 64/2010 and by Revision Constitutional Amendments no. 1/1994 through 6/1994. (3rd edn.) Chamber of Deputies, Documentation and Information Center, Brasilia, DF, Brazil.
- Brazilian Institute of Geography and Statistics (2011) Population. IBGE, Rio de Janeiro, Brazil.
- Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J (2011) The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *Lancet* 377: 1778-1797.

Citation: dos Santos CE, Peixoto Caldas JM, Serafim JA, Barros N, da Costa Pereira A, et al. (2017) Needs for Palliative Care of Cancer Patients in Brazil: Analysis of Data from 2008-2014. *J Palliat Care Med* 6: 294. doi: 10.4172/2165-7386.1000294

Page 8 of 8

34. Ministry of Health (1993) Portaria SAS / MS n° 65/93: establishes norms for accreditation of hospitals that perform procedures of high complexity in Cancer. MS, Brasília, DF, Brazil.
35. Ministry of Health (1998) Ordinance No. 2.413, dated March 23, 1998. Care for patients under long-term care. MS, Brasília, DF, Brazil.
36. Ministry of Health (1998) Portaria No. 3.535 / GM, of September 02, 1998. Criteria for registration of centers of attendance in oncology. MS, Brasília, DF, Brazil.
37. Brazilian Institute of Geography and Statistics (2000) Profile of the elderly responsible for the households in Brazil. IBGE, Rio de Janeiro, Brazil.
38. Ministry of Health (2002) Portaria GM / MS No. 19, of January 3, 2002. Establishes the National Program of Assistance to Pain and Palliative Care of the Unified Health System - SUS. MS, Brasília, DF, Brazil.
39. Ministry of Health (2005) GM / MS Ordinance No. 2.439, of December 8, 2005. Establishes the national policy of cancer care: promotion, prevention, diagnosis, treatment, rehabilitation and palliative care. MS, Brasília, DF, Brazil.
40. Ministry of Health (2006) Ordinance MS / GM No. 2528, of October 20, 2006. National health policy of the elderly. MS, Brasília, DF, Brazil.
41. Malta DC, Oliveira TP, Santos MA, Andrade SS, Silva MM, Grupo Técnico de Monitoramento do Plano de DCNT (2016) Progress with the Strategic Action Plan for Tackling Chronic Non-Communicable Diseases in Brazil, 2011-2015. *Epidemiol Serv Saude* 25: 373-390.
42. Ministry of Health (2013) Ordinance No. 874 / GM / MS, of May 16, 2013. Establishes the national policy of prevention and control of cancer in the health care network of people with chronic diseases under the SUS. MS, Brasília, DF, Brazil.
43. Ministry of Health (2014) GM / MS Ordinance No. 483, of April 1, 2014. Redefines the health care network of people with chronic diseases under the Unified Health System (SUS) and establishes guidelines for the organization of their care lines. Brazil.
44. Ministry of Health (2005) GM / MS Ordinance No. 2.439 / 2005. It establishes the national cancer care policy: promotion, prevention, diagnosis, treatment, rehabilitation and palliative care, to be implemented in all the federated units, respecting the competences of the three management spheres. MS, Brasília, DF, Brazil.
45. Ministry of Health (2005) Surveillance, control and prevention of chronic non-communicable diseases: CNCD in the context of the Brazilian Unified Health System. MS; Brasília, DF, Brazil.
46. De Lima L, Wenk R, Krakauer E, Ferris F, Bennett M, et al. (2013) Global framework for noncommunicable diseases: how can we monitor palliative care? *J Palliat Med* 16: 226-229.
47. World Health Organization (2013) Health topics: chronic diseases. WHO, Geneva.
48. Pan American Health Organization (2014) Plan of action for the prevention and control of noncommunicable diseases in the Americas: 2013-2019. PAHO, Washington, DC.
49. World Health Organization (2014) Global status report on noncommunicable diseases. WHO, Geneva.
50. Ministry of Health (2016) SIM - Mortality Information System. DATASUS, Brasília, DF, Brazil.
51. National Cancer Institute José Alencar Gomes da Silva (2014) Cancer in Brazil: data from the population-based registries (v.4). INCA, Rio de Janeiro, Brazil.
52. Ministry of Health (2013) SIHSUS: SUS hospital information systems. DATASUS, Brasília, DF, Brazil.
53. Lortie JCP (2009) I manage serious complications in cancer patients. Department of Obstetrics and Gynecology, University Hospital Virgen de las Nieves, Granada.
54. Ministry of Health (2013) Oncology Technical Basis Manual. (16th edn.), MS, Brasília, DF, Brazil.
55. Ministry of Health (2013) Technical manual of the hospital information system: technical guidelines, 2010. MS, Brasília, DF, Brazil.
56. Ministry of Health (2015) Oncology technical basis manual - SIA/SUS - outpatient information system. (19th edn.), MS, Brasília, DF, Brazil.
57. Maciel MGS, Rodrigues LF, Naylor C, Bettega R, Barbosa SM, et al. (2006) Critérios de qualidade para os cuidados paliativos no Brasil. *Diagraphic*, Rio de Janeiro, Brazil.
58. Santos CE, Caldas JMP, Serafim JA, Barros N, Pereira AC (2016) Hospital admissions of cancer patients in Brazil: analysis of palliative care needs. *J Palliat Care Med* 6: 263.
59. Brameld K, Spilsbury K, Rosenwax L, Murray K, Semmens J (2016) Issues using linkage of hospital records and death certificate data to determine the size of a potential palliative care population. *Palliat Med*.
60. Maciel MGS (2009) Organization of palliative care services. In: National Academy of Palliative Care. Manual of palliative care. *Diagraphic*, Rio de Janeiro, Brasil, pp: 72-85.
61. Stjernsward J, Foley KM, Ferris FD (2007) The public health strategy for palliative care. *J Pain Symptom Manage* 33: 486-493.
62. McNamara B, Rosenwax LK, Holman CD (2006) A method for defining and estimating the palliative care population. *J Pain Symptom Manage* 32: 5-12.
63. Bittencourt SA, Camacho LAB, Leal MC (2006) The hospital information system and its application in collective health. *Cad Saude Publica* 22: 19-30.
64. Lima EEC, Queiroz BL (2014) Evolution of the deaths registry system in Brazil: associations with changes in the mortality profile, under-registration of death counts, and ill-defined causes of death. *Cad Saude Publica* 30: 1721-1730.
65. Amaral TCL (2002) Health information systems Mortality in the SUS network: mirror of the deaths occurred in the Brazilian population? [thesis]. University of the State of Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brazil.
66. Sanches KRB, Camargo KR, Coeli CM, Cascão AM (2003) Health Information Systems. In: Medronho RA, Carvalho DM, Block KV, Luiz RR, Werneck GL, organizadores. *Epidemiologia Atheneu*, São Paulo, Brazil, pp: 337-359.
67. Ministry of Health. National Cancer Institute (2016) Cancer statistics. INCA, Brasília, DF, Brazil.
68. Brazilian Institute of Geography and Statistics (2016) Mortality Information System (SIM). IBGE, Rio de Janeiro, Brazil.
69. Ministry of Health (2008) Health information (TABNET). MS, Brasília, DF, Brazil.
70. Gragnoli M, Lindelow M, Couttolen B (2013) Twenty years of health system reform in Brazil: an assessment of the Sistema Único de Saúde. The World Bank, Washington, DC.
71. Ministry of Health (2016) Mortality information system. Brazil.
72. Teixeira CLS, Bloch KV, Klein CH, Coeli CM (2006) Method of relationship of databases of the Mortality Information System and authorizations of hospital admission in the Unified Health System, in the investigation of deaths of ill-defined cause in the State of Rio de Janeiro, Brazil, 1998. *Epidemiol Serv Saude* 15: 47-57.
73. World Health Organization (2007) Cancer control: knowledge into action: WHO guide for effective programmes: module 5. WHO, Geneva.
74. Gomez-Batiste X, Martinez-Muñoz M, Blay C, Espinosa J, Contel JC, et al. (2012) Identifying needs and improving palliative care of chronically ill patients: a community-orientated, population-based, public health approach. *Curr Opin Support Palliat Care* 6: 371-378.
75. Higginson LJ (1997) Palliative and terminal care healthcare needs assessment: the epidemiologically based needs assessment reviews. The Wessex Institute for Health Research and Development, Oxford.

Palliative Care in Brazil: with a View to Future Needs

dos Santos CE, Peixoto Caldas JM, Serafim JA, Barros N, da Costa Pereira A, et al. (2017)
Palliative Care in Brazil: with a View to Future Needs. *International Archives of Medicine*: Vol. 10 No. 148. doi: 10.3823/2418

Palliative Care in Brazil: with a View to Future Needs

ORIGINAL

Cledy Eliana dos Santos¹, José Manuel Peixoto Caldas²,
José Américo Serafim³, Newton Barros⁴,
Altamiro da Costa Pereira⁵, Marcelo Eduardo Zanella Capra⁶,
Airtton Stein⁷, Alberto Freitas⁸

Abstract

Introduction: Chronic non-communicable diseases (CNCD) constitute a health problem of growing magnitude in Brazil, leading concerns, to the Ministry of Health (MOH), about the care of persons with chronic conditions (due to advanced diseases), multiple harms and in need of long-term care, requiring continuous assistance. However, few data exist on the size of the population potentially in need of palliative care in Brazil.

Objective: To estimate the size of the Brazilian population that could benefit from palliative care across 26 federated states and the Federal District.

Methods: This is a cross-sectional study, using national death certificate and hospital admission data. Brazilian death registration and hospital admission data from 1st of January to 31st of December 2014 were analyzed and compared with estimation methods of Rosenwax and Murtagh including all adults (≥ 15 years old) who died in the period of 1st of January to 31st of December 2014 in Brazil.

Results: the proportion of individuals who died from diseases that indicate palliative care needs at the end of life ranged from 24.6% to 85.2%.

Conclusion: Integration of several existing policies, trigger and strengthen actions and integral care to patients with palliative care needs respectful of the specificities of each area as well as to support decision-making and the development of actions in health, in particular to the definition of needs and priorities, the construction of prospective scenarios, and the assessment of ongoing actions.

- 1 Community Health Service and Palliative Care Service. Hospital Nossa Senhora da Conceição, Grupo Hospitalar Conceição.
- 2 Department of Education and Medical Simulation, University of Porto-Portugal; Visiting Professor of Post-Graduate Program in Collective Health from UNIFOR.
- 3 Information Technology Department of the Brazilian Health System, SUS (DATASUS). Ministry of Health.
- 4 Palliative Care Service. Hospital Nossa Senhora da Conceição, GHC.
- 5 Director of the CINTESIS, Center for Health Technology and Services Research, Portugal; Faculty of Medicine, University of Porto, Portugal (FMUP).
- 6 Oncology Service. Hospital Nossa Senhora da Conceição, GHC.
- 7 Community Health Service and Teaching and Research Management. Hospital Nossa Senhora da Conceição.
- 8 CIDES, Department of Health Information and Decision Sciences, Faculty of Medicine, University of Porto, Portugal; CINTESIS, Center for Health Technology and Services Research, Portugal.

Contact information:

Cledy Eliana dos Santos.

Address: Rua Monte Alverne 68, Chácara das Pedras, Porto Alegre, RS, Brasil. CEP: 91330-510.

✉ cledy.eliana@gmail.com

Keywords

Palliative Care; Estimating Population; Chronic Non-Communicable Diseases; Cancer; Health Planning.

Introduction

Ageing of the population translates into a greater disease burden, more incapacities, and increased use of the health services, showing the need to (re) organize the assistance models. The increase in the elderly population can result in a greater number of illnesses and/or chronic conditions that require more medical and social services; besides, hospitalization and length of bed occupancy are greater for them than for other age groups. [1, 2]

The main causes of mortality, among elderly Brazilians, are cerebrovascular disease, heart disease, and diabetes, showing that, in the Brazilian epidemiologic transition, there are situations resulting from disability of preventable risk factors control. [3, 4] In the year 2000, approximately 9% of the population consumed more than 26% of in-patient capabilities in SUS. [1] In 2014, the spending on hospitalizations with the elderly population was 32%, and the expenditure on cases of heart diseases reached 60%. [5, 6]

Non-communicable diseases (NCD) constitute a health problem of growing magnitude in Brazil, leading concerns to the Ministry of Health (MOH), since the end of the 1990s, about the care of persons with chronic conditions (due to advanced diseases).

According to Schmidt et al. [7], 58% of all deaths that occurred in Brazil, in 2007, were related to four NCDs prioritized in the World Health Organization Action Plan, developed for the period of 2008 to 2013 (actions conducted to circulatory diseases, chronic respiratory diseases, diabetes, and cancer were prioritized). [8, 9]

Between 2008 and 2014, circulatory diseases, chronic respiratory diseases, diabetes, and cancer accounted for 52% of the total deaths recorded in the Brazilian Mortality System (SIM-DATASUS) [10], who were related to four NCDs prioritized in the World Health Organization Action Plan.

According to the Brazilian Ministry of Health, NCDs: 1) present a gradual onset that usually does

not lead to a cure, lasting a long or an uncertain time; 2) in general present multiple causes; and 3) require a treatment that involves lifestyle changes, in a process of continuous care. Hence, people with chronic, advanced or life-limiting diseases, whatever their diagnosis, should have equal access with appropriate management of their physical, psychological, social or spiritual needs as well as access to diagnostic and therapeutic resources in a timely manner, in order to ensure the completeness of the necessary care to the user's health, in all levels of health care system. [11]

More recently, the Brazilian MOH, recognizing the demographic and epidemiologic transition and the increased prevalence of chronic diseases with the ageing of the population and its impact on the health of the elderly, have reset the health care network for people with chronic diseases and have established guidelines for the organization of their care. [12]

Palliative care has been considered, by the World Health Organization (WHO), as "an urgent humanitarian need worldwide for people who have serious illnesses such as cancer and other incurable diseases". [13-16] The 67th World Health Assembly Resolution of May 2014 recommended integrate palliative care in all healthcare settings for all member countries. [17]

However, demographic changes associated with fast ageing population, longer chronic disease trajectories, and greater co-morbidities require further incentives to improve and expand palliative care provision. [18, 19]

The Brazilian National Health System faces major challenges to ensure the constitutional right of universal access to health care assistance and technological advances to the entire population. Concerns with the ageing population, the increasing incidence of cancer, and the emergence of chronic diseases include palliative care as one of the objectives of the National Health System. In the last decades, several initiatives, by the Ministry of Health, have incorpo-

rated palliative care as an important strategy for the health policy. [20-25] **(Table 1)**

Traditionally, palliative care in Brazil has been offered most often to people suffering from cancer in advanced stage, and the care needs for people who have other life-limiting chronic diseases are not being fulfilled in a stable approach. The conception of propounding palliative care, only at the end of life, limits the access to many people and carers that could benefit from this mode of health assistance during the trajectory of the disease; from diagnosis, continuing to benefit from treatments that alter the progress of the disease, until the end of life. [26]

Despite the fact that the palliative care structures and resources have had a significant increase in recent years in Brazil, the distribution of services are concentrated in some regions and the health care for people with chronic advanced or life-limiting diseases is fragmented and also exist differences in the level of access and kind of care. [26]

Regarding cancer, data from DATASUS shows that, in 2014, cancer was responsible for 200,979 (15.6%) of all deaths in Brazil. [27] In contrast, there is no specific estimates of palliative care needs and structure in the country that meets the existing demand. There is a minimum supply of specialized hospital beds, which is restricted to the big cities. Thus, the condition in which the deaths due

to cancer occurred and continue to occur should be considered. [26, 28, 29] Nowadays there is also an increasing awareness that palliative care is not only for patients with incurable cancer but also for patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD), heart failure or dementia, for instance. [18, 30]

The quantification of the needs of palliative care in Brazil has been carried out, taking as a basis parameters used in countries with tradition in this health care model. However, there are doubts about the applicability, in our country, of these parameters based on studies and international experiences, considering the population and territorial dimensions as well as the regional diversities.

It becomes essential to know the size, nature, and severity of the needs of people with regard to access to health services as well as to identify the availability of resources to promote full assistance of people with advanced progressive chronic diseases in our country.

The objective of our study was to identify a feasible population-based method to estimate the number of people who would benefit from palliative care health services in a Brazilian population. From a series of estimations to get an idea of how many people may be in need of palliative care, it is possible to build a baseline for health system planning and palliative care needs in cancer and non-cancer patients.

Table 1. Prognosis and trajectory of chronic diseases.

Group of diseases	Disease trajectory	Prognosis/course of illness
Cancer	Steady progression Clear terminal phase	Predicted
Respiratory and heart failure	Gradual decline Episodes of acute deterioration Sudden/unexpected death	Live longer with more disability Die suddenly with little warning after rapid deterioration
Dementia	Prolonged gradual decline	Live for a long time Increasingly dependent Distressing for their families

Source: Murray et al. [18]

Methods

This research presents a quantitative approach, with descriptive, exploratory, retrospective and observational studies of national mortality data, which were derived from the National Mortality System of the National Health System (SIM – DATASUS). The mortality population-based database, published every two years, contains information on the cause of death as well as sex and age. The cause of death is coded using the ICD-10-WHO **(Tables 2, 3, 4)**.

Table 2.

Group of diseases	MacNamara & Rosenwax [32] - Australian estimative	Murtagh [33] -British estimative
Cancer	C000-D489	C000-C979,
Respiratory system	J40, J410, J411, J418, J42, J43 J431, J432, J438, J439, J440, J441, J448, J449	J060-J129, J13, J14, J150-J189, J200-J219, J22, J40, J410-J419, J42, J430-J459, J46, J47, J960-J969,
Circulatory system	I500, I501, I509, I111, I130, I132	I000-I529, I600-I699,
Renal system	N180, N188, N189, N102, N112, N120, N131, N132	N180-N189, N280-N289, N17, N170-N179
Hepatic system	K704, K711, K721, K729	K70-K77
Nervous system	G300, G301, G308, G309; G20, G200; G122; G10, G100	G122, G20, G200, G10, G100, G35, G903, G231, F010-F019, F03 G300, G301, G308, G309, R54
HIV/AIDS	B200-B249	B200-B249

All simulations were performed taking as a basis the registered deaths in the period from 1st of January to 31st of December 2014 in Brazil, based on the ICDs that each of the mentioned studies considered as liable to palliation. From this survey, and using as a basis the study of Scholten et al. [31], which compares MacNamara & Rosenwax methods with Murtagh methods, we identified the minimal and maximal estimates, because we found the same problem to identify mid-range estimates of palliative care needs as described in the Germany study. [31] In Brazil, we also cannot match the general mortality statistics with data from hospital admission. [32, 33-36]

Based on the study of Scholten et al. [31], "The size of the population potentially in need of palliative care in Germany – an estimation based on death registration data", we adapted the Brazilian mortality data registered in 2014 to the MacNamara & Rosenwax and Murtagh methods.

Table 3.

Non-communicable diseases/Brazilian estimative	
Cancer (all types)	C000-C979
Cardiac disease	I00-I999
Respiratory diseases	J30-J989
Diabetes mellitus	E10-E149
Other chronic diseases	D00-D489, D55-D648, D65-D899, E03-E079, E15-E169, E20-E349,
	E65-E889, F01-F999, G06-G989, H00-H619, H68-H939, K00-K929,
	N00-N649, N75-N989, L00-L989, M00-M999, Q00-Q999

Table 4.

Seven causes	
Cancer	C000-D489
Diabetes mellitus	E10-E149
Alzheimer's disease	G300, G301, G308, G309
Cardiac diseases	I25, I24, I50
Cerebrovascular disease	I60-I69
Respiratory diseases	J40-J47
Hepatic disease	K70-K77

Source: Californian estimative Kerr et al. [35]

Results

The first quantification of the needs of palliative care in Brazil was done at least a decade ago. Study conducted by Maciel and Betega [36], using national mortality data recorded in 2004, was related to international parameters to estimate population with palliative care needs in Brazil.

In 2004, 1,024,073 deaths were registered in Brazil, being the first cause cardiovascular diseases, with 285,543 (27.9%) deaths; followed by neoplasms, with 140,801 (13.7%) deaths; external causes, with 127,470 (12.4%) deaths; and respiratory diseases, with 102,168 (10%) deaths. In the study, the leading causes of death were grouped, with the exception of maternal and external causes, resulting in 528,512 causes supposedly amenable to palliation.

In 2014, 1,227,039 deaths were registered in Brazil: cardiovascular diseases, with 340,284 (27.7%) deaths; followed by neoplasms, with 201,968 (16.5%) deaths; external causes, with 156,642 (12.8%); and

Table 5. Quantification of the needs of palliative care in Brazil (2004 and 2014) .

Year	Population (million hab)	Total mortality	Cardiovascular diseases	Cancer	Respiratory diseases	External causes
2004	182,9	1,024,073	285,543 (27.9%)	140,801 (13.7%)	102,168 (10%)	127,470 (12.4%)
2014	202,8	1,227,039	340,284 (27.7%)	201,968 (16.5%)	139,045 (11.3%)	156,642 (12.8%)

Source: National Mortality Information System of SUS (SIM – DATASUS) [10]

respiratory diseases, with 139,045 (11.3%) deaths, resulting in 681,297 (55.5%) causes with indication of palliative care. In conclusion, between 2004 and 2014, the needs of palliative care had an increase of 28.9% in Brazil (Table 5).

During 2014, according to the SIM – DATASUS, 1,227,039 deaths were registered in Brazil, being the death rate up to 6,038.58 per million of inhabitants per year. The leading causes of death were the diseases of circulatory system, with 340,284 (27.7%) deaths; followed by cancer, with 201,968 (16.5%) deaths; external causes, with 156,942 (12.8%) deaths; respiratory diseases, with 66,956 (5.5%) deaths; and diabetes, with 57,882 (4.7%) deaths (Figure 1).

Considering the four main causes of death registered in Brazil in 2014, with the exception of external causes, the number of people who could benefit from palliative care was 667,090 (54.35%) of the total deaths. The following estimation of the number of people who were possibly in need of palliative care for the year 2014 was based on methods of MacNamara & Rosenwax indicar a bibliografia em número (minimal and maximal estimations), Murtagh and simulations of Kerr (Seven causes) and Brazilian Ministry of Health (Non-communicable diseases) (Table 6).

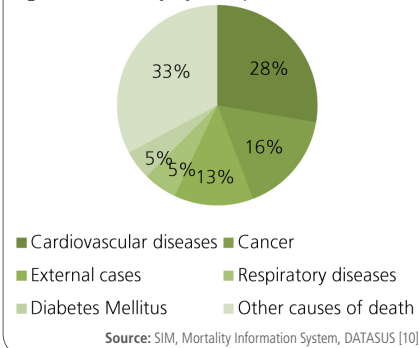
According to the method of MacNamara & Rosenwax:

1. The total number of deaths potentially in need of palliative care was 301,951 (25%).
2. Cancer accounted for 67% of all deaths with indication of palliative care.

Through the method of Murtagh:

1. The total number of deaths potentially in need of palliative care was 702,195 (57%).

Figure 1: Mortality by Group of Causes.



2. Cancer accounted for 28% of all deaths with indication of palliative care.

Through the method of Seven Causes:

1. The total number of deaths potentially in need of palliative care was 490,152 (39.9%).
2. Cancer accounted for 41% of all deaths with indication of palliative care.

Through the method of NCD:

1. The total number of deaths potentially in need of palliative care was 839,946 (68.5%).
2. Cancer accounted for 24% of all deaths with indication of palliative care.

The method of Murtagh is almost 2.3 times more people compared to the method of MacNamara & Rosenwax. The proportion of patients in need of palliative care because of a cardiac insufficiency disease rises from 9% (MacNamara & Rosenwax) to 46% (Murtagh), making cardiac insufficiency disease the most frequent underlying cause for the potential demand of palliative care.

Table 6. Comparison of the methods studied.

Group of diseases	Estimation methods			
		Murtagh	Seven Causes	NCD
Cancer	201,968 (16.5%)	198,308 (16.2%)	201,968 (16.5%)	198,308 (16.2%)
Cardiac disease	28,205 (2.3%)	323,820 (26.4%)	46,705 (3.8%)	340,284 (27.7%)
Respiratory diseases	39,795 (3.2%)	118,389 (9.6%)	42,222 (3.4%)	66,956 (5.5%)
Diabetes mellitus			57,882 (4.7%)	57,882 (4.7%)
Cerebrovascular disease			99,289 (8.1%)	
Renal insufficiency	6,363 (0.5%)	6,758 (0.6%)		
Hepatic disease	3711 (0.3%)	26,368 (2.1%)	26,368 (2.1%)	
HIV/AIDS	1,640 (0.1%)	1,640 (0.1%)		
Degenerative diseases		26,912 (2.2%)		
Motor neuron disease	1,110 (0.1%)			
Huntington's disease	87 (0.007%)			
Alzheimer's disease	15,718 (1.3%)		15,718 (1.3%)	
Parkinson's disease	3,354 (0.3%)			
Others cronic disease				176,516 (14.4%)
Total deaths indicating palliative care	301,951 (24.6%)	702,195 (57.2%)	490,152 (39.9%)	839,946 (68.5%)
Total deaths 2014		1,227,039		
Estimates of palliative care needs	24.6%	57.2%	39.9%	68.5%

Source: Adapted by the authors of the estimates of MacNamara et al. [32]; Murtagh et al. [33] and Scholten et al. [31].

The MacNamara's & Rosenwax's minimal estimate identifies 24.6% of all deaths eligible for palliative care, and Murtagh's adaption of the method of MacNamara & Rosenwax for a minimal estimate expands the demand to 57.2% of all deaths. Simulations of settings were used to adapt and match the Brazilian mortality data with MacNamara & Rosenwax and Murtagh methods, searching to identify the proportion of individuals that could benefit from palliative care in the last year of life. A maximal estimate defined by MacNamara et al. [43] and Murtagh et al. [33] included all deaths, except external causes and maternal, neonatal or perinatal deaths. A total of 1,045,726, accounting for 85.2% of all deaths, could be potential palliative care patients (maximal estimate).

Based on the update of the first study conducted in Brazil for the estimate of palliative care population (Maciel and Bertega [36]), a study that can be

considered as the national baseline of palliative care needs, we observed that, in 2014, of the total cases of death recorded in the Mortality Information System of SUS, 681,297 (55.5%) are cases of patients who should have received palliative care.

By relating the updated estimate of Maciel and Bertega [36] to the simulations of the methods of MacNamara et al. [32], Rosenwax et al. [34], Murtagh et al. [33], Kerr et al. [35] and the Brazilian Ministry of Health [27], we verified that the need for palliative care is closer to the Murtagh's method.

Discussion

Several studies have been carried out for the estimation of population with palliative care needs, [32, 33, 37-40] In this research, we compare different studies with national and international parameters related to deaths caused by groups of diseases that

would require palliative care: MacNamara et al. [32], Murtagh et al. [33], Rosenwax et al. [34] Kerr et al. [35], Maciel and Bertega [36], and the Brazilian Ministry of Health [27].

Chronic diseases usually do not come alone and, often, add up to cause many problems affecting the quality of people's lives. The uncertainty of prognosis in the trajectories of advanced chronic diseases, other than cancer, can give the impression that it will be more difficult to plan the structures of health services. Murray et al described three distinct trajectories of groups of diseases for people with progressive chronic illnesses (Table 1). [18]

Health care planning in Brazil is based, since the beginning of the 1980s (1982), on technical parameters intended to estimate the health needs of the population. The parameters of the Brazilian Health System, which are considered as assessment tools, also offer fundamental supports for the scaling of the assistance coverage, the productivity of health services, and the capacity of the existing services. [41-44]

However, despite the increasing ageing population, the rise of the incidence of cancer, and the emergence of chronic non-communicable diseases, which enhance the need for this type of care in the country, and the fact that the Brazilian Ministry of Health (MOH) includes palliative care as one of the objectives of the National Health System, no data on the size of the population in need of palliative care exist. [45, 46]

Within the framework of chronic diseases, malignant cancer deserves a differentiated approach, for its high incidence and prevalence, its consumption of large amounts of financial resources, and its big institutional and social burden. [47-49]

However, as a commitment, international policies have been holding discussions about the expansion of this form of assistance for those people who live with cancer and other chronic non-communicable diseases (CNCD), and this expansion has already started. [28]

To analyze the Brazilian standards of mortality, one might think that the country went through an accelerated process of epidemiological transition, based on the reduction of the participation of communicable diseases and the increased participation of non-communicable diseases (NCD). Demographic and epidemiological changes occurring in Brazil are pointing to the idea that, in the next few years, the number of deaths by non-communicable diseases will increase mainly through the group of elder patients with chronic and/or degenerative diseases that frequently course a long stage, pointing an indication of palliative care. [50]

It is internationally recognized that, when applied early, palliative care brings benefits for patients and their families through the promotion of better quality of life. In addition, palliative care decreases the hospital length of stay, the re-hospitalization, the futility therapeutic, the admission in emergency rooms, and intensive care and, consequently, decrease health costs. However, a public health perspective is required to address the challenges to measure the palliative care needs and the distribution of these needs within the population (who could be benefited). A strategy to determine this population is the definition of feasible parameters for estimating palliative care needs in our country.

Taking as an example the Strategic Plan for the Development of Palliative Care in Portugal for the period of 2016 to 2017, which relates the chronic diseases to the increase in life expectancy and the limitation of resources for expansion of the network of palliative care services, we should promote a reflection on the model of existing health care assistance, know the size, nature and severity of the needs of people with regard to palliative care as well as to establish the differentiation between different levels of care. [51]

Conclusion

We propose guidelines based on integration of several existing policies, trigger and strengthen actions and integral care to patients with palliative care needs that are synergistic, sustainable and respectful of the specificities of each area as well as to support decision-making and the development of actions in health, in particular to the definition of needs and priorities, the construction of prospective scenarios, and the assessment of ongoing actions.

Acknowledgements

We thank Dorival Bugs Junior, Bachelor of Computer Information Systems and specialist in Organizational Psychology, for providing the analysis of data of palliative care services registered in the directory of the National Academy of Palliative Care.

References

1. Lima-Costa MF, Veras R. Saúde pública e envelhecimento. *Cad Saude Publica*. 2003 Jun;19(3):700-1.
2. Firmo JOA, Barreto SM, Lima-Costa MF. The Bambuí Health and Aging Study (BHAS): factors associated with the treatment of hypertension in older adults in the community. *Cad Saude Publica*. 2003 Jun;19(3):817-27.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Mortalidade – Brasil [Internet]. 2014 [cited 2016 Oct 10]. Available from: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/obt10uf.def>.
4. Lima-Costa MF, Peixoto SV, Giatti L. Tendências da mortalidade entre idosos brasileiros (1980 - 2000). *Epidemiol Serv Saude*. 2004 Dec;13(4):217-28.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Sistema de Informações Hospitalares/SUS (SIH-DATASUS) [Internet]. 2016 [cited 2016 Oct 07]. Available from: <http://sihd.datasus.gov.br/>.
6. Camarano AA, editor. *Novo regime demográfico: uma nova relação entre população e desenvolvimento?* Rio de Janeiro: Ipea; 2014.
7. Schmidt MI, Duncan BB, Silva GA, Menezes AM, Monteiro CA, Barreto SM, et al. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. *Lancet*. 2011 Jun;377(9781):1949-61.
8. World Health Organization. 2008–2013 action plan for the global strategy for the prevention and control of noncommunicable diseases [Internet]. 2008 [cited 2016 Nov 17]. Available from: <http://www.who.int/nmh/Actionplan-PC-NCD-2008.pdf>.
9. World Health Organization. Global status report on noncommunicable diseases. Geneva: WHO; 2010.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM-DATASUS) [Internet]. Brasília: MS; 2016 [cited 2016 Oct 07]. Available from: <http://sim.saude.gov.br/>.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias. Brasília: MS; 2013.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 483, de 1º de abril de 2014. Brasília: MS; 2014.
13. World Health Organization. Cancer control: knowledge into action: WHO guide for effective programmes: module 5. Geneva: WHO; 2007.
14. Brennan F. Palliative care as an international human right. *J Pain Sympt Manag*. 2007 May;33(5):494-9.
15. World Health Organization. Noncommunicable diseases country profiles. Geneva: WHO; 2014.
16. World Health Organization. Global status report on noncommunicable diseases. Geneva: WHO; 2014.
17. Strengthening of palliative care as a component of comprehensive care throughout the life course [Internet]. In: 67th World Health Assembly Resolution, 24 May 2014 [cited 2016 Feb 12]. Available from: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA67/A67_R19-en.pdf.
18. Murray SA, Kendall M, Boyd K, Sheikh A. Illness trajectories and palliative care. *Br Med J*. 2005 Apr;330(7498):1007-11.
19. Rechel B, Doyle Y, Grundy E, McKee M. How can health systems respond to population ageing? Policy brief 10. Geneva: WHO; 2009.
20. Brasil. Ministério da saúde. Portaria nº 3.535/GM, de 02 de setembro de 1998. Brasília: MS; 1998.
21. Brasil. Ministério da saúde. Portaria GM/MS nº 19, de 03 de janeiro de 2002. Brasília: MS; 2002.
22. Brasil. Ministério da saúde. Portaria GM/MS nº 2.439, de 8 de dezembro de 2005. Brasília: MS; 2005.
23. United Nations Department of Economic and Social Affairs. World population ageing 1950–2050. New York: United Nations; 2002.
24. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios no Brasil 2000. Rio de Janeiro: IBGE; 2002.
25. Schmidt MI, Duncan BB, Stevens A, Luft V, Iser BM, Moura L, et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: mortalidade, morbidade e fatores de risco. In: Brasil. Ministério da Saúde. *Uma análise da situação de saúde e da Agenda Nacional e Internacional de Prioridades em Saúde*. Brasília: MS; 2010. p. 111-36.
26. Floriani CA. Palliative care in Brazil: a challenge to the health-care system. *Palliat Care*. 2008;2:19-24.
27. Brasil. Ministério da Saúde. Sistema Nacional de Mortalidade (SIM/DATASUS). Brasília: MS; 2016.
28. Lima L, Wenk R, Krakauer E, Ferris K, Bennett M, Murray S, et al. Global framework for noncommunicable diseases: how can we monitor palliative care? *J Palliat Med*. 2013 Mar;16(3):226-9.
29. Maciel MGS. Organization of palliative care services. In: National Palliative Care Academy. *Palliative care manual*. São Paulo: ANCP; 2009. p. 72-85.

30. Lunney JR, Lynn J, Foley DJ, Lipson S, Guralnik JM. Patterns of functional decline at the end of life. *JAMA*. 2003 May;289(18):2387-92.
31. Scholten N, Günther AL, Pfaff H, Karbach U. The size of the population potentially in need of palliative care in Germany: an estimation based on death registration data. *BMC Palliat Care*. 2016 Mar;15:29.
32. McNamara B, Rosenwax LK, Holman DAJ. A method for defining and estimating the palliative care population. *J Pain Symptom Manage*. 2006 Jul;32(1):5-12.
33. Murtagh FE, Bausewein C, Verne J, Groeneveld EI, Kaloki YE, Higginson IJ. How many people need palliative care? A study developing and comparing methods for population-based estimates. *Palliat Med*. 2014 Jan;28(1):49-58.
34. Rosenwax LK, McNamara B, Blackmore AM, Holman CD. Estimating the size of a potential palliative care population. *Palliat Med*. 2005 Oct;19(7):556-62.
35. Kerr K, Rabow MW, Cassel J, Brian J. Mapping palliative care need and supply in California [Internet]. 2015 [cited 2016 Oct 05]. Available from: <http://www.chcf.org/publications/2015/02/palliative-care-data#ixzz4TUzn12G9>.
36. Maciel MGS, Bettega R. Critérios de qualidade para os cuidados paliativos no Brasil. Rio de Janeiro: Diagraphic; 2006.
37. Gómez-Batiste X, Porta J, Tuca A, Stjernsward J, editors. Organización de servicios y programas de cuidados paliativos. Madrid: Arán; 2005.
38. Stjernsward J, Foley KM, Ferris F. The public health strategy for palliative care. *J Pain Symptom Manage*. 2007 May;33(5):486-93.
39. Higginson IJ, Hart S, Koffman J, Selman L, Harding R. Needs assessments in palliative care: an appraisal of definitions and approaches used. *J Pain Symptom Manage*. 2007 May;33(5):500-5.
40. Herrera E, Rocafort J, Lima L, Bruera E, Garcia-Pena F, Fernandez-Vara G. Regional palliative care program in extremadura: an effective public health care model in sparsely populated region. *J Pain Symptom Manage*. 2007 May;33(5):591-8.
41. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Assistência de média e alta complexidade no SUS. Brasília: CONASS; 2011.
42. Brasil. Ministério da Previdência e Assistência Social. Portaria Nº 3.046/1982. Brasília: MPAS; 1982.
43. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.101/2002. Brasília: MS; 2002.
44. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas Críticos e Parâmetros para o Planejamento e Programação de Ações e Serviços de Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília: MS; 2015.
45. Santos CE, Caldas JMP, Serafim JA, Barros N, Pereira AC, Capra MEZ, et al. Needs for palliative care of cancer patients in Brazil: analysis of data from 2008-2014. *J Palliat Care Med*. 2016;7(1):294.
46. Santos CD, Caldas JMP, Serafim JA, Barros N, Pereira AC. Hospital admissions of cancer patients in Brazil: analysis of palliative care needs. *J Palliat Care Med*. 2016 May;6:263.
47. World Health Organization. Health topics: Chronic diseases. Geneva: WHO; 2013.
48. Pan American Health Organization. Plan of action for the prevention and control of noncommunicable diseases in the Americas 2013-2019. Washington: PAHO; 2014.
49. World Health Organization. Global status report on noncommunicable diseases [Internet]. 2014 [cited 2016 Apr 09]. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/148114/1/9789241564854_eng.pdf?ua=1.
50. Servo LMS. Perfil epidemiológico da população brasileira e o espaço das políticas públicas. In: Camarano AA, editor. Novo regime demográfico: uma nova relação entre população e desenvolvimento? Rio de Janeiro: Ipea; 2014.
51. Comissão Nacional de Cuidados Paliativos. Plano estratégico para o desenvolvimento dos cuidados paliativos [Internet]. 2016 [cited 2016 Oct 10]. Available from: <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/09/Plano-Estrat%C3%A9gico-CP-2017-2018-1.pdf>.

Publish in International Archives of Medicine

International Archives of Medicine is an open access journal publishing articles encompassing all aspects of medical science and clinical practice. IAM is considered a megajournal with independent sections on all areas of medicine. IAM is a really international journal with authors and board members from all around the world. The journal is widely indexed and classified Q2 in category Medicine.

Availability of palliative care Cancer services in Brazil

dos Santos CE, Peixoto Caldas JM, Serafim JA, Barros N, da Costa Pereira A, et al. (2017) Availability of palliative care Cancer services in Brazil. *Methods Revista de Ciencias Sociales*, 2017, 5 (2): 341-354. ISSN: 2340-8413 | <http://dx.doi.org/10.17502/m.rcs.v5i2.172>

Availability of palliative care Cancer services in Brazil *Disponibilidad de cuidados paliativos de los servicios oncológicos en Brasil*

Cledy Eliana dos Santos
Community Health Service and Palliative Care Service, Hospital Nossa Senhora da Conceição, Brasil.
cledy.eliana@gmail.com

José Manuel Peixoto Caldas
CINTESIS, University of Porto, Portugal.
jmpeixotocaldas@gmail.com

José Américo Serafim
Ministry of Health, Brasil.
jaserafim@gmail.com

Newton Barros
Palliative Care Service, Hospital Nossa Senhora da Conceição, Brasil.
newbarros74@gmail.com

Altamiro da Costa Pereira
Director of the CINTESIS, University of Porto, Portugal.
altamiro@med.up.pt

Marcelo Eduardo Zanella Capra
Oncology Service, Hospital Nossa Senhora da Conceição, Brasil.
marcelocapra@hotmail.com

Airton Stein
Community Health Service and Teaching and Research Management, Hospital Nossa Senhora da Conceição, Brasil.
astein@ghc.com.br

Alberto Freitas
CINTESIS, CIDES, University of Porto, Portugal.
alberto@med.up.pt

Recibido: 25-07-2017
Aceptado: 10-10-2017



Abstract

It has been a difficult task to define the number of patients in need of palliative care, the necessary resources and the specific criteria to structure and adapt palliative care services in Brazil. Until now the quantification of palliative care needs in our country has been estimated in an isolated way and based on international experiences. However, there are doubts about the applicability of these parameters considering the population and territorial dimensions, as well as the regional diversities. The analysis of the population morbidity and mortality profiles is necessary to the establishment of possible parameters to be employed for the assistance in palliative care, such as hospital admissions for the treatment of clinical interurrences of cancer patients. Aims: To develop estimates of the current situation, the coverage and the need for palliative care services. Identify the number of hospitals that admitted potential patients with palliative care needs and the number of hospital beds used for the hospitalizations. Methods: Retrospective and observation analysis of the hospital admission registers of cancer patients were performed to verify the number of cancer patients in need of palliative care and the number of clinic hospital beds used yearly to admit these patients. Data on hospital admission of cancer patients, like average length of stay and hospital mortality were used. Results: Between 2008 and 2016, were registered in the Hospital Information System of SUS (SIH-SUS) 1,7 million hospitalizations for treatment of clinical interurrence of cancer patient. These admissions were identified on 3,374 different health units around the country. An average of 91% of all hospitalizations for treatment of clinical interurrence of cancer patient were registered in 380 hospitals. Conclusions: To improve the quality of life, relieve physical suffering, cater for the psychological, spiritual and social needs of people with severe and advanced diseases, as well as to provide support to families and caregivers, it is indispensable to consider the existing models of health care. The inclusion or expansion of palliative attention meets the size, nature and severity of the needs of cancer patients.

Key words: Cancer, Hospital Admissions, Estimated palliative care needs, Hospital beds for palliative care

methaodos.revista de ciencias sociales, 2017, 5 (2): 341-354
ISSN: 2340-8413 | <http://dx.doi.org/10.17502/m.rcs.v5i2.172>

Cledy Eliana dos Santos, José Manuel Peixoto Caldas,
José Américo Serafim, Newton Barros, Altamiro da
Costa Pereira, Marcelo Eduardo Zanella Capra,
Airton Stein y Alberto Freitas
Nota de investigación

Resumen

Definir el número de pacientes que necesitan cuidados paliativos, los recursos necesarios y los criterios específicos para estructurar y adaptar los servicios de cuidados paliativos en Brasil ha sido una tarea difícil. Hasta el momento, la cuantificación de las necesidades de cuidados paliativos en nuestro país ha sido estimada de un modo aislado y se ha basado en experiencias internacionales. Sin embargo, hay dudas sobre la aplicabilidad de esos parámetros considerando la población y las dimensiones territoriales, tan bien como las diversidades regionales. El análisis de los perfiles de morbilidad y mortalidad de la población es necesario para el establecimiento de los posibles parámetros para ser empleados en la asistencia a cuidados paliativos, como las admisiones hospitalarias para el tratamiento de las patologías clínicas asociadas a los pacientes de cáncer. Objetivos: Desarrollar una estimación de la situación, la cobertura y las necesidades actuales de servicios de cuidados paliativos. Identificar el número de hospitales que admiten pacientes potenciales con necesidades de cuidados paliativos y el número de camas usadas para las hospitalizaciones. Métodos: Análisis retrospectivo y observación de los registros de admisiones hospitalarias de pacientes de cáncer donde se ha comprobado el número de pacientes de cáncer con necesidad de cuidados paliativos y el número de camas utilizadas anualmente para admitir a esos pacientes. Se han usado datos sobre admisiones de pacientes con cáncer, como duración media de la estancia y la mortalidad hospitalaria. Resultados: Entre 2008 y 2016 se registraron 1,7 millones de hospitalizaciones para el tratamiento de patologías clínicas asociadas a pacientes con cáncer en el Sistema de Información Hospitalaria de SUS (SIH-SUS). Esas admisiones fueron identificadas sobre 3.374 diferentes unidades de salud en todo el país. Aproximadamente el 91% de las hospitalizaciones para el tratamiento de patologías clínicas asociadas a pacientes de cáncer se registraron en 380 hospitales. Conclusiones: Para mejorar la calidad de vida, aliviar el sufrimiento físico, cubrir las necesidades psicológicas, espirituales y las necesidades sociales de la gente con enfermedades severas y avanzadas, tan bien como proporcionar apoyo a las familias y cuidadores, es indispensable considerar la existencia de modelos de cuidado de la salud. La inclusión o expansión de la atención paliativa cumple el tamaño, la naturaleza y severidad de las necesidades de los pacientes de cáncer.

Palabras clave: Cáncer, hospitalizaciones, estimación de necesidades de cuidados paliativos, camas de hospital para cuidados paliativos

Sumario

1. Introduction | 2. Methodology | 3. Statistical Analysis | 4. Results | 4.1. Hospital units with register of cancer patient admitted for treatment of clinical intercurrent: analysis of data | 4.2. Palliative Care Services Available in Brazil | 5. Discussion | 6. Conclusions | References

Cómo citar este artículo

Dos Sanatos, C. E., Peixoto Caldas, J. M., Serafim, J.A., Barros, N., Costa Pereira, A., Zanella Capra, M. E., Stein, A. y Freitas, A. (2017): "Availability of palliative care Cancer services in Brazil", *methaodos. revista de ciencias sociales*, 5 (2): 341-354. <http://dx.doi.org/10.17502/m.rcs.v5i2.172>

1. Introducción

The worldwide need to provide palliative cancer care to relieve the suffering of patients and families living with cancer is greater than ever. In this context what is the true reality of Brazil, with regard to cancer palliative care policy knowing that in the year 2016, nearly 600,000 Brazilians have developed new cases of cancer, according to results provided by the National Cancer Institute, which relates the new cases of the disease with increased life expectancy, urbanization and globalization. We are therefore faced with a real health pandemic with strong social and economic consequences in a country of continental dimensions.

Parameters for health-care coverage, planning, control and evaluation of palliative care needs in Brazil are based mainly on international models and studies.

According to the database of the Brazilian Mortality Information System (SIM-SUS), 1.26 million (1,264,173) people have died in Brazil in 2015, being the primary cause the cardiovascular diseases (349,642), followed by cancer (209,780), external causes (152,135), respiratory diseases (149,541) and diabetes (59641).

Grouping together these four main causes, apart from the external causes, we had at least 768,604 (61%) people in 2015 that could profit from end-of-life palliative care (Brazil, Ministry of Health, 2017a). Within the framework of chronic diseases, malignant tumors deserve a differentiated approach, for its high incidence, prevalence, mortality allied to a large social, emotional and institutional burden and consume of great amounts of financial resources (National Cancer Institute José Alencar Gomes da Silva, 2014; Barbosa et al., 2015).

Although the public health system in Brazil counts on a standard of excellence for the assistance of high complexity diseases, like AIDS and cancer, the estimate of necessary resources to dimension and adequate the practice of palliative care has been a hard task.

The Brazilian Ministry of Health has been formally consolidating palliative care in the country's health system context, through decrees, documents and programs. However, several factors, which cannot be ignored or minimized, like the lack of policy and national strategy for the organization of the service network of palliative care, contribute to this difficulty, as well as the diversity of the population's demand for this modality of assistance at the several levels of health care.

The first quantification of the needs of palliative care in Brazil was presented more than a decade ago. Study conducted by Maciel et al. (2006) and Maciel (2009), using national mortality data recorded in 2004, was related to international parameters to estimate population with palliative care needs in Brazil.

The planning of health assistance in Brazil has been guided, since the beginning of the eighties (1982), by parameters destined to estimate the necessities of health assistance of the population regarding medical consultations, procedures, hospital admissions, the distribution of care resources and the production capacity.

According to data of the Brazilian Ministry of Health, the National Health System covers 95% of the population in primary care, 70% in secondary care, and 90% in high complexity (Brazil, Ministry of Health, 2000).

The parameters of assistance of the Brazilian National Health System (SUS), which are considered as evaluation tools, as dimensioning of the health-care coverage and as productivity of the health-care systems, offer fundamental subsidies in the orientation of administrators for the analysis of the needs of health assistance for the population, such as: offer and adequacy of health services, planning and monitoring.

Studies, estimates and projections about the definition of the number of hospital beds (general and specialized) necessary to serve the Brazilian population date back to the fifties. However, until now, the definition of this measure continues to be a hard task. That is why the use of international data becomes a common practice, even though these data can be criticized, because they do not meet the real demand, considering the population, cultural and epidemiologic diversity of the different regions of the country (Gonçalves et al., 1972; Brazil, Ministry of Security and Social Assistance, 1982; Brazil, Ministry of Health, 2002, 2015a, 2015b, Brazil, 2017).

According to data of the National Academy of Palliative Care (ANCP), in 2004 there were about 40 palliative care services in Brazil, most performed only in outpatient and home care. The availability of specialized hospital beds was minimal (about 300 beds) and restricted to big cities like Rio de Janeiro, São Paulo, Barretos, Campinas, Brasília, Curitiba, Fortaleza, Manaus, and Porto Alegre (Maciel et al., 2006).

To carry out the estimation of the population in need of palliative care, it was considered that, for each group of 1 million inhabitants, there are 1000 patients per year with indication of palliative care. In 2004, the Brazilian population was of 182,9 million inhabitants, requiring a health services organization with ability to meet 182,900 people/year with inclusion in palliative care needs.

In relation to the number of hospital beds required for the assistance of people with palliative care needs, the United Kingdom (UK) parameter was used as the estimate model: 50 hospital beds for every million inhabitants, distributed in units of 10 to 15 beds (Finlay, 2001; Lupu, 2010).

In this case in Brazil, it would take 9,145 hospital beds distributed among the 610 and 914 inpatient units. The need for community-level care (primary care) was calculated by the English parameter of 6 home care teams for every million inhabitants, being then necessary 1,087 home care teams. Starting from the estimate of needs of palliative care held for the year 2004 and compared with the situation of 2014, we found the situation described in Table 1.

metodos.revista de ciencias sociales, 2017, 5 (2): 341-354
ISSN: 2340-8413 | <http://dx.doi.org/10.17502/m.rcs.v5i2.172>

Cledy Eliana dos Santos, José Manuel Peixoto Caldas,
José Américo Serafim, Newton Barros, Altamiro da
Costa Pereira, Marcelo Eduardo Zanella Capra,
Airton Stein y Alberto Freitas
Nota de investigación

Table 1. Palliative Care Needs: Required Coverage Parameters (2004 & 2014)

COVERAGE PARAMETERS REQUIRED			
Variable	PARAMETER UK	2004	2014
Population	For each group of 1 million inhabitants, there are 1,000 patients per year with palliative care needs.	182,9 million	202,8 million
Hospital beds	50 hospital beds/million inhab	9,145 hospital beds	10,100 hospital beds
Inpatient units	Inpatient units (10 to 15 beds)	610 to 914 inpatient units	673 to 1010 inpatient units
Home care teams	6 home care teams/million inhab	1,087	1,212

Source: 1) Maciel et al. (2006); 2) Authors comparison.

The aims of the study were 1) To analyze the movement of the hospital admissions for the treatment of clinical interurrences of cancer patients, between 2008 and 2016, so that it is possible to verify the use of general hospital beds for this procedure; 2) To identify the demand of patients who were candidates to the modality of palliative care.

2. Methodology

Retrospective and observation analysis of the hospital admission registers of cancer patients were performed.

The data were obtained from the data system of the Health Informatics Department of SUS (DATASUS), collected from the Hospital Information System of the Brazilian National Health System (SIH/SUS).

The whole process of the Hospital Information System of the Brazilian National Health System is based on the Hospital Admission Authorization (AIH), which includes patient and hospitalization data, description of diseases and hospital mortality, reference of the hospital assistance, epidemiological surveillance, as well as the validation of other health information systems (Paim et al., 2011; Brazil, Ministry of Health, 2013, 2017a).

The parameters used for the planning of the health assistance of the Brazilian Health System are based on data and models internationally recognized: World Health Organization (OMS) and Pan American Health Organization (OPAS) and national historical epidemiological and demographics series, incidence estimates, statistics on services provided for SUS users, number of hospital admissions, outpatient consultations and other health procedures performed, including diagnose services, therapy, studies and expert opinions (Brazil, Ministry of Security and Social Assistance, 1982; Brazil, Ministry of Health, 2002).

The calculation of the coverage of hospital admission in Brazil estimated in the Decree 1101/2002 considered that, in general, 7% to 9% of the Brazilian population needed hospital admission during the year, in a particular region (Brazil, Ministry of Security and Social Assistance, 1982; Brazil, Ministry of Health, 2002).

Need of Hospital Beds: OMS proposes a rate of 3 to 5 hospital beds for each thousand inhabitants. In Brazil, according to the parameters of hospital assistance, the need of hospital beds is estimated as follows: a) Total of hospital beds = 2.5 to 3 hospital beds for each 1,000 inhabitants; b) ICU beds: it is calculated, on average, the need of 4% to 10% of the total of hospital beds (average related to big municipalities, regions etc.) (Brazil, Ministry of Health, 2002, 2015a; França et al., 2012).

In the period from 1990 to 2009, there were a reduction of 39% of the number of hospital beds in Brazil and, since the beginning of the new millennium, it does not reach the rate that OMS proposes, from 3 to 5 hospital beds for each thousand inhabitants (Table 2).

Table 2. Hospital Beds in Brazil: Distribution for 1,000 population

Year	Hospital beds by region					Brazil
	North	Northeast	Southeast	South	Midwest	
1990	2,15	2,92	4,2	4,18	4,49	3,71
1992	2,25	3,06	4,1	3,98	4,19	3,66
1999	2,24	2,74	3,03	3,31	3,46	2,96
2002	2,05	2,5	2,75	3,08	3,05	2,7
2005	1,85	2,27	2,44	2,76	2,62	2,41
2009	1,84	2,02	2,35	2,65	2,32	2,26

Source: IBGE, Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária, 1990, 1992, 1999, 2002, 2005 (apud Brazil, Ministry of Health, 2011).

Considering the difficulty of defining the number of hospital beds needed for the admission of cancer patients with palliative care needs in Brazil, the research group decided to verify the number of clinic hospital beds used yearly to admit these patients. Data on hospital admission of cancer patients, like average length of stay and hospital mortality, were used.

The records of hospital admissions of cancer patients, hospital mortality and national register of death, hospitals network, hospital beds and the distribution of patients through the hospital institutions for the "Treatment of Clinical Intercurrences of Cancer Patient" were obtained from the database of the Health Informatics Department (DATASUS) of the Ministry of Health. Historical series of hospitalization related to diseases causes in Brazil during this period (2008-2016), according to the 10th revision of international classification of diseases (ICD-10), were also calculated (Lima y Queiroz, 2014).

To identify the hospital units that registered the admission of cancer patients and the number of hospital beds used, databases of the hospital information system and the National Register of Health Establishments (CNES-DATASUS) were analyzed.

The estimation of the size of the Brazilian cancer population in need of palliative care was based on models of WHO, Gomez-Batiste, Higginson and the Brazilian Parameter of the Ministry of Health (MOH) to identify the number of people who were possibly in need of oncologic palliative care. Data on the number and causes of deaths were derived from death registration and hospital admission data.

The following simulation models assumed the mortality data to estimate needs of palliative care: 1) WHO: at least 80% of terminal cancer patients will require palliative care; 2) Gomez-Batiste: 60% of deaths; and 3) Higginson: number of people with selected causes of death (cancer and non-cancer diagnoses), multiplied by standard symptom prevalence (estimated from systematic reviews). Here we used the pain prevalence of international studies.

The Brazilian parameter uses hospital admission data of cancer patients for treatment of clinical intercurrent related with the diseases (Higginson, 1997; World Health Organization, 2007; Gomez-Batiste et al., 2012; Brazil, Ministry of Health, 2015c).

3. Statistical Analysis

Descriptive statistics were used as range of variation, proportions and averages and other indicators that can serve as parameters to other studies. Because it is an intentional sample, not a probability one, the statistical inference was not performed.

4. Results

In 2004, 1,024,073 deaths were registered in Brazil, being the first cause cardiovascular diseases, with 285,543 (27.9%) deaths; followed by neoplasms, with 140,801 (13.7%) deaths; external causes, with 127,470 (12.4%) deaths; and respiratory diseases, with 102,168 (10%) deaths. In the study, the leading causes of death were grouped, with the exception of maternal and external causes, resulting in 528,512 causes supposedly amenable to palliation.

In 2014, 1,227,039 deaths were registered in Brazil: cardiovascular diseases, with 340,284 (27.7%) deaths; followed by neoplasms, with 201,968 (16,5%) deaths; external causes, with 156,642 (12,8%); and respiratory diseases, with 139,045 (11,3%) deaths, resulting in 681,297 (55.5%) causes with indication of palliative care. In conclusion, between 2004 and 2014, the needs of palliative care had an increase of 28.9% in Brazil (Table 3).

Table 3. Needs of palliative care in Brazil (2004 and 2014)

YEAR	Population (million hab)	Total mortality	Cardiovascular diseases	Cancer	Respiratory diseases	External causes
2004	182,9	1,024,073	285,543 (27.9%)	140,801 (13.7%)	102,168 (10%)	127,470 (12.4%)
2014	202,8	1,227,039	340,284 (27.7%)	201,968 (16,5%)	139,045 (11,3%)	156,642 (12,8%)

Source: 1) National Mortality Information System of SUS (SIM – DATASUS) (Brazil, Ministry of Health, 2017a); 2) Maciel et al. (2006); 3) Authors comparison

4.1. Hospital units with register of cancer patient admitted for treatment of clinical intercurrency: analysis of data

Study conducted by the authors, through the National Register of Health Establishments (CNES), about hospital resources, during the month of June of 2017, showed that, in Brazil, at that time, whereas the register is updated monthly, there was a total of 6,498 hospitals, being 5077 (78.1%) general hospitals, 991 (15.2%) specialized hospitals and 430 (6.7%) day-hospitals. In relation to hospital beds, a total of 438,230 beds was observed, being 304,692 (69.5%) of them SUS beds and 133,538 (30.5%) not SUS beds, including all types of beds: General, specialized, intensive care unit (ICU), long stay, day-hospital, psychiatric, obstetric, pediatric, etc. (De Negri Filho et al., 2012; Brazil, Ministry of Health, 2017c).

Between 2008 and 2016, were registered in the Hospital Information System of SUS (SIH-SUS) 1,7 million hospitalizations for treatment of clinical intercurrency of cancer patient. These admissions were identified on 3,374 different health units around the country.

Of these 3,374 hospital units, those who had recorded at least 60 admissions/year (5 admissions per month) were identified, this resulted in 432 hospitals. Between 2008 and 2016, an average of 91% of all hospitalizations for treatment of clinical intercurrency of cancer patient were registered in 380 hospitals, on average (Table 4).

Table 4. Hospital Admission of Cancer Patient for Treatment of Clinical Intercurrences

Year	Number of admissions	Number Hospital admitting patient	Selected Hospital with 60 or + admission/year	Number of cancer patients admitted in Selected Hospitals (60 or + admission/year)	% of cancer patients admitted in Selected Hospitals
2008	131,468	1,542	300	118,756	90%
2009	150,482	1,691	335	135,039	90%
2010	162,123	1,799	368	145,028	89%
2011	174,822	1,807	373	158,807	91%
2012	192,772	1,820	387	175,984	91%
2013	209,216	2,016	394	191,011	91%
2014	220,713	2,069	409	201,149	91%
2015	237,647	2,083	419	217,603	92%
2016	242,151	2,083	432	222,130	92%
Total/Average	1,721,394		380	1,565,507	91%

Source: Hospital Information System of SUS (SIH-SUS) (Brazil, Ministry of Health, 2017b).

In the period between 2008 and 2016, an average of 187.8 thousand deaths by cancer were registered in the Brazilian Mortality Information System. The estimate of people who died with palliative care needs varied: 112.7 thousand (Gomez-Batiste), 149.2 thousand (WHO), and 155.1 thousand (J Higginson) (Table 5).

Table 5. Needs of Palliative Care According to Total Cancer Death/Year

Year	Total Cancer Deaths/Year (A)	Estimating needs of palliative care		
		WHO (A*0.8)	Gomez-Batiste (A*0.6)	I J Higginson (A*0.84)
2008	167,677	134,142	100,606	140,849
2009	172,255	137,804	103,353	144,694
2010	178,990	143,192	107,394	150,352
2011	184,384	147,507	110,630	154,883
2012	191,577	153,262	114,946	160,925
2013	196,954	157,563	118,172	165,441
2014	200,979	160,783	120,587	168,822
2015	209,780	167,824	125,868	176,215
TOTAL	1,502,596	1,034,253	901,556	1,262,181
Average	187,825	149,216	112,695	155,138

Source: Mortality Information System of SUS (SIM-SUS/ DATASUS) (Brazil, Ministry of Health, 2017a).

In the same period, 660.8 thousand hospital admissions per year, of cancer patients, were registered, of which 7.9% (52208) resulted in death. The estimate of patients who needed palliative care at the end of life varied: 31.3 thousand (Gomez-Batiste), 41.7 thousand (WHO), and 43.8 thousand (J Higginson) (Table 6).

Table 6. Needs of Oncologic Palliative Care According to Hospital Mortality/Year

YEAR	Hospital Admission Oncologic Patient (A)	Hospital Death Oncologic Patient (A)	Estimating needs of palliative care		
			WHO (A*0.8)	Gomez-Batiste (A*0.6)	I J Higginson (A*0,84)
2008	546255	39168	31334	23501	32901
2009	575876	44129	35303	26477	37068
2010	605405	46937	37550	28162	39427
2011	624663	49023	39218	29414	41179
2012	655357	51642	41314	30985	43379
2013	692401	55340	44272	33204	46486
2014	726216	57680	46144	34608	48451
2015	756307	62147	49718	37288	52203
2016	764976	63803	51042	38282	53595
TOTAL	5.947.456	469.869	375.895	281.921	394.690
Average	660,828	52,208	41,766	31,325	43,854

Source: Hospital Information System of SUS (SIH-SUS) (Brazil, Ministry of Health, 2017b).

The Brazilian studies of MOH estimate that 90% of cancer patients admitted in hospital for treatment of clinical intercurrents should be considered in need of palliative care. This parameter is addressed to morbidity and not mortality.

In the period from 2008 to 2016, approximately 191,3 thousand hospital admissions per year, of cancer patients, were registered, of which 22% (42,097) resulted in death. The estimate of patients who needed palliative care at the end of life varied: 25,3 thousand (Gomez-Batiste), 33,7 thousand (WHO), and 35,4 thousand (I J Higginson). (Table 7)

By the Brazilian parameter which uses hospital admission data, and not mortality data, the estimate was as follows: 154,9 thousand cancer patients who were admitted for treatment of clinical intercurrents needed palliative care, not necessarily end of life care, considering that those patients were in different stages of the illness. (Table 7).

Table 7. Hospital Admission of Cancer Patients for Treatment of Clinical Intercurrence

YEAR	Hospital Admission (A)	Hospital Death (B)	Estimating Needs of Palliative Care			
			WHO (B*0.8)	Gomez-Batiste (B*0.6)	I J Higginson (B*0,84)	Parameter Brazil (A*0,9)
2008	131,468	29,500	23,600	17,700	24,780	118,321
2009	150,482	34,771	27,817	20,863	29,208	135,434
2010	162,123	36,742	29,394	22,045	30,863	145,911
2011	174,822	38,720	30,976	23,232	32,525	157,340
2012	192,772	41,668	33,334	25,001	35,001	173,495
2013	209,216	45,515	36,412	27,309	38,233	188,294
2014	220,713	47,364	37,891	28,418	39,786	198,642
2015	237,647	51,633	41,306	30,980	43,372	213,882
2016	242,151	52,958	42,366	31,775	44,485	217,936
Total	1,721,394	378,871	303,097	227,323	318,252	1,549,255
Average	191,266	42,097	33,677	25,258	35,361	172,139

Source: Hospital Information System of SUS (SIH-SUS) (Brazil, Ministry of Health, 2017b).

In the period of 2008 to 2016, an average of 4,181 clinical hospital beds were used each year for treatment of clinical intercurrentence of cancer patients.

By analyzing the variation of use of hospital beds by region, we found that, in total, there has been an increase of 55% of the beds used in the period of 2008 to 2016.

The biggest variation occurred in the North region (96%), followed by the Northeast (66%) and Southeast (60%). The smallest variations were observed in the Midwest regions (45%) and in the South (33%). (Table 8).

Table 8. Clinic hospital beds used by cancer patients in treatment of clinical intercurrentence

Year	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Variation
Midwest	213	253	247	220	242	245	252	274	309	45%
Northeast	648	749	747	711	787	902	959	1046	1074	66%
North	126	165	194	193	198	219	219	235	247	96%
Southeast	1491	1714	1817	1843	2040	2200	2288	2426	2388	60%
South	732	811	788	784	819	901	955	984	972	33%
Grand Total	3210	3692	3793	3751	4087	4468	4674	4965	4989	55%

Source: Hospital Information System of SUS (SIH-SUS) (Brazil, Ministry of Health, 2017b).

4.2. Palliative Care Services Available in Brazil

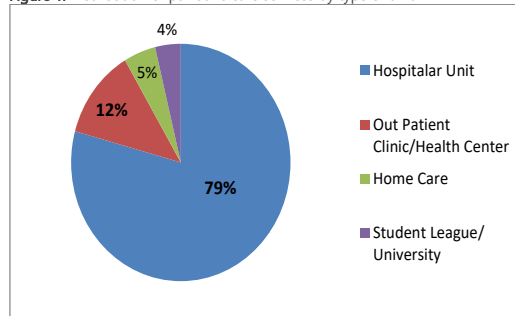
In the analysis of the directory of palliative care services registered at the National Academy of Palliative Care (December 2016), 115 institutions were identified. Of the total of registered institutions, 106 (92.2%) were grouped by type of service: 84 (79.2%) hospital units, 13 (12.3%) health centers/clinics, 5 (4.7%) home care services, and 4 (3.8%) student leagues in University (Table 9) (Figure 1).

Table 9. Units of palliative care services

Type of service	Number	%
Hospitalar Unit	84	79.2%
Out Patient Clinic/Health Center	13	12.3%
Home Care	5	4.7%
Student League/ University	4	3.8%
Total	106	100

Source: National Academy of Palliative Care (Brazil) (Academia Nacional de Cuidados Paliativos, 2017).

Figure 1. Distribution of palliative care services by type of unit



Source: National Academy of Palliative Care (Brazil) (Academia Nacional de Cuidados Paliativos, 2017)

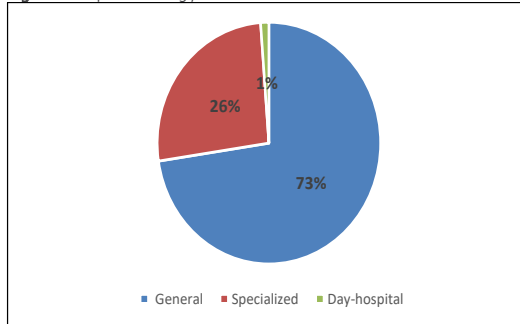
Of the 84 palliative care services located in hospitals, 61 (73%) are in general hospitals, 22 (26%) in specialized hospitals, and 1% in day hospitals (Table 10) (Figure 2).

Table 10. Hospitals offering palliative care services

Type of Hospital	Number	%
General	61	73%
Specialized	22	26%
Day hospital	1	1%
Total	84	100%

Source: National Academy of Palliative Care (Brazil) (Academia Nacional de Cuidados Paliativos, 2017).

Figure 2. Hospitals offering palliative care services



Source: National Academy of Palliative Care (Brazil) (2017).

The hospital sector in Brazil consists of three main subsectors: public hospitals owned and managed by federal, state or municipal health authorities; private hospitals (most under contract to SUS); and philanthropic hospitals (La Forgia & Couttolenc, 2008).

By relating the distribution of palliative care services located in hospitals to the kind of administration, we observed that, of the total 84 services registered, 47 (56%) are in public hospitals, 31 (37%) are in private hospitals, and 1 (1.2%) is in a philanthropic institution. We did not find information about 4 institutions (3 general hospitals and 1 specialized hospital) (Table 11).

Table 11. Hospital Palliative Care Services by kind of administration

Kind of Administration	Hospital Palliative Care Services	
	Number	%
Public	47	56%
Private	31	37%
Philanthropic	1	1.2%
No information	4	5%

Source: National Academy of Palliative Care (Brazil) (2017); National Register of Health Establishments of the National Health System (CNES-SUS) (Brazil, 2017).

Of the total of registered institutions, 96 (83.5%) were listed in the National Register of Health Establishments of the National Health System (CNES-SUS), of which 34 (35.4%) are located in reference

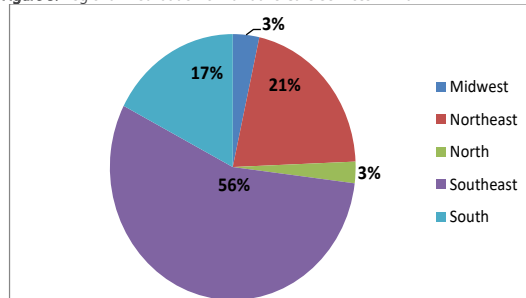
centers for cancer treatment. In Brazil, 73% of palliative care services are located in the Southeast and South regions (Table 12) (Figure 3; 4).

Table 12. Location of Palliative Care Services

Region	Number of services	%
Midwest	4	3%
Northeast	24	21%
North	3	3%
Southeast	64	56%
South	20	17%
Total	115	100%

Source: National Register of Health Establishments of the National Health System (CNES-SUS) (Brazil, 2017).

Figure 3. Regional Distribution of Palliative Care Services in Brazil



Source: National Register of Health Establishments of the National Health System (CNES-SUS) (Brazil, 2017).

Figure 4. Spatial Distribution of Palliative Care Services in Brazil



Source: National Academy of Palliative Care (Brazil) (2017).

5. Discussion

To determine the population in need of palliative care, the structure of services, including the number of available hospital beds, and the qualified staff are significant challenges for the Brazilian public health system.

With the simulation of international parameters to scale the needs for palliative care in Brazil, we can see where we are and how much it is necessary to achieve a reasonable organization and structure of health care.

Thus, it becomes crucial to promote a reflection about the existing assistance model, as well as to know the dimension, the nature, and the severity of people's needs regarding integral care when chronic diseases start to affect.

It is necessary to take into consideration that every person with serious diseases, advanced diseases, with no chance of therapeutic cure, with life limitations, as well as people with severe sequelae caused by several situations, require an integral assistance that provide the best possible quality of life with the relief of suffering. The modality of assistance in palliative care, with its approach focused on the patients and their families, meets this necessity.

6. Conclusions

In Brazil, the organization of services in palliative care is still far from meeting the needs of the population, due to the lack of a structured policy, the low service offer, the lack of qualified professionals, and the limited support for the researches and the studies that would enable to know the need and to meet the existing demand.

People who face progressive diseases that limit life, with or without associated comorbidities, require different levels of clinical, emotional, social, and spiritual assistance over the course of the disease. Besides the specified care and treatments related to the underlying disease, it is common that they have needs, which are several times referred as end-of-life palliative care, especially when they get close of the last year of life.

Even though most part of palliative care services in our country is directed mostly to patients with advanced cancer, we call attention to the fact that the provision of this modality of assistance is considered as being a responsibility of the whole health system and not only of specialized palliative care services.

To promote the dispensation of quality palliative care, the health system has to invest in the education and qualification of professionals by means of sensitizing and training multidisciplinary teams, as well as to establish a close cooperation with the caregivers, the families, the social services and the special health units.

To estimate the demand of the population with palliative care needs and to dimension the number of necessary services, census data of overall hospital admissions of cancer patients, of mortality, and of distribution of the service network have to be used to define the parameters.

References

- Barbosa, I. R., Souza, D. L., Bernal, M. M. y Costa, I. C. C. (2015): "Cancer mortality in Brazil: temporal trends and predictions for the year 2030", *Medicine (Baltimore)*, 94 (16): e746.
- Brazil (2017): *Cadastro nacional de estabelecimentos de saúde*. Brasília: Datasus. [24-06-2017]. Disponible em web: <http://cnes.datasus.gov.br/>.
- Brazil. Ministry of Health (2000): *Assistência hospitalar no SUS, 1995/1999*. Brasília: MS.
- (2002): *Portaria GM/MS nº 1.101/2002*. Brasília: MS.
- (2011): *Indicadores e dados básicos, Brasil, 2010: IDB 2010*. Brasília: MS. [24-06-2017]. Disponible em web: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/db2010/matriz.htm#recur>.
- (2013): *SIHSUS: sistemas de informações hospitalares do SUS*. Brasília: DATASUS. [27-06-2017]. Disponible em web: <http://datasus.saude.gov.br/sistemas-e-aplicativos/hospitalares/sihsus>.

- (2015a): *Avaliação e Controle de Sistemas Critérios e Parâmetros para o Planejamento e Programação de Ações e Serviços de Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde*. Brasília: MS.
- (2015b): *Portaria GM/MS Nº 1.631, de 1º de outubro de 2015*. Brasília: MS.
- (2015c): *Manual de bases técnicas da oncologia – SIA/SUS - Sistema de Informações Ambulatoriais* (19. ed.). Brasília: MS.
- (2017a): *Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM-DATASUS)*. Brasília: MS. [24-06-2017]. Disponible em web: <http://sim.saude.gov.br/>. Accessed: 2017 Jun 25.
- (2017b): *SIHSUS: sistemas de informações hospitalares do SUS*. Brasília: DATASUS. [24-06-2017]. Disponible em web: <http://datasus.saude.gov.br/sistemas-e-aplicativos/hospitalares/sihsus>.
- (2017c): *CNES: recursos físicos: hospitalar; leitos de internação, Brasil*. Brasília: MS. [27-06-2017]. Disponible em web: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/leintbr.def>.
- Brazil. Ministry of Security and Social Assistance (1982): *Portaria nº 3.046/1982*. Brasília: MPAS.
- França, E., Rao, C., Abreu, D. M. X., Souza, M. F. M. y Lopez, A. D. (2012): "Comparison of crude and adjusted mortality rates from leading causes of death in northeastern Brazil", *Rev Panam Salud Publica*, 31 (4): 275–282. <http://dx.doi.org/10.1590/S1020-49892012000400002>
- Finlay, I. (2001): "UK strategies for palliative care", *Journal of the Royal Society of Medicine*, 94 (9): 437-441.
- De Negri Filho, A., Barbosa, Z. y Yonekura, T. (2012): *Dimensionamento de número de leitos e tipologia hospitalar: o desafio de fazer as perguntas certas e de construir suas respostas*. São Paulo: Hospital do Coração.
- La Forgia, G. M. y Couttolenc, B. F. (2008): *Hospital Performance in Brazil: the search for excellence*. Washington: World Bank.
- Gomez-Batiste, X., Martínez-Muñoz, M., Blay, C., Espinosa, J., Contel, J. y Ledesma, A. (2012): "Identifying needs and improving palliative care of chronically ill patients: a community-orientated, population-based, public health approach", *Curr Opin Support Palliat Care*, 6 (3): 371-378.
- Gonçalves, E. L., Dias, M. J. M. y Mattos, H. B. (1972): "Assistência hospitalar no âmbito da previdência social no Estado de São Paulo, Brazil", *Revista Saude Publica*, 6: 35-43.
- Higginson, I. (1997): *Palliative and terminal care healthcare needs assessment: the epidemiologically based needs assessment reviews*. Oxford: The Wessex Institute for Health Research and Development.
- Lima, E. E. C. y Queiroz, B. L. (2014): "Evolution of the deaths registry system in Brazil: associations with changes in the mortality profile, under-registration of death counts, and ill-defined causes of death", *Cadernos Sade Pblica*, 30: 1721-1730. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00131113>
- Lupu, D. (2010): "Estimate of Current Hospice and Palliative Medicine Physician Workforce Shortage", *Journal of Pain and Symptom Management*, 40 (6): 899-911. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2010.07.004>
- Maciel, M. (2009): "Organização de serviços de cuidados paliativos", en Academia Nacional de Cuidados Paliativos: *Manual de cuidados paliativos*: 72-85. Rio de Janeiro: Diagraphic.
- Maciel, M. G. S., Rodrigues, L. F., Naylor, C., Bettega, R., Barbosa, S. N., Burlá, C. y Melo, I. T. V. (2006): *Crítérios de qualidade para os cuidados paliativos no Brasil*. Rio de Janeiro; Diagraphic.
- National Academy of Palliative Care (Brazil) (2017). *Diretório Brasileiro de cuidados paliativos*. Brasília: ANCP. [24-06-2017]. Disponible em web: <http://paliativo.org.br/tag/diretorio-Brazileiro-de-cuidados-paliativos/>.
- National Cancer Institute José Alencar Gomes da Silva (2014): *Estimativa 2016: incidência do câncer no Brasil*. Rio de Janeiro: INCA.
- Paim, J., Travassos, C., Almeida, C., Bahia, L. y Macinko, J. (2011): "The Brazilian health system: history, advances, and challenges", *Lancet*, 377: 1778-1797. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60054-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60054-8)
- World Health Organization (2007): *Cancer control: knowledge into action: WHO guide for effective programmes; module 5*. Geneva: WHO.

metodos.revista de ciencias sociales, 2017, 5 (2): 341-354
ISSN: 2340-8413 | <http://dx.doi.org/10.17502/m.rcs.v5i2.172>

Cledy Eliana dos Santos, José Manuel Peixoto Caldas,
José Américo Serafim, Newton Barros, Altamiro da
Costa Pereira, Marcelo Eduardo Zanella Capra,
Airton Stein y Alberto Freitas
Nota de investigación

Brief CV of the authors

Cledy Eliana dos Santos is Community Health Service and Palliative Care Service in Hospital Nossa Senhora da Conceição, Grupo Hospitalar Conceição, Brazil.

José Manuel Peixoto Caldas is Professor of Postgraduate Program in Collective Health from UNIFOR and member of CINTESIS, University of Porto, Portugal.

José Américo Serafim is member of the Health Informatics Department of the Brazilian Health System, SUS (DATASUS), Ministry of Health, Brazil.

Newton Barros Works in the Palliative Care Service, Hospital Nossa Senhora da Conceição, Grupo Hospitalar Conceição, Brazil.

Altamiro da Costa Pereira is Director of CINTESIS, Center for Health Technology and Services Research, Portugal, and member of the Faculty of Medicine, University of Porto, Portugal.

Marcelo Eduardo Zanella Capra works in the Oncology Service, Hospital Nossa Senhora da Conceição, Grupo Hospitalar Conceição, Brazil.

Airton Stein is member of the Community Health Service and Teaching and Research Management. Hospital Nossa Senhora da Conceição, Grupo Hospitalar Conceição, Brazil.

Alberto Freitas is member of CIDES, Department of Health Information and Decision Sciences, Faculty of Medicine, University of Porto, Portugal; and CINTESIS, Center for Health Technology and Services Research, Portugal.

Analysis of the Perroca Scale in Palliative Care Unit

Santos CE, Klug D, Losekann MV, Nunes TS, Cruz RP. Analysis of the Perroca Scale in Palliative Care Unit. *Rev Esc Enferm USP*. 2018;52:e03305. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2017037503305>



Análise da Escala de Perroca em Unidade de Cuidados Paliativos

Analysis of the Perroca Scale in Palliative Care Unit

Análisis de la Escala de Perroca en Unidad de Cuidados Paliativos

Cledy Eliana dos Santos¹, Daniel Klug², Luciana Campos¹, Maristela Vargas Losekann³, Thaíse da Silva Nunes⁴,
Ricardo Pedrini Cruz²

Como citar este artigo:

Santos CE, Klug D, Losekann MV, Nunes TS, Cruz RP. Analysis of the Perroca Scale in Palliative Care Unit. Rev Esc Enferm USP. 2018;52:e03305. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2017037503305>

¹ Grupo Hospitalar Conceição, Hospital Nossa Senhora da Conceição, Serviço de Saúde Comunitária e Serviço de Dor e Cuidados Paliativos, Porto Alegre, RS, Brasil.

² Grupo Hospitalar Conceição, Gerência de Ensino e Pesquisa, Porto Alegre, RS, Brasil.

³ Grupo Hospitalar Conceição, Hospital Nossa Senhora da Conceição, Unidade de Internação de Oncologia Clínica, Oncologia Cirúrgica e Oncologia Cirúrgica, Porto Alegre, RS, Brasil.

⁴ Grupo Hospitalar Conceição, Hospital Nossa Senhora da Conceição, Unidade de Internação de Oncologia Clínica, Oncologia Cirúrgica e Cuidados Paliativos, Porto Alegre, RS, Brasil.

ABSTRACT

Objective: To analyze the complexity of nursing care with use of the Perroca scale in a Palliative Care Unit. **Method:** Retrospective descriptive study of quantitative analysis. **Results:** Between 2008 and 2016, the total of 2,486 patients were hospitalized, and their median length of hospital stay was 12 days. Of these patients, 1,568 had at least one Perroca scale evaluation. Nine hundred and ten patients (58%) were classified as minimal or intermediate care. Of these, 602 (66%) were discharged. As semi-intensive and intensive care were classified 658 (42%) patients, of whom 64% died and only 36% were discharged. **Conclusion:** The Perroca scale is a tool to identify patients with greater need for care and the possible prognosis for hospitalized patients.

DESCRIPTORS

Palliative Care; Oncology Nursing; Patient Discharge; Disease Management; Nursing Assessment.

Autor correspondente:
Cledy Eliana dos Santos
Hospital Nossa Senhora da Conceição,
Serviço de Dor e Cuidados Paliativos
Av. Francisco Trein, 596
CEP 91350-200 – Porto Alegre, RS, Brasil
cledy.eliana@gmail.com

Recebido: 27/09/2017
Aprovado: 07/11/2017

INTRODUÇÃO

O Sistema de Classificação de Pacientes (SCP), amplamente utilizado nos ambientes hospitalares, é uma ferramenta gerencial para o planejamento da assistência de enfermagem. A partir da necessidade das instituições de saúde em racionalizar o trabalho, otimizando recursos humanos e materiais dispensados, o SCP foi criado com o objetivo de auxiliar esse processo, agrupando os pacientes por complexidade assistencial⁽¹⁾.

O SCP surgiu nos Estados Unidos na década de 1960. Posteriormente, pesquisadores brasileiros criaram e validaram diferentes instrumentos de classificação que foram implementados em ambientes hospitalares, entre eles a Escala de Perroca⁽²⁾. Os autores enfatizavam seu uso no dimensionamento de recursos humanos em enfermagem, assegurando uma distribuição mais equitativa da assistência, aumentando a produtividade e a eficiência hospitalar⁽²⁾. Seu uso é recomendado pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) desde 2004⁽³⁾. O instrumento de Classificação de Pacientes de Perroca⁽²⁾ possui 13 indicadores críticos baseados nas necessidades humanas básicas⁽⁴⁾, os quais estão demonstrados na Quadro 1.

A escala de Perroca⁽²⁾ foi implementada no Grupo Hospitalar Conceição em 2008 por orientação da Comissão de Gerenciamento de Risco, para ser aplicada na admissão do paciente nas unidades de internação, devendo ser atualizada a cada 7 dias e em caso de mudança significativa do quadro clínico. O escore final da escala é distribuído em quatro classes correspondentes aos tipos de cuidados: mínimos, intermediários, semi-intensivos e intensivos. A escala é preenchida eletronicamente e integrada ao prontuário do paciente. O aumento da pontuação tem como significado a maior necessidade de cuidado.

Os instrumentos de classificação de pacientes (ICP) destacam-se como norteadores do processo de tomada de decisão no gerenciamento do cuidado⁽⁵⁾, no entanto, sua utilização na prática profissional do enfermeiro não tem sido objeto de investigação na produção nacional, e sim as avaliações do perfil assistencial e da carga de trabalho⁽⁶⁾.

O objetivo do presente artigo é apresentar uma análise retrospectiva descritiva das internações na Unidade de Cuidados Paliativos do Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC), avaliando a complexidade do cuidado pela escala de Perroca⁽²⁾ e as altas e os óbitos ocorridos no período.

Quadro 1 – Escala de Perroca⁽²⁾.

Indicadores	Pontos				
1 – Estado Mental e Nível de Consciência	1	2	3	4	5
2 – Oxigenação	1	2	3	4	5
3 – Sinais Vitais	1	2	3	4	5
4 – Nutrição e Hidratação	1	2	3	4	5
5 – Mobilidade	1	2	3	4	5
6 – Locomoção	1	2	3	4	5
7 – Cuidado Corporal	1	2	3	4	5
8 – Eliminações	1	2	3	4	5
9 – Terapêutica	1	2	3	4	5
10 – Educação à Saúde	1	2	3	4	5
11 – Comportamento	1	2	3	4	5
12 – Comunicação	1	2	3	4	5
13 – Integridade Cutâneo-Mucosa	1	2	3	4	5
Escore é a soma das pontos atribuídos aos indicadores					
Cuidados Mínimos	13 a 26				
Cuidados Intermediários	27 a 39				
Cuidados Semi-intensivos	40 a 52				
Cuidados Intensivos	53 a 65				

MÉTODO

Trata-se de um estudo retrospectivo descritivo com abordagem quantitativa. As variáveis contínuas foram descritas por meio da média e do desvio padrão ou de mediana (intervalo interquartil) e as variáveis categóricas, pelas frequências absolutas e percentuais.

A partir dos bancos de dados hospitalares dos pacientes internados na Unidade de Cuidados Paliativos no Hospital Nossa Senhora da Conceição, entre janeiro de 2008 a dezembro de 2016, foram analisados: idade, sexo, classificação pela escala de Perroca⁽²⁾, tempo de internação, internações prévias

e data de alta/óbito. Na Unidade de Cuidados Paliativos, os pacientes são internados com diagnóstico de câncer com estadiamento avançado e expectativa de vida inferior a 6 meses.

O projeto de pesquisa foi aprovado pela Comissão de Ética em Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição, sob o Parecer n. 533.468, de 05/02/2014.

RESULTADOS

De 2008 a 2016 foram internados 2.486 pacientes na Unidade de Cuidados Paliativos e a mediana do tempo de

internação foi de 12 dias. A Figura 1 ilustra o número de pacientes internados em relação aos dias hospitalizados e destaca os valores de P_{25} e P_{75} . O tempo de internação de 75% dos pacientes está abaixo de 18 dias, 50% dos pacientes

internados nos períodos ficaram hospitalizados 10 dias e existem pontos discrepantes que estão concentrados na última categoria, que corresponde ao tempo de 45 a 193 dias e totaliza 48 pessoas.

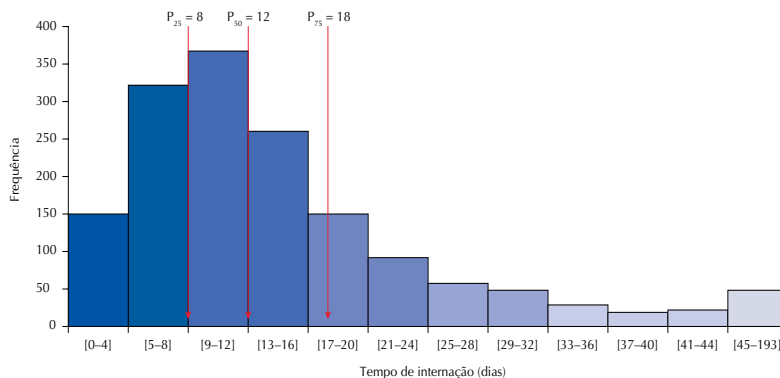


Figura 1 – Tempo de internação – Porto Alegre, RS, Brasil, 2008 a 2016.

Na Figura 2, observa-se a existência de internações prévias e os desfechos (alta/óbito) e suas distribuições de frequência absoluta e relativa. Verifica-se que, independentemente de internação prévia, 50% dos pacientes tiveram desfecho de alta, e, no caso de internação prévia, 51% apresentaram tal desfecho.

Do total das internações registradas, 1.568 tiveram pelo menos uma avaliação pela Escala de Perroca⁽²⁾. Medidas descritivas da distribuição dos dados analisados estão representadas na Tabela 1. Durante o período analisado, observa-se que mais de 50% dos pacientes internados no nosso serviço obteve alta hospitalar. A Figura 3 apresenta a distribuição das categorias de cuidado pela escala de Perroca⁽²⁾. Entre os

pacientes que tiveram alta, 582 (70%) necessitaram de cuidados semi-intensivos, intermediários ou intensivos. Os que foram classificados como cuidados mínimos ou intermediários representaram 56% dos pacientes, e cerca de 66% deles obtiveram alta. Os pacientes classificados como cuidados semi-intensivos e intensivos representaram 42% dos dados analisados, destes, 64% morreram e apenas 36% receberam alta hospitalar. Portanto, destaca-se a observação de que os pacientes com cuidados intermediários e mínimos são os que têm maior percentual de altas e que os que são classificados em cuidados intensivos e semi-intensivos apresentam maior percentual de óbitos.

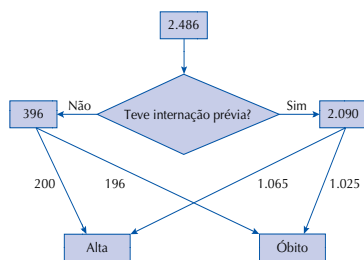


Figura 2 – Distribuição dos pacientes internados na Unidade de Cuidados Paliativos – Porto Alegre, RS, Brasil, 2008 a 2016.

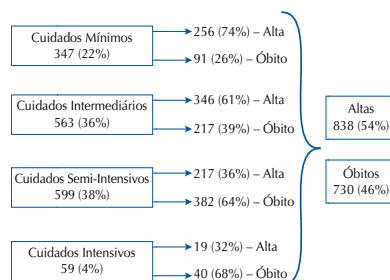


Figura 3 – Distribuição pela Escala de Perroca.

Análise da Escala de Perroca em Unidade de Cuidados Paliativos

Tabela 1 – Dados da população – Porto Alegre, RS, Brasil, 2008 a 2016.

Variáveis	N = 1.568 pacientes
Idade (anos)	62,5 ± 13,3
Sexo	
Feminino	808 (51,5%)
Masculino	760 (48,5%)
Tempo de internação (dias)	12, (8-18) ¹
Desfecho	
Óbito	730 (46,5%)
Alta	838 (53,4%)

1. Mediana e percentis.

DISCUSSÃO

Os Cuidados Paliativos consistem em fornecer um cuidado integral para pacientes cuja doença é progressiva e incurável. Propiciar o controle da dor e dos outros sintomas, bem como o alívio dos problemas psicológicos, sociais e espirituais, é fundamental. O objetivo dos Cuidados Paliativos é proporcionar a melhor qualidade de vida possível para os pacientes e seus familiares⁽⁷⁾. Nesse cenário, propiciar a alta hospitalar para que os últimos momentos dos pacientes sejam em convivência no seu lar, com seus familiares, é um dos principais objetivos da equipe assistencial desse hospital. Identificar os pacientes com maior probabilidade de receber alta pode auxiliar nas políticas institucionais para prover os recursos necessários e a articulação com a rede de atenção à saúde da cidade. Um processo de alta em Cuidados Paliativos integrando cuidados multiprofissionais, já presente em outros países⁽⁸⁻⁹⁾, é uma tendência que vem sendo discutida em diversos serviços. Para que essa prática seja alcançada, é preciso um espaço de registro das informações como elo de integração do cuidado, o que a escala Perroca⁽²⁾ proporciona.

A decisão pela alta hospitalar em Cuidados Paliativos é complexa, pois muitos pacientes têm uma sobrevida de algumas semanas⁽¹⁰⁾. Em estudo avaliando pacientes crônicos com internação de pelo menos 30 dias, 45% apresentavam necessidades específicas que impediam a alta hospitalar e, entre estes, 88% necessitavam de cuidados de enfermagem e terapias de suporte à vida⁽¹¹⁾. A classificação pela a escala Perroca⁽²⁾ permitiu a identificação de pacientes que apresentam maiores necessidades de cuidados pela equipe de saúde, e também aqueles com maior probabilidade de receber alta ou morrer naquela internação.

RESUMO

Objetivo: Analisar a complexidade do cuidado de enfermagem com o uso da escala de Perroca em uma Unidade de Cuidados Paliativos. **Método:** Estudo retrospectivo descritivo com análise quantitativa. **Resultados:** Entre 2008 e 2016, foram internados 2.486 pacientes, a mediana de tempo de internação foi de 12 dias. Desse pacientes, 1.568 tiveram pelo menos uma avaliação pela escala de Perroca, classificados em cuidados mínimos ou intermediários (910, 58%), obtendo alta (602, 66%). Como cuidados semi-intensivos e intensivos, foram 658 (42%) pacientes, dentre os quais 64% morreram e apenas 36% receberam alta hospitalar. **Conclusão:** A escala Perroca é uma ferramenta para identificar os pacientes com maior necessidade de cuidados e de possível prognóstico para os pacientes internados.

DESCRITORES

Cuidados Paliativos; Enfermagem Oncológica; Alta do Paciente; Gerenciamento Clínico; Avaliação em Enfermagem.

No presente estudo, verificou-se, através da escala Perroca⁽²⁾, que 70% dos pacientes com alta hospitalar necessitaram de Cuidados Intermediários, Semi-Intensivos e Intensivos. Em estudo semelhante realizado em um hospital terciário em Porto Alegre numa enfermaria de Medicina Interna e especialidades, em 68% das avaliações os pacientes foram classificados como necessitando de Cuidados Mínimos⁽¹²⁾. Tal diferença é explicada pela gravidade dos pacientes em Cuidados Paliativos, portadores de inúmeras comorbidades e com deterioração progressiva da *performance* física⁽¹⁰⁾, fatores que podem ser um entrave para a alta hospitalar.

Após a alta, a equipe multiprofissional de Cuidados Paliativos deixa de atuar no cuidado diário do paciente, um processo denominado transição de cuidado. Nos 6 últimos meses de vida, as transições são comuns, e as falhas no planejamento da alta hospitalar estão associadas à diminuição da qualidade de vida dos pacientes⁽¹³⁾.

Os instrumentos de classificação de pacientes, entre eles a escala de Perroca⁽²⁾, foram delineados para a tomada de decisão gerencial quanto ao dimensionamento da equipe de enfermagem^(6,14) ou para o planejamento do cuidado durante a internação hospitalar^(5,11). Não localizamos na literatura nacional evidências do seu uso para a classificação das necessidades de cuidado em Unidades de Cuidados Paliativos ou no planejamento da alta hospitalar⁽¹⁵⁾.

Existem algumas limitações no presente estudo. O estudo é retrospectivo e não faz o levantamento de outros fatores de risco que pudessem interferir na probabilidade dos pacientes apresentarem óbito ou alta, como estadiamentos, tipos de neoplasias, motivo da internação. Entretanto, o trabalho faz uma inferência de uma possível aplicação da escala Perroca⁽²⁾, para identificar pacientes com maiores probabilidades de óbito ou alta. Para o nosso conhecimento, este é o primeiro estudo que avalia a escala com possível uso para estabelecer prognósticos de pacientes internados em cuidados paliativos. Serão necessários estudos prospectivos e mais bem delineados para poder confirmar a hipótese levantada.

CONCLUSÃO

O processo de alta hospitalar é complexo para pacientes em Cuidados Paliativos, que têm uma expectativa de vida curta e apresentam diversas necessidades a serem atendidas. O presente estudo demonstra a importância do uso de instrumentos de classificação, como a escala Perroca, como ferramenta para identificar os pacientes com maior necessidade de cuidados, e é o primeiro a abordar seu possível uso como ferramenta de prognosticação de pacientes internados com câncer avançado.

RESUMEN

Objetivo: Analizar la complejidad del cuidado de enfermería con el uso de la escala de Perroca en una Unidad de Cuidados Paliativos. **Método:** Estudio retrospectivo descriptivo con análisis cuantitativo. **Resultados:** Entre 2008 y 2016, fueron ingresados 2.486 pacientes, la mediana de tiempo de estancia hospitalaria fue de 12 días. De esos pacientes, 1.568 tuvieron por lo menos una evaluación por la escala de Perroca, clasificados en cuidados mínimos o intermedios (910, 58%), obteniendo el alta (602, 66%). Como cuidados semintensivos e intensivos, fueron 658 (42%) pacientes, entre los que el 64% fallecieron y solo el 36% recibieron el alta hospitalaria. **Conclusión:** La escala de Perroca es una herramienta para identificar a los pacientes con mayor necesidad de cuidados de posible pronóstico para los pacientes ingresados.

DESCRIPTORES

Cuidados Paliativos; Enfermería Oncológica; Alta del Paciente; Manejo de la Enfermedad; Evaluación en Enfermería.

REFERÊNCIAS

1. Fugulin FMT, Gaidzinski RR. O Sistema de Classificação do Paciente: análise do tempo médio de cuidados de enfermagem. *Nursing (São Paulo)*. 1999;11(2):27-34.
2. Perroca MG, Gaidzinski RR. Sistema de classificação de pacientes: construção e validação de um instrumento. *Rev Esc Enferm USP [Internet]*. 1998 [citado 2016 jul. 24];32(2):153-68. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v32n2/v32n2a09.pdf>
3. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN n. 543/2017. Atualiza e estabelece parâmetros para o Dimensionamento do Quadro dos Profissionais de Enfermagem nos serviços/locais em que são realizadas atividades de enfermagem [Internet]. Brasília: COFEN; 2017 [citado 2016 jul. 24]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-5432017_51440.html
4. Horta WA. O processo de enfermagem. São Paulo: EPU; 1979.
5. Perroca MG. Development and content validity of the new version of a patient classification instrument. *Rev Latino Am Enfermagem*. 2011;19(1):58-66.
6. Abreu SP, Pompeo DA, Perroca MG. Use of patients' classification instruments: analysis of the Brazilian production of knowledge. *Rev Esc Enferm USP*. 2014;48(6):1108-14. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420140000700020>
7. Saunders C, Sykes N, editors. *The management of terminal malignant disease*. London: Edward Arnold; 1993.
8. Hui D, Bruera E. Integrating palliative care into the trajectory of cancer care. *Nat Rev Clin Oncol*. 2016;13(3):159-71.
9. Feidhmeannacht an Seirbhíse Sláinte, Health Service Executive. Palliative Care. Clinical Programme for Palliative Care Clinical Strategy and Programmes. National Rapid Discharge Guidance for patients who wish to die at home [Internet]. 2015 [cited 2016 July 24]. Available from: <http://www.hse.ie/eng/services/publications/Clinical-Strategy-and-Programmes/national-rapid-discharge-guidance-for-patients-who-wish-to-die-at-home.pdf>
10. Hui D, Elsayem A, Palla S, De La Cruz M, Li Z, Yennurajalingam S, et al. Discharge outcomes and survival of patients with advanced cancer admitted to an acute palliative care unit at a comprehensive cancer center. *J Palliat Med*. 2010;13(1):49-57.
11. Afilalo M, Xue X, Soucy N, Colacone A, Jourdenais E, Boivin JF. Patient needs, required level of care, and reasons delaying hospital discharge for nonacute patients occupying acute hospital beds. *J Healthcare Qual*. 2017;39(4):200-10.
12. Fonseca JP, Echer IC. Grau de dependência de pacientes em relação à assistência de enfermagem em uma unidade de internação clínica. *Rev Gaúcha Enferm*. 2003;24(3):346-54.
13. Benzar E, Hansen L, Kneitel AW, Fromme EK. Discharge planning for palliative care patients: a qualitative analysis. *J Palliat Med*. 2011;14(1):65-9.
14. Vigna CP, Perroca MG. Utilização de sistema de classificação de pacientes e métodos de dimensionamento de pessoal de enfermagem. *Arq Cienc Saúde*. 2007;14(1):8-12.
15. Saïto DYT, Zoboli ELCP. Palliative care and primary health care: scoping review. *Rev Bioét*. 2015;23(3):593-607.



Este é um artigo em acesso aberto, distribuído sob os termos da Licença Creative Commons.

Palliative care in Brazil: presente and future

Santos CE, Campos LS, Barros N, Serafim, JA, Klug D, Cruz RP. Palliative care in Brazil: presente and future. Submetido para Publicação na Revista da Associação Médica Brasileira

----- Forwarded message -----

From: Cesar Teixeira <cnbehalf@manuscriptcentral.com>

Date: qui, 21 de jun de 2018 às 12:30

Subject: Revista da Associação Médica Brasileira - Manuscript ID RAMB-2018-0346

To: <lucampos202@gmail.com>

Cc: <cledyeliana@gmail.com>, <lucampos202@gmail.com>, <newbarros74@gmail.com>, <jaserafim@gmail.com>, <rcruz2004@gmail.com>, <prof.daniel.klug@gmail.com>

21-Jun-2018

Dear Dr. Campos:

Your manuscript entitled "Cuidados paliativos no Brasil: presente e futuro" has been successfully submitted online and is presently being given full consideration for publication in the Revista da Associação Médica Brasileira.

Your manuscript ID is RAMB-2018-0346.

Please mention the above manuscript ID in all future correspondence or when calling the office for questions. If there are any changes in your street address or e-mail address, please log in to ScholarOne Manuscripts at <https://mc04.manuscriptcentral.com/ramb-scielo> and edit your user information as appropriate.

You can also view the status of your manuscript at any time by checking your Author Center after logging in to <https://mc04.manuscriptcentral.com/ramb-scielo>.

Thank you for submitting your manuscript to the Revista da Associação Médica Brasileira.

Sincerely,
Revista da Associação Médica Brasileira Editorial Office

Fwd: Revista da Associação Médica Brasileira - Decision on Manuscript ID RAMB-2018-0346

Luciana Campos [lucampos202@gmail.com]

Enviado: jueves, 25 de octubre de 2018 1:22

Para: José Cálidas

----- Forwarded message -----

From: Carlos Serrano Jr <conbehalfof@manuscriptcentral.com>

Date: dom, 5 de ago de 2018 às 10:03

Subject: Revista da Associação Médica Brasileira - Decision on Manuscript ID RAMB-2018-0346

To: <lucampos202@gmail.com>

05-Aug-2018

Dear Dr. Campos:

Manuscript ID RAMB-2018-0346 entitled "Cuidados paliativos no Brasil: presente e futuro" which you submitted to the Revista da Associação Médica Brasileira, has been reviewed. The comments of the reviewer(s) are included at the bottom of this letter.

The reviewer(s) have recommended publication, but also suggest some minor revisions to your manuscript. Therefore, I invite you to respond to the reviewer(s)' comments and revise your manuscript.

To revise your manuscript, log into <https://mc04.manuscriptcentral.com/ramb-scielo> and enter your Author Center, where you will find your manuscript title listed under "Manuscripts with Decisions." Under "Actions," click on "Create a Revision." Your manuscript number has been appended to denote a revision.

You may also click the below link to start the revision process (or continue the process if you have already started your revision) for your manuscript. If you use the below link you will not be required to login to ScholarOne Manuscripts.

*** PLEASE NOTE: This is a two-step process. After clicking on the link, you will be directed to a webpage to confirm. ***

https://mc04.manuscriptcentral.com/ramb-scielo?URL_MASK=7e3db0d413194cf3b00868c94ae8e154

You will be unable to make your revisions on the originally submitted version of the manuscript. Instead, revise your manuscript using a word processing program and save it on your computer. Please also highlight the changes to your manuscript within the document by using the track changes mode in MS Word or by using bold or colored text.

Once the revised manuscript is prepared, you can upload it and submit it through your Author Center.

When submitting your revised manuscript, you will be able to respond to the comments made by the reviewer(s) in the space provided. You can use this space to document any changes you make to the

original manuscript. In order to expedite the processing of the revised manuscript, please be as specific as possible in your response to the reviewer(s).

IMPORTANT: Your original files are available to you when you upload your revised manuscript. Please delete any redundant files before completing the submission.

Because we are trying to facilitate timely publication of manuscripts submitted to the Revista da Associação Médica Brasileira, your revised manuscript should be submitted by 05-Sep-2018. If it is not possible for you to submit your revision by this date, we may have to consider your paper as a new submission.

Once again, thank you for submitting your manuscript to the Revista da Associação Médica Brasileira and I look forward to receiving your revision.

Sincerely,
Dr. Carlos Serrano Jr
Editor-in-Chief, Revista da Associação Médica Brasileira
editor@amb.org.br

Associate Editor
Comments to the Author:

**IN ADDITION, THE EDITORIAL STRONGLY RECOMMENDS 2 ILLUSTRATIONS / FIGURES;
BEING ONE A MAIN FIGURE.**

Entire Scoresheet:
Reviewer: 1

Recommendation: Minor Revision

Comments:
Prezados Autores,
Considerando a magnitude do tema deste artigo para Saúde Pública, gostaria de parabenizar a proposta do estudo.

Recomendo a avaliação de dois itens:

- a ortografia na página quatro, linha 42, "... de cálculo para o número de enfermeiro..." - as tabelas apresentadas após referências bibliográficas, entre as páginas 13 a 16, apresentam alteração de configuração e os seus dados ficam com leitura prejudicada.

CAPÍTULO 10 **DOCUMENTOS**

DECLARAÇÃO

A quem possa interessar

Declaramos para os devidos fins que Cledy Eliana dos Santos é coautora da obra **Tratado de Medicina de Família e Comunidade, 2ª edição**, ISBN 9788582715352, organizada por **Gustavo Gusso** e **José Mauro Ceratti Lopes**, tendo participado do capítulo "*Cuidados paliativos na Atenção Primária à Saúde*", correspondente às páginas 900 a 908, junto com Ricardo Pedrini Cruz, Newton Barros, José Manuel Peixoto Caldas, Luiz Felipe Cunha Mattos e Fátima Teixeira.

A referida obra tem lançamento previsto, pela Artmed Editora, para o segundo semestre do ano de 2018.

Porto Alegre, 15 de outubro de 2018.



Leticia Bispo
Gerente Editorial
Artmed Editora Ltda.



Impresso por gráfica em 15/10/2018 15:43:59

SÃO PAULO
Av. Emb. Macedo de Soares, 10.735 | Pav. 5 | Condi. Espaço Center | Vila Anastácio
CEP 05035-000 | São Paulo | SP | Brasil

www.grupoeditoras.com.br

PORTO ALEGRE
Av. Jerônimo de Ornelas, 670 | Bairro Santana
CEP 90040-340 | Porto Alegre | RS | Brasil

grupo **a**
Conhecimento que transforma.



São Paulo, 10 de Outubro de 2018.

A/C: Professor Doutor. José Manuel Peixoto Caldas
C/C: Professor Doutor Newton Barros

Ref: Declaração da ANCP sobre o trabalho da dra. Cledy Eliana dos Santos

Estimados Professores,

Gostaria de deixar oficialmente registrado que os trabalhos desenvolvidos pela dra. Dos Santos e colaboradores do Serviço de Dor e Cuidados Paliativos do Hospital Nossa Senhora da Conceição, instituição do Grupo Hospitalar Conceição de Porto Alegre, têm sido de valiosa utilidade para a Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP). Nossa Sociedade tem trabalhado junto ao Ministério da Saúde no sentido de fundamentar bases técnicas para organização dos serviços que prestam cuidados paliativos no país, buscando a concretização de uma política de saúde integral nos diferentes níveis de atenção.

Os trabalhos da dra. Dos Santos foram utilizados como referência pelo Grupo de Trabalho e incorporados às versões preliminares da proposta de Política Nacional de Cuidados Paliativos "**Política norteadora para fortalecimento e desenvolvimento dos Cuidados Paliativos no âmbito do Sistema Único de Saúde**". Dos diversos estudos, gostaria em especial de citar a utilidade dos seguintes trabalhos:

Santos CE, Caldas JMP, Serafim JA, Barros N, Pereira AC (2016) Hospital Admissions of Cancer Patients in Brazil: Analysis of Palliative Care Needs. *J Palliat Care Med* 6: 263. doi:10.4172/2165-7386.1000263 (Index Copernicus)

dos Santos CE, Peixoto Caldas JM, Serafim JA, Barros N, da Costa Pereira A, et al. (2016) Needs for Palliative Care of Cancer Patients in Brazil: Analysis of Data from 2008-2014. *J Palliat Care Med* 6: 294. doi: 10.4172/2165- 7386.1000294 (Index Copernicus)

dos Santos CE, Peixoto Caldas JM, Serafim JA, Barros N, da Costa Pereira A, et al. (2017) Palliative Care in Brazil: with a View to Future Needs. *International Archives of Medicine*: Vol. 10 No. 148. doi: 10.3823/2418 (SJR/SCIMAGO - Springer)



Aproveito esta oportunidade para lhes reiterar nossos votos de estima e consideração, e me coloco à disposição para esclarecer quaisquer dúvidas.

Atenciosamente

Daniel Neves Forte
Presidente 2017-2019
Academia Nacional de Cuidados Paliativos
contato@paliativo.org.br fone + 55 11 99914-5458

Título **Cuidados Paliativos em Pacientes Oncológicos**
A Realidade do Estado de Rio Grande do Sul - Brasil

Autor Cledy Eliana dos Santos

Edição da Autora

Design Editorial Ana Meireles

Impressão e Acabamento A Medisa medisa.porto@gmail.com
+351 919 708 952