Cuidados em Fim de Vida numa USF



Caracterização da prática e do seu impacto na morte no domicílio de pacientes terminais

Ana Resende Mateus
Olívia Matos

USF FF- mais, Fernão Ferro
Setembro 2013

Cuidados Paliativos

Lei n.º 52/2012

de 5 de setembro

Lei de Bases dos Cuidados Paliativos

BASE II

Conceitos

"Para efeitos da presente lei, entende -se por:

a) *«Cuidados paliativos» os cuidados ativos, coordenados e globais,* ***prestados por unidades e equipas específicas****, em internamento ou no domicílio, a doentes em situação em sofrimento decorrente de doença incurável ou grave, em fase avançada e progressiva, assim como às suas famílias, com o principal objetivo de promover o seu bem-estar e a sua qualidade de vida, através da prevenção e alívio do sofrimento físico, psicológico, social e espiritual, com base na identificação precoce e do tratamento rigoroso da dor e outros problemas físicos, mas também psicossociais e espirituais;*

b) *«Ações paliativas» as medidas terapêuticas sem intuito curativo, isoladas e praticadas por* ***profissionais sem preparação específica,*** *que visam minorar, em internamento ou no domicílio, as repercussões negativas da doença sobre o bem-estar global do doente, nomeadamente em situação de doença incurável ou grave, em fase avançada e progressiva..."*

Cuidados/ Actos Paliativos em CSP

Cobertura do território nacional insuficiente por equipas específicas de Cuidados Paliativos

+

Ausência de resposta hospitalar a situações paliativas

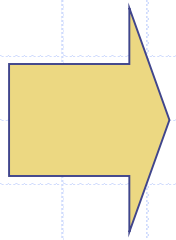
+

Acessibilidade, conhecimento longitudinal mútuo e confiança nas equipas de CSP

CSP são frequentemente o único ponto de acesso efectivo a AP no SNS

Cuidados em Contexto de USF

- Holísticos
- Antecipatórios
- Centrados na pessoa e na sua família
- Próximos e acessíveis
- Longitudinais
- Multidisciplinares
- Articulados com a comunidade



ACTOS PALIATIVOS

O que se conhece sobre isto?

- **Envolvimento equipas de CSP em CP**
  - maior satisfação das famílias com os cuidados recebidos (Brazil *et al.*, 2005)
  - maior taxa de morte no domicílio (Neergaard *et al.*, 2009)

- **Ausência de estudos nacionais**

- **Portugueses entre os europeus com maior taxa de morte em meio hospitalar**
  - 62% em 2008 ;
  - tendência de subida na última década (Machado *et al.*, 2010)

- **Importa estudar o potencial das USF na melhoria deste desempenho**

Objectivos

- Determinar a relação entre prestação de actos paliativos (AP) pela equipa da USF FF- *mais* e a taxa de mortes no domicílio dos pacientes inscritos com doenças incuráveis ou graves, em fase terminal;

- Descrever o conteúdo da prática assistencial de AP numa USF.

Metodologia (1)

- **Tipo de estudo**: estudo descritivo e transversal → estudo de caso controlo
- **População em estudo:** indivíduos falecidos residentes na Freguesia de Fernão Ferro
- **Período em estudo:** 2008- 2012
- **Método de amostragem:** censo
- **Dimensão amostral:** 272
- **Fontes de dados:** arquivo documental da Conservatória do Registo Civil do Concelho do Seixal; processos clínicos electrónicos Medicine One®.

Metodologia (2)

Variáveis em estudo

- **Demográficas**
- **Relacionadas com a causa da morte** (elegível ou não para AP)
- **Relacionadas com a morte** (causa e local)
- **Clínicas**
- **Sociais**

Definição de caso e controlo

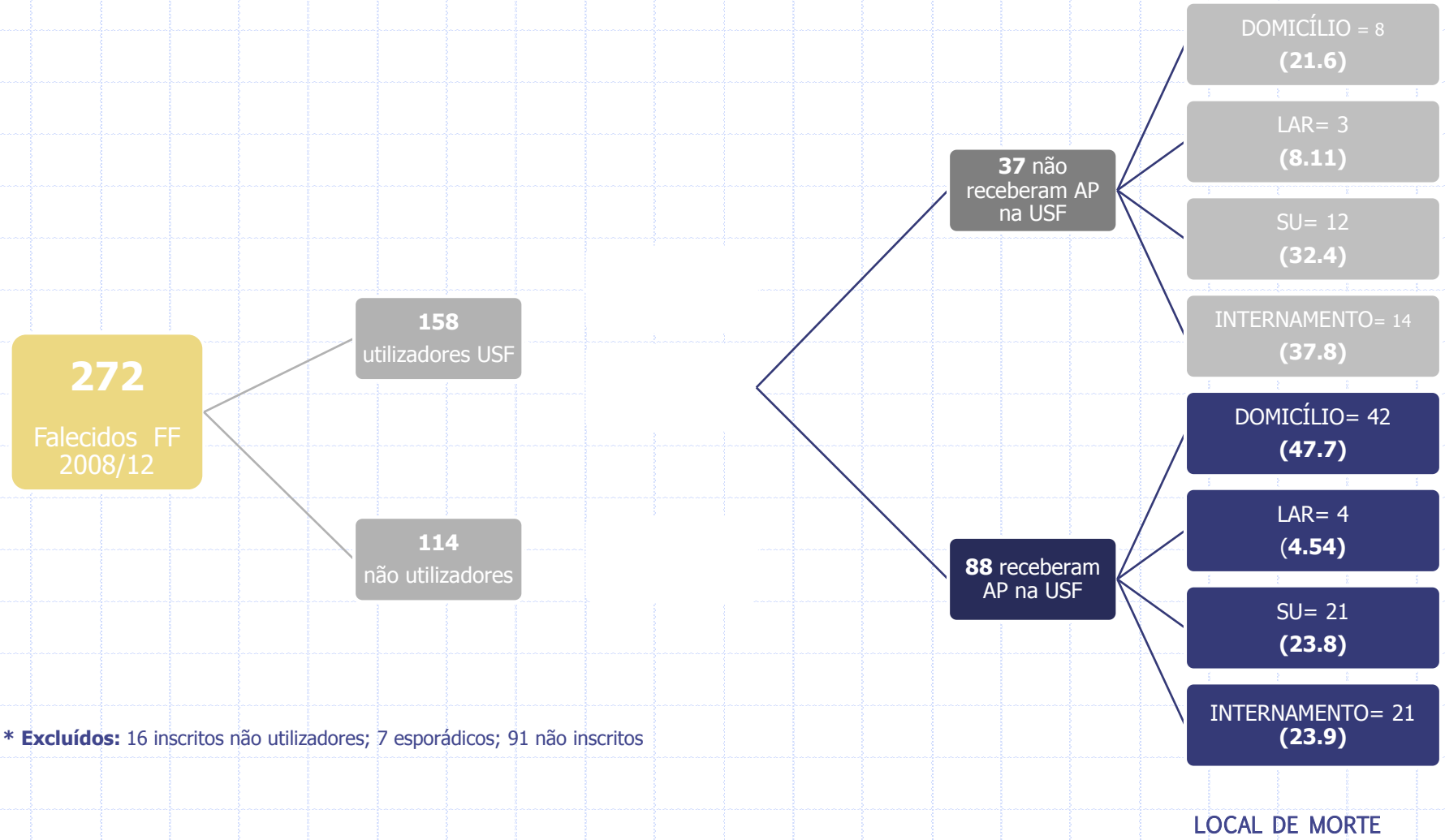
- **Caso: indivíduo inscrito na USF falecido no domicílio** (casa ou lar)
- **Controlo: indivíduo inscrito na USF falecido no hospital** (internamento ou SU)

Emparelhados (1:1): género, classe etária, causa de morte (CID-10)

Metodologia (3)

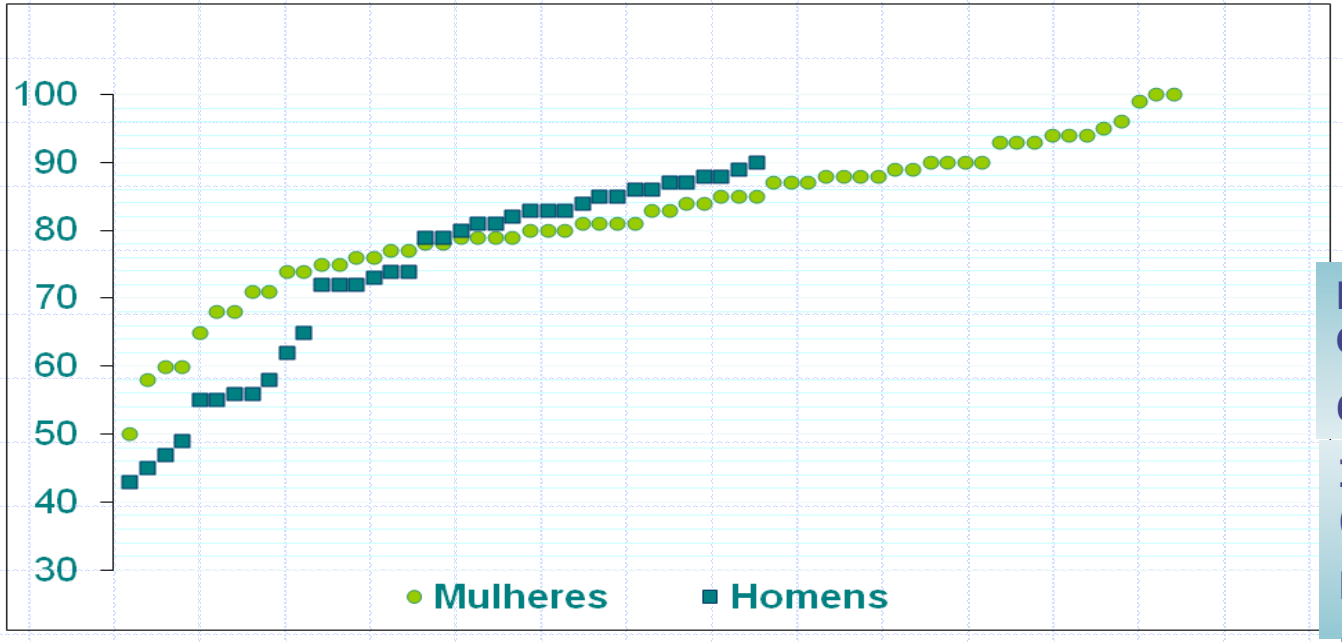
- **Tratamento de dados**
  - Microsoft Excel ® 2007
  - EpiInfo ® 2000
- **Ferramentas de estatística descritiva**
  - média e desvio padrão
- **Ferramentas de estatística inferencial**

Resultados (1)
Fluxograma de inclusão



* **Excluídos:** 16 inscritos não utilizadores; 7 esporádicos; 91 não inscritos

Resultados (2)
Demografia



DISTRIBUIÇÃO POR GÉNERO

61% mulheres

IDADE MÉDIA, anos (DP)

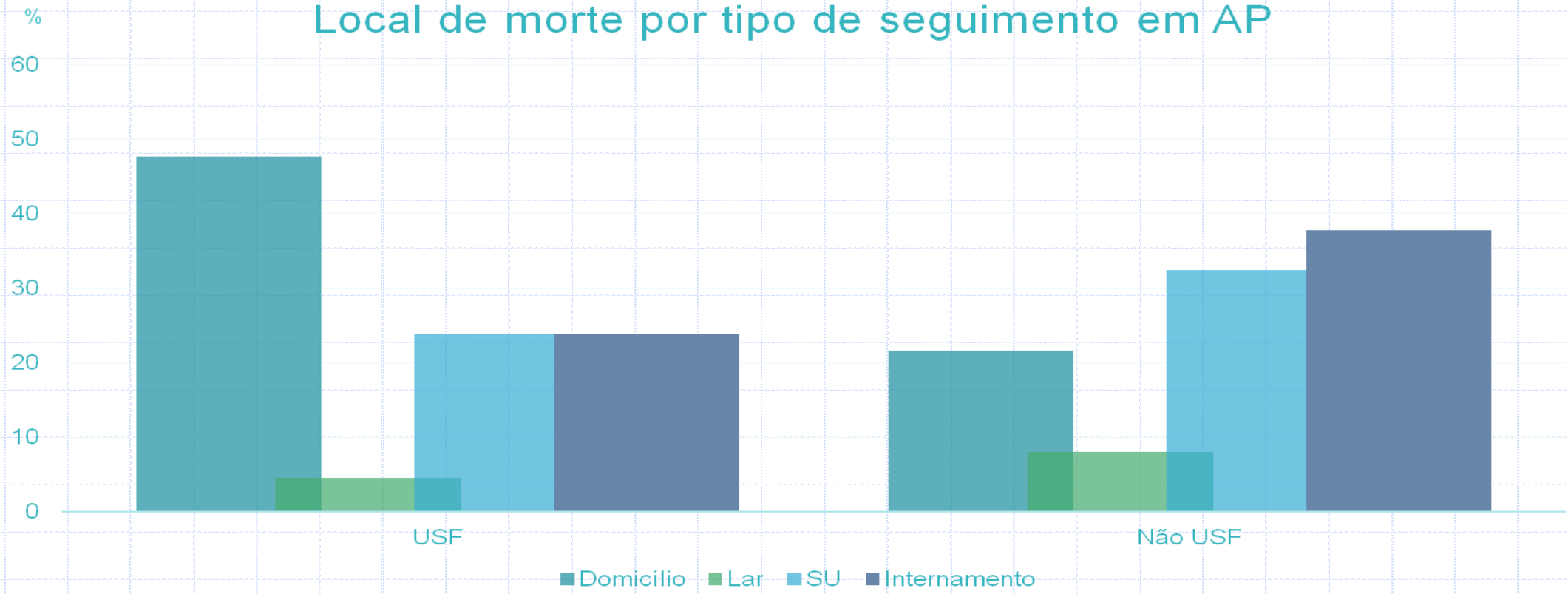
Homens: 73.4 (14.3)

Mulheres: 82 (10.5)

Resultados (3)
Causas de morte (% totais)

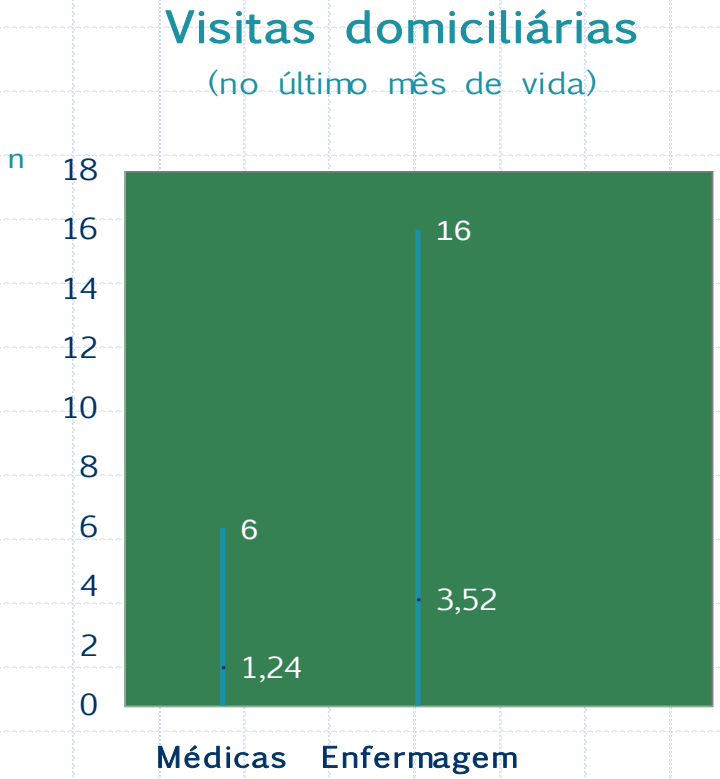
USF		Total	
Cancro	29.5	Cancro	20.9
Pneumonia	18.2	Pneumonia	14.7
AVC	11.4	AVC	10.3
Demência	6.82	EAM	8.46
ICC	6.82	ICC	8.09
Sépsis	4.55	Senilidade	6.62
Traqueobronquite	3.41	Sépsis	4.79

Resultados (4)
Local de morte



Resultados (7)

Recursos assistenciais mobilizados





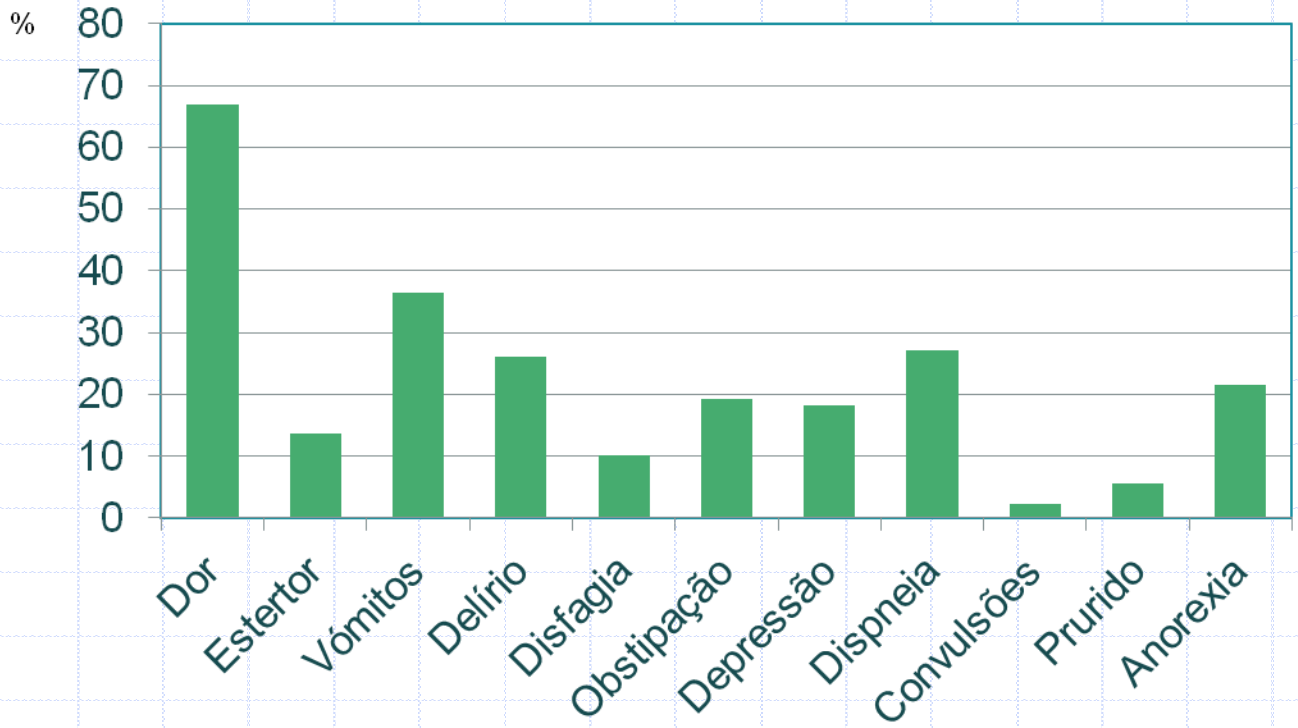
85.2% dos pacientes acompanhados pela USF beneficiaram de apoio social dos parceiros da comunidade

Resultados (9)
Aspectos clínicos paralelos ou associados a AP

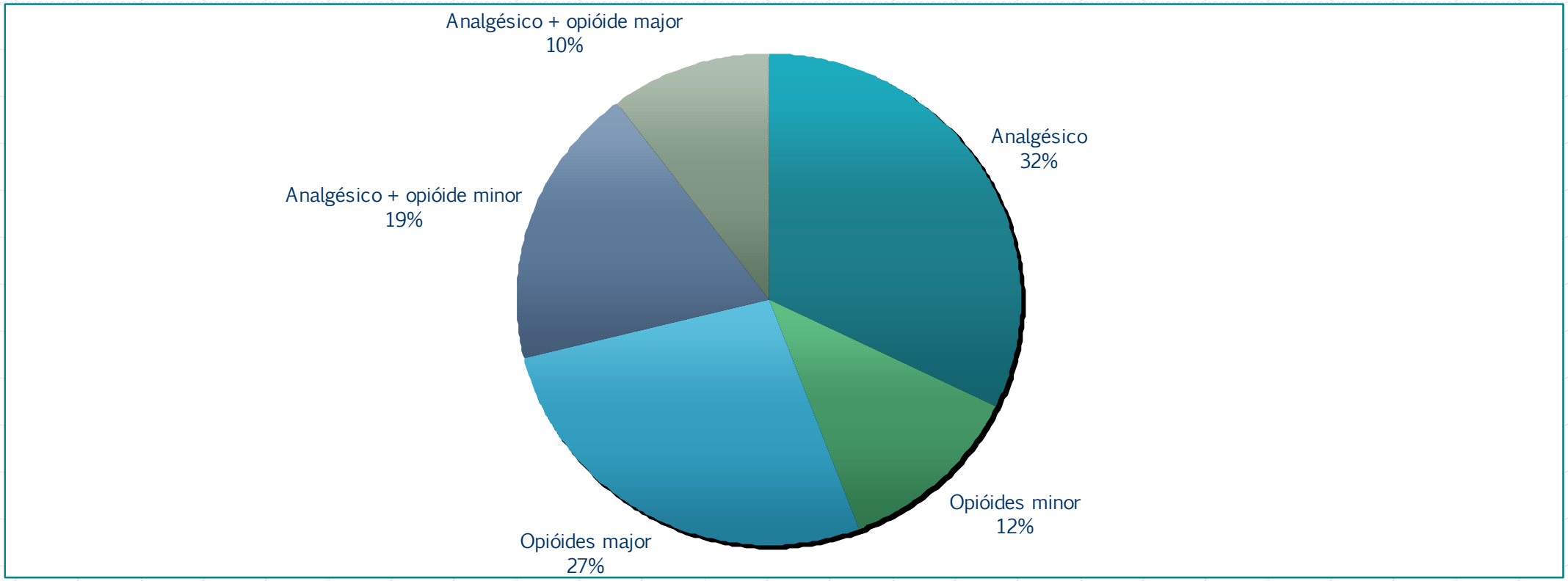
- **N.º médio co-morbilidades**
  7.49/ paciente
- **Necessidades de cuidados de penso regulares**
  46.6%
- **Uso de via SC**
  11.4%
- **Prescrição de antibiótico na última semana de vida**
  31.8%
- **Registo de uma conferência familiar**
  30.7%
- **Certificação do óbito pelo MF**
  23.9%



Resultados (10)
Sintomas no último mês de vida



Resultados (11)
Tratamento da dor no último mês de vida



100% dos pacientes com referência ao sintoma "dor " nos SOAP do último mês estavam medicados

Discussão (1)
Limitações do estudo

- **Validade interna**
  - **Ponto forte**- censo, amostra com bom poder estatístico
  - **Ponto fraco-** incerteza sobre acesso à totalidade da população de estudo no período (significativo?)

- **Validade externa**
  - Realidade local
  - Equipa ligada à comunidade e com longo historial de conhecimento mútuo
  - Necessidade de estudos similares noutros contextos

Discussão (2)
AP prestados pela USF e taxa de morte no domicílio

- Desempenho da USF no quinquénio **claramente acima da média nacional** em 2008: 52.3% vs. 29.9% (INE, 2008)

- Parece **aceitável a existência de uma associação causa-efeito** entre prestação de AP pela equipa de família e a morte em casa:
  - Relação longitudinal e de confiança família-equipa
  - Melhor conhecimento das co-morbilidades e das redes de apoio
  - Melhor acessibilidade a cuidados
  - Acesso a apoios sociais da comunidade facilitado

Discussão (3)
Conteúdo da prática em AP na USF

- **Limitações da análise de registos:** viés de sub-notificação de actos
- **Factos prováveis:**
  - **Cerca de 1/3 das pessoas falecidas em FF nunca estiveram inscritas na USF**
    - Onde estiveram? Lar?
    - Quem e como as cuidou?
  - **Usamos pouco a via SC (11%; necessidade suposta 60-70% - Almada-Lobo F, 2007)**
    - Menor necessidade pela acessibilidade a analgesia TD?
    - Esquecimento? Pouco à-vontade?
  - **Fazemos poucas conferências familiares** (prognóstico, fase agónica, morte)
  - **Abusamos da prescrição de antibióticos na última semana de vida**
  - **Estamos alerta para sintomas terminais- mas não os tornamos problemas de saúde**
  - **Tratamos a dor de modo sistemático- mas não a quantificamos**
  - **Não simplificamos a terapêutica crónica**

Conclusão

- Uma equipa de CSP parece ser capaz de prestar cuidados a pacientes em fim de vida que se associem a uma elevação dos padrões de qualidade de vida.
- O relacionamento com as equipas de família pode ser uma mais valia a considerar na prestação de cuidados paliativos e na RNCP.
- Melhorar aspectos específicos da formação de base e da prática clínica poderá ajudar a aumentar a qualidade técnico-científica dos AP prestados pela equipa.



AGRADECIMENTOS

- Dr.ª Ana Margarida Santos, Conservadora, e todo o pessoal da Conservatória do Registo Civil do Seixal

- Dr.ª Joana Paiva

- Dr.ª Rute Soares

Cuidados em Fim de Vida numa USF



Caracterização da prática e do seu impacto na morte no domicílio de pacientes terminais

Ana Resende Mateus
Olívia Matos

USF FF- mais, Fernão Ferro
Setembro 2013