



FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA
MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA – TRABALHO FINAL

LUÍS PEDRO RODRIGUES PIRES

***CUIDADOS PALIATIVOS NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS:
CARACTERIZAÇÃO E PREVALÊNCIA DE DOENTES COM NEOPLASIA
E DEMÊNCIA AVANÇADAS***

ARTIGO CIENTÍFICO ORIGINAL

ÁREA CIENTÍFICA DE MEDICINA GERAL E FAMILIAR

Trabalho realizado sob a orientação de:
PROFESSORA DOUTORA INÊS ROSENDO CARVALHO E SILVA
DR. CARLOS SEIÇA CARDOSO

ABRIL/2023

Cuidados paliativos nos cuidados de saúde primários: caracterização e prevalência de doentes com neoplasia e demência avançadas

Luís Pedro Rodrigues Pires¹, Inês Rosendo Carvalho e Silva^{1,2}, Carlos Seíça Cardoso^{1,3}

¹ Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal

² Unidade de Saúde Familiar Coimbra Centro, Coimbra, Portugal

³ Unidade de Saúde Familiar Condeixa, Coimbra, Portugal

Autor principal: Luís Pedro Rodrigues Pires

Endereço de correio eletrónico: luispedrorpires@gmail.com

Morada institucional: Pólo III - Polo das Ciências da Saúde, Azinhaga de Santa Comba,
3000-548 Coimbra

Índice

I.	Lista de abreviaturas e siglas.....	6
II.	Resumo.....	7
III.	Abstract.....	9
IV.	Introdução.....	11
V.	Materiais e métodos.....	12
	1. <i>Desenho do estudo</i>	12
	2. <i>Seleção dos participantes</i>	12
	3. <i>Recolha de dados</i>	13
	4. <i>Análise de dados</i>	14
VI.	Resultados.....	14
	1. <i>Caracterização de doentes com neoplasia e demência</i>	14
	2. <i>Caracterização dos doentes com doença avançada</i>	16
	2.1. <i>Doentes com neoplasia avançada</i>	16
	2.2. <i>Doentes com demência avançada</i>	16
	3. <i>Sensibilidade das ferramentas utilizadas</i>	18
VII.	Discussão dos resultados.....	18
VIII.	Conclusão.....	22
X.	Referências.....	24
XI.	Anexos.....	29
	<i>Anexo I – Descrição do projeto enviada aos colaboradores</i>	29
	<i>Anexo II – Consentimento informado enviado aos colaboradores</i>	35
	<i>Anexo III – Escala de Barthel</i>	36
	<i>Anexo IV – Codificações usadas na plataforma MIM@UF</i>	37
	<i>Anexo V – Socioeconomic Deprivation Index (0-3 pontos)</i>	38
	<i>Anexo VI – Frequências relativas de cada codificação organizadas por sistema nos cinco sistemas mais prevalentes</i>	39

Índice de tabelas e figuras

Tabela 1: Neoplasias malignas com maior prevalência (n=559).	15
Tabela 2: Prevalência de neoplasia por sistema (n=559).	15
Tabela 3: Prevalência de doença avançada por patologia (n=623).	15
Tabela 4: Prevalência de doença avançada.	16
Tabela 5: Caracterização dos doentes com neoplasia e demência avançadas.	17
Tabela 6: Sensibilidade das ferramentas utilizadas.	18
Figura 1: Fluxograma da seleção de participantes	13

I. Lista de abreviaturas e siglas

CSP – cuidados de saúde primários

CSS – cuidados de saúde secundários

DNCP – doente com necessidade de cuidados paliativos

MF – médico de família

NQ – nova questão

OMS – Organização Mundial de Saúde

QS – questão surpresa

SEDI – Socioeconomic Deprivation Index

VPN – valor preditivo negativo

VPP – valor preditivo positivo

II. Resumo

Introdução: o aumento da esperança de vida trouxe maior prevalência de doenças crônicas, merecendo destaque as que atingem estádios avançados e com necessidades paliativas. Este estudo pretendeu caracterizar os doentes com diagnóstico de neoplasia e/ou demência em estágio avançado, acompanhados em cuidados de saúde primários, e testar a sensibilidade da questão surpresa e de uma possível nova ferramenta para identificação de doentes com necessidades paliativas.

Métodos: recrutamos por voluntarismo 3 médicos de família que forneceram dados relativos a 623 codificações ativas de neoplasia e/ou demência na plataforma MIM@UF. Definimos como “doente com necessidade de cuidados paliativos” todo o doente com codificação ativa de neoplasia e/ou demência em estádios avançados, dividindo por subgrupos consoante a doença, fazendo posteriormente a sua caracterização clínica e sociodemográfica. Assumindo como *gold standard* a existência de doença em estágio avançado, calculamos e comparamos as sensibilidades de cada uma das ferramentas na identificação destes doentes: a questão surpresa, a questão “Acha que este doente tem necessidades paliativas?” e um instrumento que correspondesse a identificação por pelo menos uma das questões.

Resultados: de entre os dados analisados, existiram 559 (89,7%) codificações ativas de neoplasia e 64 (10,3%) de demência; a prevalência de neoplasia e demência avançadas foi de 1,0% na amostra estudada. Quando comparados com o outro subgrupo, os doentes com demência avançada mostraram predomínio do sexo feminino, idade superior (83,3 anos *versus* 68,1 anos) e menor acesso a cuidados de saúde. Em ambos os subgrupos houve escassez de dados relativos à escolaridade e rendimento e estavam presentes polifarmacoterapia e multimorbilidade. A sensibilidade da questão surpresa nos doentes com necessidades paliativas, segundo a definição, foi de 33,3% e 69,3% para neoplasia e demência, respetivamente; da nova questão de 50,0% para neoplasia e 92,3% para demência; e uma sensibilidade quando usadas em conjunto de 55,6% e 92,3% para neoplasia e demência, respetivamente.

Discussão: a caracterização dos doentes com doença avançada pode ser a chave da adequação e planificação dos cuidados, tanto para os doentes como para as suas famílias ou cuidadores; além disto, a escassez de dados relativos a algumas das variáveis reforça a necessidade da melhoria dos registos clínicos. A utilização de uma nova questão permitiu aumentar a sensibilidade para identificação de doentes com necessidades paliativas.

Conclusão: os nossos resultados ajudam a caracterizar duas subpopulações de doentes com necessidade de cuidados paliativos e avançam com uma possível ferramenta a utilizar na sua identificação, a estudar numa amostra representativa.

Palavras-chave: cuidados paliativos; cuidados de saúde primários; neoplasia; demência.

III. Abstract

Introduction: the increase in life expectancy brought a higher prevalence of chronic diseases, with emphasis on those that reach advanced stages and require palliative care. This study aimed to characterize patients diagnosed with neoplasm and/or dementia at an advanced stage, followed up in primary health care, and to test the sensitivity of the surprise question and of a possible new tool for identifying patients with palliative needs.

Methods: we voluntarily recruited 3 family physicians who provided data relative to 623 active encodings for neoplasm and/or dementia on the MIM@UF platform. We defined as “patient in need of palliative care” any patient with an active codification of neoplasm and/or dementia in advanced stages, dividing them into subgroups according to the disease, and subsequently made their clinical and sociodemographic characterization. Assuming the existence of advanced-stage disease as the gold standard, we calculated and compared the sensitivity for the identification of these patients for the surprise question, the question “Do you think this patient has palliative needs?” and an instrument that corresponded to identification by at least one of the questions.

Results: among the analyzed data, there were 559 (89.7%) active codifications of neoplasm, and 64 (10.3%) of dementia; the prevalence of patients with advanced neoplasm and dementia was 1.0% on the studied sample. When compared with the other subgroup, patients with advanced dementia showed a predominance of the female gender, older age (83.3 *versus* 68.1 years) and less access to health care. In both subgroups, there was a lack of data on education and income, and polypharmacy and multimorbidity were present. The sensitivity of the surprise question in patients with palliative needs, according to the definition, was 33.3% and 69.3% for advanced neoplasm and dementia, respectively; for the new tool, 50.0% for neoplasm and 92.3% for dementia; and a sensitivity, when used in conjunction, of 55.6% and 92.3% for neoplasm and dementia, respectively.

Discussion: the characterization of patients with advanced disease can be the key to the adequacy and planning of care, both for the patients and for their families or caregivers; in addition, the scarcity of data on some of the variables reinforces the need to improve clinical records. The use of a new question made it possible to increase the sensitivity for identifying patients with palliative needs.

Conclusion: our results help to characterize two subpopulations of patients in need of palliative care and advance with a possible tool to be used in their identification, to be studied in a representative sample.

Keywords: palliative care; primary health care; neoplasms; dementia.

IV. Introdução

A evolução da medicina no último século conduziu ao aumento da esperança média de vida e à reconfiguração da composição demográfica das populações. [1] Com isto, o aumento da prevalência de doenças associadas ao envelhecimento, das quais são exemplos a demência e a doença neoplásica, [2] constituem um grande desafio na prestação de cuidados de saúde, em especial de cuidados paliativos. [3] Estes cuidados são definidos pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como uma abordagem que tem como objetivo melhorar a qualidade de vida de doentes e famílias que enfrentam os problemas relacionados com doença ameaçadora de vida. [4]

Na verdade, a mesma organização estima que, em todo o mundo e a cada ano, cerca de 56,8 milhões de pessoas necessitem de cuidados paliativos. [4] Em Portugal, uma estimativa calcula que entre 81 553 e 96 918 adultos tenham necessitado destes cuidados no ano de 2020. [5] No entanto, a maioria dos doentes não chega a ter acesso a cuidados paliativos, com uma avaliação indicar uma cobertura desta modalidade de tratamento a doentes com necessidade de cuidados paliativos (DNCP) de apenas 24,9%. [6]

Vários estudos indicam que quanto mais precoce o acesso a esta modalidade de cuidados, melhor a qualidade de vida, [7–9] menor a agressividade do tratamento e maior a sobrevida se comparados com o acesso na janela temporal típica para esta modalidade de tratamento. [7]

Assim, é essencial identificar os DNCP de forma atempada. A questão surpresa (QS), [10] traduzida e validada para português, [11] é um instrumento proposto para esta identificação e tem uma sensibilidade e especificidade de 63,9% (48,2%-79,6%) e 67,3% (60,1%-74,4%), respetivamente, com valor preditivo positivo (VPP) de 29,9% (19,6%-40,1%) e valor preditivo negativo (VPN) de 89,5% (84,1%-94,9%). [12] Atendendo à prevalência estimada de DNCP, parece haver margem e necessidade de melhoria na qualidade e eficácia desta identificação.

Nesta matéria, a integração dos cuidados de saúde primários (CSP) e dos médicos de família (MF) na prestação de cuidados paliativos tem significativa relevância: estes profissionais acompanham os doentes e famílias ao longo do tempo, fazem visitas ao domicílio e são geralmente o primeiro ponto de contacto com os cuidados de saúde. [13] A abordagem holística é também uma das suas características fundamentais e, como apontado num documento da OMS, ambas as modalidades de cuidados partilham alguns valores essenciais, como a equidade, solidariedade, justiça social, acesso universal a serviços de saúde, descentralização e participação da comunidade nos cuidados de saúde. [14] O mesmo documento refere que a prestação de cuidados paliativos pelos MF previne e alivia o sofrimento causado por problemas severos e complexos de saúde (através do alívio sintomático, por exemplo), diminui o número e duração das hospitalizações, protege contra

situações de risco financeiro e assegura a cobertura universal dos cuidados de saúde. [14] Por isto mesmo, é esperado que a prestação de cuidados paliativos pelos MF aumente no futuro; [15] de facto, de acordo com Aguiar *et al*, considerando os 1700 a 1800 doentes que compõem a lista de um MF, cerca de 19 sofrem de doença terminal a cada ano. [16] Em DNCP, mas não necessariamente em fase terminal, a literatura aponta para um valor de 1,5% para toda a população e 8,0% para a população com 65 ou mais anos. [17] Uma avaliação nos CSP indicou uma prevalência de 17,3% de doentes com necessidades paliativas na população com idade superior a 65 anos. [18]

Este estudo tem como objetivo, numa primeira fase, a análise e caracterização dos doentes com diagnóstico de neoplasia e/ou demência em estágio avançado, acompanhados em CSP. Posteriormente, assumindo estes critérios (presença de doença avançada) como *gold standard*, o objetivo principal do estudo é testar a sensibilidade da QS na população de doentes avaliada, bem como de uma nova questão – “Acha que este doente tem necessidades paliativas?” (NQ) – comparando os resultados de cada uma, em separado, e quando utilizadas em conjunto.

V. Materiais e métodos

1. Desenho do estudo

Estudo exploratório que visa identificar e caracterizar os DNCP por doença neoplásica e/ou demência nos ficheiros clínicos dos MF envolvidos, englobado num projeto que tem por objetivo caracterizar todos os doentes com doença avançada acompanhados em CSP. O estudo foi aprovado pela Comissão de Ética da Associação Regional de Saúde (ARS) do Centro (parecer com referência número 42/2022).

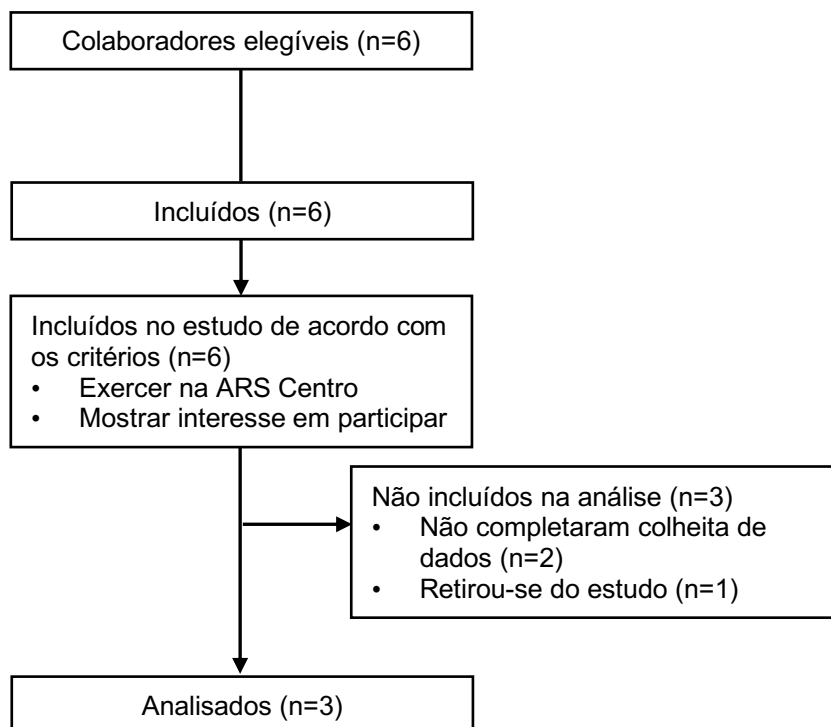
A todos os colaboradores foram dadas as informações necessárias (Anexo I) e solicitado um consentimento informado e escrito (Anexo II), antes de serem colhidos os dados.

2. Seleção dos participantes

Os MF da ARS Centro foram contactados via *e-mail* para apresentação do estudo e posterior avaliação do interesse em participar. Foram incluídos todos os MF que reunissem os seguintes critérios: exercer atividade na ARS Centro e demonstrar interesse em participar no projeto. Além disto, a participação de cada unidade foi ratificada pelo coordenador da unidade funcional. No total, 6 médicos – exercendo nas Unidades de Saúde Familiar Coimbra Sul, Cândido Figueiredo, Vitrius, Infante D. Henrique e Lusitana e integrados na ARS Centro – aceitaram participar no estudo, fornecendo dados relativos a 623 codificações de doença. Importa referir que, durante o processo de recolha de dados, um dos colaboradores se retirou,

por motivos pessoais, da participação no trabalho e dois colaboradores não terminaram a recolha dos dados. Deste modo, foi feita a análise dos dados fornecidos por 3 MF.

Figura 1: Fluxograma da seleção de participantes



3. Recolha de dados

Definiu-se como “DNCP por doença neoplásica ou demência” todo o doente que apresentasse codificação ativa de neoplasia em estágio avançado (definida como neoplasia com localização secundária ativa/”metastização”) e/ou demência em estágio avançado (apontada como dependência funcional completa, ou seja, doentes totalmente dependentes de terceira pessoa para desempenho das suas atividades de vida diária, avaliada através com a escala de Barthel [Anexo III]) de acordo com os dados presentes no registo clínico.

Recorrendo à plataforma MIM@UF identificaram-se, nos ficheiros clínicos dos médicos colaboradores, todas as codificações ativas de neoplasia e/ou demência (Anexo IV). Posteriormente, acedendo aos processos clínicos dos doentes com as codificações indicadas, procurou avaliar-se, de acordo com os registos disponíveis, quais apresentavam qualquer uma das patologias referidas em estágio avançado. Recolheram-se destes últimos um conjunto de dados sociodemográficos – sexo, idade, estado civil, escolaridade e rendimento – e clínicos – número de doenças crónicas ativas, número de fármacos indicados como medicação crónica, número de consultas realizadas no último ano em CSP e número de consultas realizadas no último ano em cuidados de saúde secundários (CSS). Para avaliar o rendimento, foi utilizado o Socioeconomic Deprivation Index (SEDI), validado para utilização

na consulta de medicina geral e familiar para realizar a avaliação socioeconómica das famílias (Anexo V). [19] A partir destes, foi criada uma base de dados através do preenchimento de um formulário enviado aos colaboradores. Todos os dados em causa foram obtidos através do acesso às plataformas informáticas MIM@UF, SClínico® e RSE.

Num segundo momento foram selecionados aleatoriamente 30 DNCP por neoplasia e/ou demência e colocaram-se aos MF desses doentes duas perguntas: a QS e a NQ. As respostas a estas perguntas, bem como os dados recolhidos, foram registadas anonimamente e analisados.

Obteve-se também o número total de utentes na lista de cada MF, de modo a calcular a prevalência de doença avançada na população analisada.

Assumindo como *gold standard* a existência de doença em estágio avançado, foram calculadas e comparadas as sensibilidades para identificação de DNCP de cada pergunta isoladamente e de um instrumento que correspondesse a identificação por pelo menos uma das questões.

4. *Análise de dados*

A análise dos dados, com vista à caracterização dos doentes, foi realizada através da apresentação de médias e desvios padrão (para variáveis escalares) e frequências relativas para variáveis nominais e ordinais.

Quanto à sensibilidade dos instrumentos, foi calculada tendo como *gold standard* a existência de doença em estágio avançado de acordo com critérios. Para este cálculo utilizou-se a seguinte fórmula: $[\text{Verdadeiros positivos}/(\text{Verdadeiros positivos} + \text{Falsos Negativos})]$.

VI. Resultados

1. *Caracterização de doentes com neoplasia e demência*

Obtiveram-se dados relativos a 623 codificações ativas de neoplasia e/ou demência. Destas, 559 (89,7%) eram de neoplasia, enquanto 64 (10,3%) estavam indicadas como demência. De entre as codificações de neoplasia, a maioria dizia respeito a neoplasia maligna da mama feminina (69; 12,3%), seguida pelas neoplasias malignas da próstata (49; 8,8%), do colón e reto (34; 6,1%), da pele (31; 5,5%) e, por fim, do brônquio ou pulmão (11; 2,0%); estes dados estão indicados na Tabela 1. Separando por sistemas (Tabela 2), destaca-se a elevada prevalência de neoplasia do sistema digestivo (217; 38,8%). Importa referir que a neoplasia da mama feminina foi incluída no sistema genital (Anexo VI). Encontram-se anexados dados detalhados dos cinco sistemas com maior prevalência de neoplasia (Anexo VI).

Identificou-se um total de 55 (8,8%; n=623) codificações de neoplasia e demência avançadas, sendo que 29 (45,3%; n=64) tinham diagnóstico de demência e 26 (4,7%; n= 559) de neoplasia (Tabela 3).

Em todo o projeto, foram identificados 106 DNCP e, destes, o número de DNCP por neoplasia e/ou demência foi de 53. O número total de utentes que compõem as listas dos colaboradores foi 5165, pelo que a prevalência de neoplasia e demência avançadas nos doentes analisados foi de 1,0% e de doença avançada, no geral, foi 2,1%. (Tabela 4).

Tabela 1: Neoplasias malignas com maior prevalência (n=559).

Neoplasia	n (%)
Neoplasia maligna da mama (feminina)	69 (12,3%)
Neoplasia maligna da próstata	49 (8,8%)
Neoplasia maligna do cólon e reto	34 (6,1%)
Neoplasia maligna da pele	31 (5,5%)
Neoplasia maligna do brônquio ou pulmão	11 (2,0%)

Tabela 2: Prevalência de neoplasia por sistema (n=559).

Sistema	n (%)
Digestivo	217 (38,8%)
Genital	177 (31,7%)
Pele	54 (9,7%)
Urinário	27 (4,8%)
Neurológico	27 (4,8%)
Circulatório/hematológico	17 (3,0%)
Respiratório	16 (2,9%)
Endócrino	15 (2,7%)
Neoplasia indefinida (L71 e A79)	6 (1,1%)
Cabeça (olho e ouvido)	3 (0,5%)

Tabela 3: Prevalência de doença avançada por patologia (n=623).

Patologia	Total de diagnósticos n (%)	Frequência relativa de doença avançada (n)
Neoplasia	559 (89,7%)	4,7% (26)
Demência	64 (10,3%)	45,3% (29)

Tabela 4: Prevalência de doença avançada.

	Colaborador 1 (n=1654)	Colaborador 2 (n=1711)	Colaborador 3 (n=1800)	Total (n=5165)
Patologia	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Neoplasia e demência avançadas	30 (1,8%)	11 (0,6%)	12 (0,7%)	53 (1,0%)
Doença avançada	68 (4,1%)	18 (1,1%)	20 (1,1%)	106 (2,1%)

2. Caracterização dos doentes com doença avançada

2.1. Doentes com neoplasia avançada

Identificou-se um total de 26 doentes com neoplasia avançada, com média de 68,1 anos (idade mínima de 36 e máxima de 90 anos) e igualmente distribuídos por sexo, existindo 13 (50,0%) doentes para cada sexo. Não foi possível obter dados relativos à escolaridade em 25 (96,2%) dos doentes, sendo que o único doente caracterizado tinha escolaridade de grau primário. De igual modo, não conseguimos obter dados relativos ao rendimento em 21 (80,8%) dos 26 doentes; naqueles em que foi possível obter, 4 (15,4%) tinham classificação SEDI 1 e 1 (3,8%) tinha SEDI 2, não existindo nenhum doente com SEDI 3. Caracterizando clinicamente, percebemos que cada doente tem, em média, 5,2 doenças crónicas ativas e 6,8 fármacos na sua medicação crónica, tendo realizado 7,4 consultas nos CSP e 10,0 nos CSS no último ano (Tabela 5).

2.2. Doentes com demência avançada

Obtiveram-se dados de 29 doentes com demência avançada, com média de 83,3 anos (com mínimo de idade de 71 e máximo de 97 anos) e com predomínio do sexo feminino (20; 69,0%). Não foi possível obter dados relativos à escolaridade em 25 (86,2%) dos doentes; sendo que os restantes 4 (13,8%) têm escolaridade primária. De igual modo, não conseguimos obter dados em relação ao rendimento em 18 (62,1%) doentes; naqueles em que foi possível obter, 7 (24,1%) tinham classificação SEDI 1 e 4 (13,8%) tinham SEDI 2, não existindo nenhum doente com SEDI 3. Caracterizando clinicamente, observa-se uma média de 5,1 doenças crónicas ativas, 7,5 fármacos indicados como medicação crónica, 3,8 consultas nos CSP e 1,5 consultas nos CSS no último ano para cada doente (Tabela 5).

Tabela 5: Caracterização dos doentes com neoplasia e demência avançadas.

Neoplasia avançada (n=26)		n (%)	Demência avançada (n=29)		n (%)
Sexo			Sexo		
Feminino		13 (50,0%)	Feminino		20 (69,0%)
Masculino		13 (50,0%)	Masculino		9 (31,0%)
Idade			Idade		
Média		68,1	Média		83,3
Desvio padrão		13,3	Desvio padrão		7,0
Mínimo		36	Mínimo		71
Máximo		90	Máximo		97
Estado civil			Estado civil		
Solteiro		0 (0,0%)	Solteiro		0 (0,0%)
Casado		18 (69,2%)	Casado		14 (48,3%)
Viúvo		2 (7,7%)	Viúvo		3 (10,3%)
Divorciado		0 (0,0%)	Divorciado		0 (0,0%)
Sem informação		6 (23,1%)	Sem informação		12 (41,4%)
Escolaridade			Escolaridade		
Primária		1 (3,8%)	Primária		4 (13,8%)
Básica		0 (0,0%)	Básica		0 (0,0%)
Secundária		0 (0,0%)	Secundária		0 (0,0%)
Superior		0 (0,0%)	Superior		0 (0,0%)
Sem informação		25 (96,2%)	Sem informação		25 (86,2%)
Rendimento			Rendimento		
SEDI 0		0 (0,0%)	SEDI 0		0 (0,0%)
SEDI 1		4 (15,4%)	SEDI 1		7 (24,1%)
SEDI 2		1 (3,8%)	SEDI 2		4 (13,8%)
SEDI 3		0 (0,0%)	SEDI 3		0 (0,0%)
Sem informação		21 (80,8%)	Sem informação		18 (62,1%)
Nº doenças crónicas ativas			Nº doenças crónicas ativas		
Média		5,2	Média		5,1
Desvio padrão		2,4	Desvio padrão		1,5
Mínimo		1	Mínimo		2
Máximo		12	Máximo		8
Nº fármacos como medicação crónica			Nº fármacos como medicação crónica		
Média		6,8	Média		7,5
Desvio padrão		3,4	Desvio padrão		2,4
Mínimo		1	Mínimo		4
Máximo		14	Máximo		12
Nº consultas no último ano em CSP			Nº consultas no último ano em CSP		
Média		7,4	Média		3,8
Desvio padrão		5,9	Desvio padrão		3,2
Mínimo		0	Mínimo		0
Máximo		20	Máximo		10
Nº consultas no último ano em CSS			Nº consultas no último ano em CSS		
Média		10,0	Média		1,5
Desvio padrão		9,8	Desvio padrão		2,2
Mínimo		0	Mínimo		0
Máximo		41	Máximo		8

Legenda: SEDI, Socioeconomic Deprivation Index; CSP, cuidados de saúde primários; CSS, cuidados de saúde secundários.

3. Sensibilidade das ferramentas utilizadas

Como indicado na Tabela 6, a sensibilidade da QS na totalidade dos DNCP analisados no projeto foi de 48,2% e da NQ de 58,9%. Quando combinadas, as ferramentas identificaram 64,2% dos DNCP.

De modo pormenorizado, no que respeita às neoplasias em estágio avançado, observamos uma sensibilidade de 33,3% para a QS, 50,0% para a NQ e 55,6% quando utilizadas em conjunto. Por outro lado, a demência apresentou uma sensibilidade da QS de 69,2%, da NQ de 92,3% e de ambas as ferramentas de 92,3%.

Tabela 6: Sensibilidade das ferramentas utilizadas.

	Doença avançada	Neoplasia avançada	Demência avançada
QS	48,2%	33,3%	69,2%
NQ	58,9%	50,0%	92,3%
QS e NQ	64,2%	55,6%	92,3%

Legenda: QS, questão surpresa; NQ, nova questão (“Acha que este doente tem necessidades paliativas?”)

VII. Discussão dos resultados

Este estudo caracteriza duas populações distintas de doentes com necessidades paliativas e avança com a sensibilidade de uma nova ferramenta de identificação de DNCP, de forma isolada e em conjunto com a QS.

Como é sabido, a implementação precoce de cuidados paliativos conduz a uma melhoria na qualidade de vida dos doentes [7–9] sendo necessária, para isso, a sua identificação atempada. A QS é uma ferramenta para este efeito, e tem, no nosso país, sensibilidade e especificidade de 63,9% e 67,3% e valores preditivos positivo e negativo de 29,9% e 89,5%, respetivamente. [12] Dada a prevalência de necessidades paliativas, parece existir margem para melhoria nesta identificação.

A recolha dos dados incluiu um formulário enviado aos colaboradores para resposta às duas ferramentas em estudo (QS e NQ) acerca dos 30 DNCP por neoplasia e/ou demência que compunham a amostra aleatória. Na análise destas respostas não foi calculada a especificidade, pelo que não é possível compreender se a utilização das duas ferramentas em conjunto não tem tradução num aumento dos falsos positivos. Ainda assim, é possível compreender que, nesta população em específico, não só a NQ tem uma maior sensibilidade do que a QS em todos os cálculos, como o valor da sensibilidade da primeira é sempre aumentado quando esta é conjugada com a segunda. A este propósito, importa comparar com os valores de sensibilidade de outras ferramentas utilizadas na identificação de doentes com

necessidades paliativas: uma revisão sistemática recente estudou cinco instrumentos (SPICT, SQ, NECPAL, eFI e a ferramenta para identificação precoce de doentes com necessidades paliativas “Rainoe tool”) e que mostrou grande variabilidade nos valores de sensibilidade, entre 3,2% e 94%. [20] De modo mais específico, a QS identificou entre 1,6% e 79% dos doentes com necessidades paliativas e nos estudos em que esta ferramenta foi aplicada a doentes com doença progressiva avançada foi capaz de identificar entre 41% e 79% dos doentes com necessidades paliativas; [20] outra revisão sistemática aponta para um valor médio de sensibilidade da QS de 73%. [21] Neste estudo, para ambas as populações, obtivemos uma sensibilidade dentro destes valores, mas abaixo da média apontada (48,2% para a QS, de forma isolada); além desta, a sensibilidade da NQ ficou também dentro dos valores indicados (58,9% isoladamente). Quando usadas em conjunto, a sensibilidade das ferramentas aumentou 16% em comparação com a utilização isolada da QS e cerca de 5% em comparação com a NQ (sensibilidade da QS junto com NQ de 64,2%).

Observamos, em relação aos doentes com neoplasia, uma sensibilidade inferior na identificação de doentes com necessidades paliativas (33,3%), que aumentou cerca de 22% quando adicionada a NQ; de modo interessante, a NQ, quando usada isoladamente, teve sensibilidade próxima da utilização conjunta de ambas as ferramentas, identificando metade dos DNCP por neoplasia (sensibilidade de 50,0%). Contudo, onde a nova ferramenta parece ter maior utilidade é na identificação de doentes com demência e necessidades paliativas: nestes casos, a adição da QS não se traduziu num aumento da sensibilidade da utilização isolada da NQ. De facto, a ferramenta criada para este estudo teve a capacidade de identificar mais de 9 doentes em cada 10 com demência e necessidades paliativas (sensibilidade de 92,3%). A QS, neste caso, teve uma sensibilidade de 69,2%. Isto significa que, nesta patologia, dada a sua evolução insidiosa, a espera pela positividade da QS pode levar a um atraso na implementação de cuidados paliativos e conseqüente degradação da condição destes doentes.

A prevalência de doença avançada na população estudada foi de 2,1%, valor próximo daquele apontado pela literatura para a população geral, de 1,5%, [17] e que reforça a importância de identificar precocemente estes doentes e reforçar a participação dos CSP nesta modalidade de tratamento.

Os resultados deste estudo mostram que 45,3% dos doentes com demência como problema ativo se encontram no estágio avançado da sua doença. Faltam, a este propósito, estimativas relativas à prevalência de demência em estágio avançado a nível internacional. Ainda assim, sabendo que esta é uma patologia ainda subdiagnosticada, [22,23] parece legítimo inferir que os casos identificados sejam já de formas moderadas e severas da doença, o que pode sobrestimar a prevalência de doença avançada nos dados em estudo. Pese embora este provável viés, parece ficar clara a necessidade de maior identificação deste

problema nos arquivos clínicos, permitindo uma atuação precoce em fases mais iniciais da doença, [24] mas também a instituição de ações paliativas de forma consistente nas fases mais avançadas, em que a prevalência destas necessidades se mostra elevada.

Neste trabalho encontramos também dados acerca da prevalência de neoplasia. As neoplasias com maior prevalência estão indicadas na Tabela 2, estando parcialmente de acordo com as estimativas mais recentes. Na realidade, uma revisão sistemática recente descreve como mais prevalentes a nível global as neoplasias da mama feminina, do pulmão, da próstata, do cólon e do estômago. [25] Comparando com os resultados obtidos, destaca-se a baixa prevalência de neoplasia do pulmão e brônquio na população analisada, com apenas 2,0% de todos os casos, e a elevada prevalência de neoplasia maligna da pele, contabilizando 5,5% de todas neoplasias codificadas. O elevado impacto social da doença neoplásica torna importante a proximidade do MF e o conhecimento da comunidade onde exerce e da qual é um membro ativo. [26] Na verdade, estes profissionais têm um papel abrangente, garantindo apoio em questões pessoais, laborais e sociais. [26] No mesmo sentido, um estudo revelou que tanto os MF como os enfermeiros e os próprios doentes apontam como principais responsabilidades destes profissionais não apenas o alívio de sintomas físicos, mas também a prestação de apoio psicológico e existencial aos doentes com neoplasia em estágio avançado. [27]

A análise dos dados relativos à demência avançada revela maior prevalência deste estágio no sexo feminino, com 69,0% de todos os casos. Esta relação acompanha vários estudos acerca do tema [28,29] e, apesar da causa ser ainda desconhecida, supõe-se que se deverá à maior esperança de vida neste sexo em comparação com o sexo masculino – segundo o Instituto Nacional de Estatística, as mulheres no nosso país vivem em média cerca de 5 anos a mais do que os homens. [30]

Uma vez que o principal fator de risco para o desenvolvimento de demência é o envelhecimento, [31,32] não são surpreendentes os resultados obtidos relativos à idade: a idade média de doentes com demência é de 83,3 anos e o doente mais jovem tem 71 anos. O envelhecimento está também associado ao aumento do *burden of disease* [2,33] e, como consequência, ao aumento da necessidade de cuidados paliativos. [33]

A ausência de dados em relação ao grau de escolaridade observa-se em ambas as subpopulações analisadas. Na realidade, a escolaridade é fundamental na adequação da informação transmitida e na comunicação entre médico e doente. Uma comunicação incapaz aumenta a probabilidade de o doente não aderir ao tratamento, diminui a sua satisfação e, em última análise, traduz-se num uso ineficiente dos recursos em saúde. [34]

O mesmo problema está também presente no que respeita ao rendimento dos doentes analisados. Apesar disto, os dados presentes permitem tirar algumas conclusões: quase 25% dos doentes com demência e cerca de 15% dos doentes com neoplasia têm SEDI 1 (24,1%

e 15,4%, respetivamente). Atendendo às necessidades específicas da população estudada, o baixo rendimento pode constituir um obstáculo na obtenção de cuidados adequados. Uma revisão sistemática indicou que algumas das dificuldades em prestar cuidados paliativos a um doente com baixo rendimento incluem a insuficiente infraestrutura, a falta de acesso a fármacos para alívio sintomático e ausência de uma rede estruturada de cuidados paliativos. [35] Demais, o baixo rendimento contribui para o aumento do *burden of disease*. [36]

A multimorbilidade pode ser definida como qualquer combinação de doença crónica e outra doença (aguda ou crónica) ou outro fator biopsicossocial ou um fator de risco somático [37,38] e está presente em qualquer faixa etária sendo, contudo, mais prevalente em idosos. [39] Este é um problema de saúde altamente relevante e que se traduz em pior qualidade de vida [39,40] devendo por isso ser tido em conta.

Frequentemente associada à multimorbilidade, [41] a polifarmacoterapia está também presente nos doentes analisados. Esta pode ser definida como o uso de 5 ou mais fármacos de forma crónica e tem uma prevalência de cerca de 37% a nível global e em qualquer idade tendo especial impacto em doentes com 65 ou mais anos (nestes a prevalência é de 45%) não estando relacionada com fatores como sexo ou localização geográfica. [42] Os nossos resultados encontraram uma média de 6,8 fármacos indicados como medicação crónica em doentes com neoplasia avançada e 7,5 naqueles com demência avançada. Por isto mesmo, a desprescrição deve ser uma atitude a ponderar, devendo ser encarada como uma intervenção terapêutica semelhante ao começo adequado de nova medicação. [43] A remoção de fármacos desnecessários reduz o *pill burden*, o risco de efeitos adversos e o impacto financeiro para os doentes. [43] Tendo em conta a interdependência destes dois conceitos, a proximidade dos MF e sua abordagem holística afiguram-se essenciais.

No que toca ao acesso a cuidados de saúde, concluímos que os doentes com demência avançada são avaliados, em média, cerca de uma vez por trimestre (3,8 consultas por ano) nos CSP e pouco mais de uma vez por ano nos CSS (1,5 consultas por ano). Isto traduz uma realidade esclarecedora: na verdade, os cuidados primários de saúde são o principal ponto de contacto com estes doentes. [13] Como apontado pela OMS, a maioria dos doentes deseja permanecer em sua casa na fase final da vida. [14] Neste ponto, o papel dos MF é fundamental: realizam visitas ao domicílio e as unidades de CSP são geralmente mais facilmente acessíveis do que os cuidados secundários. Não obstante, a mesma organização reforça a necessidade de integração entre CSP e CSS caso um doente tenha de ser transferido para uma instituição de CSS para alívio de sintomas refratários. [14] Para assegurar a melhor preparação possível para lidar com estes doentes, é imperativo reforçar a formação dos MF em cuidados paliativos. Um estudo realizado em Portugal revelou que, apesar de os MF se sentirem capazes de lidar com os DNCP de forma satisfatória, é necessário implementar o ensino deste tipo de cuidados na formação desta especialidade e

integrar dos CSP numa rede nacional de cuidados paliativos. [44] Outro autor reforçou também a necessidade de formação em cuidados paliativos nos MF. [45]

Em sentido contrário, os doentes com neoplasia avançada têm maior contacto com os CSS do que com os CSP quando comparados com os doentes acima descritos, tendo praticamente o dobro das consultas anuais em CSP e seis vezes mais o acesso a CSS. Os nossos resultados revelam que estes doentes realizaram, em média, mais de uma consulta nos CSP a cada dois meses (uma média de 7,4 consultas nos CSP por ano) e tiveram um contacto quase mensal com os CSS (10,0 por ano, em média). Por isto mesmo, o impacto destes doentes no Sistema Nacional de Saúde é algo a considerar. Os dados relativos aos custos em saúde de DNCP são ainda pouco consensuais: existem estudos [46–48] que mostram que o acesso precoce aos cuidados paliativos se traduz na diminuição dos custos em saúde no último ano de vida – através da redução das hospitalizações – existindo, contudo, outros que não apresentam diferença significativa entre a prestação de cuidados paliativos em meio hospitalar ou domiciliário. [49,50] Este é um tema que merece maior atenção, de modo a assegurar o acesso generalizado a esta modalidade de cuidados.

Apesar disto, o estudo apresenta algumas limitações a indicar. Em primeiro lugar, a amostra utilizada não é representativa, sendo uma amostra de conveniência dos MF que participaram no estudo. Demais, observou-se alguma falta de informação, nomeadamente em relação aos dados da escolaridade e rendimento. Os doentes analisados foram selecionados através de registos clínicos, que têm frequentemente erros e ausência de conteúdo. [51] Foi calculada somente a sensibilidade, não tendo sido calculada a especificidade, não permitindo assim avaliar o número de falsos positivos. Além disto, não existem critérios claros para definição de demência em estágio avançado, o que pode ter tido impacto nos resultados. Por fim, foram incluídos no estudo diagnósticos de neoplasia com significado indeterminado/benigna, de modo a não perder qualquer diagnóstico de neoplasia. Isto pode ter também alterado os resultados, conduzindo a uma subestimação da prevalência de neoplasia avançada na população em análise.

Ainda assim, este trabalho garante a caracterização de duas populações de doentes com doença avançada quanto a múltiplos critérios, clínicos e sociodemográficos, e avança também com uma possível ferramenta de identificação de DNCP, com resultados particularmente promissores entre a população com diagnóstico de demência.

VIII. Conclusão

Com este trabalho, foi possível acrescentar dados quanto às características de duas populações de doentes com doença avançada. Na identificação de demência avançada, a utilização da NQ mostrou-se uma ferramenta com potencial superior à QS: sensibilidade de

92,3% e 69,2%, respectivamente. Poderá ser de considerar um instrumento que conjugue as duas questões já que a utilização conjunta da duas ferramentas demonstrou aumentar a sensibilidade para identificação dos doentes, identificando 64,2% dos DNCP, 55,6% dos doentes com neoplasia avançada e 92,3% dos doentes com demência avançada.

Importa, em estudos subsequentes, estudar a utilização desta ferramenta usando uma amostra representativa de participantes e realizando o cálculo da especificidade. A conjugação da QS com uma nova ferramenta poderá permitir a identificação atempada de um maior número de DNCP.

IX. Agradecimentos

Agradeço, em primeiro lugar, aos colaboradores que aceitaram participar neste projeto e ofereceram a sua contribuição e disponibilidade.

Demais, agradeço aos meus orientadores, a Professora Inês Rosendo e o Dr. Carlos Cardoso, pela ajuda e orientação ao longo de todo este trabalho.

X. Referências

1. United Nations. Decade of Healthy Ageing: Plan of Action. [Internet] Geneva: World Health Organization. 2020 [cited 2023 Feb 8]. Available from: <https://www.who.int/publications/m/item/decade-of-healthy-ageing-plan-of-action>
2. Prince MJ, Wu F, Guo Y, Gutierrez Robledo LM, O'Donnell M, Sullivan R, et al. The burden of disease in older people and implications for health policy and practice. *The Lancet*. 2015 Feb 7;385(9967):549–62.
3. Morin L, Aubry R, Frova L, MacLeod R, Wilson DM, Loucka M, et al. Estimating the need for palliative care at the population level: A cross-national study in 12 countries. *Palliat Med*. 2017 Jun 1;31(6):526–36.
4. World Health Organization. Definition of Palliative Care. [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2023 [cited 2023 Feb 8]. Available from: <https://www.who.int/health-topics/palliative-care>
5. Comissão Nacional de Cuidados Paliativos. Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos 2021-2022. [Internet] Lisbon: Ministério da Saúde; 2021. [cited 2023 Feb 9]. Available from: https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2017/01/PEDCP-2021_2022.pdf
6. Capelas ML, Coelho P, Batista S, Sapeta AP. Observatório Português dos Cuidados Paliativos: relatório outono 2019. [Internet] Lisbon: Universidade Católica Editora; 2020 [cited 2023 Feb 9]. Available from: <http://hdl.handle.net/10400.14/30228>
7. Temel JS, Greer JA, Muzikansky A, Gallagher ER, Admane S, Jackson VA, et al. Early Palliative Care for Patients with Metastatic Non-Small-Cell Lung Cancer. *New England Journal of Medicine*. 2010 Aug 19;363(8):733–42.
8. Zimmermann C, Swami N, Krzyzanowska M, Hannon B, Leighl N, Oza A, et al. Early palliative care for patients with advanced cancer: A cluster-randomised controlled trial. *The Lancet*. 2014;383(9930):1721–30.
9. Vanbutsele G, Pardon K, Van Belle S, Surmont V, De Laat M, Colman R, et al. Effect of early and systematic integration of palliative care in patients with advanced cancer: a randomised controlled trial. *Lancet Oncol*. 2018 Mar 1;19(3):394–404.
10. Moroni M, Zocchi D, Bolognesi D, Abernethy A, Rondelli R, Savorani G, et al. The “surprise” question in advanced cancer patients: A prospective study among general practitioners. *Palliat Med*. 2014;28(7):959–64.
11. Faria De Sousa P, Julião M. Letters to the Editor Translation and Validation of the Portuguese Version of the Surprise Question. *J Palliat Med*. 2017 Jul;20(7):701.
12. Faria de Sousa P, Julião M, Barbosa A. A pergunta surpresa em medicina geral e familiar na doença oncológica e em doença avançada de órgão. FM - Dissertações de Mestrado. 2018 Sep. Available from: <http://hdl.handle.net/10451/39300>.

13. Ramanayake RPJC, Dilanka GVA, Premasiri LWSS. Palliative care; role of family physicians. *J Family Med Prim Care*. 2016;5(2):234.
14. World Health Organization. Integrating palliative care and symptom relief into primary health care: a WHO guide for planners, implementers and managers [Internet]. Geneva: World Health Organization. 2018 [cited 2023 Mar 25]. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/274559>.
15. Sarmiento Medina PJ, Díaz Prada VA, Rodríguez NC. El rol del médico de familia en el cuidado paliativo de pacientes crónicos y terminales. *Medicina de Familia SEMERGEN*. 2019 Jul;45(5):349–55.
16. Aguiar H. Os cuidados paliativos nos cuidados de saúde primários - O desafio para o século XXI. *Rev Port Med Geral Fam*. 2012;28(6):442-7.
17. Gómez-Batiste X, Martínez-Muñoz M, Blay C, Amblàs J, Vila L, Costa X, et al. Prevalence and characteristics of patients with advanced chronic conditions in need of palliative care in the general population: A cross-sectional study. *Palliat Med*. 2014;28(4):302–11.
18. Hamano J, Oishi A, Kizawa Y. Prevalence and Characteristics of Patients Being at Risk of Deteriorating and Dying in Primary Care. *J Pain Symptom Manage*. 2019 Feb 1;57(2):266-272.e1.
19. Miranda MR, Santiago LM. Classificação Socioeconómica Familiar em Medicina Geral e Familiar. A comparação de dois modelos. UC - Dissertações de Mestrado. 2020 Jun. Available from <http://hdl.handle.net/10316/97619>.
20. ElMokhallalati Y, Bradley SH, Chapman E, Ziegler L, Murtagh FEM, Johnson MJ, et al. Identification of patients with potential palliative care needs: A systematic review of screening tools in primary care. *Palliat Med*. 2020 Sep 1;34(8):989–1005.
21. White N, Kupeli N, Vickerstaff V, Stone P. How accurate is the ‘Surprise Question’ at identifying patients at the end of life? A systematic review and meta-analysis. *BMC Med*. 2017 Dec 2;15(1):139.
22. Amjad H, Roth DL, Sheehan OC, Lyketsos CG, Wolff JL, Samus QM. Underdiagnosis of Dementia: an Observational Study of Patterns in Diagnosis and Awareness in US Older Adults. *J Gen Intern Med*. 2018 Jul 1;33(7):1131–8.
23. Connolly A, Gaehl E, Martin H, Morris J, Purandare N. Underdiagnosis of dementia in primary care: Variations in the observed prevalence and comparisons to the expected prevalence. *Aging Ment Health*. 2011;15(8):978–84.
24. Moore A, Frank C, Chambers LW. Role of the family physician in dementia care. *Canada Family Physician*. 2018;64(October 2018):717–9.
25. Ferlay J, Colombet M, Soerjomataram I, Parkin DM, Piñeros M, Znaor A, et al. Cancer statistics for the year 2020: An overview. *Int J Cancer*. 2021 Aug 15;149(4):778–89.

26. Ramanayake RPJC, Dilanka GVA, Premasiri LWSS. Palliative care; role of family physicians. *J Family Med Prim Care*. 2016;5(2):234.
27. Beernaert K, Van Den Block L, Van Thienen K, Devroey D, Pardon K, Deliens L, et al. Family physicians' role in palliative care throughout the care continuum: Stakeholder perspectives. *Fam Pract*. 2015;32(6):694–700.
28. Livingston G, Huntley J, Sommerlad A, Ames D, Ballard C, Banerjee S, et al. Dementia prevention, intervention, and care: 2020 report of the Lancet Commission. *The Lancet*. 2020 Aug 8;396(10248):413–46.
29. Arvanitakis Z, Shah RC, Bennett DA. Diagnosis and Management of Dementia: Review. *JAMA - Journal of the American Medical Association*. 2019 Oct 22;322(16):1589–99.
30. Instituto Nacional de Estatística. Tábuas de mortalidade para Portugal 2019-2021 [Internet]. Lisbon: Instituto Nacional de Estatística. 2022 [cited 2023 Mar 5]. Available from: https://www.app.com.pt/wp-content/uploads/2022/05/30TabuasMortalidade2019_2021-1.pdf
31. Hou Y, Dan X, Babbar M, Wei Y, Hasselbalch SG, Croteau DL, et al. Ageing as a risk factor for neurodegenerative disease. *Nat Rev Neurol*. 2019 Oct 1;15(10):565–81.
32. Vermunt L, Sikkes SAM, van den Hout A, Handels R, Bos I, van der Flier WM, et al. Duration of preclinical, prodromal, and dementia stages of Alzheimer's disease in relation to age, sex, and APOE genotype. *Alzheimer's and Dementia*. 2019 Jul 1;15(7):888–98.
33. Grudzen CR, Richardson LD, Morrison M, Cho E, Sean Morrison R. Palliative care needs of seriously ill, older adults presenting to the emergency department. *Academic Emergency Medicine*. 2010 Nov;17(11):1253–7.
34. Vermeir P, Vandijck D, Degroote S, Peleman R, Verhaeghe R, Mortier E, et al. Communication in healthcare: A narrative review of the literature and practical recommendations. *Int J Clin Pract*. 2015 Nov 1;69(11):1257–67.
35. Abu-Odah H, Molassiotis A, Liu J. Challenges on the provision of palliative care for patients with cancer in low- and middle-income countries: a systematic review of reviews. *BMC Palliat Care*. 2020 Apr 22;19(1):55.
36. Coates MM, Ezzati M, Aguilar GR, Kwan GF, Vigo D, Mocumbi AO, et al. Burden of disease among the world's poorest billion people: An expert-informed secondary analysis of Global Burden of Disease estimates. *PLoS One*. 2021 Aug 16;16(8 August):e0253073.
37. Willadsen TG, Bebe A, Køster-Rasmussen R, Jarbøl DE, Guassora AD, Waldorff FB, et al. The role of diseases, risk factors and symptoms in the definition of multimorbidity – a systematic review. *Scand J Prim Health Care*. 2016 Apr 2;34(2):112–21.

38. Le Reste JY, Nabbe P, Manceau B, Lygidakis C, Doerr C, Lingner H, et al. The European General Practice Research Network Presents a Comprehensive Definition of Multimorbidity in Family Medicine and Long Term Care, Following a Systematic Review of Relevant Literature. *J Am Med Dir Assoc*. 2013;14(5):319–25.
39. Makovski TT, Schmitz S, Zeegers MP, Stranges S, van den Akker M. Multimorbidity and quality of life: Systematic literature review and meta-analysis. *Ageing Res Rev*. 2019 Aug 1;53:100903.
40. Marengoni A, Angleman S, Melis R, Mangialasche F, Karp A, Garmen A, et al. Aging with multimorbidity: A systematic review of the literature. *Ageing Res Rev*. 2011 Sep;10(4):430–9.
41. Calderón-Larrañaga A, Poblador-Plou B, González-Rubio F, Gimeno-Feliu LA, Abad-Díez JM, Prados-Torres A. Multimorbidity, polypharmacy, referrals, and adverse drug events: Are we doing things well? *British Journal of General Practice*. 2012 Dec;62(605):e821–6.
42. Delara M, Murray L, Jafari B, Bahji A, Goodarzi Z, Kirkham J, et al. Prevalence and factors associated with polypharmacy: a systematic review and Meta-analysis. *BMC Geriatr*. 2022 Jul 19;22(1):601.
43. Halli-Tierney AD, Scarbrough C, Carroll D. Polypharmacy: Evaluating Risks and Deprescribing. *Am Fam Physician*. 2019 Jul 1;100(1):32–8.
44. Cardoso CS, Prazeres F, Xavier B, Gomes B. Family physicians' perspectives on their role in palliative care: A double focus group in Portugal. *Int J Environ Res Public Health*. 2021 Jul 7;18(14):7282.
45. Castro RF, Esteves AC, Gouveia M, Reis-Pina P. Why is palliative care training during the portuguese family medicine residency program not mandatory? *Acta Med Port*. 2022;35(2):87–8.
46. Seow H, Barbera LC, McGrail K, Burge F, Guthrie DM, Lawson B, et al. Effect of Early Palliative Care on End-of-Life Health Care Costs: A Population-Based, Propensity Score-Matched Cohort Study. *JCO Oncol Pract*. 2022 Jan;18(1):e183–92.
47. Yadav S, Heller IW, Schaefer N, Salloum RG, Kittelson SM, Wilkie DJ, et al. The health care cost of palliative care for cancer patients: a systematic review. *Supportive Care in Cancer*. 2020 Oct 1;28(10):4561–73.
48. Luta X, Ottino B, Hall P, Bowden J, Wee B, Droney J, et al. Evidence on the economic value of end-of-life and palliative care interventions: a narrative review of reviews. *BMC Palliat Care*. 2021 Jun 23;20(1):89.
49. Hagemann M, Zambrano SC, Bütikofer L, Bergmann A, Voigt K, Eychmüller S. Which Cost Components Influence the Cost of Palliative Care in the Last Hospitalization? A

- Retrospective Analysis of Palliative Care Versus Usual Care at a Swiss University Hospital. *J Pain Symptom Manage*. 2020 Jan 1;59(1):20-29.e9.
50. Yu M, Guerriere DN, Coyte PC. Societal costs of home and hospital end-of-life care for palliative care patients in Ontario, Canada. *Health Soc Care Community*. 2015 Nov 1;23(6):605–18.
 51. Weiner SJ, Wang S, Kelly B, Sharma G, Schwartz A. How accurate is the medical record? A comparison of the physician's note with a concealed audio recording in unannounced standardized patient encounters. *Journal of the American Medical Informatics Association*. 2020 May 1;27(5):770–5.

XI. Anexos

Anexo I – Descrição do projeto enviada aos colaboradores.

Formulário para Submissão de Pedidos de Apreciação pela Comissão de Ética da Administração Regional de Saúde do Centro.

Todos os campos abaixo são de preenchimento obrigatório. Para os campos sem possibilidade de anotação, escrever "não se aplica".

Os documentos necessários devem ser enviados em correio eletrónico em versão pdf em correio eletrónico com o título do estudo.

A submissão a parecer deve ser endereçada ao Senhor Presidente do Conselho Diretivo da ARS Centro IP quando a submissão de faça por correio em papel.

1 - Título do Projeto/Trabalho:

Prevalência e caracterização dos doentes com doenças crónicas e necessidades paliativas em cuidados de saúde primários

2 - Identificação dos proponentes (anexar CV resumido de cada um dos autores).

2.1 - Autor principal/afiliação institucional:

Co-primeiros autores:

Carolina Duarte Valim da Silva, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

Luís Pedro Rodrigues Pires, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

2.2 - Co-autor(es) /afiliação institucional:

Carlos Seíça Cardoso, UCSP Figueira-da-Foz Norte

Inês Rosendo Silva, USF Coimbra Centro; Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

3 Protocolo.

3.1 - Introdução/Justificação (inclui orientadores e co-orientadores quando aplicável);

Máximo de 500 palavras:

Os cuidados paliativos surgiram da necessidade de providenciar melhor qualidade de vida aos doentes com patologias crónicas, progressivas, potencialmente incuráveis e em estágio avançado. Assim, a sua aplicação engloba estratégias de controlo sintomático, mas também de acompanhamento psicossocial do doente e da respetiva família, bem como na orientação de decisões complexas relacionadas com saúde. A avaliação da necessidade de cuidados paliativos pode ser realizada com recurso a ferramentas de identificação, sendo possivelmente a mais simples destas a "questão surpresa", traduzida e validada para português, em que é colocada ao clínico a seguinte pergunta: "Ficaria surpreendido se o doente em questão morresse nos próximos 12 meses?". Existem, no entanto, dados de que a utilização desta ferramenta de forma isolada, poder ter baixa sensibilidade e especificidade, de 63,9% (48,2%-79,6%) e 67,3% (60,1%-74,4%), respetivamente, para identificação de doentes com necessidades paliativas. (1)

Apesar de, classicamente, estes cuidados serem mais facilmente associados a doentes com doença neoplásica em estágio avançado, a corrente científica atual defende que as doenças crónicas não oncológicas, especialmente nas suas fases mais avançadas, beneficiam igualmente de ações e cuidados paliativos, podendo ter um impacto importante na qualidade de vida dos doentes e famílias. Assim, é necessário identificarmos com maior rigor os doentes que devem ter acesso a tipo de cuidados, para que eles possam ser iniciados precocemente, já que existe evidência de que os benefícios dos cuidados paliativos são tanto maiores quanto mais precoce for o seu início. Da análise da literatura publicada, estima-se que a prevalência de doentes com necessidades paliativas nos cuidados primários possa variar entre 8% a 14% (2,3), de acordo com as ferramentas de identificação utilizadas o que pode significar que em Portugal, assumindo que cada médico de família tem, em média, entre 1600 a 1900 doentes na sua lista, se possa estimar que cada médico de família tenha cerca de 128 doentes com necessidades paliativas. Existem, atualmente, várias ferramentas de identificação de doentes com necessidades paliativas aplicáveis em cuidados primários (4), no entanto, apenas a questão surpresa se encontra validada para português (5). Pese embora uma ferramenta útil, apresenta sensibilidade, quando usada isoladamente, que pode rondar os 60a 70%% (6). As outras ferramentas apresentam maior sensibilidade, no entanto são mais morosas e difíceis de aplicar numa consulta de avaliação de Saúde de Adultos.

Referências:

1. Faria de Sousa, P. & Julião, M. Translation and Validation of the Portuguese Version of the Surprise Question. *J Palliat Med* 20, 701–701 (2017).
2. Hamano, J., Oishi, A. & Kizawa, Y. Identified Palliative Care Approach Needs with SPICT in Family Practice: A Preliminary Observational Study. *J. Palliat. Med.* 21, 992–998 (2018)
3. Hamano, J., Oishi, A. & Kizawa, Y. Prevalence and Characteristics of Patients Being at Risk of Deteriorating and Dying in Primary Care. *J. Pain Symptom Manage.* 57, 266-272.e1 (2019)
4. ElMokhallati Y, Bradley SH, Chapman E, Ziegler L, Murtagh FE, Johnson MJ, Bennett MI. Identification of patients with potential palliative care needs: A systematic review of screening tools in primary care. *Palliat Med.* 2020 Sep;34(8):989- 1005.
5. Faria de Sousa P, Julião M. Translation and Validation of the Portuguese Version of the Surprise Question. *J Palliat Med.* 2017 Jul;20(7):701.
6. White N, Kupeli N, Vickerstaff V, Stone P. How accurate is the 'Surprise Question' at identifying patients at the end of life? A systematic review and meta- analysis. *BMC Med.* 2017 Aug 2;15(1):139.

3.2 – Objetivos (máximo de 200 palavras):

Determinar a prevalência e características dos doentes com necessidades paliativas em unidades de cuidados de saúde primários (CSP) da ARS Centro.

Compreender se existe correlação entre a necessidade de cuidados paliativos definida por critérios clínicos, pela “questão surpresa” e pela resposta dos médicos de família à pergunta “Acha que este doente tem necessidades paliativas?”

3.3 - Material e métodos (máximo de 500 palavras):

Pretende-se desenvolver um estudo exploratório, envolvendo médicos de Medicina Geral e Familiar, com vista a identificar e caracterizar os doentes com necessidades paliativas nos ficheiros clínicos destes médicos. Não foi calculada uma amostra de médicos de família representativa, já que este estudo pretende ser exploratório, tendo-se definido, no entanto, que a amostra mínima necessária antes de iniciar o estudo seria de 3 médicos recrutados por voluntarismo (com avaliação previsível de aproximadamente 390 ficheiros clínicos). Para a realização deste estudo foram, assim, convocados internos e especialistas de Medicina Geral e Familiar da ARS Centro para participar no projeto. A convocatória e apresentação do projecto foi realizada através de divulgação por mailling list contendo médicos de família e os critérios de inclusão dos médicos foram, além de exercer atividade na ARS Centro, demonstrar interesse em participar no projeto. Obteve-se um total de 6 voluntários exercendo funções nas USF Coimbra Sul, Cândido Figueiredo, Vitrius, Infante D. Henrique e Lusitana. Obteve-se ratificação dos coordenadores de cada unidade funcional para participação no estudo, sendo que o início do mesmo se encontra a aguardar parecer positivo da Comissão de Ética da ARS Centro. A cada médico foi explicado o estudo e será solicitado consentimento para participação no mesmo.

Fase 1 – Identificação e caracterização dos doentes com necessidades paliativas

Definiu-se como “doente com necessidade de cuidados paliativos” todo o doente que apresentasse codificação activa de Neoplasia em estágio avançado (com localização secundária ativa), Doença Renal Crónica (DRC) estágio IV/IV, Insuficiência Cardíaca Congestiva (ICC) NYHA III/IV, Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC) Gold III/IV e Demência em estágio avançado (dependência funcional completa) de acordo com os dados presentes no registo clínico.

Procedimento:

Acedendo à plataforma MIM@UF serão identificados todos os doentes dos ficheiros clínicos dos médicos que aceitaram participar no estudo, que tenham codificação ativa de Neoplasia, Doença Renal Crónica (DRC), Insuficiência Cardíaca Congestiva (ICC), Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC) e Demência (Apêndice).

Numa segunda fase, acedendo aos processos clínicos destes doentes, procurará avaliar-se, de acordo com os registos disponíveis, quais apresentam Neoplasia em estágio avançado, DRC estágio IV/VI, ICC NYHA III/IV, DPOC GOLD III/IV e Demência em estágio avançado. (dependência funcional completa).

Procurar-se-á realizar uma caracterização sociodemográfica destes doentes, recolhendo-se, para tal, dados referente ao sexo, idade, estado civil, escolaridade e rendimento. Procurar-se-á realizar, também uma caracterização clínica dos doentes identificados, recolhendo-se, para tal, informação sobre o número de doenças crónicas ativas, medicação crónica, número de consultas realizadas no último ano em CSP e em cuidados secundários.

Todos os dados pesquisados serão os constantes na plataformas informáticas MIM@UF, SClínico® e RSE.

Fase 2 – Correlação dos instrumentos de identificação.

Assumir-se-á a identificação de doentes com necessidades paliativas baseada em dados clínicos como gold standard para identificação de necessidades paliativas.

Dos doentes com necessidades paliativas identificados, será selecionada aleatoriamente uma amostra representativa de cada lista de cada médico de família. Em função das patologias presentes na amostra aleatória, serão selecionados aleatoriamente, estratificando por essas patologias, doentes de cada ficheiro médico que apresentem doenças, mas que não estejam em estágio avançado (de acordo com a definição de necessidades paliativas deste estudo).

Os médicos terão de responder à “questão surpresa”: “Ficaria surpreendido se o doente em questão morresse nos próximos 12 meses?” e à questão: “Acha que este doente tem necessidades paliativas?” (sobre os doentes do seu ficheiro).

Em função das respostas obtidas determinar-se-á a correlação entre estes critérios e a sensibilidade e especificidade da questão surpresa e da questão desenvolvida para determinar necessidade de cuidados paliativos em doentes acompanhados em cuidados de saúde primários, com vista a perceber se a alteração de formulação, mantendo o racional de ferramenta baseada numa única questão, permite obter uma maior sensibilidade na identificação.

Após questionamento dos médicos, os dados serão registados de forma anonimizada e enviados para análise estatística.

Análise estatística:

A análise dos dados da fase 1 será realizada através da apresentação de médias (para variáveis escalares) e frequências relativas para variáveis nominais e ordinais.

Para os dados de fase 2, realizar-se-á estatística descritiva (cálculo de sensibilidade para cada ferramenta: verdadeiros positivos/(verdadeiros positivos + falsos negativos) e inferencial utilizados o teste de Chi-quadrado. Assumir-se-á como significativo um intervalo de confiança de 95% ($p < 0,05$).

3.4 – Cronograma (máximo de 100 palavras): Data e início de recolha de dados: Entre novembro de 2022 e janeiro de 2023.

3.5 - Expectativa de resultados (máximo de 200 palavras):

Espera-se determinar a prevalência de doentes com necessidades paliativas acompanhados em cuidados primários de algumas unidades da ARS Centro.

Espera-se caracterizar a amostra de doentes com necessidades paliativas.

Espera-se avaliar a sensibilidade e correlação entre diferentes ferramentas de identificação de doentes com necessidades paliativas em CSP.

3.6 - Local de realização. ARS Centro

3.7 - Concordância das instituições em que se realizará o trabalho (anexar documento comprovativo).

3.8 - Consentimento das instituições dos autores do trabalho (anexar documento comprovativo).

3.9 - Projeto de “Consentimento Informado” pela população/amostra estudada (inclui: identificação do investigador; identificação do estudo; objectivos do estudo; informações relevantes; carácter voluntário da participação; confidencialidade das respostas; declaração, por parte do participante, em como recebeu a informação necessária, ficou esclarecido e aceita participar voluntariamente no estudo). Não se aplica.

3.10 - Pedido de autorização pela Comissão Nacional de Proteção de Dados. Não se aplica.

3.11 - Estimativa de custos e fontes de financiamento: Não se aplica.

3.12 - Estimativa de inconvenientes e de seguro (se aplicável). Não se aplica.

3.13 – Trabalho já submetido a outra Comissão de Ética. Se sim anexar o respetivo parecer. Não se aplica

4 - Termo de Responsabilidade:

Eu, abaixo assinado, na qualidade de investigador responsável, declaro por minha honra que as informações prestadas são verdadeiras e que em todo o processo de investigação serão respeitados os direitos humanos e as recomendações constantes nos documentos nacionais e internacionais relativos à investigação e que protesto juntar relatório final a esta Comissão de Ética, nomeadamente e efeitos adversos graves que ocorram no decurso da investigação.

Data: 10/11/2022

Os investigadores responsáveis:

Apêndice

Search in MIM@UF database

X81 - Female genital neoplasm of uncertain nature/other

U77 - Malignant neoplasm of the urinary tract, other

D77 - Malignant neoplasm of the digestive tract, other/ne

D78 - Benign/uncertain digestive tract neoplasm

U79 - Urinary tract neoplasm ne

X75 - Malignant cervical neoplasm

Y79 - Benign/Uncertain Male Genital Neoplasm

T73 - Endocrine neoplasm, other/ne

U75 - Malignant kidney neoplasm

U76 - Malignant bladder neoplasm

W72 - Pregnancy-related malignant neoplasm
X76 - Female breast malignant neoplasm
W73 - Pregnancy-related benign/uncertain neoplasm
T71 - Thyroid malignant neoplasm
X77 - Female Genital Malignant Neoplasm, Other
Y77 - Malignant Prostate Neoplasm
Y78 - Male Genital Malignant Neoplasm, Other
S77 - Malignant skin neoplasm
S79 - Benign/uncertain skin neoplasm
L71 - Malignant neoplasm
B74 - Other malignant blood neoplasm
D74 - Malignant stomach neoplasm
D75 - Malignant colon/rectum neoplasm
D76 - Malignant neoplasm of the pancreas
F74 - Eye neoplasm/attachments
H75 - Ear neoplasm
K72 - Circulatory system neoplasm
N74 - Malignant neoplasm of the neurological system
N75 - Benign neoplasm of the neurological system
N76 - Neurological system neoplasm of uncertain nature
R84 - Malignant bronchial/lung neoplasm
R85 - Malignant respiratory neoplasm, other
R92 - Respiratory neoplasm of uncertain nature
X86 - Abnormal Pap Smear
A79 - Carcinoma (primary location unknown) NE
B72 - Hodgkin's Disease/lymphomas
B73 - Leukemia
K77 - Heart Failure
R95 - Chronic Obstructive Pulmonary Disease
U99 - Kidney disease, another
P70 - Dementia

Anexo II – Consentimento informado enviado aos colaboradores.

Título do estudo: Prevalência e caracterização dos doentes com doenças crónicas e necessidades paliativas em cuidados de saúde primários

Descrição do estudo:

Os cuidados paliativos surgiram da necessidade de providenciar uma melhor qualidade de vida aos doentes com patologias crónicas, progressivas, potencialmente incuráveis e em estágio avançado.

A avaliação da necessidade de cuidados paliativos pode ser realizada com recurso a ferramentas de identificação, sendo possivelmente a mais simples destas a “questão surpresa”, em que é colocada ao clínico a seguinte pergunta: “Ficaria surpreendido se o doente em questão morresse nos próximos 12 meses?”. Existem, no entanto, dados de que a utilização desta ferramenta de forma isolada, poder ter baixa sensibilidade e especificidade para identificação de doentes com necessidades paliativas.

Neste estudo, pretende-se determinar a prevalência e características dos doentes com necessidades paliativas em unidades de cuidados de saúde primários (CSP) da ARS Centro, bem como compreender se existe correlação entre a necessidade de cuidados paliativos definida por critérios clínicos (codificação ativa de neoplasia, DPOC, DRC, ICC ou demência em estágio avançado), pela “questão surpresa” e pela resposta dos médicos de família à pergunta “Acha que este doente tem necessidades paliativas?”.

Assim, será colocada a si uma das seguintes questões, em relação aos doentes do seu ficheiro identificados como tendo necessidades paliativas com base em critérios clínicos: a “questão surpresa” (“Ficaria surpreendido se o doente em questão morresse nos próximos 12 meses?”) ou “Acha que este doente tem necessidades paliativas?”.

Em função das respostas obtidas determinar-se-á a correlação entre estes critérios e a sensibilidade e especificidade da questão surpresa e da questão desenvolvida para determinar necessidade de cuidados paliativos em doentes acompanhados em cuidados de saúde primários.

Confidencialidade e anonimato: Não serão utilizados quaisquer dados identificativos em relação ao participante.

Declaro que compreendi e concordo em colaborar com o estudo, confirmando que me foi garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências.

(O Médico)

(O Investigador Responsável)

Anexo III – Escala de Barthel.

1.Alimentação	
Independente.....	<input type="checkbox"/> 10
Precisa de alguma ajuda (por exemplo para cortar os alimentos)	<input type="checkbox"/> 5
Dependente.....	<input type="checkbox"/> 0
2.Transferências	
Independente.....	<input type="checkbox"/> 15
Precisa de alguma ajuda.....	<input type="checkbox"/> 10
Necessita de ajuda de outra pessoa, mas não consegue sentar-se	<input type="checkbox"/> 5
Dependente, não tem equilíbrio sentado	<input type="checkbox"/> 0
3.Toalete	
Independente a fazer a barba, lavar a cara, lavar os dentes.....	<input type="checkbox"/> 5
Dependente, necessita de alguma ajuda	<input type="checkbox"/> 0
4.Utilização do WC	
Independente.....	<input type="checkbox"/> 10
Precisa de alguma ajuda.....	<input type="checkbox"/> 5
Dependente.....	<input type="checkbox"/> 0
5.Banho	
Toma banho só (entra e sai do duche ou banheira sem ajuda).....	<input type="checkbox"/> 5
Dependente, necessita de alguma ajuda	<input type="checkbox"/> 0
6. Mobilidade	
Caminha 50 metros, sem ajuda ou supervisão (pode usar ortóteses).....	<input type="checkbox"/> 15
Caminha menos de 50 metros, com pouca ajuda	<input type="checkbox"/> 10
Independente, em cadeira de rodas, pelo menos 50 metros, incluindo esquinas.....	<input type="checkbox"/> 5
Imóvel	<input type="checkbox"/> 0
7.Subir e Descer Escadas	
Independente, com ou sem ajudas técnicas.....	<input type="checkbox"/> 10
Precisa de ajuda.....	<input type="checkbox"/> 5
Dependente.....	<input type="checkbox"/> 0
8.Vestir	
Independente.....	<input type="checkbox"/> 10
Com ajuda	<input type="checkbox"/> 5
Impossível	<input type="checkbox"/> 0
9.Controlo Intestinal	
Controla perfeitamente, sem acidentes, podendo fazer uso de supositório ou similar	<input type="checkbox"/> 10
Acidente ocasional	<input type="checkbox"/> 5
Incontinente ou precisa de uso de clisteres	<input type="checkbox"/> 0
10.Controlo Urinário	
Controla perfeitamente, mesmo algaliado desde que seja capaz de manejar a algália sozinho	<input type="checkbox"/> 10
Acidente ocasional (máximo uma vez por semana).....	<input type="checkbox"/> 5
Incontinente, ou algaliado sendo incapaz de manejar a algália sozinho	<input type="checkbox"/> 0
TOTAL	

Retirada da Norma nº 054/2011 de 27/12/2011, consultada a 24/03/2023. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0542011-de-27122011-jpg.aspx>

Anexo IV – Codificações usadas na plataforma MIM@UF.

X81 - Female genital neoplasm of uncertain nature/other
U77 - Malignant neoplasm of the urinary tract, other
D77 - Malignant neoplasm of the digestive tract, other/ne
D78 - Benign/uncertain digestive tract neoplasm
U79 - Urinary tract neoplasm ne
X75 - Malignant cervical neoplasm
Y79 - Benign/Uncertain Male Genital Neoplasm
T73 - Endocrine neoplasm, other/ne
U75 - Malignant kidney neoplasm
U76 - Malignant bladder neoplasm
W72 - Pregnancy-related malignant neoplasm
X76 - Female breast malignant neoplasm
W73 - Pregnancy-related benign/uncertain neoplasm
T71 - Thyroid malignant neoplasm
X77 - Female Genital Malignant Neoplasm, Other
Y77 - Malignant Prostate Neoplasm
Y78 - Male Genital Malignant Neoplasm, Other
S77 - Malignant skin neoplasm
S79 - Benign/uncertain skin neoplasm
L71 - Malignant neoplasm
B74 - Other malignant blood neoplasm
D74 - Malignant stomach neoplasm
D75 - Malignant colon/rectum neoplasm
D76 - Malignant neoplasm of the pancreas
F74 - Eye neoplasm/attachments
H75 - Ear neoplasm
K72 - Circulatory system neoplasm
N74 - Malignant neoplasm of the neurological system
N75 - Benign neoplasm of the neurological system
N76 - Neurological system neoplasm of uncertain nature
R84 - Malignant bronchial/lung neoplasm
R85 - Malignant respiratory neoplasm, other
R92 - Respiratory neoplasm of uncertain nature
X86 - Abnormal Pap Smear
A79 - Carcinoma (primary location unknown) NE
B72 - Hodgkin's Disease/lymphomas
B73 – Leukemia
P70 – Dementia

Anexo V – Socioeconomic Deprivation Index (0-3 pontos).

Parâmetros avaliados	Pontos
Vive sozinho	1
Aufere menos que o salário mínimo nacional	1
Tem escolaridade inferior a 4 anos	1

Anexo VI – Frequências relativas de cada codificação organizadas por sistema nos cinco sistemas mais prevalentes.

Sistema	n (%)
Digestivo (n=217)	
D78 - Benign/uncertain digestive tract neoplasm	159 (73,3%)
D75 - Malignant colon/rectum neoplasm	34 (15,7%)
D77 - Malignant neoplasm of the digestive tract, other/ne	15 (6,9%)
D74 - Malignant stomach neoplasm	7 (3,2%)
D76 - Malignant neoplasm of the pancreas	2 (0,9%)
Genital (n=177)	
X76 - Female breast malignant neoplasm	69 (39,0%)
Y77 - Malignant Prostate Neoplasm	49 (27,7%)
X86 - Abnormal Pap Smear	24 (13,6%)
X77 - Female Genital Malignant Neoplasm, Other	12 (6,8%)
X81 - Female genital neoplasm of uncertain nature/other	11 (6,2%)
Y79 - Benign/Uncertain Male Genital Neoplasm	6 (3,4%)
Y78 - Male Genital Malignant Neoplasm, Other	2 (1,1%)
X75 - Malignant cervical neoplasm	1 (0,6%)
W72 - Pregnancy-related malignant neoplasm	0 (0,0%)
Pele (n=54)	
S77 - Malignant skin neoplasm	31 (57,4%)
S79 - Benign/uncertain skin neoplasm	23 (42,6%)
Urinário (n=27)	
U75 - Malignant kidney neoplasm	10 (37,0%)
U76 - Malignant bladder neoplasm	10 (37,0%)
U79 - Urinary tract neoplasm ne	5 (18,5%)
U77 - Malignant neoplasm of the urinary tract, other	2 (7,4%)
Neurológico (n=27)	
N75 - Benign neoplasm of the neurological system	17 (63,0%)
N76 - Neurological system neoplasm of uncertain nature	7 (25,9%)
N74 - Malignant neoplasm of the neurological system	3 (11,1%)