

Caracterização de doentes com neoplasia do pulmão referenciados e admitidos nas equipas de cuidados paliativos e a efetividade do controlo sintomático

Characterization of patients with lung neoplasm referred and admitted to palliative care teams and the effectiveness of symptomatic control

Nicole Murinello¹, Manuel Luís Capelas¹

¹ Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde, Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde (CIIS), Observatório Português dos Cuidados Paliativos, Portugal

Palavras-chave

Neoplasia do pulmão;
cuidados paliativos.

Resumo

Introdução: A neoplasia do pulmão (NP) é considerada uma epidemia global pela sua incidência e mortalidade. A maioria dos doentes é diagnosticada em fase avançada e sintomática. A relevância desta patologia justifica uma avaliação de necessidades e da resposta das equipas de cuidados paliativos (CP).

Objetivo: Caracterizar os doentes com NP admitidos nas equipas de CP em território nacional no ano 2017 e analisar a efetividade do controlo do sintomático pelo diferencial obtido nos *scores* da escala FACIT-PAL.

Material e métodos: Estudo epidemiológico, descritivo e analítico. Foi obtida uma amostra acidental e usadas medidas de estatística descritiva simples e testes não paramétricos (Mann-Whitney, Kruskal-Wallis e correlação de Spearman) com nível de significância de $p < 0,05$. Foram efetuadas a análise de normalidade pelo teste Shapiro-Wilk e a estimação de sobrevida pelas curvas Kaplan-Meier. Utilizado o instrumento FACIT-PAL para a avaliação sintomática.

Resultados: Foram admitidos 38 doentes com NP no total de sete equipas participantes no estudo, com idade média de 71,4 anos, 71,1% do sexo masculino e 65,8% com doença metastática. 60,5% foram admitidos em equipas comunitárias de cuidados paliativos. A mediana da distância percorrida entre local de residência e serviço de admissão foi 6,6 km, com diferença significativa em função da tipologia de serviço ($p < 0,001$). A mediana do tempo de espera para admissão foi dois dias, com diferença significativa consoante a tipologia de serviço ($p < 0,001$). A taxa de mortalidade foi de 63,2%, com sobrevida (SV) mediana de 17 dias. A necessidade de controlo sintomático constituiu o principal motivo de referenciação. Em 71,1% houve registo de avaliação sintomática às 48-72 h de admissão, mas apenas em 21,1% mediante o instrumento de avaliação padronizado e somente um doente com registo seriado. Não houve diferença significativa na SV consoante o estágio da doença ($p = 0,501$) e não existiu correlação significativa entre tempo de espera para admissão e o *score* sintomas ($p = 0,217$) ou a SV ($p = 0,668$).

Conclusões: As características sociodemográficas e clínicas desta amostra são similares ao descrito na literatura e noutros trabalhos. A maioria dos doentes admitidos encontrava-se em estágio disseminado com sobrevida mediana após a admissão inferior a um mês, o que poderá traduzir uma referenciação tardia às equipas. Neste estudo houve uma baixa taxa de participação de equipas e não tivemos acesso ao n.º total de doentes referenciados não admitidos, pelo que esta amostra não é representativa da realidade. Houve vieses na avaliação sintomática pela escala FACIT-PAL, comprometendo a análise de efetividade do controlo sintomático.

Keywords

Lung neoplasm; Palliative Care.

Abstract

Introduction: Lung neoplasm (LN) is considered a global epidemic due to its incidence and mortality. Most patients are diagnosed at an advanced stage and already symptomatic. The relevance of this pathology justifies an assessment of patients and needs and palliative care (PC) teams' responsiveness.

Aim: Characterize patients with LN admitted to PC teams in national territory during 2017. Evaluate symptomatic control effectiveness.

Material and Methods: *Epidemiological, descriptive and analytical study. An accidental sample was obtained and simple statistical measures, as well as non-parametric tests, were used (Mann-Whitney, Kruskal-Wallis and Spearman correlation), with a level of significance $p < 0.05$. Normality analysis was done by Shapiro-Wilk test and survival estimate by Kaplan-Meier curves. The FACIT-PAL instrument was used for symptomatic evaluation.*

Results: *38 patients with LN were admitted in a total of 7 participating PC teams, with a mean age of 71.4 years, 71.1% male and 65.8% with metastatic disease. 60.5% were admitted to community palliative care teams. The median distance between place of residence and admission service was 6.6 Km, with a significant difference according to the type of team ($p < 0.001$). The median waiting time for admission was 2 days with a significant difference according to the type of team ($p < 0.001$). The mortality rate was 63.2%, with a median survival (SV) of 17 days. The need for symptomatic control was the main reason for referral. In 71.11% there was a record of symptomatic assessment at 48-72h of admission, but only in 21.1% using the standardized assessment instrument. There was no significant difference in SV depending on the stage of the disease ($p = 0.501$) and there was no significant correlation between waiting time for admission and symptom score ($p = 0.217$) or SV ($p = 0.668$).*

Conclusions: *Sociodemographic and clinical characteristics of this sample are similar to what is reported in literature. The majority of patients admitted presented as metastatic stage with a median survival after admission less than 1 month, which may traduce a late referral to PC teams. In this study, we noticed a low participation of PC teams and we did not have access to the total number of referred. Therefore, this sample study is not representative of reality. There were also biases in symptomatic evaluation according to FACIT-PAL scale, compromising symptomatic control effectiveness analysis*

Introdução

A neoplasia do pulmão (NP) é um dos tumores sólidos mais letais, com taxa de incidência anual e mortalidade em crescendo, motivo pelo qual é hoje considerada uma epidemia.¹⁻⁴ Em Portugal, em 2015, foi responsável por 1,69 milhões de óbitos (taxa de mortalidade de 24,9%).⁵ Na Europa, em 2012, foi a 2.^a neoplasia mais frequente, responsável por 12% dos novos casos e por 20% de todas as causas de morte.^{4,6}

A nível mundial, os dados não diferem substancialmente. Foram estimados 1,8 milhões de novos casos em 2012 (a maioria proveniente de regiões com baixo PIB).⁴

Nos últimos anos, tem-se assistido a um notável desenvolvimento nos meios diagnósticos e terapêuticos, o que permite oferecer aos doentes opções de tratamento mais personalizadas, em função do estágio, classificação histológica e molecular. As terapêuticas alvo e imunoterapia permitem melhorar a qualidade de vida (QoL) e a sobrevivência (SV), mesmo em doentes em estágio avançado. Todavia, a SV aos 5 anos é, em regra geral, baixa (12,6%⁶-17,7%⁷), se atentarmos ao estágio em que a maioria dos doentes se apresenta à data do diagnóstico, casos em que o tratamento raramente é curativo.

A maioria dos doentes encontra-se, à data do diagnóstico, já em fases avançadas da doença e frequentemente sintomáticos.⁸⁻¹⁰

Entre os sintomas mais prevalentes, destacam-se a dor, dispneia, tosse e fadiga,¹¹ com impacto na qualidade de vida e *status* emocional^{10,12} do doente. Apresentam ainda níveis mais elevados de ansiedade e depressão quando comparados com doentes com

outras neoplasias, no mesmo estágio. Existe evidência de que a presença de depressão e o bem-estar psicológico podem influenciar o prognóstico e a sobrevivência de doentes com cancro de pulmão de não pequenas células.¹³ Por isso, um controlo adequado dos sintomas é importante e requer uma abordagem holística.^{4,12,14}

O impacto dos sintomas na NP é um dado consistente e transversal em vários trabalhos, motivo pelo qual considerámos pertinente avaliar esta dimensão neste estudo, quer numa perspetiva diagnóstica quer de monitorização da efetividade das intervenções.

Existem inúmeras escalas para avaliação sintomática, desde mono ou pluridimensionais, das quais as mais conhecidas e validadas para a população portuguesa são: POS (Palliative Outcome Scale), FACIT (Functional Assessment of Chronic Illness Therapy), EVA (Escala Visual Analógica), EQ (Escala Qualitativa) e EN (Escala Numérica), para avaliação da dor.¹⁵ A escala ESAS (Edmonton System Assessment Scale), apesar de amplamente utilizada, apenas está traduzida, não estando ainda validada.

Os cuidados paliativos (CP) podem dar um contributo importante na abordagem global do doente com neoplasia do pulmão ao endereçar aspetos relacionados não só com o controlo sintomático, como também com o acompanhamento psicológico e espiritual, o planeamento avançado de cuidados, particularmente em situações de fim de vida, e o suporte à família.¹⁶⁻²⁰

Um estudo pioneiro que envolveu doentes com CNPC metastizado recém-diagnosticado demonstrou um impacto significativo em termos de qualidade de vida, humor e mesmo da sobrevivência, com a

associação de cuidados paliativos aos cuidados oncológicos *standard* (COS), quando comparados com os COS isolados.²¹

Vários autores têm demonstrado que a integração atempada dos CP no *continuum* da doença tem impacto na qualidade de vida, na carga sintomática, na experiência de sofrimento e na longevidade.^{17,22,23} Também se demonstrou que uma associação a cuidados menos agressivos no final de vida influenciou o bem-estar dos cuidadores.²⁴

Assim, o paradigma atual de abordagem da neoplasia tem evoluído no sentido de promover a integração precoce dos cuidados paliativos na trajetória da doença, numa perspetiva multidisciplinar, em resposta às várias necessidades dos doentes.

Segundo Hui e Bruera,¹⁶ as necessidades destes doentes podem distinguir-se em: questões agudas, questões crónicas, questões psicossociais e questões espirituais/existenciais. Esta classificação permite compreender a complexidade da abordagem do doente oncológico, cujas necessidades variam de acordo com a evolução/trajetória da doença, a realização de tratamentos, impondo por isso uma visão multidisciplinar, o que justifica a integração das equipas de CP nas equipas de oncologia, segundo modelos a serem explorados e desenvolvidos de acordo com os *settings* locais e a interpretação de modelos conceptuais já explorados.

Num estudo publicado em 2015, consideram-se 13 critérios *major* de integração de CP em programas de acompanhamento de doentes com cancro avançado:²⁵ 1) existência de uma equipa de consulta de CP para doentes internados; 2) existência de ambulatório de CP; 3) existência de uma equipa interdisciplinar de CP; 4) rastreio sistemático de sintomas na consulta de oncologia; 5) discussão e planeamento de planos avançados de cuidados para doentes com neoplasia avançada; 6) referência precoce a CP; 7) proporção de doentes de ambulatório com avaliação da dor em qualquer uma das duas últimas visitas antes do óbito; 8) proporção de doentes com ≥ 2 idas a urgência nos últimos 30 dias de vida; 9) lugar de óbito consistente com a preferência do doente; 10-13) formação.

O mesmo grupo de investigação procurou definir critérios de consenso na referência a cuidados paliativos, através dum inquérito dirigido a 60 especialistas de hospitais dos EUA, Ásia, Austrália e Europa.²⁶ Foram definidos 11 critérios *major* para o encaminhamento de doentes com neoplasia avançada a CP especializados:¹² sintomas físicos ou emocionais intensos, pedido de eutanásia, crise espiritual ou

existencial, apoio ao processo de tomada de decisões e planeamento de cuidados, solicitação do próprio, *delirium*, compressão medular, metástases cerebrais ou leptomeníngeas, três meses após o diagnóstico de neoplasia avançada (em doentes com sobrevida inferior a um ano), e doença progressiva, apesar de tratamento de segunda linha.

Embora não haja consenso na definição do *timing* adequado, numa revisão sistemática, a maioria dos estudos indica como apropriada uma referência dentro de três meses do diagnóstico de doença avançada.²⁷

Na sequência dos estudos de Temel et al e de outros,^{24,28,29} as principais sociedades de oncologia recomendam hoje a referência precoce de doentes com cancro metastizado a CP, demonstrando que estes cuidados podem ser oferecidos em paralelo com os tratamentos “curativos”.¹⁹

Apesar das várias recomendações, muitos trabalhos têm ainda sublinhado barreiras à referência, em diferentes níveis.

Em inquéritos realizados a profissionais de saúde de vários países (EUA, Canadá, Europa),³⁰⁻³² fatores apontados para a baixa referência foram a perceção negativa que os doentes teriam quanto à referência, a dificuldade de os serviços de CP aceitarem doentes sob quimioterapia. A acessibilidade e satisfação com a disponibilidade dos serviços de CP foram fatores igualmente importantes.

Ao nosso conhecimento atual, o panorama nacional dos CP na população de doentes com NP ainda está pouco estudado. Não se conhecem dados sobre referência, acesso ou efetividade do controlo sintomático. Sendo esta uma neoplasia tão frequente e com elevada mortalidade, justificava-se investigação na área, o que faz deste um ponto de partida para desenvolver estratégias de melhoria na prestação de cuidados e organização de serviços segundo padrões de qualidade.

Material e métodos

Realizou-se um estudo epidemiológico, observacional e analítico.

Os objetivos principais consistiram em determinar: o n.º de doentes com neoplasia do pulmão (NP) referenciados, admitidos/assistidos a equipas de cuidados paliativos (CP), a caracterização socio-demográfica e clínica dos doentes e motivos de referência, a proporção de doentes com avaliação sintomática nas primeiras 48-72 h de admissão aos serviços (respetivamente nos serviços que funcionam

7 ou 5 dias por semana), a efetividade do controlo sintomático (segundo diferencial de *scores* obtidos na escala FACIT-PAL) e verificar se a referenciação foi efetuada em tempo útil para o doente.

Como *outcomes* adicionais do estudo foram analisadas as associações entre algumas variáveis: entre distância do local residência ao serviço de admissão, consoante as regiões de residência ou a tipologia de equipa; entre tempo de referenciação e a admissão, consoante as regiões de residência ou a

Tabela 1 – Variáveis do estudo e associações entre variáveis estudadas

Categorias	Variáveis
Sociodemográficas	<i>Doente</i> : idade (anos), sexo, nível de instrução, estado civil, local de residência, distância entre residência e o serviço de admissão (km) ¹ <i>Cuidador</i> : idade, sexo, grau de parentesco com o doente, situação perante o trabalho, n.º de horas como cuidador
Clínicas	Estadiamento ² Comorbilidades
Acessibilidade	N.º de doentes com NP referenciados/ /admitidos/assistidos Entidade/serviço referenciador Motivo da referenciação ³ Tipologia onde está admitido
Referenciação	Tempo entre referenciação e admissão (dias) Tempo entre referenciação e alta (dias) Sobrevida após a referenciação/admissão
Qualidade	Avaliação sintomática Tempo entre admissão e avaliação de sintomas (horas) Proporção doentes com avaliação/sintomas às 48-72 h após a admissão Efetividade do controlo sintomático (<i>scores</i> FACIT-PAL) Tempo entre a admissão e a alta (dias) Tipo de alta
Associação entre variáveis	Distância entre local de residência e serviço de admissão e regiões de residência dos doentes ou a tipologia de equipa Tempo entre referenciação e admissão e as regiões de residência dos doentes ou a tipologia de equipa Correlação entre tempo entre referenciação e admissão e o <i>score</i> de avaliação de sintomas ou a sobrevida após a admissão Tempo sobrevida após a admissão e os estádios de doença

¹ Distância mais curta entre o centro da cidade/vila de residência e a morada do serviço de admissão com recurso à aplicação *Google Maps*.

² Estádios segundo a European Association of Palliative Care (EAPC): localizado, localmente avançado, metastizado.

³ De acordo com plataforma informática da Rede Nacional Cuidados Continuados Integrados (RNCCI).

tipologia de equipa. Foram também determinadas: a existência de correlação entre tempo de referenciação e admissão com o *score* de avaliação de sintomas ou a sobrevida após a admissão; a existência de diferenças no tempo sobrevida após a admissão, consoante os estádios de doença

As variáveis (segundo categorias) e as associações estudadas encontram-se discriminadas na Tabela 1.

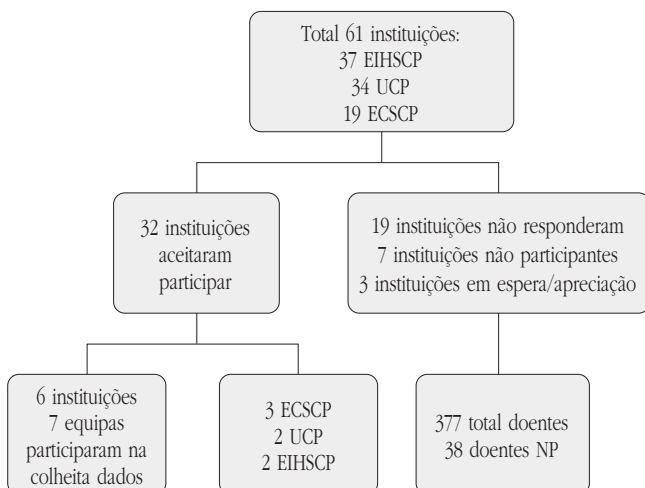
Foram utilizadas medidas de estatística descritiva simples (frequências, medidas tendência central e de dispersão), e na componente analítica foram aplicados testes não paramétricos (Mann-Whitney, Kruskal-Wallis e correlação de Spearman) com nível de significância $p < 0,05$. A pesquisa da normalidade das variáveis foi efetuada pelo teste Shapiro-Wilk ($n < 50$, amostra normal se $p > 0,05$). Os tempos de sobrevivência foram calculados pelas curvas Kaplan-Meier.

O estudo apresentado correspondeu a uma sub-análise de dados obtidos para um projeto mais amplo do Observatório Português de Cuidados Paliativos (OPCP), no qual foram visados somente os doentes com NP. Para a realização do estudo foram enviadas propostas de colaboração a todos os serviços de CP do Continente e Regiões Autónomas, incluindo privados (identificados pela Associação Portuguesa de CP e Comissão Nacional de CP) e serviços de diferentes tipologias: Unidades de Cuidados Paliativos (UCP), Equipas Intra-hospitalares de Suporte em Cuidados Paliativos (EIHSCP) e Equipas Comunitárias de Suporte em Cuidados Paliativos (ECSCP).

A população alvo foi constituída por todos os doentes com NP referenciados/admitidos/assistidos em equipas de CP durante o ano de 2017 (1 de fevereiro a 31 de dezembro). Os critérios de inclusão foram: doentes com NP com idade igual ou superior a 18 anos e cognitivamente competentes para responder a questionário de autopreenchimento de acordo com avaliação das equipas (critério de inclusão aplicado apenas na componente do estudo de avaliação sintomática).

Na Figura 1 pode observa-se em fluxograma as respostas dos serviços contactados, a população acessível e a amostra final de doentes (do tipo accidental).

As equipas participantes receberam um formulário de preenchimento para caracterização do doente e do cuidador elaborado pelo OPCP e a escala FACIT-PAL para avaliação de sintomas (às 48-72 h de admissão e a cada 7 dias). A escala FACIT-PAL foi desenvolvida e validada para Portugal por Pereira e Santos³⁸ para a avaliação multidimensional de sintomas. Avalia a escala da qualidade de vida (QoL) em quatro domínios de bem-estar: físico, social/familiar, emo-

Figura 1 – Fluxograma das equipas contactadas e da amostra de doentes


cional, funcional. Neste estudo, o instrumento para avaliação de sintomas, o questionário, foi escolhido com base na sua multidimensionalidade, validade e autopreenchimento breve (cerca 10 min.). Apresenta 27 questões/afirmações às quais o doente responde segundo uma escala Lickert (0 a 4) sobre o seu bem-estar em diversos domínios. Uma pontuação mais elevada no *score* global corresponde a uma QoL mais elevada. Não existem regras definidas de pontuação para cada item ou domínio. Neste estudo, para cada domínio de bem-estar, o valor médio/mediana obtidos foi comparado face ao que seria obtido no caso de pontuação máxima.

O estudo foi aprovado pelo Conselho Científico do ICS-UCP, pelas Comissões de Ética de cada instituição e pela Comissão Nacional de Proteção de Dados.

Os dados colhidos foram analisados com apoio do *software* IBM SPSS v24.

Resultados

Do total dos serviços contactados (61 instituições), apenas 9,8% (7 equipas) participaram na colheita de dados.

No período de estudo, foram admitidos e assistidos nas equipas de CP participantes um total de 377 doentes, a maioria dos quais (320, 84,8%) com doença codificada como oncológica. Do total de admitidos, 38 (10,1%) tinham neoplasia do pulmão e constituíram a amostra neste estudo (n=38). 16% (61) não tinham localização de neoplasia identificada.

Por impossibilidade de obter dados junto da plataforma da RNCCI/RNCP em tempo útil, não foi possível saber o n.º total de doentes referenciados que não chegaram a ser admitidos.

Caracterização sociodemográfica e clínica

A maioria dos doentes com NP admitidos era do sexo masculino (27; 71,1%), com idade média de 71,4 anos [DP=8,6; (53-86); SW(38)=0,966, $p=0,304$], casado/a com registo (22; 57,9%), com nível de instrução básica (24; 63,2%), residiam em área, segundo tipologia INE, predominantemente urbana (29; 76,3%) e, segundo regiões NUTS II, na área metropolitana de Lisboa (22; 57,9%). De relevar, nesta amostra, os residentes em região autónoma (31,6%),

Tabela 2 – Caracterização sociodemográfica dos doentes

Variáveis	F	%
Sexo		
Masculino	27	71,1
Feminino	11	28,9
Total (N)	38	100
Idade (faixa etária)		
50-59	4	10,5
60-69	10	26,3
70-79	15	39,5
80-89	9	23,7
Total (N)	38	100
Nível de instrução		
Nenhum	8	21,1
Básico	24	63,2
Secundário	4	10,5
Superior	2	5,3
Total (N)	38	100
Estado civil		
Casado(a) com registo	22	57,9
Viúvo(a)	7	18,4
Divorciado(a)	4	10,5
Casado sem registo (união de facto)	2	5,3
Solteiro(a)	2	5,3
Separado(a)	1	2,6
Total (N)	38	100
Local de residência (NUTS II)¹		
Área metropolitana de Lisboa	22	57,9
Açores	12	31,6
Norte	4	10,5
Total (N)	38	100
Tipologia de área de residência²		
Área predominantemente urbana	29	76,3
Área medianamente urbana	6	15,8
Área predominantemente rural	3	7,9
Total (N)	38	100

¹ NUTS II – Nomenclatura Unidades Territoriais.

² Tipologia áreas urbanas do Instituto Nacional de Estatística, INE 2014.

por uma equipa participante no estudo possuir essa área de abrangência geográfica.

A mediana, em km, da distância percorrida entre o local de residência e o serviço de admissão foi de 6,6 km [amplitude IQ=21,3; (0,7-75,5); SW(34)=0,743, $p<0,001$; nos doentes residentes na região Norte, não dispúnhamos da distância percorrida – 4 omissos]. Os dados relativos à caracterização sociodemográfica dos doentes encontram-se detalhados na Tabela 2.

Todos os doentes tinham um cuidador informal identificado pelas equipas, a maioria do sexo feminino (21, 55,3%), com idade média de 59,3 anos (DP= 18,9; SW(38)=0,964, $p=0,254$). Existia um grau de parentesco em 1.º grau com o doente em 92,3% dos casos e em 28,9% a situação profissional era ativa. A mediana do n.º de horas por semana despendido como cuidador situava-se nas 56 horas [SW(26)=0,848, $p=0,001$].

A maioria dos doentes encontrava-se em estágio metastizado (25, 65,8%), e nove doentes apresentavam estágio localmente avançado (23,7%). Não havia doentes em estágio localizado.

A literatura aponta para cerca de uma prevalência de 34-50% de comorbilidades em doentes com NP.^{33,34} Na nossa amostra, os dados foram omissos quanto à presença de diagnósticos secundários/ comorbilidades.

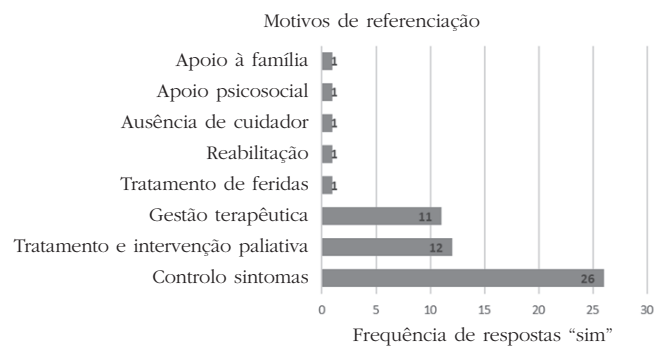
Caracterização da acessibilidade e referência

A maior parte dos doentes admitidos foi referenciada a partir dos cuidados de saúde primários e por outros serviços de cuidados paliativos (13, 34,2% em ambos os casos), seguidos das instituições hospitalares, em 10 casos (26,3%), e em 5,3% pela família.

No que respeita à tipologia de equipa, a maioria foi admitida em ECSCP (20, 60,5%), seguidas das UCP (13, 34,2%) e 2 doentes (5,3%) acompanhados por EIHSCP.

Na Figura 2 estão expostos os principais motivos de referência às equipas de acordo com a plataforma da rede nacional de cuidados continuados integrados. A necessidade de controlo de sintomas constituiu o principal motivo de referência indicado por mais de metade dos doentes (26, 68,4%), seguido da necessidade de tratamento e intervenção paliativa e de gestão da terapêutica.

Figura 2 – Motivos de referência às equipas de cuidados paliativos



Nos doentes que foram admitidos nas equipas, o tempo que distou entre a data de referência pelos serviços referenciadores e a data de admissão teve uma mediana de 2 dias [amplitude IQ=11; (1-62); SW(38)=0,63, $p<0,001$].

O tempo entre a referência e a alta situou-se na mediana dos 33 dias [amplitude IQ=42; (1-65); SW(31)=0,750, $p<0,001$].

Tal como já referido anteriormente, a impossibilidade de obter dados sobre o número de doentes

Tabela 3 – Scores obtidos na primeira avaliação pela escala FACIT-PAL (n válido=8)

Scores das subescalas Valores min. e máx.	Bem-estar físico [0-28]	Bem-estar social e familiar [0-28]	Bem-estar emocional [0-24]	Bem-estar funcional [0-28]	Preocupações adicionais [0-76]	Score total [0-184]
Ponto médio	14	14	12	14	38	
Média	12,37	19,50	12,37	9,62	47,0	100,87
Desvio padrão	7,74	3,0	4,74	3,85	8,9	18,51
Mediana	11	19,41	11,50	9,50	46,7	106,0
Amplitude IQ	12,25	2,83	9,75	6	14,75	30,50
Valor mínimo	5	14	7	3	36	72
Valor máximo	27	24	18	15	63	126
Valor teste SW ¹ /p-value	0,88/0,22	0,95 /0,75	0,84/0,08	0,97/0,92	0,93/0,54	0,86/0,14

¹ Analisada normalidade através de teste Shapiro-Wilk para cada domínio.

que foram referenciados, mas não chegaram a ser admitidos, representou um viés e limitou a caracterização da acessibilidade/referenciação.

Caracterização da qualidade

Em 27 doentes (71,1%), foi possível obter o registo da data de avaliação sintomática que ocorre em 100% dos casos até às 48-72 h da admissão.

Numa percentagem menor de doentes (8 doentes; 21,1%), a avaliação sintomática baseou-se na aplicação do instrumento proposto (FACIT-PAL). Os resultados do preenchimento do inquérito segundo as regras de *scoring* da FACIT estão discriminados na Tabela 3. Neste estudo, em cada domínio de bem-estar, o valor médio/mediana obtido foi comparado face ao que seria obtido no caso de pontuação máxima. Verifica-se, analisando a tabela, que apenas nos casos dos domínios do bem-estar sociofamiliar, bem-estar emocional e preocupações adicionais, os valores são superiores aos que seriam esperados no caso de pontuação máxima, encontrando-se acima do ponto médio.

A análise da efetividade do controlo sintomático não pôde ser efetuada, dado que somente um doente preencheu a escala segunda vez após intervenção da equipa, o que representou uma limitação *major* do estudo.

Dos doentes que tiveram alta durante o período de estudo, 4 (10,5%) foram transferidos para serviços de agudos, 3 (7,9%) foram transferidos para outras equipas/serviços de CP ou unidades da RNCCI. Houve 24 óbitos (63,2%).

O tempo entre a data de admissão e a alta teve uma mediana de 39,6 dias [amplitude IQ=36; (1-263); SW(31)=0,650, $p<0,001$].

Nos doentes falecidos, foi avaliada a sobrevida após admissão, ou seja, o tempo decorrido, em

dias, entre a data de admissão e o acontecimento do óbito. A mediana da sobrevida foi de 17 dias [IC95%: (5,5;28,5), desvio padrão: 5,9] e a média de sobrevida de 36 dias [IC95%: (14,1;57,9), desvio padrão: 11,2]. A curva de Kaplan-Meier mostra que 50% dos doentes faleceram no primeiro mês após a admissão nas equipas (Figura 3).

Associação entre variáveis

Foi testada a associação entre a mediana da distância percorrida entre o local de residência e o serviço de admissão (em km) consoante o local de residência e a tipologia de equipa. Verificou-se que a mediana da distância percorrida era menor para a Região dos Autónoma dos Açores e áreas predominantemente urbanas, no entanto sem diferença estatisticamente significativa entre grupos [para regiões NUTS: $U(34)=106,000$, $p=0,346$ e para tipologia das áreas urbanas: $X^2kw(34)=0,974$, $p=0,614$]. A mediana da distância percorrida foi maior para os doentes admitidos em UCP (41,2 km) comparativamente com os admitidos em EIHSCP (6,8 km) ou ECSCP (3,9 km), com diferença estatisticamente significativa [$X^2kw(34)=18,987$, $p<0,001$].

Quanto à associação entre tempo de espera para a admissão com as mesmas variáveis acima indicadas, verificaram-se medianas de tempo de espera entre 0 a 3 dias independentemente da região de residência, com diferença estatisticamente significativa [para regiões NUTS: $X^2kw(38)=20,64$, $p<0,001$; para tipologia das áreas urbanas: $X^2kw(38)=6,105$, $p=0,047$].

A mediana do tempo de espera foi superior para admissão em UCP (27 dias) comparativamente com o medido para as EIHSCP (6 dias) e ECSCP (1 dia), com diferença estatisticamente significativa [$X^2kw(34)=17,311$, $p<0,001$].

Figura 3 - Sobrevida após a admissão nas equipas de cuidados paliativos (n válido = 24)

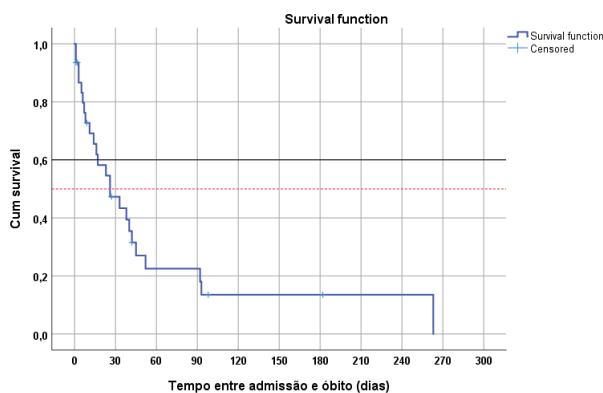
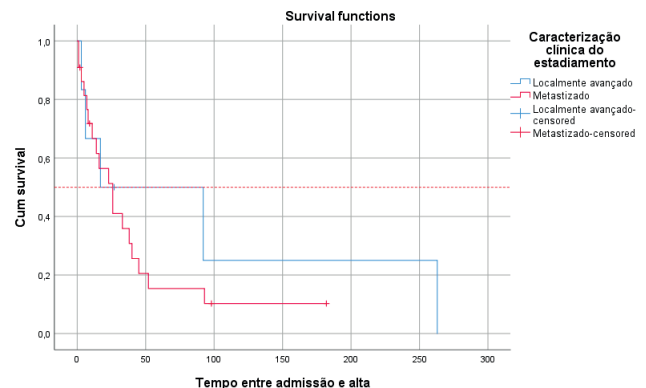


Figura 4 – Curvas de sobrevida de acordo com estágio da doença (23 eventos, 5 censurados)



Não se encontrou correlação estatisticamente significativa entre as variáveis tempo entre a referenciação e a admissão e o *score* FACIT [rs(8)=0,491, $p=0,21$] ou a sobrevida após a admissão [rs(24)=0,092, $p=0,668$].

Foram comparadas as curvas de sobrevida após a admissão conforme o estágio da doença através do *log-rank*. A sobrevida estimada para os doentes em estágio localmente avançado foi de 17 dias e em estágio metastizado de 26 dias, sem diferença estatisticamente significativa [*log-rank* (23)=0,453, $p=0,501$] (Figura 4).

Discussão

O panorama nacional dos cuidados paliativos (CP) na população de doentes com neoplasia do pulmão (NP) está pouco estudado. O conhecimento do estado atual da prestação de CP nesta população torna-se então importante para o planeamento dos serviços na resposta aos desafios que se colocam. Este trabalho de investigação pretendeu responder a esta lacuna, caracterizando os doentes com NP referenciados e admitidos às equipas de CP a nível nacional, as suas necessidades e a capacidade de resposta das equipas.

Identificamos, contudo, várias limitações e vieses que impediram que se alcançassem os objetivos propostos na sua totalidade, das quais destacamos:

- Os vieses de informação na recolha de dados em parte explicados pela natureza observacional do estudo;
- A reduzida participação nacional de instituições/equipas no estudo (9,83%), o que contribuiu para uma amostra pequena, não probabilística. Foram usados testes estatísticos não paramétricos, que limitaram a generalização/extrapolação de resultados;
- A não obtenção de dados sobre o n.º total de doentes referenciados, não admitidos, comprometeu a análise completa da referenciação; assim, os dados apresentados refletem uma visão parcial da realidade;
- A utilização de fontes secundárias e de questionários de autopreenchimento introduziu vieses de informação;
- Lacunas na avaliação e monitorização de sintomas, o que comprometeu a análise de efetividade, que era um dos principais objetivos do estudo.

A baixa taxa de participação das equipas a nível nacional (inferior ao já reportado noutro estudo

nacional³⁵) poderá ser explicada pelo reduzido tempo de constituição de algumas das equipas, escassa cultura de registo e de auto-monitorização, sobrecarga assistencial das equipas (a colheita de dados decorreu dentro do período normal de trabalho) e insuficiente apoio administrativo para colaborar com projetos de investigação.

Acrescem ainda alguns constrangimentos da própria rede de referenciação da RNCCI/Rede Nacional de Cuidados Paliativos, que exclui da indicação para internamento em UCP doentes sob terapêutica oncológica ativa (ainda que paliativa), mas que beneficiariam de CP especializados. Estas diretivas podem também limitar o n.º de doentes referenciados às equipas de CP. Por outro lado, neste estudo existiram doentes sem identificação do local da neoplasia, o que pode também contribuir para uma subavaliação dos doentes com NP.

Os investigadores selecionaram um instrumento de avaliação de sintomas e qualidade de vida suficientemente abrangente, multidimensional e holístico, tal como recomendado pela EAPC. No entanto, a utilização de questionários de autopreenchimento para avaliação de *outcomes* pelos doentes suscitou constrangimentos, nomeadamente a exigência de integridade cognitiva pode ter dificultado a aplicação dos questionários. As dificuldades associadas à utilização de questionários em estudos científicos foram já reportadas na literatura. Num estudo exploratório prospetivo, que pretendeu avaliar o impacto do enviesamento provocado pelo autopreenchimento de questionários, identificaram-se apenas 48,2% de doentes com capacidade de preenchimento, destacando-se que os doentes com NP foram menos capazes de realizar a tarefa (com diferença estatisticamente significativa).³⁶ Os índices de *performance status* mais baixos nestes doentes podem justificar em parte este facto.

Neste estudo, as características demográficas dos doentes estão de acordo com o descrito na literatura, assinalando-se que a maioria era do sexo masculino, com idade média na 7.ª década de vida. A evolução da média das idades em doentes com neoplasia ao longo dos anos e o aumento da esperança de vida fazem também prever o aparecimento da doença em idades cada vez mais avançadas, com potencial curativo condicionado à fragilidade e comorbilidades associadas, o que poderá aumentar a necessidade de atuação paliativa.

O local de residência NUTS esteve em relação com as áreas de atuação geográfica das equipas participantes, o que pode justificar que a mediana

da distância percorrida entre o local de residência e a equipa fosse reduzida (6,6 km), sendo a maior distância percorrida a correspondente aos doentes residentes na área de Lisboa, talvez pela maior área de dispersão geográfica, embora sem diferença estatisticamente significativa. Foi encontrada diferença estatisticamente significativa nas distâncias percorridas em função da tipologia de equipa em que o doente estava admitido, assinalando-se uma distância (entre local residência e serviço de admissão) superior no caso de UCP. O resultado foi também estatisticamente significativo na associação entre tempo de espera até à admissão em função da tipologia de equipa, mais uma vez verificando-se tempos superiores para as UCP. Este resultado pode ser interpretado à luz do ordenamento territorial de localização das equipas, mas deve ter em conta que não houve randomização quanto ao n.º e tipo de equipas selecionadas.

Todos os doentes tinham cuidador informal identificado, cerca de ¼ em fase profissional ativa. Embora fosse objetivo deste estudo a análise do grau de sobrecarga através de instrumento validado para Portugal (escala de *Zarit*), poderia ter dado contributos importantes em termos de saúde global a correlação do nível de sobrecarga do cuidador com outras neoplasias ou até mesmo correlação com a escala de avaliação de sintomas dos doentes. Esta pode ser uma implicação para futura investigação.

Relativamente à caracterização clínica da amostra de doentes, existiram vieses de informação, não só por lacunas no preenchimento do formulário como na própria elaboração do formulário, que não incluiu alguns elementos que poderiam ter sido relevantes: tempo de doença, registo da realização concomitante de tratamentos ativos e avaliação do *status performance* dos doentes.

A maioria dos doentes admitidos encontrava-se em estágio metastizado, e não havia referência a nenhum doente em estágio mais precoce de doença, o que constitui um alerta para a questão dos *timings* da referência e incentivo à referência mais precoce.

A admissão dos doentes teve lugar na sua maioria em ECSCP, em segundo lugar em UCP e numa menor percentagem em EIHS CP. Estes resultados estão enviesados por não se conhecer o número total dos doentes referenciados, porque a amostra não é representativa do n.º de doentes nem foi efetuada uma aleatorização no processo de seleção de tipologias de equipas participantes.

Tendo em mente este enviesamento e os critérios mais estreitos para referência de doentes à UCP,

é compreensível que o tempo que distou entre a referência e a admissão tenha sido em geral curto (mediana de 2 dias), concentrando-se o maior tempo de espera nas regiões Norte e na admissão à UCP. Encontrámos diferença estatisticamente significativa no tempo de espera consoante as regiões de residência (NUTS) e a tipologia de equipa em que o doente foi admitido. O *timing* desta referência e a adequação às necessidades do doente não é, contudo, extrapolável para a população alvo em virtude das limitações metodológicas já explanadas.

Sobressaiu como motivo de referência em mais de metade dos doentes admitidos a necessidade de controlo de sintomas, seguido da necessidade de tratamento e intervenção paliativa e de gestão da terapêutica. A necessidade de apoio à família, de apoio psicossocial, intervenção multidisciplinar e pilares da intervenção em CP não constituíram motivos para referência a CP na nossa amostra, o que pode suscitar dúvidas sobre o grau de conhecimento das entidades referenciadoras sobre o âmbito das intervenções paliativas e a necessidade de maior esclarecimento público. O facto de a necessidade de controlo sintomático ter constituído o principal motivo de referência, e, todavia, termos detetado insuficiências na avaliação e monitorização do grau de controlo sintomático através do instrumento proposto, suscita uma reflexão sobre a monitorização da efetividade das equipas no controlo desses mesmos sintomas. Embora na maioria existisse registo de avaliação de sintomas (71%) à data da admissão, só em 8 doentes (21,1%) essa avaliação foi feita de acordo com instrumento de avaliação proposto no estudo, e só um doente foi submetido a uma reavaliação ao fim de 7 dias, o que comprometeu assim a análise de efetividade do controlo sintomático, que era um dos objetivos do estudo. Esta aparente subavaliação poderá resultar de múltiplos fatores (sobrecarga assistencial das equipas condicionante de tempo, pessoal reduzido para o preenchimento de escalas/inquéritos e a fragilidade dos doentes em condição paliativa) ou supor a utilização de outro tipo de escalas que não contribuem para a uniformidade de práticas e avaliação interequipas.

Pensamos que existirá um trabalho importante em termos de sensibilização das equipas e das instituições competentes para a importância da monitorização da qualidade em CP.

O tempo que distou entre referência e alta foi também um indicador de qualidade avaliado, com mediana de tempo de internamento de 33 dias.

A maioria dos doentes admitidos teve como registo de alta o óbito. Uma minoria foi transferida para outros serviços. O tempo decorrido entre a data da admissão e a data da alta (independentemente do tipo de alta) variou entre 1 a 263 dias, com uma mediana de 39,6 dias. Nos doentes falecidos, a sobrevida após a admissão mediana da sobrevida foi de 17 dias. A curva de sobrevida revelou que 50% dos doentes faleceram no primeiro mês após a admissão nas equipas.

Num estudo nacional prospetivo em doentes com neoplasia avançada referenciados a CP, foram identificados fatores que influenciavam a sobrevida: *performance status* > 2, idade ≥ 70 anos, presença de metastização intra-abdominal e hospitalização na admissão.³⁷

No nosso estudo, analisámos a influencia do estágio da doença na sobrevida, mas não encontramos diferenças significativas. Também não existiu correlação significativa entre o tempo de espera para admissão e sobrevida. Possivelmente, a dimensão da amostra não possibilitou a obtenção de resultados com significância estatística a este nível.

Conclusões

A neoplasia do pulmão (NP) é responsável pelo maior número de óbitos por cancro em Portugal e noutros países. A taxa de incidência anual também tem vindo a crescer a nível global, motivo pelo é hoje considerada uma epidemia. Para este aumento concorrem fatores como o envelhecimento da população e modificações nos estilos de vida.

Na sua maioria, os doentes com NP encontram-se sintomáticos à data de apresentação, om várias necessidades paliativas, e reconhece-se o impacto a nível emocional e na QoL. Comparados com outras neoplasias no mesmo estágio, apresentam cargas sintomáticas mais altas.

Apesar das várias associações e sociedades científicas defenderem a intervenção precoce dos cuidados paliativos (CP) na trajetória da doença, existem ainda barreiras à integração precoce e acesso atempado aos CP.

Existem poucos estudos que espelhem a realidade nacional dos CP nesta população específica de doentes com NP. O trabalho apresentado tinha como objetivo conhecer o panorama atual dos CP a nível nacional, caracterizar os doentes com NP referenciados e admitidos nas equipas de CP, analisar os *timings* relativos à adequação da referenciação e

da acessibilidade, bem como analisar a efetividade do controlo sintomático.

Foi realizado um estudo epidemiológico, observacional, com componente analítica para correlação de variáveis. Foram utilizados dados provenientes de base de dados obtida para um projeto mais amplo do OPCP. Existiram vieses e limitações que já referimos: o tipo de estudo (observacional), baixa taxa de participação das equipas, vieses na colheita dos dados, amostra pequena não representativa. Por isso os resultados traduzem apenas uma visão parcelar da realidade.

Apesar destas limitações, identificamos como principais conclusões:

- i. Características sociodemográficas e clínicas similares ao descrito na literatura e noutros trabalhos;
- ii. A maioria dos doentes admitidos encontravam-se em estágio disseminado com sobrevida mediana após a admissão inferior a 1 mês, o que poderá traduzir uma referenciação tardia às equipas, contrariando a tendência e as metas das recomendações internacionais.

Como implicações futuras deste estudo, salientamos:

- i. A necessidade de aprofundar o estudo, estendendo-o a uma amostra representativa da população alvo;
- ii. A necessidade de divulgar e promover a referenciação precoce às equipas de CP e adequação das equipas e dos sistemas organizativos ao n.º total de doentes que se estima poderem ser afetos pela NP e que se prevê crescente;
- iii. A necessidade de divulgar junto de outras disciplinas e equipas a pertinência de CP precoces e estimular a formação básica junto dos profissionais de saúde envolvidos;
- iv. Sensibilizar ordens profissionais e órgãos administrativos e decisores políticos para a pertinência do tema.

Referências

1. Blum T, Schonfeld N. The lung cancer patient, the pneumologist and palliative care: a developing alliance. *Eur Respir J*. 2015;45(1):211–26.
2. Direção-Geral da Saúde. Portugal - doenças oncológicas em números - 2015. Portugal: Direção-Geral da Saúde. Direção de Serviços de Informação e Análise; 2015. P. 41-48.
3. Hardavella G, Sethi T. Epidemiology: development and perspectives. In: Dingemans AMC, Reck M, Westeel V, editors. *Lung cancer (ERS Monograph)*. Sheffield: European Respiratory Society; 2015. P. 1-11.
4. Ferlay J, Steliarova-Foucher E, Lortet-Tieulent J, Rosso S, Coebergh JWW, Comber H, et al. Cancer incidence and mortality patterns in Europe: Esti-

- mates for 40 countries in 2012. *Eur J Cancer* [Internet]. 2013;49(6):1374–403. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejca.2012.12.027>
5. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde. Programa nacional para as doenças oncológicas 2017. Lisboa: Direção-Geral da Saúde; 2017;24.
 6. Gibson GJ, Loddenkemper R, Sibille Y, Lundbäck B. Lung cancer. The european lung white book: respiratory health and disease in Europe [Internet]. 2012;224–37. Available from: <http://www.erswhitebook.org/>
 7. Howlader N, Noone AM, Krapcho M, Miller D, Brest A, Yu M, et al, editors. SEER Cancer statistics review, 1975–2017. Bethesda, MD: National Cancer Institute.
 8. Segorbe L, Sotto-Mayor R. Atlas de Pneumologia. Vol. 2. 2010. P. 645–1274.
 9. Hespanhol V, Parente B, Araújo A, Cunha J, Fernandes A, Figueiredo MM, et al. Lung cancer in Northern Portugal: A hospital-based study. *Rev Port Pneumol* [Internet]. 2013;19(6):245–51. Available from: <http://www.ncbi/>
 10. Cooley ME. Symptoms in Adults with Lung Cancer. *J Pain Symptom Manage* [Internet]. 2000;19(2):137–53. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0885392499001505>
 11. Silvestri GA, Sherman C, Williams T, Leong SS, Flume P, Turrisi A. Caring for the dying patient with lung cancer. *Chest*. 2002;122(3):1028–36.
 12. Weisman AD. Early diagnosis of vulnerability in cancer patients. *Am J Med Sci* [Internet]. 1976;271(2):187–96. Available from: <http://www.ncbi.nlm/>
 13. Pirl WF, Greer JA, Traeger L, Jackson V, Lennes IT, Gallagher ER, et al. Depression and Survival in Metastatic Non-Small-Cell Lung Cancer: Effects of Early Palliative Care. *J Clin Oncol*. 2012;30(12):1310–5.
 14. Hui D, Kim SH, Kwon JH, Tanco KC, Zhang T, Kang JH, et al. Access to Palliative Care Among Patients Treated at a Comprehensive Cancer Center. *Oncologist*. 2012;17(12):1574–80.
 15. Barbosa A, Pina PR, Tavares F, Neto IG, editors. Manual de Cuidados Paliativos. Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa; 2014. P. 8–295.
 16. Hui D, Bruera E. Integrating palliative care into the trajectory of cancer care. *Nat Rev Clin Oncol* [Internet]. 2016;13(3):159–71. Available from: <http://europemc.org/articles/PMC4772864/?report=abstract>
 17. Chandrasekar D, Tribett E, Ramchandran K. Integrated Palliative Care and Oncologic Care in Non-Small-Cell Lung Cancer. *Curr Treat Options Oncol* [Internet]. 2016 May 31;17(5):23. Available from: <http://link.springer/>
 18. National Consensus Project for Quality Palliative Care. Clinical Practice Guidelines for Quality Palliative Care. Pittsburgh: National Consensus Project for Quality Palliative Care; 2013.
 19. Smith TJ, Temin S, Alesi ER, Abernethy AP, Balboni TA, Basch EM, et al. American Society of Clinical Oncology provisional clinical opinion: The integration of palliative care into standard oncology care. *J Clin Oncol*. 2012;30(8):880–7.
 20. Baxter S, Beckwith SK, Clark D, Cleary J, Falzon D, Glaziou P, et al. Global Atlas of Palliative Care at the End of Life. In: Connor SR, Sepulveda Bermedo MC, editors. [Internet]. London: Worldwide Hospice Palliative Care Alliance, World Health Organization; 2014. Available from: https://www.who.int/nmh/Global_Atlas_of_Palliative_Care.pdf
 21. 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. *N Engl J Med* [Internet]. 2010;363(8):733–42. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20818875>
 22. Temel JS, Greer JA, El-Jawahri A, Pirl WF, Park ER, Jackson VA, et al. Effects of early integrated palliative care in patients with lung and gi cancer: A randomized clinical trial. *J Clin Oncol*. 2017;35(8):834–41.
 23. Ferrell B, Sun V, Hurria A, Cristea M, Raz DJ, Kim JY, et al. Interdisciplinary Palliative Care for Patients with Lung Cancer. *J Pain Symptom Manage* [Internet]. 2015;50(6):758–67. Available from: <https://dx.doi.org/10.1016/j>
 24. Hui D, Kim SH, Roquemore J, Dev R, Chisholm G, Bruera E. Impact of timing and setting of palliative care referral on quality of end-of-life care in cancer patients. *Cancer*. 2014;120(11):1743–9.
 25. Hui D, Bansal S, Strasser F, Morita T, Caraceni A, Davis M, et al. Indicators of integration of oncology and palliative care programs: An international consensus. *Ann Oncol*. 2015;26(9):1953–9.
 26. Hui D, Mori M, Watanabe SM, Caraceni A, Strasser F, Saarto T, et al. Referral criteria for outpatient specialty palliative cancer care: an international consensus. *Lancet Oncol* [Internet]. 2016;17(12):e552–9. Available from: <https://www.thelancet.com/journals/lanonc/article/PIIS1470-2045>
 27. Hui D, Kim YJ, Park JC, Zhang Y, Strasser F, Cherny N, et al. Integration of Oncology and Palliative Care: A Systematic Review. *Oncologist* [Internet]. 2015;20(1):77–83. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/>
 28. Zimmermann C, Swami N, Krzyzanowska M, Hannon B, Leigh N, Oza A, et al. Early palliative care for patients with advanced cancer: A cluster-randomised controlled trial. *Lancet*. 2014;383(9930):1721–30.
 29. Bakitas M, Lyons KD, Hegel MT, Balan S, Barnett KN, Brokaw FC, et al. The project ENABLE II randomized controlled trial to improve palliative care for rural patients with advanced cancer: baseline findings, methodological challenges, and solutions. *Palliat Support Care* [Internet]. 2009;7(1):75–86. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articlerender.fcgi?ar>
 30. Smith CB, Nelson JE, Berman AR, Powell CA, Fleischman J, Salazar-Schicchi J, et al. Lung cancer physicians' referral practices for palliative care consultation. *Ann Oncol*. 2012;23(2):382–7.
 31. Wentlandt K, Krzyzanowska MK, Swami N, Rodin G, Le LW, Sung L, et al. Referral Practices of Oncologists to Specialized Palliative Care. *J Clin Oncol*. 2012;30(35):4380–6.
 32. Charalambous H, Pallis A, Hasan B, O'Brien M. Attitudes and referral patterns of lung cancer specialists in Europe to Specialized Palliative Care (SPC) and the practice of Early Palliative Care (EPC). *BMC Palliat Care* [Internet]. 2014;13(1):59. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/>
 33. Mellempgaard A, Lüchtenborg M, Iachina M, Jakobsen E, Green A, Krasnik M, et al. Role of comorbidity on survival after radiotherapy and chemotherapy for nonsurgically treated lung cancer. *J Thorac Oncol*. 2015;10(2):272–9.
 34. Sculier JP, Botta I, Bucalau AM, Compagnie M, Eskenazi A, Fischler R, et al. Medical anticancer treatment of lung cancer associated with comorbidities: A review. *Lung Cancer* [Internet]. 2015;87(3):241–8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.lungcan.2015.01.007>
 35. Gonçalves F, Almeida A, Antunes C, Cardoso A, Carvalho M, Claro M, et al. A Cross-Sectional Survey of the Activity of Palliative Care Teams in Portugal. *Am J Hosp Palliat Care*. 2013;30(7):648–51.
 36. Fournier E, Fournier C, Christophe V, Reich M, Villet S, Gamblin V, et al. Selection of ultimately ill cancer patients able to fulfill a questionnaire: Identification of inherent biases. *Bull Cancer* [Internet]. 2015;102(9):730–6. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.bulcan.2015.06.002>
 37. Barata P, Santos F, Mesquita G, Cardoso A, Custódio MP, Alves M, et al. Pain Intensity and Time to Death of Cancer Patients Referred to Palliative Care. *Acta Med Port* [Internet]. 2016;29(11):694–701. Available from: <http://repositorio.chlc.min-saude.pt/bitstream/10400.17/2586/1/AMP%20694.pdf>
 38. Pereira FMP, Santos CSVB. Estudos de adaptação cultural e validação da Functional Assessment of Cancer Therapy-General em cuidados paliativos. *Rev Enf Ref* [Internet]. 2011 Dez;serIII(5):45–54. Available from: <http://dx.doi.org/10.12707/RIII1041>