

**Featuring patients followed  
the Palliative Care service of a  
Brazilian university hospital**

## **| Caracterização dos pacientes acompanhados pelo serviço de Cuidados Paliativos de um hospital universitário**

**ABSTRACT | Introduction:** *Given the increasing number of individuals affected by chronic degenerative diseases at global level, the World Health Organization (WHO) has classified the implementation of palliative care in healthcare services as humanitarian need. The resolution addressing guidelines for the organization of palliative care services within the Brazilian Unified Health System was issued in 2018. Objective:* *Featuring patients followed-up by Palliative Care Service of a University Hospital in Southeastern Brazil. Methods:* *Descriptive-exploratory study based on analyzing sociodemographic and clinical variables available in both databases and medical records of patients followed-up by the Palliative Care Commission from 2015 to 2017. Descriptive statistics and Chi-square test were applied. Results:* *In total, 270 patients, mostly brown elderly men, were followed-up during the investigated period. Neoplastic, neurological and cardiovascular issues were the most prevalent diseases. The 10% score Palliative Performance Scale was prevalent; this variable was dependent on other investigated variables. Despite the increased number of hospital discharges, death was the main outcome observed in the current study. Conclusion:* *Based on patients' profile, the care provided by the investigated institution is of the end-of-life type, since it faces delayed request. This information can help developing strategies focusing on the expansion of healthcare service.*

**Keywords |** *Palliative Care; University Hospital; Unified Health System; Patient Care.*

**RESUMO | Introdução:** Com o aumento do acometimento das doenças crônicas degenerativas na população mundial, a Organização Mundial da Saúde (OMS) considerou a implementação dos cuidados paliativos nos serviços de saúde uma necessidade humanitária. Em 2018 foi promulgada no Brasil a resolução que dispõe das diretrizes para organização dos serviços de cuidados paliativos no âmbito do SUS. **Objetivo:** Caracterizar os pacientes acompanhados pelo serviço de Cuidados Paliativos de um hospital universitário do Sudeste brasileiro. **Métodos:** Trata-se de um estudo descritivo-exploratório por meio da análise das variáveis sociodemográficas e clínicas contidas em banco de dados e prontuários de pacientes acompanhados pela Comissão de Cuidados Paliativos, no período de 2015 a 2017. Utilizou-se estatística descritiva e teste qui-quadrado. **Resultados:** Foram acompanhados 270 pacientes no período, em sua maioria idosos, homens e pardos. As doenças mais frequentes foram as neoplasias, neurológicas e cardiovasculares. O escore 10% da *Palliative Performance Scale* predominou, tendo essa variável apresentado relação de dependência com outras variáveis estudadas. Apesar do aumento no número de altas hospitalares, o óbito foi o principal desfecho encontrado. **Conclusão:** As características dos pacientes mostram que os cuidados oferecidos na instituição são de fim de vida, sendo estes solicitados de forma tardia. Essas informações contribuem na elaboração de estratégias para ampliação do serviço.

**Palavras-chave |** Cuidados Paliativos; Hospitais Universitários; Sistema Único de Saúde; Assistência ao Paciente.

<sup>1</sup>Universidade Federal do Espírito Santo. Vitória/ES, Brasil.

<sup>2</sup>Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes. Vitória/ES, Brasil.

## INTRODUÇÃO |

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis são responsáveis por 72% dos óbitos no Brasil, constituindo o principal problema de saúde pública no país. A sua prevalência impacta significativamente o perfil socioeconômico da população, tendo em vista a perda da qualidade de vida e mortes prematuras devido a essas enfermidades<sup>1</sup>. Visando minimizar os efeitos adversos dos sintomas das doenças, bem como aqueles ocasionados pelo tratamento delas, foi desenvolvida a abordagem conhecida como Cuidados Paliativos<sup>2</sup>.

Conhecidos como cuidados ativos e integrais prestados às pessoas com doenças que ameaçam a continuidade da vida, os cuidados paliativos tiveram sua implementação considerada uma necessidade humanitária, vistos os benefícios que apresenta à sociedade<sup>3</sup>. No Brasil, apesar de existirem diversas legislações as quais reafirmam a importância da integração dos cuidados paliativos no sistema de saúde, o número de instituições que realizam a abordagem ainda é pequeno se comparado ao de outros países<sup>4</sup>.

A realização desses cuidados pode ocorrer em todos os níveis de atenção à saúde, desde comissões consultivas até mesmo centros especializados nesse tipo de abordagem<sup>5</sup>. A escolha da modalidade a ser utilizada leva em consideração a necessidade da população-alvo assim como a infraestrutura presente no serviço que deseja implementá-lo<sup>6</sup>. As comissões consultivas apresentam-se como a modalidade com maior prevalência no país devido ao baixo custo para a sua implementação. De acordo com o Protocolo Clínico e as Diretrizes Terapêuticas da Dor Crônica, pacientes que apresentam devem ser avaliados primeiramente por equipes especializadas em dor crônica ou cuidados, para que ocorra o diagnóstico, o planejamento e o acompanhamento terapêutico corretos<sup>8</sup>.

Os Programas de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais e Recertificação dos Hospitais de Ensino estimularam o aumento da implantação dos serviços de controle efetivo da dor e cuidados paliativos nesses estabelecimentos<sup>9,10</sup>. Uma vez que não existia legislação para organizar a prática, tais cuidados foram implementados seguindo manuais elaborados por profissionais especializados na área. Em 2018 foi promulgada a primeira resolução que aborda as diretrizes para organização dos cuidados paliativos nos estabelecimentos do Sistema Único

de Saúde. De acordo com a resolução, os especialistas na área que já atuam com esse serviço nas redes de atenção à saúde poderão ser referências para os demais serviços<sup>11</sup>. Uma das metas do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis vigente no país é capacitar os servidores para que atuem nos cuidados paliativos<sup>1</sup>.

Diante do exposto, o presente estudo objetivou caracterizar os pacientes avaliados pelo serviço de Cuidados Paliativos de um Hospital Universitário da região Sudeste no período de 2015 a 2017.

## MÉTODOS |

Trata-se de uma pesquisa de abordagem quantitativa do tipo descritiva-exploratória retrospectiva, para a obtenção de dados por meio do levantamento sistematizado de registros de uma determinada população, com período e local estabelecidos previamente.

O estudo foi realizado em um Hospital Universitário situado no Espírito Santo, com a coleta de dados no período de janeiro a março de 2018. Trata-se de uma instituição pública, com atendimento nos níveis secundário e terciário, considerada referência em atendimentos de média e alta complexidade e tratamento de doenças crônicas.

A modalidade de assistência de cuidados paliativos adequada à realidade do hospital foi a de Comissão Consultiva, por meio da qual o médico do setor em que o paciente se encontra internado solicita o parecer da comissão supracitada. Esta avalia a elegibilidade do paciente e elabora um parecer com o plano de cuidado indicado. Os pacientes acompanhados pela comissão recebem duas visitas semanais, sendo realizada visita extra, caso necessário.

A amostra utilizada foi de base hospitalar, selecionada por meio do banco de dados dos pacientes da Comissão de Cuidados Paliativos (CCP) do presente hospital. Foram incluídos os pacientes acima de 18 anos, hospitalizados no período de 2015 a 2017 com solicitação de avaliação pela CCP. Foram excluídos os pacientes sem avaliação e aqueles com parecer desfavorável aos cuidados.

As variáveis estudadas foram agrupadas em sociodemográficas e clínicas, sendo o primeiro grupo

composto por sexo, faixa etária, estado civil, raça/cor, local de procedência e religião. Esses dados foram coletados através da busca ativa dos prontuários no período de fevereiro a março de 2018. Já o segundo grupo, constituído por ano de internação, setor solicitante da avaliação, escore *Palliative Performance Scale* (PPS), categoria da doença norteadora, intervalo de tempo entre internação e solicitação do parecer, tempo em cuidados paliativos e desfecho, teve os dados coletados por meio do banco de dados do setor. A fim de minimizar os erros inerentes ao banco de dados secundário, todas as informações que compõem as variáveis foram checadas no prontuário dos pacientes. No caso de discordâncias, a informação que prevaleceu foi a do prontuário.

A variável “idade” foi categorizada com base em estudo<sup>12</sup>, no qual o “adulto jovem” possui de 18 a 29 anos; “adulto”, de 30 a 59 anos; “idoso I”, de 60 a 79 anos; e “idoso II”, de 80 anos ou mais. A raça/cor foi categorizada de acordo com o IBGE em: cor amarela, branca, parda, preta e raça indígena<sup>13</sup>. Já a variável “procedência” considerou a “Grande Vitória” composta pelos municípios de Fundão, Serra, Vitória, Cariacica, Viana, Vila Velha e Guarapari; “Outros municípios do ES”, composta pelos demais municípios do Estado e “Outros estados”<sup>14</sup>. A religião foi categorizada em “Católica”, “Espírita”, “Evangélica”, “Não informada” e “Nenhuma”, sendo a última composta por ateu ou agnóstico uma vez que estes são correntes de pensamento e não religiões<sup>15</sup>.

A variável “CID da doença norteadora” foi categorizada de acordo com a Classificação Internacional de Doenças (CID-10 versão 2008), sendo atribuído às doenças Cardiovasculares (CID I00-I99), Hepáticas (CID K70-K77), Neurológicas (CID G00-G99), Pulmonar (CID J00-J99), Renais (CID N00-N99), *Human Immunodeficiency Virus* (HIV)/AIDS (CID B20-B24), Neoplasias (CID C00-D48) e “Outras doenças”. A variável “desfecho” foi subdividida em “Alta hospitalar”, “Equipe retirada”, “Óbito” e “Transferência Hospitalar”. Na categoria “Equipe retirada”, foram incluídos os pacientes cujos cuidados paliativos foram interrompidos antes do final da internação hospitalar. No estudo, a variável escore PPS foi categorizada seguindo os níveis apresentados na escala, sendo agrupados os pacientes que apresentaram escore de 60% ou mais. A CCP utiliza essa escala para avaliar a elegibilidade dos pacientes aos cuidados paliativos, sendo elegíveis os pacientes com escore  $\leq 50\%$ , bem como aqueles que apresentaram durante a avaliação escore  $\geq 60\%$  juntamente com multimorbidades e mau estado geral.

Os dados foram digitados no programa *Microsoft Office Excel 2016* e analisados por meio do programa *IBM SPSS Statistics*, versão 20.0. Para análise descritiva das variáveis categóricas, foi utilizada a frequência simples. Entretanto, para as variáveis faixa etária, intervalo entre internação e solicitação da avaliação, tempo em cuidados paliativos, foram calculados a média, o desvio-padrão (DP) e o valor mínimo e máximo. Visando verificar possíveis relações de dependência entre algumas variáveis e o escore PPS, calculou-se o p-valor através do teste qui-quadrado.

A pesquisa foi aprovada sob o CAAE 80900117.3.0000.5071, parecer nº 2.459.515, pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição proponente, via Plataforma Brasil, respeitando a Resolução 466/2012.

## RESULTADOS |

Foram solicitadas avaliações da CCP para 309 pacientes no período de 2015 a 2017. Dos 307 pacientes que apresentaram idade igual ou superior a 18 anos, 33 não foram avaliados pela comissão, uma vez que receberam alta hospitalar ou faleceram antes da avaliação. A média de dias entre a solicitação da avaliação e o desfecho desses pacientes foi de dois dias, apresentando tempo máximo de seis dias. Devido ao bom estado geral durante a avaliação, 4 dos 274 pacientes avaliados apresentaram parecer desfavorável aos cuidados paliativos, sendo elegíveis para o estudo 270 pacientes (Figura 1).

De acordo com a Tabela 1, que descreve as variáveis sociodemográficas dos pacientes, a maioria da população estudada é composta por homens, prevalecendo o sexo feminino apenas em 2016. Em relação à faixa etária, os pacientes acima de 60 anos representam 71% da população, sendo 48% da população composta pela categoria “Idosos I”. A média de idade apresentada foi de 67,95 anos (DP=13,45), apresentando como idade mínima 18 anos e máxima 98 anos. Mais da metade da população é casada e possui cor parda. Apesar de o hospital atender pacientes procedentes de estados vizinhos, devido à sua referência em tratamento de doenças crônicas, durante o período estudado, apenas um paciente não residia no Estado, sendo 80% da população proveniente da Região da Grande Vitória. As religiões católica e evangélica representam 73% dos pacientes, apresentando pouca diferença no seu quantitativo. Vale ressaltar que essa variável apresentou perda de dados em 21% dos pacientes estudados.

Figura 1 - Fluxograma da população de estudo

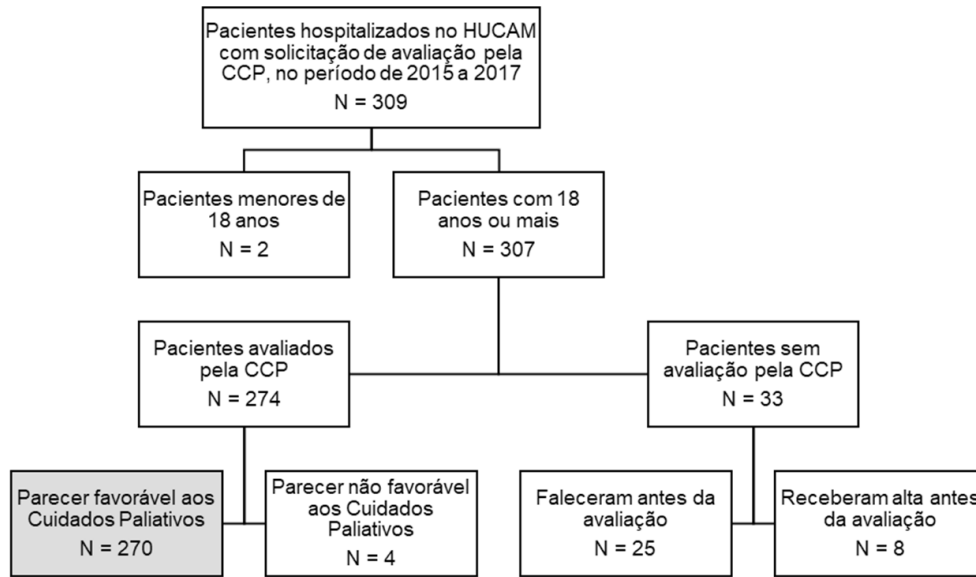


Tabela 1 - Variáveis sociodemográficas dos pacientes acompanhados pela Comissão de Cuidados Paliativos, no período de 2015 a 2017, em um Hospital Universitário situado no Espírito Santo

Variável	Categoria	Total	
		N	%
Sexo	Feminino	119	44%
	Masculino	151	56%
	Total	270	100%
Faixa etária	Adulto jovem	2	1%
	Adulto	75	28%
	Idosos I	131	48%
	Idosos II	62	23%
	Total	270	100%
Estado civil	Casado	139	52%
	Viúvo	59	22%
	Solteiro	52	19%
	Separado	20	7%
	Total	270	100%
Raça/cor	Parda	174	63%
	Branca	69	26%
	Preta	19	8%
	Amarela	8	3%
	Total	270	100%
Procedência	Grande Vitória	215	80%
	Outros municípios ES	54	20%
	Outros estados	1	0%
	Total	270	100%
Religião	Católica	99	37%
	Evangélica	97	36%
	Não informada	59	21%
	Espírita	5	2%
	Nenhuma	10	4%
	Total	270	100%

Na Tabela 2, estão descritas as características clínicas da população. Durante o período, apenas 4% dos pacientes foram avaliados pela comissão em mais de uma hospitalização. Os setores cirurgias, gastroenterologia, clínica médica e terapia intensiva foram responsáveis por 55% das solicitações de avaliação pela comissão. Em relação à escala PPS, a maior prevalência foi do escore 10%, seguido do escore 30%. A Neoplasia foi a doença norteadora que acometeu 53% dos pacientes, seguida das doenças neurológicas e cardiovasculares. No que se refere ao tempo entre as datas da internação e a solicitação da avaliação, prevaleceu o intervalo de 14 a 31 dias, seguido de 7 a 14 dias. A média de tempo apresentada foi de 18,86 dias (DP=20,07), o mínimo no mesmo dia e máximo de 141 dias. Quanto ao tempo no qual o paciente esteve em cuidados paliativos, a categoria de 0 a 7 dias prevaleceu em todos os anos. Sua média foi de 12,63 dias (DP=16,97), com mínimo de 1 dia e máximo de 188 dias. A categoria “não aplicável” nessa variável compreendeu 3% da população, sendo composta por pacientes cuja comissão foi retirada da linha de cuidados deles sem identificação da data de saída da equipe. O óbito foi o desfecho que prevaleceu em todos os anos, compreendendo sempre mais de 50% da população.

As características clínicas dos pacientes que foram avaliados pela comissão em uma nova internação foram descritas na Tabela 3. Em 69% dos pacientes com nova hospitalização, o intervalo das hospitalizações foi de até 90 dias, apresentando a média de 120,38 dias (DP=147,64),

com mínimo de 2 dias e máximo de 538 dias. No tempo transcorrido entre a internação e a solicitação do parecer, houve a prevalência do intervalo de 0 a 7 dias, sendo a média de 6,15 dias (DP=5,47), tempo mínimo e máximo de 1 e 18 dias respectivamente. O intervalo que prevaleceu em relação ao tempo no qual os pacientes ficaram em

cuidados paliativos foi de 0 a 7 dias, compreendendo a 38% da população. A média observada nessa variável foi de 10 dias (DP=7,58), com mínimo de 1 dia e máximo de 25 dias. A neoplasia foi a classe de doença que mais acometeu os pacientes, os quais tiveram novas internações. Quase 70% deles morreram durante esse período.

Tabela 2 - Características clínicas dos pacientes acompanhados pela Comissão de Cuidados Paliativos, no período de 2015 a 2017, em um Hospital Universitário situado no Espírito Santo

Variável	Categoria	2015		2016		2017		Total	
		N	%	N	%	N	%	N	%
Número de Internações	1	68	97%	106	96%	84	93%	258	96%
	2	2	3%	4	4%	5	6%	11	4%
	3	0	0%	0	0%	1	1%	1	0%
	Total	70	100%	110	100%	90	100%	270	100%
Setor solicitante	Cirurgias	11	15%	16	14%	18	19%	45	16%
	Gastroenterologia	10	14%	17	14%	13	14%	40	14%
	Clínica Médica	9	12%	20	18%	9	9%	38	13%
	Terapia Intensiva	8	11%	14	12%	11	12%	33	12%
	Pneumologia	10	14%	10	9%	9	9%	29	10%
	Cardiovascular	9	13%	8	7%	6	6%	23	8%
	Pronto Socorro	6	8%	9	8%	9	9%	24	8%
	Hematologia	3	4%	9	8%	7	7%	19	7%
	Nefrologia	2	3%	9	8%	9	9%	20	7%
	Urologia	2	3%	0	0%	5	5%	7	3%
	Doenças Infectocontagiosas	0	0%	1	1%	1	1%	2	1%
Total	72	100%	114	100%	97	100%	283	100%	
Escore PPS	10%	31	43%	41	36%	37	38%	109	38%
	20%	14	20%	15	13%	8	8%	37	13%
	30%	10	14%	27	24%	22	23%	59	21%
	40%	6	8%	15	13%	17	18%	38	13%
	50%	7	10%	13	11%	7	7%	27	10%
	≥ 60%	4	5%	3	3%	6	6%	13	5%
Total	72	100%	114	100%	97	100%	283	100%	
CID da doença norteadora	C00-D48	34	47%	64	56%	52	54%	150	53%
	G00-G99	8	11%	15	13%	14	14%	37	13%
	I00-I99	7	10%	14	12%	7	7%	28	10%
	K70-K77	5	7%	6	5%	8	9%	19	7%
	N00-N99	6	8%	9	8%	4	4%	19	7%
	J00-J99	8	11%	4	4%	4	4%	16	5%
	Outras doenças	4	6%	2	2%	7	7%	13	5%
	Total	72	100%	114	100%	97	100%	283	100%

\*continua.

\*continuação.

Intervalo entre a internação e solicitação de avaliação pela CCP (dias)	0  --- 7 dias	19	27%	24	21%	25	26%	68	24%
	7  --- 14 dias	15	21%	35	31%	29	30%	79	28%
	14  --- 31 dias	21	29%	37	32%	31	32%	89	31%
	31  --- 60 dias	11	15%	13	12%	7	7%	31	11%
	≥ 60 dias	6	8%	5	4%	5	5%	16	6%
	Total	72	100%	114	100%	97	100%	283	100%
Tempo em Cuidados Paliativos (dias)	0  --- 7 dias	38	53%	43	38%	41	42%	122	43%
	7  --- 14 dias	17	24%	33	29%	27	28%	77	27%
	14  --- 31 dias	10	14%	23	20%	19	20%	52	18%
	31  --- 60 dias	5	7%	10	9%	7	7%	22	8%
	≥ 60 dias	1	1%	1	1%	1	1%	3	1%
	Não aplicável*	1	1%	4	3%	2	2%	7	3%
Total	72	100%	114	100%	97	100%	283	100%	
Desfecho	Óbito	45	63%	57	50%	61	63%	163	57%
	Alta hospitalar	20	28%	51	45%	34	35%	105	37%
	Transferência Hospitalar	6	8%	2	2%	0	0%	8	3%
	Equipe retirada	1	1%	4	3%	2	2%	7	3%
	Total	72	100%	114	100%	97	100%	283	100%

\*Pacientes cuja Comissão de Cuidados Paliativos foi retirada da linha de cuidados.

Tabela 3 - Características clínicas dos pacientes com mais de uma internação que foram acompanhados pela Comissão de Cuidados Paliativos, no período de 2015 a 2017, em um Hospital Universitário situado no Espírito Santo

Variável	Categoria	2015		2016		2017		Total	
		N	%	N	%	N	%	N	%
Intervalo entre as internações (dias)	0  --- 30 dias	1	50%	1	25%	1	13%	3	23%
	30  --- 60 dias	0	0%	1	25%	2	29%	3	23%
	60  --- 90 dias	1	50%	0	0%	2	29%	3	23%
	90  --- 180 dias	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
	180  --- 270 dias	0	0%	1	25%	2	29%	3	23%
	≥ 270 dias	0	0%	1	25%	0	0%	1	8%
	Total	2	100%	4	100%	7	100%	13	100%
Intervalo entre a internação e a solicitação de avaliação pela CCP (dias)	0  --- 7 dias	1	50%	3	75%	5	71%	9	69%
	7  --- 14 dias	1	50%	1	25%	2	29%	4	31%
	Total	2	100%	4	100%	7	100%	13	100%
Tempo em Cuidados Paliativos (dias)	0  --- 7 dias	2	100%	1	25%	2	29%	5	38%
	7  --- 14 dias	0	0%	1	25%	3	42%	4	31%
	14  --- 31 dias	0	0%	2	50%	2	29%	4	31%
	Total	2	100%	4	100%	7	100%	13	100%
CID da doença norteadora	C00-D48	1	50%	1	25%	5	71%	7	54%
	I00-I99	0	0%	1	25%	2	29%	3	23%
	J00-J99	1	50%	1	25%	0	0%	2	15%
	N00-N99	0	0%	1	25%	0	0%	1	8%
Total	2	100%	4	100%	7	100%	13	100%	
Desfecho	Óbito	2	100%	2	50%	5	71%	9	69%
	Alta hospitalar	0	0%	2	50%	2	29%	4	31%
	Total	2	100%	4	100%	7	100%	13	100%

As avaliações das relações entre o escore PPS e as variáveis “faixa etária”, “intervalo entre a internação e a solicitação da avaliação pela comissão de cuidados paliativos”, “classificação da doença norteadora”, “tempo em cuidados paliativos” e “desfecho” estão descritas na Tabela 4. A faixa etária foi a única variável que não apresentou diferença estatística, sendo distribuída de forma independente com p-valor = 0,299. Houve diferença estatística na relação de dependência entre o escore PPS e o intervalo entre a internação e a solicitação da avaliação pela comissão de cuidados paliativos,

com p-valor=0,059, assim como na classificação da doença norteadora, que apresentou p-valor=0,000. Em relação ao tempo em cuidados paliativos, constatou-se que, a partir do PPS 20%, houve uma distribuição melhor no que diz respeito ao tempo em cuidados paliativos, uma vez que as pessoas com escore PPS maior estiveram mais tempo em cuidados paliativos (p-valor=0,009). Na variável “desfecho”, o número de óbitos diminuiu, à medida que aumentou o escore PPS, ocorrendo o contrário quando analisada a classificação de alta hospitalar (p-valor=0,000).

Tabela 4 - Avaliação das relações entre o escore PPS e as variáveis sociodemográficas e clínicas dos pacientes acompanhados pela Comissão de Cuidados Paliativos, no período de 2015 a 2017, em um Hospital Universitário situado no Espírito Santo.

Variável	Categoria	Escore PPS												P valor*
		10%		20%		30%		40%		50%		≥ 60%		
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Faixa etária	Adulto jovem	2	2%											p=0,299
	Adulto	28	25%	6	16%	14	24%	17	45%	9	33%	6	46%	
	Idosos I	52	48%	20	54%	30	51%	15	39%	15	56%	6	46%	
	Idosos II	27	25%	11	30%	15	25%	6	6%	3	11%	1	8%	
	Total	109	100%	37	100%	59	100%	38	100%	27	100%	13	100%	
Intervalo entre a internação e a solicitação de avaliação pela CCP (dias)	0  --- 7 dias	23	21%	7	19%	18	30%	11	29%	4	15%	5	38%	p=0,059
	7  --- 14 dias	22	20%	10	27%	17	29%	16	42%	10	37%	4	31%	
	14  --- 31 dias	40	37%	12	32%	12	20%	11	28%	11	41%	3	23%	
	31  --- 60 dias	17	16%	3	8%	8	14%			2	7%	1	8%	
	≥ 60 dias	7	6%	5	14%	4	7%							
	Total	109	100%	37	100%	59	100%	38	100%	27	100%	13	100%	
CID da Doença Norteadora	B20-B24	1	1%											p=0,000
	C00-D48	50	46%	18	49%	30	51%	23	60%	19	71%	10	77%	
	G00-G99	31	28%	4	11%	2	3%							
	I00-I99	9	8%	4	11%	10	17%	2	5%	2	7%	1	8%	
	J00-J99	3	3%	2	5%	6	10%	3	8%	2	7%			
	K70-K77	4	4%	3	8%	3	5%	3	8%	4	15%	2	15%	
	N00-N99	3	3%	2	5%	8	14%	6	16%					
	Outras	8	7%	4	11%			1	3%					
Total	109	100%	37	100%	59	100%	38	100%	27	100%	13	100%		
Tempo em Cuidados Paliativos (dias)	0  --- 7 dias	55	51%	15	40%	18	31%	14	37%	4	15%	1	8%	p=0,009
	7  --- 14 dias	19	17%	14	38%	22	37%	11	60%	22	81%	12	92%	
	14  --- 31 dias	19	17%	5	13%	13	22%	13	3%					
	31  --- 60 dias	12	11%	1	3%	3	5%							
	≥ 60 dias	2	2%	1	3%					1	4%			
	Não aplicável	2	2%	1	3%	3	5%							
	Total	109	100%	37	100%	59	100%	38	100%	27	100%	13	100%	

\*continua.

\*continuação.

	Óbito	93	85%	26	70%	25	42%	14	37%	4	15%	1	8%
Desfecho	Alta hospitalar	10	9%	7	19%	31	53%	23	60%	22	81%	12	92%
	Transferência hospitalar	4	4%	3	8%			1	3%				
	Equipe retirada	2	2%	1	3%	3	5%			1	4%		
	Total	109	100%	37	100%	59	100%	38	100%	27	100%	13	100%

p=0,000

## DISCUSSÃO |

No período de 2015 a 2017, observou-se um aumento no número de pacientes avaliados pela Comissão de Cuidados Paliativos do hospital, com destaque para o número progressivo de novas internações pelos pacientes como consequência da desospitalização deles. O perfil sociodemográfico da população estudada mostrou predomínio de homens, com idade superior a 60 anos, pardos e cristãos declarados. Dados semelhantes em relação à idade e ao sexo foram encontrados em um estudo transversal realizado no ano de 2013 em pacientes oncológicos os quais recebiam cuidados paliativos por meio de um serviço público de atenção domiciliar, no qual a média de idade dos pacientes foi de 66 anos e a prevalência de 60% do sexo masculino na população estudada<sup>16</sup>.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) preconiza a implementação dos cuidados paliativos desde o diagnóstico de uma doença ameaçadora de vida, todavia sabe-se que tal prática não está estabelecida como deveria<sup>3</sup>. No presente hospital, a avaliação do paciente pela comissão é realizada após a solicitação pela equipe do setor onde o paciente está alocado. Fato é que esse serviço é limitado à compreensão da equipe assistente sobre o seu conceito e elegibilidade dos pacientes. Um estudo qualitativo realizado com a equipe de UTI de um hospital universitário mostrou que os profissionais entendem que os cuidados paliativos devem ser realizados na fase terminal da vida dos pacientes, quando já não se tem perspectiva de tratamento<sup>17</sup>. Tais fatos impactam diretamente as características clínicas dos pacientes avaliados pela comissão, bem como o tempo transcorrido entre a internação e a solicitação do parecer pela comissão de cuidados paliativos.

Apesar de prevalecer no período estudado o intervalo de 14 a 31 dias desde a internação até a solicitação da avaliação, no decorrer dos anos, aumentou o número de pacientes com solicitação em um intervalo menor de tempo. A partir de 2015, mais da metade das solicitações eram realizadas até 14 dias após a hospitalização. Tal fato

pode ser atribuído à identificação precoce dos potenciais pacientes elegíveis pela equipe solicitante. Quando analisados os dados dos pacientes com solicitação de avaliação pela comissão em sua nova admissão, observa-se maior rapidez na solicitação, sendo a maioria realizada em até sete dias após a hospitalização. Embora a solicitação da avaliação tenha ocorrido de forma mais rápida, ressalta-se que 8% dos pacientes não conseguiram ser avaliados por falecerem antes.

Devido ao fato de os pacientes entrarem em cuidados paliativos com a doença mais agravada, o tempo que eles permanecem sob esses cuidados é curto, não podendo se beneficiarem dos cuidados como deveriam. O vínculo de confiança entre a equipe de cuidados e o paciente é essencial para tomada de decisão dos tratamentos, os quais serão utilizados no final de vida, respeitando a sua autonomia. Para que isso ocorra, é imprescindível o contato precoce entre a equipe e o paciente<sup>5</sup>. Os pacientes que foram acompanhados pela comissão de cuidados paliativos ficaram menos de uma semana e apresentaram o óbito como principal desfecho. O Brasil está em 42º lugar mundial no Índice de Qualidade de Morte e em 10º na região das Américas<sup>18</sup>. Esse índice está diretamente ligado à qualidade dos cuidados paliativos prestados no país, uma vez que eles englobam os cuidados de fim de vida. Estudos apontam que os cuidados paliativos promovem bem-estar aos pacientes os quais apresentam doenças graves progressivas e auxiliam-nos no entendimento da finitude da vida, preparando-os para uma “boa morte”<sup>19,20</sup>.

Com o intuito de desenvolver um diagnóstico situacional para apontar a necessidade de implementação dos cuidados paliativos na instituição de estudo, foi desenvolvido, no ano de 2015, um estudo com 198 pacientes hospitalizados nesse hospital<sup>12</sup>. No presente estudo, assim como no estudo citado anteriormente, foi identificada como diagnóstico mais frequente a neoplasia, seguida das doenças cardíacas, fato que contrapõe o estimado pela OMS – dentre os pacientes que necessitam de cuidados paliativos, 38% possuem doenças cardiovasculares e 34%, neoplasias<sup>3</sup>.



De acordo com a OMS, no ano de 2014, apenas 14% dos pacientes elegíveis receberam os cuidados paliativos. Segundo estimativas, no Brasil existem cerca de 180 mil pacientes/ano que possuem critérios para inclusão em cuidados paliativos especializados<sup>21</sup>. Devido ao fato de esse serviço ser relativamente novo no hospital, caracterizar os pacientes, bem como verificar os setores solicitantes desses serviços se faz necessário para conhecer as demandas dos pacientes e os locais onde se deve intensificar a conscientização sobre a elegibilidade deles.

Estudos de coorte retrospectiva e prospectiva apontam que a escala PPS pode ser utilizada para calcular o prognóstico e sobrevida dos pacientes, levando em consideração as variáveis “idade” e “diagnóstico”<sup>22,23</sup>. Dentre as variáveis analisadas no estudo, o escore PPS mostrou relação de independência apenas com a variável “idade”. Quando verificados os desfechos, observa-se que o número de óbitos diminuiu à medida que o escore PPS aumentou, sendo observado o contrário quando analisado o desfecho alta hospitalar. Apesar de apresentar diferença estatística na relação entre escore PPS e tempo em cuidados paliativos, observa-se que em todas as faixas de tempo ocorreu a maior prevalência do escore 10%, sendo explicado devido à alta prevalência deste na população de estudo. Esse escore indica que o paciente está acamado, incapaz de realizar qualquer atividade e com dependência completa<sup>24</sup>. Tal fato evidencia que os cuidados paliativos são requeridos aos pacientes de forma tardia.

Ainda que os dados não possam ser generalizados, devido à dificuldade apresentada na padronização de estudos dessa temática, eles não podem ser desprezados, uma vez que apontam os locais onde apresentam dificuldade na disseminação da prática dos cuidados paliativos, fornecendo subsídios para a formulação de políticas e intervenções institucionais de modo a estimular a sua ampliação<sup>25</sup>.

## CONCLUSÃO |

Sendo assim, apesar de os dados apresentados no estudo evidenciarem que os serviços de cuidados paliativos prestados no presente hospital ocorreram em pacientes debilitados, sendo caracterizados como cuidados de fim de vida, observa-se no decorrer dos anos um aumento no número de desospitalização dos pacientes e solicitações mais precoces de pareceres da CCP. Tal fato corrobora

como o conhecimento da equipe assistente acerca do conceito dos cuidados paliativos, e elegibilidade dos pacientes para esses, impactando na caracterização do serviço prestado no hospital.

O conhecimento das características dos pacientes avaliados pela comissão auxilia a elaboração de estratégias para a melhoria do serviço assim como o aumento da prática desses cuidados na rede de atenção à saúde, servindo de referência para novos serviços atuarem nesta área.

Espera-se que o presente estudo contribua na modificação do perfil de assistência de cuidados paliativos de fim de vida para aqueles que abrangem também o processo do adoecimento, aliviando os sofrimentos enfrentados pelos pacientes e seus familiares em todas as esferas de cuidado.

## FINANCIAMENTO |

Esta pesquisa teve auxílio de bolsa de estudo da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

## REFERÊNCIAS |

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil (2011-2022) [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2011 [acesso em 05 jun 2018]. Disponível em: URL: [http://bvs-ms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano\\_acoes\\_enfrent\\_dcnt\\_2011.pdf](http://bvs-ms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_acoes_enfrent_dcnt_2011.pdf).
2. Floriani CA, Schramm FR. Casas para os que morrem: a história do desenvolvimento dos *hospices* modernos. *Hist Cienc Saude Manguinhos*. 2010 [acesso em]; 17(Supl. 1):165-80. Disponível em: URL: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702010000500010>.
3. Connor SR, Sepulveda Bermedo MC, editores. Global atlas of palliative care at the end of life [Internet]. Geneva: OMS; 2014 [acesso em 16 jun 2018]. Disponível em: URL: [http://www.who.int/nmh/GlobalAtlas\\_of\\_Palliative\\_Care.pdf](http://www.who.int/nmh/GlobalAtlas_of_Palliative_Care.pdf).

4. Ugarte O. Contexto normativo dos cuidados paliativos no SUS [Internet]. Rio Grande do Sul. Monografia [Especialização em Saúde Coletiva e Educação na Saúde] – Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2014 [acesso em 19 abr 2018]. Disponível em: URL: <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/114783>.
5. Maciel MGS, Rodrigues LF, Naylor C, Bettega R, Barbosa SM, Burlá C, et al. Critérios de qualidade para os cuidados paliativos no Brasil: documento elaborado pela Academia Nacional de Cuidados Paliativos [Internet]. Rio de Janeiro: Diagraphic; 2006 [acesso em 18 set 2018]. Disponível em: URL:
6. Organização Mundial da Saúde. Planning and implementing palliative care services: a guide for programme managers [Internet]. Genebra: OMS; 2016 [acesso em 2 out 2018]. Disponível em: URL: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250584/9789241565417-eng.pdf;jsessionid=96F8C9C623CA14DE676EBFD7EC-5DBE85?sequence=1>.
7. Carvalho RT, Parsons HA, organizadores. Manual de cuidados paliativos ANCP. 2. ed. São Paulo: Academia Nacional de Cuidados Paliativos; 2012.
8. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria n°. 1.083, de 2 de outubro de 2012. Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Dor Crônica [Internet]. Diário Oficial da União 03 out 2012 [acesso em 5 jan 2019]. Disponível em: URL: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2012/prt1083\\_02\\_10\\_2012.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2012/prt1083_02_10_2012.html).
9. Brasil. Decreto n°. 7.082, de 27 de janeiro 2010. Institui o Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais - REHUF, dispõe sobre o financiamento compartilhado dos hospitais universitários federais entre as áreas da educação e da saúde e disciplina o regime da pactuação global com esses hospitais [Internet]. Diário Oficial da União 27 jan 2010 [acesso em 5 jan 2019]. Disponível em: URL: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2007-2010/2010/decreto/d7082.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2010/decreto/d7082.htm).
10. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria n°. 285, de 24 de março de 2015. Redefine o Programa de Certificação de Hospitais de Ensino (HE) [Internet]. Diário Oficial da União 25 mar 2015 [acesso em 5 jan 2019]. Disponível em: URL: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt0285\\_24\\_03\\_2015.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt0285_24_03_2015.html).
11. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria n°. 41, de 31 de outubro de 2018. Dispõe sobre as diretrizes para a organização dos cuidados paliativos, à luz dos cuidados continuados integrados, no âmbito Sistema Único de Saúde (SUS) [Internet]. Diário Oficial da União 23 nov 2018 [acesso em 5 jan 2019]. Disponível em: URL: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/novembro/23/RESO-LUCAO-N41.pdf>.
12. Gouvea MPG. Diagnóstico situacional dos pacientes potenciais aos cuidados paliativos no Hospital das Clínicas de Vitória-ES [Internet]. Vitória. Dissertação [Mestrado em Gestão Pública]. – Universidade Federal do Espírito Santo; 2015 [acesso em 19 abr 2018]. Disponível em: URL: [http://portais4.ufes.br/posgrad/teses/tese\\_9202\\_Disserta%E7%E3o%20Final%20-%20Maria%20da%20Penha%20Gouvea.pdf](http://portais4.ufes.br/posgrad/teses/tese_9202_Disserta%E7%E3o%20Final%20-%20Maria%20da%20Penha%20Gouvea.pdf).
13. Dias J, Giovanetti MR, Santos NJS. Como e para que perguntar a cor ou raça/etnia no Sistema Único de Saúde? Manual [Internet]. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde; 2009 [acesso em 13 dez 2018]. Disponível em: URL: [http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/profissional-da-saude/grupo-tecnico-de-aco-es-estrategicas-gtae/saude-da-populacao-negra/livros-e-revistas/manual\\_que-sito\\_cor.pdf](http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/profissional-da-saude/grupo-tecnico-de-aco-es-estrategicas-gtae/saude-da-populacao-negra/livros-e-revistas/manual_que-sito_cor.pdf).
14. Espírito Santo. Lei n°. 9.768, de 26 de dezembro de 2011. Dispõe sobre a definição das Microrregiões e Macrorregiões de Planejamento no Estado do Espírito Santo [Internet]. Diário Oficial da União 28 dez 2011 [acesso em 5 jan 2019]. Disponível em: URL: <http://www3.al.es.gov.br/Arquivo/Documents/legislacao/html/LO9768.html>.
15. Schramm FR. Diálogo entre o agnosticismo e o universo das religiões: o caso da empatia. Rev Bioét [Internet]. 2014 [acesso em 13 dez 2018]; 22(3):407-15. Disponível em: URL: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-80422014000300003&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-80422014000300003&lng=pt&tlng=pt).
16. Pilatti P, Lagni VB, Picasso MC, Puma K, Mestriner RJS, Machado DO, et al. Cuidados paliativos oncológicos em um serviço público de atenção domiciliar. Rev Bras Med Fam Comunidade [Internet]. 2017 [acesso em 05 jun 2018]; 12(39):1-10. Disponível em: URL: <https://www.rbmfmc.org.br/rbmfc/article/view/1339>.
17. Gulini JEHMB, Nascimento ERP, Moritz RD, Rosa LM, Silveira NR, Vargas MAO. Intensive care unit team

- perception of palliative care: the discourse of the collective subject. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2017; 51:e03221 [acesso em 10 abr 2018] Disponível em: URL: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342017000100419&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342017000100419&lng=en).
18. Economist Intelligence Unit. The 2015 quality of death index: ranking palliative care across the world (a report by The Economist Intelligence Unit) Londres: Economist Intelligence Unit; 2015 [acesso em 20 maio 2019]. Disponível em: URL: <https://eiperspectives.economist.com/sites/default/files/2015%20EIU%20Quality%20of%20Death%20Index%20Oct%2029%20FINAL.pdf>.
19. Ponte ACSLC, Pais-Ribeiro JL. O bem-estar do doente seguido em cuidados paliativos: perspectiva da tríade doente-família-profissionais de saúde. *Cuidados Paliativos* [Internet]. 2015 [acesso em 13 jun 2019]; 2(2):52-64. Disponível em: URL: [https://www.apcp.com.pt/uploads/Revista\\_Cuidados\\_Paliativos\\_v2\\_n2.pdf](https://www.apcp.com.pt/uploads/Revista_Cuidados_Paliativos_v2_n2.pdf).
20. Silva SMA. Os cuidados ao fim da vida no contexto dos cuidados paliativos. *Rev Bras Cancerol* [Internet]. 2016 [acesso em 13 jun 2019]; 62(3):253-7. Disponível em: URL: [http://www1.inca.gov.br/rbc/n\\_62/v03/pdf/08-artigo-opiniao-os-cuidados-ao-fim-da-vida-no-contexto-dos-cuidados-paliativos.pdf](http://www1.inca.gov.br/rbc/n_62/v03/pdf/08-artigo-opiniao-os-cuidados-ao-fim-da-vida-no-contexto-dos-cuidados-paliativos.pdf).
21. Pastrana T, Lima L, Wenk R, Eisenchlas J, Monti C, Rocafort J, et al. Atlas de cuidados paliativos de Latinoamérica [Internet]. Houston: International Association for Hospice and Palliative Care; 2012 [acesso em 18 maio 2018]. Disponível em: URL: <https://cuidadospaliativos.org/uploads/2014/1/Atlas%20Portugues.pdf>.
22. Lau F, Maida V, Downing M, Lesperance M, Karlson N, Kuziemy C. Use of the Palliative Performance Scale (PPS) for end-of-life prognostication in a palliative medicine consultation service. *J Pain Symptom Manage*. 2009; 37(6):965-72.
23. Myers J, Kim A, Flanagan J, Selby D. Palliative performance scale and survival among outpatients with advanced cancer. *Support Care Cancer*. 2015; 23(4):913-8.
24. Creber RM, Russel D, Dooley F, Jordan L, Baik D, Goyal P, et al. Use of the Palliative Performance Scale to estimate survival among home hospice patients with heart failure. *ESC Heart Failure*. 2019; 6(2):371-8.
25. Currow DC, Wheeler JL, Glare PA, Kaasa S, Abernethy AP. A framework for generalizability in palliative care. *J Pain Symptom Manage* [Internet]. 2009 [acesso em 26 maio 2018]; 37(3):373-86. Disponível em: URL: [https://www.jpainjournal.com/article/S0885-3924\(08\)00438-7/pdf](https://www.jpainjournal.com/article/S0885-3924(08)00438-7/pdf).

*Correspondência para/ Reprint request to:*

**Jéssica Cristina de Lima Costa**

*Centro de Ciências da Saúde,*

*Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva,*

*Universidade Federal do Espírito Santo,*

*Av. Marechal Campos, 1468,*

*Maruípe, Vitória/ES, Brasil*

*CEP: 29047-105*

*E-mail: jessicalcosta@gmail.com*

Recebido em: 11/10/2019

Aceito em: 18/08/2020