



ORIGINAL

Perfil clínico e sociodemográfico de adultos hospitalizados em cuidados paliativos

Clinical and sociodemographic profile of adults hospitalized in palliative care
Perfil clínico y sociodemográfico de adultos hospitalizados en cuidados paliativos

Franciele Roberta Cordeiro¹

 <https://orcid.org/0000-0001-6194-5057>

Júlia Behling Medeiros¹

 <https://orcid.org/0000-0000-0000-0000>

Vanessa Pellegrini Fernandes²

 <https://orcid.org/0000-0003-0435-2487>

Juliana Zeppini Giudice³

 <https://orcid.org/0000-0003-0027-5365>

Cristiane Trivisio Arnemann⁴

 <https://orcid.org/0000-0003-2684-3068>

¹Universidade Federal de Pelotas. ²Hospital Escola da Universidade de Pelotas. ³Universidade Federal de São Paulo. ⁴Universidade Federal de Santa Maria

RESUMO

Objetivo: caracterizar o perfil clínico e sociodemográfico de adultos hospitalizados e acompanhados por equipe de consultoria em cuidados paliativos. **Método:** estudo quantitativo, descritivo, do tipo retrospectivo. A amostra foi constituída por 53 pacientes acompanhados, entre outubro de 2018 e dezembro de 2019, por equipe de um hospital do Sul do Brasil e por um projeto de extensão. Os dados foram extraídos dos instrumentos de avaliação do projeto e organizados no programa *Microsoft Excel*. A análise se deu por meio de estatística descritiva. **Resultados:** identificou-se baixo nível de escolaridade e renda. A neoplasia de pulmão foi o diagnóstico mais frequente, relacionado ao tabagismo, hábito prevalente. Dor foi a principal queixa. Cansaço, bem-estar, sono, ansiedade e depressão foram pior autoavaliados. Opioides foram mais prescritos para o controle da dor, entretanto não estiveram em igual proporção os laxativos. Quanto ao uso de dispositivos de saúde, os respiratórios predominaram. O óbito foi o principal desfecho. **Conclusão:** o perfil sociodemográfico deve ser identificado pelas equipes e considerado no planejamento da alta hospitalar em cuidados paliativos. Sintomas físicos pareceram melhor controlados, sobressaindo-se para tal o uso de medidas farmacológicas. Sintomas psíquicos e relacionados ao conforto merecem avaliação abrangente e intervenções mais específicas das equipes de saúde.

Descritores: Cuidados Paliativos na Terminalidade da Vida. Hospitais. Cuidados Paliativos. Estado Terminal.

ABSTRACT

Objective: to characterize the clinical and sociodemographic profile of adults hospitalized and monitored by a consulting team in palliative care. **Method:** a quantitative and descriptive study, of the retrospective type. The sample consisted of 53 patients followed-up between October 2018 and December 2019 by a team from a hospital in southern Brazil and by an extension project. The data were extracted from the project assessment instruments and organized in *Microsoft Excel*. The analysis was performed using descriptive statistics. **Results:** low schooling and income levels were identified. Lung neoplasm was the most frequent diagnosis, related to smoking, a prevalent habit. Pain was the main complaint. Tiredness, well-being, sleep, anxiety and depression were worse self-rated. Opioids were more prescribed for pain control, but laxatives were not in equal proportion. Regarding the use of health devices, respiratory devices predominated. Death was the main outcome. **Conclusion:** the sociodemographic profile should be identified by the teams and considered in the planning of hospital discharge in palliative care. Physical symptoms seemed to be better controlled, with the use of pharmacological measures standing out. Psychological and comfort-related symptoms deserve a comprehensive evaluation and more specific interventions by the health teams.

Descriptors: Hospice Care; Hospitals; Palliative Care; Critical Illness.

RESUMÉN

Objetivo: caracterizar el perfil clínico y sociodemográfico de adultos hospitalizados acompañados por un equipo de consulta en cuidados paliativos. **Métodos:** estudio cuantitativo, descriptivo, retrospectivo. La muestra estuvo compuesta por 53 pacientes seguidos entre octubre de 2018 y diciembre de 2019, por un equipo de un hospital del sur de Brasil y por un proyecto de extensión. Los datos se extrajeron de los instrumentos de evaluación de proyectos y fueron organizados en el programa *Microsoft Excel*. El análisis se realizó mediante estadística descriptiva. **Resultados:** se identificó un bajo nivel de escolaridad e ingresos. El cáncer de pulmón fue el diagnóstico más frecuente, relacionado con el tabaquismo como hábito prevalente. El dolor fue la queja principal. El cansancio, el bienestar, el sueño, la ansiedad y la depresión fueron los síntomas peor evaluados. Los opiáceos fueron más prescritos para el control del dolor, advirtiéndose que los laxantes no lo fueron en igual proporción. En cuanto al uso de dispositivos médicos, predominaron los respiratorios. La muerte fue el principal resultado. **Conclusión:** el perfil sociodemográfico debe ser identificado por los equipos y considerado en la planificación del alta hospitalaria en cuidados paliativos. Los síntomas físicos parecen estar mejor controlados, destacándose el uso de medidas farmacológicas. Los síntomas psíquicos y los relacionados con el confort requieren una evaluación integral e intervenciones más específicas por parte de los equipos de salud.

Descriptores: Cuidados Paliativos al Final de la Vida. Hospitales. Cuidados Paliativos. Enfermedad Terminal.

INTRODUÇÃO

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) são responsáveis por aproximadamente 70% de todas as mortes no mundo.⁽¹⁾ Com o aumento das DCNT e o envelhecimento populacional, os Cuidados Paliativos (CP) emergem como uma abordagem para doenças crônicas que não respondem mais ao tratamento modificador.

Os CP, realizados por equipe multidisciplinar, são destinados às pessoas com doenças que ameaçam a vida e suas famílias. Eles não se destinam exclusivamente às situações de terminalidade, mas pessoas nessas situações podem se beneficiar desta abordagem para o alívio do sofrimento relacionado à saúde.⁽²⁾ O objetivo dos profissionais é identificar e controlar antecipadamente sintomas de ordem física, psicológica, social e espiritual, respeitando a crença e a cultura de todos os envolvidos no cuidado.⁽²⁻³⁾

No Brasil, existem 191 serviços de cuidados paliativos, os quais se situam majoritariamente nas regiões Sudeste (55%) e Sul (17,2%), em ambulatórios ou hospitais por meio de Equipe de Consultoria em Cuidados Paliativos (ECCP) (82,7%), também denominadas de equipes de interconsulta. Tais equipes são constituídas, minimamente, por médico e enfermeiro com experiência clínica, especialização ou aperfeiçoamento na área de cuidados paliativos. Elas prestam apoio às equipes que assistem diretamente aos pacientes e famílias nas diferentes unidades de internação.⁽⁴⁾

As ECCP auxiliam os demais profissionais na elaboração de planos individualizados de cuidados, os quais contemplam o manejo de sintomas, a organização de aspectos socioeconômicos, além da abordagem psicológica e espiritual de questões que emergem com a possibilidade de finitude da vida. Esses planos podem ser aceitos e implementados pelas equipes assistentes ou não, dependendo das pactuações entre tais equipes e a ECCP.⁽⁴⁾

Pesquisas sobre o perfil de pacientes acompanhados por ECCP são escassas na literatura nacional. Os estudos na área versam sobre relatos de experiência acerca da implementação de unidades de internação específica em cuidados paliativos ou pacientes nestas unidades.⁽⁵⁻⁶⁾

Dentre os que se aproximam de ECCP, identificou-se estudo realizado com pacientes jovens no qual verificou-se que as hospitalizações acontecem para o controle de sintomas. O tempo de internação variou entre 15 e 20 dias entre o início do acompanhamento e o óbito ou a alta hospitalar, quando possível, respectivamente. Também identificou-se demora quanto à solicitação de acompanhamento por equipe de cuidados paliativos.⁽⁷⁾ Outro estudo comparou a efetividade no alívio de sintomas de pacientes com câncer hospitalizados e acompanhados por ECCP e equipe assistencial. Dor, dispneia e depressão foram melhor controlados pela ECCP.⁽⁸⁾

Assim, identifica-se a necessidade de caracterizar o perfil dos pacientes que são acompanhados sob a filosofia dos Cuidados Paliativos, mas que não estão em unidades específicas para CP, de modo a identificar intervenções prioritárias e adequá-las ao contexto socioeconômico de pacientes e famílias.

Frente ao exposto, este estudo teve por objetivo caracterizar o perfil clínico e sociodemográfico de adultos hospitalizados e acompanhados por equipe de consultoria em Cuidados Paliativos.

MÉTODO

Estudo de abordagem quantitativa, descritivo, do tipo retrospectivo. Os estudos retrospectivos envolvem coletar os dados sobre um resultado no presente e, depois, voltar os olhos para o passado em busca das possíveis causas ou para caracterizar uma situação.⁽⁹⁾

O cenário do estudo foi um Hospital de Ensino do Sul do Brasil que possui 175 leitos de internação e é referência em atendimento, especialmente em Oncologia, para 28 municípios. Um diferencial da instituição é a presença de Equipe de Consultoria em Cuidados Paliativos, composta por duas médicas e uma enfermeira como membros permanentes. Assistente social, capelão e psicólogas são acionados conforme a demanda, ou seja, não integram a equipe.

Essa equipe orienta profissionais que assistem diretamente adultos hospitalizados nas três unidades de internação que integram a rede de urgência e emergência, uma unidade de internação de clínica médica, uma unidade de internação cirúrgica e a unidade de terapia intensiva, além de seus cuidadores formais e informais.

A equipe de consultoria também apresenta papel educativo com os profissionais no que se refere à orientação sobre CP e também junto a discentes de Enfermagem e Medicina, através de estágios voluntários, projetos de ensino, de pesquisa e de extensão.

Os participantes do estudo foram pacientes hospitalizados devido à doença avançada. A amostra foi constituída de maneira intencional, por meio de indicação dos pacientes pela ECCP, considerando como critérios de inclusão: estar em acompanhamento com a ECCP, ter mais de 18 anos e ter sido avaliado pelo projeto de extensão “A consulta de enfermagem como instrumento de cuidado às pessoas com doenças que ameaçam à vida e suas famílias”. Foram excluídos pacientes que se recusaram em ser avaliados pelos extensionistas.

Ressalta-se que a ECCP, após solicitação de avaliação, acompanha o paciente durante o restante do período de internação. No período do estudo, em média eram avaliados 15 novos pacientes mensalmente. Destaca-se que esse número variava, para mais ou para menos, conforme o período do ano. Por exemplo, no mês de março, início de uma nova equipe de residentes médicos na Instituição, ou durante as férias das profissionais da ECCP, as quais não eram substituídas por outros profissionais, o número de solicitações era reduzido.

De igual modo, é importante esclarecer que as consultas de enfermagem (atividade extensionista), eram realizadas por discentes do curso de Graduação em Enfermagem na beira do leito das unidades em que os pacientes estavam hospitalizados. Todos os discentes realizavam, previamente, estágio de

vivências acadêmicas com as profissionais da ECCP, de no mínimo 20 e no máximo 40 horas.

As consultas eram destinadas aos pacientes e seus familiares e ocorriam, em geral, em dois ou três dias, os quais podiam ser em dias úteis ou finais de semana, dependendo da disponibilidade das discentes e também das condições clínicas dos pacientes. Cada paciente era avaliado, no mínimo, duas vezes. Nas consultas era utilizado um instrumento de avaliação padronizado e construído pelos integrantes do projeto de extensão (docentes, discentes e profissionais de saúde). Esse instrumento é detalhado na sequência. Além da avaliação, os discentes elaboravam diagnósticos e prescrições de enfermagem, com base nas taxonomias da *North American Nursing Diagnosis Association-International* (NANDA-I) e *Nursing Interventions Classification* (NIC), respectivamente, as quais eram orientadas de modo verbal aos pacientes e profissionais atuantes nas unidades.

Entretanto, é válido ressaltar que não há uma estimativa de tempo de duração das consultas e este nunca foi um objetivo do projeto, já que cada paciente e família são singulares. Considerando a filosofia dos CP, cada pessoa leva um tempo em sua abordagem, alguns mais, outros menos. Assim, a abordagem durante o exame físico e a aplicação de escalas de avaliação eram mais longas com alguns do que com outros. Especialmente com pacientes que apresentavam funcionalidade reduzida, fadiga, presença de algum sintoma ou tristeza, a duração da consulta era menor, uma orientação realizada aos discentes, de modo a respeitar o tempo, o conforto e a dignidade de cada pessoa acompanhada.

A coleta de dados ocorreu entre maio e julho de 2020 e foi realizada com instrumentos de avaliação preenchidos por discentes que integravam o projeto de extensão, entre outubro de 2018 e dezembro de 2019. O instrumento de avaliação era estruturado da seguinte forma: 1) Anamnese; 2) Exame Físico - neste bloco estudantes utilizavam-se das técnicas propedêuticas e da aferição dos sinais vitais para coletar e avaliar dados referentes aos sinais vitais (a dor era avaliada por meio da escala numérica verbal, compreendendo-se a ausência de dor como a resposta zero, dor leve quando a resposta está entre um e três, dor moderada quando os valores atribuídos estão entre quatro e seis, e dor forte quando estão entre sete e dez) e aos sintomas - por meio da Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton (ESAS); 3) Necessidades humanas básicas (NHB), Diagnósticos e Prescrições de Enfermagem. Ressalta-se que para o preenchimento de algumas informações do instrumento, os estudantes também poderiam consultar o prontuário do paciente.

No presente artigo, as variáveis do estudo elegidas para serem apresentadas e analisadas foram: idade, sexo, renda, estado civil, procedência, motivo da internação, diagnóstico médico, queixas principais, hábitos, escore obtido com a avaliação da Escala de Desempenho Paliativo (*Palliative Performance Status - PPS*), fase de evolução da doença, medicamentos, rede de apoio, avaliação da dor, intensidade de sintoma com base na ESAS, uso de dispositivo médico e desfecho principal. Os dados

foram organizados em um banco de dados criado no Programa de edição de planilhas *Excel* 2010 e analisados por meio de estatística descritiva, especificamente pelo uso de frequência absoluta, frequência relativa e média.

Este estudo foi aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa sob parecer nº 4.339.013 Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) 13634719.2.0000.5316.

RESULTADOS

A amostra foi constituída de dados de 53 pacientes. A média de idade foi de 62,58 anos, tendo variado entre 23 e 91 anos. A maioria, 60,38% (n=32), era do sexo feminino, com o estado civil casado em 43,39% (n=23) e 71,69% (n=38) tinham como local de moradia a cidade de Pelotas. Quanto à escolaridade, 54,72% (n= 29) dos pacientes tinham o ensino fundamental completo. Sobre a renda familiar, todos (n=53) relataram renda de um a cinco salários mínimos, a qual era proveniente de aposentadoria para 54,72% (n= 29). Em relação à rede de apoio, os filhos foram mencionados como o principal suporte por 71,69% (n=38) dos participantes, seguido do(a) companheiro(a) em 41,5% (n=22).

No momento da avaliação, 45,28% (n=24) dos pacientes apresentavam doença em fase avançada e 41,51% (n=22) estavam na fase final da vida. Esse dado converge com os escores identificados durante a avaliação com a PPS, em que houve predominância de pacientes com baixa funcionalidade, ou seja, 24,52% (n=13) apresentavam PPS=30, 16,98% (n=9) obtiveram PPS=50 e 11,32% (n=6) pontuaram PPS=40. O tempo entre a internação e a solicitação da avaliação da ECCP variou entre 1 e 155 dias. Assim, observa-se uma média de 18,64 dias desde o tempo de internação até o início do acompanhamento pela ECCP. Em relação ao tempo entre a solicitação da avaliação e a sua realização, este ocorreu, em média, 1,13 dias após a solicitação, sendo seis dias o maior tempo registrado.

Dentre os 53 pacientes, o motivo de internação mais recorrente foi a investigação clínica com 26,23% (n=14). Além disso, 11,48% (n=6) foram internados para tratamento de pneumonia adquirida na comunidade. 89% (n=47) dos pacientes tinham o diagnóstico médico de neoplasia, predominando a de pulmão, com 28% (n=13), seguido da de mama, com 11% (n=5). Vale ponderar o fato de os pacientes acometidos por neoplasia de pulmão serem os mais acompanhados pela equipe de Cuidados Paliativos em razão de a equipe da Pneumologia ser a mais solícita quanto às consultorias.

Em relação aos hábitos dos pacientes, 62,26% (n=33) eram tabagistas, 16,98% (n=9) faziam uso abusivo de álcool, 9,43% (n=5) faziam uso de drogas ilícitas e 11,32% (n=6) preferiram não responder. Quanto às queixas principais, destacaram-se: dor, com 47,16% (n=25), náusea, constipação e outros problemas digestivos, com 24,52% (n=13), dispneia, com 18,86% (n=10) e inapetência, com 7,54% (n=4).

Dentre os 29 pacientes que conseguiram responder ao questionamento sobre dor, 48,3% (n=14) não relataram dor no momento da avaliação, 24,1%

(n=7) relataram dor moderada, 20,7% (n=6) relataram dor forte e 6,9% (n=2) descreveram a dor como leve.

Quanto à ESAS, na tabela 1 apresenta-se a frequência com que o nível de sintomas foi manifestado pelos pacientes. Ressalta-se que na Escala ESAS, 0 representa a ausência do sintoma e 10 a pior sensação possível em relação a ele. Também, destaca-se que, embora todos os 53 pacientes fossem elegíveis para aplicação da escala, já que estavam em cuidados paliativos, nem todos responderam todos os itens quando questionados, por motivos de

fadiga, ausência de lucidez, estado torporoso ou por não querer responder. Nesses casos, prevaleceu o respeito ao desejo do paciente, mesmo reconhecendo que isso se torna um limitador dos dados apresentados, pois pesquisar em cuidados paliativos é, antes de tudo, reconhecer limites e o território do outro. Ou seja, reconhecer as fragilidades do corpo em todas as suas dimensões e privilegiar a dignidade.

Tabela 1 - Resultado da avaliação com a Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton (ESAS). Pelotas, RS, Brasil, 2020.

Sintoma e número de respondentes	Avaliação - ESAS							
	Autoavaliação % respondentes							
	0		1-3		4-6		7-10	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Dor (n=34)	14	41,17	3	8,82	8	23,52	9	26,47
Cansaço (n=28)	8	28,57	-		7	25	13	46,42
Sonolência (n=28)	5	17,85	1	3,57	9	32,14	13	46,42
Náusea (n=28)	21	75	-		4	14,28	3	10,71
Apetite (n=28)	9	32,14	2	7,14	7	25	10	5,71
Falta de ar (n=28)	14	50	1	3,57	6	21,42	7	25
Depressão (n=26)	4	15,38	2	7,69	7	26,92	13	50
Ansiedade (n=27)	3	11,11	1	3,70	10	37,03	13	48,14
Bem-estar (n=23)	5	21,73	3	13,04	9	39,13	6	26,08
Outro problema (n=0)	-		-		-		-	

Fonte: dados da pesquisa, 2020.

No que tange aos medicamentos utilizados para o controle de sintomas, todos os pacientes tiveram o instrumento preenchido. Pelo grande número de fármacos, optou-se por reunir os mais frequentes e separá-los por classe farmacológica. Assim, no que diz respeito aos medicamentos para controle da dor, analgésicos opioides estiveram presentes em 50 prescrições, analgésicos não opioides em 49 e anti-inflamatórios em 29. Destaca-se que laxativos e antiespasmódicos foram prescritos em menor frequência que os opioides, sendo identificados em 29 prescrições.

Quanto aos demais medicamentos e a frequência com que foram prescritos, antieméticos foram para 49 dos pacientes, anticoagulantes para 26, antiulcerosos para 23, broncodilatadores para 23, antibióticos para 17, antialérgicos para dez, antifúngicos e diuréticos em cinco. Ainda, foram identificadas 17 prescrições de antidepressivos, 15 de antipsicóticos e sete de benzodiazepínicos.

Em relação aos dispositivos de saúde, no sistema respiratório, 45,28% (n=24) dos pacientes utilizavam algum no momento da avaliação. Destes, 37,73% (n=20) faziam uso de cateter nasal tipo óculos, 8,33% (n=2) usavam máscara com reservatório de oxigênio, 4,16% (n=1) estava com cânula de traqueostomia e 4,15% (n=1) com máscara de Venturi.

No sistema vascular, 62,26% (n=33) dos pacientes faziam uso de cateter venoso periférico, 15,09% (n=8)

faziam uso de algum tipo de cateter venoso central e 7,54% (n=4) tinham hipodermóclise. Um paciente estava utilizando dois dispositivos ao mesmo tempo, cateter venoso periférico e cateter venoso totalmente implantado. Quanto ao sistema digestório, 20,75% (n=11) dos pacientes utilizavam algum dispositivo, sendo que 36,36% (n=4) faziam uso de sonda nasoentérica, 27,27% (n=3) de jejunostomia, 18,18% (n=2) usavam sonda nasogástrica fechada e 18,18% (n=2) sonda nasogástrica aberta em frasco.

No que diz respeito ao sistema urinário, 30,18% (n=16) pacientes faziam uso de algum dispositivo. Destes, 81,25% (n=13) usavam sonda vesical de demora, e 18,75% (n=3) usavam dispositivo para incontinência urinária em látex. Quanto às eliminações intestinais, 13,20% dos (n=7) pacientes apresentavam colostomia. Mesmo que a fralda não seja um dispositivo médico, 30,18% (n=16) pacientes a utilizavam no momento da avaliação.

Com relação ao desfecho dos pacientes, 26 evoluíram ao óbito, 18 receberam alta para o domicílio, sendo que destes, oito seguiram com acompanhamento de serviço de atenção domiciliar. Um paciente teve alta da consultoria em Cuidados Paliativos, sendo que em outros oito não havia registro do desfecho.

DISCUSSÃO

Nesta pesquisa, a maioria dos participantes possuía ensino fundamental completo. Estudo sobre cuidados paliativos oncológicos e os princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde (SUS) evidenciou que as doenças crônicas são responsáveis por 72% das mortes, e que elas acometem pessoas de todas as camadas socioeconômicas, mas principalmente e de forma mais intensa aqueles que possuem maior vulnerabilidade, baixa renda e baixa escolaridade.⁽¹⁰⁾ Assim, os achados deste estudo reiteram a literatura e reforçam a importância de considerar o nível da linguagem utilizada ao abordar pacientes e familiares durante intervenções no ambiente hospitalar.

Quanto à renda salarial, essa variou de um a cinco salários mínimos, em sua maioria, proveniente de aposentadoria. Tal resultado converge com estudo⁽¹¹⁾ sobre o perfil sociodemográfico e clínico de pacientes sob cuidados paliativos oncológicos que mostra que a maioria dos pacientes tinha renda de um a dois salários mínimos, normalmente, oriunda de aposentadoria. Apesar disso, este achado deve ser ponderado, já que não foi identificada a quantidade de salários mínimos por pessoa da família, o que interfere diretamente nas questões de cuidado e no planejamento da alta ao se pensar no acesso a determinados equipamentos, medicações, dispositivos, entre outros.

Embora o óbito tenha sido o maior desfecho nos pacientes avaliados, 18 pacientes retornaram ao domicílio. Assim, é importante que as equipes de saúde compreendam melhor de que forma as famílias de pessoas em cuidados paliativos se organizam, em termos sociais e econômicos, para acolhê-las no espaço da casa, já que a qualidade do cuidado ofertado dependerá diretamente desses aspectos.

No que se refere ao tempo de internação até o momento da solicitação da consultoria, este apresentou importante variação. Estudo⁽¹²⁾ aponta que a demora e dificuldade para solicitar equipes consultoras pode ocorrer devido aos profissionais entenderem Cuidados Paliativos como um sinal de fracasso, além da sensação de perder o controle ou a liderança na condução do tratamento.

Em relação ao perfil clínico dos pacientes, a maioria era acometida por algum tipo de neoplasia. Esse dado vai ao encontro do estudo⁽¹⁰⁾ que identificou pacientes oncológicos como os mais assistidos por equipe de Cuidados Paliativos. Esse resultado pode ser influenciado pelas formas de avaliação específicas de pacientes com câncer e pelo fato de o hospital em que o estudo foi desenvolvido ser referência em Oncologia. Nessa área específica, é mais frequente o uso de instrumentos de avaliação de funcionalidade, tais como a PPS, a *Karnofsky Performance Status* (KPS) ou a *Eastern Cooperative Oncology Group* (ECOG), ferramentas essas que auxiliam na avaliação da funcionalidade dos pacientes e, indiretamente, favorecem a identificação da necessidade de Cuidados Paliativos e no processo de tomada de decisão quanto às opções terapêuticas.⁽¹³⁾

A neoplasia mais recorrente foi a de pulmão, podendo estar associada ao hábito do tabagismo

apresentado pela maioria dos pacientes. O câncer de pulmão geralmente tem um diagnóstico tardio, o que acaba prejudicando o prognóstico do paciente, e está fielmente associada ao uso do tabaco.⁽¹⁴⁾ Os dados encontrados no presente estudo vão ao encontro de estudo Australiano⁽¹⁵⁾ que buscou identificar o perfil de pacientes em cuidados paliativos no estado de Queensland, entre julho e dezembro de 2019. No que concerne ao diagnóstico, verificou-se que dentre 4.931 pacientes, 744 eram acometidos por câncer de pulmão, condição essa responsável pelo maior número de pacientes oncológicos em cuidados paliativos, seguido pelo câncer colorretal, com 363. Ambos os tipos de câncer mencionados foram os responsáveis por 23,3% de todos os casos (incluindo todos os grupos de doenças) de cuidados paliativos no Estado australiano.

Em relação às queixas dos pacientes, a dor foi prevalente. A dor, em Cuidados Paliativos, é um sintoma recorrente e pode estar atrelada aos aspectos físicos, como a doença, pode ter fundo social, emocional e psicológico. Para o controle deste sintoma, deve-se avaliá-la regularmente e incentivar o paciente ao protagonismo neste momento. O tratamento farmacológico deve considerar a escada de analgesia proposta pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Essa escada se subdivide em: nível 1 - não opioides; nível 2 - opioides fracos e; nível 3 - opioides fortes.⁽¹⁶⁾

Em relação à avaliação de sintomas por meio da ESAS, destaca-se que a aplicabilidade dessa escala na prática clínica é dificultosa, especialmente quanto à compreensão, pelo paciente, dos aspectos que ela procura avaliar. Assim, no presente estudo, a dor, quando avaliada com a ESAS, para a maior parte dos pacientes estava controlada no momento da avaliação. Esse resultado pode estar associado ao uso de analgésicos não-opioides e opioides, que a maioria deles fazia uso.

A constipação é um dos efeitos colaterais decorrentes do uso de opioides. Conforme as prescrições médicas, 29 pacientes faziam uso de laxante. Porém, conforme já apresentado, 49 pacientes faziam uso de opioides. Através deste resultado, percebe-se que, não é rotina prescrever o uso de laxativos, sempre que o paciente está em uso de opioides. Deve-se considerar, entretanto, que o fato de muitos laxativos serem espessos e desagradáveis ao paladar, leva à recusa do medicamento. A ação preventiva do uso de laxativo não-farmacológico é fundamental, desde o início do uso de opioides. Além disso, a combinação do tratamento não-farmacológico e o farmacológico, e a rotação dos opioides pode amenizar esse efeito colateral.⁽¹⁷⁾

A náusea, outro sintoma identificado, pode estar presente em decorrência da doença e suas complicações, nos últimos dias de vida. Também pode ser efeito colateral ao uso de opioides. Quanto a este sintoma, recomenda-se a prescrição de Haloperidol ou Metoclopramida.⁽¹⁷⁾ Essa orientação vai ao encontro do identificado nas prescrições analisadas neste estudo.

Na avaliação da sonolência, os pacientes apresentaram, em sua maioria, algum nível de

desconforto. Na hospitalização, fatores intrínsecos podem afetar o padrão do sono, como a dor e êmese. Fatores psicológicos também podem colaborar, como por exemplo: medo, preocupação, angústia. Esses fatores intrínsecos e extrínsecos (aqueles associados ao ambiente e terapêutica, por exemplo) podem comprometer a qualidade do sono durante a hospitalização.⁽¹⁸⁾

A maior parte dos pacientes também apresentou algum nível de cansaço. Este achado corrobora o encontrado em estudo⁽¹⁹⁾ que usou a Escala Multidimensional na avaliação da dor e sintomas de idosos em Cuidados Paliativos. Nele, foi observado que 60% dos participantes sofriam de cansaço ou fadiga, sendo este um sintoma que se desenvolve ao longo do tempo e tem implicações cognitivas, físicas e emocionais, incluindo o aumento da necessidade de repouso, redução da concentração mental e desinteresse em realizar atividades diárias.⁽¹⁹⁾

Além disso, a presença de cansaço pode estar relacionada à inapetência. Na avaliação por meio da ESAS, verificou-se que a maioria dos pacientes sinalizava para algum problema relacionado ao apetite. Na literatura, verifica-se que dentre os fatores que contribuem para alterações no apetite no final da vida e, conseqüentemente, aumentam a sensação de cansaço, destacam-se: dor, mucosite oral e ausência de dentes.⁽²⁰⁾

Em relação à falta de ar, metade dos pacientes não apresentavam este sintoma na avaliação. Porém, conforme a avaliação do uso de dispositivos médicos, a maioria fazia uso de oxigênio por cateter nasal tipo óculos e também, conforme já apresentado, faziam uso de opioides e broncodilatadores. Este achado converge com recomendação internacional⁽¹⁷⁾ que sugere o uso de opioides, broncodilatadores através de nebulização, corticoides e oxigenoterapia para controle deste sintoma.

Em relação ao bem-estar, a maioria dos pacientes estava insatisfeita, resultado que vai ao encontro de estudo⁽²¹⁾ realizado com pacientes oncológicos, no qual foram utilizados para avaliação os instrumentos: *Karnofsky Performance Scale*, *Palliative Performance Scale* e a ESAS. Observou-se que, de 100 pacientes avaliados, 79% estavam insatisfeitos com o bem-estar.⁽²¹⁾ Vale destacar que o ambiente hospitalar tem um impacto psicológico nos pacientes, pois além de estarem longe de suas casas, sua rotina, estão convivendo em um cenário desconhecido, com outras pessoas, com regras de uma instituição, além da doença.

Nas questões emocionais, em relação à depressão, a maioria dos pacientes pontuou em escore maior ou igual a cinco. Em cuidados paliativos, estima-se que, pelo menos, 25% dos pacientes desenvolvam depressão.⁽¹⁷⁾ No presente estudo, foram constatadas prescrições de antidepressivos em alguns pacientes. Apesar disso, não parece haver um bom manejo nesse aspecto, tendo em vista que no momento da avaliação 13 pacientes pontuaram entre 4 e 10 na Escala ESAS. A presença de ansiedade e depressão estão associadas com uma maior expressividade dos outros sintomas em situações de doença avançada.⁽²²⁾

Em um estudo sobre a prevalência de ansiedade e depressão em pacientes oncológicos foi identificado

que esses tendem a ter depressão durante a doença, e a ansiedade no início, após o diagnóstico. Além disso, esses transtornos psiquiátricos não são frequentemente diagnosticados nestes pacientes, já que, por vezes, não há tempo hábil para isso ou, então, atribui-se esses sintomas como inerentes ao próprio câncer, condições subdiagnosticadas e subtratadas.⁽²³⁾

Existem escalas, traduzidas e validadas para uso no Brasil, que podem auxiliar a reduzir esse viés nos diagnósticos e tratamentos destas patologias. Em relação à avaliação da depressão, existe a *Hospital Anxiety and Depression Scale - Depression* (HADS-D) e o *Patient Health Questionnaire-9* (PHQ-9). Para avaliação da ansiedade há a *Hospital Anxiety and Depression Scale - Anxiety* (HADS-A) e a *General Anxiety Disorder - 7* (GAD-7).⁽²⁴⁾ Esses instrumentos podem ser úteis para a identificação precoce dos transtornos e para o reconhecimento das prioridades das condutas terapêuticas.

Vale lembrar que, como já apontado no método, a ECCP da instituição não possui psicóloga permanente da equipe. Esse aspecto dificulta a abordagem adequada da depressão. O psicólogo, diante da terminalidade vivida no hospital, é um profissional que oferece suporte ao paciente confrontado ao estresse, à depressão e ao sofrimento decorrentes da progressão da doença, da perda da autonomia e da possibilidade real de morte. Ele auxilia na (re)significação dos sentidos da vida.⁽²⁵⁾

A ansiedade foi classificada majoritariamente como moderada ou intensa. Ela pode estar relacionada a vários motivos, por problemas orgânicos ou não. Um fator predisponente é estar hospitalizado. Além disso, a ansiedade pode estar relacionada à possibilidade de chegada da morte e ao processo de morrer. A ansiedade relacionada à morte pode ser identificada tanto na pessoa que está sob cuidados paliativos quanto nos cuidadores. Um estudo⁽²⁶⁾ com cuidadores de pacientes em final de vida, mostrou que a maioria deles tinha ansiedade relacionada ao medo da solidão e abandono, à morte e ao medo da degradação física inerentes ao processo de morrer. O sentimento de impotência também foi recorrente.

Quanto aos dispositivos, um dado relevante foi o baixo uso da hipodermóclise, mesmo em pacientes que são acompanhados por equipe de cuidados paliativos. Esta via de administração de medicamentos é a mais recomendada para controle farmacológico de sinais e sintomas inerentes ao processo de morrer. Apresenta boas taxas de absorção e eficácia dos medicamentos e pode ser manuseada facilmente por cuidadores informais e formais.⁽²⁷⁾

Por fim, destaca-se o número significativo de pessoas em uso de fraldas. Essa peça composta de material absorvente tem como finalidade conter excrementos, como fezes e urina, em crianças ou em pessoas com alguma doença. Em adultos e idosos é indicada em casos de incontinência ou restrições de mobilização severa, impossibilidade do uso de coletores urinários e intestinais.⁽²⁸⁾ Em estudo realizado com 105 pacientes internados em um Hospital Universitário, 60% deles faziam uso de

fraldas. No estudo, os principais motivos para o uso de fraldas nos pacientes foram mobilidade prejudicada e *déficit* cognitivo, no entanto 38% dos pacientes não apresentavam motivos para usar fralda.⁽²⁸⁾ Tal dado reforça a importância de se analisar o uso dessa tecnologia que, por vezes, constrange e dá a sensação de “indignidade” aos pacientes, por reforçar a situação de dependência e falta de controle sobre o próprio corpo.

As limitações desta pesquisa estiveram relacionadas ao número reduzido de participantes, ao fato de algumas informações estarem incompletas nos instrumentos de coleta de dados, ou pela fragilidade dos pacientes, ou por diferentes estudantes realizarem as avaliações. Além disso, houve dificuldade de realizar uma segunda avaliação para esclarecimento de dúvidas que pudessem ter surgido.

Contudo, acredita-se que, como contribuições, o estudo permitiu identificar prioridades de intervenção a serem elencadas nos planos de cuidado pelas equipes assistenciais. Dessa forma, é possível manter e reforçar aquilo que já tem sido realizado com sucesso - o controle de sintomas físicos -, investindo no que pode melhorar a qualidade de vida - sintomas psicoemocionais - de pessoas em cuidados paliativos hospitalizadas e suas famílias.

CONCLUSÃO

Esta pesquisa permitiu caracterizar o perfil clínico e sociodemográfico de adultos hospitalizados acompanhados por equipe de consultoria em cuidados paliativos. Evidenciou-se baixa escolaridade e renda dos pacientes, fato que interfere diretamente no cuidado, principalmente no planejamento e efetivação da alta hospitalar. Embora sintomas físicos pareçam bem controlados, sintomas psíquicos e relacionados ao conforto, bem como técnicas específicas, tais como a hipodermoclise, precisam ser melhor abordadas por ECCP e por equipes assistenciais.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Noncommunicable diseases country profiles 2018. Genève: WHO; 2018. Disponível em: <https://www.who.int/nmh/publications/ncd-profiles-2018/en/>. Acesso em 15 fev. 2021.
2. International Association for Hospice and Palliative Care (IAHPC). Global Consensus based palliative care definition. Houston: IAHPC; 2018. Disponível em: <https://hospicecare.com/what-we-do/projects/consensus-based-definition-of-palliative-care/definition/>. Acesso em 15 fev. 2021.
3. Knaul FM, Farmer PE, Krakauer EL, Lima L, Bhadelia A, Kwete XJ, et al. Alleviating the access abyss in palliative care and pain relief—an imperative of universal health coverage: the Lancet Commission report. *The Lancet*. [Internet]. 2017;391:10128. doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)32513-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)32513-8)
4. Santos AFJ, Ferreira EAL, Guirro UBP. Atlas dos Cuidados Paliativos no Brasil 2019. 1a ed. São Paulo: ANCP; 2020.

5. Kruse MHL, Vieira RW, Ambrosini L, Niemeyer F, Silva FP. Cuidados Paliativos: uma experiência. *Revista HCPA*. [Internet]. 2007;27(2):49-52. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/28898/000633189.pdf;jsessionid=51163C6B29A159BAF457A87A438F9F19?sequence=1>
6. Garcia JBS, Rodrigues RF, Lima SF. A estruturação de um serviço de cuidados paliativos no Brasil: relato de experiência. *Rev Bras Anesthesiol*. [Internet]. 2014;64(4):286-91. doi: <https://doi.org/10.1016/j.bjan.2013.06.007>
7. Beduschi FM, Alcântara CO, Pereira FM, Pinheiro TCE, Cintra MTG, Bicalho MAC. Cuidados Paliativos no atendimento público hospitalar: a importância do atendimento de pacientes jovens. *Rev Soc Bras Clin Med*. [Internet]. 2018;16(2):80-4. Disponível em: <http://www.sbcm.org.br/ojs3/index.php/rsbcm/article/view/336/304>
8. Silva MAS, Diniz MA, Carvalho RT, Chiba T, Mattos-Pimenta CA. Equipe interconsultora em cuidados paliativos: alívio de sintomas nas primeiras 48 horas de hospitalização. *Rev Bras Enferm*. [Internet]. 2020;73(6):e20190391. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0391>
9. Polit DF, Cheryl TB. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem. 9a ed. Porto Alegre: Artmed; 2019.
10. Mendes EC, Vasconcellos LCF. Cuidados paliativos no câncer e os princípios doutrinários do SUS. *Saúde em Debate*. [Internet]. 2015;39(106):881-892. doi: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201510600030026>
11. Visentin A, Mantovani MF, Kalinke LP, Boller S, Sarquis LMM. A terapêutica paliativa em adultos com câncer: um estudo transversal. *Rev Bras Enferm*. [Internet]. 2018;71(2):271-9. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0563>
12. Gamblin V, Silva A, Boudehane H, Sauvage V, Villet S. Les équipes mobiles de soins palliatifs: entre idéal normatif et réalité du terrain. *Revue Internationale de Soins Palliatifs*. [Internet]. 2013;28(1):227-31. Disponível em: <https://www.cairn.info/revue-infokara-2013-4-page-227.htm>
13. Data SS, Ghosal N, Daruvala R, Chakraborty S, Shrimali RK, Van Zanten C, Parry J, Agrawal S, Atreya S, Sinha S, Chatterjee S, Gollins S. How do clinicians rate patient’s performance status using the ECOG performance scale? A mixed-methods exploration of variability in decision-making in oncology. *Ecancer*. [Internet]. 2019; 13:913. doi: <https://doi.org/10.3332/ecancer.2019.913>
14. Furtado MEMF, Leite DMC. Cuidados paliativos sob a ótica de familiares de pacientes com neoplasia de pulmão. *Interface (Botucatu)*. [Internet]. 2017;21(63):969-80. doi: <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0582>
15. Allingham SF, Burns SJ, Christiansen C, McPherson A, Foskett LM, Clapham SP, Daveson BA, Eagar, K. "A profile of patients receiving palliative care in Queensland for July - December 2019". Wollongong: Australian Health Services Research Institute; 2020. Disponível em: <https://ro.uow.edu.au/ahsri/1092>

16. World Health Organization. WHO guidelines for the pharmacological and radiotherapeutic management of cancer pain in adults and adolescents. Genève: World Health Organization; 2018. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/279700> . Acesso em 16 fev. 2021.

17. Greater Manchester and Eastern Cheshire Strategic Clinical Networks. Palliative care and symptom control guidelines for adults. Londres: GMECSN; 2019. Disponível em: <https://www.england.nhs.uk/north-west/wp-content/uploads/sites/48/2020/01/Palliative-Care-Pain-and-Symptom-Control-Guidelines.pdf> . Acesso em 16 fev. 2021.

18. Costa SV, Ceolim MF. Fatores que interferem na qualidade do sono de pacientes internados. *Rev Esc Enferm USP*. [Internet]. 2013;47(1):46-52. doi: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342013000100006>

19. Faller JW, Zilly A, Moura CB, Brusnicki PH. Escala multidimensional na avaliação da dor e sintomas de idosos em cuidados paliativos. *Cogitare Enferm*. [Internet]. 2016;21(2):01-10. doi: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v21i2.45734>

20. Morais SR, Bezerra AN, Carvalho NS, Viana ACC. Nutrição, qualidade de vida e cuidados paliativos: uma revisão integrativa. *Rev Dor*. [Internet]. 2016;17(2):136-40. doi: <https://doi.org/10.5935/1806-0013.20160031>

21. Castôr KS Moura ECR, Pereira EC, Alves DC, Ribeiro TS, Leal PC. Cuidados paliativos: perfil com olhar biopsicossocial dentre pacientes oncológicos. *BrJP*. [Internet]. 2019;2(1):49-54. doi: <http://dx.doi.org/10.5935/2595-0118.20190010>

22. Mercadante S, Adile C, Ferrera P, Cortegiani A, Casuccio A. Symptom hyper-expression in advanced cancer patients with anxiety and depression admitted to an acute supportive/palliative care unit. *Support Care Cancer*. [Internet]. 2019;27:3081-8. doi: <https://doi.org/10.1007/s00520-018-4624-0>

23. Ferreira AS, Bicalho BP, Neves LFG, Menezes MT, Silva TA, Faier TA, Machado RM. Prevalência de Ansiedade e Depressão em Pacientes Oncológicos e Identificação de Variáveis Predisponentes. *Rev Bras Cancerol*. [Internet]. 2019;62(4):321-8. doi: <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2016v62n4.159>

24. Bergerot CD, Laros JA, Araujo TCCF. Avaliação de ansiedade e depressão em pacientes oncológicos: comparação psicométrica. *Psico-USF*. [Internet]. 2014;19(2):187-97. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-82712014019002004>

25. Lucena LL, Batista JBV, Rodrigues MSD, Freire ML, Araújo CRD, Zaccara AAL. Psychological assistance for end-of-life patients under palliative care in the hospital environment: an integrative review. *Rev Fun Care Online*. [Internet]. 2020;12:1253-9. doi: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v12.9443>

26. Abreu-Figueiredo RMS, Sá LO, Lourenço TMG, Almeida SSBP. Ansiedade relacionada à morte em cuidados paliativos: validação do diagnóstico de enfermagem. *Acta Paul Enferm*. [Internet]. 2019;32(2):178-85. doi: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201900025>

27. Martins SB, Cordeiro FR, Zillmer JGV, Arrieira ICO, Oliveira AT, Santos C. Percepções de cuidadores familiares sobre o uso da hipodermóclise no domicílio. *Enfermería Actual de Costa Rica*. [Internet]. 2020;(38):103-20. doi: <http://dx.doi.org/10.15517/revenf.v0i38.38509>

28. Bitencourt GR, Alves LAF, Santana RF. Prática do uso de fraldas em adultos e idosos hospitalizados: estudo transversal. *Rev Bras Enferm*. [Internet]. 2018;71(2):343-9. doi: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0341>

Fontes de financiamento: Não

Conflitos de interesse: Não

Data da submissão: 2021/04/15

Aceite: 2021/10/28

Publicação: 2021/12/15

Autor correspondente:

Franciele Roberta Cordeiro

E-mail: franciele.cordeiro@ufpel.edu.br

Como citar este artigo:

Cordeiro FR, Medeiros JB, Fernandes VP, Giudice JG, Arnemann CT. Perfil clínico e sociodemográfico de adultos hospitalizados em cuidados paliativos. *Rev Enferm UFPI* [internet]. 2022 [acesso em: dia mês abreviado ano]; 2021 10:e822. Doi: 10.26694/reufpi.v10i1.822