

DEMANDA POR CUIDADOS PALIATIVOS EM ENFERMARIAS CLÍNICAS GERAIS

DEMAND FOR PALLIATIVE CARE IN GENERAL CLINICAL WARDS

Raiara Carvalho Vieira¹, Melissa Toscano Montenegro de Moraes², Lunna Maria Casimiro Sarmiento³, Amanda Dantas Cavalcante Ferreira⁴, Rilva Lopes de Sousa Muñoz⁵

RESUMO

Introdução: A assistência hospitalar desempenha um papel importante no final da vida, mas pouco se sabe sobre a magnitude e as características da clientela que necessita de cuidados paliativos em hospitais gerais.

Objetivos: Identificar a prevalência de necessidade de cuidados paliativos nas enfermarias de Clínica Médica de um hospital universitário. Verificar quais profissionais são responsáveis por prestar esse cuidado, assim como os sintomas mais intensos, o resultado da assistência e o desempenho funcional dos pacientes em estado paliativo.

Métodos: Estudo observacional e transversal, de abordagem quantitativa, através de entrevistas diretas com aplicação de instrumentos padronizados à beira-do-leito e revisão de prontuários médicos e prescrições dos pacientes internados em enfermarias clínicas gerais. Os pacientes que preencheram a definição de necessidade de cuidados paliativos segundo os Critérios de Terminalidade da Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP) foram avaliados com a Escala de Sintomas de Edmonton (ESAS), a Escala de Desempenho Físico de Karnofsky, a Escala de Performance Paliativa (PPS) e a Escala de Resultados de Cuidados Paliativos. Um formulário clínico-demográfico foi aplicado a todos os pacientes.

Resultados: Foram incluídos 90 pacientes, 46 (51,1%) mulheres, média de idade de 48,3 anos ($\pm 18,8$). Verificou-se que 30 (33,3%) necessitavam de Cuidados Paliativos (CP). Metade desses pacientes preencheram os critérios para CP por síndrome de fragilidade. Observou-se que 98,9% respondeu haver assistência disponível por 24h e 73 (81,1%) obter alívio dos sintomas. Todos relataram assistência de médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem, mas uma minoria referiu atendimento por outros profissionais necessários aos pacientes sob CP.

Conclusões: Existe elevada demanda de CP nas enfermarias de Clínica Médica de um hospital geral, sobretudo portadores de síndrome de fragilidade. Os sintomas mais referidos pelos pacientes foram psicológicos. A assistência para o cuidado foi desempenhada por apenas uma parte dos profissionais envolvidos. A maioria dos pacientes obteve alívio dos sintomas.

Palavras-Chave: Cuidados Paliativos; Hospitalização; Medicina Interna.

1. Discente do curso de Medicina da Universidade Federal da Paraíba – UFPB
2. Discente do curso de Medicina da Universidade Federal da Paraíba – UFPB
3. Graduada em Medicina pela Universidade Federal da Paraíba – UFPB
4. Discente do curso de Medicina da Universidade Federal da Paraíba – UFPB
5. Docente do curso de Medicina da Universidade Federal da Paraíba – UFPB

Correspondência

Raiara Carvalho Vieira

E-mail: raiaracvieira@gmail.com

ABSTRACT

Background: Hospital care plays an important role at the end of life, but little is known about the magnitude and characteristics of the population needing palliative care in general hospitals. **Aim:** identify how frequent is the need for palliative care in general clinical wards of a university hospital. Verify which professionals are responsible for providing this care, as well as the most intense symptoms, the outcome of care and the functional performance of the patients in palliative state.

Method: this is an observational and cross-sectional study, with a quantitative approach, through direct interviews with standardized instruments at the bedside and review of the medical records and prescriptions of patients hospitalized in the general clinical wards. Patients who filled the definition of need for palliative care according to the National Academy of Palliative Care (ANCP) Termination Criteria were evaluated with the Edmonton Symptom Assessment Scale (ESAS), the Karnofsky Performance Status Scale, the Palliative Performance Scale (PPS) and the Palliative Care Outcome Scale (POS). A clinical-demographic form was applied to all patients.

Results: Ninety patients were included, 46 (51.1%) women, mean age 48.3 (\pm 18.8). It was verified that 30 (33.3%) needed Palliative Care (PC). Half of these patients filled the criteria for PC due to fragility syndrome. It was observed that 98.9% answered that there was assistance available for 24 hours and 73 (81.1%) reported relief of symptoms. All of them reported assistance from physicians, nurses and nursing technicians, but a minority referred being cared by other professionals needed for PC.

Conclusion: There's a high demand for palliative care in general clinical wards, especially those with fragility syndrome. The most reported symptoms were psychological. Palliative care was provided by only a part of the professionals needed. The majority of patients obtained relief of symptoms.

Keywords: Palliative Care; Hospitalization; Internal Medicine.

INTRODUÇÃO

Na atualidade, há um contingente cada vez maior de pessoas morrendo em virtude de doenças crônicas ou de natureza progressiva, aumentando o percentual de doentes em estado terminal nos hospitais ou em seus domicílios¹. Nesse sentido, os cuidados paliativos (CP) têm se mostrado uma área essencial a ser atendida pelos sistemas de saúde². CP são prestados a pacientes com doenças irreversíveis quando se reconhece que eles se encontram fora de possibilidades terapêuticas de cura, sendo o enfoque colocado no controle dos sintomas e na melhora da qualidade de vida³.

A Organização Mundial de Saúde considera os cuidados paliativos como uma prioridade da política de saúde, recomendando a sua abordagem programada e planejada, em uma perspectiva de apoio global aos múltiplos problemas dos doentes que se encontram na fase mais avançada da doença e no final da vida⁴. Além de tratar os sintomas, os preceitos da Medicina Paliativa são uma afirmação da vida, um reconhecimento de que a morte é um processo natural, na iminência da qual devem ser respeitadas as decisões humanas e seus valores⁵. Inicialmente, cuidados paliativos eram oferecidos aos indivíduos com câncer, entretanto, ao

mesmo tempo em que esse tipo de cuidado ganhou importância, cresceu o interesse em oferecê-lo a indivíduos portadores de doenças que não o câncer⁶.

No nosso país, ainda não existe uma estrutura de CP adequada, pois muitos pacientes continuam recebendo tratamentos agressivos para sustentar a vida até chegada de sua morte⁷. Uma pesquisa publicada na revista inglesa *The Economist*⁸ apontou o Brasil “como o 3º pior país para se morrer”, em um *ranking* mundial sobre qualidade de morte, realizado em 2010. Apesar da relevância da prática dos CP, a Medicina Paliativa surgiu como nova área de atuação no Brasil apenas em 2011 através da Resolução do Conselho Federal de Medicina 1973/2011, uma especialidade que incorpora equipes de saúde especializadas no controle da dor e no alívio de sintomas. A partir de uma revisão realizada por Barbi⁹ foi possível constatar a escassez de publicações sobre cuidados paliativos, a falta de serviços públicos voltados a estes cuidados e a necessidade de reformular o currículo dos cursos de graduação de profissionais da saúde para que a eles sejam ensinados os temas de cuidados paliativos.

Os objetivos deste estudo foram identificar a prevalência de necessidade de cuidados paliativos nas enfermarias de Clínica Médica do Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW), verificar que profissionais prestam estes cuidados no serviço, assim como que sintomas são mais intensos, o resultado da assistência e o desempenho funcional dos pacientes em estado paliativo.

MÉTODOS

O presente trabalho teve um modelo observacional e transversal, com abordagem quantitativa. A população foi constituída por todos os pacientes internados nas enfermarias de Clínica Médica do Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW) no período de setembro de 2012 a junho de 2013. No mês de agosto foi realizado o pré-teste do estudo, envolvendo dez pacientes das referidas enfermarias, que não foram incluídos na amostra da pesquisa. Foram realizados ajustes nos procedimentos metodológicos e substituição de um dos instrumentos inicialmente preconizados para a coleta de dados.

O Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW), da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), representa uma instituição de referência para o estado da

Paraíba há mais de 40 anos, polarizando o atendimento hospitalar e ambulatorial para todos os municípios do estado. As enfermarias de Clínica Médica do HULW dispõem de 70 leitos, onde são atendidos anualmente cerca de 700 pacientes, procedentes da capital, de cidades do interior da Paraíba e de cidades de estados vizinhos. Nas enfermarias de clínica médica do HULW, observa-se um perfil de internações constituído basicamente de pacientes com doenças crônico-degenerativas, observando-se uma grande frequência de melhoria das condições do paciente e baixo percentual de cura.

A amostragem foi do tipo não probabilística por conveniência, com recrutamento consecutivo de pacientes hospitalizados no referido serviço, até atingir o tamanho amostral de 211 pacientes. Os critérios de inclusão foram os seguintes: (a) pacientes de ambos os sexos; (b) acima de 18 anos; (c) internados nas enfermarias de Clínica Médica do HULW; e (d) que aceitaram responder aos questionários e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O critério de exclusão foi a presença de transtornos de comunicação.

A partir da consulta aos prontuários de todos os pacientes internados diariamente nas enfermarias de Clínica Médica do HULW no período da pesquisa (nove meses), realizou-se a seleção daqueles que preenchiam os critérios de terminalidade do Manual de Cuidados Paliativos da Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP) e, portanto, que necessitavam de CP. Com estes pacientes, realizaram-se entrevistas diretas estruturadas aplicadas por duas estudantes de Medicina do oitavo período, as quais foram previamente treinadas através de pré-teste. Os demais pacientes das enfermarias que não preencheram os critérios da ANCP também foram recrutados na investigação para determinação da prevalência pontual de necessidade de CP no serviço.

A variável primária foi a necessidade de CP, avaliada por meio dos critérios de terminalidade do Manual de Cuidados Paliativos da ANCP. As variáveis secundárias foram o escore da Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton, do Índice de Karnofsky e da *Palliative Performance Scale* (PPS), assim como do instrumento de avaliação de cuidados paliativos.

Outras variáveis explanatórias foram sociodemográficas e clínicas, os componentes da equipe assistencial (por categoria profissional) e a presença de disponibilidade de assistência por 24 horas. O diagnóstico principal correspondeu ao

principal diagnóstico que motivou a admissão do paciente no hospital, definitivo ou provisório, sendo categorizado por grupo de doenças, com base na Lista de Tabulação para Morbidade da 10ª Revisão da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – CID-10¹⁰.

Os instrumentos aplicados aos pacientes que preencheram os critérios de necessidade de CP determinados através da escala de terminalidade da ANCP foram os seguintes: (a) a Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton; (b) o instrumento de avaliação de cuidados paliativos; (c) o Índice de Karnofsky; (d) a *Palliative Performance Scale* (PPS); (e) formulário de dados sociodemográficos e clínicos; e (f) o Critério de Classificação Econômica Brasil.

Dos pacientes que não preencheram os critérios de terminalidade da ANCP, registraram-se apenas as variáveis sociodemográficas.

O instrumento de critérios de terminalidade foi desenvolvido pela ANCP para resumir em grupos de doenças e seus respectivos subcritérios a indicação de CP, de forma que um ou mais subcritérios em um ou mais grupos de doenças componentes do instrumento de avaliação justificam a necessidade de atenção paliativa.

A Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton (ESAS) é um instrumento de avaliação composto por nove sintomas físicos e psicológicos encontrados em pacientes com câncer que necessitam recebem CP¹¹. A gradação varia de zero a dez, de modo que zero representa a ausência de sintoma e dez representa a sua mais forte manifestação. O uso fácil e a sua representação visual acessível tornam este instrumento de avaliação eficaz e de preenchimento rápido junto ao leito do doente, permitindo uma constante avaliação e monitorização da intensidade dos sintomas ao longo do tempo, permitindo ainda avaliar se o tratamento tem sido eficaz.

O Índice de Karnofsky é uma escala de desempenho físico cujo escore global varia de 0 a 100 pontos, inicialmente desenvolvida para avaliar a capacidade física em pacientes oncológicos, mas seu uso foi estendido para avaliação de pacientes com outras doenças crônicas incapacitantes. É um elemento preditor independente de mortalidade, tanto em doenças oncológicas quanto não-oncológicas, e um escore de Karnofsky de 50 ou inferior indica elevado risco de morte durante os seis meses seguintes. Para efeito da análise estatística nesta pesquisa, foi utilizada a seguinte

classificação: os pacientes com um valor igual ou superior a 60 são capazes satisfazer a maioria de suas necessidades, enquanto que aqueles com um valor igual ou inferior a 30 estão totalmente incapacitados e necessitam de tratamento de suporte ativo.

A *Palliative Performance Scale* (PPS) foi validada para língua portuguesa por Ferreira e Pinto¹² e usa cinco domínios correlacionados ao observador da Escala de Desempenho de Karnofsky (0-100). Contem cinco dimensões funcionais – deambulação, atividade e evidência da doença, autocuidado, ingestão e nível de consciência –, além de 11 níveis: desde o PPS de 0%, que indica morte ao PPS de 100%, que indica paciente saudável. Desde a sua introdução em 1996, o PPS tem se tornado uma ferramenta conhecida para avaliar a mudança funcional estado dos pacientes de cuidados paliativos¹³. Segundo os autores da escala¹⁴, os pacientes podem ser classificados da seguinte maneira: indivíduo apto para as atividades normais e o trabalho, sem que seja necessário qualquer cuidado em especial (80 a 100 pontos); indivíduo inapto para o trabalho, mas apto para viver em casa e cuidar de muitas de suas necessidades, exigindo assistência e suporte necessários bastante variáveis (50 a 70 pontos); e indivíduo inapto para cuidar de si mesmo, requerendo cuidados hospitalares ou especializados, com a doença progredindo rapidamente (0 a 40 pontos).

O Critério de Classificação Econômica Brasil (CCBE) foi usado para estratificar socioeconomicamente a amostra; este critério é construído a partir da posse de bens e utensílios domésticos, renda familiar e escolaridade do chefe da família¹⁵. Estima o poder de compra das famílias urbanas, definindo classes econômicas. Segundo esse critério, a divisão dá-se em sete classes (A1, A2, B1, B2, C1, C2, D e E), sendo a classificação A1 a de maior poder aquisitivo, e a E, a de menor poder econômico.

O formulário clínico-demográfico apresentou os seguintes itens: sexo, idade, etnia, estado civil, profissão, procedência, diagnóstico principal, presença de comorbidades (diagnósticos secundários), componentes da equipe assistencial e duração diária da assistência.

Na estatística descritiva, foram determinadas as frequências relativas e absolutas das variáveis qualitativas, assim como médias e desvios-padrão das variáveis quantitativas. Na estatística inferencial, foram empregados os testes de

qui-quadrado para as variáveis dicotômicas e os testes de Mann Whitney e Kruskal-Wallis para variáveis contínuas. O nível de significância adotado para todos os testes foi de 5%. Para a análise dos dados, foi utilizado o *software* estatístico SPSS versão 20.0.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do HULW sob o parecer nº 181517. Todos os pacientes concordaram em participar do estudo, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS

Incluíram-se neste estudo 211 pacientes, 54% do sexo feminino, com uma média de 51,4 anos ($\pm 18,6$), 62,1% procedente da região metropolitana de João Pessoa. A distribuição étnica demonstrou maior frequência de pardos (46,9%), seguida por brancos (28,4%) e negros (24,6%). A proporção de pacientes analfabetos ou com ensino fundamental incompleto foi de 44,8% entre os que necessitavam de CP, demonstrando um baixo nível de instrução da população atendida pelo HULW, corroborando o conhecimento de que a população atendida pelo SUS é composta, em sua maioria, por pessoas com baixo nível de escolaridade e desfavorável situação socioeconômica.

Pela Classificação Internacional de Doenças, 10^a Edição (CID-10), o capítulo mais frequentemente registrado foi de doenças do aparelho digestivo (27,1%), com 16,2% correspondendo a doenças hepáticas crônicas. Doenças do sistema osteomuscular e tecido conjuntivo corresponderam a 16,1% dos diagnósticos, enquanto registraram-se 11,8% de diagnósticos da classe de doenças do aparelho circulatório. Neoplasmas corresponderam a 9,5% das classes de diagnóstico. Da amostra de 211 pacientes, 58,3% tinham diagnósticos definitivos, o restante apresentava registro de diagnósticos como provisórios nos prontuários.

Verificou-se que 58 pacientes (27,5%) preencheram os critérios de indicação de cuidados paliativos, de acordo com a presença de um ou mais critérios de terminalidade da ANCP. A média de idade destes 58 pacientes foi de 61 ($\pm 15,6$) anos, diferindo significativamente da média de idade dos pacientes que não preencheram os critérios de necessidade de CP ($p=0,001$). Também foi observada a

presença de diferença estatisticamente significativa em relação ao sexo na distribuição de necessidade de CP, que predominou no sexo masculino ($p=0,004$).

Entre os 58 pacientes, 63,7% era procedente da região metropolitana de João Pessoa, não diferindo ($p=NS$) da amostra total ($n=211$) e 29 (62%) deles eram casados. Verificou-se que estes 58 pacientes tiveram maior ($p=0,02$) registro de diagnósticos definitivos (41/58; 70,7%) que o restante da amostra (82/153; 53,3%).

O diagnóstico mais frequente entre esses pacientes com necessidade de CP (sub-amostra=58) foi da classe de doenças do aparelho digestivo, como também foi observado na amostra total ($n=211$), porém, houve maior frequência de casos de doença hepática crônica ($p=0,001$) entre os 58 pacientes. Não houve diferença entre os diagnósticos das classes dos sistemas circulatório, osteomuscular e tecido conjuntivo e neoplasmas entre os pacientes que necessitavam de CP e os que não necessitavam, segundo a ANCP.

Quanto à avaliação funcional, as pontuações médias obtidas pelos 58 pacientes foram de 51,4 ($\pm 23,6$) no Índice de Karnofsky e de 50,9 ($\pm 24,5$) no escore total do PPS. Tanto a mediana do Índice de Karnofsky quanto a do PPS foram de 50. A **Tabela 1** mostra que a maioria dos pacientes era capaz satisfazer a maioria de suas necessidades (Índice de Karnofsky ≥ 60), e que 46,5% encontravam-se inaptos para o trabalho, mas apto para viver em casa e cuidar de muitas de suas necessidades, exigindo assistência e suporte necessários bastante variáveis (PPS=50-70); 34,5% estavam inaptos para cuidar de si mesmos, requerendo cuidados hospitalares, indicando que a doença estava progredindo rapidamente (0 a 40 pontos). Contudo, 29 (50%) apresentaram Índice de Karnofsky igual ou inferior a 50, indicando elevado risco de morte durante os seis meses seguintes.

As doenças de base mais encontradas pelos critérios da ANCP foram doença hepática e síndrome de fragilidade (**Figura 1**). Os critérios de terminalidade mais frequentemente encontrados foram albumina menor que 2,5 e perda de peso não intencional, seguidas por ascite refratária, sintomas de insuficiência cardíaca em repouso, idas frequentes ao pronto socorro e câncer metastático ou inoperável.

TABELA 1 – Classes das pontuações globais das escalas de avaliação funcional dos pacientes com necessidade de cuidados paliativos nas enfermarias de Clínica Médica do Hospital Universitário Lauro Wanderley, agosto de 2012 a junho de 2013) (n=58)

Escalas	Classes	Frequências absolutas	Frequências relativas
Índice de Karnofsky	≥ 60 pontos	40	69,0
	≤ 30 pontos	18	31,0
<i>Palliative Performance Scale</i>	80-100 pontos	11	19,0
	50-70 pontos	27	46,5
	0-40 pontos	20	34,5

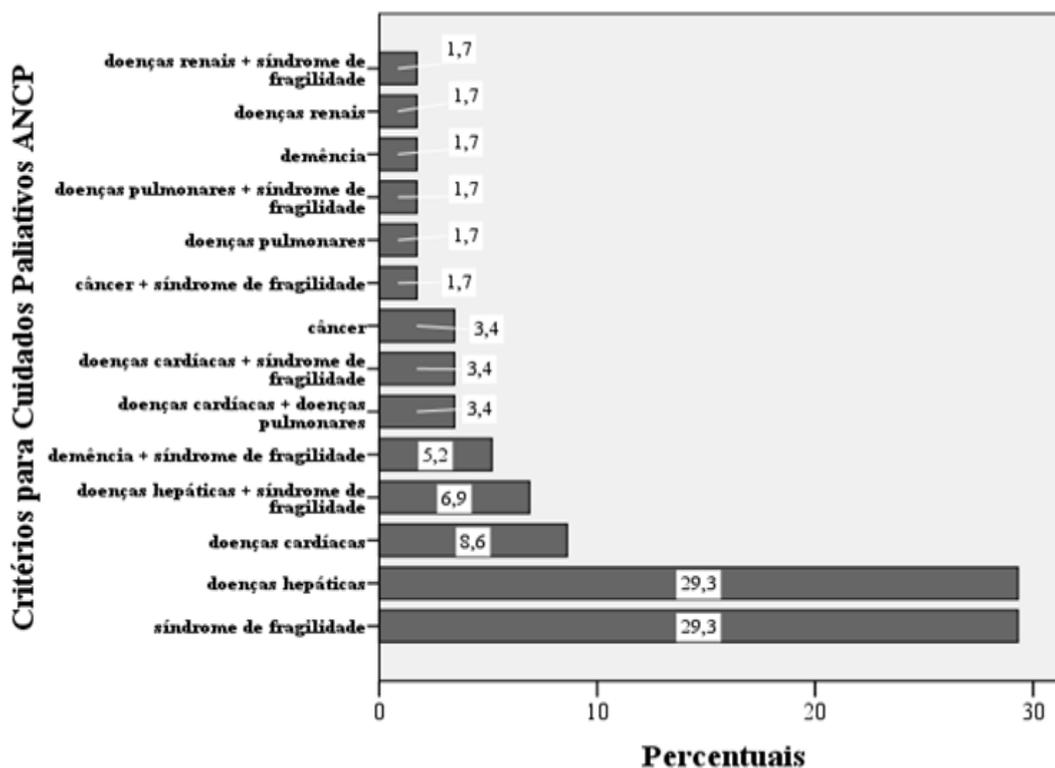


FIGURA 1 – Frequências relativas dos critérios de terminalidade da Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP) observados na amostra (n=58); (enfermarias de clínica médica do Hospital Universitário Lauro Wanderley, agosto de 2012 a junho de 2013)

Na avaliação realizada através da ESAS indicou o grau de acometimento sintomático dos pacientes com indicação de CP, considerando as últimas 24 horas, sendo observada maior intensidade do sintoma “ansiedade” (Figura 2).

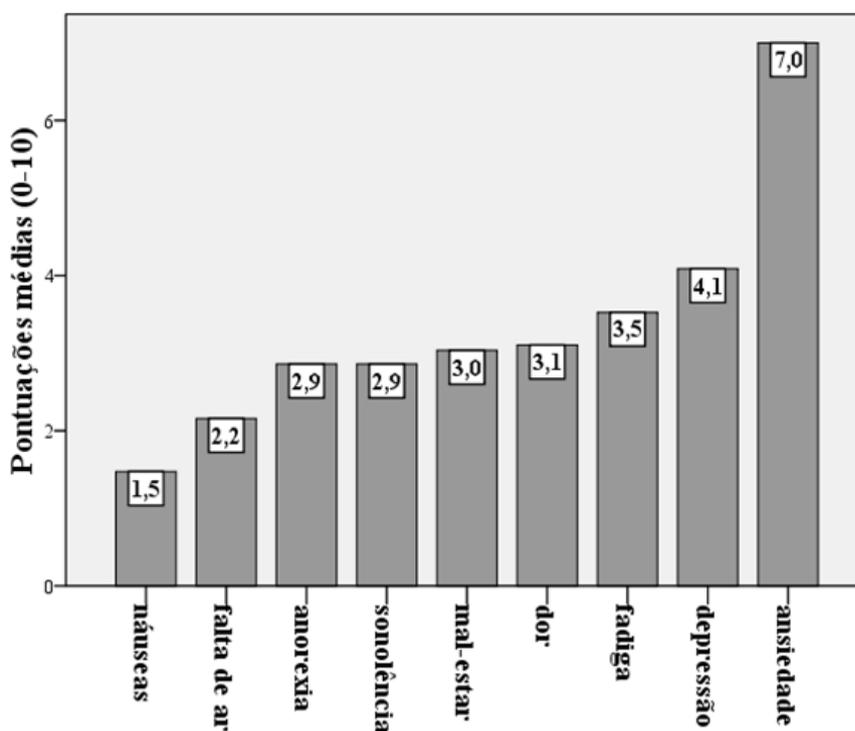


FIGURA 2- Pontuações médias dos sintomas avaliados pela Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton (0-10, zero representando ausência do sintoma e 10 sua maior intensidade) entre os pacientes que apresentavam necessidade de cuidados paliativos (n=58) (enfermarias de clínica médica do Hospital Universitário Lauro Wanderley, agosto de 2012 a junho de 2013)

Quanto aos profissionais envolvidos no cuidado, a assistência de médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem foi percebida como presente por todos os pacientes, mas as demais categorias profissionais do serviço de clínica médica foram notadas em uma porcentagem que variou entre 27,6 a 62% (**Tabela 2**). Verificou-se que a grande maioria referiu a presença de apoio espiritual e de voluntários durante o internamento.

TABELA 2 – Percepção dos pacientes com necessidade de cuidados paliativos sobre a existência de profissionais e voluntários nas enfermarias de Clínica Médica do Hospital Universitário Lauro Wanderley, agosto de 2012 a junho de 2013) (n=58).

Equipe de assistência	Frequências absolutas	Frequências relativas
Médico	58	100
Enfermeiros	58	100
Técnicos de enfermagem	58	100
Assistente social	36	62,0
Psicólogo	16	27,6
Terapeuta de reabilitação	19	32,7
Assistente espiritual	54	93,0
Voluntário	49	84,5

DISCUSSÃO

O percentual de 27,5% de pacientes que preencheram os critérios de indicação de cuidados paliativos foi menor que o observado por Loureiro¹⁶ em enfermarias de clínica geral em Portugal, onde se encontraram 49,6% de doentes com necessidade de cuidados paliativos. Contudo, os critérios usados no referido estudo foi o Guidelines for Practices on the Revised Quality Outcome Framework, um critério europeu, diferente do nosso, os critérios de terminalidade do Manual de Cuidados Paliativos da Academia Nacional de Cuidados Paliativos, a principal entidade de representação multiprofissional da prática paliativa no Brasil, que se adequa melhor ao contexto brasileiro.

A diferença na média de idade entre os pacientes que preencheram ou não os critérios de necessidade de Cuidado paliativos corrobora com dados da literatura que indicam que a idade dos pacientes que necessitam de internamento para cuidados paliativos situa-se mais frequentemente na faixa etária acima dos 60 anos¹⁷⁻²⁰.

A maior necessidade dos pacientes do sexo masculino receberem CP não foi observada por Roncarati²⁰ em um hospital universitário de Londrina, PR, onde, dos 39 doentes com necessidade de CP, 51% eram do sexo masculino e 49%, do sexo

feminino, não havendo diferença na frequência de doentes em relação ao sexo, porém os referidos autores não ponderaram o tamanho da amostra total de pacientes internados no hospital durante a realização da pesquisa. Não foram encontradas outras referências à diferença por sexo na distribuição desta variável na literatura referente à internação paliativa em hospitais gerais. Em serviços especializados em cuidados paliativos nos Estados Unidos, mais da metade dos pacientes internados são mulheres, segundo a *National Hospice and Palliative Care Organization*.

Da classe de pacientes com doenças neoplásicas, dos 20 pacientes da amostra total com câncer, apenas seis preencheram os critérios de necessidade de CP, diferentemente do estudo de Desmedt¹⁸, em que o diagnóstico primário dos pacientes considerados terminais foi de câncer em 51% dos casos, enquanto os demais apresentavam mais frequentemente quadros de demência, sequelas de acidente vascular encefálico, insuficiência cardíaca, respiratória ou hepática, resultados semelhantes aos encontrados por Roncarati²⁰ no Brasil. Esta diferença está associada possivelmente ao fato de que o HULW não tem serviços de referência para tratamento de câncer e, ao receberem este diagnóstico, a maioria é transferida para o hospital de câncer da cidade. O principal diagnóstico observado nos pacientes com necessidade de CP no presente estudo não se relacionou ao câncer. A doença hepática crônica, principal enfermidade associada à necessidade de CP nas enfermarias de clínica médica do HULW, parece estar relacionada ao tipo de clientela atendida neste serviço, como se pode observar pela classe de doenças mais prevalente na amostra total de 211 pacientes internados no período do estudo (doenças do aparelho digestivo).

Estas considerações tornam-se mais relevantes quando se atenta à alta prevalência de hospitalizações por condições crônicas na instituição e ao elevado número de pessoas mais idosas entre os doentes internados. Os dados do presente estudo mostraram que a maior parte dos pacientes que apresentou necessidade de CP foi composta por idosos, ou seja, pacientes que possuem características e fragilidades próprias da idade, independentes da presença da doença de base. Além disso, a maioria dos pacientes apresentava desfavorável nível socioeconômico, das classes C e D.

Um estudo multicêntrico realizado por Ferrand²¹, sobre as circunstâncias da morte de pacientes internados em hospitais públicos franceses, revelou que a principal causa de internação foi o próprio fim da vida (23,3%). Também neste último estudo, as neoplasias malignas foram as que alcançaram maior prevalência (28,8%) na amostra, seguidas pelas doenças cardiovasculares (15,1%) e doenças pulmonares crônicas com falência respiratória (12,3%). Contudo, no contexto de serviços especializados em cuidados paliativos nos Estados Unidos, segundo a *National Hospice and Palliative Care Organization*, a maior frequência de admissões por diagnóstico primário deve-se a casos não relacionados a câncer (64,4%), com maior número de pacientes com incapacidade funcional não especificada, demência, doenças cardiovasculares e pulmonares. No Brasil, os hospitais conveniados pelo SUS não podem internar indivíduos apenas com a indicação de atendimento de condições fora de possibilidade terapêutica, com indicação paliativa, sendo necessário a presença de outro diagnóstico para a internação, que na maioria das vezes são justificados pelos sinais e sintomas que frequentemente acometem os doentes em fase terminal^{9,20}.

A proporção de indicação de cuidados paliativos em pacientes hospitalizados varia entre 5% e 15% na literatura²²⁻²³. Estudo observacional realizado um único dia em 14 hospitais belgas selecionados aleatoriamente evidenciou que entre 2.639 pacientes internados no dia do estudo (excluindo-se os leitos de terapia intensiva, de unidades especializadas em cuidados paliativos, pediatria, obstetrícia e psiquiatria), 9,4%, com média de idade de 72 anos foram identificados como pacientes em hospitalização do tipo “paliativa”, definida como leitos ocupados por *pacientes que sofriam de uma doença incurável, progressiva, fatal, sem possibilidade de remissão, estabilização ou melhora por médicos e enfermeiros*¹⁸. Dos 249 pacientes paliativos, 55% (136/249) eram do sexo feminino e a média de idade foi de 72 anos, com intervalo de 21 a 99. A maioria dos pacientes eram maiores de 65 anos (175/249), com um número considerável de maiores de 80 anos (93/249). Morize et. al²³ observaram que 13% dos pacientes internados em um hospital universitário da França eram pacientes de cuidados paliativos. Uma percentagem semelhante (12%) foi observada por Edmonds²⁴ e por Billings²⁵, em hospital universitário inglês e americano, respectivamente.

Em um estudo retrospectivo e observacional que envolveu 1.124 pacientes em ambiente hospitalar em Santa Catarina, Brasil, Moritz et al.²⁶ constataram terminalidade da doença em 40% dos pacientes internados em unidades de terapia intensiva, 16,8% em enfermarias de clínica cirúrgica e 34,6% em enfermarias de clínica médica, taxas que se aproximam mais do que foi encontrado no presente estudo. Em pesquisa realizada em Londrina, Paraná, para avaliar os pacientes fora de possibilidades terapêuticas internados de um hospital universitário, considerando todas as suas unidades de internação, e usando-se para a identificação dos doentes em fase terminal a presença de uma enfermidade avançada, progressiva e incurável e falta de resposta ao tratamento específico, foram encontrados 39 doentes necessitando de cuidados paliativos, a maioria (28,2%) internada na unidade de terapia intensiva e 20,5% nas enfermarias clínicas e cirúrgicas²⁰. Em estudo com idosos internados em hospital geriátrico de São Paulo, Brasil, a principal causa pela inclusão em cuidados paliativos foi acidente vascular encefálico e suas sequelas e síndromes demenciais, fato não comum a outros trabalhos em cuidados paliativos²⁷.

Os dados indicam que sintomas de natureza psicológica receberam as maiores pontuações pelos pacientes. Em uma amostra de pacientes com doença crônica avançada, aproximadamente 90% dos pacientes relataram ansiedade grave²⁸. Existem vários instrumentos complexos de avaliação da depressão. No entanto, sendo o objetivo deste estudo uma abordagem multissintomática, optou-se pelo uso da ESAS que é breve e de uso fácil. Contudo, para estudos futuros, e dado a prevalência da ansiedade com intensidade grave ser tão elevada, considera-se pertinente uma avaliação exclusiva deste sintoma. A sintomatologia psicológica é geralmente sub-identificada pelos profissionais de saúde, apesar do grande impacto que este sintoma tem na vida do doente²⁹.

Outro sintoma que se destacou entre os pacientes avaliados foi a fadiga, sensação de cansaço extremo, e que ocorre em 75% a 85% dos pacientes sob cuidados paliativos³⁰. A astenia/fadiga é um sintoma muito comum em cuidados paliativos e está altamente associada ao câncer, atingindo uma prevalência de 90%³¹. A fadiga tem sido classificada como o sintoma que mais perdura, é muito perturbador e tem um grande impacto sobre a qualidade de vida dos doentes³². No entanto, a astenia não se encontra exclusivamente em doentes com câncer em fase avançada. Um estudo qualitativo demonstrou que doentes com insuficiência

cardíaca avançada têm uma grave dificuldade no deambular e fadiga extrema, muito semelhante aos doentes com cancro em fase avançada (*Op. Cit*).

A dor, juntamente com mal-estar, sonolência e anorexia, foram sintomas de intensidade intermediária, na escala. Em relação ao sintoma dor, na ESAS, 24 pacientes (41,4%) apresentaram dor de intensidade moderada a severa, o que é representado por pontuações de 4-10. Embora a proporção de pacientes com diagnóstico de câncer tenha sido pequena na amostra, havia um número razoável de pacientes afetados por doenças do sistema osteomuscular e tecido conjuntivo e, portanto, esperava-se que esse sintoma fosse representado com maior intensidade pelos pacientes. A dor é uma das queixas mais frequentes em pacientes de cuidados paliativos com diversas doenças³³ e, pelo sofrimento que causa ao paciente e à família, é considerada como alvo principal a ser atingido²⁰. Em um estudo retrospectivo realizado para avaliar as necessidades de cuidados paliativos e os resultados do tratamento de 110 pacientes com câncer terminal internados em enfermarias gerais de um hospital universitário, Chan e Woodruff³⁴ verificaram que a dor foi o sintoma mais comum e foi melhorada de forma satisfatória em apenas dois terços dos pacientes.

Correia e De Carlo³⁵ verificaram que os sintomas mais referidos por pacientes em tratamento paliativo, tanto por câncer como por outras doenças crônicas incapacitantes, foram cansaço, anorexia, dor, insônia, ansiedade e sonolência. Outros sintomas acometem os indivíduos com câncer e doenças crônicas progressivas, como anorexia, depressão, ansiedade, constipação, disfagia, dispneia, fraqueza, entre outros. Todos estes sintomas diminuem de algum modo a qualidade de vida, merecendo, portanto, a atenção dos profissionais de saúde⁶. Liu et al.³⁶ investigaram os sintomas de 163 pacientes com câncer em estágio terminal através da Avaliação de Sintomas de Edmonton e verificaram que, além de dor, fadiga, falta de ar, falta de apetite foram sintomas importantes. Pacientes em fase paliativa apresentam fadiga, depressão e ansiedade de forma mais intensa que os pacientes com câncer em fase curativa³⁷.

Em um estudo com amostra de 64 doentes com perfil semelhante ao do nosso estudo, com doenças crônicas e várias comorbidades associadas, e com critérios para cuidados paliativos, em um hospital de Portugal, os sintomas mais intensos e menos controlados foram por ordem decrescente de intensidade a

depressão, a sensação de mal-estar, a anorexia e o cansaço³⁸. Também em um recente estudo sobre a avaliação da prevalência e necessidade em cuidados paliativos em enfermarias de medicina interna em Portugal³⁹, envolvendo 54 doentes com doença oncológica e 48 doentes com doença não oncológica, observou-se uma prevalência significativa de sintomas intensos (69%), aparecendo a dor como o sintoma mais prevalente (53%). Por ordem decrescente de intensidade imediatamente a seguir à da dor apareceram náuseas (47%), a anorexia (47%), a dispneia (36%), fadiga (35%), ansiedade (34%), depressão (33%) e sonolência (28%). Atendendo às características da amostra do estudo apresentado, tal como seria esperado, os doentes oncológicos apresentaram maior prevalência de alguns sintomas como a dor, náuseas e anorexia⁴⁰. No estudo de Lera et al.⁴¹, realizado com idosos com câncer, encontrou-se média final de 24,4 pontos na ESAS, o que está em consonância com os nossos resultados, em que a média final nessa escala foi de 30,1 pontos. Em 40 pacientes com idade igual ou superior a 65 anos, portadores de neoplasia sólida ou hematológica, sob tratamento paliativo em serviço de Oncologia de um hospital universitário de São Paulo, a média da pontuação global da Escala de Sintomas de Edmonton variou de 0 a 76, com média de 24,4 pontos⁴¹, inferior à encontrada no presente estudo, embora a nossa casuística tenha sido constituída de um contingente pequeno de pacientes oncológicos.

Sobre a capacidade funcional dos pacientes, uma amostra de 33 pacientes, na sua maioria do sexo feminino, com média de idade de 74,3 ($\pm 11,2$) anos, 75% com doença não-oncológica, principalmente cardíaca e respiratória (21,9%, para cada um dos grupos) apresentou mediana na escala de Karnofsky de 30³⁰, ou seja, com capacidade funcional pior que a encontrada no nosso estudo, mas a média de idade deste foi mais baixa.

Os prestadores de cuidados profissionais foram os esperados para a maioria dos pacientes entrevistados (73%). Um componente essencial da Medicina Paliativa é o trabalho em equipe que deve ser exercido por uma equipe multiprofissional, composta por médico, enfermeiro, assistente social, psicólogo, nutricionista, farmacêutico, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, assistente espiritual, dentre outros. De Simone⁴² acredita que um trabalho em equipe (*team work*) permite a todos melhores resultados (*team = Together Everyone Achieves More*).

Ao serem questionados com relação à assistência prestada pelo HULW e sua disponibilidade ao longo do dia, todos os pacientes responderam ser a assistência estava disponível durante as 24 horas. Quando questionados sobre o controle e alívio dos sintomas, 79,6% respondeu que foi alcançado tal objetivo com a terapêutica instituída, 11,4% que não houve controle nem alívio e 8,5% que a melhora foi parcial.

Várias limitações devem ser mencionadas na interpretação dos resultados. O primeiro é um possível viés no recrutamento de pacientes em virtude da seleção de pacientes em um hospital de referência⁴³ com atendimento predominante de pacientes com doenças hepáticas e doenças do tecido conjuntivo. Considera-se uma limitação também o fato de a pesquisa tender à superestimação do número de pacientes hospitalizados que necessitam de CP. Apesar de ferramenta consagrada na área de cuidados paliativos, os critérios da ANCP podem, quando utilizados no contexto de uma enfermaria de clínica médica, superestimar o número daqueles que realmente necessitam desse tipo de cuidado.

Outras limitações são o modelo do estudo, por se tratar de amostra institucional, que não possibilita a obtenção de dados com validade externa, trazendo em seu bojo um modelo mais antigo de pesquisa epidemiológica, e o desenho transversal da pesquisa. Por outro lado, a comparação entre estudos de base hospitalar é uma questão complexa. Além das diferenças metodológicas existentes e o perfil da população atendida, assim como o perfil das instituições produzem contextos bastante particulares na atenção hospitalar. Alguns estudos, entretanto, sejam eles de base hospitalar ou populacional, já trouxeram contribuições para essa discussão, razão pela qual esses aspectos sempre merecerão consideração.

CONCLUSÕES

Conclui-se que a necessidade de CP apresentou uma prevalência considerável no espaço amostral da pesquisa, considerando-se que se trata de um hospital geral e o seu contexto, enfermarias de clínica médica. Os sintomas mais referidos pelos pacientes foram psicológicos (ansiedade e depressão) e os de maior relevância pela interferência na funcionalidade foram dor, fadiga e mal-estar.

A assistência de médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem foi percebida como presente por todos os pacientes, mas as demais categorias profissionais do serviço de clínica médica foram notadas em menor frequência. A maior parte dos pacientes referiu controle ou alívio dos sintomas após a assistência terapêutica prestada.

Quanto ao desempenho funcional dos pacientes, a maioria foi capaz de satisfazer suas necessidades. Cerca de metade não era capaz de trabalhar, porém estava apto a viver em casa e cuidar de suas necessidades, exigindo assistência e suporte viáveis. Uma parcela menor permaneceu inapto a cuidar de si mesmo requerendo cuidados hospitalares.

REFERÊNCIAS

1. Shah P, Aung T, Ferguson R, Ortega G, Shah J. Ethical consideration in Wound treatment of the elderly patient. *J Am Coll Clin Wound Spec.* 2016;6(3):46-52.
2. Cimino Nm, Mcpherson MI. Evaluating The impact of palliative or hospice care provided in nursing homes. *J Gerontol Nurs.* 2014;40(10):10-4.
3. Sawatzky R, Porterfield P, Lee J, Dixon D, Lounsbury K, Pesut B, Roberts D, Tayler C, Voth J, Stajduhar K. Conceptual foundations of a palliative approach: a knowledge synthesis. *Bmc Palliat Care.* 2016;15(5):1-14.
4. WHO guide for effective programmes. Geneva: WHO, 2007.
5. Bushatsky M, Sarinho ESC, Lima LS, Faria JH, Baibich-Faria T. Cuidados paliativos em pacientes fora de possibilidade terapêutica. *Rev Bioethikos.* 2012;6(4):399-408.
6. Silva RCF, Hortale V. A. Cuidados paliativos oncológicos: elementos para o debate de diretrizes nesta área. *Cad. Saúde Pública,* 2006;22(10):2055-2066.
7. Homsy J, Walsh D, Nelson KA, LeGrand SB, Davis M, Khawan E, Nouneh C. The impact of a palliative medicine consultation service in medical oncology. *Support Care Cancer.* 2002;10(4):337-42.
8. Fonseca AC, Mendes Junior WV, Fonseca MJM. Cuidados paliativos para idosos na unidade de terapia intensiva: revisão sistemática. *Rev. Bras. Ter. Intensiva.* 2012;24(2):197-206.
9. Barbi MZ. A inserção dos cuidados paliativos no Sistema Único de Saúde (SUS) [Trabalho de conclusão de curso]. São Paulo: Curso de especialização: teoria, pesquisa e intervenção em luto; 2011.

10. Brasil. Ministério Da Saúde. Datasus: Lista de tabulação para morbidade cid-10. 2008. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/sih/mxqid10lm.htm>
11. Monteiro DR, Kruse M, Almeida M. Avaliação do instrumento edmonton symptom assessment system em cuidados paliativos: revisão integrativa. *Rev Gaúcha Enferm.* 2010;31(4):785-93.
12. Ferreira PL, Pinto AB. Medir qualidade de vida em cuidados paliativos. *Acta Med Port.* 2008;21:11-124.
13. Ho F, Lau F, Downing MG, Lesperance M. A reliability and validity study of the palliative performance scale. *Bmc Palliat Care.* 2008;7(10):1-10.
14. Anderson F, Downing GM. Palliative performance scale (pps): a new tool. *Journal Of Palliative Care.* 1996;12(1):5-11.
15. Associação Brasileira de Pesquisas de Mercado – Abipeme. Critério de classificação econômica Brasil. Disponível em: <http://www.anep.org.br/codigosguias/cceb.pdf> 2002.
16. Loureiro N, Amado JMC, Fragoso JMF. Cuidados paliativos: identificação da necessidade em doentes de medicina interna. *Cuidados Paliativos* 2014;1(1):62-73.
17. National Hospice and Palliative Care Organization. Hospice Care in America. 2012. Disponível Em: http://www.nhpco.org/sites/default/files/public/statistics_research/2012_facts_figures.pdf
18. Desmedt MS, de la Kethulle YL, Deveugele MI, Keirse EA, Paulus DJ, Menten JJ, Simoens SR, Vanden Berghe PJ, Bequin CM. Palliative inpatients in general hospitals: a one day observational study in Belgium. *Bmc Palliat Care.* 2011;10:2.
19. Gorzoni ML, Pires SL. Idosos asilados em hospitais gerais. *Rev Saúde Pública.* 2006;40(6):1124-30.
20. Roncarati R, Camargo RMP, Rosetto EG, Matsuo T. Cuidados paliativos num hospital universitário de assistência terciária: uma necessidade? *Semina: Ciências Biológicas E Da Saúde.* 2003;24:37-48.
21. Ferrand E, Jabre P, Vincent-Genod C, Aubry R, Badet M, Badia P, Cariou A, Ellien F, Gounant V, Gil R, Jaber S, Jay S, Paillaud E, Poulain P, Regnier B, Reignier J, Socie G, Tardy B, Lemaire F, Brun-Buisson C, Marty J. Circumstances of death in hospitalized patients and nurses' perceptions. *Arch Intern Med.* 2008;168(8):867-875.

22. Gott MC, Ahmedzai SH, Wood C. How many inpatients at an acute hospital have palliative care needs? Comparing the perspectives of medical and nursing staff. *Palliat Med.* 2001;15(6):451-60.
23. Morize V, Nguyen DT, Lorente, C. Descriptive epidemiological survey on a given day in all palliative care patients hospitalized in a french university hospital. *Palliat Med.* 1999;13:105-117.
24. Edmonds P, Karlsen S, Addington-Hall J. Palliative care needs of hospital inpatients. *Palliat Med.* 2000;14(3):227-8.
25. Billings JA, Gardner M, Putnam AT. A one-day, hospital-wide survey of dying inpatients. *Palliat Med.* 2002;5(3):363-74.
26. Moritz RD, Machado FO, Heerdt M, Rosso B, Beduschi G. Avaliação das decisões médicas durante o processo do morrer. *Rev Bras Ter Intensiva.* 2009;21(2):141-147.
27. Lucchetti G, Badan Neto AM, Ramos SAC, Faria LFC, Granero AL, Pires SL, Gorzoni ML. Uso de uma escala de triagem para cuidados paliativos nos idosos de uma instituição de longa permanência. *Geriatrics & Gerontologia.* 2009;3(3):104-108.
28. Nelson JE, Meier DE, Litke A, Natale DA, Siegel RE, Morrison RS. The symptom burden of chronic critical illness. *Crit Care Med.* 2004;32(7):1527-34.
29. Madden J. The problem of distress in patients with cancer: more effective assessment. *Clinical Journal Of Oncology Nursing.* 2006;10(5):615-619.
30. Carneiro R, Sousa E, Guerreiro T, Rocha N. Qualidade e satisfação com a prestação de cuidados na patologia avançada em medicina interna. *Arq Med.* 2009;23(3):95-101.
31. Nascimento H. Astenia. In: Barbosa A, Galriça Neto I. *Manual De Cuidados Paliativos.* 2ª. Ed. Lisboa: Faculdade De Medicina De Lisboa; 2010. p.213-228.
32. Del Fabbro E, Dalal S, Bruera E. Symptom control in palliative care - part ii: cachexia/anorexia and fatigue. *Journal Of Palliative Medicine.* 2002;9(2):409-421.
33. Vargas-Schaffer G. Is the WHO analgesic ladder still valid? Twenty-four years of experience. *Can. Fam. Physician* 2010;56(6):514-517.
34. Chan A, Woodruff RK. Palliative care in a general teaching hospital. 1. Assessment of needs. *Med J Aust.* 1991;155(9):597-9.
35. Correia FR, De Carlo MMRP. Avaliação de qualidade de vida no contexto dos cuidados paliativos: revisão integrativa de literatura. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2012;20(2):401-10.

36. Liu Y, Zhang PY, Na J, Ma C, Huo WL, Han L, Yu Y, Xi QS. Prevalence, intensity, and prognostic significance of common symptoms in terminally ill cancer patients. *J Palliat Med.* 2013;16(7):752-7.
37. Van Den Beuken MH, De Rijke JM, Kessels AG, Schouten HC, van Kleef M, Patijn J. Quality of life and non-pain symptoms in patients with cancer. *J Pain Symptom Manage.* 2009;38(2):216-33.
38. Ribeiro ASS. Controlo de sintomas em cuidados paliativos num serviço de medicina interna [tese]. Lisboa: Universidade de Lisboa Faculdade de Medicina; 2012.
39. Silva M. Cuidados paliativos: caracterização assistencial e identificação de necessidades num serviço de medicina interna. Lisboa: Universidade de Lisboa Faculdade de Medicina; 2012.
40. Brown DJ, Mcmillan DC, Milroy R. The correlation between fatigue, physical function, the systemic inflammatory response, and psychological distress in patients with advanced lung cancer. *Cancer.* 2005;103(2):377-82.
41. Lera AT, Miranda MC, Trevizan LLB, Antonangelo DV, Zanellato RM, Tateyama LTC, Fede ABS, Xavier PS, Cubero DIC, Karnakis T, del Giglio A. Aplicação do instrumento termômetro de estresse em pacientes idosos com câncer: estudo piloto. *Bras Clin Med.* 2011;9(2):112-116.
42. De Simone G, Tripodoro V. Fundamentos de cuidados paliativos y control de sintomas: manual para estudiantes de la carrera de Medicina. 1ª. Ed. Buenos Aires: Pallium Latinoamérica; 2004.
43. Steindal S, Bredal I, Ranhoff A, Sørbye L, Lerdal, A. The last three days of life: a comparison of pain management in the young old and the oldest old hospitalised patients using the resident assessment instrument for palliative care. *International Journal Of Older People Nursing.* 2014;10(4):263-272.