

CUIDADOS PALIATIVOS EM ATENÇÃO DOMICILIAR: INDICAÇÃO DA PALIAÇÃO

PALLIATIVE CARE IN HOME CARE: INDICATION FOR PALLIATION

CUIDADOS PALIATIVOS EN LA ATENCIÓN DOMICILIARIA: INDICACIÓN DE PALIACIÓN

Francisca Karolline Lima dos Santos¹, Flávia Baluz Bezerra de Farias Nunes², Elza Lima da Silva³, Andrea Cristina Oliveira Silva⁴, Ana Karoline Moreira⁵, Andressa Bastos e Bastos⁶, Anne Caroline Rodrigues Aquino⁷

Como citar este artigo: Cuidados paliativos em atenção domiciliar: indicação da paliação. Rev Enferm Atenção Saúde [Internet]. 2025 [acesso: ____]; 14(1): e202569. DOI: <https://doi.org/10.18554/reas.v14i1.6698>

RESUMO

Objetivo: Investigar as condições dos pacientes acompanhados pelo “Programa Melhor em Casa” considerando os critérios de indicação de cuidados paliativos. **Método:** Estudo transversal realizado em São Luís, Maranhão, com amostra de 71 pacientes. Utilizou-se um instrumento contendo variáveis socioeconômicas e a Escala Palliative Care Screening Tool para indicação de paliação. **Resultados:** A maioria dos pacientes eram do sexo feminino (56,34%), solteiros (46,48%), ensino fundamental completo (43,66%), fora da força de trabalho (36,63%), renda familiar entre 1 a 2 salários mínimos (78,87%), faixa etária entre 70-86 anos (32,40%). Quanto a doença de base, 45,07% apresentam sequelas de Acidente Vascular Cerebral, 54,93% doenças associadas sendo as cardiovasculares e metabólicas frequentes (37,90%), 59,15% necessitam de ajuda e 69,10% têm grau de dependência 4. **Conclusão:** Os critérios de paliação indicaram que a maioria dos pacientes foram considerados elegíveis para os Cuidados Paliativos, o que contribui na implementação de intervenções qualificadas pela equipe multiprofissional.

Descritores: Cuidados Paliativos; Assistência Domiciliar; Doença crônica.

¹ Enfermeira. Graduação em Enfermagem. Universidade Federal do Maranhão. Universidade Federal do Maranhão. <https://orcid.org/0000-0001-6039-9250>

² Enfermeira. Doutora em Ciências. Docente do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão. flavia.farias@ufma.br. Universidade Federal do Maranhão. <https://orcid.org/0000-0001-7490-9362>

³ Enfermeira. Doutora em Fisiopatologia Clínica e Experimental. Docente do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão. Universidade Federal do Maranhão. <https://orcid.org/0000-0002-0287-046X>

⁴ Enfermeira. Doutora em Ciências. Docente do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão. Universidade Federal do Maranhão. <https://orcid.org/0000-0003-1154-6394>

⁵ Graduanda em Enfermagem. Universidade Federal do Maranhão. Universidade Federal do Maranhão. <https://orcid.org/0000-0003-3308-5138>

⁶ Graduanda em Enfermagem. Universidade Federal do Maranhão. Universidade Federal do Maranhão. <https://orcid.org/0000-0002-5520-6941>

⁷ Enfermeira. Graduação em Enfermagem. Universidade Federal do Maranhão. Universidade Federal do Maranhão. <https://orcid.org/0000-0003-0238-0118>

ABSTRACT

Objective: To investigate the conditions of patients monitored by the “Programa Melhor em Casa” considering the criteria for indicating palliative care. **Method:** Cross-sectional study carried out in São Luís, Maranhão, with a sample of 71 patients. An instrument containing socioeconomic variables and the Palliative Care Screening Tool Scale was used to indicate palliation. **Results:** Most patients were female (56,34%), single (46,48%), complete primary education (43,66%), out of the workforce (36,63%), family income between 1 to 2 minimum wages (78,87%), aged between 70-86 years (32,40%). As for the underlying disease, 45,07% have stroke sequelae, 54,93% have associated diseases, cardiovascular and metabolic ones being frequent (37,90%), 59,15% need help and 69,10% have a degree of dependence 4. **Conclusion:** The palliation criteria indicated that most patients were considered eligible for Palliative Care, which contributes to the implementation of qualified interventions by the multidisciplinary team.

Descriptors: Palliative Care; Home Nursing; Chronic Disease.

RESUMEN

Objetivo: Investigar las condiciones de los pacientes acompañados por el “Programa Mejor en Casa” considerando los criterios para la indicación de cuidados paliativos. **Método:** Estudio transversal realizado en São Luís, Maranhão, con una muestra de 71 pacientes. Se utilizó un instrumento que contenía variables socioeconómicas y la Palliative Care Screening Tool Scale para indicar la paliación. **Resultados:** La mayoría de los pacientes eran del sexo femenino (56,34%), solteros (46,48%), primaria completa (43,66%), fuera de la fuerza laboral (36,63 %), ingreso familiar entre 1 a 2 salarios mínimos (78,87 %), con edad entre 70 -86 años (32,40%). En cuanto a la enfermedad de base, el 45,07% tiene secuelas de ictus, el 54,93% tiene enfermedades asociadas, siendo frecuentes las cardiovasculares y metabólicas (37,90%), el 59,15% necesita ayuda y el 69,10% tiene grado de dependencia 4. **Conclusión:** Los criterios de paliación indicaron que la mayoría de los pacientes fueron considerados elegibles para Cuidados Paliativos, lo que contribuye a la implementación de intervenciones calificadas por el equipo multidisciplinario.

Descriptores: Cuidados Paliativos; Atención Domiciliaria de Salud; Enfermedad Crónica.

INTRODUÇÃO

O Cuidado Paliativo (CP) é definido pela Organização Mundial da Saúde (OMS)¹ como um conjunto de ações promovidas por uma equipe multidisciplinar com objetivo de melhorar a qualidade de vida do paciente sem perspectiva de cura diante determinadas condições de saúde. O CP emergiu na assistência de pacientes com câncer em estágios terminais, mas ao longo do tempo foi incorporado no cuidado a pacientes acometidos por outras doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) —

como Alzheimer, acidente vascular encefálico (AVE), Parkinson e outras.

Desde a última década os cuidados paliativos vêm se expandindo no Brasil, porém de maneira incipiente. Algumas pesquisas em Cuidados Paliativos sinalizam a importância de disseminação dessa linha de cuidados tão necessária diante o envelhecimento da população e a modificação epidemiológica no país.² Esses dois fenômenos de transição demográfica e transição epidemiológica, em países em desenvolvimento como o Brasil, tem

acarretado um aumento acentuado de pessoas com idade avançada e, consequentemente, aumento no número de Doenças Crônicas Não Transmissíveis que são responsáveis por gerar as necessidades de palição.³

Segundo a OMS, estima-se que no Brasil tem entre 521 mil e 536 mil pessoas que necessitam de cuidado paliativo, porém esses pacientes são elegíveis para tal cuidado somente no final da vida, restringindo a atuação das equipes especializadas nesta área.² Metade dos serviços em CP no Brasil tem concentração no estado de São Paulo, ressaltando a predominância de atendimento do tipo ambulatorial em rede pública, com pacientes oncológicos e não oncológicos, adultos e idosos.⁴ Dessa maneira, é perceptível a escassez desses cuidados domiciliares em atenção primária a saúde, mesmo com pesquisa realizada em 2017 pela *Kaiser Family Foundation* em parceria com o jornal *The Economist* apontando a morte em casa como sendo preferencial para pacientes e familiares.²

Na atenção primária, com o decorrer dos estudos, observa-se pacientes com sequelas incapacitantes e rebaixamento nas funções físicas em consequência de uma ou mais DCNT sendo elegíveis para receber cuidados paliativos.⁵ As DCNT levam o paciente a um rebaixamento funcional progressivo, incapacitando a pessoa até

anteceder a morte, essa relação entre envelhecimento populacional e incidência das DCNT fomentam a necessidade de expansão dos CP no país, sendo assim um grande desafio para os gestores da Saúde Pública no Brasil, perante os níveis de atenção.⁶

Os cuidados com pacientes com doenças crônicas, em conformidade com a teoria dos Cuidados Paliativos, são pautados na perspectiva de oferecer bem-estar e conforto na continuidade da vida, seja através da prevenção, tratamento adequado e orientação familiar. Dessa forma, para uma melhor assistência e promoção dos CP, faz-se necessário a atuação de uma equipe multiprofissional, que tem como objetivo atender às necessidades biopsicossociais e espirituais do paciente e de seus familiares.⁷

A aplicação dos cuidados àqueles que estão na fase final da vida, representa um grande desafio para a equipe multiprofissional. A equipe de enfermagem se destaca nestes cuidados por permanecer ao lado do paciente oferecendo cuidado integral, não apenas da técnica profissional e o conhecimento científico, mas também a habilidade de ouvir e compreender a situação vivenciada por eles e seus familiares.⁷

Os Cuidados Paliativos, no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), são oferecidos no domicílio por profissionais vinculados à Atenção Básica à Saúde (ABS)

ou Serviço de Atenção Domiciliar (SAD), e pelo cuidador. Por meio da ABS, faz-se valer este atendimento nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), Equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF) e no SAD, por intermédio das Equipes Multiprofissionais de Atenção domiciliar e Equipe Multiprofissional de Apoio. O cuidador é a pessoa que presta diretamente os cuidados de forma contínua ou regular, e na maioria das vezes é um familiar próximo. Nos últimos anos, a atenção domiciliar tem sido voltada para pacientes que necessitam de cuidados paliativos. O “Programa Melhor em Casa”, do Ministério da Saúde instituiu diretrizes para organização da atenção domiciliar voltada para esse público.⁸

Espera-se que o presente estudo contribua com o aperfeiçoamento de políticas públicas de assistência em saúde e fomente a implementação de estratégias que promovam melhor qualidade de vida ao paciente em Cuidados Paliativos e seus cuidadores familiares. Nessa perspectiva, a partir da atenção domiciliar realizada pelo “Programa Melhor em Casa” nos cuidados paliativos a clientes com doenças crônicas avançadas, este trabalho tem como objetivo investigar as condições dos pacientes acompanhados pelo “Programa Melhor em Casa” considerando os critérios de indicação de cuidados paliativos.

MÉTODO

Trata-se de um estudo do tipo transversal, com uma abordagem em Cuidados Paliativos em Atenção Domiciliar, realizado na Cidade de São Luís, capital do Estado do Maranhão, onde as instituições de saúde direcionam os pacientes em cuidados paliativos para acompanhamento domiciliar pelo Programa Melhor em Casa (PMC).

Este estudo respeita os aspectos éticos da Resolução 466/2012 2012 do Conselho Nacional de Saúde e foi submetida a Plataforma Brasil direcionada ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), apreciada e aprovada sob nº 3.643.591 e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Maranhão, sob o protocolo CAAE-11424619200005087. Os dados publicados correspondendo a análise parcial de uma pesquisa maior intitulada “Cuidados Paliativos Centrado na Família”.

A população do estudo foi composta por 156 pessoas cadastradas no Programa Melhor em Casa com idade igual ou superior a 18 anos com problemas de saúde compensados/controlados classificados como Doenças Crônicas Não Transmissíveis e que consentiram em participar do estudo ou ter sua participação autorizada pelo responsável/cuidador por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). No entanto, somente 71 pessoas participaram do estudo devido às

dificuldades de coleta de dados ocasionado pela pandemia do covid-19.

Dentre os critérios de exclusão, foram considerados todos e quaisquer casos de pacientes com necessidade de monitorização contínua, necessidade de assistência contínua de enfermagem, necessidade de propedêutica complementar, com demanda potencial para a realização de vários procedimentos diagnósticos, em sequência, com urgência; necessidade de tratamento cirúrgico em caráter de urgência; ou necessidade de uso de ventilação mecânica invasiva contínua.

No período de dezembro de 2020 a fevereiro de 2021, realizou-se a coleta de dados de parte dos pacientes cadastrados e atendidos pelo PMC. O PMC funciona em quatro equipes com sede nos Hospitais de Urgência e Emergência do Município, presta assistência multiprofissional de médico, enfermeiro, assistente social, técnico de enfermagem, fisioterapeuta, fonoaudiólogo e terapeuta ocupacional.

Para coleta de dados, utilizou-se um instrumento sistematizado com dados socioeconômicos e demográficas, bem como

os critérios de indicação de cuidados paliativos conforme a escala *Palliative Care Screening Tool – PCST* – fornecida pelo *Center to Advance Palliative Care* (QUADRO 1). O instrumento incluía variáveis como idade, sexo, cor, escolaridade, estado civil, trabalho/ocupação, renda familiar, condições de moradia, número de residentes, número de cômodos, doenças de base e/ou associadas, contato do familiar e/ou responsável.

A escala PCST indica ou não os cuidados paliativos em função do somatório dos itens e se caracteriza da seguinte forma: até dois pontos sem indicação de cuidados paliativos; até três pontos o paciente deve ser mantido em observação clínica; igual ou maior do que quatro pontos se considera indicação de cuidados paliativos. O procedimento de coleta de dados foi realizado pelo contato telefônico disponível nos prontuários dos pacientes, pelos entrevistadores graduandos em Enfermagem de uma Universidade Pública do Estado do Maranhão, devidamente capacitado e sob supervisão do professor orientador, responsável pela pesquisa.

Quadro 1 – Escala Palliative Care Screening Tool (PSCT)

Escala: Palliative Care Screening Tool®	
Critério número 1 Doenças de base – Dois pontos para cada subitem: 1. Câncer – metástase ou recidivas 2. Doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) avançada – repetidas exacerbações 3. Sequela de acidente vascular cerebral (AVC) – decréscimo de função motora $\geq 50\%$ 4. Insuficiência renal grave – <i>clearance</i> de creatinina $< 10 \text{ ml/min}$ 5. Doença cardíaca grave – insuficiência cardíaca congestiva (ICC) com fração de ejeção (FE) do ventrículo esquerdo FE $< 25\%$, miocardiopatia e insuficiência coronariana significativa 6. Outras doenças limitantes à vida do paciente	Critério número 2 Doenças associadas – um ponto para cada subitem: Doença hepática Doença renal moderada – <i>clearance</i> de creatinina $< 60 \text{ ml/min}$ DPOC moderada – quadro clínico estável ICC moderada – quadro clínico estável Outras doenças associadas – o conjunto delas vale 1 ponto
Critério número 3 Condição funcional do paciente – Esse critério avalia o grau de dependência do paciente, levando em consideração a capacidade de realizar atividades habituais do cotidiano, atos de cuidados pessoais e número de horas diárias confinado ao leito ou à cadeira de rodas. Pontua-se de 0 (paciente totalmente independente, ativo, que não possui restrições) até 4 (completamente dependente, necessita de ajuda em período integral, confinado à cama ou ao cadeirante)	Critério número 4 Condições pessoais do paciente – um ponto para cada subitem: 7. Necessidade de ajuda para decisões complexas de tratamento e questões psicológicas ou espirituais não definidas 8. Histórico de internações recentes em serviços de emergência 9. Hospitalizações frequentes por descompensação da doença de base 10. Internações prolongadas em Unidades de Terapia Intensiva (UTI) ou paciente já internado em UTI com mau prognóstico
A soma dos subitens justificará a indicação ou não de cuidados paliativos: Até dois pontos – sem indicação de cuidados Até três pontos – observação clínica Maior ou igual a quatro pontos – considerar cuidados paliativos	

Fonte: Center to Advance Palliative Care. Crosswalk of JCAHO Standards and Palliative Care – Policies, procedures and assessment tools; 2007. p. 66. Disponível em: http://www.capc.org/supportfrom-capc/capc_publications/JCAHO-crosswalk-new.pdf. Acesso em 10 abril 2021.

A análise dos dados foi realizada pelas medidas descritivas para as variáveis quantitativas e frequências absolutas e relativas com a construção de tabela de

contingência para as variáveis qualitativas. Foi utilizado para análise o Programa SPSS 25.0.

RESULTADOS

Os participantes foram 71 pacientes em cuidados paliativos com as características socioeconômicas descritas na tabela 1. Houve maior porcentagem de sexo feminino (56,34%), raça parda (47,89%), solteiros (46,48 %), ensino fundamental completo (43,66%), fora da força de trabalho (36,63%), renda familiar entre 1 a 2 salários mínimos (78,87%). Na faixa etária, a maior frequência foi entre 70-86 anos

(32,40%), com média de idade 67,20 anos e desvio padrão de 20,74.

As situações de moradias prevalentes entre os pacientes atendidos pelo programa Melhor em Casa foi moradia própria (88,73%), sendo que nestas, predominam a quantidade de 4 a 6 cômodos (67,61%). Os registros evidenciaram que a quantidade de residentes varia de 4 a 5 (43,66%), com média de 4 pessoas por residência.

Tabela 1 - Características socioeconômicas e demográficas dos pacientes atendidos pelo programa Melhor em Casa. São Luís, Maranhão, Brasil, 2021.

Variáveis	n	%	Média	Desvio padrão
Idade			67,20	20,74
18-35	6	8,45		
36-52	11	15,49		
53-69	18	25,35		
70-86	23	32,40		
87 ou mais	13	18,31		
Sexo				
Feminino	40	56,34		
Masculino	31	43,66		
Raça/Cor				
Branco	24	33,80		
Negro	13	18,31		
Pardo	34	47,89		
Escolaridade				
Sem escolaridade	18	25,35		
Ensino fundamental	31	43,66		
Ensino médio	20	28,17		
Em superior	2	2,82		
Estado civil				
Solteiro	33	46,48		
Casado	17	23,94		
Divorciado	4	5,63		
Viúvo	17	23,94		
Ocupação				
Fora da força de trabalho	26	36,63		
Conta própria	13	18,31		
Empregado com carteira	13	18,31		
Trabalho doméstico	8	11,27		
Trabalho doméstico não remunerado	7	9,85		
Ignorado	4	5,63		
Renda em salário-mínimo			1.83	0.97
1 a 2	56	78,87		
3 a 4	14	19,72		
5 ou mais	1	1,41		
Moradia				
Alugada	4	5,63		
Cedida	4	5,63		
Própria	63	88,73		
Número de cômodos			5,44	1,7
1 a 3	9	12,68		
4 a 6	48	67,61		
7 ou mais	14	19,72		

Número de residentes		4,29	1,78
2 a 3	27	38,03	
4 a 5	31	43,66	
6 ou mais	13	18,31	
Total	71	100,00	

Os indicadores de cuidados paliativos conforme escala PCST permitiram uma avaliação quanto à indicação dos CP (Tabela 2), através de critérios definidos de doenças

de bases (critério 1), doenças associadas (critério 2), funcionalidade (critério 3) e aspectos pessoais do paciente (critério 4).

Tabela 2 - Indicadores de cuidados paliativos conforme escala *Palliative Care Screening Tool* (PCST). São Luís, Maranhão, 2021.

Indicadores	n	%
Doença de base		
Câncer	2	2,82
Sequelas AVC*	32	45,07
Doença cardíaca grave	3	4,23
Outras doenças limitantes	34	47,89
Outras neurosequelas	11	15,49
Doença degenerativa	14	19,72
Doença neurológica	4	5,63
Trauma ortopédico	2	2,82
Síndrome pseudobulbar	1	1,41
Espondilodiscite	1	1,41
Necessidades especiais	1	1,41
Doenças associadas	1	1,41
DPOC** moderada		
ICC*** moderada e outras doenças associadas	4	5,63
Outras doenças associadas	39	54,93
Sem doenças associadas	27	38,03
Grau de dependência		
0	1	1,41
1	1	1,41
2	8	11,27
3	12	16,90
4	49	69,01
Condições pessoais		
Nenhum	3	4,23
Necessidade de ajuda	42	59,15
Necessidade de ajuda e histórico de internação	19	26,76
Necessidade de ajuda e histórico de internação e hospitalizações frequentes	6	8,45

Necessidade de ajuda e histórico de internação e hospitalizações frequentes e internações prolongada em UTI****	1	1,41
PCST		
Até 2 pontos	0	0,00
Até 3 pontos	2	2,82
Maior ou igual a 4 pontos	69	97,18
Total	71	100,00

*Acidente Vascular Cerebral; **Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica; ***Insuficiência Cardíaca Congestiva; ****Unidade de Terapia Intensiva

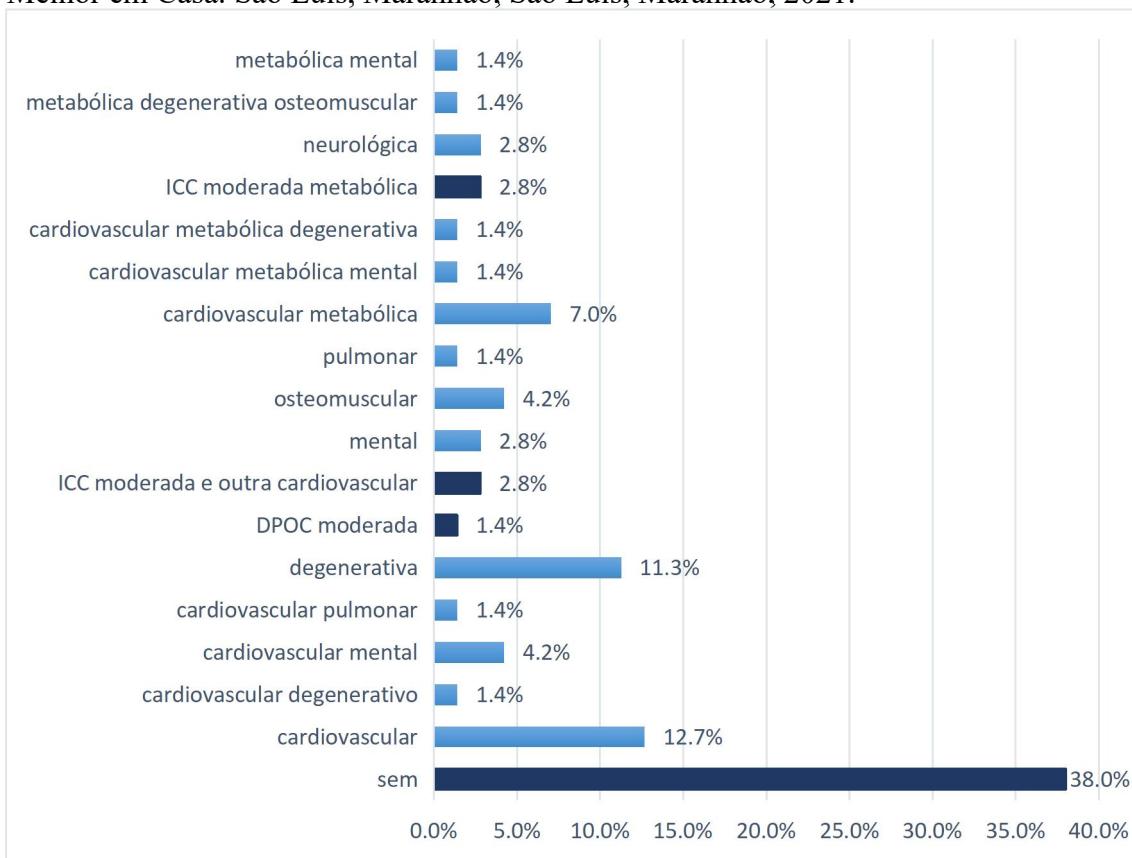
Observou-se que as doenças de base mais relevantes são sequelas de AVC (45,07%) e outras doenças limitantes (47,89%), seguidas de doença cardíaca grave (4,23%) e câncer (2,82%).

Quanto as doenças associadas, mais da metade dos pacientes estudados tiveram outras doenças associadas (54,93%), seguidos de Insuficiência Cardíaca Congestiva moderada (5,63%) e Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica moderada (1,41%) que tiveram um baixo percentual detectado na amostra coletada.

Neste estudo, as maiores porcentagens das doenças associadas diagnosticadas nos pacientes paliativos atendidos na atenção

domiciliar são das classes cardiovasculares e metabólicas que juntas somam 37,9% seguida da classe degenerativa que tem porcentagem de 15,5%. As doenças associadas derivam de diversas formas, desde transtornos mentais 9,8% como o Alzheimer, síndromes demenciais, Parkinson até neurológicas e ICC moderada que possuem igualmente 2,8% do total pesquisado. As doenças que acometem o sistema respiratório são classificadas em pulmonar com 2,8% e DPOC moderada 1,4%. Além disso, há outras classes que foram identificadas com menor incidência como as doenças da classe osteomuscular com 5,6% de representatividade na pesquisa.

Gráfico 1 - Classe de doenças associadas dos pacientes atendidos pelo programa Melhor em Casa. São Luís, Maranhão, São Luís, Maranhão, 2021.



Identificou-se que a maioria dos pacientes tem grau de dependência 4 (69,01%), seguidos de grau de dependência 3 (16,09%), grau de dependência 2 (11,27%), grau de dependência 1 (1,41%) e nenhuma dependência (1,41%). Quanto as condições pessoais do paciente, mais da metade necessitavam de ajuda para alguma tomada de decisões (59,15%), seguido internações recentes (26,76%).

Os resultados das pontuações referentes aos critérios apresentados da escala PCST foram que 69 pacientes (97,18%) foram considerados elegíveis para

os Cuidados Paliativos, e dois (2,82%) ficaram em observação clínica.

DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo demonstram a grande importância da elegibilidade para os cuidados paliativos. Foi possível analisar que não apenas o paciente oncológico, mas também o portador de outras doenças crônico-degenerativas, necessitam desses cuidados, uma vez que o grau de dependência física e social elevados refletem na qualidade de vida dos pacientes.⁹

O avanço da tecnologia na saúde estimula o prolongamento da vida, promovendo mais sofrimento ao paciente que se encontra com uma doença crônica e em estágio avançado. O diagnóstico precoce do Cuidado Paliativo tem sido um grande desafio nas instituições de saúde, pois existe uma série de empecilhos institucionais, como a ausência de leitos suficientes para pacientes paliativos, não uniformidade de capacitação de profissionais de saúde sobre o tema e poucos programas de CP nas instituições de saúde.¹⁰ É fundamental pensar em estratégias mais adequadas para a implementação dos serviços e políticas de saúde, que proporcione uma assistência segura para essas pessoas até o final da vida.

De acordo com dados do atlas global de Cuidados Paliativos, em todo o mundo, estima-se que mais de 20 milhões de pessoas, a cada ano, necessitam de CP no final da vida.¹¹ A Resolução nº. 41/2018 publicada pelo Ministério da Saúde foi um ganho determinante para a prática dos CP em território nacional uma vez que regulamentou essa prática enquanto política de saúde. Tal resolução determina que toda pessoa portadora de uma doença ameaçadora a vida, seja aguda ou crônica, será ofertado esses cuidados a partir do diagnóstico dessa condição.¹²

Foi constatado que o sexo feminino foi predominante na amostra estudada, sendo encontrada uma porcentagem levemente

maior em relação a um estudo realizado em Minas Gerais com 131 pacientes que tinha como objetivo identificar as características epidemiológicas e clínicas dos pacientes atendidos por um programa público de atenção domiciliar na cidade de Montes Claros, neste estudo a maioria também eram mulheres (55%).⁹ Diante desses resultados ressalta-se as diferenças de gêneros em relação à saúde, apesar das mulheres viverem mais que os homens, estas apresentam maior morbidade, pois se preocupam mais com a saúde, utilizam os serviços e têm acesso aos diagnósticos e tratamentos.¹³

Em relação à idade, predominou a população idosa, com maior frequência na faixa etária de 70-86 anos. Estudo realizado na cidade de Maceió, Alagoas, verificou que 80% são idosos e que a faixa etária de maior prevalência (44%), foi de 79 anos ou mais.¹⁴ Um estudo avaliou prontuários de pacientes domiciliares de instituições privadas nos Estados Unidos, a média de idade encontrada foi de 62 anos. Uma pesquisa na Espanha, realizado nas cidades de Málaga, Costa do Sol, Almeria e Granada, encontrou 75,49 anos como média de idade. Pode-se justificar esse perfil de faixa etária pelo processo de transição demográfica que vem ocorrendo no Brasil e no mundo, com o aumento do número de idosos e em especial da população feminina, devido a maior

expectativa de vida das mulheres em relação aos homens.

É importante ressaltar que a idade avançada proporciona uma redução da reserva funcional e na capacidade do organismo manter o equilíbrio energético. Dessa forma, pode haver comprometimento dos mecanismos necessários para a realização das atividades e assim aumento da prevalência de doenças e agravos, tornando o idoso mais suscetível a desenvolver a condição de fragilidade e, consequentemente, a necessidade de cuidados paliativos.¹⁵O processo de envelhecimento demanda maiores cuidados especificamente em relação a doenças crônicas degenerativas sejam cardivascularas, osteomusculares ou outros.¹⁶

No presente estudo, as principais doenças crônicas encontradas foram as doenças cardivascularas, sinalizando as sequelas de AVC e outras doenças limitantes, seguidas de doença cardíaca grave e câncer em menores proporções. As estimativas globais da Organização Mundial de Saúde mostra que as principais doenças que geram a necessidade de cuidados paliativos são cardivascularas (38,5%), neoplasias (34,0%) e doença obstrutiva crônica (10,3%).¹⁷ Estudo realizado em Alice Springs, Austrália, revelou que o segundo maior grupo de pacientes em CP, foram com diagnósticos de doenças cardivascularas e

respiratórios, ambos com 8% dos casos.¹⁸ Pesquisa realizada no Sudeste do Brasil, retrata a mesma situação quanto ao diagnóstico situacional dos pacientes investigados com maior frequência câncer (48,0%), doença cardiovascular (10,6%) e pulmonar (9,1%).⁶

O AVC é a causa principal de internação no Brasil, caracteriza-se por ser uma doença incapacitante que pode levar a morte e resultar em sequelas físicas e mentais, restringindo a funcionalidade do indivíduo, principalmente nas atividades de vida diárias (AVDs).¹⁹ Neste estudo, além do AVC, outras doenças incapacitantes foram identificadas, com destaque para o Alzheimer, síndromes demenciais e Parkinson. Contudo, foi encontrado um número baixo de indivíduos que possuem apenas diagnósticos de transtornos mentais como doenças de base.

Os CP são uma resposta aplicada aos desequilíbrios consequentes de doenças, progressivas e que não apresentam possibilidade de cura, com o objetivo de prevenir o sofrimento gerado por elas, proporcionando qualidade de vida aos doentes e suas famílias. Assim a caracterização de pacientes com diagnósticos de DCNT, elegíveis para CP em tratamento domiciliar, podem gerar evidências para a necessidade de introdução desses cuidados em todos os serviços de saúde.²⁰

É importante a implementação de escalas de triagem para CP que atendam, não apenas aos pacientes oncológicos, mas a todos os pacientes acometidos por doenças crônicas, levando em consideração outros critérios de avaliação, além da capacidade funcional. Nesse sentido, a escala PCST, indicou ser viável para a elegibilidade de pacientes para CP.²⁰

Dessa forma, foi possível verificar que a maioria dos indivíduos avaliados, acometidos por DCNT, foram indicados como elegíveis para os CP pela escala PCST. Estudo realizado no Hospital Estadual no Espírito Santo, Brasil, no ano de 2017, afirma que foram efetivamente solicitados 47% dos pareceres que poderiam se beneficiar com a prática da paliação, tal fato evidencia a alta sensibilidade da escala e reforça o entendimento sobre a possibilidade de utilizá-la como avaliação de cuidados paliativos.¹⁶

Nesse estudo é possível observar que uma porcentagem significativa dos pacientes não possui doenças associadas, porém mais da metade dos pesquisados têm alguma doença associada. De acordo com uma pesquisa realizada em 2017 com 286 pacientes no Espírito Santo, 55.9% dos pacientes foram internados por descompensação das doenças associadas, tais condições clínicas afetam gradualmente as atividades de vida diárias do paciente e eleva o grau de dependência.¹⁶ Neste estudo

os pacientes cardíacos com transtornos mentais equivalem a um pequeno número dos indivíduos pesquisados, assim como aqueles que possuem mais de um diagnóstico com manifestações cardiovasculares. Além disso, foi identificado que a classe de diagnósticos cardiovasculares e doenças degenerativas têm percentual semelhante, e pacientes com DPOC moderada estudado na amostra tem um número pouco significativo.

No que diz respeito a condição funcional do paciente, o grau de dependência considera a capacidade de realizar atividades habituais do cotidiano, atos de cuidados pessoais e número de horas confinado ao leito ou à cadeira de rodas. Mais da metade dos pacientes eram completamente dependentes, necessitavam de ajuda em período integral, eram confinados à cama ou cadeirantes com restrição ao leito. Assim foi encontrado no estudo desenvolvido na cidade de Maceió, Alagoas onde 72,5% eram restritos ao leito.¹⁷ Quanto ao grau de dependência 3, o estudo aponta o equivalente a 16.90%, grau de dependência 2 um total de 11.27% dos pesquisados e 1.41% dos pacientes eram totalmente independentes, ativo, que não possuíam restrições.

As condições pessoais dos pacientes também são relevantes para indicação de paliação. Obsersou-se que pouco mais da metade dos pacientes necessitam de ajuda

para decisões complexas de tratamento e questões psicológicas ou espirituais e um quarto tiveram histórico de internações anteriores em serviços de emergências seguido de menos de 10%, com alguma hospitalização frequente por descompensação da doença de base. Resultado menor que o identificado em um estudo de 2019 que pesquisou a caracterização sociodemográfica e clínica de 44 pacientes internados em um hospital universitário na cidade de João Pessoa, Paraíba, neste evidenciou-se que 88,6% dos participantes relataram internações anteriores.¹¹

Esta pesquisa contribui para ampliação de conhecimento científico entre os profissionais de saúde, bem como para a melhoria do processo de Atenção Domiciliar, como para o serviço de cuidados paliativos. Uma das limitações do estudo se deu em função de erros para completar a ligação telefônica, seja números inexistentes ou fora da área de cobertura da operadora, isso resultou em perdas de dados. A entrevista via telefone não possibilitava o real entendimento da situação clínica dos pacientes para a pontuação na escala, sendo necessária uma entrevista minuciosa com o cuidador, isso resultava em momentos de exaustão emocional do entrevistado, que muitas vezes se emocionava em relatar a condição paliativa do seu ente querido. Desta forma, novos estudos com

amostragem ampliada, devem ser realizados para confirmação ou não dos resultados identificados neste estudo.

CONCLUSÃO

Os resultados da pesquisa permitiram identificar que a maioria dos pacientes eram idosos, do sexo feminino, restritos ao leito, com doença cardiovascular, sendo o diagnóstico mais comum sequelas de Acidente Vascular Cerebral. Além de caracterizar de forma objetiva e concisa dificuldades reais e potenciais do doente em paliação, bem como contribuir para qualificação do cuidado paliativo impactando no planejamento e implementação de intervenções adequadas. Recomenda-se a investigação dos fatores associados aos cuidados paliativos, além da necessidade de pesquisas que permitam determinar quais os cuidados mais adequados as condições dos pacientes em paliação atendidos em domicílio.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. World health statistics 2011 [Internet]. Geneva: WHO; 2011 [citado em 18 mar 2025]. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241564199>
2. Vasconcelos GB, Pereira PM. Cuidados paliativos em atenção domiciliar: uma revisão bibliográfica. Rev Adm Saúde [Internet]. 2018 [citado em 18 mar 2025]; 18(70):1-18. Disponível em:

- <https://cqh.org.br/ojs-2.4.8/index.php/ras/article/download/85/1103>
3. Oliveira LC. Cuidados paliativos: por que precisamos falar sobre isso? Rev Bras Cancerol. [Internet]. 2019 [citado em 18 mar 2025]; 65(4):e-04558. Disponível em: <https://rbc.inca.gov.br/index.php/revista/article/view/558/499>
4. Gomes ALZ, Othero MB. Cuidados paliativos. Estud Av. [Internet]. 2016 [citado em 18 mar 2025]; 30(88):155-166. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ea/a/gvDg7kRRbzdfXfr8CsvBbXL/?format=pdf&lang=pt>
5. Marcucci FCI, Martins VM, Barros EML, Perilla AB, Brun MM, Cabrera MAS. Capacidade funcional de pacientes indicados para cuidados paliativos na atenção primária. Geriatr Gerontol Aging [Internet]. 2018 [citado em 18 mar 2025]; 12(3):159-165. Disponível em: https://www.ggaging.com/export-pdf/482/en_v12n3a05.pdf
6. Gouvea MPG. The need for palliative care among patients with chronic diseases: a situational diagnosis in a university hospital. Rev Bras Geriatr Gerontol. [Internet]. 2019 [citado em 18 mar 2025]; 22(5):e190085. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbgg/a/YTjcY9cfwRgN48fGtSGpw9J/?format=pdf&lang=en>
7. Oliveira TC. Scientific production of dissertations and theses on palliative care and chronic diseases: bibliometric study. Rev Pesqui (Univ Fed Estado Rio J, Online) [Internet]. 2021 [citado em 18 mar 2025]; 12:723-9. Disponível em: https://seer.unirio.br/cuidadofundamental/article/view/9461/pdf_1
8. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria Nº 825 de 25 de abril de 2016. Redefine a atenção domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2016 [citado em 18 mar 2025]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0825_25_04_2016.html
9. Leite AC, Freire MEM, Alves AMPM, Almeida TLC, Nóbrega LMB, Barbosa JCG. Characterization of patients eligible for palliative care in hospital admission units of a university hospital. Rev Pesqui (Univ Fed Estado Rio J, Online) [Internet]. 2021 [citado em 18 mar 2025]; 12:710-715. Disponível em: <https://seer.unirio.br/cuidadofundamental/article/view/9454/pdf>
10. Sarradon-Eck A, Besle S, Troian J, Capodano G, Mancini J. Understanding the barriers to introducing early palliative care for patients with advanced cancer: a qualitative study. J Palliat Med. [Internet]. 2019 [citado em 18 mar 2025]; 22(5):508-16. Disponível em: <https://www.liebertpub.com/doi/reader/10.1089/jpm.2018.0338>
11. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa nacional por amostra de domicílios contínua [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2018 [acesso em 4 abr 2019]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/trabalho/9171-pesquisa-nacional-por-amostra-de-domicilios-continua-mensal.html>
12. Ministério da Saúde (Brasil). Resolução nº 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]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2018 [citado em 18 mar 2025]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/ct/2018/res0041_23_11_2018.html
13. Clara MGS, Silva VR, Alves R, Coelho MCR. The Palliative Care Screening Tool as an instrument for recommending palliative care for older adults. Rev Bras Geriatr Gerontol. [Internet]. 2019 [citado em 18 mar 2025]; 22(5):e190143. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbgg/a/dJ8z3gQjYcmzJyRVSkVVcGF/?format=pdf&lang=en>
14. Silva DVA, Carmo JR, Cruz MEA, Rodrigues CAO, Santana ET, Araújo DD. Caracterização clínica e epidemiológica de pacientes atendidos por um programa público de atenção domiciliar. Enferm Foco (Brasília) [Internet]. 2019 [citado em 18 mar

- 2025]; 10(3):112-8. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/1905/572>
15. Moraes EN, Lanna FM, Santos RR, Bicalho MAC, Machado CJ, Romero DE. A new proposal for the clinical-functional categorization of the elderly: Visual Scale of Frailty (VS-Frailty). *J Aging Res Clin Pract.* [Internet]. 2016 [citado em 18 mar 2025]; 5(1):24-30. Disponível em: <https://www.jarlife.net/download.html?type=pdf&id=342>
16. Leal RC, Veras SMJ, Silva MAS, Gonçalves CFG, Silva CRDT, Sá AKL, et al. Perception of health and comorbidities of the elderly: perspectives for nursing care. *Braz. J. Dev.* [Internet]. 2020 [citado em 18 mar 2025]; 6(7):53994-400. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/14274/11894>
17. World Health Organization. Global atlas of palliative care at the end of life [Internet]. Geneva: WHO; 2014 [citado em 1 fev 2019]. Disponível em: https://www.who.int/nmh/Global_Atlas_of_Palliative_Care.pdf
18. Carey TA, Arundell M, Schouten K, Humphereys JS, Miegel F, Murphy S, et al.

Reducing hospital admissions in remote Australia through the establishment of palliative and chronic disease respite facility. *BMC Palliat Care* [Internet]. 2017 [citado em 18 mar 2025]; 16(1):54. Disponível em: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5697430/pdf/12904_2017_Article_247.pdf

19. Carnaúba CMD, Silva TDA, Viana JF, Alves JBN, Andrade NL, Trindade Filho EM. Clinical and epidemiological characterization of patients receiving home care in the city of Maceió, in the state of Alagoas, Brazil. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* [Internet]. 2017 [citado em 18 mar 2025]; 20(3):353-63. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbgg/a/w5dCYXzQ37RvM4yvVXy5hwj/?format=pdf&lang=en>

20. Gulini JEHMB, Nascimento ERPN, Moritz RD, Vargas MAO, Matte DL, Cabral RP. Fatores preditores de óbito em unidade de terapia intensiva: contribuição para a abordagem paliativista. *Rev Esc Enferm USP.* [Internet]. 2018 [citado em 18 mar 2025]; 52:e03342. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/hcGtg37RWtcMxXyP9fLjt5k/?format=pdf&lang=pt>

RECEBIDO: 08/02/23

APROVADO: 13/03/25

PUBLICADO: 03/2025