

**INSTITUTO DE MEDICINA INTEGRAL PROF. FERNANDO FIGUEIRA –
IMIP**

PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E CLÍNICO DOS PACIENTES ADMITIDOS NA
UNIDADE DE CUIDADOS PALIATIVOS DO IMIP E FATORES ASSOCIADOS
AO ÓBITO NAS PRIMEIRAS 48 HORAS APÓS ADMISSÃO.

Aluna PIBIC:

Juliana Paula de Souza Silva Campos

Colaboradores:

Ana Caroliny de Castro Venâncio

Carlos José de Pessoa Saldanha

Orientadora:

Ana Rodrigues Falbo

Recife - 2014

Juliana Paula de Souza Silva Campos

Cargo/função: Aluna do 8º Período do Curso de Medicina da Faculdade Pernambucana de Saúde- FPS.

Endereço: Rua Joaquim de Brito, nº 161/104, Boa Vista, Recife- PE. (endereço para correspondência)

CEP: 50070-280

Telefone: (81) 9606 5712

Email: julianapaulacampos@yahoo.com.br

Ana Caroliny de Castro Venâncio

Cargo/função: Aluna do 8º Período do Curso de Medicina da Faculdade Pernambucana de Saúde- FPS.

Endereço: Rua João Dourado Filho, nº 108/302, Piedade, Jaboatão dos Guararapes- PE.

CEP: 54400-150

Telefone: (81) 9751 0982

Email: carolz107@hotmail.com

Carlos José de Pessoa Saldanha

Cargo/função: Aluno do 8º Período do Curso de Medicina da Faculdade Pernambucana de Saúde- FPS.

Endereço: Rua Paulino Gomes de Souza, nº 50/1001A, Graças, Recife-PE.

CEP: 52050-250

Telefone: (81) 95210213

Email: cjpsaldanha@gmail.com

Ana Rodrigues Falbo

Cargo/função: Líder do grupo de Estudos de Saúde da Criança do Departamento de Pesquisa do IMIP.

Inscrição conselho regional medicina: 7856

Endereço: Rua Confederação do Equador 46, apartamento 101. Graças – Recife - PE

Telefones: 99637644

Email: anarfalbo@gmail.com

O trabalho foi realizado através do **Programa PIBIC/CNPq/IMIP 2013/14**, no Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira- IMIP, no setor de Cuidados Paliativos.

Instituto Materno Infantil Professor Fernando Figueira

Rua dos Coelhoos, 300 Boa Vista

Recife – PE – Brasil CEP: 50070-550

PABX: (81) 2122-4100

Fax: (81) 2122-4764 Caixa Postal 1393

Homepage: <http://www.imip.org.br>

Resumo

Objetivos: determinar características sociodemográficas e clínicas dos pacientes admitidos na Unidade de Cuidados Paliativos do IMIP e fatores associados ao óbito nas primeiras 48 horas da admissão. **Método:** estudo de corte transversal envolvendo 102 pacientes entre outubro de 2013 a janeiro de 2014. Para verificar associações foi utilizado o teste do quiquadrado, com nível de significância de 5%. O projeto foi aprovado pelo Comitê de ética em Pesquisa do IMIP. **Resultados:** a maior parte dos pacientes era do sexo feminino, parda (respectivamente 51,0% e 54,9) e 44,1% eram casados. A mediana de idade foi de 62,5 anos, a de escolaridade quatro anos e a de renda R\$339,00. A maioria tinha acompanhante (89,2%). Parâmetros clínicos para internação foram: dor (36,2%), dispneia (25,4%) e queda do estado geral (23,5%). Aproximadamente um terço dos óbitos ocorreu até 48 horas após admissão (31,7%). Não houve diferenças entre as variáveis selecionadas e a ocorrência do óbito até 48 horas após admissão. **Conclusão:** os pacientes tinham idade superior a 50 anos, sexo feminino, baixa escolaridade e renda, casados, com acompanhantes e procedentes da RMR. Aproximadamente um terço dos óbitos ocorreu até 48 horas após admissão. Os parâmetros clínicos utilizados para a internação: dor, dispneia, estado geral grave e desorientação.

Palavras-chave: Cuidados paliativos, Cuidados paliativos na terminalidade da vida, hospitalização.

Abstract

Objective: Determine sociodemographic and clinical characteristics from patients in the Palliative Care Unit of IMIP and factors associated to death in the first 48 hours of internment. **Design:** Cross-sectional study with 102 patients admitted from October 2013 to January 2014. To evaluate associations the results were analyzed by chi square

test, with significance level of 5%. This project was approved by IMIP Research Ethics Committee. **Results:** the majority of patients were women (51%), brown (54,9%) and 44,1% married. The median of age, schooling and familiar earnings were 62,5 years, 4 years and R\$339,00, respectively. Most of them (89,2%) whit companion. The main causes of internment were: pain (36,2%), dyspnea (25,4%) and weakened general state (23,5%). About one third of deaths occurred within the first 48 hours after admittance (31,7%). There were no statistically significant differences between the variables and death in the first 48 hours of internment. **Conclusions:** the patients were older than 50 years, females, with low schooling and familiar income, married, accompanied and came from RMR. About one third of deaths were in the first 48 hours after admittance. Pain, dyspnea, weakened general state and disorientation were the principal causes of internment.

Key-words: Palliative care, Palliative care in life terminality, hospitalization.

INTRODUÇÃO

A população mundial envelheceu. A transição epidemiológica é realidade até nos países em desenvolvimento, assim as doenças crônicas e neoplásicas assumiram posições importantes nos *rankings* de doenças mais prevalentes.¹ No Brasil, a esperança de vida aumentou para 74,6 anos ², mas essa transição se deu fora do modelo clássico, coexistindo doenças infectoparasitárias e crônicas com grande impacto na saúde pública.³

A nova gama de doenças crônicas demanda um manejo terapêutico diferenciado, pois apesar de a cura não ser alcançável a uma grande parte delas, os pacientes terão

necessidades especiais de cuidado e é nesse cenário que se faz de suma importância o que conhecemos como Cuidados Paliativos.^{1,4,5}

A preocupação com o outro em fim de vida, os moribundos, possui vários exemplos ao longo da história, em diferentes culturas mesmo que de forma pontual não-organizada.⁶

Historicamente há forte associação entre o Cuidado Paliativo e o termo *Hospice*, o primeiro em Ostia, século V, recebia peregrinos. A Igreja, então, disseminou esse tipo de hospedaria por toda a Europa - dava abrigo, comida e alento a órfãos e pobres enfermos.^{1,7,8}

Foi na década de 1960 que o movimento se estruturou na sua forma atual através da Dra. Cicely M. Saunders que buscava uma morte menos sofrida, e fundou o St. Christopher's Hospice, em 1967 na Inglaterra.^{1,8} Introduziu-se o conceito de cuidar com foco no enfermo em fase avançada e suas necessidades até o fim da vida. Nasce assim a medicina paliativa, com equipes de saúde especializadas no controle da dor e no alívio de sintomas desse perfil de pacientes.⁹

O conceito se enraizou e há atualmente em vários países serviços paliativos estruturados seguindo os fundamentos de Saunders, cada qual com suas características próprias.¹⁰

A Organização Mundial de Saúde define Cuidados Paliativos como "a abordagem que promove qualidade de vida de pacientes e seus familiares diante de doenças que ameaçam a continuidade da vida, através de prevenção e alívio do sofrimento através da identificação precoce, avaliação e tratamento impecável da dor e outros problemas físicos, psicossociais e espirituais."¹¹

Esse conceito evoluiu e não se restringe a determinadas doenças, leva em conta pessoas e seus diagnósticos e necessidades particulares, dispensando a melhor qualidade de vida possível, com foco também na família que da mesma forma precisa de apoio e atenção.¹²

O foco da ação nos cuidados paliativos deixa de ser a doença, e passa para o doente, que tem de ser visto como ativo, autônomo, que tem direito de saber o que se passa com ele e de opinar a respeito de seu tratamento.¹³ Tem caráter interdisciplinar incluindo profissionais da medicina, enfermagem, nutrição, psicologia, reabilitação, serviço social, variando de serviço para serviço.¹⁴

No Brasil, os primeiros serviços de cuidados paliativos surgiram no início da década de 80 no Hospital das Clínicas da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, seguido pela Santa Casa de Misericórdia em SP e pelo Instituto Nacional do Câncer no Rio de Janeiro. E em 1992, Jaú - SP inaugurou a primeira enfermaria de Cuidados Paliativos do Brasil.^{15,16}

Apesar de recente, conquistas importantes podem ser observadas: em São Paulo foi fundada em 1997 a Sociedade Brasileira de Cuidados Paliativos (ABCP), em 1998 foi inaugurado o hospital Unidade IV do Instituto Nacional do Câncer dedicado exclusivamente aos cuidados paliativos, e em 2005, criada a Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP).^{15,17}

Segundo Arantes (2012) o número de serviços e profissionais disponíveis atualmente não são suficientes para atender a todos que se enquadram nos critérios da OMS para receber atenção paliativa, desde seu diagnóstico, que seriam todos os portadores de doenças graves, progressivas e incuráveis.¹⁸ Logo critérios são utilizados para recomendar Cuidados Paliativos para um paciente, por exemplo, o esgotamento de

todas as possibilidades de tratamento, e presença de sofrimento moderado-intenso. Também existem escalas que avaliam o paciente, como a PPS (PalliativePerformanceScale)¹⁹, e a PCST (PalliativeCareScreening Tool).²⁰

Alguns critérios norteiam a indicação de cuidados paliativos:

"Paciente não é candidato à terapia curativa; tem uma doença grave e prefere não ser submetido a tratamento de prolongamento da vida; nível inaceitável de dor por mais de 24 horas; sintomas não controlados (náusea, dispneia, vômitos, etc.); sofrimento psicossocial e/ou espiritual não controlado; visitas frequentes ao atendimento de emergência (mais de 1 vez no mês pelo mesmo diagnóstico); mais do que uma admissão hospitalar pelo mesmo diagnóstico nos últimos 30 dias; internação prolongada sem evidência de melhora; internação prolongada em UTI; prognóstico reservado documentado pela equipe médica." ¹⁸

Para Maciel (2008) as necessidades de cada paciente são o principal critério para internação na enfermaria de Cuidados Paliativos. O paciente seria portador de doença grave em franca progressão. Os motivos mais frequentes de internação seriam dor, dispnéia, delirium, infecções concorrentes, náuseas e vômitos, síndromes obstrutivas, necessidade de intervenções e pacientes em fase final da vida, com dificuldades para permanecer no domicílio. ²¹

Ao contrário da primeira definição da OMS de Cuidados Paliativos ²², em que estes eram o último estágio de cuidado, em 2002, a OMS afirma que eles devem ser aplicados o mais breve possível no curso de qualquer doença crônica que potencialmente leve à morte, e não somente na fase final de vida. ¹⁶

O foco é o controle de sintomas e o bem-estar do doente e de sua família que precisa compreender a evolução da doença e da cadeia de acontecimentos que levava ao evento final, exigindo da equipe uma prática individualizada.^{9, 23, 24}

Na medicina paliativa não há lugar para protocolos clínicos, mas sim princípios, onde o importante é avaliar o paciente para conhecê-lo como indivíduo e buscar acima de tudo o seu bem estar, conforto e dignidade.^{16, 20}

Portanto o objetivo desse trabalho foi determinar o perfil socioeconômico e clínico do paciente admitido na Unidade de Cuidados Paliativos do IMIP e fatores associados ao óbito nas primeiras 48 horas da admissão.

MÉTODO

Realizou-se um estudo de corte transversal envolvendo pacientes admitidos na Unidade de Cuidados Paliativos do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira – IMIP, uma entidade filantrópica, fundado em 1960, que atua nas áreas de assistência médico-social, ensino, pesquisa e extensão comunitária, localizado em Recife-PE. A Unidade de Cuidados Paliativos conta com 14 leitos e equipe multidisciplinar para garantir a assistência integral ao doente e seus familiares, atendendo em média 40 pacientes por mês.

Os dados foram coletados no período entre 25/10/2013 e 25/01/2014, utilizando um formulário elaborado contendo questões relacionadas ao perfil sociodemográfico e clínico da amostra, aplicado aos pacientes, ou seus cuidadores em caso de impossibilidade física e/ou psicológica. Os dados foram inseridos no programa Epi Info versão 3.5.4 e comparados e validados utilizando-se o módulo Data Compare do Epi Info. Para análise dos dados foram obtidas medidas de tendência central e dispersão (medianas, quartis e os valores mínimo e máximo) para as variáveis contínuas e

verificada a distribuição de frequência (percentual) para as variáveis categóricas. Para a verificação da associação entre as variáveis estudadas e a ocorrência de óbito precoce, foi utilizado o teste do qui-quadrado ou exato de Fisher quando indicado, com nível de significância de 5%. Esse projeto foi aprovado pelo Comitê de ética em Pesquisa do IMIP.

RESULTADOS

Durante o período de coleta de dados ocorreram 131 admissões na Unidade de Cuidados Paliativos do IMIP, destes 29 foram excluídos do estudo: um paciente foi a óbito e três tiveram alta fora do horário destinado a coleta dos dados não sendo possível contato posterior. Vinte e cinco foram identificados como readmissões e já tinham sido incluídos no estudo. No total participaram do estudo 102 pacientes.

Quanto às características de base dos participantes do estudo, a maior parte era do sexo feminino (51,0%) e pouco mais de 40,0% casados (44,1%). Em relação à raça, 54,9% declararam-se pardos. A idade variou de 21 a 90 anos com mediana de 62,5 anos (intervalo interquartil 53 a 74 anos) e a escolaridade variou de nenhum a 16 anos de estudos completos, com mediana de quatro anos (intervalo interquartil 2 a 10 anos). A mediana de renda das famílias situava-se em R\$ 339,00.

A maioria dos pacientes vivia em residências com água encanada, sistema de coleta de lixo e esgotamento sanitário (respectivamente 96,1%, 95,1% e 61,8%). A Região Metropolitana do Recife (RMR) é o local de residência de 83,3% dos entrevistados. Quanto à religião, 51,0% se declararam católicos e 44,1% protestantes. Dos pesquisados, 34,3% eram aposentados e 65,7% ainda trabalhavam.

Observou-se que a maior parte dos pacientes foi transferida de outros setores do IMIP 75,5% e 24,5% vieram do próprio domicílio. Considerando os setores do IMIP, os

principais locais de origem foram: Serviço de Pronto Atendimento (SPA) (45,1%), Oncologia (31,0%) e Serviço de Atendimento Domiciliar (SAD) (14,1%).

A doença de base que motivou o internamento no Setor dos Cuidados Paliativos (UCP) com maior frequência foi o câncer (89,2%). Dos pacientes avaliados, 71,6% tinham histórico de tratamento da doença de base, sendo quimioterapia e/ou radioterapia e/ou cirurgia, enquanto 28,4% afirmaram não terem recebido nenhum tratamento.

O tempo decorrido desde o diagnóstico, definido em meses a partir da confirmação clínica, laboratorial ou através de biópsia até a admissão no UCP variou de um a 90 meses com mediana de 12 meses (intervalo interquartil de 8 a 36 meses).

A duração do internamento variou entre zero a 71 dias com mediana de cinco dias (intervalo interquartil de 2 a 11 dias). Durante o internamento 89,2% dos pacientes tinham acompanhantes e destes 87,9% tinham algum grau de parentesco.

Dentre os entrevistados 57,8% apresentavam comorbidades, sendo a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e a Diabetes Mellitus (DM) as mais frequentes, presentes em 81,3% desses pacientes. Os parâmetros clínicos para internação no UCP foram: presença de dor (36,2%), dispneia (25,4%) e queda do estado geral (23,5%).

O tempo decorrido entre a admissão e o óbito variou de 0 a 70 dias, com mediana de 05 dias (intervalo interquartil de 1,5 a 08 dias).

Do total de óbitos observados no período estudado 31,7% ocorreram até 48 horas após admissão no UCP. A idade desses pacientes variou de 26 a 90 anos, com mediana de 70 anos (intervalo interquartil de 55 a 78 anos), a maioria se declarou parda (65,0%), do sexo feminino (55,0%), e residente da RMR (90,0%) região metropolitana do Recife. A doença de base mais frequente foi o câncer (95,0%), sendo 80,0% dos pacientes encaminhados do diversos setores do IMIP, e em 46,0% desses casos procedentes do SPA IMIP. Os parâmetros clínicos mais frequentemente utilizados

para a internação foram: presença de dor (45,0%), dispneia (45,0%), estado geral grave (65,0%) e desorientação (50,0%).

Não foram encontradas diferenças com significância estatística entre as variáveis selecionadas para o estudo e a ocorrência do óbito em até 48 horas após admissão na UCP.

DISCUSSÃO

Os pacientes atendidos na Unidade de Cuidados Paliativos (UCP) do IMIP durante o período do estudo eram na sua maioria mulheres, casadas, com mediana de idade de 62,5 anos, procedentes da Região Metropolitana do Recife (83,3%), com baixo nível de escolaridade e renda e com alguma crença religiosa (95,1%).

A maior parte das doenças crônicas e incapacitantes no Brasil apresenta frequência crescente com a idade, apontando o volume de demanda de serviços e necessidade de cuidados paliativos que o envelhecimento populacional acarreta.²⁵

Estudo realizado em 2010 em setor de cuidados paliativos do Instituto Nacional do Câncer (INCA)²⁶ observou que a maior parte dos pacientes estudados era do sexo feminino. O predomínio do sexo feminino seria esperado para países em desenvolvimento que apresentam a maior prevalência de mulheres com condições crônicas de saúde, sendo este fato atribuído a maior percepção da mulher quanto aos sintomas e sinais físicos das doenças e maior busca pelos serviços de saúde.^{27,25}

Quanto ao estado civil, 44,1% dos entrevistados se disseram casados ou em união consensual. Achado também evidenciado em estudo realizado no ano de 2011 na Unidade de quimioterapia e cuidados paliativos num Hospital Universitário em Belo Horizonte – MG, envolvendo 70 pacientes, na sua maioria mulheres, casadas ou em

união consensual, com baixo nível de escolaridade e renda²⁷, dado que denota grande importância, já que estudos evidenciam que o apoio do cônjuge ou de outros familiares é de grande importância para a pessoa com uma enfermidade que lhe ameaça a vida.^{26,28}

A maior parte dos pacientes avaliados tinha acompanhantes (89,2%), e com algum grau de parentesco, o que é corroborado pelo estudo de Barbosa no INCA²⁶, no qual 80,0% dos pacientes estudados tinham acompanhantes.

A família funciona como importante suporte proporcionando amparo ao indivíduo em seu sistema de valores, em suas percepções emocionais e nos seus comportamentos e auxilia na manutenção de sua autoconfiança. Quanto maior o suporte recebido, maior a capacidade do indivíduo para enfrentar situações de estresse, desenvolvendo condições para suportá-las, com sentimento de preservação em relação a si próprio e aqueles de seu núcleo familiar.²⁹

O baixo grau de escolaridade é um dado que merece ser ressaltado, pois, conforme evidenciado em vários estudos^{25,26,27,29,30}, está diretamente relacionado ao diagnóstico tardio da doença de base, principalmente o câncer em estágios mais avançados, pois repercute de forma negativa no processo de educação para o cuidado e a qualidade do mesmo²⁶. Portanto, a escolaridade é um importante indicador de saúde por estar relacionada à aquisição de comportamentos saudáveis e de habilidades para o gerenciamento da doença e tratamento.²⁹

Esse achado se articula com a baixa renda *per capita* observada no estudo atual, caracterizando o estado de pobreza dos pacientes²⁵, agravado pelas despesas oriundas da enfermidade, como medicamentos, transporte e outras necessidades decorrentes do adoecimento, inclusive a falta de condição para o trabalho.^{26,27,29,30}

Com relação à localização da residência, 83,3% dos pacientes atendidos na UCP do IMIP eram procedentes da Região Metropolitana do Recife, o que também foi

observado em estudo realizado pelo INCA no Rio de Janeiro e outro em Belo Horizonte nos quais mais de 70,0% dos pacientes eram também procedentes da região metropolitana (respectivamente 70,0% e 78,2%). Embora o IMIP receba muitos pacientes residentes no interior do estado, especula-se que no caso de pacientes em palição, a opção de manter o seu doente no domicílio durante os seus últimos momentos de vida seja uma questão cultural da população interiorana.^{26,28,31}

Com a evolução das tecnologias médicas, a morte tornou-se institucionalizada, principalmente pelo fato do hospital oferecer assistência terapêutica e tecnologias para manutenção e prolongamento da vida, o que refletiu na diminuição da ocorrência do óbito na casa do paciente junto aos seus familiares. Embora a família reconheça a importância de estar junto no momento da morte, há ainda dificuldades para o enfrentamento dessa situação mesmo sabendo da impossibilidade da cura para aquele doente.^{28,31}

No estudo atual foi observado que os pacientes atendidos na UCP eram oriundos de outros setores do IMIP, sobretudo do SPA (45,1%), Oncologia (31,0%) e SAD (14,1%). Esse fato justifica-se pelo fato da UCP não ser um serviço aberto para os demais hospitais e serviços de saúde da rede do estado.

No Brasil, o alvo principal da assistência à saúde ainda é predominantemente curativo (diagnóstico e tratamento), por outro lado, o SAD é uma tendência mundial e as estimativas apontam para um significativo crescimento nos próximos anos, como uma estratégia que prioriza as ações de recuperação da saúde, do indivíduo e de seus familiares de forma integral e contínua.³²

Quanto à religião, 95,1% dos pacientes declararam ter alguma crença religiosa, achado corroborado por outros estudos que afirmam que as pessoas tendem a adaptar-se

melhor à situação de enfermidade ameaçadora da vida e ao estresse que a condição ocasiona quando tem níveis elevados de apoio social e espiritual.^{27,28,30}

Aproximadamente 90,0% dos pacientes admitidos na UCP do IMIP tinham como doença de base o câncer, 28,4% desses não havia recebido tratamento prévio curativo (quimioterapia e/ou radioterapia e/ou cirurgia), enquanto que o estudo realizado no INCA²⁶ apontou que 10,0% dos pacientes não receberam nenhum tratamento prévio para doença de base. Embora, os percentuais sejam diferentes, implicando possivelmente as desigualdades regionais observadas em nosso país²⁵, ressalta-se o fato da existência de pessoas com câncer sem nenhum tratamento prévio. Esse fato pode estar relacionado com baixa escolaridade, baixa renda, dificuldade de acesso aos serviços de saúde e ao diagnóstico tardio da doença de base.^{25,26,30}

Foi observado que aproximadamente um terço do total de óbitos (31,7%) ocorreu até 48 horas após admissão no UCP com mediana de 20 horas. Os parâmetros clínicos mais frequentes utilizados para a internação desses pacientes foram: presença de dor, dispneia, estado geral grave e desorientação. Especula-se se não seriam pacientes, que embora em palição, estariam em fase terminal. Nesse caso, questionam-se os benefícios da internação hospitalar para pacientes nessa condição, pois se enfatiza como já discutido, a importância da presença dos familiares nesse momento, apesar de que quando a morte é evidente no seio familiar, gera grande sofrimento e a família sente a necessidade de buscar apoio da unidade hospitalar.²⁸

Outra consequência importante dessa internação de pacientes muito próximos de seu fim, seria a redução do número de leitos para outros pacientes com maior tempo de sobrevida que poderiam se beneficiar dos cuidados hospitalares quando bem indicados.

Aponta-se a necessidade de suporte familiar e da equipe multidisciplinar em saúde para que seja possível manter os pacientes terminais junto aos seus entes

queridos. Os cuidados paliativos defendem o processo natural da morte, visando controlar e diminuir os sintomas decorrentes da doença, além de aliviar o sofrimento físico, psicológico, social, incluindo o apoio a família e atenção ao luto.^{28,33}

CONCLUSÃO

A maioria dos pacientes atendidos na Unidade de Cuidados Paliativos (UCP) do IMIP tinha idade superior a 50 anos, era do sexo feminino, tinha baixa escolaridade e baixa renda, eram casados e tinha acompanhantes. Eram procedentes da RMR e oriundos de outros setores do IMIP. A doença de base mais prevalente foi câncer.

Aproximadamente um terço dos óbitos ocorreu até 48 horas após admissão na UCP, sendo os parâmetros clínicos mais frequentes utilizados para a internação: dor, dispneia, estado geral grave e desorientação. Especula-se se não seriam pacientes, que embora em palição, estariam em fase terminal e aponta-se a necessidade de suporte familiar e da equipe multidisciplinar em saúde para que seja possível manter os pacientes terminais junto aos familiares.

Devido à importância do tema sugere-se que novos trabalhos sejam realizados nas diversas regiões do país, para que mais serviços de qualidade sejam oferecidos aos pacientes que necessitam de cuidados paliativos.

REFERÊNCIAS

1. Matsumoto DY. Cuidados Paliativos: conceitos, fundamentos e princípios; in Manual de Cuidados Paliativos da Academia Nacional de Cuidados Paliativos. Ampliado e

atualizado. 2 ed. 2012; p. 23-30. Disponível em:
http://www.paliativo.org.br/biblioteca_resultadobusca.php?sgeral=manual

2. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Brasil em Síntese. População: esperanças de vida ao nascer. Disponível em:
<http://brasilemsintese.ibge.gov.br/populacao/esperancas-de-vida-ao-nascer/>. Acesso em 19/06/2014.

3. Schramm JMA, Oliveira AF, Leite IC, Valente JG, Gadelha AMJ, Portela MC, Campos MR. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiv*, 9(4):897-908, 2004.

4. Sales CA, Alencastre MB. Cuidados Paliativos: uma perspectiva de assistência integral à pessoa com neoplasia. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2003; 56(5): 566-569.

5. Chiba T. Relação dos cuidados paliativos com as diferentes profissões da área da saúde e especialidades; in *Cuidado paliativo*, CREMESP, 2008; p. 46-54.

6. GONZALEZ, JS, RUIZ MCS. Historia cultural de los cuidados paliativos en las sociedades primitivas: revisión integrativa. *Rev. esc. enferm. USP* [online]. 2012, vol.46, n.4, pp. 1015-1022. ISSN 0080-6234. Acesso em 22/06/2014.

7. Twycross RG. HospiceCare, redressing the balance in medicine. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 1980; 73: 475-81 Disponível em
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1437714/pdf/jrsocmed00271-0015.pdf>
Acesso em 13/06/2014.

8. Sociedade Espanhola de Cuidados Paliativos. Historia de los cuidados paliativos & El movimiento hospice [on-line]. Disponível em: <http://secpal.com/presentacion/MovHospice.pdf>. Acesso em 13/06/2014.
9. Melo AGC. Os Cuidados Paliativos no Brasil. Revista Brasileira de Cuidados Paliativos. 2008; 1(1): 5-8.
10. Benedetto MAC, Pinheiro TRSP, Levites MR, Blasco PG. Ambulatório Didático de Cuidados Paliativos. Revista Brasileira de Cuidados Paliativos. 2010; 3(1): 27-32.
11. Organização Mundial de Saúde (OMS). Definition of Palliative Care. Geneva: WHO. Disponível em <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en> Acesso em 14/06/2014.
12. Pessini L. Cuidados paliativos: perspectivas contemporâneas. Revista Brasileira de Cuidados Paliativos. 2008; 1(1): 25-29.
13. Chino, FTBC. Plano de Cuidados: cuidados com o paciente e a família; in Manual de Cuidados Paliativos da Academia Nacional de Cuidados Paliativos. Ampliado e atualizado. 2 ed. 2012; p. 392-399.
14. Grant M, Elk R, Ferrel B, Morrison RS, vonGuten CF. Current Status of Palliative Care, Education, and Research. CA Cancer J Clin. 2009; 59(5): 327–335.
15. Maciel MGS. A terminalidade da vida e os cuidados paliativos no Brasil: considerações e perspectivas. Prática Hospitalar 2006; (47): 46-9.
16. Machado MA. Cuidados Paliativos e a construção da Identidade Médica Paliativista no Brasil. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca; 2009.

17. Academia Nacional de Cuidados Paliativos - ANCP. História. Disponível em: <http://www.paliativo.org.br/ancp.php?p=historia> Acesso em 16/06/2014.
18. Arantes, ACLQ. Indicações de cuidados paliativos; in Manual de Cuidados Paliativos da Academia Nacional de Cuidados Paliativos. Ampliado e atualizado. 2 ed. 2012; p. 56-74.
19. Maciel MGS. Definições e princípios; in Cuidado paliativo, CREMESP, 2008; (1-I), p. 18-21.
20. Lucchetti G, Neto AMB, 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 & Gerontology*. 2009; 3(3):104-108.
21. Maciel MGS. Modelos de assistência em cuidados paliativos - Enfermaria; in Cuidado Paliativo, CREMESP, 2008; p. 108-114.
22. Silva Filho SRB, Lôbo RR, LimaNKC, Ferriolli E, Moriguti JC. Cuidados Paliativos em enfermaria de Clínica Médica. *Medicina (Ribeirão Preto)* 2010;43(2):126-33.
23. PESSINI L. Distanásia: Até quando investir sem agredir? *Revista Bioética*, Brasília, v.4, n.1, nov. 2009. Disponível em: http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/394/357. Acesso em 21/06/2014.
24. Academia Nacional de Cuidados Paliativos - ANCP. Critérios de Qualidade para os Cuidados Paliativos no Brasil. Brasil, 2007.

25. Barros MBA, Francisco PMSB, Zanchetta LM, Cesár CLG. Tendências das desigualdades sociais e demográficas na prevalência de doenças crônicas no Brasil PNAD:2003-2008. *Ciência &Saúde Coletiva*, 2011; 16(9):3755-3768.
26. Barbosa MF. Pacientes sob cuidados paliativos oncológicos e assistência farmacêutica: perfil e satisfação [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca; 2011.
27. Souza RS, Simão DAS, Lima EDRP. Perfil sociodemografico e clinico de pacientes atendidos em um serviço ambulatorial de quimioterapia paliativa em Belo Horizonte. *Revista Mineira de Enfermagem*, 2012; 16(1): 38-47.
28. Capello EMCS, Velosa MVM, Salotti SRA, Guimarães HCQCP. Enfrentamento do paciente oncológico e do familiar/cuidador frente a terminalidade da vida. *J. Health Sci Inst.*, 2012; 30(3): 235-40
29. Silva PF. Perfil de mulheres com câncer de mama atendidas em Vitória – ES: Influência das variáveis sociodemográficas com o estadiamento clinico do tumor antes do tratamento [dissertação]. Vitória: Universidade Federal do Espirito Santo; 2009.
30. Silva MM, Silva JÁ, Esteves LO, Mesquita MGR, Sttip MAC, Duarte SMC. Perfil sociodemografico e clinico das pessoas em tratamento quimioterápico: subsídios para o gerenciamento em enfermagem. *Revista Eletrônica de Enfermagem* [periódico on line] 2013 [acesso em: 14 mai 2014]; 15(3):704-12. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v15i3.18417>
31. Diniz RW, Gonçalves MS, Bensi CG, Campos AS, Giglio AD, Garcia JB, Miranda VC, Monteiro TA, Rosemberg M. O conhecimento do diagnóstico de câncer não leva à

depressão em pacientes sob cuidados paliativos. Revista da Associação Médica Brasileira, 2006; 52(5):298-303.

32. Brasil. Portaria GM/MS nº 963 de 27 de maio de 2013. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. Brasília- DF, 27 mai 2013.

33. ANCP. Manual de Cuidados Paliativos. 2 ed. Rio de Janeiro: ANCP; 2012

TABELAS

Tabela 1. Distribuição de frequência dos pacientes do estudo segundo variáveis da condição sociodemográfica. Recife, outubro 2013 a janeiro de 2014

Variáveis	N	%
Sexo		
Feminino	52	51,0
Masculino	50	49,0
Estado civil		
Casado	45	44,1
União estável	03	2,9
Solteiro	27	26,5
Divorciado	12	11,8
Viúvo	15	14,7
Raça		
Branca	39	38,2
Negra	07	6,9
Parda	56	54,9
Renda Familiar per capita		
Igual a 01 salário mínimo	15	14,7
Maior que 01 salário mínimo	12	11,8
Menor que 01 salário mínimo	75	73,5
Água encanada		
Sim	98	96,1
Não	04	3,9
Sistema de coleta de lixo		
Sim	97	95,1
Não	05	4,9
Esgotamento Sanitário		
Sim	63	61,8
Não	39	38,3
Local da Residência		
Região Metropolitana do Recife	85	83,3
Agreste	03	2,9
Zona da Mata	11	10,8
Sertão	01	1,0
Outra UF	02	2,0
Religião		
Católico	52	51,0
Evangélico	45	44,1
Espirita	02	2,0
Nenhuma	03	2,9

Tabela 2. Distribuição de frequência dos pacientes do estudo segundo variáveis da condição clínica. Recife, outubro 2013 a janeiro de 2014

Variáveis	N	%
Local de procedência do paciente		
Serviço de saúde	77	75,5
Domicílio	24	23,5
Outros	01	1,0
Setores IMIP de origem do paciente*		
Serviço de Pronto Atendimento (SPA)	32	45,1
Oncologia	22	31,0
Hematologia	02	2,8
Clinica Medica	02	2,8
Retaguarda	03	4,2
Serviço de Atendimento Domiciliar (SAD)	10	14,1
Doença de Base		
Câncer	91	89,2
Acidente Vascular Encefálico (AVE)	03	2,9
Cirrose Hepática	01	0,9
Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC)	01	0,9
Mal de Alzheimer	01	0,9
Pé diabético	01	0,9
Encefalopatia Congênita	01	0,9
Doença Psiquiátrica	01	0,9
Paraplegia	02	1,9
Tratamento prévio da doença de base		
Sim	73	71,6
Não	29	28,4
Presença de acompanhante		
Sim	91	89,2
Não	11	10,8
Comorbidades Associadas*		
Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS)	25	42,3
Diabetes	09	15,2
Hipertensão Arterial e Diabetes	14	23,7
Outros	11	20,0
Parâmetros Clínicos de Admissão*		
Dor	37	36,2
Dispneia	26	25,4
Queda do Estado Geral	24	23,5
Infecção	15	14,7
Estado geral grave	13	12,7
Desidratação	11	10,7
Febre	09	8,82
Vômito	08	7,8
Tempo decorrido entre admissão e óbito*		
Maior ou igual a 48 horas	43	68,3
Menor que 48 horas	20	31,7

*a não correspondência com o número total da amostra deve-se a ausência de informação para a variável estudada.