



**Faculdades Nova
Esperança**
De olho no futuro

**FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA
HOSPITAL NOVA ESPERANÇA (HNE)
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA EM CLÍNICA MÉDICA**

RAYANIR DE FREITAS MARINHO

**AVALIAÇÃO DO PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES EM
CUIDADOS PALIATIVOS EM UM SERVIÇO HOSPITALAR**

JOÃO PESSOA – PB

2025

RAYANIR DE FREITAS MARINHO

**AVALIAÇÃO DO PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES EM
CUIDADOS PALIATIVOS EM UM SERVIÇO HOSPITALAR**

Trabalho de conclusão de Residência (TCR) apresentado à Faculdade Nova Esperança como parte dos requisitos exigidos para a conclusão de residência médica em Clínica Médica.

Orientador: Dr. George Robson Ibiapina

JOÃO PESSOA – PB

2025

M291a

Marinho, Rayanir de Freitas

Avaliação do perfil clínico-epidemiológico dos pacientes em cuidados paliativos em um serviço hospitalar: estudo retrospectivo / Rayanir de Freitas Marinho. – João Pessoa, 2025.
35f.

Orientador: Prof.º Dr.º George Robson Ibiapina.

Monografia (Residência Médica em Clínica Médica) –
Faculdade Nova Esperança - FAMENE

**AVALIAÇÃO DO PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES EM
CUIDADOS PALIATIVOS EM UM SERVIÇO HOSPITALAR**

RAYANIR DE FREITAS MARINHO

APROVADO EM: ____ / ____ / ____

BANCA EXAMINADORA:

Prof. Dr. George Robson Ibiapina

Orientador – Médico endocrinologista – Coordenador do Programa de Clínica Médica do
Hospital Universitário Nova Esperança (HUNE)

Dra. Helena Chaves de Queiroga Lucena

Médica especialista em Clínica Médica

Dr. Herbert dos Reis Cabral

Médico especialista em Clínica Médica e Cardiologia

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, que sempre me guiou e me deu o dom de exercer a medicina.

Agradeço de forma especial ao meu esposo Rhuan, por todo o apoio e dedicação a mim e a nossa família para a concretização da residência.

A minha filha Ester, que foi a minha fonte de inspiração para buscar evoluir como médica e ser humano.

Ao meu filho Heitor, a mais feliz surpresa durante essa jornada.

Aos meus pais, que são os meus maiores exemplos de perseverança.

A todos os meus mestres e colegas, em especial Dr. George Ibiapina, Dr. Julio Braga, Dr. Ivson Cartaxo, Dra. Thaísa Angelica, Dra. Tauanny Frazão e Dra. Marla Santana por serem fonte de inspiração e ajudarem a moldar a minha formação.

Aos meus colegas de residência da clínica médica, cardiologia e dermatologia, cuja convivência me proporcionou muito aprendizado.

A todos os profissionais de enfermagem, técnicos de enfermagem e funcionários do hospital, pelo acolhimento e boa convivência.

Ao HUNE e a FAMENE, que foram escola e casa ao longo desses dois anos.

“Que eu seja moderado em tudo, exceto no conhecimento da ciência; quanto a isso, que eu seja insaciável.” (Oração de Maimonides).

RESUMO:

Introdução: Os cuidados paliativos têm como objetivo proporcionar um suporte aos pacientes que enfrentam doenças graves, abordando não apenas os sintomas físicos, mas também aspectos emocionais, sociais e espirituais. Essa abordagem pode ser implementada para indivíduos de qualquer idade que experimentam sofrimento intenso devido a enfermidades graves. Segundo a Organização Mundial da Saúde, 40 milhões de pessoas necessitam de cuidados paliativos anualmente, mas apenas 14% recebem assistência adequada. No Brasil, aproximadamente 885 mil indivíduos necessitaram desse serviço, contudo, a oferta ainda é insuficiente, com apenas 198 serviços de cuidados paliativos, representando uma cobertura de 0,94 por milhão de habitantes. Estudos indicam que apenas 10% das unidades hospitalares no país oferecem esse tipo de suporte, evidenciando um grande déficit assistencial. **Objetivo:** Analisar o perfil clínico-epidemiológico dos pacientes encaminhados para cuidados paliativos em um hospital no município de João Pessoa-PB. **Metodologia:** O estudo adotou um desenho observacional, descritivo, transversal e retrospectivo, analisando prontuários de 30 pacientes atendidos pelo serviço de Cuidados Paliativos do Hospital Nova Esperança, em João Pessoa-PB. Foram incluídos pacientes adultos, com idade acima de 18 anos, encaminhados exclusivamente pelo SUS, cujos dados clínicos estavam completos. A coleta de informações incluiu variáveis de idade, sexo, comorbidades, hábitos de vida, diagnósticos, sintomas e setor de internação. A análise estatística foi conduzida no software IBM SPSS 27, utilizando frequências absolutas, percentuais, medidas de tendência central e dispersão. Para avaliar associações, foram aplicados os testes Qui-quadrado de Pearson, Exato de Fisher e Mann-Whitney, com nível de significância de 5%. **Resultados e Discussão:** A média de idade foi 78,43 anos ($DP \pm 12,32$), com predominância de pacientes ≥ 79 anos (56,7%), e do sexo feminino (53,3%). As principais comorbidades foram hipertensão arterial sistêmica (70%) e diabetes mellitus (46,7%). Entre os hábitos de vida, 30% dos pacientes eram tabagistas e 26,7% etilistas. As doenças mais prevalentes foram infecção pulmonar (43,3%), acidente vascular encefálico (40%) e demência (30%). O sintoma mais frequente foi a dispneia (66,7%), seguido de desorientação (70%) e dor (26,7%). A análise estatística apontou associação significativa entre delirium e demência ($p = 0,005$) e sintomas gastrointestinais ($p = 0,041$). **Conclusão:** O perfil clínico-epidemiológico dos pacientes atendidos no referido serviço é composto, em sua maioria, por idosos, com média de idade de 78,43 anos, apresentando uma leve predominância do sexo feminino. Observou-se ainda um perfil clínico marcado por múltiplas comorbidades, com predomínio de demência, cardiopatias e doenças de base oncológica, além da presença de sintomas como dispneia, dor e manifestações gastrointestinais.

Palavras chave: Cuidados paliativos; Internação hospitalar; Qualidade de vida.

ABSTRACT

Introduction: Palliative care aims to provide support to patients facing severe illnesses, addressing not only physical symptoms but also emotional, social, and spiritual aspects. This approach can be implemented for individuals of any age who experience intense suffering due to serious illnesses. According to the World Health Organization, 40 million people require palliative care annually, yet only 14% receive adequate assistance. In Brazil, approximately 885,000 individuals needed this service; however, its availability remains insufficient, with only 198 palliative care services, representing a coverage of 0.94 per million inhabitants. Studies indicate that only 10% of hospital units in the country offer this type of support, highlighting a significant healthcare gap. **Objective:** Analyze the clinical and epidemiological profile of patients referred for palliative care in a hospital in the municipality of João Pessoa-PB. **Methodology:** The study adopted an observational, descriptive, cross-sectional, and retrospective design, analyzing the medical records of 30 patients attended by the Palliative Care Service of Hospital Nova Esperança, in João Pessoa, PB. The study included adult patients aged 18 years or older, exclusively referred by the Brazilian Unified Health System (SUS), with complete clinical data. Data collection included variables such as age, sex, comorbidities, lifestyle habits, diagnoses, symptoms, hospitalization sector, and clinical outcomes. Statistical analysis was performed using IBM SPSS 27 software, applying absolute frequencies, percentages, central tendency, and dispersion measures. To assess associations, the Chi-square test (Pearson), Fisher's exact test, and Mann-Whitney test were used, with a 5% significance level. **Results and Discussion:** The mean age was 78.43 years ($SD \pm 12.32$), with a predominance of patients aged ≥ 79 years (56.7%) and female patients (53.3%). The most common comorbidities were hypertension (70%) and diabetes mellitus (46.7%). Regarding lifestyle habits, 30% of patients were smokers and 26.7% consumed alcohol. The most prevalent diseases were pulmonary infection (43.3%), stroke (40%), and dementia (30%). The most frequently reported symptom was dyspnea (66.7%), followed by disorientation (70%) and pain (26.7%). Statistical analysis revealed a significant association between delirium and dementia ($p = 0.005$) and gastrointestinal symptoms ($p = 0.041$). **Conclusion:** The clinical-epidemiological profile of patients treated in the palliative care service was predominantly composed of elderly individuals, with a mean age of 78.43 years, and a slight predominance of female patients. A high prevalence of multiple comorbidities was observed, with dementia, cardiopathies, and oncological diseases being the most common conditions. Symptoms such as dyspnea, pain, and gastrointestinal manifestations were frequently reported. These findings highlight the importance of expanding access to palliative care and optimizing healthcare strategies to provide early and adequate support to this vulnerable population.

Keywords: Palliative care; Hospitalization; Quality of life.

RESUMEN

Introducción: Los cuidados paliativos tienen como objetivo brindar apoyo a los pacientes que enfrentan enfermedades graves, abordando no solo los síntomas físicos, sino también los aspectos emocionales, sociales y espirituales. Este enfoque puede implementarse en personas de cualquier edad que experimenten un sufrimiento intenso debido a enfermedades graves. Según la Organización Mundial de la Salud, 40 millones de personas requieren cuidados paliativos anualmente, pero solo el 14% recibe asistencia adecuada. En Brasil, aproximadamente 885,000 personas necesitaron este servicio; sin embargo, su disponibilidad sigue siendo insuficiente, con solo 198 servicios de cuidados paliativos, lo que representa una cobertura de 0.94 por millón de habitantes. Los estudios indican que solo 10% de las unidades hospitalarias en el país ofrecen este tipo de apoyo, lo que evidencia una brecha significativa en la atención médica. **Objetivo:** Analizar el perfil clínico y epidemiológico de los pacientes derivados a cuidados paliativos en un hospital del municipio de João Pessoa-PB. **Metodología:** El estudio adoptó un diseño observacional, descriptivo, transversal y retrospectivo, analizando los historiales médicos de 30 pacientes atendidos por el Servicio de Cuidados Paliativos del Hospital Nova Esperança, en João Pessoa, PB. Se incluyeron pacientes adultos de 18 años o más, remitidos exclusivamente por el Sistema Único de Salud (SUS), con datos clínicos completos. La recopilación de datos incluyó variables como edad, sexo, comorbilidades, hábitos de vida, diagnósticos, síntomas, sector de hospitalización y desenlaces clínicos. El análisis estadístico se realizó utilizando el software IBM SPSS 27, aplicando frecuencias absolutas, porcentajes, medidas de tendencia central y de dispersión. Para evaluar asociaciones, se utilizaron las pruebas Chi-cuadrado de Pearson, Exacta de Fisher y de Mann-Whitney, con un nivel de significancia del 5%. **Resultados y Discusión:** La edad media fue de 78.43 años ($DE \pm 12.32$), con predominancia de pacientes de ≥ 79 años (56.7%) y del sexo femenino (53.3%). Las comorbilidades más comunes fueron hipertensión arterial (70%) y diabetes mellitus (46.7%). En cuanto a los hábitos de vida, 30% de los pacientes eran fumadores y 26.7% consumían alcohol. Las enfermedades más prevalentes fueron infección pulmonar (43.3%), accidente cerebrovascular (40%) y demencia (30%). El síntoma más reportado fue la disnea (66.7%), seguido de desorientación (70%) y dolor (26.7%). El análisis estadístico reveló una asociación significativa entre delirio y demencia ($p = 0.005$) y síntomas gastrointestinales ($p = 0.041$). **Conclusión:** El perfil clínico-epidemiológico de los pacientes atendidos en el servicio de cuidados paliativos estuvo compuesto predominantemente por personas mayores, con una edad media de 78.43 años y una ligera predominancia de pacientes femeninas. Se observó una alta prevalencia de múltiples comorbilidades, con demencia, cardiopatías y enfermedades oncológicas como las condiciones más comunes. Los síntomas más frecuentes fueron disnea, dolor y manifestaciones gastrointestinales. Estos hallazgos resaltan la importancia de ampliar el acceso a los cuidados paliativos y optimizar las estrategias sanitarias para proporcionar un apoyo temprano y adecuado a esta población vulnerable.

Palabras clave: Cuidados paliativos; Hospitalización; Calidad de vida.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

APS	Atenção Primária à Saúde
AMB	Associação Médica Brasileira
AVE	Acidente Vascular Encefálico
CFM	Conselho Federal de Medicina
CP	Cuidados Paliativos
DAC	Doença Arterial Coronariana
DAOP	Doença Arterial Obstrutiva Periférica
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DM	Diabetes Mellitus
DOPC	Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
DP	Desvio Padrão
DRC	Doença Renal Crônica
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HNE	Hospital Nova Esperança
IAHPC	International Association for Hospice and Palliative Care
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICFER	Insuficiência Cardíaca com Fração de Ejeção Reduzida
ICFEP	Insuficiência Cardíaca com Fração de Ejeção Preservada
INCA	Instituto Nacional de Câncer
LPP	Lesão Por Pressão
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
PB	Paraíba
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCR	Trabalho de Conclusão de Residência
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	10
2	JUSTIFICATIVA.....	11
3	OBJETIVOS.....	12
3.1	Objetivo geral.....	12
3.2	Objetivos específicos.....	12
4	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	13
4.1	Contexto histórico mundial.....	13
4.2	Cuidados Paliativos no Brasil.....	14
5	MÉTODO.....	15
5.1	Tipo de estudo e local da pesquisa.....	15
5.2	Elegibilidade dos participantes e parâmetros avaliados.....	15
5.3	Análise dos dados.....	15
6	RESULTADOS.....	17
7	DISCUSSÃO.....	26
7.1	Idade, sexo e comorbidades.....	26
7.2	Hábitos de vida.....	27
7.3	Perfil de doenças.....	27
7.4	Perfil sintomático.....	28
7.5	Limitações.....	29
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS	30
	REFERÊNCIAS.....	31
	APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	34

1 INTRODUÇÃO

Os cuidados paliativos visam atender às necessidades físicas, espirituais, psicológicas, sociais e familiares do paciente (Justino *et al.*, 2020). Destinam-se a indivíduos de todas as faixas etárias que vivenciam sofrimento intenso em decorrência de enfermidades graves, principalmente aquelas em estágios avançados ou terminais (Bell; Ruttenberg; Chai, 2018). Além disso, incluem a elaboração de um plano de continuidade dos cuidados após a alta, garantindo a manutenção do bem-estar e da dignidade do paciente em todas as fases da doença (Ferner, Nauck e Laufenberg-Feldmann, 2020). Num cenário ideal, eles devem ocorrer desde o início do diagnóstico de uma doença ameaçadora a vida e seguir até o fim de vida, podendo ocorrer em concomitância com outros tratamentos durante a evolução da doença (Schlick; Bentrem, 2019).

Segundo a *International Association for Hospice and Palliative Care* (IAHPC), com colaboração de profissionais de saúde de diferentes países, os pressupostos associados com a qualidade de vida e de morte consistem em: aliviar os sintomas; apoiar os pacientes a viverem de forma ativa; integrar os aspectos físicos, psicológicos, espirituais e sociais; afirmar a vida e a morte como processos naturais; e, servir de apoio aos familiares a lidar com o paciente e com o luto diante da finitude da vida (WHO, 2002).

A demanda por cuidados paliativos tem se intensificado no Brasil em virtude do avanço na conscientização acerca dessa abordagem e das transformações no perfil epidemiológico da população, marcadas pelo aumento da expectativa de vida e, por consequência, aumento na prevalência de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) (Faraco *et al.*, 2024). Em resposta a esse imperativo demográfico e sanitário, o Ministério da Saúde, em 2018, instituiu normativas que regulamentam a oferta de CP no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), preconizando a integração precoce desses cuidados ao percurso terapêutico dos pacientes (Rodrigues; Silva; Cabrera, 2022).

Segundo estimativas da Organização Mundial da Saúde (OMS), aproximadamente 40 milhões de pessoas por ano necessitam de cuidados paliativos, sendo que 78% delas vivem em países de baixa ou média renda; contudo, apenas 14% recebem assistência adequada. No Brasil, apesar dos avanços da última década, havia apenas 198 serviços de cuidados paliativos em 2020, o que representa cerca de 0,94 por milhão de habitantes, uma cobertura inferior à observada em países vizinhos (Rodrigues; Silva; Cabrera, 2022). Esse descompasso global e nacional evidencia a premência de caracterizar os pacientes que efetivamente chegam aos serviços de paliatividade, para melhor adequar recursos e estratégias de cuidado.

2 JUSTIFICATIVA

Estima-se que, anualmente, cerca de 40 milhões de pessoas em todo o mundo necessitam de cuidados paliativos antes do óbito (INCA, 2021). No Brasil, especificamente em 2019, aproximadamente 885 mil indivíduos enfrentaram essa mesma necessidade (Rodrigues; Silva; Cabrera, 2022). Paralelo a isso, conforme Santana *et al.* (2022), a escassez de serviços de cuidados paliativos torna-se ainda mais evidente em hospitais de maior complexidade, uma vez que apenas 10% das unidades hospitalares no Brasil oferecem esse tipo de assistência.

Embora os cuidados paliativos ofereçam diversos benefícios aos pacientes, o encaminhamento para esse serviço muitas vezes é um processo complexo (Freitas *et al.*, 2022). Dentre os principais entraves, destacam-se as expectativas irreais de pacientes, familiares e profissionais de saúde quanto à possibilidade de cura ou prolongamento da vida; a concepção equivocada de que tais cuidados possam acelerar o processo de morte; a insuficiência na formação e capacitação das equipes de saúde, especialmente no que diz respeito às habilidades de comunicação; a sobrecarga de trabalho imposta aos profissionais médicos, sem incentivos adequados; além do fato de que muitas instituições de saúde carecem de estrutura organizacional e das adaptações necessárias para a integração dos cuidados paliativos em sua rotina. Esses fatores contribuem para o acesso tardio aos cuidados paliativos e podem comprometer a qualidade da assistência ao longo da trajetória da doença, especialmente em sua fase avançada (Freitas *et al.*, 2022; Ferner, Nauck & Laufenberg-Feldmann, 2020).

Levando em consideração a magnitude do problema supracitado e os desafios ainda presentes na implementação dos cuidados paliativos no Brasil, a identificação do perfil clínico-epidemiológico de pacientes encaminhados a esse tipo de serviço é um meio através do qual pode-se guiar a elaboração de estratégias de planejamento que favoreçam uma melhor assistência em saúde, permitindo que um maior número de pacientes se beneficie da abordagem paliativa. Ademais, destaca-se a escassez de estudos nacionais sobre essa temática, evidenciando a necessidade de novas pesquisas voltadas à análise da clientela que necessita de cuidados paliativos (Pereira *et al.*, 2023).

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Analisar o perfil clínico-epidemiológico dos pacientes encaminhados para cuidados paliativos em um hospital no município de João Pessoa-PB.

3.2 Objetivos específicos

- a) Descrever as características demográficas e clínicas dos pacientes, incluindo idade, sexo, comorbidades e hábitos de vida.
- b) Avaliar a prevalência de doenças de base não oncológicas e oncológicas.
- c) Investigar a frequência e os tipos de sintomas relatados pelos pacientes no momento do encaminhamento, como dor, dispneia, sintomas gastrintestinais e desorientação.

4 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

4.1 Contexto histórico mundial

As primeiras ideias de cuidados paliativos, na sua perspectiva mais moderna, foram impulsionadas principalmente pelo trabalho da médica britânica Cicely Saunders, que, na década de 1960, fundou o *St. Christopher's Hospice*, em Londres. Esse hospital pioneiro tornou-se referência na promoção do cuidado integral a pacientes com doenças terminais, enfatizando o controle da dor, o suporte emocional e a dignidade no processo de morte. Sua contribuição consolidou a medicina paliativa como uma especialidade médica reconhecida, sendo posteriormente adotada por diversos países, tornando-se uma prática recorrente para garantir qualidade de vida nos estágios finais de diversas enfermidades (Gomes; Othello, 2016).

A iniciativa de Saunders inspirou a criação de serviços semelhantes em diversos países, incluindo Canadá, Estados Unidos e Austrália, fortalecendo a ideia de que é possível cuidar, mesmo quando não há mais possibilidade de cura (Paiva *et al.*, 2022). Na década de 1980, a OMS incorporou os cuidados paliativos às diretrizes internacionais, destacando sua importância no tratamento oncológico e publicando documentos como *Cancer Pain Relief and Palliative Care*, consolidando a área como um campo indispensável da medicina (Capelaset *al.*, 2014). Em 1990, a OMS estabeleceu uma definição oficial de cuidados paliativos, que passou por diversas revisões ao longo dos anos; a versão mais recente, publicada em 2017, descreve os cuidados paliativos como:

“Abordagem que promove a qualidade de vida de pacientes e seus familiares, que enfrentam doenças que ameacem a continuidade da vida, por meio da prevenção e do alívio do sofrimento. Requer identificação precoce, avaliação e tratamento da dor, além de outros problemas de natureza física, psicológica, social e espiritual.”

No século XXI, o fortalecimento do movimento paliativista ganhou respaldo internacional com a publicação de documentos como a *Capetown Declaration* (2002), a *Korea Declaration* (2005) e os *Budapest Commitments* (2007), que destacaram a necessidade de equidade no acesso aos cuidados paliativos, a ampliação da oferta de medicamentos essenciais e o investimento na formação de profissionais qualificados (Paiva *et al.*, 2022). Atualmente, mais de 115 países possuem serviços de cuidados paliativos, refletindo um avanço (Capelaset *al.*, 2014).

4.2 Cuidados Paliativos no Brasil

No Brasil, há registros de iniciativas relacionadas aos cuidados paliativos desde a década de 1970. No entanto, foi somente a partir dos anos 1990 que começaram a surgir serviços estruturados voltados para essa abordagem. Um marco importante nesse processo foi a atuação do professor Marco Túlio de Assis Figueiredo na Escola Paulista de Medicina, onde introduziu essa filosofia de cuidado e inaugurou o primeiro curso dedicado ao tema. Em 1997, a criação da Associação Brasileira de Cuidados Paliativos marcou outro passo importante na organização da área. No ano seguinte, o INCA inaugurou o primeiro serviço hospitalar exclusivo para cuidados paliativos, ampliando a oferta de assistência a pacientes com doenças avançadas (Figueiredo e Stano, 2013; Ribeiro e Poles, 2019).

Em 2005, a fundação da Academia Nacional de Cuidados Paliativos contribuiu para a regulamentação da prática no país. Esse organismo estabeleceu diretrizes técnicas, padrões de qualidade e promoveu discussões com o Ministério da Saúde, o Ministério da Educação, o Conselho Federal de Medicina (CFM) e a Associação Médica Brasileira (AMB) para fortalecer a inserção dos cuidados paliativos no sistema de saúde. Em 2006, a Resolução nº 1805 do CFM reconhece oficialmente a prática de Cuidados Paliativos. Em 2009, o CFM incorporou os cuidados paliativos ao novo Código de Ética Médica, reconhecendo-os como um dos princípios fundamentais na prática médica (Figueiredo e Stano, 2013; Ribeiro e Poles, 2019).

5 MÉTODO

5.1 Tipo de estudo e local da pesquisa

O presente trabalho trata-se de uma pesquisa observacional, descritiva, transversal e de recorte retrospectivo, baseada na análise dos dados contidos nas solicitações de pareceres para a comissão de cuidados paliativos de pacientes do Hospital Nova Esperança – localizado em João Pessoa, Paraíba.

5.2 Elegibilidade dos participantes e parâmetros avaliados

Foram incluídos no estudo os pacientes adultos, com idade superior a 18 anos, que apresentavam todas as informações necessárias e eram portadores de condições de saúde elegíveis para assistência pela equipe de Cuidados Paliativos. Além disso, consideraram-se apenas os casos cujos encaminhamentos foram realizados exclusivamente pelo SUS.

A coleta de dados foi realizada por meio de uma ficha estruturada contendo os seguintes campos: idade, sexo, comorbidades (HAS, Diabetes Mellitus (DM) ou outras), hábitos de vida (etilismo e tabagismo), diagnóstico principal e secundário, setor de origem (enfermaria clínica, enfermaria cardiológica ou UTI), sintoma principal (dor, dispneia, disfagia ou outro). (Apêndice A).

5.3 Análise dos dados

Os dados foram analisados descritivamente por meio de frequências absolutas e percentuais para as variáveis categóricas e as das medidas: média, desvio padrão (média $\pm$ DP), mediana e os percentis 25 e 75 (mediana (P25; P75)) para a variável idade.

Para avaliar associação entre duas variáveis categóricas foi utilizado o teste Qui-quadrado de *Pearson* ou o teste Exato de *Fisher* se a condição para utilização do Qui-quadrado não foi verificada. Na comparação entre as variáveis categóricas em relação à idade foi utilizado o teste de *Mann-Whitney*.

A escolha do teste de *Mann-Whitney* foi devido à rejeição da normalidade em pelo menos uma das categorias. A verificação da normalidade foi realizada pelo teste de *Shapiro-Wilk*. A margem de erro utilizada na decisão dos testes estatísticos foi de 5%.

Os dados foram digitados na planilha EXCEL e o programa utilizado para obtenção dos cálculos estatísticos foi o IBM SPSS na versão 27.

6 RESULTADOS

Na Tabela 1 se apresenta os resultados das variáveis idade, faixa etária, comorbidades, doenças e sintomas no grupo total e por sexo. Desta tabela se destaca que: a amostra total foi composta por 30 pacientes, sendo 14 do sexo masculino e 16 do sexo feminino; a idade média dos participantes nos sexos variou de 78,00 a 78,81 anos e as medianas de 76,00 a 79,50 anos; o percentual com idade até 79 anos foi 64,3% entre os homens e 50,0% entre as mulheres. Entre as comorbidades avaliadas, HAS foi a mais prevalente, atingindo 70% da amostra, com percentuais semelhantes entre homens (71,4%) e mulheres (68,7%), em segundo lugar foi registrado o DM presente em 46,7% da amostra, com valores que variaram de 43,8% a 50,0% por sexo; em relação a hábitos de vida, observa-se que o tabagismo foi a mais frequente, sendo 42,9% entre os homens e 18,8% entre as mulheres, resultando em 30,0% no grupo total e o etilismo foi 35,7% no grupo masculino e 18,8% no grupo feminino. No que se refere doenças, infecção pulmonar foi a mais frequente, afetando 43,3% da amostra, com valores similares entre os sexos (de 42,9% a 43,8%), seguida de infecção urinária que variou de 25,0% (entre as mulheres) a 35,7% (entre os homens); a prevalência de infecção cutânea e de delirium variaram entre sexos de 6,3% a 14,3% e demência de 28,6% a 31,3%; sobre doenças cardiovasculares, o acidente vascular encefálico (AVE) foi o mais prevalente, tendo sido registrado em 40,0% da amostra, com 43,8% no sexo feminino e 35,7% no masculino; a prevalência de DAC variou de 12,5% a 21,4%; os percentuais de ICFER e ICFEP variaram de 0,0% a 28,6%; DRC agudizada foi registrada em um paciente do sexo feminino e dois do sexo masculino. Neoplasia, DPOC e LPP tiveram frequências percentuais que variaram entre sexos de 6,3% a 21,4% e DAOP foi nula no grupo masculino e foi 12,5% no sexo feminino. Dos 4 sintomas pesquisados, desorientação e dispneia foram os dois mais frequentes, sendo presentes na maioria dos pesquisados em cada sexo (com valores de 62,5% a 71,4%), a presença de dor teve valores que variaram de 21,4% a 31,3% e os sintomas gastrointestinais de 6,3% a 28,6%. Para a margem de erro fixada (5%) não foram registradas diferenças significativas entre os sexos em relação a idade e nem associações significativas entre sexo e as variáveis analisadas.

Tabela 1 – Avaliação da idade, comorbidades, doenças e sintomas segundo o sexo

Variável	Amostra Total	Sexo		Valor de p
		Masculino	Feminino	
Grupo Total: n (%)	30 (100,0)	14 (100,0)	16 (100,0)	

Idade: Média ± DP	78,43 ± 12,32	78,00 ± 7,44	78,81 ± 15,66	$p^{(1)} = 0,427$
Mediana (P25; P75)	78,00 (74,75; 85,00)	76,00 (75,00; 85,00)	79,50 (74,00; 88,75)	
Faixa etária: n (%)				$p^{(2)} = 0,431$
Até 79	17 (56,7)	9 (64,3)	8 (50,0)	
80 a 99	13 (43,3)	5 (35,7)	8 (50,0)	
Comorbidades				
HAS: n (%)				$p^{(3)} = 1,000$
Sim	21 (70,0)	10 (71,4)	11 (68,7)	
Não	9 (30,0)	4 (28,6)	5 (31,3)	
DM: n (%)				$p^{(2)} = 0,732$
Sim	14 (46,7)	7 (50,0)	7 (43,8)	
Não	16 (53,3)	7 (50,0)	9 (56,2)	
Habito do tabagismo: n (%)				$p^{(3)} = 0,236$
Sim	9 (30,0)	6 (42,9)	3 (18,8)	
Não	21 (70,0)	8 (57,1)	13 (81,2)	
Habito do etilismo: n (%)				$p^{(3)} = 0,417$
Sim	8 (26,7)	5 (35,7)	3 (18,8)	
Não	22 (73,3)	9 (64,3)	13 (81,2)	
Doenças				
Infecção pulmonar: n (%)				$p^{(2)} = 0,961$
Sim	13 (43,3)	6 (42,9)	7 (43,8)	
Não	17 (56,7)	8 (57,1)	9 (56,2)	
Infecção urinária: n (%)				$p^{(3)} = 0,694$
Sim	9 (30,0)	5 (35,7)	4 (25,0)	
Não	21 (70,0)	9 (64,3)	12 (75,0)	
Infecção cutânea: n (%)				$p^{(3)} = 0,596$
Sim	3 (10,0)	2 (14,3)	1 (6,3)	
Não	27 (90,0)	12 (85,7)	15 (93,7)	
Dellirium: n (%)				$p^{(3)} = 0,586$
Sim	3 (10,0)	2 (14,3)	1 (6,3)	
Não	27 (90,0)	12 (85,7)	15 (93,7)	
Demência: n (%)				$p^{(3)} = 1,000$
Sim	9 (30,0)	4 (28,6)	5 (31,3)	
Não	21 (70,0)	10 (71,4)	11 (68,7)	
AVE: n (%)				$p^{(2)} = 0,654$
Sim	12 (40,0)	5 (35,7)	7 (43,8)	
Não	18 (60,0)	9 (64,3)	9 (56,2)	
DAC: n (%)				$p^{(3)} = 0,642$

Sim	5 (16,7)	3 (21,4)	2 (12,5)	
Não	25 (83,3)	11 (78,6)	14 (87,5)	
ICFER: n (%)				$p^{(3)} = 0,378$
Sim	6 (20,0)	4 (28,6)	2 (12,5)	
Não	24 (80,0)	10 (71,4)	14 (87,5)	
ICFEP: n (%)				$p^{(3)} = 0,090$
Sim	3 (10,0)	3 (21,4)	-	
Não	27 (90,0)	11 (78,6)	16 (100,0)	
DRC agudizada: n (%)				$p^{(3)} = 0,586$
Sim	3 (10,0)	2 (14,3)	1 (6,3)	
Não	27 (90,0)	12 (85,7)	15 (93,7)	
Neoplasia: n (%)				$p^{(3)} = 0,602$
Sim	4 (13,3)	1 (7,1)	3 (18,8)	
Não	26 (86,7)	13 (92,9)	13 (81,2)	
DPOC: n (%)				$p^{(3)} = 0,586$
Sim	3 (10,0)	2 (14,3)	1 (6,3)	
Não	27 (90,0)	12 (85,7)	15 (93,7)	
LPP: n (%)				$p^{(3)} = 0,642$
Sim	5 (16,7)	3 (21,4)	2 (12,5)	
Não	25 (83,3)	11 (78,6)	14 (87,5)	
DAOP: n (%)				$p^{(3)} = 0,485$
Sim	2 (6,7)	-	2 (12,5)	
Não	28 (93,3)	14 (100,0)	14 (87,5)	
Sintomas				
Desorientação: n (%)				$p^{(3)} = 1,000$
Sim	21 (70,0)	10 (71,4)	11 (68,7)	
Não	9 (30,0)	4 (28,6)	5 (31,3)	
Dispneia: n (%)				$p^{(3)} = 0,709$
Sim	20 (66,7)	10 (71,4)	10 (62,5)	
Não	10 (33,3)	4 (28,6)	6 (37,5)	
Dor: n (%)				$p^{(3)} = 0,689$
Sim	8 (26,7)	3 (21,4)	5 (31,3)	
Não	22 (73,3)	11 (78,6)	11 (68,7)	
Gastrintestinais: n (%)				$p^{(3)} = 0,157$
Sim	5 (16,7)	4 (28,6)	1 (6,3)	
Não	25 (83,3)	10 (71,4)	15 (93,7)	

(1) Teste Mann-Whitney

(2) Teste Qui-quadrado de Pearson

(3) Teste Exato de Fisher.

Na Tabela 2 se apresenta a distribuição das variáveis: sexo, comorbidades, doenças e sintomas segundo a faixa etária. Esta tabela mostra que infecção pulmonar foi única variável com associação significativa ($p < 0,05$) com a faixa etária, sendo que neste cruzamento se ressalta que a maior diferença percentual entre as faixas etárias ocorreu na citada variável, com valor mais elevado entre os que tinham 80 a 99 anos do que os que tinham até 79 anos (69,2% x 23,5%).

Tabela 2 – Avaliação do sexo, comorbidades, doenças e sintomas segundo a faixa etária

Variável	Amostra Total	Faixa etária		Valor de p
		Até 79 anos	80 a 99 anos	
Grupo Total: n (%)	30 (100,0)	17 (100,0)	13 (100,0)	
Sexo: n (%)				$p^{(1)} = 0,431$
Masculino	14 (46,7)	9 (52,9)	5 (38,5)	
Feminino	16 (53,3)	8 (47,1)	8 (61,5)	
HAS: n (%)				$p^{(2)} = 0,443$
Sim	21 (70,0)	13 (76,5)	8 (61,5)	
Não	9 (30,0)	4 (23,5)	5 (38,5)	
DM: n (%)				$p^{(1)} = 0,961$
Sim	14 (46,7)	8 (47,1)	6 (46,2)	
Não	16 (53,3)	9 (52,9)	7 (53,8)	
Habito do tabagismo: n (%)				$p^{(2)} = 0,443$
Sim	9 (30,0)	4 (23,5)	5 (38,5)	
Não	21 (70,0)	13 (76,5)	8 (61,5)	
Habito do etilismo: n (%)				$p^{(2)} = 0,242$
Sim	8 (26,7)	3 (17,6)	5 (38,5)	
Não	22 (73,3)	14 (82,4)	8 (61,5)	
Infecção urinária: n (%)				$p^{(2)} = 0,691$
Sim	9 (30,0)	6 (35,3)	3 (23,1)	
Não	21 (70,0)	11 (64,7)	10 (76,9)	
Infecção pulmonar: n (%)				$p^{(1)} = 0,012^*$
Sim	13 (43,3)	4 (23,5)	9 (69,2)	
Não	17 (56,7)	13 (76,5)	4 (30,8)	
Infecção cutânea: n (%)				$p^{(2)} = 0,565$
Sim	3 (10,0)	1 (5,9)	2 (15,4)	
Não	27 (90,0)	16 (94,1)	11 (84,6)	
Dellirium: n (%)				$p^{(2)} = 1,000$
Sim	3 (10,0)	3 (17,6)	3 (23,1)	

Não	27 (90,0)	14 (82,4)	10 (76,9)	
Demência: n (%)				$p^{(2)} = 0,123$
Sim	9 (30,0)	3 (17,6)	6 (46,2)	
Não	21 (70,0)	14 (82,4)	7 (53,8)	
DRC agudizada: n (%)				$p^{(2)} = 0,238$
Sim	3 (10,0)	3 (17,6)	-	
Não	27 (90,0)	14 (82,4)	13 (100,0)	
AVE: n (%)				$p^{(1)} = 0,367$
Sim	12 (40,0)	8 (47,1)	4 (30,8)	
Não	18 (60,0)	9 (52,9)	9 (69,2)	
DAC: n (%)				$p^{(2)} = 1,000$
Sim	5 (16,7)	3 (17,6)	2 (15,4)	
Não	25 (83,3)	14 (82,4)	11 (84,6)	
ICFEP: n (%)				$p^{(2)} = 0,238$
Sim	3 (10,0)	3 (17,6)	-	
Não	27 (90,0)	14 (82,4)	13 (100,0)	
ICFER: n (%)				$p^{(2)} = 0,672$
Sim	6 (20,0)	4 (23,5)	2 (15,4)	
Não	24 (80,0)	13 (76,5)	11 (84,6)	
Neoplasia: n (%)				$p^{(2)} = 0,290$
Sim	4 (13,3)	1 (5,9)	3 (23,1)	
Não	26 (86,7)	16 (94,1)	10 (76,9)	
DPOC: n (%)				$p^{(2)} = 0,565$
Sim	3 (10,0)	1 (5,9)	2 (15,4)	
Não	27 (90,0)	16 (94,1)	11 (84,6)	
LPP: n (%)				$p^{(2)} = 0,628$
Sim	5 (16,7)	2 (11,8)	3 (23,1)	
Não	25 (83,3)	15 (88,2)	10 (76,9)	
DAOP: n (%)				$p^{(2)} = 0,179$
Sim	2 (6,7)	-	2 (15,4)	
Não	28 (93,3)	17 (100,0)	11 (84,6)	
Dispneia: n (%)				$p^{(2)} = 1,000$
Sim	20 (66,7)	11 (64,7)	9 (69,2)	
Não	10 (33,3)	6 (35,3)	4 (30,8)	
Dor: n (%)				$p^{(2)} = 0,698$
Sim	8 (26,7)	4 (23,5)	4 (30,8)	
Não	22 (73,3)	13 (76,5)	9 (69,2)	
Sintomas gastrintestinais: n (%)				$p^{(2)} = 1,000$

Sim	5 (16,7)	3 (17,6)	2 (15,4)	$p^{(2)} = 0,229$
Não	25 (83,3)	14 (82,4)	11 (84,6)	
Desorientação: n (%)				
Sim	21 (70,0)	10 (58,8)	11 (84,6)	
Não	9 (30,0)	7 (41,2)	2 (15,4)	

(*) Associação significativa a 5,0%

(1) Teste Qui-quadrado de Pearson

(2) Teste Exato de Fisher.

Na Tabela 3 se apresenta os cruzamentos entre a ocorrência de delirium com as variáveis idade, faixa etária, sexo, cada comorbidade, doenças e sintomas. A referida tabela mostra associação significativa ($p < 0,05$) entre a ocorrência de delirium com demência e sintomas gastrointestinais e nestas variáveis se enfatiza que: a prevalência de pacientes com demência foi mais elevada entre os que tinham do que os que não tinham delirium (83,3% versus 16,7%); a prevalência com sintomas gastrointestinais foi mais elevada entre os que tinham do que os que não tinham delirium (50,0% versus 8,3%).

Tabela 3 – Avaliação do sexo, comorbidades, doenças e sintomas segundo o sintoma delirium

Variável	Amostra Total	Delirium		Valor de p
		Sim	Não	
Grupo Total: n (%)	30 (100,0)	6 (100,0)	24 (100,0)	
Idade: Média $\pm$ DP	78,43 $\pm$ 12,32	79,33 $\pm$ 6,09	79,33 $\pm$ 6,09	$p^{(1)} = 0,810$
Mediana (P25; P75)	78,00 (74,75; 85,00)	77,50 (74,50; 85,75)	77,50 (74,50; 85,75)	
Faixa etária: n (%)				$p^{(2)} = 1,000$
Até 79	17 (56,7)	3 (50,0)	14 (58,3)	
80 a 99	13 (43,3)	3 (50,0)	10 (41,7)	
Sexo: n (%)				$p^{(2)} = 1,000$
Masculino	14 (46,7)	3 (50,0)	11 (45,8)	
Feminino	16 (53,3)	3 (50,0)	13 (54,2)	
HAS: n (%)				$p^{(2)} = 0,141$
Sim	21 (70,0)	6 (100,0)	15 (62,5)	
Não	9 (30,0)	-	9 (37,5)	
DM: n (%)				$p^{(2)} = 0,378$
Sim	14 (46,7)	4 (66,7)	10 (41,7)	
Não	16 (53,3)	2 (33,3)	14 (58,3)	

Habito do tabagismo: n (%)				$p^{(2)} = 1,000$
Sim	9 (30,0)	2 (33,3)	7 (29,2)	
Não	21 (70,0)	4 (66,7)	17 (70,8)	
Habito do etilismo: n (%)				$p^{(2)} = 0,645$
Sim	8 (26,7)	2 (33,3)	6 (25,0)	
Não	22 (73,3)	4 (66,7)	18 (75,0)	
Infecção urinária: n (%)				$p^{(2)} = 0,637$
Sim	9 (30,0)	1 (16,7)	8 (33,3)	
Não	21 (70,0)	5 (83,3)	16 (66,7)	
Infecção pulmonar: n (%)				$p^{(2)} = 1,000$
Sim	13 (43,3)	3 (50,0)	10 (41,7)	
Não	17 (56,7)	3 (50,0)	14 (58,3)	
Infecção cutânea: n (%)				$p^{(2)} = 0,501$
Sim	3 (10,0)	1 (16,7)	2 (8,3)	
Não	27 (90,0)	5 (83,3)	22 (91,7)	
Demência: n (%)				$p^{(2)} = 0,005^*$
Sim	9 (30,0)	5 (83,3)	4 (16,7)	
Não	21 (70,0)	1 (16,7)	20 (83,3)	
DRC agudizada: n (%)				$p^{(2)} = 0,501$
Sim	3 (10,0)	1 (16,7)	2 (8,3)	
Não	27 (90,0)	5 (83,3)	22 (91,7)	
AVE: n (%)				$p^{(2)} = 0,184$
Sim	12 (40,0)	4 (66,7)	8 (33,3)	
Não	18 (60,0)	2 (33,3)	16 (66,7)	
DAC: n (%)				$p^{(2)} = 1,000$
Sim	5 (16,7)	1 (16,7)	4 (16,7)	
Não	25 (83,3)	5 (83,3)	20 (83,3)	
ICFEP: n (%)				$p^{(2)} = 0,501$
Sim	3 (10,0)	1 (16,7)	2 (8,3)	
Não	27 (90,0)	5 (83,3)	22 (91,7)	
ICFER: n (%)				$p^{(2)} = 0,571$
Sim	6 (20,0)	2 (33,3)	4 (16,7)	
Não	24 (80,0)	4 (66,7)	20 (83,3)	
Neoplasia: n (%)				$p^{(2)} = 0,169$
Sim	4 (13,3)	2 (33,3)	2 (8,3)	
Não	26 (86,7)	4 (66,7)	22 (91,7)	
DPOC: n (%)				$p^{(2)} = 1,000$
Sim	3 (10,0)	-	3 (12,5)	
Não	27 (90,0)	6 (100,0)	21 (87,5)	

LPP: n (%)				$p^{(2)} = 1,000$
Sim	5 (16,7)	1 (16,7)	4 (16,7)	
Não	25 (83,3)	5 (83,3)	20 (83,3)	
DAOP: n (%)				$p^{(2)} = 1,000$
Sim	2 (6,7)	-	2 (8,3)	
Não	28 (93,3)	6 (100,0)	22 (91,7)	
Dispneia: n (%)				$p^{(2)} = 1,000$
Sim	20 (66,7)	4 (66,7)	16 (66,7)	
Não	10 (33,3)	2 (33,3)	8 (33,3)	
Dor: n (%)				$p^{(2)} = 1,000$
Sim	8 (26,7)	1 (16,7)	7 (29,2)	
Não	22 (73,3)	5 (83,3)	17 (70,8)	
Sintomas gastrintestinais: n (%)				$p^{(2)} = 0,041^*$
Sim	5 (16,7)	3 (50,0)	2 (8,3)	
Não	25 (83,3)	3 (50,0)	22 (91,7)	
Desorientação: n (%)				$p^{(2)} = 0,637$
Sim	21 (70,0)	5 (83,3)	16 (66,7)	
Não	9 (30,0)	1 (16,7)	8 (33,3)	

(*) Associação significativa a 5,0%

(1) Teste Mann-Whitney

(2) Teste Exato de Fisher.

A Tabela 4 mostra associação significativa ($p < 0,05$) entre dispneia e cada um dos diagnósticos DAC, ICFEP e ICFER, sendo que DAC foi única variável com associação significativa com dispneia e neste cruzamento se evidencia que: entre os 5 pacientes com DAC um (20,0%) apresentava dispneia, enquanto este percentual foi 76,0% entre os que não tinham DAC.

Tabela 4 – Avaliação do sintoma de dispneia segundo os diagnósticos DAC, ICFEP e ICFER

Variável	Dispneia		Valor de p
	Sim n (%)	Não n (%)	
DAC: n (%)			$p^{(1)} = 0,031^*$
Sim	1 (20,0)	4 (80,0)	
Não	19 (76,0)	6 (24,0)	
ICFEP: n (%)			$p^{(1)} = 0,251$
Sim	1 (33,3)	2 (66,7)	
Não	19 (70,4)	8 (29,6)	

ICFER: n (%)			$p^{(1)} = 0,074$
Sim	6 (100,0)	-	
Não	14 (58,3)	10 (41,7)	

(*) Associação significativa a 5,0%

(1) Teste Exato de Fisher.

A Tabela 5 mostra que dos 4 pacientes com neoplasia um (25,0%) apresentava dor enquanto este percentual foi 26,9% entre os 26 pacientes sem neoplasia e não se comprova associação significativa entre as duas variáveis em análise.

Tabela 5 – Avaliação do sintoma dor segundo a ocorrência de neoplasia

Neoplasia	Dor		Valor de p
	Sim n (%)	Não n (%)	
Sim	1 (25,0)	3 (75,0)	$p^{(1)} = 1,000$
Não	7 (26,9)	19 (73,1)	

(1) Teste Exato de Fisher.

7 DISCUSSÃO

7.1 Idade, sexo e comorbidades

Uma revisão sistemática estadunidense evidenciou um perfil epidemiológico com média de idade de 64,3 anos (Fulton *et al.*, 2019). Nesse estudo, observou-se uma média de idade de 78,43 anos. A idade elevada (>60 anos) dos pacientes que necessitam de cuidados paliativos é um ponto em comum em diversos estudos: 75,74 anos (Faraco *et al.*, 2024), 78,53 anos (Torquato; Torquato; Santos, 2022), 65,34 anos (Araújo *et al.*, 2021). O Instituto Nacional do Câncer (INCA, 2022) destaca a idade avançada como um importante fator de risco para o desenvolvimento de neoplasia maligna, a qual, por sua vez, representa a principal condição associada à necessidade de cuidados paliativos. Além disso, projeções do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) indicam que, até 2030, o Brasil terá mais idosos do que crianças e jovens, além de previsão de um aumento de 45% na mortalidade por câncer. Cabe notar que diferenças nos perfis assistenciais podem influenciar a idade média observada: serviços que acolhem pacientes com DCNT (*e.g.* demências) tendem a lidar com indivíduos de idade ainda mais avançada, ao passo que programas voltados a paciente oncológicos podem incluir uma proporção maior de indivíduos em faixas etárias menores. Ainda assim, o predomínio de sexagenários, septuagenários ou octogenários é uma característica marcante em praticamente todas as séries estudadas sobre cuidados paliativos hospitalares.

Embora não tenha sido identificada uma diferença significativa ($p = 0,427$) na quantidade de homens e mulheres, observou-se uma discreta predominância do sexo feminino. A literatura sugere que é mais difícil observar esse tipo de cuidado no sexo masculino (Moraes e Azevedo, 2024). Em um serviço de pronto-socorro no Nordeste, 61,4% dos pacientes paliativos eram do sexo feminino (Torquato; Torquato; Santos, 2022). De modo semelhante, Alcântara e Bolela (2021) relataram 53,8% de mulheres entre os internados sob cuidados paliativos em um hospital universitário do interior paulista. Silva (2018) observou uma proporção feminina ainda maior (57,5%) em sua amostra de idosos internados em geriatria sob palição. A construção cultural da masculinidade cria a ideia de que expressar emoções é “pouco masculino” e associa a expressão emocional à fraqueza, o que pode desencorajar os homens a buscar apoio no fim da vida e a comunicar seus sentimentos e sintomas aos profissionais de saúde (Moraes e Azevedo, 2024). Um estudo brasileiro recente revelou que as mulheres procuram serviços de saúde 1,9 vezes mais do que os homens (Brasil, 2021).

Quanto às comorbidades, observou-se que 70,0% dos participantes tinham HAS, enquanto o diabetes mellitus foi identificado em 46,7% dos casos. Em estudo semelhante Torquato, Torquato e Santos (2022) observaram que a maioria dos pacientes tinha duas ou mais doenças secundárias. Esses resultados são coerentes com a faixa etária estudada, composta majoritariamente por pessoas idosas, uma vez que esse grupo apresenta maior predominância de doenças crônicas, provenientes do processo natural de envelhecimento.

7.2 Hábitos de vida

Ao analisar os hábitos de vida nesse estudo, 30,0% dos participantes relataram tabagismo e 26,7% etilismo. Em contrapartida, Bastos *et al.* (2018) encontraram percentuais mais elevados, com 56,90% apresentando histórico de tabagismo e 53,56% de etilismo. Tanto o tabagismo quanto o etilismo são fatores de risco reconhecidos para o desenvolvimento de diversos tipos de câncer, incluindo neoplasias de boca, pulmão, laringe, faringe, esôfago, pâncreas, rim, bexiga, estômago, entre outras (Connor, 2017; Pinto *et al.*, 2011). Um estudo realizado na Coreia identificou que o tabagismo esteve associado a 11,8% dos casos diagnosticados e 22,7% das mortes por câncer na Coreia (Park *et al.*, 2014). Além disso, Wunsch Filho (2013) apontou que aproximadamente 2,5 milhões de mortes globais foram atribuídas ao consumo de álcool, sendo que mais da metade desses óbitos esteve relacionada a doenças crônicas não transmissíveis, como o câncer.

7.3 Perfil de doenças

O perfil clínico dos pacientes sob cuidados paliativos com doenças de base não oncológicas foi predominantemente composto por idosos demenciados e cardiopatas. AVE esteve presente em 40,0% dos casos, enquanto a demência foi diagnosticada em 30,0% dos participantes. No estudo de Faraco *et al.* (2024), realizado em um hospital de alta complexidade na região Sul do Brasil, mais de 40% dos pacientes apresentavam doenças neurológicas, sendo demência (22,1%) e AVE isquêmico (21,4%) as mais frequentes. O estudo de Torquato, Torquato e Santos (2022) revelou que a sequela grave de AVE foi a segunda principal causa de comprometimento funcional em idosos, correspondendo a 17,54% dos casos, sendo superada apenas pela síndrome da fragilidade, que apresentou uma prevalência de 42,10%. Sabe-se que doenças neurológicas frequentemente demandam cuidados paliativos devido à sua natureza

progressiva e ao impacto na qualidade de vida dos pacientes, exigindo um suporte para controle sintomático e tratamento das complicações associadas (Faraco *et al.*, 2024).

As alterações neuropsiquiátricas, em especial o delirium – síndrome neuropsiquiátrica aguda, caracterizada por um declínio rápido da atenção, da consciência e da cognição –, representam manifestações comuns em pacientes em cuidados paliativos. A fisiopatologia do delirium no fim de vida é multifatorial, envolvendo desequilíbrios metabólicos, falência de órgão, efeitos adversos de medicações, predisposição de pacientes idosos, entre outras causas. Sua ocorrência está associada a um prognóstico desfavorável (Rebelo; Oliveira; Rocha, 2021). No presente estudo, 10% da amostra apresentou delirium.

As neoplasias permanecem entre as principais causas de admissão em cuidados paliativos, embora, neste estudo, apenas 13,3% dos participantes apresentassem essa condição (7,1% dos homens e 18,8% das mulheres). Faraco *et al.* (2024) obteve dados semelhantes, identificando que 17% dos pacientes admitidos em cuidados paliativos tinham diagnóstico de câncer. A introdução precoce dos cuidados paliativos no tratamento oncológico contribui para a melhora da qualidade de vida e a redução de hospitalizações desnecessárias, conforme enfatizado por Smith *et al.* (2018).

7.4 Perfil sintomático

Em relação aos sintomas, a dispneia foi relatada por 66,7% dos participantes, com prevalência semelhante entre os sexos. A dor foi reportada por 73,3% dos participantes. Torquato, Torquato e Santos (2022) também identificaram a dispneia como o sintoma mais frequente em pacientes paliativos, acometendo 45,7% dos casos, enquanto a dor esteve presente em 15,66%. Os autores ainda destacam que a dispneia foi o sintoma mais frequente entre os pacientes com doenças de base não oncológicas, enquanto a dor prevaleceu entre aqueles com diagnóstico oncológico. Alcântara e Bolela (2021) identificaram a dispneia como o principal motivo de internação, responsável por 24,4% das admissões. Afonso *et al.* (2022) reportaram que 45% das admissões em sua unidade paliativa ocorreram devido à dor oncológica refratária.

Os sintomas gastrintestinais foram observados em 16,7% dos participantes, com uma prevalência maior entre os homens (28,6%) em comparação às mulheres (6,3%). Um estudo retrospectivo avaliando pacientes oncológicos em cuidados paliativos identificou que 100% dos pacientes apresentaram sintomas gastrointestinais, sendo as maiores incidências de constipação (54,55%), anorexia (36,36%), diarreia (27,27%) e vômito (18,18%). Já é bem descrito na literatura que pacientes graves em cuidados paliativos apresentam redução do interesse pela

alimentação, além de sintomas como náuseas, vômitos, boca seca, alterações no paladar, diarreia, constipação e obstrução intestinal, fatores que comprometem o estado nutricional e a qualidade de vida dos indivíduos (Oliveira e Rossi, 2023).

7.5 Limitações

Este estudo possui várias limitações. Dentre elas: o tamanho reduzido da amostra (30 pacientes); o desenho retrospectivo, que dependeu da qualidade e disponibilidade dos dados registrados em prontuários, podendo levar a viés de registro; a falta de análise de variáveis psicossociais, como sintomas de sofrimento psicológico de tristeza e ansiedade; o foco exclusivo em um único hospital; a ausência de acompanhamento longitudinal, impossibilitando a análise da evolução clínica dos pacientes; e os critérios de elegibilidade restritivos, que incluíram apenas pacientes encaminhados pelo SUS, limitando a aplicabilidade dos resultados a outras populações atendidas na rede privada ou em diferentes contextos assistenciais.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo identificou que os pacientes paliativos são, em sua maioria, idosos, com média de idade de 78,43 anos, e apresentam leve predominância do sexo feminino. Observou-se ainda um perfil clínico marcado por múltiplas comorbidades, com predomínio de demência, cardiopatias e doenças de base oncológica, além da presença de sintomas como dispneia, dor e manifestações gastrointestinais.

Diante do envelhecimento populacional e do aumento da prevalência de DCNT, fica evidente que os cuidados paliativos devem ocupar um lugar central nas agendas de saúde. Para tal, torna-se premente que governos, instituições públicas e privadas e sociedade civil unam esforços para suprir o hiato existente entre a necessidade e a oferta desses cuidados. Os resultados dessa pesquisa fornecem subsídios para esse planejamento, permitindo conhecer o perfil típico dos pacientes – seus atributos demográficos e clínicos – e dimensionar corretamente equipes, insumos e estruturas necessárias. Mais do que isso, reforçam a importância de humanizar as estatísticas, lembrando que, por trás dos números, há pessoas vulneráveis que merecem um cuidado de excelência nessa fase de extrema vulnerabilidade. Essa é, afinal, a missão primordial do movimento *hospice*/paliativo moderno desde suas origens e deve continuar a nortear as práticas de saúde nas próximas décadas.

REFERÊNCIAS

- AFONSO, N.; COSTA, L. M.; PIRES, A. J. Perfil do paciente oncológico em cuidado paliativo em hospital de Criciúma/SC. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v. 51, n. 1, p. 51-62, jan./mar. 2022.
- ARAÚJO, I. F. *et al.* Perfil clínico-epidemiológico de pacientes oncológicos em cuidados paliativos: um estudo retrospectivo. **Brasília Med**, v. 58, p. 1-7, 2021.
- BASTOS, J. M. C. *et al.* Perfil de usuários com necessidades de cuidados paliativos vinculados a uma Unidade Básica de Saúde no município de Porto Alegre/RS. **Mundo Saúde**, São Paulo, v. 47, p. e13192022, 2023.
- BELL, D.; RUTTENBERG, M. B.; CHAI, E. Care of Geriatric Patients with Advanced Illnesses and End-of-Life Needs in the Emergency Department. **Clin Geriatr Med**, v. 34, n. 3, p. 453-467, ago. 2018.
- BOLELA, F.; ALCÂNTARA, L. S. Perfil sociodemográfico e clínico de pacientes internados sob cuidados paliativos. **Advances in Nursing and Health**, v. 3, 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Vigitel Brasil 2021**. Brasília: Ministério da Saúde, 2021. 128p. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/>>. Acesso em: 11 mar. 2025.
- CAPELAS, M. L. *et al.* Desenvolvimento histórico dos Cuidados Paliativos: visão nacional e internacional. **Revista Cuidados Paliativos**, v. 1, n. 1, p. 1-12, 2014. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/279191632_Desenvolvimento_historico_dos_Cuidados_Paliativos_visao_nacional_e_internacional>. Acesso em: 12 mar. 2025.
- CONNOR, J. Alcohol consumption as a cause of cancer. **Addiction**, v. 112, n. 2, p. 222-228, 2017.
- FARACO, B. R. *et al.* Perfil clínico, epidemiológico e funcional de pacientes em cuidados paliativos em hospital de alta complexidade. **Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica**, v. 22, n. 4, p. 237-243, 2024.
- FERNER, M.; NAUCK, F.; LAUFENBERG-FELDMANN, R. Palliativmedizin meets Intensivmedizin. **Anästhesiol Intensivmed Notfallmed Schmerzther**, v. 55, p. 41-53, 2020.
- FIGUEIREDO, M. G. M. C. A.; STANO, R. C. M. T. O estudo da morte e dos cuidados paliativos: uma experiência didática no currículo de medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Brasília, v. 37, n. 2, p. 298–306, abr. 2013. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rbem/a/G9qD3F4nK8hjDMFyGQPcfDk/>>. Acesso em: 12 mar. 2025.
- FREITAS, R. *et al.* Barreiras para o encaminhamento para o cuidado paliativo exclusivo: a percepção do oncologista. **Saúde em Debate**, v. 46, n. 133, p. 331-345, abr.-jun. 2022.
- FULTON, J. J. *et al.* Integrated outpatient palliative care for patients with advanced cancer: a systematic review and meta-analysis. **Palliative Medicine**, v. 33, n. 2, p. 123-134, 2019.

GOMES, A. L. Z.; OTHERO, M. B. Cuidados paliativos. **Estudos Avançados**, São Paulo, v. 30, n. 88, p. 155–166, 2016. Disponível em: <<https://www.revistas.usp.br/eav/article/view/124275>>. Acesso em: 12 mar. 2025.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. **INCA celebra Dia Mundial de Cuidados Paliativos**. Rio de Janeiro: INCA, 2021. Disponível em: <<https://www.gov.br/inca/pt-br/canais-de-atendimento/imprensa/releases/2021/inca-celebra-dia-mundial-de-cuidados-paliativos>>. Acesso em: 11 mar. 2025.

JUSTINO, E. T. *et al.* Palliative care in primary health care: Scoping review. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 28, p. 1-11, 2020.

MORAES, L. M.; AZEVEDO, T. C. R. Perfil dos pacientes com necessidade de cuidados paliativos em enfermagem de hospital público terciário no Nordeste do Brasil. **Latin American Journal of Palliative Care**, v. 3, 2024.

NATIONAL CANCER INSTITUTE. **Cancer Stat Facts** [Internet]. 2022.

OLIVEIRA, L. K. M.; ROSSI, G. P. C. Associação entre o perfil nutricional, via de alimentação e sintomas gastrointestinais de pacientes hospitalizados em cuidados paliativos. **Revista da Associação Brasileira de Nutrição**, v. 14, n. 1, p. 1-13, 2023.

PAIVA, C. F. *et al.* Trajetória dos Cuidados Paliativos no mundo e no Brasil. In: PERES, M. A. A. *et al.* (Orgs.). **Potencial interdisciplinar da enfermagem: histórias para refletir sobre o tempo presente**. Brasília, DF: Editora ABEn, 2022. p. 41-49. Disponível em: <<https://doi.org/10.51234/aben.22.e09.c04>>. Acesso em: 12 mar. 2025.

PARK, S.; JEE, S. H.; SHIN, H. R. *et al.* Fração atribuível do tabagismo no câncer usando dados de incidência e mortalidade por câncer em todo o país de base populacional na Coreia. **BMC Cancer**, v. 14, p. 406, 2014.

PEREIRA, P. H. *et al.* Perfil sociodemográfico e clínico de pacientes encaminhados para a equipe de cuidados paliativos. **Revista Pesquisa Cuidado Fundamental**, 2023.

PINTO, F. R. *et al.* Manutenção do tabagismo e etilismo em pacientes tratados por câncer de cabeça e pescoço: influência do tipo de tratamento oncológico empregado. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 57, p. 171-176, 2011.

REBELO, C.; OLIVEIRA, H.; ROCHA, M. C. An Overview of Delirium in the Community Setting. **Gaz Med**, v. 8, n. 4, 2021.

RIBEIRO, J. R.; POLES, K. Cuidados Paliativos: Prática dos Médicos da Estratégia Saúde da Família. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 43, n. 3, p. 62–72, 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1981-52712015v43n3RB20180172>>. Acesso em: 12 mar. 2025.

RODRIGUES, L. F.; SILVA, J. F. M.; CABRERA, M. Cuidados paliativos: percurso na atenção básica no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 38, n. 9, 2022.

SANTANA, M. A. G. *et al.* Implantação precoce dos cuidados paliativos no pronto-socorro: revisão integrativa. **Conjecturas**, v. 22, n. 7, p. 245-264, 2022.

SCHLICK, C. J. R.; BENTREM, D. J. Timing of palliative care: when to call for a palliative care consult. **Journal of Surgical Oncology**, v. 120, n. 1, p. 30-34, jul. 2019.

SILVA, S. C. V. **Perfil dos pacientes em cuidados paliativos internados em enfermaria de geriatria**. 2018. 48 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Geriatria) – Hospital do Servidor Público Municipal, São Paulo, 2018.

SMITH, T. J. *et al.* Palliative care and oncology: The evidence for improvement in quality of life. **Journal of Clinical Oncology**, v. 36, n. 6, p. 518-525, 2018.

TORQUATO, A. C. C. S.; TORQUATO, L. P. C. S.; SANTOS, T. O. C. Perfil clínico-epidemiológico dos pacientes em cuidados paliativos atendidos em um serviço de urgência geral. **Medicina (Ribeirão Preto)**, v. 55, n. 3, p. e-194445, 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **National Cancer Control Programmes: Policies and Managerial Guidelines**. 2. ed. Geneva: WHO, 2002. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42494/9241545577.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 11 mar. 2025.

WÜNSCH FILHO, V. Consumo de bebidas alcoólicas e risco de câncer. **Revista USP**, n. 96, p. 37-46, 2013.

APÊNDICE A– INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Nome:	Idade:	Sexo: F () M ()
Comorbidades: HAS () DM () NEGA () OUTRA:		
Hábitos de vida: Etilismo () Tabagismo ()		
Diagnostico Principal:		
Diagnósticos Secundários:		
Setor de origem: Enfermaria Clinica () Enfermaria Cardiológica () UTI ()		
Sintoma Principal: Dor () Dispneia () Disfagia () Outro:		
Desfecho: Óbito () Alta () Transferência ()		