

CUIDADO É FUNDAMENTAL

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO • ESCOLA DE ENFERMAGEM ALFREDO PINTO

PESQUISA

DOI: 10.9789/2175-5361.rpcfo.v12.9454

Caracterização de Pacientes Elegíveis para Cuidados Paliativos em Unidades de Internação de um Hospital Universitário

Characterization of Patients Eligible for Palliative Care in Hospital Admission Units of a University Hospital

Caracterización de Pacientes Elegibles para Cuidados Paliativos en Unidades de Internación de un Hospital Universitario

Adriana Coutinho Leite^{1*}; Maria Eliane Moreira Freire²; Adriana Marques Pereira de Melo Alves³; Thiago Lins Costa Almeida⁴; Luciana Maria Bernardo Nóbrega⁵; Josefa Cristina Gomes Barbosa⁶

Como citar este artigo:

Leite AC, Freire MEM, Alves AMPM, et al. Caracterização de Pacientes Elegíveis para Cuidados Paliativos em Unidades de Internação de um Hospital Universitário. Rev Fun Care Online.2020. jan./dez.; 12:710-715. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v12.9454>

ABSTRACT

Objective: The study's main goal has been to characterize eligible patients for palliative care admitted to a university hospital. **Method:** This is a descriptive, cross-sectional, and quantitative study. Population sample was adopted, selecting patients over 18 years old, diagnosed with chronic disease, admitted to a university hospital, from June to July, 2019. **Results:** 44 patients participated, 29 (65.9%) female, 21 (47.7%) age group above 60 years old, 28 (63.6%) not married, 36 (81.8%) living with family; 23 (52.3%) admitted to the medical clinic, 39 (88.6%) reporting previous hospitalizations; 21 (45.5%) had heart disease, cancer or diabetes, 37 (84.1%) with comorbidities, 40 (90.9%) with continuous use medications, 24 (54.5%) smokers and 18 (40.9%) alcoholics. 95.5% of the participants were eligible for palliative care, using the instrument "Palliative Care Screening Tool" and 4.5% were under clinical observation. **Conclusion:** The research found that most participants in this study, suffering from chronic diseases and hospitalized, were indicated as eligible for palliative care, according to the scale Palliative Care Screening Tool.

Descriptors: Chronic disease, Palliative care, Screening, Inpatient care units, Quality of life.

¹ Enfermeira. Especialista em Terapia Intensiva. Especialista em Cuidados Paliativos. Enfermeira Assistencial da Unidade de Terapia Intensiva do Hospital Universitário Lauro Wanderley/EBERSH – UFPB. Membro do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Bioética e Cuidados Paliativos – UFPB. João Pessoa – Paraíba – Brasil

² Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Adjunto do Departamento de Enfermagem Clínica do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba – UFPB. Enfermeira Assistencial do Hospital Universitário Lauro Wanderley/EBSERH – UFPB. João Pessoa – Paraíba – Brasil.

³ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem Clínica do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba – UFPB. Coordenadora do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Bioética e Cuidados Paliativos. UFPB. João Pessoa – Paraíba – Brasil.

⁴ Médico. Doutor em Oncologia. Professor Titular da Universidade Federal da Paraíba – UFPB. João Pessoa – Paraíba – Brasil.

⁵ Enfermeira. Graduada e Licenciada em Enfermagem. Residente Multiprofissional em Saúde Hospitalar com ênfase em Paciente Crítico no Hospital Universitário Lauro Wanderley/EBSERH – UFPB. João Pessoa – Paraíba – Brasil.

⁶ Enfermeira. Graduada em Enfermagem. Residente Multiprofissional em Saúde Hospitalar com ênfase em Paciente Crítico no Hospital Universitário Lauro Wanderley/EBSERH – UFPB. João Pessoa – Paraíba – Brasil.

RESUMO

Objetivo: Caracterizar pacientes elegíveis para cuidados paliativos internados em um hospital universitário. **Método:** Estudo descritivo, transversal, quantitativo. Adotou-se amostra populacional, por conveniência, selecionando pacientes maiores de 18 anos, internados num hospital universitário, apresentando diagnóstico de doenças crônicas, no período de junho a julho de 2019. **Resultados:** Participaram 44 pacientes: 21 (47,7%) acima de 60 anos, 29 (65,9%) do sexo feminino, 28 (63,6%) não casados, 36 (81,8%) morando com familiares; 23 (52,3%) internados na clínica médica, 39 (88,6%) relataram internações anteriores, 20 (45,5%) apresentaram doença cardíaca, câncer ou diabetes, 37 (84,1%) com comorbidades, 40 (90,9%) com medicações de uso contínuo, 24 (54,5%) tabagistas e 18 (40,9%) etilistas. Foram elegíveis pela *Palliative Care Screening Tool*, 95,5% dos participantes para cuidados paliativos e 4,5% ficaram em observação clínica. **Conclusão:** O estudo verificou que a maioria dos participantes deste estudo, acometidos por doenças crônicas e internados no hospital, foi indicado como elegíveis para os cuidados paliativos, segundo a escala *Palliative Care Screening Tool*.

Descritores: Doenças crônicas, Cuidados paliativos, Triagem, Unidades de internação, Qualidade de vida.

RESUMEN

Objetivo: El propósito del trabajo es caracterizar a pacientes elegibles para cuidados paliativos internados en un hospital universitario. **Método:** Este es un estudio descriptivo, transversal, y cuantitativo, en el que se adoptó una muestra de población, seleccionando pacientes mayores 18 años, presentando diagnóstico de enfermedad crónica, internados en un hospital universitario, en el período de junio a julio de 2019. **Resultados:** Participaron 44 pacientes, 29 (65,9%) del sexo femenino, 21 (47,7%) franja de edad superior a 60 años, 28 (63,6%) no casados, 36 (81,8%) viviendo con familiares; 23 (52,3%) internados en la clínica médica, 39 (88,6%) relatando internaciones anteriores; 20 (45,5%) tenían enfermedad cardíaca, cáncer y diabetes, 37 (84,1%) con comorbilidades, 40 (90,9%) con medicaciones de uso continuo, 24 (54,5%) fumadores y 18 (40,9%) alcohólicos. Fueron elegibles por la *Palliative Care Screening Tool*, 95,5% de los participantes para cuidados paliativos y 4,5% estaban bajo observación clínica. **Conclusión:** La investigación encontró que la mayoría de los participantes en este estudio, que padecían enfermedades crónicas y estaban hospitalizados, estaban indicados como elegibles para cuidados paliativos, según la escala *Palliative Care Screening Tool*.

Descriptorios: Enfermedades crónicas, Cuidados paliativos, Clasificación, Unidades de internación, Calidad de vida.

INTRODUÇÃO

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são um problema de saúde de grande destaque mundial. No Brasil, são apontadas como responsáveis por estarem entre as principais causas de adoecimento e internações hospitalares e por cerca de 72% dos óbitos, atingindo diversas camadas socioeconômicas, principalmente grupos com maior fragilidade, como idosos, analfabetos e pessoas com baixa renda.¹ As transformações sociais e econômicas propiciaram mudanças no estilo de vida da sociedade, as quais, aliadas a uma maior expectativa de vida da população, culminaram com o aumento da incidência das DCNT mundialmente.^{2,3}

Estudos mostram que essas doenças caracterizam-se por

períodos prolongados de latência, de etiologia incerta, estão relacionadas a fatores de risco variados, geralmente ligadas a deficiências e incapacidades funcionais, apresentam longo curso de manifestações clínicas e são responsáveis por 63% das mortes em todo o mundo.⁴ Elas vêm ocasionando uma elevação no número de mortes prematuras, com perda progressiva da qualidade de vida do paciente, levando a um alto grau de dependência, maior necessidade de cuidados contínuos e prolongando o sofrimento até o óbito.^{5,6}

Com os avanços tecnológicos na saúde, a média de vida do povo brasileiro passou dos 45 anos de idade, em 1940, para mais de 72 anos, em 2008, e, pela projeção do IBGE, o Brasil vai continuar caminhando para o crescimento da média de vida da população, chegando aos mais de 81 anos, em 2050.⁷ Essa tecnologia proporciona o desenvolvimento de técnicas que auxiliam no manejo das doenças crônicas, e, conseqüentemente, um aumento da expectativa de vida da população, e uma mudança do perfil de pacientes internados nos hospitais.⁸ Observa-se que o tempo de vida tem se estendido e o processo de morte se alonga na mesma proporção, muitas vezes causando mais sofrimento para as pessoas acometidas com doenças crônicas e incapacitantes, prolongando o tempo de permanência delas no ambiente hospitalar.⁹

Para as condições com risco de morte iminente ou que limitem a sobrevida do paciente, surgem, como medida terapêutica, os cuidados paliativos (CP). Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), o CP é uma abordagem que visa melhorar a qualidade de vida dos pacientes e seus familiares diante de uma doença ameaçadora à vida, prevenindo o sofrimento através da identificação precoce, avaliação e tratamento impecáveis da dor e de outros sintomas, sejam eles psicológicos, sociais e/ou espirituais.^{6,10}

Na abordagem paliativa, o foco do cuidado não é a doença, mas o doente, seus familiares e sua história de vida, com uma filosofia que ampara, de forma completa, pacientes com doenças crônicas, progressivas, a reconhecer que a morte é um processo natural da vida.⁹

No Brasil, a indicação de CP ainda é um desafio. Observa-se que, para muitos, a inclusão de um paciente nessa abordagem é algo desesperador, pois sinaliza que a pessoa está em processo de terminalidade. Estudos mostram, também, que o diagnóstico e a comunicação do quadro de irreversibilidade de uma doença e a indicação do paciente para a abordagem paliativa têm sido de responsabilidade apenas do profissional médico. Porém, a indicação e intervenção desses cuidados deve agrupar os conhecimentos e habilidades de uma equipe multiprofissional que auxilie o paciente e sua família na adaptação das transformações impostas pela doença.^{6,11}

Para a indicação de pacientes elegíveis para CP, a maioria dos pesquisadores utiliza escalas de grau de capacidade funcional. O “*Center to Advance Palliative Care*” (CAPC), nos Estados Unidos, sugere aos hospitais

com programas de CP a utilização da escala de triagem “*Palliative Care Screening Tool*” (PCST).⁶ O uso dessa escala tem como objetivo avaliar os pacientes através de critérios pré-definidos e considerar a necessidade ou não de se empregar cuidados paliativos.¹²

Considerando que há um aumento na prevalência de pacientes com DCNT no âmbito mundial, e que há também um aumento no número de internações hospitalares, associadas a essas doenças, no Brasil, e visto que os CP para doenças crônicas, ameaçadoras à vida, são uma alternativa para proporcionar qualidade de vida a esses pacientes nos hospitais, faz-se necessário realizar uma identificação, com o propósito de caracterizar e eleger, utilizando ferramentas que possam indicá-los ou não a esses cuidados.

Com essa perspectiva, o presente estudo teve como objetivo geral caracterizar pacientes elegíveis para CP internados nas unidades de internação de um hospital universitário. A iniciativa de verificar a prevalência de pacientes com indicação para os CP, poderá ser considerada uma importante evidência científica quanto à necessidade de se instituir uma unidade de CP no serviço, promovendo uma atenção integrada, humanizada e compatível com as necessidades assistenciais requeridas por esses pacientes.

MÉTODOS

Estudo de caráter descritivo, observacional, transversal e com abordagem quantitativa, realizado nas seguintes unidades de internação: clínica médica, clínica cirúrgica e Unidade de Terapia Intensiva (UTI) de um hospital universitário, localizado na cidade de João Pessoa, Paraíba.

Realizou-se um estudo populacional, composto por 53 participantes, considerando-se todos os pacientes acessados no período da coleta de dados, que ocorreu de junho a julho de 2019, e que atendessem aos critérios de inclusão - pacientes com diagnóstico de base de doenças crônicas e assistidos nas unidades de internação do referido hospital; e, ao critério de exclusão - pacientes com idade inferior a 18 anos.

Dos 53 pacientes que atenderam aos critérios estabelecidos, nove não foram incluídos no estudo por não aceitarem a participação ou por incapacidade de obtenção da anuência do paciente ou de seu responsável. Desta forma, participaram do estudo 44 pacientes.

Os dados foram coletados a partir do preenchimento de um instrumento contemplando dados sociodemográficos e clínicos dos pacientes selecionados para o estudo, contendo variáveis necessárias para atendimento dos objetivos propostos e anotações contidas nos prontuários deles. Com os dados obtidos, foi possível preencher os itens da escala PCST fornecida pelo CAPC (**Tabela 1**). Esta escala inclui quatro critérios de avaliação: doença de base; doenças associadas; condição funcional e condições pessoais dos pacientes, com a seguinte graduação: até 2 pontos, não há indicação de cuidados paliativos; 3 pontos, o paciente fica

em observação clínica; maior ou igual a 4 pontos, considerar cuidados paliativos. Essa graduação tem a finalidade de identificar a necessidade ou não desses cuidados para os pacientes avaliados. Ressalta-se que não foram encontradas evidências de validação dessa escala no Brasil, apesar de ter sido utilizada em estudos anteriores.^{6,12}

Tabela 1 – Escala Palliative Care Screening Tool¹²

Palliative Care Screening Tool ¹²	
Critério número 1	Doenças de base - 2 pontos para cada subitem:
	1. Câncer - Metástases e/ou recidivas;
	2. Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) avançada - repetidas exacerbações;
	3. Sequela de Acidente Vascular Cerebral (AVC) – decréscimo da função motora ≥50%;
	4. Insuficiência Renal Grave - Clearance de Creatinina < 10ml/min;
	5. Doença Cardíaca Grave - Insuficiência Cardíaca Congestiva (ICC) com fração de e (FE) do Ventrículo Esquerdo FE < 25%, Miocardiopatia, Insuficiência Coronária significativa;
	6. Outras doenças limitantes à vida do paciente;
Critério número 2	Doenças associadas - 1 ponto para cada subitem:
	Doença Hepática;
	Doença Renal Moderada - Clearance de Creatinina < 60ml/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, levando em consideração a capacidade realizar atividades habituais do cotidiano, atos de cuidados pessoais e número de 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 de ajuda em período integral, confinado à cama ou cadeirante)
Critério número 4	Condições pessoais - 1 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 internado em UTI com mau prognóstico
	A soma dos subitens justificará a indicação ou não de Cuidados Paliativos:
	Até dois pontos - sem indicação de CP
	Até três pontos - observação clínica
	Maior ou igual a quatro pontos - considerar Cuidados Paliativos

Para a credibilidade do estudo, foi utilizada também a “*Palliative Performance Scale*” (PPS), escala utilizada pela *Victoria Hospice Society*, no Canadá, e adotada pela Associação Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP) no Brasil. Ela avalia o estado funcional do paciente, através de cinco dimensões: deambulação; atividade e evidência de doença; autocuidado; ingestão e nível de consciência. Seu escore varia de 10% a 100%, e quanto mais alto o escore, melhor o estado funcional do paciente.¹³

Os dados coletados foram compilados em um banco de dados e submetidos à análise estatística, de maneira descritiva, com medidas de frequência (números e porcentagens) e os resultados foram organizados por meio de tabelas e gráficos. Após análise, os dados foram discutidos à luz da literatura e de evidências científicas relacionadas ao tema proposto.

Foram levados em consideração os aspectos éticos preconizados pela Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta a pesquisa em seres humanos. A coleta de dados só teve início após a apreciação e a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Lauro Wanderley, da Universidade Federal da

Paraíba, (CAAE:13377319.3.0000.5183) através do parecer consubstanciado (Emenda) de número 3.461.861, em 19 de julho de 2019.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram, do estudo, 44 pacientes internados em um hospital universitário, com características sociodemográficas e clínicas apresentadas na **Tabela 2**.

Tabela 2 - Caracterização sociodemográfica e clínica dos pacientes internados em um hospital universitário no período de junho a julho de 2019. João Pessoa, PB, Brasil, 2019.

Características Sociodemográficas e Clínicas (n=44)		
Variável	Pacientes	Porcentagem
Idade		
27-40	8	18,2
41-59	15	34,1
60-90	21	47,7
Sexo		
Feminino	29	65,9
Masculino	15	34,1
Estado Civil		
Solteiro/Divorciado/Viúvo	28	63,6
Casado/União Estável	16	36,4
Arranjo Familiar		
Mora Sozinho	6	13,7
Mora com Familiares	36	81,8
Outros	2	4,5
Unidade de Internação		
Clínica Médica	23	52,3
Unidade de Terapia Intensiva	17	38,6
Clínica Cirúrgica	4	9,1
Internações Anteriores		
Sim	39	88,6
Não	5	11,4
Medicamentos Uso Contínuo		
Sim	40	90,9
Não	4	9,1
Tabagistas		
Sim	24	54,5
Não	20	45,5
Etilista		
Sim	18	40,9
Não	26	59,1
Total	44	100,0

Com relação à idade, houve predominância na faixa etária entre 60 a 90 anos, 21 (47,7%). A maioria era do sexo feminino, 29 (65,9%) participantes; estavam sem companheiro(a), 28 (63,6%), estando na condição de solteiro, divorciado, separado ou viúvo; e 36 (81,8%) moravam com familiares.

Quanto às características clínicas, observou-se que a maioria dos participantes se encontrava na unidade de clínica médica e de terapia intensiva, correspondendo a 23 (52,3%) e 17 (38,6%), respectivamente. Evidenciou-se ainda que 39 (88,6%) participantes relataram internações anteriores e 40 (90,9%) deles faziam uso contínuo de medicamentos.

Com relação ao hábito de uso do tabaco, houve uma pequena variação entre os que fumavam e não fumavam, correspondendo a quatro (9,1%) participantes, ressaltando que a maioria, 24 (54,5%), afirmou positivamente. No tocante ao consumo de álcool, observou-se que a maioria não relatou ter este hábito, representado por 26 (59,1%)

participantes. Foram considerados tabagistas e etilistas todos os pacientes que têm ou já tiveram esses hábitos em algum momento da vida.

Sobre a prevalência de doenças crônicas e a presença ou não de comorbidades, extraídas dos dados do estudo, ilustradas na **Tabela 3**, verificou-se que a doença cardíaca, o câncer e o diabetes foram os diagnósticos médicos mais prevalentes, totalizando 20 (45,5%) participantes.

Tabela 3 - Prevalência de doenças crônicas e presença de doenças associadas nos pacientes internados nas unidades de internação de um hospital universitário, no período de junho a julho de 2019. João Pessoa-PB, Brasil, 2019.

Doenças Crônicas (n=44)		
	Número de Pacientes	Porcentagem
Doença Cardíaca	8	18,2
Câncer	7	15,9
Diabetes	5	11,4
Doença Hepática	4	9,1
AVE	3	6,8
DPOC	3	6,8
Doença Neurológica	2	4,5
Doença Renal	1	2,3
Outras doenças	11	25,0
Total	44	100,0
Doenças Associadas (n=44)		
	Número de Pacientes	Porcentagem
Sim	37	84,1
Não	7	15,9
Total	44	100,0

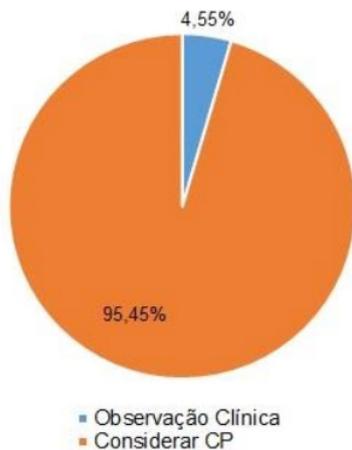
A **Tabela 4** mostra os resultados acerca dos critérios de elegibilidade para os CP. Utilizando a PPS, observou-se que 33 (75,0%) pacientes apresentaram escore menor ou igual a 50,0%, com indicativo de CP pelo critério de funcionalidade, ao passo que 11 (25,0%) pacientes tiveram escores maior que 50,0%.

Tabela 4 - Percentual de performance paliativa de pacientes internados em um hospital universitário, no período de junho a julho de 2019. João Pessoa-PB, Brasil, 2019

Performance Paliativa (n = 44)		
PPS%	Pacientes	Porcentagem
10%	3	6,8
30%	18	40,9
40%	4	9,1
50%	8	18,2
60%	7	15,9
70%	2	4,5
80%	1	2,3
90%	1	2,3
Total	44	100,0

Após a avaliação da capacidade funcional dos pacientes pela PPS, foi utilizada a PCST, que permitiu uma avaliação quanto à indicação dos CP, através de critérios definidos de doenças de base, doenças associadas, funcionalidade e aspectos pessoais do paciente¹². Os resultados apresentados pela PCST foram que 42 (95,5%) pacientes foram considerados elegíveis para os Cuidados Paliativos, e dois (4,5%) ficaram em observação clínica (**Gráfico 1**).

Gráfico 1 – Percentual dos pacientes elegíveis para cuidados paliativos, segundo a escala PCST, internados em hospital universitário, no período de junho a julho de 2019. João Pessoa-PB, Brasil, 2019 (n=44)



Avanços tecnológicos na saúde estimularam o prolongamento da vida, porém o uso dessas tecnologias, de maneira inadequada, pode promover mais sofrimento ao paciente que se encontra com uma doença crônica e em estágio avançado.¹⁴ É necessário pensar sobre o caminho mais adequado para a aplicação dos serviços e políticas de saúde, que disponibilize um suporte seguro para esses pacientes até o final da vida.⁶

A pesquisa mostrou que a faixa etária com maior prevalência de doenças crônicas foi entre 60 e 90 anos. Estudos relatam que essa prevalência em idosos é bastante significativa, e que a diminuição da capacidade funcional nesses pacientes os tornam bastante dependentes. A visão atual dos gestores deve estar voltada para ações e investimentos que favoreçam a qualidade de vida desse idoso, acometido por doença crônica e incapacitante.²

O maior número de pacientes com doenças crônicas foi do sexo feminino. Estudos sobre sociedades industrializadas, no que diz respeito à diferença de gênero em relação à saúde, revelaram que as mulheres, apesar de viverem mais que os homens, apresentam maior morbidade, pois se preocupam mais com a saúde, utilizam os serviços e têm acesso aos diagnósticos e tratamentos.¹⁵

Pesquisas constataram que os quatro grupos principais de DCNT, responsáveis pela maioria dos casos de óbitos (80,7%) no mundo, estavam relacionadas às doenças cardiovasculares, às neoplasias malignas, às doenças respiratórias e ao diabetes.¹⁶ No presente estudo, as principais doenças crônicas encontradas foram as doenças cardíacas, seguidas de câncer e diabetes. Em Minas Gerais, no Brasil, pesquisa aplicando um questionário compilado do “*Supportive and Palliative Care Indications Tool*” (SPCIT), constatou que a principal causa para indicação de CP remete a doenças cardiovasculares (32,3%).¹⁷ Estudo realizado em *Alice Springs*, Austrália, revelou que o segundo maior grupo de pacientes aborígenes, utilizando os serviços

de CP, foram de doenças cardiovasculares e respiratórios, ambos com 8% dos casos.¹⁸ Observa-se um alto índice de pacientes com doenças cardíacas, com pontuações indicativas de CP, assim, é importante avaliar, não apenas o paciente oncológico para esses cuidados, mas também o portador de outras doenças crônico-degenerativas, com grau de dependência física e social elevados.¹²

No que diz respeito ao local de internação, o estudo revelou que, apesar de a maioria estar internada na clínica médica, obteve-se um número expressivo de pacientes na UTI. No contexto dos CP, a equipe deve estar atenta para promover uma assistência humanizada, evitando tratamentos fúteis que resultem em perda da dignidade humana na fase terminal.¹⁴ Dessa forma, a utilização das tecnologias disponíveis em ambiente de UTI, como mecanismo de cura de pacientes com restrição terapêutica, muitas vezes promove o prolongamento do morrer.^{14,19}

As DCNT, em geral, também estão associadas com quatro principais fatores de risco: uso do cigarro, falta de atividade física, alimentação inadequada e consumo prejudicial de bebidas alcoólicas.¹⁶ Nesse estudo, pode-se observar 24 (54,5%) participantes tabagistas e 18 (40,9%) etilistas. Aliados aos fatores de risco, o estudo avaliou outros critérios importantes como: doenças associadas, internações anteriores, e uso de medicações contínuas. Os resultados foram que 37 (84,1%) pacientes apresentaram doenças associadas, 39 (88,6%) foram internados anteriormente, e 40 (90,9%) declararam utilizar medicamentos de uso contínuo. Nesse sentido, conhecer como se comportam as DCNT, os fatores de risco, a ocorrência de internações, entre outros fatores, é essencial para nortear o planejamento e a tomada de decisões.¹⁹

Os CP são uma resposta aplicada aos desequilíbrios consequentes de doenças crônicas, progressivas, com o objetivo de prevenir o sofrimento gerado por elas, proporcionando qualidade de vida aos doentes e suas famílias.¹⁹ Porém, eleger pacientes que se encaixam nos critérios dos CP é um desafio. Estudos mundiais propõem a utilização de escalas de triagem para indicar esses pacientes.¹²

O uso da escala PCST revelou que 42 (95,5%) pacientes preencheram critérios de indicação para CP, ao passo que dois (4,5%) foram colocados em observação clínica. Caso o estudo tivesse levado em consideração apenas a avaliação funcional, 11 (25%) pacientes, que apresentaram a PPS maior que 50%, não estariam indicados para a abordagem paliativa. Corroborando com pesquisa anterior, a utilização da PCST possibilitou a inclusão de pacientes como elegíveis para os CP, que seriam excluídos se a avaliação tivesse sido realizada apenas utilizando uma escala de funcionalidade.⁶

A caracterização de pacientes com diagnósticos de DCNT, internados em unidades hospitalares, elegíveis para CP, pode gerar subsídios para a necessidade de implantação de unidades de CP em todos os serviços hospitalares que internam pacientes com doenças crônicas e que não

apresentam possibilidade de cura, porém necessitam de cuidados que promovam qualidade de vida.

Com relação às limitações, o estigma que há em relação aos CP dificultou a aceitação de pacientes e familiares na participação da pesquisa, visto que, para eles, os CP é um abandono ao tratamento e nada mais será feito. Outra limitação é o fato de a escala aplicada não ser validada no Brasil, apesar de ter sido utilizada em pesquisas anteriores. Nesse sentido, pesquisas posteriores podem estar voltadas para a validação da mesma, que pode ser uma valiosa ferramenta para elegibilidade dos CP.

Contudo, o estudo apresenta contribuições relevantes para o conhecimento do perfil de pacientes com doenças crônicas e elegíveis para CP, servindo de base para a tomada de decisões no que diz respeito ao tratamento e a qualidade de vida dos mesmos.

CONCLUSÕES

O estudo evidenciou a prevalência das doenças crônicas, mostrou que elas possuem múltiplos fatores de risco, e quando associadas a outras comorbidades, deixam os pacientes mais incapacitados, necessitando de uso de medicações contínuas e internações hospitalares frequentes, muitas vezes em UTI.

Verificou que a maioria dos indivíduos avaliados, acometidos por DCNT, internados no hospital, foram indicados como elegíveis para os CP pela escala PCST. Observou que, mesmo quanto aos indivíduos que apresentaram PPS acima de 50%, apenas dois não tinham indicação para os CP, porém ficaram em observação clínica de acordo com a escala.

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, sendo primordiais outros estudos que avaliem sua aplicação em hospitais e promovam sua validação no Brasil.

REFERÊNCIAS

1. Malta DC, Morais Neto OLM, Silva Júnior JB. Apresentação do plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 2011 a 2022. *Epidemiol Serv Saúde*. 2011; 20(4): 425-438.
2. Veras RP. Estratégias para o enfrentamento das doenças crônicas: um modelo em que todos ganham. *Rev Bras Geriatria e Gerontologia*. 2011; 14(4): 779-786.
3. Etkind SN, Bone AE, Gomes B, Lovell N, Evans CJ, Higginson IJ, et al. How many people will need palliative care in 2040? Past trends, future projections and implications for services. *BMC Medicine*. 2017; 15:102. DOI: 10.1186/s12916-017-0860-2.
4. Baumgartel C, Onofrei M, Lacerda LLV, Grillo LP, Mezadri T. Fatores de risco e proteção de doenças crônicas em adultos: estudo de base populacional em uma cidade de médio porte do Sul do Brasil. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2016; 11(38):1-13. [http://dx.doi.org/10.5712/rbmf11\(38\)1248](http://dx.doi.org/10.5712/rbmf11(38)1248).
5. Malta DC, Moura L, Prado RP, Escarlate JC, Schmidt MI, Duncan BB. Mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis no Brasil e suas regiões, 2000 a 2011. *Epidemiol Serv Saúde*, 2014; 23(4): 599-608.

6. Marcucci FCI, Perilla AB, Brun MM, Cabrera MAS. Identificação de pacientes com indicação de cuidados paliativos na estratégia de saúde da família: estudo exploratório. *Cad Saúde Coletiva*. 2016; 24(2):145-152. DOI: 10.1590/1414-462X201600020012
7. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Agência de notícias: sala de imprensa: População brasileira envelhece em ritmo acelerado. 2008. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/13577-asi-ibge-populacao-brasileira-envelhece-em-ritmo-acelerado>
8. Cassettari AJ, Moritz RD. Pacientes críticos elegíveis para ação paliativista. *ACM Arq Catarin Med*. 2015; 44(2):60-73.
9. Maia FV, Santos TR, Ribeiro IM. Ortotânasia em unidade de terapia intensiva sob a ótica dos profissionais. *Rev Cuidarte Enfermagem*. 2015; 9(1):36-43.
10. World Health Organization. Definition of palliative care [internet]. Geneva: WHO, 2019. Available from: <https://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>
11. Rodrigues LA, Ligeiro C, Silva M. Cuidados paliativos, diagnósticos e terminalidade: indicação e início do processo de palição. *Rev Cuidarte Enfermagem*. 2015; 9(1):26-35.
12. Lucchetti G, Badan Neto AM, Ramos SAC, Faria LFC, Granero ALO, Pires SL, et al. Uso de uma escala de triagem para cuidados paliativos nos idosos de uma instituição de longa permanência. *Geriatr Gerontol Aging*. 2009; 3(3):104-108.
- 13 – Maciel MGS, Carvalho RT. Palliative performance scale. Versão 2. Tradução brasileira para língua portuguesa. 2009; São Paulo. Disponível em: https://www.victoriahospice.org/sites/default/files/ppls_portuguese_0.pdf
14. D'Arco C, Ferrari CMM, Carvalho LVB, Priel MR, Pereira, LL. Obstinação terapêutica sob o referencial bioético da vulnerabilidade na prática da enfermagem. *O Mundo da Saúde*. 2016; 40(3): 382-389.
15. Santos MAS, Oliveira MM, Andrade SSCA, Nunes ML, Malta DC, Moura L. Tendências da mortalidade hospitalar por doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 2002 a 2012. *Epidemiol Serv Saúde*. 2015; Brasília. 24(3): 389-398.
16. Duncan BB, Chor D, Aquino EML, Bensenor IM, Mill JG, Schmidt MI, et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: prioridade para enfrentamento e investigação. *Rev Saúde Pública*. 2012; 46 (Supl): 126-34.
17. Faria JAM, Ferreira LG, Vieira MAB, Cosenza NN, Alvarenga PP, Figueiredo PL. Perfil dos pacientes com indicação de cuidados paliativos no Hospital Júlia Kubstchek. *Rev Med Minas Gerais*. 2015; 25(1):25-29.
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 apalliative and chronic disease respite facility. *BMC Palliative Care*. 2017; 16(1):54 DOI: 1001186/s12904-017-0247-3.
19. Guliní 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 Enf USP*. 2018; 52:e 03342. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X20170023203342>.
20. Carvalho MIL. Cuidados paliativos em Portugal: configuração e desenvolvimento da formação breve graduada e pós-graduada. *Re. Kairós Ger São Paulo*. 2012; 15(2): 05-12.

Recebido em: 04/02/2019

Revisões requeridas: 27/11/2019

Aprovado em: 07/02/2020

Publicado em: 05/06/2020

***Autor Correspondente:**

Adriana Coutinho Leite

Rua Philadelpho Pinto de Carvalho, 167-Apto. 2102, 167A

Bessa, João Pessoa, PB, Brasil

E-mail: adrianacoule@gmail.com

CEP: 58.036-105