

**PERFIL DEMOGRÁFICO E CLÍNICO DE PACIENTES ATENDIDOS EM UM
SERVIÇO DE CUIDADOS PALIATIVOS NO ESTADO DE PERNAMBUCO,
BRASIL**

DEMOGRAPHIC AND CLINICAL PROFILE OF PATIENTS AT A PALLIATIVE
CARE UNIT IN PERNAMBUCO STATE, BRAZIL

Ana Carolina Toscano Coelho Bezerra Costa¹, Ana Rita Gonzalez Torreão¹, Natália
Virgínia da Costa Borba¹, Thaís dos Anjos Bezerra¹, Mirella Rebello^{1,2}, Suely Arruda
Vidal²

1 Faculdade Pernambucana de Saúde – FPS

2 Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira – IMIP

Reconhecimento do apoio ao estudante: Faculdade Pernambucana de Saúde – FPS
através do Programa de Iniciação Científica – PIC

Autora correspondente: Ana Carolina Toscano Coelho Bezerra Costa

Telefone Pessoal: (81) 99693-8753

E-mail: carol.toscano@outlook.com

RESUMO

Objetivos: Definir o perfil demográfico e clínico dos pacientes atendidos na Unidade de Cuidados Paliativos (CP) do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP) de janeiro de 2011, início de seu funcionamento, até dezembro de 2019. **Métodos:** Trata-se de um estudo observacional retrospectivo, utilizando informações de uma base de dados secundária da Casa de Cuidados Paliativos Professor Saulo Suassuna, de onde foram coletados dados de 4.278 internamentos, após a exclusão de dados duplicados ou inconsistentes. Os dados foram analisados utilizando o Microsoft Excel, a partir do qual foram gerados os resultados e foram realizadas as estatísticas descritivas. **Resultados:** Pacientes entre 60 e 79 anos de idade constituíram 46,8% do estudo, com o predomínio do sexo feminino. As causas oncológicas constituíram 76,7% dos internamentos e 51% dos pacientes foram admitidos a partir do Serviço de Pronto Atendimento (SPA) do IMIP. O tempo médio de internamento foi de 10,5 dias e a mediana do tempo entre a admissão hospitalar e o internamento em CP foi de 1 dia. **Conclusão:** A unidade de Cuidados Paliativos do IMIP apresenta resultados parecidos com os de outros centros, inclusive com os de outros países nos quais os Cuidados Paliativos são desenvolvidos há mais tempo. Porém, foi identificada uma escassez de trabalhos similares na literatura nacional. Dessa forma, espera-se que este trabalho contribua como modelo de dados preliminares para a implantação de novas unidades de Cuidados Paliativos (CP).

Palavras-Chave: Cuidados Paliativos; Hospitalização; Perfil de Saúde; Humanização da Assistência.

ABSTRACT

Objective: to define the clinical and demographic profile of patients in the palliative care unit of the Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP) from January of 2011, the beginning of its operation, to December of 2019. **Methods:** a retrospective observational study, carried out by analyzing a secondary database, of the Casa de Cuidados Paliativos Professor Saulo Suassuna, from where we collected records of 4.278 admissions, after careful exclusion of duplicated and inconsistent information. The data were analyzed with Microsoft Excel, from which results and descriptive statistic were made. **Results:** patients between 60 and 79 years old represented 46,8%, the majority were females. Oncological causes for admission represented 76,6% of the admissions and 51% were admitted from the Emergency Department of IMIP. The mean length of stay was 10,5 days and the median time between hospital admission and transfer to the palliative care unit was 1 day. **Conclusion:** the palliative care unit of IMIP shows similar results to other units, even in other countries where the palliative care has been developed for longer. However, there was a shortage of similar studies in the national literature. Therefore, it is expected that this work will contribute as preliminary data model for the creation of new palliative care units.

Keywords: Palliative Care; Hospitalization; Health Profile; Humanization of Assistance

INTRODUÇÃO

O Cuidado Paliativo tem sua origem nos primórdios da Medicina, quando Hipócrates definiu que o médico deve "curar quando possível, aliviar quando a cura não for possível e consolar quando não houver mais nada a fazer".¹ Porém, foi apenas na década de 60 que surgiu oficialmente como prática distinta na área da atenção à saúde em Londres, e foi trazido para a América em meados da década de 1970.²

O tema é de suma importância, por isso a Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu pela primeira vez, em 1990, o conceito de CP que foi revisado e substituído em 2002 pela definição: "Cuidado Paliativo é uma abordagem que promove a qualidade de vida de pacientes e seus familiares, que enfrentam doenças que ameacem a continuidade da vida, através da prevenção e alívio do sofrimento. Requer a identificação precoce, avaliação e tratamento da dor e outros problemas de natureza física, psicossocial e espiritual",³ que foi reafirmada em 2017.⁴

Tendo em vista a importância dos cuidados paliativos para a manutenção da qualidade de vida em todos os estágios e considerando o aumento substancial da expectativa de vida, a OMS publicou o Atlas Global de Cuidado Paliativo, mostrando o desenvolvimento de cuidados paliativos no mundo. O estudo contabilizou cerca de 16.000 serviços que oferecem CP ao redor do mundo. Além disso, classificou os países em quatro níveis, de acordo com o desenvolvimento de seus serviços de CP. O Brasil recebeu a Classificação 3A, assim como outros países como o Equador, Peru, Cuba e Congo. Esse grupo é caracterizado por um desenvolvimento mal apoiado e irregular no escopo; com financiamento fortemente dependente de doações; disponibilidade limitada de morfina; e um pequeno número de serviços de cuidados paliativos comparados ao tamanho da população.^{5,6}

Em 2015, a revista *The Economist* avaliou a qualidade de morte em 80 países. Para isso, considerou 5 grupos de indicadores, o cenário da saúde e do CP, destacando os gastos públicos com a saúde; a qualidade e a capacitação dos profissionais responsáveis pelo serviço; o acesso ao serviço de CP; a qualidade do serviço, evidenciando a disponibilidade de opioides e por fim, o engajamento da comunidade avaliado por meio da divulgação e do conhecimento de CP na sociedade. Nesse cenário, o Brasil recebeu a 42ª colocação geral, ficando atrás do Chile (27ª), da Argentina (32ª), de Cuba (36ª), do Uruguai (39ª) e do Equador (40ª).^{5,7}

No Brasil, a grande maioria dos serviços de CP surgiu por volta dos anos 1980 e 1990, principalmente nos estados do Rio Grande do Sul, Santa Catarina, Paraná, São Paulo e Rio de Janeiro, tendo como objetivo principal o tratamento de pacientes com câncer e dores crônicas. Em 1997 foi criada a Associação Brasileira de Cuidados Paliativos (ABCP) com o objetivo de difundir os conhecimentos sobre os Cuidados Paliativos em todo o território nacional. E em 2005 foi fundada a Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP), com os mesmos objetivos da ABCP, mas empenhada no reconhecimento dos Cuidados Paliativos como especialização médica no Brasil, fato que ocorreu apenas em 2011.^{5,8}

Em 2005 também surgiu uma das poucas políticas públicas que mencionam o Cuidado Paliativo, a Portaria n.º 741, de 19 de dezembro de 2005. Ela foi criada considerando, dentre outras coisas, a necessidade de organização e implantação de Redes de Atenção Oncológica, e para garantir que a população obtenha a devida assistência oncológica. Nela foram definidas as Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON), os Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) e os Centros de Referência de Alta Complexidade em Oncologia, suas aptidões e qualidades. Nessa portaria, a oferta de Cuidado Paliativo é considerada obrigatória para

que um centro seja credenciado como um CACON, porém não especifica o que seria necessário para o seu funcionamento.^{5,9}

Nove anos depois, a Portaria n.º 741 sofreu uma atualização por meio da Portaria n.º 140, de 27 de fevereiro de 2014. A portaria "redefine os critérios e parâmetros para organização, planejamento, monitoramento, controle e avaliação dos estabelecimentos de saúde habilitados na atenção especializada em oncologia e define as condições estruturais, de funcionamento e de recursos humanos para a habilitação destes estabelecimentos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)". Da mesma forma que sua antecessora, a Portaria n.º 741, de 2005, determina que para ser credenciado e habilitado como CACON ou UNACON o estabelecimento de saúde deve possuir uma estrutura para atender pessoas com câncer, que necessitem de cuidados paliativos, ou esse serviço poderá ser oferecido de forma integrada com outros estabelecimentos da rede de atenção à saúde. Nessa portaria é incluída a possibilidade de prestação dos serviços de cuidados paliativos por meio de um vínculo com a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, serviço atualmente regido pela Portaria n.º 483, de 1º de abril de 2014. É importante ressaltar que aqui ainda não há uma regulamentação para o funcionamento dos serviços de cuidados paliativos.^{5,10}

Apenas em novembro de 2018, surgiu a Resolução n.º 41 da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) dispendo sobre as diretrizes para a organização dos cuidados paliativos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Ela estabelece que os cuidados paliativos deverão fazer parte dos Cuidados Continuados Integrados ofertados no âmbito da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Bem como, estipula os objetivos do Cuidado Paliativo e seus princípios norteadores. A Resolução afirma que os cuidados paliativos deverão ser ofertados em qualquer ponto da rede de atenção à saúde, notadamente na Atenção Básica;

Atenção Domiciliar; Atenção Ambulatorial; Urgência e Emergência; e Atenção Hospitalar. ^{5,11}

Segundo dados da ANCP, o Brasil possui hoje 334 serviços de CP cadastrados e 182 estão na região Sudeste. Dados de 2018 mostram que mais da metade dos serviços de CP iniciaram no país na década de 2010, evidenciando a desigualdade na distribuição dos serviços e expondo como grande parte das equipes de CP ainda é recente no Brasil.

^{5,12}

O Nordeste (2020) abriga hoje cerca de 54 serviços de CP (12), o primeiro da região foi inaugurado em Pernambuco, no Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP). A Casa dos Cuidados Paliativos Professor Saulo Suassuna iniciou suas atividades em janeiro de 2011, na modalidade enfermagem, e conta com 14 leitos para atender pacientes que necessitem do serviço. ¹³

Foi identificada uma escassez de trabalhos similares na literatura nacional, talvez pela pouca quantidade de centros de CP no Brasil, é importante analisar o serviço do IMIP e conhecer o perfil demográfico e clínico dos pacientes que vivenciam a terapia paliativa, visando o planejamento de estratégias para a melhoria da qualidade da assistência ofertada para a população em Pernambuco.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo observacional retrospectivo que utilizou um banco de dados secundário fornecido pela Casa de Cuidados Paliativos Professor Saulo Suassuna, elaborado para fornecer informações administrativas. As informações disponíveis incluem dados demográficos; setor de origem do internamento; tipo de alta; diagnóstico de internamento; data de admissão hospitalar; data de transferência para o setor de cuidados paliativos; e data da alta do setor em questão. As informações foram extraídas

de outras variáveis, incluindo o tempo de internamento; o tempo entre a admissão hospitalar e o internamento em cuidados paliativos; o *status* da doação de órgãos e o número de readmissões.

O critério de inclusão no estudo foi o número de admissões na unidade de cuidados paliativos desde sua abertura em janeiro de 2011 até dezembro de 2019, um total de 4.278 admissões. Esse número foi obtido a partir de 6.407 entradas no banco de dados, e após uma análise foram excluídas as duplicatas e as entradas com inconsistência de informações, incluindo pacientes que no mesmo internamento possuíam datas diferentes de admissão no serviço de cuidados paliativos. Foram priorizadas as entradas com o maior tempo de internamento, os pacientes que no mesmo internamento em CP possuíam dois setores de procedência diferentes, que consistiam em Serviço de Pronto Atendimento (SPA) e outro setor, priorizando o SPA. Os dados foram analisados com o Microsoft Excel, no qual foi realizada a estatística descritiva de frequências absolutas e relativas, medianas, médias e percentuais.

O presente estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira, sob o número do CAAE: 19153619.2.0000.5201.

RESULTADOS

Do total de internamentos analisados entre janeiro de 2011 e dezembro de 2019, foram identificados 4.278 internamentos. Dos 3.310 pacientes no serviço de internação de cuidados paliativos, 19,4% foram internados duas ou mais vezes (Figura 1).

Ao longo dos anos analisados, a maioria dos pacientes era do sexo feminino, totalizando 57,5%. Houve o predomínio da faixa etária dos 60 aos 79 anos (46,8%) e 18% tinha 80 ou mais anos (Tabela 1). A mediana de idade foi 66 anos e média de 64,3 anos.

Pouco mais da metade (51%) foi admitida a partir do Serviço de Pronto Atendimento, 28,2% tiveram internação direta (origem externa) a partir de transferências diretas de outros locais e 13,7% eram oriundos do serviço próprio de oncologia. No primeiro ano da série a maioria era de origem externa, o que foi invertido no ano seguinte para o SPA, e se manteve até o final do período (Tabela 1).

Do total de internamentos, 42,6% recebeu alta, seja indicada por médico ou a pedido do paciente, mas 56,4% faleceu no próprio serviço, com maiores percentuais nos dois primeiros anos da série (mais de 60%), enquanto em 2016 e em 2017 ocorreu o maior número de altas (Tabela 1).

A Tabela 1 ainda mostra o quantitativo de doações de órgãos durante o período analisado. Houve 484 doações, os maiores percentuais de doações são dos últimos três anos (13,3%, 16,6% e 13,2%, respectivamente). A maior parte das doações foram de córneas (99%), 17 doaram além da córnea, outros órgãos e três outros órgãos (dados não exibidos na tabela).

O tempo médio entre a data do atendimento e o internamento no serviço de Cuidados Paliativos foi de cinco dias e a mediana do tempo de um dia [mín.=0 e máx.=4 dias]. A média de internamento por paciente foi 1,37 (mín.=1 e máx.=12). O tempo de permanência hospitalar no serviço foi em média de 10,5 (DP 1,5) dias nos três internamentos, e 12,6 para quatro ou mais (Tabela 2), com um tempo de permanência mínimo de um dia e máximo de quatrocentos e dezoito dias.

No internamento, grande parte dos pacientes apresentava mais de um diagnóstico, as neoplasias malignas foram o diagnóstico mais comum. Dentre elas, o câncer de brônquios e pulmão (7,7%) foi o mais comum, seguido do câncer de colo do útero e de mama (6,3%), estômago (6,2%), cólon (5,7%) e próstata (5,4%) (Tabela 3).

DISCUSSÃO

A análise do perfil demográfico da Casa de Cuidados Paliativos Professor Saulo Suassuna, de 2011(ano de seu início) a 2019, demonstrou que a maioria dos pacientes eram idosos, do sexo feminino, com predominância de internamentos curtos por doenças oncológicas, registrando o óbito como o principal tipo de saída.

Geralmente, os serviços de internação para CP, em países desenvolvidos e em desenvolvimento, são usados por idosos, como está registrado num estudo realizado na unidade de cuidados paliativos do Centro Médico da Universidade de Vanderbilt, nos EUA, evidenciando que a idade média dos pacientes é de 68 anos.¹⁴ Em outro estudo, realizado na Polônia, também foi verificada a predominância de pacientes maiores de 60 anos, o que estaria relacionado ao aumento da expectativa de vida, que pode resultar no aumento de doenças crônico-degenerativas, como o câncer.¹⁵ Mesmo em dados de países em desenvolvimento, como o Brasil, é possível perceber uma grande associação entre as condições crônicas degenerativas e os cuidados paliativos. Isso se aplica principalmente aos idosos que sofrem declínio físico e funcional no decurso da doença, muitas vezes ocasionando o óbito por complicações oriundas de doenças de longa evolução, como a demência, a insuficiência cardíaca e a doença renal.¹⁶

No presente estudo houve a predominância de mulheres. Do mesmo modo, a análise do perfil dos pacientes em CP em um hospital no Pará (BR) identificou que 59,4% dos pacientes eram do sexo feminino, relacionando o resultado com a maior incidência de câncer relacionado ao gênero feminino, como o câncer de colo de útero.¹⁷ O mesmo artigo aponta que em países desenvolvidos a incidência de câncer tende a ser similar em ambos os sexos, o que decorre dos programas de prevenção em massa desenvolvidos pelos países.^{17, 18}

Em relação aos diagnósticos, mais de dois terços dos pacientes hospitalizados no serviço de CP do IMIP apresentavam algum tipo de neoplasia, fazendo jus ao motivo de sua criação, uma necessidade do serviço de oncologia, visando o cuidado mais humanizado para pacientes em fim de vida.

Como em outros estudos, internacionais e nacionais, que analisaram o tipo de câncer predominante em pacientes assistidos em CP, foi encontrado o câncer do aparelho respiratório em uma unidade intra-hospitalar de CP no *Hospital MD Anderson* no Texas (25%);¹⁹ no Rio Grande do Sul, em um programa de internação domiciliar, o câncer de pulmão chegou a representar 18% dos diagnósticos,²⁰ corroborando com os achados do serviço em análise.

Segundo dados do INCA, o câncer está entre as maiores causas de morte antes dos 70 anos de idade, na maioria dos países. A estimativa mundial mais recente (2018) aponta o câncer de pulmão como o mais incidente no mundo (excluindo o câncer de pele não melanoma), seguido pelo câncer de mama, cólon e reto e próstata. Na região Norte e Nordeste do Brasil o câncer de colo do útero aparece em segundo lugar de incidência, logo após o câncer de mama e próstata, que estão empatados em primeiro lugar.²¹ O destaque é para o câncer de colo do útero, que também encontramos em nosso estudo, e pode ser justificado pela cobertura menor (75%), do exame citopatológico, que a recomendada pela OMS para o efetivo controle do câncer do colo uterino (80%). O mesmo estudo constatou que apenas 71% das mulheres realizaram o exame preventivo com a periodicidade adequada.²²

Sobre a procedência, foi possível verificar que aproximadamente metade dos pacientes admitidos na Casa de Cuidados Paliativos Professor Saulo Suassuna do IMIP eram provenientes do Serviço de Pronto Atendimento (SPA), resultado semelhante ao encontrado

no estudo feito num hospital de referência em oncologia do estado do Pará, no qual dos 239 prontuários analisados, 93,72% foram internados após atendimentos de emergência.¹⁷ Mierendorf e Gidvani explicam o achado baseados em evidências de que as pessoas com doenças crônicas, principalmente aquelas com câncer em estágio avançado, necessitam frequentemente do serviço de emergência por crises de dor, dispneia, náuseas, vômitos, entre outros que fogem ao controle.²³ A grande proporção de pacientes vindos do serviço de emergência para a Unidade de Cuidados Paliativos aponta a necessidade de treinamento dos clínicos que planejam se especializar em CP na área de pacientes em estado crítico.²⁴

Estudos mostram que muitos pacientes internados em serviços de cuidados paliativos têm como resultado final o óbito, como no caso em pauta em que o desfecho aconteceu com pouco mais da metade dos hospitalizados, semelhante ao relatado por Shinall Jr et al. que analisaram 3.321 admissões em unidades de CP, em cinco anos no Tennessee, Estados Unidos, constando que 50% das admissões terminaram em óbito. Para os pacientes que receberam alta é apontada a necessidade do controle da dor e de outros sintomas, bem como a criação prévia de um plano de cuidados e o devido planejamento da alta.¹⁴ Um estudo analisando o primeiro ano de funcionamento da unidade de CP de um centro integral de câncer, na qual 344 pacientes foram internados, obteve os melhores resultados, apenas 23% de óbitos, o que foi atribuído ao manejo abrangente de sintomas múltiplos e ao trabalho ativo no planejamento das altas.²⁵

Pacientes com doenças avançadas trazem uma série de dificuldades para si, bem como para administradores, profissionais de saúde e familiares. Dentre elas, é possível observar o uso frequente de intervenções médicas prolongadas e persistentes, em detrimento de uma abordagem que primeiramente alivie o sofrimento do paciente.²⁶ Bastos et al. reforçam a necessidade de elaboração de protocolos que auxiliem na tomada de decisões

acerca de quais tratamentos devem ser tomados no cenário do paciente com doenças crônicas, principalmente dos que sofrem de câncer em estágio avançado.¹⁷

É importante ressaltar que o cuidado paliativo é implementado tardiamente em muitos pacientes, oncológicos ou não,^{16,27} o que contribui para as altas taxas de mortalidade dentro das unidades, mesmo entendendo que os cuidados ao fim da vida são uma parte importante dos cuidados paliativos.¹ A recomendação da OMS afirma que todos os pacientes portadores de doenças graves, progressivas e incuráveis, que ameacem a continuidade da vida devem receber a abordagem dos Cuidados Paliativos desde o diagnóstico.³ De acordo com o último Manual de Cuidados Paliativos (2012), o Brasil ainda não apresentava o número necessário de profissionais e serviços para suprir a demanda desse perfil de pacientes. Segundo dados da Associação Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP), em 2018, dos 2.500 hospitais com mais de 50 leitos, menos de 10% possuía uma equipe de cuidados paliativos, enquanto nos Estados Unidos o percentual era em torno de 90%. Dessa forma, os critérios para a indicação em CP no Brasil são bastante discutidos, é recomendado aos pacientes que esgotaram todas as possibilidades de tratamento de manutenção ou prolongamento da vida, apresentando sofrimento moderado ou intenso e que optam pela manutenção do conforto e da dignidade.^{3,5}

Cabe salientar que dados mais recentes de 2020, da ANCP, mostram uma mudança no cenário de cuidados paliativos no Brasil. A análise situacional publicada pelo órgão apresentava a existência de apenas 177 unidades de Cuidados Paliativos em agosto de 2018. Ao acessar o site da associação em setembro de 2020 podem ser encontrados 334 serviços de CP no país, mostrando um aumento de 88,7% em relação ao ano citado. Além disso, algumas unidades não podem ser encontradas no registro do site da instituição, como é o

caso da Casa de Cuidados Paliativos Professor Saulo Suassuna, o que pode indicar que os dados estão subestimados.¹²

No presente estudo é possível observar a mediana de um dia entre o tempo de atendimento hospitalar e o internamento na enfermaria de Cuidados Paliativos e um perfil de internação caracterizado como curto (uma média de 14 dias),³ compatíveis com outros estudos na literatura internacional baseados em unidades de CP intra-hospitalares.^{14, 25, 28}

Não foram encontrados estudos brasileiros sobre o impacto do tempo entre a admissão hospitalar e o internamento em enfermaria de CP, ou sobre o tempo de internamento na unidade e o desfecho do paciente. Contudo, é importante salientar a existência de trabalhos que expõe um desfecho negativo resultando em óbito intra-hospitalar associado ao maior tempo de internamento.²⁹ A literatura associa o acompanhamento inapropriado e insuficiente do paciente, além do aumento nos custos com a saúde, ao atraso ou falha em reconhecer a necessidade de assistência em CP de tais pacientes.^{24,30} Ademais, os resultados demonstraram um menor risco de óbito em pacientes internados assistidos precocemente (dentro de três dias) por uma equipe de CP em comparação aos tardiamente assistidos.²⁹

Com base na análise do banco de dados foram encontrados um total de 643 (19,4%) pacientes com múltiplos internamentos, um resultado que supera outras unidades de cuidados paliativos intra-hospitalares internacionais. Em uma análise retrospectiva, de 2003 a 2008, de uma unidade de cuidados paliativos agudos para pacientes oncológicos em um hospital de ensino no Texas (EUA), de 2.568 pacientes, apenas 244 (10%) tiveram mais de uma admissão na unidade.³¹ Enquanto isso, em Tennessee (EUA), no período de 2012 a 2017, apenas 2,4% dos pacientes apresentaram mais de uma admissão na unidade, do total de 3.321.¹⁴ Entretanto, não foram encontrados, na literatura nacional ou internacional,

trabalhos que devidamente analisassem a influência de reinternamentos em unidades de CP sobre os desfechos.

Readmissões e visitas frequentes aos serviços de urgência são indicadores de cuidado insuficiente para pacientes com câncer no final da vida. Assim, a redução de readmissões hospitalares não planejadas é importante tanto para os pacientes quanto para as organizações de saúde, pois tais internamentos são financeiramente onerosos.²⁷

Dietz et al. buscaram relacionar o índice de hospitalização com determinados desfechos (sepse, óbito e transição para cuidados paliativos na modalidade *Hospice*) durante readmissões dentro de trinta dias. Identificaram algumas variáveis presentes no escore HOSPITAL, utilizado para prever reinternações precoces em pacientes, que poderiam ajudar a identificar os pacientes com alto risco de readmissão, que poderiam morrer ou necessitar de CP na modalidade *Hospice*.³² Essa modalidade é caracterizada pelo *Medicare* (EUA) como os cuidados dispensados aos pacientes com doenças terminais com expectativa de vida de seis meses ou menos, em que o objetivo da terapia é confortar o paciente, podendo ser administrada em casa, em instituições hospitalares ou em unidades individualizadas, especializadas nessa modalidade de cuidados paliativos.³³

Outro aspecto avaliado no estudo foi a doação de órgãos, visto que o IMIP também é uma unidade de transplante e tem uma equipe de captação de órgãos.³⁴ O estudo identificou que a maioria das doações é de córnea, um procedimento com altas chances de recuperação da visão, cerca de 93% dos transplantes funcionam após um ano.³⁵

Entretanto, estudos apontam que há a falta de conhecimento de pacientes e de profissionais de saúde acerca da elegibilidade de doadores de córnea. Muitos pacientes em CP podem ser elegíveis para a doação de córnea, mesmo que não sejam para outros órgãos.

Porém, a importância da doação não parece ser discutida desde as primeiras visitas dos pacientes ao hospital.

Uma pesquisa qualitativa realizada no Reino Unido observou que os pacientes estavam dispostos a discutir sobre a doação e interessados na oportunidade de ajudar outras pessoas, entretanto muitos tomavam conhecimento sobre a chance de realizar o procedimento apenas após os profissionais de saúde introduzirem o tópico ativamente.³⁵

As limitações do estudo incluem a fonte de informação, um banco de dados secundário elaborado com o objetivo de fornecer informações administrativas, o que restringiu as variáveis e suas análises; algumas inconsistências nos dados foram encontradas ao longo do estudo, dificultando a análise mais precisa das variáveis; e, a presença da pandemia da COVID-19 no período do estudo, que não permitiu aos pesquisadores acessarem arquivos e manuseassem prontuários para complementar os dados. Outra limitação foi a realização do estudo em apenas um serviço de cuidados paliativos, visto que a estrutura, as práticas clínicas e a população de pacientes podem variar entre diferentes unidades, dificultando a aplicabilidade dos resultados.

CONCLUSÃO

O presente estudo trouxe dados relevantes sobre uma unidade de Cuidados Paliativos em um hospital quaternário de Pernambuco em atividade há quase 10 anos. Identificou o predomínio de pacientes idosos do sexo feminino, diagnosticados com algum tipo de neoplasia, provenientes principalmente do SPA, com curto tempo de internamento em CP, além da iniciativa de doação de órgãos desenvolvida no serviço. Dessa forma, a Casa de Cuidados Paliativos Professor Saulo Suassuna apresenta resultados semelhantes a outros centros nacionais e internacionais onde os Cuidados Paliativos são desenvolvidos há mais tempo. Em que pese as limitações, espera-se que o trabalho contribua como modelo de dados preliminares para a implantação de novas unidades intra-hospitalares, para a revisão de práticas clínicas e para novos modelos de organização de CP.

REFERÊNCIAS

1. Burlá C, Py L. Cuidados paliativos: ciência e proteção ao fim da vida. Cad Saude Publica [periódico on line]. 2014 [acesso em 15 Set 2020];30(6). Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014000601139&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt
2. Gomes ALZ, Othero MB. Cuidados paliativos. Estud av [periódico on line]. 2016 [acesso em 13 Set 2020];30(88). Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ea/v30n88/0103-4014-ea-30-88-0155.pdf>
3. Academia Nacional de Cuidados Paliativos (BR). Manual de Cuidados Paliativos ANCP [internet]. 2ª ed. São Paulo: Academia Nacional de Cuidados Paliativos; 2012 [acesso em 30 ago 2020]. Disponível em: <http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/05/Manual-de-cuidados-paliativos-ANCP.pdf>
4. World Health Organization [internet]. Palliative Care. Geneva; 2020 [acesso em 20 Set 2020]. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>.
5. Academia Nacional de Cuidados Paliativos (BR). Análise situacional e recomendações da ANCP para estruturação de programas de cuidados paliativos no brasil [internet]. São Paulo: Academia Nacional de Cuidados Paliativos; 2018 [acesso em 12 Set 2020]. Disponível em: https://paliativo.org.br/wp-content/uploads/2018/12/ANALISE-SITUACIONAL_ANCP-18122018.pdf
6. World Health Organization. Global atlas of palliative care at the end of life [internet]. Geneva: WHO; 2014 [acesso em 1 Out 2020]. Disponível em: <https://www.who.int/cancer/publications/palliative-care-atlas/en/>.

7. The economist intelligence unit. The 2015 Quality of Death Index: ranking palliative care across the world, 2015 [internet]. London: The Economist; 2015 [acesso em: 3 Out 2020]. Disponível em: <https://eiuperspectives.economist.com/sites/default/files/2015%20EIU%20Quality%20of%20Death%20Index%20Oct%2029%20FINAL.pdf>.
8. Floriani CA. Palliative care in Brazil: a challenge to the health-care system. Palliat Care Soc Pract [periódico on line]. 2008 [acesso em 17 Set 2020];2:19-24. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/117822420800200001>
9. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº N° 741, de 19 de dezembro de 2005. Diário Oficial da União. 23 dez. 2005; Seção 1:113.
10. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº140, de 27 de fevereiro de 2014. Diário Oficial da União. 2 abril 2014. Seção 1:60-66.
11. Comissão Intergestores Tripartite (BR). Resolução nº 41, de 31 de Outubro de 2018. Diário Oficial da União. 23 nov 2018. Seção 1:276.
12. Academia nacional de cuidados paliativos [Internet]. São Paulo; 2020 [acesso em 3 Out 2020]. Onde existem. Disponível em: <https://paliativo.org.br/ancp/onde-existem/>.
13. IMIP [internet]. Recife; 2011 [acesso em 20 Ago 2020]. IMIP inaugura a Casa dos Cuidados Paliativos. Disponível em: <http://www.informazione4.com.br/cms/opencms/imip/pt/imprensa/noticias/0865.html>.
14. Shinall M, Martin S, Nelson J, Miller R, Semler M, Zimmerman E, et al. Five-Year Experience of an Inpatient Palliative Care Unit at an Academic Referral Center. Am J Hosp

Palliat Care [periódico online]. 2018 [acesso em 19 Set 2020];35(8). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1177/1049909117751878>

15. Ciałkowska-Rysz A, Kowalczyk M, Gottwald L, Kazmierczak-Łukaszewicz S. The comparison of common cancer types and the coincidence of concomitant chronic diseases between palliative home care patients in Lodz Voivodeship and the general Polish population. Arch Med Sci. 2012 [acesso em 28 Set 2020];8(3). Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3400916/>

16. Arcanjo SP, Saporetti LA, Curiati JA, Jacob-Filho W, Avelino-Silva TJ. Características clínicas e laboratoriais associadas à indicação de cuidados paliativos em idosos hospitalizados. Einstein (São Paulo) [periódico on line]. 2018 [acesso em 23 set 2020];16(1). Disponível em: https://journal.einstein.br/wp-content/uploads/articles_xml/1679-4508-e-ins-16-01-eAO4092/1679-4508-eins-16-01-eAO4092-pt.x57660.pdf

17. Bastos BR, Pereira AKS, Castro CC, Carvalho MMC. Perfil sociodemográfico dos pacientes em cuidados paliativos em um hospital de referência em oncologia do estado do Pará, Brasil. Rev Pan-Amaz Saude. 2018 [acesso em 17 Set 2020];9(2):31-36. Disponível em: doi: <http://dx.doi.org/10.5123/S2176-62232018000200004>

18. Rodrigues JSM, Ferreira NMLAF. Caracterização do perfil epidemiológico do câncer em uma cidade do interior paulista: conhecer para intervir. Rev Bras Cancerol [periódico on line]. 2010 [acesso em 12 Set 2020]; 56(4):431-441. Disponível em: https://rbc.inca.gov.br/site/arquivos/n_56/v04/pdf/05_artigo_caracterizacao_perfil_epidemiologico_cancer_cidade_interior_paulista_conhecer_para_intervir.pdf

19. Shin SH, Hui D, Chisholm GB, Know JH, San-Miguel MT, Allo JA, et al. Characteristics and outcomes of patients admitted to the acute palliative care unit from the emergency

center. J Pain Symptom Manage [periódico on line]. 2014 [acesso em 10 Set 2020];47(6):1028-34. Disponível em: [https://www.jpmsjournal.com/article/S0885-3924\(13\)00485-5/fulltext](https://www.jpmsjournal.com/article/S0885-3924(13)00485-5/fulltext)

20. Fripp JC, Facchini LA, Silva S. Caracterização de um programa de internação domiciliar e cuidados paliativos no município de Pelotas, Estado do Rio Grande do Sul, Brasil: uma contribuição à atenção integral aos usuários com câncer no Sistema Único de Saúde, SUS. Epidemiol Serv Saúde [periódico on line]. 2012 [acesso em 23 set 2020]. 21(1): 69-78. Disponível em: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742012000100007&lng=en. <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742012000100007>

21. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (BR). Estimativa 2020: incidência de câncer no Brasil [internet]. Rio de Janeiro: INCA; 2019 [acesso em 23 set 2020]. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/medias/documentos/estimativa-2020-incidencia-de-cancer-no-brasil.pdf>

22. Navarro C, Fonseca AJ, Sibajev A, Souza CIA, Araújo DS, Teles DAF, et al. Cobertura do rastreamento do câncer de colo do útero em região de alta incidência. Rev. Saúde Pública [periódico on line]. 2015 [acesso em 23 set 2020];49:17. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2015049005554>

23. Mierendorf S, Gidvani V. Palliative care in the Emergency Department. The Perm J. 2014 [acesso em 23 Set 2020];18(2):77-85. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4022562/>

24. Eti S, O'Mahony S, Marlene McHugh M, Guilbe R, Blank A, Selwyn P. Outcomes of the acute palliative care unit in an academic medical center. Sage Journals [periódico on

line]. 2013 [acesso em 23 set 2020]. Disponível em:
<https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1049909113489164>

25. Elsayem A, Swint K, Fisch MJ, Palmer JL, Reddy S, Walker P, et al. Palliative care inpatient service in a comprehensive cancer center: clinical and financial outcomes. *J. Clin Onco.* 2004 [periódico on line];22(10):2008-14. Disponível em:
https://ascopubs.org/doi/10.1200/JCO.2004.11.003?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori%3Arid%3Acrossref.org&rfr_dat=cr_pub++0pubmed&

26. Floriani CA. Moderno movimento hospice: fundamentos, crenças e contradições na busca da boa morte [tese]. Rio de Janeiro: Escola nacional de saúde pública Sérgio Arouca; 2009 [acesso em 2 Set 2020]. Disponível em:
https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/2571/1/ENSP_Tese_Floriani_Ciro_Augusto.pdf

:

27. DiMartino LD, Weiner BJ, Hanson LC, Weinberger M, Birken SA, Reeder-Hayes K, et al. Inpatient Palliative Care Consultation and 30-Day Readmissions in Oncology. *J Palliat Med.* [periódico on line]. 2018 [acesso em 20 set 2020];21(1):62-68. Disponível em:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5757084/>

28. Hausner D., Kevork N., Pope A., Hannon B., Bryson J., Lau J., et al. Factors associated with discharge disposition on an acute palliative care unit. *Support Care Cancer.* 2018;26(11):3951-58

29. El Majzoub I, Qdaisat A, Chaftari PS, Yeung SJ, Sawaya RD, Jizzini M, et al. Association of emergency department admission and early inpatient palliative care consultation with hospital mortality in a comprehensive cancer center. *Support Care Cancer.* 2019;27(7):2649-2655

30. Cotogni, P, Saini A, De Luca A. In-hospital palliative care: should we need to reconsider what role hospitals should have in patients with end-stage disease or advanced cancer?. *J Clin Med* [periódico *on line*]. 2018 [acesso em 22 set 2020];7(2). Disponível em: <https://www.mdpi.com/2077-0383/7/2/18/htm>
31. Hui D, Elsayem A, Palla S, De La Cruz M, Li Z, Yennurajalingam S, et al. Discharge Outcomes and Survival of Patients with Advanced Cancer Admitted to an Acute Palliative Care Unit at a Comprehensive Cancer Center. *J Palliat Med* [periódico *online*]. 2010 [acesso em 20 set 2020]. Disponível em: <https://www.liebertpub.com/doi/full/10.1089/jpm.2009.0166>
32. Dietz BW, Jones TK, Small DS, Gaieski DF, Mikkelsen ME, et al. The relationship between index hospitalizations, sepsis, and death or transition to hospice care during 30-day hospital readmissions. *Official Journal of the Medical Care Section*. 2017;55(4):362-370.
33. Medicare [internet]. United States of America 2020 [acesso em 3 Out 2020]. Is my test, item, or service covered?: Hospice care. Disponível em: <https://www.medicare.gov/coverage/hospice-care>
34. IMIP [Internet]. Recife; 2020 [acesso em 3 Out 2020]. Assistência e saúde: saúde do adulto: Unidade geral de transplantes. Disponível em: <http://www1.imip.org.br/imip/assistenciaesaude/saudedoadulto/unidadegeraldetransplantes.html#>
35. Walker L, Neoh K, Gilkes H, Rayment C. A qualitative study using semi-structured interviews of palliative care patients' views on corneal donation and the timing of its discussion. *Palliat Med*. 2018;32(8):1428-1437.

Figura 1 – Distribuição do número de internamentos na enfermaria de cuidados paliativos no período de 2011 a 2019. Recife, 2020.

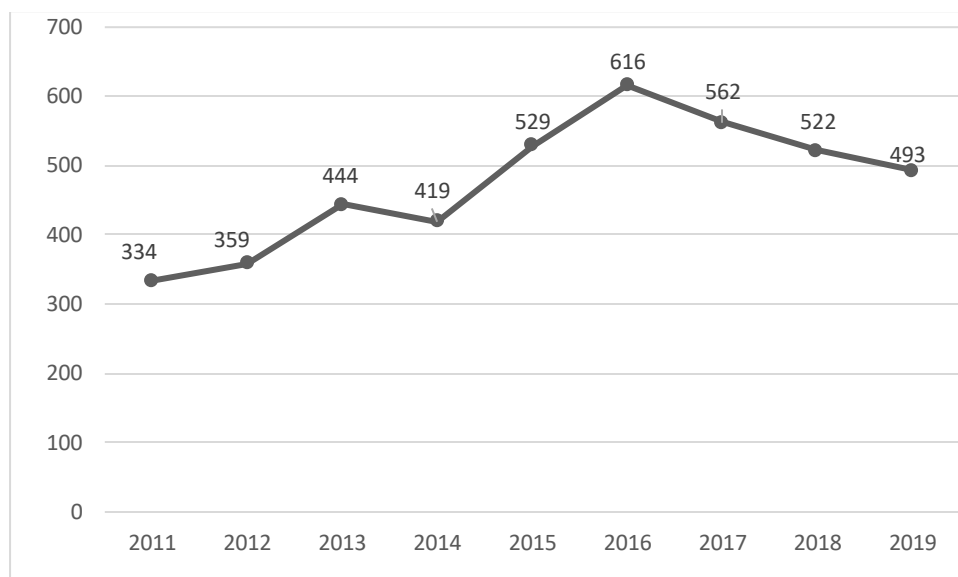


Tabela 1 - Características dos pacientes internados em serviço de cuidados paliativos no período de 2011 a 2019. Recife, 2020.

Variáveis/ Anos	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Total
Internamentos	334	359	444	419	529	616	562	522	493	4278
Sexo	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Feminino	184 (55,1)	215 (59,9)	262 (59)	231 (55,1)	309 (58,4)	355 (57,6)	298 (53)	289 (55,4)	317 (64,3)	2460 (57,5)
Masculino	150 (44,9)	144 (40,1)	182 (41)	188 (44,9)	220 (41,6)	261 (42,4)	264 (47)	233 (44,6)	176 (35,7)	1818 (42,5)
Faixa etária										
< 20 anos	1 (0,3)	(0)	1 (0,2)	3 (0,7)	3 (0,6)	1 (0,2)	3 (0,5)	(0)	2 (0,4)	14 (0,3)
20-59 anos	142 (42,5)	134 (37,3)	190 (42,8)	137 (32,7)	173 (32,7)	211 (34,3)	189 (33,6)	148 (28,4)	163 (33,1)	1487 (34,8)
60-79 anos	150 (44,9)	177 (49,3)	200 (45)	215 (51,3)	238 (45)	284 (46,1)	243 (43,2)	269 (51,5)	227 (46)	2003 (46,8)
> 80 anos	41 (12,3)	48 (13,4)	53 (11,9)	64 (15,3)	115 (21,7)	120 (19,5)	127 (22,6)	105 (20,1)	101 (20,5)	774 (18,1)
Procedência										
SPA*	65 (19,5)	144 (40,1)	214 (48,2)	224 (53,5)	246 (46,5)	345 (56)	370 (65,8)	292 (55,9)	282 (57,2)	2182 (51)
Int. de Orig. Ext.	160 (47,9)	143 (39,8)	150 (33,8)	116 (27,7)	172 (32,5)	136 (22,1)	102 (18,1)	121 (23,2)	108 (21,9)	1208 (28,2)
Oncologia	85 (25,4)	50 (13,9)	53 (11,9)	41 (9,8)	63 (11,9)	93 (15,1)	61 (10,9)	65 (12,5)	75 (15,2)	586 (13,7)
C. Médica e Espec.	10 (2,4)	8 (2,2)	13 (2,9)	23 (5,5)	18 (3,2)	21 (3,4)	11 (2)	20 (3,3)	7 (1,4)	131 (2,9)
C. Cirúrgica	11 (3,3)	7 (1,9)	5 (1,1)	7 (1,7)	16 (3)	7 (1,1)	7 (1,2)	10 (1,9)	8 (1,6)	78 (1,8)

UTI**	3 (1,5)	6 (1,7)	8 (1,8)	8 (1,9)	14 (2,8)	13 (2,1)	11 (2)	13 (3,1)	12 (2,4)	88 (2,2)
Outros	(0)	1 (0,3)	1 (0,2)	(0)	(0)	1 (0,2)	(0)	1 (0,2)	1 (0,2)	5 (0,1)
Tipos de saída										
Óbitos	213 (63,8)	228 (63,5)	266 (59,9)	226 (53,9)	305 (57,7)	308 (50,0)	295 (52,5)	316 (60,5)	257 (52,1)	2414 (56,4)
Altas	112 (33,5)	128 (35,7)	177 (39,9)	191 (45,6)	221 (41,8)	299 (48,5)	258 (45,9)	206 (39,5)	234 (47,5)	1826 (42,7)
Outras Saídas	9 (2,7)	3 (0,8)	1 (0,2)	2 (0,5)	3 (0,6)	9 (1,5)	9 (1,6)	(0)	2 (0,4)	38 (0,9)
Doadores	28 (8,4)	41 (11,4)	32 (7,2)	47 (11,2)	39 (7,4)	69 (11,2)	75 (13,3)	88 (16,9)	65 (13,2)	484 (11,3)

Fonte: Banco de dados secundário do setor de cuidados paliativos do IMIP.

*SPA: serviço de pronto atendimento; ** UTI: unidades de tratamento intensivo incluiu todas - clínica, cirurgia, obstetrícia, transplante e de leitos de reta guarda.

Notas: (CM) clínica médica e especialidades - incluiu pediatria e obstetrícia; Internamento de origem externa: internações procedentes de outros estabelecimentos de saúde; Outras saídas: a pedido, cirurgia suspensa, evasão, alta administrativa e transferências.

Tabela 2 - Tempo médio de permanência hospitalar segundo número de internamentos no período de 2011 a 2019. Recife, 2020.

Anos	1º		2º		3º		4º ou mais		Total	
	Internamento		Internamento		Internamento		Internamentos			
	N	M(dias)	N	M (dias)	N	M (dias)	N	M(dias)	N	M(dias)
2011	285	10,45	41	11,68	7	7,43	1	3,00	334	10,51
2012	283	14,24	54	8,78	17	9,29	5	23,60	359	13,31
2013	342	10,93	68	11,50	18	8,94	16	15,00	444	11,08
2014	314	11,87	57	12,33	28	13,54	20	13,75	419	12,14
2015	415	9,53	76	10,09	20	8,05	18	9,28	529	9,55
2016	475	9,17	90	8,40	33	13,85	18	7,67	616	9,27
2017	422	9,61	89	12,02	28	11,82	23	12,13	562	10,21
2018	411	10,07	80	8,86	15	9,47	16	20,88	522	10,20
2019	363	10,82	80	11,20	27	6,85	23	9,22	493	10,59
Total	3310	10,5	635	10,5	193	10,5	140	12,6	4278	10,60
DP*	1,5		1,5		2,6		6,5			

*Desvio padrão

Tabela 3 - Distribuição dos internamentos em cuidados paliativos segundo diagnósticos no período de 2011 a 2019. Recife, 2020.

Variáveis/Anos	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Total
Total de internamentos	375	378	477	447	565	642	591	546	514	4535
Diagnósticos %										
Câncer	88,0	86,8	79,9	76,1	69,9	78,3	72,6	73,3	72,4	76,7
Brônquios e dos Pulmões	1,9	1,9	11,1	11,2	7,6	8,4	7,6	7,9	9,1	7,7
Colo do Útero	6,7	6,1	7,3	5,4	7,3	6,1	6,1	4,0	7,8	6,3
Mama	5,9	7,1	6,7	6,7	5,3	6,4	4,6	9,2	4,9	6,3
Estômago	7,7	4,2	7,8	6,9	4,6	6,7	5,8	5,9	5,8	6,1
Cólon	14,7	15,1	2,9	3,4	4,2	3,9	4,1	4,6	3,9	5,7
Próstata	1,9	1,3	4,4	6,3	4,4	6,1	7,1	7,5	6,6	5,3
Esôfago	4,3	3,4	5,5	2,9	1,2	4,2	3,4	3,8	2,5	3,4
Pâncreas	0,5	2,1	1,9	6,0	3,9	4,4	2,7	4,8	2,1	3,3
Hematológico	3,7	4,0	2,5	2,5	2,3	2,0	1,4	2,0	2,3	2,4
Outros do ap. digestivo	5,9	6,1	9,0	6,7	10,3	11,5	8,1	9,0	8,2	8,6
Outras do ap. genital feminino	4,3	5,0	7,1	3,8	3,4	5,1	4,7	3,5	7,0	4,9
Sistema nervoso central	1,3	3,2	2,7	2,2	2,7	1,7	3,0	2,4	3,5	2,5
Cabeça e Pescoço	10,9	2,4	2,1	1,1	2,1	1,6	1,4	0,7	1,2	2,3
Outros ap. genital masculino	5,9	4,5	0,2	0,4	0,0	0,0	0,2	0,2	0,2	1,0
Outros tipos de câncer	12,5	20,4	8,6	10,5	10,6	10,3	12,5	7,9	7,2	10,8
Causas externas	0,0	0,8	1,5	0,9	0,9	0,3	7,3	9,3	14,2	4,1
D. do aparelho circulatório	1,1	1,6	2,3	2,7	3,2	2,3	3,6	2,9	1,8	2,5
D. do aparelho respiratório	1,1	1,1	4,2	3,1	3,5	5,6	4,2	4,4	3,7	3,7
D. do sistema nervoso	3,2	3,4	4,0	5,8	9,4	2,8	2,2	2,2	1,0	3,8
D. infecciosas e parasitárias	3,2	2,6	2,5	2,2	5,1	3,3	2,0	1,5	1,4	2,7
Outras causas	1,9	2,1	5,0	8,9	7,6	7,0	7,8	6,2	4,7	6,0

Sem Informação 1,6 1,6 0,6 0,2 0,4 0,3 0,3 0,2 1,0 0,6

Fonte: Banco de dados secundário do setor de cuidados paliativos do IMIP.

Notas: outros tipos de câncer: pele, neoplasias de comportamento desconhecido, mesotélio e tecidos moles, coração mediastino e pleura, ossos;

Outras do aparelho digestivo: outras partes do intestino, vesícula biliar, fígado e vias biliares;

Outras do aparelho genital feminino: vulva, vagina, placenta, ovário e outras partes do útero;

Outras do aparelho genital masculino: pênis e testículos;

² Outras causas: transtornos mentais e comportamentais, doenças endócrinas, doenças do sistema nervoso, doenças do sistema osteomuscular, do aparelho gênito-urinário, doenças da gravidez, parto e puerpério, mal formações congênitas.