



UNIVERSIDADE SANTO AMARO - UNISA
Mestrado em Ciências da Saúde

Thales Bezerra de Alcântara

**SITUAÇÃO E AÇÕES DE SAÚDE DE PACIENTES EM CUIDADOS
PALIATIVOS ASSISTIDOS POR UMA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR
DE ATENÇÃO DOMICILIAR: UMA ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA**

São Paulo

2023

Thales Bezerra de Alcântara

**SITUAÇÃO E AÇÕES DE SAÚDE DE PACIENTES EM CUIDADOS
PALIATIVOS ASSISTIDOS POR UMA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR
DE ATENÇÃO DOMICILIAR: UMA ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação *Stricto Sensu* da Universidade Santo Amaro – UNISA, como requisito para obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Neil Ferreira Novo
Coorientadoras: Profa. Dra. Yára Juliano e
Profa. Dra. Carolina Nunes França

São Paulo
2023

A321s Alcântara, Thales Bezerra de.

Situação e ações de saúde de pacientes em cuidados paliativos assistidos por uma equipe multidisciplinar de atenção domiciliar: uma análise epidemiológica / Thales Bezerra de Alcântara. — São Paulo, 2023.

70 p.: il., color.

Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) — Universidade Santo Amaro, 2023.

Orientador: Prof. Me. Dr. Neil Ferreira Novo.

Coorientadora: Prof.^a Me. Dr.^a Yára Juliano.

Coorientadora: Prof.^a Me. Dr.^a Carolina Nunes França.

1. Saúde. 2. Atenção domiciliar. 3. Cuidados paliativos. I. Novo, Neil Ferreira, orient. II. Juliano, Yára, coorient. III. França, Carolina Nunes, coorient. IV. Universidade Santo Amaro. V. Título.

Thales Bezerra de Alcântara

**SITUAÇÃO E AÇÕES DE SAÚDE DE PACIENTES EM CUIDADOS
PALIATIVOS ASSISTIDOS POR UMA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR
DE ATENÇÃO DOMICILIAR: UMA ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu da
Universidade Santo Amaro – UNISA, como requisito para obtenção do título de
Mestre em Ciências da Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Neil Ferreira Novo

Data de Aprovação: São Paulo, _____ de _____ de _____

Banca Examinadora

Prof. Dr. Neil Ferreira Novo

Profa. Dra. Jane de Eston Armond

Prof. Dr. Daniel Antunes Alveno

Conceito Final: _____

Dedico este trabalho a todos aqueles que terão suas vidas impactadas, e conseqüentemente melhoradas, com a difusão dessa temática ainda tão invisível para muitos. Que essa obra seja apenas uma reverberadora dos Cuidados Paliativos e que eles ecoem em todo nosso sistema de saúde, culminando com sua implementação e consolidação, sobretudo no SUS!

AGRADECIMENTOS

A Gratidão é o sentimento humano mais nobre! Considerando isto, tenho de louvar à Deus, pela conquista de mais uma importante etapa nessa minha evolução pessoal e profissional. Afinal, mensalmente, deslocar-se do Ceará, inicialmente, e depois do Maranhão para São Paulo, foi um grande, porém possível desafio, afinal a determinação e o desejo de vitória sempre ecoaram no meu coração, até nos dias mais desafiadores.

Aos meus pais queridos: Paulo Hélder e Lurdinha, que foram minha fortaleza, sobretudo nos dias mais difíceis. Suas presenças constantes foram decisivas nessa conquista.

Aos amados Professores: Dr. Neil, meu eterno orientador, que sempre confiou em mim e me auxiliou incansavelmente, sua atenção, zêlo e docilidade deixaram suas raízes em minha história. À querida, Profa. Dra. Yara Juliano, esta pequena grande mulher, por ser força decisiva em meu emponderamento e disciplina, para que executássemos com tanto afinho e prazos este trabalho. E à Profa. Carolina França, minha coordenadora do mestrado: seu cuidado, sua preocupação e sua amizade foram fundamentais neste projeto. Estarão sempre em meu coração e em minha história.

Ao Prof. Dr. Modesto Rolim, em memória, que me incentivou com toda sua expertise e visão ampliada a buscar disseminar um tema tão importante!

À minha amada aluna, Amabylle Passos, a quem tenho enorme respeito, pela generosa mão amiga, nas diversas etapas de construção dessa dissertação.

Ao Pedro, por sua paciência e disponibilidade para sempre me ouvir em minhas dúvidas na escrita científica.

Ao Éric Raone e ao Brenner Ribeiro, amigos nordestinos, por abrirem as portas de seus lares em SP, no meio da tempestade da correria, para que eu pudesse brevemente “descansar minha cabeça”. Obrigado por tornarem suas casas, verdadeiros regaços acolhedores, cheios de amor!

À UNISA, por ter sido minha entidade formadora neste mestrado, e que transformou minha vida pessoal e profissional, possibilitando-me novos voos.

Que a importância de uma coisa não se mede com fita métrica nem com balanças nem barômetros. Que a importância de uma coisa há que ser medida pelo encantamento que a coisa produza em nós.

Manoel de Barros

RESUMO

Introdução: O sistema de saúde brasileiro enfrenta grandes desafios e a singularidade do tema estudado requer uma discussão aprofundada sobre os cuidados paliativos, que compreendem um conjunto de medidas que visam à melhoria da qualidade de vida de pacientes e familiares que se deparam com questões relacionadas a uma doença ameaçadora da continuidade da vida, por meio da prevenção e do alívio do sofrimento possibilitados pela identificação precoce, pela eficiente avaliação e tratamento da dor, bem como pela atenção a outros sintomas físicos, psíquicos e espirituais. **Objetivos:** O presente estudo tem como escopo comparar o perfil epidemiológico dos paciente em cuidados paliativos dos sexos feminino ou masculino assistidos por uma equipe multiprofissional de atenção domiciliar, assim como, estudar hábitos e doenças prevalentes, comparar os sexos biológicos em relação ao perfil sociodemográfico e categorizar os pacientes para os tipos de tratamento. **Métodos:** Trata-se de um estudo epidemiológico, observacional, transversal, retrospectivo de aspecto descritivo quantitativo por meio da análise de prontuários dos pacientes em cuidados paliativos assistidos pela EMAD de Iguatu/CE entre janeiro e junho de 2022, identificando o perfil epidemiológico (grupo etário, sexo, ter ou não companheiro (a), nível de escolaridade, profissão, renda, funcionalidade, sua categorização na palição, as doenças mais prevalentes, os fatores de risco para as doenças crônicas não transmissíveis e comparar as variáveis analisadas entre os sexos. **Resultados:** Os vínculos estabelecidos para pacientes em CPs foram em relação a comorbidades prévias, como diabetes mellitus, hipertensão arterial e obesidade, bem como a falta de prática de atividade física foi um fator de risco relevante. As afecções neurológicas bem como oncológicas foram diagnósticos patológicos associados aos pacientes em CPs de modo convergente aos dados epidemiológicos internacionais. A vulnerabilidade socioeconômica mostrou-se um aspecto essencial para as situações de saúde com necessidade de CPs, destacando a presença de indivíduos com até 1 salário-mínimo dentre homens (87%) e mulheres (85,7%), bem como a proporção de profissões foi identificada como principalmente de agricultor entre homens (42%) e auxiliar de limpeza entre mulheres (47,6%). Sobre à escolaridade, os homens completaram em sua maioria o ensino fundamental (51,6%) e a maioria das mulheres eram analfabetas (80,9%). **Conclusão:** A hipertensão arterial foi a comorbidade significativamente mais prevalente no sexo feminino, a escolaridade das mulheres foi significativamente menor do que entre os homens e a presença de companheiros entre os homens foi significativamente maior que o das mulheres. As demais variáveis do estudo não apresentaram diferenças significantes entre os sexos.

Palavras-chave: Saúde. Atenção domiciliar. Cuidados paliativos.

ABSTRACT

Introduction: The Brazilian health system faces major challenges and the uniqueness of the topic studied requires an in-depth discussion about palliative care, which comprises a set of measures aimed at improving the quality of life of patients and families who are faced with issues related to a disease that threatens the continuity of life, through the prevention and relief of suffering made possible by early identification, efficient assessment and treatment of pain, as well as attention to other physical, psychological and spiritual symptoms. **Objectives:** The scope of this study is to compare the epidemiological profile of male and female palliative care patients assisted by a multidisciplinary home care team, as well as to study prevalent habits and diseases, compare biological sexes in relation to sociodemographic profile and Categorize patients to treatment types. **Methods:** This is an epidemiological, observational, cross-sectional, retrospective study with a quantitative descriptive aspect through the analysis of medical records of patients in palliative care assisted by EMAD of Iguatu/CE between January and June 2022, identifying the epidemiological profile (age group, sex, having or not having a partner, level of education, profession, income, functionality, their categorization in palliation, the most prevalent diseases, the risk factors for chronic non-communicable diseases and comparing the variables analyzed between the sexes. **Results:** links established for patients in PCs were in relation to previous comorbidities, such as diabetes mellitus, arterial hypertension and obesity, as well as the lack of physical activity was a relevant risk factor. Neurological as well as oncological conditions were pathological diagnoses associated with patients in PCs in a manner that converges with international epidemiological data. Socioeconomic vulnerability proved to be an essential aspect for health situations requiring PCs, highlighting the presence of individuals earning up to 1 minimum wage among men (87%) and women (85.7%), as well as the proportion of professions was identified as mainly farming among men (42%) and cleaning assistant among women (47.6%). Regarding education, most men completed primary education (51.6%) and most women were illiterate (80.9%). **Conclusion:** Arterial hypertension was the significantly more prevalent comorbidity in females, women's education was significantly lower than that of men and the presence of partners among men was significantly higher than that of women. The other study variables did not show significant differences between the sexes.

Keywords: Health. Home care. Palliative care.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Pacientes em cuidado paliativo do sexo feminino ou masculino, segundo as idades em anos completos.....	26
Tabela 2. Pacientes em cuidados paliativos por sexo biológico, segundo os níveis de escolaridade.....	27
Tabela 3. Pacientes em cuidados paliativos, do sexo feminino ou masculino, segundo os níveis de renda, em salários-mínimos (sm).....	28
Tabela 4. Pacientes em cuidados paliativos do sexo feminino ou masculino, segundo a estratificação dos cuidados.....	29
Tabela 5. Pacientes em cuidados paliativos do sexo feminino, segundo a presença (1) ou ausência (0) de comorbidades ou hábitos.....	31
Tabela 6. Pacientes em cuidados paliativos do sexo masculino, segundo a presença (1) ou ausência (0) de comorbidades ou hábitos.....	32
Tabela 7. Analogia entre os pacientes em cuidados paliativos do sexo feminino ou masculino, segundo a frequência de hábitos e comorbidades.....	33
Tabela 8. Pacientes em cuidados paliativos do sexo feminino e masculino, segundo a presença de companheiros.....	34
Tabela 9. Pacientes em cuidados paliativos do sexo feminino ou masculino segundo a profissão.....	35
Tabela 10. Pacientes em cuidados paliativos do sexo feminino ou masculino, segundo a doença de base.....	36

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Pacientes segundo escolaridade e sexo biológico.....	28
Figura 2. Pacientes segundo sexo biológico e renda.....	29
Figura 3. Pacientes segundo sexo biológico e estratificação dos cuidados.....	30

LISTA DE ABREVIATURAS

AD	Atenção Domiciliar
AD1	Atenção Domiciliar – Modalidade 1
AD2	Atenção Domiciliar- Modalidade 2
AD3	Atenção Domiciliar- Modalidade 3
AVC	Acidente Vascular Cerebral
CID	Código Internacional De Doenças
CPS	Cuidados Paliativos
DCNTS	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
EMAD	Equipe Multidisciplinar De Atenção Domiciliar
EMAP	Equipe Multidisciplinar De Apoio
GM/MS	Gabinete do Ministro/ Ministério da Saúde
IAM	Infarto Agudo Do Miocárdio
ICC	Insuficiência Cardíaca Congestiva
MS	Ministério Da Saúde
OMS	Organização Mundial De Saúde
PPS	Escala De Performance Paliativa
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SAD	Serviço De Atenção Domiciliar
SUS	Sistema Único De Saúde
UPA	Unidades De Pronto Atendimento
UBS	Unidades Básicas De Saúde
VMNI	Ventilação Mecânica Não Invasiva

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	14
1.1 Contexto histórico dos cuidados paliativos.....	14
1.2 Princípios e objetivos do cuidado paliativo.....	16
1.3 Marco normativo da atenção domiciliar.....	17
1.4 O estado da arte do serviço de atenção domiciliar.....	18
2. OBJETIVOS.....	23
2.1 OBJETIVO PRIMÁRIO.....	23
2.2 OBJETIVOS SECUNDÁRIOS.....	23
3. MÉTODOS.....	24
3.1 População e amostra.....	24
3.2 Critérios de inclusão e de exclusão	24
3.3 Procedimento de Coleta de dados.....	25
3.4 Análise estatística.....	25
4. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS.....	26
5. DISCUSSÃO.....	37
6. CONCLUSÃO.....	57
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	58
REFERÊNCIAS.....	59
APÊNDICE A - Termo de responsabilidade e compromisso do pesquisador responsável.....	64
APÊNDICE B – Instrumento de coleta de dados.....	65
ANEXO A– Termo de autorização institucional.....	66
ANEXO B – Termo de autorização de acesso a prontuários.....	67
ANEXO C – Escala PPS.....	68
ANEXO D – Estratificação dos cuidados paliativos.....	69
ANEXO E – Escala de indicação de cuidados paliativos – SPICT.....	70

1 INTRODUÇÃO

1.1 Contexto histórico dos cuidados paliativos

Os primeiros serviços de Cuidados Paliativos (CP) foram desenvolvidos na Inglaterra, considerados como uma divisa importante para evolução na prestação desse tipo de cuidados. Destaca-se que, em outros países, apesar de serem encontrados, os cuidados paliativos não se desenvolveram em serviços especificamente criados para tal finalidade, sendo mais frequentes em hospitais para doenças agudas, centros de oncologia e nos hospitais universitários¹⁻³. No Brasil, atualmente, há uma procura crescente por palição, que se intensifica cada vez mais em virtude do aumento epidemiológico das doenças de perfil crônico-degenerativas não transmissíveis (cardiocirculatórias, câncer, entre outras) e do perfil de envelhecimento populacional^{4,5}.

Pode-se considerar como um marco fundamental para a legitimação dos CP, a definição pela Organização Mundial de Saúde (OMS) há mais de trinta anos, ocorrida no ano de 1990, após o início do movimento de palição moderna. Em 2002, a OMS também trouxe um novo conceito para os CP. Agora, eles podem ser considerados como um conjunto de medidas que visam à melhoria da qualidade de vida de pacientes e dos familiares que se deparam com questões relacionadas a uma doença que ameace a continuidade da vida, por meio da prevenção e do alívio do sofrimento possibilitados pela identificação precoce, pela eficiente avaliação e tratamento da dor, bem como pela atenção a outros sintomas físicos, psíquicos e espirituais⁶⁻¹⁰.

Sob uma perspectiva nacional, os cuidados paliativos surgem durante os anos 80, e, com o aumento da expectativa de vida, entraram em uma crescente a partir dos anos 2000. Contudo, embora haja um interesse cada vez maior para implantação dos CP, a estruturação dos serviços ainda se dá de forma vagarosa. Assim, a extensão continental do Brasil reflete em exigências mais alinhadas para o tipo de palição necessária, conforme as necessidades de cada condição de saúde, algo que, com a evolução do serviço, deve ganhar maiores níveis de complexidade e efetividade⁴.

Em cerca de 40 anos de conhecimento e desenvolvimento dos CP, a prática somente se encontra bem estruturada em apenas 35 países, porém, outras 121

nações já sinalizam esforços para implantar políticas adequadas. Também no Brasil, os CP estão inseridos em Portarias de saúde. Entretanto, elas ainda se encontram distantes da agenda política para a implantação de uma Política Nacional de CP. A palição integra a Rede de Atenção à Saúde (RAS), por meio do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD), que se responsabiliza pelo gerenciamento e operacionalização das Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) e Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP), das quais estão inseridas na modalidade de atendimento aos usuários com necessidade de CP^{4,6}.

De acordo com a corrente de pensamento defendido por Pessini e Bertachini¹² sobre palição e humanização, os objetivos dos CP estão divididos em cinco principais objetivos, sendo eles: 1. Que o paciente seja mantido livre de dor tanto quanto possível, de tal modo que possa morrer de forma confortável e com dignidade; 2. Que o paciente receberá continuidade dos cuidados e não será abandonado ou sofrerá perda de sua identidade pessoal; 3. Que o paciente terá tanto controle quanto for possível no que se refere à tomada de decisões (autonomia) a respeito do seu cuidado e lhe será dada a possibilidade de recusar qualquer intervenção tecnológica prolongada de vida (tecnologias duras); 4. Que o paciente será ouvido por uma pessoa, em seus medos, pensamentos, sentimentos, valores e esperanças e 5. Que o paciente poderá escolher onde deseja morrer. Os CP não excluem a família do indivíduo, mas a consideram como unidade e parte do cuidado que também deve ser assistida durante todo o acompanhamento de seu paciente, inclusive até depois de seu óbito, no período do luto. Os autores, anteriormente citados, são unânimes no que diz respeito à necessidade de ampliação dos serviços de palição, de treinamento e na capacitação de profissionais para atuarem nessa área.

Trata-se de uma modalidade de atendimentos a pacientes em CP no domicílio, caracterizada por atividade destinada a portadores de doença crônica, em progressão e com necessidade contínua de monitoramento de sintomas e aplicação de um plano de cuidados previamente estabelecido²¹. Logo, os serviços de CP ainda não estão estruturados de forma mais adequada, tornando tal questão um problema de saúde pública, fazendo com que iniciativas a partir desse contexto se tornem relevantes.¹³⁻¹⁵

1. 2 Princípios e objetivos do cuidado paliativo

Os cuidados paliativos se baseiam em princípios que visam contrapor a ideia de que “não tem mais o que fazer”, ou seja, promover uma melhor qualidade de vida para pacientes em estado de saúde que torna impossível modificar a doença, dando importância também à espiritualidade. Esses princípios são um conjunto interdisciplinar de técnicas e conhecimentos das mais diversas áreas médias resultando em nove princípios, são eles:

1. Promover o alívio da dor e outros sintomas por meio de abordagens farmacológicas e não farmacológicas, além dos aspectos psicossociais;
2. Afirmar a vida e considerar a morte como um processo normal da vida, trazendo à tona a morte como um objeto de discussão e elucidação;
3. Não acelerar nem adiar a morte, mas acompanhar o paciente e a história natural da doença, ponderando técnicas que possam ser realizados;
4. Integrar os aspectos psicológicos e espirituais no cuidado ao paciente para ajudá-lo a lidar com as perdas que ocorrem no processo da doença;
5. Oferecer um sistema de suporte que possibilite o paciente viver tão ativamente quanto possível, até o momento do seu falecimento;
6. Oferecer sistema de suporte para auxiliar os familiares durante a doença do paciente e a enfrentar o luto, tendo em vista que a célula de identidade do ser humano é a família (biológica e adquirida);
7. Abordagem multiprofissional para focar as necessidades dos pacientes e seus familiares, incluindo acompanhamento no luto, tendo em vista o polimorfismo do processo de saúde-doença;
8. Melhorar a qualidade de vida e influenciar positivamente o curso da doença, por meio de uma abordagem holística;
9. Deve ser iniciado o mais precocemente possível, juntamente com outras medidas de prolongamento da vida, incluindo todas as investigações

necessárias para melhor compreender e controlar situações clínicas estressantes.

Portanto, não se trata de um protocolo, mas um conjunto de princípios que vão nortear as intervenções médicas, objetivando sempre a melhora da qualidade de vida do paciente, conferindo-lhe uma sobrevivência ativa quando possível, porém, ponderando o custo-benefício dentro da história natural da doença. Os cuidados paliativos requerem uma equipe multiprofissional, uma vez que, o perfil de enfermidades da população brasileira se apresenta multifatorial, além do predomínio de doenças crônicas. A presença de uma equipe multiprofissional abarca as necessidades básicas do paciente e não só dele como o próprio núcleo familiar.

1.3 Marco normativo da atenção domiciliar

Apesar do avanço tecnológico e a sua maior disponibilidade, com o envelhecimento da população brasileira, tornou-se prevalente as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), como exemplo o câncer. A partir dessa nova realidade, o atendimento em domicílio vem ganhando destaque, com o exercício de cuidar de pacientes, que tem por finalidade a promoção e contribuição para a garantia de uma melhor qualidade de vida^{16,17,18}.

O serviço de Atenção Domiciliar (AD) como extensão hospitalar surgiu em 1947, como forma de “descongestionar” esses ambientes e, a partir disso, essas experiências multiplicaram-se na América do Norte e na Europa^{17,18}. Presume-se que o primeiro sistema de AD do país foi criado no Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo, em 1967, tendo como principal objetivo diminuir o número de ocupação de leitos. Para tanto, foi implantado um tipo restrito de AD, da qual englobava os cuidados com baixa complexidade clínica. Recentemente, tem havido um crescimento no número de empresas de caráter privado no sistema de AD²⁰.

Um dos marcos e representação com o compromisso de que a AD é uma prioridade, o Governo Federal lançou o programa Melhor em Casa no dia 8 de novembro de 2011. O aumento do número de idosos no país trouxe diversos desafios, com características de natureza econômica, previdenciária, de infraestrutura ou de serviços. Outro grande desafio se dá no próprio setor de saúde por apresentar uma

estruturação e organização de atendimentos voltados quase exclusivamente a uma população jovem, mas que, ao mesmo tempo, precisa se readequar principalmente devido ao aumento de DCNT, incidentes ao envelhecimento.

Vale destacar que este cenário não é exclusividade brasileira, mas também de outros países, trazendo diversas preocupações diante aos 6 agravos que o envelhecimento pode ocasionar, em decorrência da ausência de sustentabilidade dos sistemas de saúde^{19,20,21}.

Através da portaria 963 de 2013 o Ministério da Saúde redefine a atenção domiciliar no âmbito do SUS ampliando a disposição da SAD e reorganizando as equipes que compõem essa modalidade de cuidado para ampliar a perspectiva de autonomia do doente enquanto usuário da AD²⁰.

1.4 O estado da arte do serviço de atenção domiciliar

Cuidar de pacientes é uma missão que requer toda uma atenção especial, devido ao estado de saúde, pois essas pessoas, na maioria dos casos, encontram-se debilitadas e precisam de apoio, paciência, compreensão e acolhimento. A comunicação entre a equipe de saúde, familiares e pacientes, na maioria das vezes acontece de forma eficaz, pois, deve ser a base para o esclarecimento e favorecimento da adesão ao tratamento, ao mesmo tempo em que se trabalha a aceitação da proximidade da morte. A AD consiste em um dispositivo organizacional e assistencial propício à efetivação de novos modelos de produção de cuidado e de intervenção em diferentes pontos da RAS (rede de atenção em saúde), pressupondo um cuidado onde o usuário e suas necessidades são o centro, visando um atendimento holístico^{22,46}.

A assistência domiciliar atende ao princípio doutrinário de integralidade do SUS, que agrega a participação sistemática de profissionais de saúde em domicílio, nos cuidados integrais prestados ao paciente e conseqüentemente aos familiares e pessoas próximas¹⁴. Pode-se dizer que no Brasil há uma oferta considerada pequena, e ainda fragmentada, de tratamento paliativo aos pacientes que necessitam de tais cuidados. A sua maioria localiza-se em hospitais, por exemplo no Instituto Nacional do Câncer (INCA), que possui estrutura diferenciada de nível de excelência nesse tipo

de cuidados para pacientes com câncer e seus familiares, incluindo atendimento ambulatorial, hospitalização e AD^{12,13,23}.

O SAD é uma modalidade de atenção à saúde complementar ou substitutiva, às já existentes, caracterizando-as por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças, de reabilitação no domicílio, com garantia de continuidade dos cuidados e integrada às RAS^{16,18}. Nesta perspectiva, pode-se considerar o cuidado em domicílio como uma prática que diz respeito à própria existência das famílias como sendo unidade de uma organização social. Existem diversas situações de dependência cronicamente assumidas pelas famílias que sequer foram, ainda, incluídas nas iniciativas de AD organizadas pelo sistema de saúde²⁴.

Nesse contexto, a linha de pensamento filosófico do SAD abrange aspectos importantes para o cuidar, como a abordagem de forma holística e uma prática profissional interdisciplinar. Assim, para associar os CP com o AD, é indispensável uma reorganização do sistema de saúde, em conjunto com o conhecimento científico e ético adequados e atualizados além de, principalmente, a disposição dos cuidadores formais em proporcionar uma assistência holística, em todas as fases de uma doença crônica, cuja expectativa de vida é relativamente curta²⁵. A AD intensifica a chamada transversalidade da atenção, pois, coloca no centro o usuário e suas necessidades, as quais precisam estar integradas às RAS. Com isso, o SAD propõe o estabelecimento e a pactuação de fluxos e protocolos com o conjunto dos pontos de atenção dessa rede²⁶.

Segundo a Portaria nº 2.527/2011, a AD constitui-se como uma “modalidade de atenção à saúde substitutiva ou complementar às já existentes, caracterizada por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação prestadas em domicílio, com garantia de continuidade de cuidados e integrada às Redes de Atenção à Saúde”. No ano de 2001, em setembro, foi instituída a Portaria GM/MS nº 1.531 que visa propiciar aos pacientes portadores de distrofia muscular progressiva o uso de Ventilação Mecânica Não Invasiva (VMNI) em domicílio, sob os cuidados de equipes específicas para situações e condutas, financiadas pelo SUS²⁷.

Em outubro de 2006, o MS publicou a Portaria nº 2.529, que institui a internação domiciliar como um conjunto de atividades prestadas no domicílio a pessoas clinicamente estáveis que exijam intensidade de cuidados para além das modalidades ambulatoriais, mas, que possam ser mantidas em casa, por equipe exclusiva para essa finalidade²⁸. Em novembro de 2011, o Governo Federal lançou o programa Melhor em Casa, sendo ele considerado um marco fundamental e um compromisso da prioridade da AD. Também nesse ano, foi publicado o manual de instrução desse programa, com o objetivo de detalhar algumas orientações específicas aos gestores de saúde, para auxiliar na elaboração do projeto e na sua adesão.⁸

Por fim, ressalta-se que o Melhor em Casa – referência da atenção domiciliar é um dos componentes das chamadas Redes de Atenção às Urgências e Emergências (RUE), e que nelas deverá estar estruturado, de acordo com a proposição da Portaria GM/MS nº 1.600, de julho de 2011, na perspectiva das RAS²⁹. Ainda de acordo com a Portaria nº 2.527/2011²⁶, a AD deverá ser organizada em três modalidades, definidas a partir da caracterização do paciente, tipo de atenção e procedimentos utilizados para realizar o cuidado deles. A saber, essas modalidades são classificadas como:

1) AD1: destina-se aos usuários que possuam problemas de saúde controlados/compensados e com dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde, que necessitam de cuidados com menor frequência e menor necessidade de recursos de saúde. A prestação da assistência nessa modalidade é de responsabilidade das equipes de atenção básica (eAB), incluindo equipes da Estratégia da Saúde da Família (ESF) e Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), por meio de visitas regulares em domicílio de, no mínimo, uma vez por mês;

2) AD2: Modalidade voltada aos usuários que possuam problemas de saúde e dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde e que necessitem de maior frequência de cuidado, recursos de saúde e acompanhamento contínuos, podendo ser oriundos de diferentes serviços da rede de atenção. A prestação de assistência à saúde nessa modalidade é de responsabilidade da EMAD e da EMAP;

3) AD3: Esta modalidade destina-se aos usuários que possuam problemas de saúde e dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde, com necessidade de maior frequência de cuidado, recursos de saúde, acompanhamento contínuo e uso de equipamentos, podendo ser oriundos de diferentes serviços.

Para a admissão de usuários nas modalidades AD2 e AD3, é fundamental a presença de cuidador identificado, devendo ter retaguarda de unidades assistenciais de funcionamento 24 horas, definidas previamente como referência para o usuário, nos casos de intercorrências. Recomenda-se que os Serviços de Atenção Domiciliar obedeçam à lógica da adstrição de clientela.⁹

A EMAD deve atender a uma população adscrita de 100 mil habitantes, baseada no local de residência dos usuários, e poderá estar alocada nos diversos tipos de serviços de atenção à saúde, tais como hospitais, Unidades de Pronto Atendimento (UPA), Unidades Básicas de Saúde (UBS), desde que estejam interligadas administrativamente ao SAD, não podendo haver superposições de EMAD em uma mesma base territorial ou populacional. Nos casos de municípios com população menor do que a mencionada, entre 40 mil e 100 mil habitantes, esta ficará adstrita à EMAD e deve ser a totalidade dos habitantes do município. Para dar suporte e complementar as ações de saúde da AD também pode ser designada uma EMAP, desde que elas sejam clinicamente indicadas para tais situações³⁰.

A “dimensão sistêmica” da gestão do cuidado diz respeito à existência de serviços de saúde que possuem papéis diferentes e a inserção de tecnologias diversas que produzem certo grau de comunicação entre eles, a fim de garantir a integralidade na assistência. Essa dimensão é mediada por regras e normas, representadas por protocolos, sistemas de referência e contrarreferências centrais de regulação. E essa rede do cuidar tem de ser objeto de gestão para garantir o acesso dos usuários às tecnologias em saúde necessárias, podendo ser discutida à luz do conceito das RAS.³¹

No que se refere ao processo de atenção domiciliar como ferramenta integrante dos cuidados paliativos, destacam-se a transversalidade do processo e a melhor aceitação do paciente com dois aspectos importantes da modalidade de cuidado. Enquanto que no ambiente familiar há diretamente a participação familiar na história

do doente, incluindo a observação das relações interpessoais, dentro do hospital haveria um distanciamento da relação entre família e paciente em processo de terminalidade, haja vista que o próprio sistema hospitalar não permite o acompanhamento quase que contínuo por familiares, tendo os profissionais de saúde maior interferência nessa relação: algo que, em um momento delicado de aceitação, dificulta a continuidade do CP. A organização mundial de saúde define oito medidas para implementação da palição sob a perspectiva da AD que envolve, entre outros pontos, o planejamento, a mobilização de recursos e a participação de uma equipe multiprofissional comprometida com a transversalidade do cuidado³⁸.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO PRIMÁRIO

Comparar o perfil epidemiológico dos pacientes em cuidados paliativos dos sexos feminino ou masculino assistidos por uma equipe multiprofissional de atenção domiciliar (EMAD).

2.2 OBJETIVOS SECUNDÁRIOS

Estudar hábitos e doenças prevalentes; comparar os sexos biológicos em relação ao perfil sociodemográfico e categorizar os pacientes para os tipos de tratamento.

3 MÉTODOS

Trata-se de um estudo epidemiológico, observacional, transversal, retrospectivo de aspecto descritivo quantitativo. A pesquisa ocorreu por meio da análise de 52 prontuários dos pacientes em cuidados paliativos assistidos pela EMAD de Iguatu/CE, cuja população atual, é de quase 100 mil/hab., e é referência para a 18ª Regional de Saúde no Centro-Sul do Ceará. A EMAD faz parte do serviço de atenção domiciliar, cujos pacientes têm perfil para palição. A escolha por esse serviço de saúde está pautada nos seguintes argumentos: por ser a referência do serviço de atenção domiciliar na cidade, pela diversidade das comorbidades e da complexidade dos pacientes e por abranger os diversos territórios sanitários do município pesquisado.

3.1 POPULAÇÃO E AMOSTRA

Os cuidados paliativos têm como princípio a abordagem multiprofissional, com o intuito de envolver todas as dimensões do paciente no cuidado para a elaboração de uma proposta que possibilite qualidade de vida e bem-estar aos pacientes. Diante disso, considerou-se como população de estudo, pacientes em cuidados paliativos assistidos por uma EMAD, nas modalidades AD2 e AD3. Considerando que o SAD/EMAD tem alta rotatividade e fluxo considerável, à época do estudo, foram inicialmente considerados 85 prontuários de pacientes, dos quais 76 tinham perfil paliativo – AD2 e AD3. Foi utilizado a escala SPICT para a indicação dos pacientes em cuidados paliativos.

3.2 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Para seleção da amostra- 52 prontuários- adotou-se os seguintes parâmetros inclusivos: todos os prontuários dos pacientes em CP assistidos pela EMAD, nas modalidades AD2 e AD3, atendidos entre o período de janeiro a junho de 2022 e de exclusão: prontuários com dados de identificação pessoal, funcionalidade e/ou comorbidades incompletos para preenchimento do instrumento de coleta de dados, assim como pacientes com idade inferior a 18 anos de idade.

3.3 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

Com a devida autorização institucional e aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UNISA (Universidade Santo Amaro)- Parecer: 5.597.958, os prontuários dos participantes da amostra foram identificados e analisados na própria EMAD, na qual estão adscritos, em seguida a coleta dos dados ocorreu a partir do formulário desenvolvido pelo pesquisador contendo desde a data do atendimento inicial do paciente pela EMAD, assim como idade, gênero, se tem companheiro ou não, escolaridade, profissão, renda, diagnósticos, funcionalidade (PPS), estratificação (precoce, complementar, predominante ou exclusivo), comorbidades (diabetes, hipertensão, neoplasias) assim como fatores de risco (não prática de atividade física, fumo) para as DCNTS.

3.4 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Os seguintes testes não-paramétricos foram usados para análise dos dados:

1-Teste de Mann-Whitney – utilizado com o objetivo de comparar as idades entre os sexos biológicos.⁴²

2-Teste de Kolmogorov-Smirnov – para duas amostras independentes com o objetivo de comparar os grupos de pacientes do sexo feminino e masculino, em relação à renda, em níveis de salários-mínimos, de escolaridade e do tratamento, segundo a estratificação de cuidados paliativos;⁴²

3-Teste G de Cochran - com o objetivo de comparar, separadamente, para os pacientes do gênero feminino e do masculino, as presenças simultâneas de hábitos e de comorbidades;⁴²

4-Teste de Quiquadrado ou Teste Exato de Fisher - com o objetivo de comparar os pacientes do gênero feminino ou masculino em relação à presença de companheiro e a frequência de cada um dos hábitos ou comorbidades observadas;⁴²

O nível de significância, de todos os testes, foi fixado em 0,05 ou 5%.

4 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Na Tabela 1 estão representadas as idades dos participantes do estudo por sexo biológico:

Tabela 1- Pacientes em cuidado paliativo do sexo feminino ou masculino, segundo as idades em anos completos.

FEMININO (N=21)	MASCULINO (N=31)
21	83
86	67
82	68
77	98
92	87
74	49
78	89
91	68
87	68
59	76
86	97
83	75
87	92
75	85
84	79
36	65
88	73
80	85
80	40
64	80
35	93
	66
	68
	85
	65
	38
	43
	54
	43
	39
	77
MÉDIA 73,6	MÉDIA 70,8
MEDIANA 80	MEDIANA 73

Teste de Mann-Whitney: Z= 0,85 (p=0,3961) NS

Analisando os prontuários dos pacientes em cuidados paliativos assistidos pela EMAD, os pacientes exibiram idades entre 21 e 98 anos e foram divididos em dois grupos (feminino e masculino) para análise e comparação entre os sexos biológicos, com a média e mediana das idades dos homens sendo de 70,8 e 73. No grupo feminino 73,6 e 80, respectivamente, com Teste de Mann-Whitney - $Z= 0,85$ ($p=0,3961$) - não apresentando diferenças significantes entre homens e mulheres.

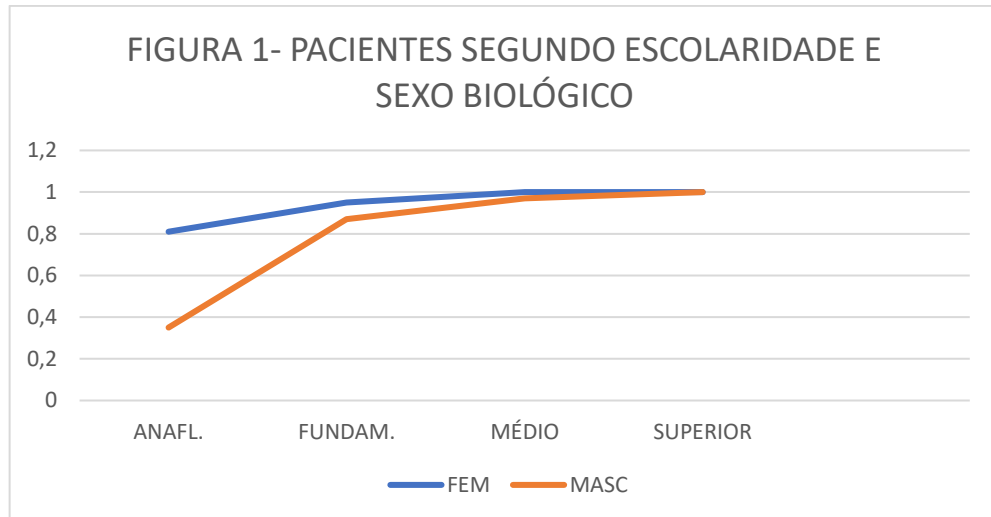
A Tabela 2 aborda os níveis de escolaridade dos participantes do estudo:

Tabela 2- Pacientes em cuidados paliativos por sexo biológico, segundo os níveis de escolaridade.

SEXO BIOLÓGICO		ANALFA B	FUNDAM	MÉDIO	SUPERIOR	TOTAL
FEMININO	Frequência	17	3	1	0	21
	Proporção	0,8095	0,1429	0,0476	0,0000	
	Prop. Acum.	0,8095	0,9524	1,0000	1,0000	
MASCULINO	Frequência	11	16	3	1	31
	Proporção	0,3548	0,5161	0,0968	0,0323	
	Prop. Acum.	0,3548	0,8709	0,9677	1,0000	
 PROP. ACUM. FEM-MASC 		0,4547	0,0815	0,0323	0,0000	

Teste De Komolgorov-Smirnov: Diferença Máxima = 0,4547, $X^2 = 10,35$ ($P < 0,00001$)

Ao comparar os pacientes do sexo feminino e masculino em relação aos graus de escolaridade, conforme a Tabela 2, o teste de Kolmogorov-Smirnov, mostrou que a porcentagem de ANALFABETOS entre as mulheres (80,95%) foi significativamente maior do que a dos homens (35,48%), também ilustrado na figura 1, abaixo.



A Tabela 3, abaixo, apresenta as porcentagens dos indivíduos do sexo feminino e masculino, segundo renda mensal:

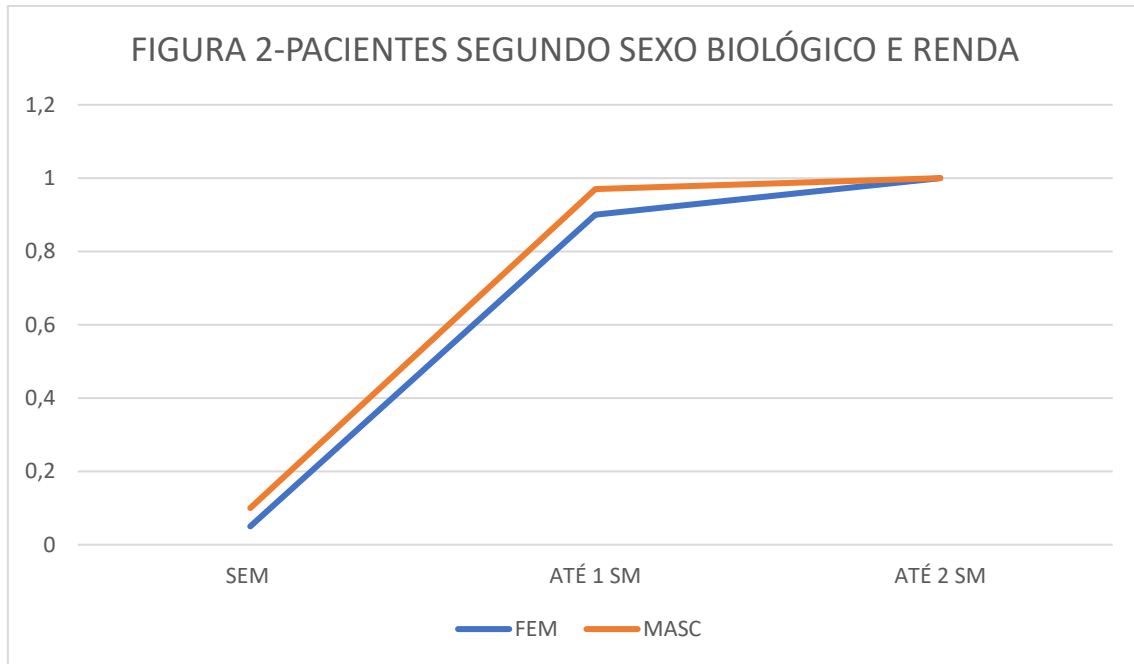
Tabela 3- Pacientes em cuidados paliativos, do sexo feminino ou masculino, segundo os níveis de renda, em salários-mínimos (sm).

Gênero		Sem Renda	Até 1 sm	Até 2 sm	Total
Feminino	Frequência	1	18	2	21
	Proporção	0,0476	0,8571	0,0952	1
	Prop. Acum.	0,0476	0,9045	1,0000	
Masculino	Frequência	3	27	1	31
	Proporção	0,0968	0,8710	0,0322	1
	Prop. Acum.	0,0968	0,9677	1,0000	

[PROP. ACUM. FEM-MASC] 0,0492 0,0632 0,0000

Teste De Kolmogorov-Smirnov, Diferença Máxima = 0,0632, $X^2= 0,03$ (P= 0,9831)

Os pacientes do sexo feminino não diferem significativamente dos pacientes do sexo masculino, quando comparados em relação aos valores da renda mensal, conforme verificamos acima, na tabela 3, e em seguida na figura 2.



A Tabela 4 apresenta as porcentagens dos indivíduos do sexo feminino e masculino segundo a estratificação dos cuidados:

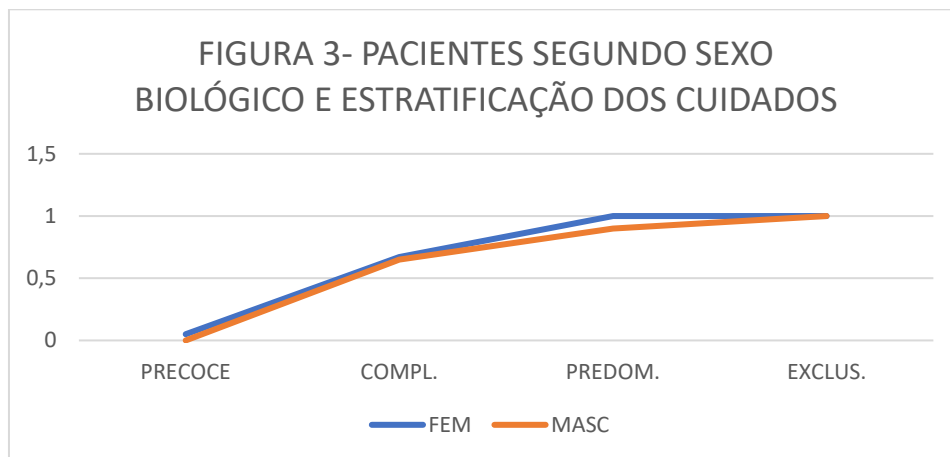
Tabela 4- Pacientes em cuidados paliativos do sexo feminino ou masculino, segundo a estratificação dos cuidados.

Sexo biológico		Precoce	Complementar	Predominante	Exclusivo	Total
Feminino	Frequência	1	13	7	0	21
	Proporção	0,0476	0,6190	0,3333	0,0000	
	Prop.Acum.	0,0476	0,6667	1,0000	1,0000	
Masculino	Frequência	0	20	8	3	31
	Proporção	0,0000	0,6452	0,2581	0,0968	
	Prop.Acum.	0,0476	0,6452	0,9033	1,0000	
 PROP. ACUM. FEM-MASC 		0,0476	0,0215	0,0967	0,0000	

Teste de Kolmogorov-Smirnov, Diferença Máxima = 0,0967 $X^2=0,46$ -($p=0,3844$)

Analisando a tabela 4, da estratificação dos cuidados paliativos (anexo D), verificou-se que no sexo masculino a ampla maioria dos pacientes foram classificados

em palição complementar (64,5%), seguida de predominante (25,8%) e exclusivo, ou seja, em terminalidade de vida (9,7%). Não tinham pacientes em instituição de cuidados paliativos precoce. Já no grupo feminino, constatou-se assim como no grupo masculino, uma maior proporção de cuidados complementares (61,9%), seguida de cuidados predominantes (33,3%) e de cuidados precoces (4,8%), não havia pacientes masculinos em cuidados paliativos precoces. O Teste de Kolmogorov-Smirnov, não mostrou diferença significativa entre os pacientes do sexo feminino e masculino, quando comparados em relação à estratificação do tratamento, conforme figura 3, abaixo.



Na tabela 5, a seguir, entre o sexo feminino, com um total de 21 pacientes, as que não praticavam atividade física representam a maior proporção (100%), seguida das hipertensas (85,7%), com Teste G de COCHRAN = 62.01, sendo, dessa forma, significativamente as comorbidades mais frequentes do que as demais.

A Tabela 5, apresenta as porcentagens entre mulheres, segundo a presença ou ausência de comorbidades ou hábitos:

Tabela 5- Pacientes em cuidados paliativos do sexo feminino, segundo a presença (1) ou ausência (0) de comorbidades ou hábitos.

Paciente	Diabetes	Tabag	Has	Obes.	Sem Ativ.fís;	IAM	D.Resp.	Neopl.
1	0	0	0	1	1	0	0	0
2	1	0	1	0	1	1	0	0
3	1	1	1	1	1	0	0	0
4	1	0	1	1	1	0	0	1
5	1	0	1	0	1	0	0	0
6	0	1	1	0	1	1	0	1
7	1	1	1	0	1	0	0	1
8	0	0	1	0	1	0	0	0
9	0	0	0	1	1	0	0	0
10	1	1	1	0	1	0	1	0
11	0	0	1	0	1	1	0	0
12	1	0	1	1	1	0	0	0
13	0	0	1	1	1	0	1	0
14	0	0	1	0	1	1	0	0
15	1	1	1	0	1	0	1	0
16	0	0	1	1	1	0	0	0
17	0	0	1	1	1	0	0	0
18	0	0	1	0	1	1	0	0
19	0	0	1	1	1	0	0	0
20	0	0	1	0	1	0	0	0
21	0	0	0	0	1	0	0	0
∑ Sim	8	5	18	8	21	5	3	3
% Sim	38,1	23,8	85,7	38,1	100,0	23,8	14,3	14,3

HAS= Hipertensão Arterial Sistêmica; Obes = Obesidade; Sem Ativ. Fís.= sem atividade física; IAM = Infarto Agudo do Miocárdio; D. Resp. = Depressão Respiratória; Neopl. = Neoplasia; Tabag.=tabagismo

Teste G de Cochran - G= 62, 01 (p<0,0001)

A Tabela 6, apresenta as porcentagens entre homens, segundo a presença ou ausência de comorbidades ou hábitos:

Tabela 6- Pacientes em cuidados paliativos do sexo masculino, segundo a presença (1) ou ausência (0) de comorbidades ou hábitos.

Paciente	Diabetes	Tabag.	HAS	Obes.	Sem Ativ.fís;	IAM;	D.Resp.	Neopl.
1	0	0	1	1	1	0	1	0
2	0	0	0	0	1	0	0	0
3	0	1	1	0	1	1	1	0
4	1	0	1	0	1	0	0	0
5	0	0	0	0	1	1	0	0
6	0	0	1	1	1	0	1	0
7	0	0	0	1	1	0	1	1
8	0	1	1	0	1	1	0	0
9	0	0	0	1	1	0	1	0
10	0	1	0	0	1	0	0	0
11	1	0	1	0	1	0	0	0
12	0	0	0	1	1	0	1	0
13	0	0	0	1	0	0	1	0
14	1	0	0	0	1	0	0	0
15	0	0	0	1	1	0	0	1
16	1	1	1	0	1	0	0	0
17	0	0	0	1	1	0	0	0
18	1	0	1	0	1	0	0	0
19	1	0	1	0	1	0	0	0
20	0	1	1	0	1	0	0	0
21	0	0	1	0	1	0	1	0
22	0	0	1	0	1	0	0	0
23	0	0	0	0	1	0	1	0
24	0	0	0	0	1	0	1	0
25	1	0	1	1	1	0	0	0
26	0	1	1	0	0	0	0	1
27	0	0	0	1	1	0	1	0
28	1	0	1	0	1	0	0	0
29	1	0	1	1	1	0	0	0
30	0	1	0	0	1	1	0	0
31	1	0	1	1	1	0	0	0
∑ sim	10	7	17	11	29	4	11	3
% sim	32,2	22,5	54,8	35,5	93,5	12,9	35,5	9,7

HAS= Hipertensão Arterial Sistêmica; Tabag.= Tabagismo; Obes = Obesidade; Sem Ativ. Fís. = sem atividade física; IAM = Infarto Agudo do Miocárdio; D. Resp. = Depressão Respiratória; Neopl. = Neoplasia

Teste G de Cochran - G= 62,68 (p<0,0001).

Conforme verificamos na tabela 6, entre o sexo masculino, com um total de 31 pacientes, os que não praticavam atividade física constituíram a maior proporção (93,5%), seguida dos hipertensos (54,8%), sendo significativamente os mais frequentes. Já a obesidade (35,5%) e as doenças respiratórias (35,5%) foram significativamente mais frequentes do que IAM (12,9%) e neoplasias (9,7%).

A Tabela 7, apresenta o paralelo estabelecido entre homens e mulheres segundo a presença ou ausência de comorbidades ou hábitos:

Tabela 7- Analogia entre os pacientes em cuidados paliativos do sexo feminino ou masculino, segundo a frequência de hábitos e comorbidades.

HÁBITOS E COMORBIDADES	FEMININO			MASCULINO			FEM X MASC X ² E (p)
	SIM	NÃO	%sim	SIM	NÃO	% sim	
DIABETES	8	13	38,1	10	21	32,3	X ² =0,19(p=0,6642)NS
TABAGISMO	5	16	23,8	7	24	22,6	(p=0,9999) NS
HAS	18	3	85,7	17	14	54,8	(p=0,03376) FEM>MASC
OBESIDADE	8	13	38,1	11	20	35,5	X ² = 0,08 (p=0,7824) NS
SEM ATIV. FÍSICA	21	0	100,0	29	2	93,6	(p=0,5090) NS
IAM	5	16	23,8	4	27	12,9	(p=0,45740) NS
D.RESPIRATÓRIAS	3	18	14,3	11	20	35,6	(p=0,1185) NS
NEOPLASIA	3	18	14,3	3	28	9,7	(p=0,6754) NS

Resultado da comparação entre o teste do quiquadrado (x²) ou do teste exato de Fisher (p), aplicados para os sexos masculinos e femininos.

Comparando cada fator de risco entre os grupos, conforme tabela 7, temos que a diabetes não diferiu significativamente - com teste do Quiquadrado (X^2) =0.19 e $p=0.6642$ - entre os grupos masculino e feminino. O tabagismo apresentou presença entre o grupo feminino de 23,8% com teste Exato de Fisher com $p= 0,9999$, não apresentando diferenças significantes. Já a hipertensão arterial teve uma diferença significativa entre as mulheres (85,7%) e os homens (54,8%) com $p=0,03376$.

A obesidade teve presença geral de 36,8% entre ambos os sexos com $X^2= 0,08$ ($p=0,7824$), não apontando significância para a análise, assim como a atividade física, IAM e as neoplasias com respectivas presenças totais e testes Exatos de Fisher, 96,8% / $p= 0,5090$, 18,3% / $p= 0,4574$ e 12% / $p= 0,6754$. Em relação às doenças respiratórias com presença total de 24,9%, $p= 0,1185$, não foi observado uma diferença significativa.

Em função da modalidade de atenção domiciliar (AD), no grupo feminino, 20 mulheres estão na modalidade AD2 e apenas 1 na modalidade AD3, no caso dos homens, 30 estão na modalidade AD2 e apenas 1 também está na modalidade AD3.

A Tabela 8, apresenta as porcentagens dos indivíduos do sexo feminino e masculino que alegaram possuírem companheiros:

Tabela 8 - Pacientes em cuidados paliativos do sexo feminino ou masculino, segundo a presença de companheiros.

Sexo biológico	Companheiro		Total	% De Sim
	Sim	Não		
Feminino	9	12	21	42,9
Masculino	23	8	31	74,2
Total	32	20	52	61,5

Teste do QUI quadrado - $X^2 = 4,43$ - ($p= 0,0352$)- Masculino > Feminino

Os dados apontam para uma maior frequência/porcentagem da presença de companheiro no grupo dos homens (74,2%) do que no das mulheres (42,8%) com $X^2=$

4,43 e $p= 0,0352$, o que deve impactar os cuidados paliativos no que concerne às questões psicológicas e familiares.

A Tabela 9, apresenta as porcentagens dos indivíduos do sexo feminino e masculino segundo profissão:

Tabela 9- Pacientes em cuidados paliativos do sexo feminino ou masculino, segundo a profissão.

PROFISSÃO	FEMININO		MASCULINO	
	N	%	N	%
AGRICULTOR(A)	5	23,8	13	41,9
DO LAR	6	28,6	0	0,0
COMERCIÁRIO (A)	0	0,0	3	9,7
ARTESÃO	0	0,0	1	3,2
CARPINTEIRO (A)	0	0,0	1	3,2
PEDREIRO	0	0,0	3	9,7
GUARDA/VIGILANTE	0	0,0	1	3,2
BARBEIRO	0	0,0	1	3,2
PORTEIRO(A)	0	0,0	1	3,2
AUX. DE LIMPEZA	10	47,6	1	3,2
METALÚRGICO	0	0,0	1	3,2
SEM PROFISSÃO	0	0,0	5	16,2
TOTAL	21	100,0	31	100,0

Conforme se pode verificar na tabela 9, comparativa de profissões, o sexo masculino em sua maior proporção foi representado pela profissão de agricultor (41,9%), seguida dos que não tem ou não tiveram profissão (16,2%). Comerciante e pedreiro sinalizam 9,7%, e logo em seguida temos as demais profissões, representando cada uma 3,2%. Não se verificou, a profissão de donos do lar entre o sexo masculino. Já entre o sexo feminino, vimos na profissão de auxiliar de limpeza (47,6%) e de dona do lar (28,6%) as maiores representações, seguida da profissão de agricultora (23,8%).

A Tabela 10, apresenta as porcentagens dos indivíduos do sexo feminino e masculino, de acordo com a doença de base:

Tabela 10- Pacientes em cuidados paliativos do sexo feminino ou masculino, segundo a doença de base.

Diagnóstico	Feminino		Masculino	
	N	%	N	%
Oncológicas	1	4,8	3	9,7
Cardíacas	1	4,8	0	0,0
Neurológicas	13	61,9	20	64,5
Renais	1	4,8	2	6,4
Pulmonares	1	4,8	0	0,0
Outras Causas	4	19,0	6	19,4

Na tabela 10, dos diagnósticos de acordo com as doenças de base, verificou-se que no sexo masculino, a ampla maioria dos pacientes foram acometidos por comorbidades neurológicas, incluindo demências (64,5%), seguida de outras causas, como síndrome de fragilidade e doenças hepáticas (19,4%) e por fim, causas oncológicas (9,7%). Já no sexo feminino, constatou-se como no grupo masculino, uma prevalência de doenças de causa neurológica (61,9%), seguida de outras causas (19%) e as demais – oncológicas, cardíacas, renais e pulmonares- cada uma pontuando 4,8%.

5 DISCUSSÃO

Os Cuidados Paliativos (CPs) são uma abordagem holística e integradora de aspectos físicos, psicológicos, sociais e espirituais para prevenir, identificar e tratar precocemente a dor e sofrimento associados ao processo saúde-doença. Epidemiologicamente, levantamentos estatísticos recentes estimam que 48 milhões de indivíduos estarão em situações graves de saúde até 2060, representando 87% a mais em relação aos 26 milhões em 2016. Tais dados sugerem que a necessidade de CPs será aproximadamente duas vezes maior que a atual nas próximas quatro décadas, sendo mais rápidos em indivíduos de baixa renda, idosos acima de 70 anos e condições neurológicas^{39,40}. Diante disso, discutiremos os achados quanto ao perfil etário, de sexo biológico, escolaridade, profissão, renda, ter ou não companheiro de pacientes em CPs atendidos por uma equipe multidisciplinar na cidade de Iguatu-Ceará, em relação aos dados da literatura científica.

Os cuidados paliativos têm como objetivo oferecer qualidade de vida aos pacientes em fase avançada de doenças crônicas e progressivas, com enfoque no alívio dos sintomas e no suporte emocional. A atenção domiciliar é uma modalidade de cuidados paliativos que permite que os pacientes recebam cuidados adequados no conforto de seu próprio lar, envolvendo uma equipe multidisciplinar de profissionais de saúde. Com o envelhecimento da população e o aumento da prevalência de doenças crônicas, como câncer, doenças cardíacas e neurológicas, a demanda por cuidados paliativos em domicílio tem se tornado uma opção cada vez mais relevante na assistência aos pacientes em fase avançada de doenças²³.

No entanto, a situação clínica e as ações de saúde de pacientes em cuidados paliativos assistidos por uma equipe multidisciplinar de atenção domiciliar ainda são pouco exploradas na literatura científica. É fundamental compreender a epidemiologia desses pacientes, bem como as intervenções realizadas pela equipe multidisciplinar e os desfechos de saúde alcançados, para embasar a tomada de decisões clínicas e aprimorar a qualidade do cuidado oferecido¹².

É importante ressaltar que a atenção domiciliar em cuidados paliativos tem se mostrado uma opção relevante na assistência aos pacientes em fase avançada de doenças crônicas, e a análise epidemiológica pode fornecer subsídios para aprimorar

a qualidade do cuidado oferecido, proporcionando uma melhor qualidade de vida aos pacientes em cuidados paliativos e suas famílias. Sendo assim, a análise epidemiológica dos pacientes em cuidados paliativos assistidos por uma equipe multidisciplinar de atenção domiciliar é uma área de pesquisa que merece atenção, pois pode contribuir para o desenvolvimento de estratégias de cuidado mais efetivas e para a melhoria da qualidade de vida desses pacientes em uma fase avançada de suas doenças²⁴.

A atenção domiciliar é uma modalidade de cuidados paliativos que tem ganhado crescente reconhecimento como uma abordagem abrangente e centrada no paciente para o cuidado de pacientes com doenças avançadas ou em fase terminal. Através desse modelo, os pacientes recebem cuidados médicos, de enfermagem, psicossociais e de suporte em seu próprio ambiente residencial, visando melhorar sua qualidade de vida e garantir que suas necessidades físicas, emocionais e espirituais sejam adequadamente atendidas. A atenção domiciliar como modalidade de cuidados paliativos tem como base a filosofia de cuidar integralmente dos pacientes, aliviando seus sintomas, oferecendo suporte emocional e respeitando seus valores e preferências de cuidado. É uma abordagem holística que visa promover o bem-estar dos pacientes e suas famílias, possibilitando-lhes enfrentar a doença de forma mais digna e confortável, no conforto de seu próprio lar³⁶.

Uma das principais vantagens da atenção domiciliar é a possibilidade de oferecer cuidados individualizados e personalizados aos pacientes. Os profissionais de saúde que atuam na atenção domiciliar têm a oportunidade de estabelecer uma relação mais próxima e de confiança com os pacientes e suas famílias, o que permite uma compreensão mais profunda de suas necessidades e desejos em relação aos cuidados de saúde. Dessa forma, é possível oferecer cuidados que são verdadeiramente centrados no paciente, levando em consideração sua história de vida, crenças e preferências, e adaptando o plano de cuidado de acordo com suas necessidades específicas³¹.

Além disso, a atenção domiciliar também permite uma abordagem mais abrangente do cuidado. Os profissionais de saúde que atuam na atenção domiciliar trabalham em equipe, composta geralmente por médicos, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos e outros profissionais de saúde, que colaboram de forma integrada

para oferecer cuidados completos e multidisciplinares aos pacientes. Essa abordagem colaborativa possibilita o manejo adequado dos sintomas físicos, como dor, dispneia, náuseas e vômitos, assim como o suporte emocional e psicossocial aos pacientes e suas famílias, ajudando a enfrentar os desafios emocionais e espirituais que muitas vezes acompanham as doenças avançadas ou em fase terminal³³.

Outra vantagem da atenção domiciliar como modalidade de cuidados paliativos é a possibilidade de oferecer cuidados mais acessíveis e sustentáveis. A internação hospitalar pode ser dispendiosa e muitas vezes desconfortável para os pacientes, especialmente para aqueles com doenças crônicas avançadas. A atenção domiciliar pode oferecer uma alternativa mais econômica e viável, permitindo que os pacientes recebam cuidados de qualidade em seu próprio lar, evitando a necessidade de hospitalização prolongada. Além disso, a atenção domiciliar também pode ser uma opção mais sustentável em termos ambientais. A hospitalização frequentemente envolve um alto consumo de recursos, como energia, água e materiais médicos, além de gerar resíduos hospitalares¹⁹.

A atenção domiciliar pode contribuir para a redução desses impactos ambientais, uma vez que os cuidados são prestados no ambiente residencial do paciente, utilizando os recursos já disponíveis na própria casa, e minimizando a produção de resíduos hospitalares⁴.

Outro aspecto importante da atenção domiciliar como cuidados paliativos é a possibilidade de promover o cuidado em família. A família desempenha um papel fundamental no cuidado de pacientes com doenças avançadas ou em fase terminal, e a atenção domiciliar permite que os familiares participem ativamente do cuidado, sendo envolvidos nas decisões e no planejamento do cuidado, recebendo orientações e suporte emocional. Isso fortalece o vínculo familiar, promove o apoio mútuo e ajuda a amenizar a carga emocional e prática associada ao cuidado de um ente querido doente⁸.

A atenção domiciliar como modalidade de cuidados paliativos também é uma opção que respeita a autonomia e a dignidade dos pacientes. Permite que os pacientes permaneçam em um ambiente familiar, cercado por suas memórias, pertences e pessoas queridas, o que pode contribuir para uma sensação de conforto

e segurança. Os pacientes têm a oportunidade de participar ativamente nas decisões relacionadas ao seu cuidado, expressar suas preferências e valores, e ter sua dignidade preservada, mesmo em uma fase avançada de doença²⁷.

No entanto, é importante ressaltar que a atenção domiciliar como modalidade de cuidados paliativos não é adequada para todos os pacientes. Alguns pacientes podem requerer cuidados complexos ou intervenções médicas intensivas que não podem ser fornecidos em ambiente domiciliar. A seleção cuidadosa dos pacientes elegíveis para atenção domiciliar é fundamental, e a avaliação criteriosa do quadro clínico, do contexto familiar e das condições do ambiente residencial são essenciais para garantir a segurança e a qualidade dos cuidados prestados¹⁵.

A atenção domiciliar como cuidados paliativos também enfrenta alguns desafios, como a falta de infraestrutura adequada em algumas regiões, a necessidade de capacitação e treinamento específico para os profissionais de saúde envolvidos, a coordenação adequada entre a equipe de saúde e os cuidadores familiares, e a garantia do acesso a medicamentos e recursos necessários para o cuidado em domicílio. É importante que haja políticas de saúde e programas específicos que apoiem a implementação e o desenvolvimento da atenção domiciliar como modalidade de cuidados paliativos, visando superar esses desafios e promover a qualidade e a abrangência dessa abordagem de cuidado³⁴.

No que tange às comorbidades prévias elencadas nos resultados, as doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs) estão associadas aos CPs, sem diferença significativa entre os sexos, onde apenas a hipertensão arterial foi significativamente mais prevalente no sexo feminino. Para os fatores de risco, a não prática de atividade física, que leva ao sedentarismo, desponta como principal fator em ambos os sexos. As estimativas da Organização Mundial da Saúde (OMS) da disponibilidade de CPs para pacientes com doenças crônicas não-transmissíveis é de 39% dos países globalmente desenvolvidos, sendo a inserção de CPs dentro da política nacional de DCNT de 50% e o financiamento específico de 68%. Os cuidados paliativos geralmente estão disponíveis para pacientes necessitados em unidades de atenção primária à saúde (APS) em 50% dos países onde o financiamento é especificamente alocado, em comparação com 15% dos países onde não há financiamento dedicado para cuidados paliativos^{39,40}.

Há evidências crescentes de que os cuidados paliativos são eficazes e econômicos em países de alta, baixa e média renda. Por esses motivos, a resolução da Assembleia Mundial da Saúde (AMS) de 2014 convocou todos os governos a integrar os cuidados paliativos em seus planos de saúde. No entanto, estima-se que apenas 14% das pessoas que precisam de cuidados paliativos os recebem entre as pessoas que vivem em hospitais nos países de renda per capita alta. Apenas 30 dos 198 países pesquisados em 2017 tinham integração avançada de serviços de cuidados paliativos, e o desenvolvimento de serviços de cuidados paliativos fora do “Norte Global” tem sido lento. Barreiras aos cuidados paliativos são em países de baixa e média renda, onde faltam recursos humanos (como no caso da cidade de Iguatu/CE, onde a EMAD é o único serviço onde se dá suporte em cuidados paliativos, cuja equipe é composta por médico, enfermeira, fisioterapeuta e técnico de enfermagem), restrições financeiras, compromisso político limitado, regulamentos restritivos de farmacovigilância, desafios nos processos de importação de medicamentos e fragmentação do sistema de saúde^{40,43}.

No que se refere aos diagnósticos patológicos (doenças de base) conforme o Código Internacional de Doenças dispostos nos dados supracitados, encontrou-se que acometimentos neurológicos- doenças cerebrovasculares e demência- (64,5% e 61,9%), outros-doenças hepáticas e síndrome de fragilidade- (19,4% e 19%) e oncológicos (9,7% e 4,8%) estão associados aos homens e mulheres em CPs, respectivamente. Analogamente, as condições que mais contribuem para o sofrimento em saúde são neoplasias malignas, doenças cerebrovasculares, doenças pulmonares e demência, respectivamente. Estipula-se que a condição com maior contribuição para o sofrimento grave relacionado à saúde permaneça sendo as neoplasias malignas (7,8 milhões para 16,3 milhões), enquanto a com maior aumento proporcional é a demência (1,5 milhão para 6 milhões) entre os anos 2016 e 2060. Em países de baixa renda, o aumento relativo será maior, pois a carga absoluta associada a neoplasias malignas aumentará cinco vezes (300 mil para 1,6 milhões)^{39,41}.

Os diagnósticos patológicos são uma importante ferramenta para compreender a prevalência e a distribuição de diversas condições de saúde em diferentes populações. Com base nos dados supracitados, observou-se que os acometimentos neurológicos foram os mais frequentes em pacientes em cuidados paliativos, com uma

proporção de 64,5% para homens e 61,9% para mulheres. Outras condições também foram significativas, correspondendo a 19,4% para homens e 19% para mulheres, enquanto os diagnósticos oncológicos representaram 9,7% para homens e 4,8% para mulheres²⁴.

Os acometimentos neurológicos, como doenças cerebrovasculares e demências, têm sido uma preocupação crescente na saúde pública. As doenças cerebrovasculares, que incluem acidentes vasculares cerebrais (AVCs), são uma das principais causas de morbidade e mortalidade em todo o mundo, e sua prevalência tem aumentado com o envelhecimento da população. Já as demências, como a doença de Alzheimer, representam um desafio significativo para os cuidados paliativos, uma vez que são doenças crônicas progressivas que afetam a cognição, a funcionalidade e a qualidade de vida dos pacientes²³.

É fundamental considerar que entre a população paliativa em estudo, a ampla maioria dos pacientes foram acometidos por agravos neurológicos, sobretudo sequelados de AVCs, o que vai ao encontro da literatura ora expressa anteriormente, assim como a presença de hipertensão arterial foi bem prevalente. O bom controle da pressão arterial tem função primordial na prevenção do AVC, já que seu principal fator de risco é a hipertensão. Dessa forma, ampliar ações de prevenção e promoção de saúde faz-se necessária, já que tais agravos geram impactos significativos na qualidade de vida dos pacientes, e conseqüentemente altos custos de tratamento onerando o sistema de saúde público.

Outras condições também têm contribuído para o sofrimento em saúde dos pacientes em cuidados paliativos. As neoplasias malignas, ou seja, os cânceres, têm sido uma causa importante de morbidade e mortalidade em todo o mundo. O câncer afeta não apenas o corpo, mas também o bem-estar emocional e social dos pacientes, além de demandar tratamentos muitas vezes agressivos, que podem causar efeitos colaterais significativos. As doenças pulmonares, como a doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), também têm sido uma preocupação crescente em cuidados paliativos, especialmente em pacientes com histórico de tabagismo, uma vez que podem causar sintomas respiratórios graves e limitações funcionais²².

Além dos diagnósticos patológicos, é importante considerar o impacto das comorbidades e condições crônicas associadas aos pacientes em cuidados paliativos. Muitos pacientes em cuidados paliativos têm múltiplas comorbidades, como hipertensão arterial, diabetes mellitus, insuficiência cardíaca e doenças renais, que podem agravar os sintomas e limitações funcionais, contribuindo para o sofrimento em saúde. O manejo adequado dessas comorbidades e condições crônicas é fundamental na abordagem integral dos pacientes em cuidados paliativos, visando melhorar a qualidade de vida e reduzir o sofrimento relacionado às condições de saúde²¹.

Quanto aos aspectos de vulnerabilidade social e econômica, destacam-se a prevalência majoritária de indivíduos com até 1 salário-mínimo dentre homens (87%) e mulheres (85,7%), bem como as ocupações foram principalmente de agricultor entre homens (41,9%) e auxiliar de limpeza entre mulheres (47,6). Por sua vez, segundo a identificação dos níveis de escolaridade, o que se destaca principalmente foi o ensino fundamental entre homens (51,6%) e analfabetos entre mulheres (80,9%). Para os países de baixa-renda, as perspectivas de dados apontam um aumento de sofrimento relacionado à saúde de 41% para 42% em países de renda média-baixa, de 50% para 52% em países de renda média alta e de 51% para 53% em países de renda alta entre os anos de 2016 e 2060. Todas as regiões da OMS provavelmente apresentarão aumento na carga de sofrimento grave relacionado à saúde, sendo os maiores aumentos proporcionais nas regiões do Mediterrâneo oriental (aumento de 170%) e regiões africanas (aumento de 126%). Para o grupo de países com baixa renda, estima-se um aumento absoluto de 155% no referido período, alcançando 3 milhões de pessoas em 2060^{39,41}.

Em relação ao perfil biopsicossocial, houve inserção de CPs para um amplo espectro etário (21-98 anos), bem como espectro de sexo biológico, não havendo diferença estatística entre homens e mulheres. No âmbito internacional, o sofrimento relacionado à saúde aumentará nas faixas etárias mais avançadas, principalmente aos 70 anos com 22 milhões de idosos a mais em 2060 do que em 2016, sendo o aumento mais acentuado em países de baixa renda onde os índices aumentarão em mais de 400% no período descrito. Em contrapartida, espera-se diminuição do sofrimento entre grupos etários mais jovens (0 a 4 anos, 5 a 14 anos, 15 a 29 anos e

30 a 49 anos), exceto em países de baixa renda. O sofrimento grave relacionado à saúde entre bebês (de 0 a 4 anos) diminuirá em todas as regiões^{39,41}.

As constatações epidemiológicas de pacientes em CPs atendidos por uma equipe multidisciplinar denotam um amplo espectro etário (21-98 anos) e de gênero. As correlações estabelecidas para pacientes em CPs foram em relação às comorbidades prévias, como diabetes mellitus, hipertensão arterial e obesidade, bem como o sedentarismo foi um fator de risco relevante. As afecções neurológicas bem como oncológicas foram diagnósticos patológicos associados aos pacientes em CPs de modo convergente aos dados epidemiológicos internacionais^{39,41}.

As correlações estabelecidas para pacientes em Cuidados Paliativos (CPs) têm revelado importantes informações sobre fatores de risco e comorbidades prévias que podem influenciar a necessidade e a qualidade dos cuidados paliativos oferecidos. Dentre os principais fatores de risco identificados, destacam-se o diabetes mellitus, a hipertensão arterial, a obesidade e o sedentarismo²⁵.

O diabetes mellitus é uma doença crônica caracterizada pela elevação dos níveis de açúcar no sangue e pode ter um impacto significativo na saúde dos pacientes. Pacientes com diabetes mellitus têm maior probabilidade de desenvolver complicações, como neuropatias, nefropatias e retinopatias, que podem levar a uma pior qualidade de vida e agravar a necessidade de cuidados paliativos. Além disso, o diabetes mellitus pode aumentar o risco de outras doenças, como infecções e doenças cardiovasculares, o que pode complicar ainda mais o quadro clínico dos pacientes em CPs²⁶.

A hipertensão arterial, por sua vez, é uma condição crônica caracterizada pela elevação persistente da pressão arterial, e é considerada um dos principais fatores de risco para doenças cardiovasculares. Pacientes com hipertensão arterial têm maior probabilidade de desenvolver complicações, como doenças cardíacas, acidente vascular cerebral (AVC) e insuficiência renal, que podem requerer cuidados paliativos em estágios avançados. O controle adequado da pressão arterial e a prevenção de complicações associadas à hipertensão arterial, como o AVC, são importantes estratégias para garantir uma melhor qualidade de vida aos pacientes em CPs²⁷.

A obesidade, por sua vez, é uma condição em que há acúmulo excessivo de gordura no organismo, e é considerada um dos principais fatores de risco para uma série de doenças crônicas, como diabetes mellitus, hipertensão arterial, doenças cardiovasculares, entre outras. Pacientes com obesidade têm maior probabilidade de desenvolver complicações metabólicas, ortopédicas, respiratórias e psicossociais, que podem influenciar na necessidade e no tipo de cuidados paliativos oferecidos. A abordagem adequada da obesidade, com a promoção de hábitos alimentares saudáveis, atividade física regular e perda de peso quando necessário, pode contribuir para a melhoria da saúde e qualidade de vida dos pacientes em CPs²⁸.

Além das comorbidades prévias, a não prática de atividade física, que leva ao sedentarismo também tem sido identificada como um fator de risco relevante para a necessidade de cuidados paliativos. O sedentarismo é caracterizado pela ausência ou redução da atividade física regular, e está associado a uma série de doenças crônicas, como obesidade, diabetes mellitus, doenças cardiovasculares e câncer, entre outras. Pacientes sedentários têm maior probabilidade de apresentar um quadro clínico mais grave e requerer cuidados paliativos em estágios avançados. A promoção de um estilo de vida ativo, com a prática regular de atividade física, pode contribuir para a prevenção de doenças e para a melhoria da saúde e qualidade de vida dos pacientes em CPs²⁹.

Além desses fatores de risco, as comorbidades prévias e o sedentarismo também têm sido associados a uma pior qualidade dos cuidados paliativos oferecidos aos pacientes. Estudos têm mostrado que pacientes com diabetes mellitus, hipertensão arterial, obesidade e sedentarismo podem apresentar maior necessidade de intervenções médicas invasivas, maior frequência de hospitalizações e maior prevalência de sintomas físicos e psicossociais, o que pode impactar negativamente na qualidade dos cuidados paliativos³⁰.

Diante dessas correlações estabelecidas, é fundamental que os profissionais de saúde que atuam em CPs estejam atentos a esses fatores de risco e comorbidades prévias dos pacientes, para que possam realizar uma avaliação e abordagem adequada, visando o controle das comorbidades, a promoção de hábitos saudáveis e a prevenção de complicações. É importante considerar que, muitas vezes, esses

pacientes podem apresentar um quadro clínico complexo, com múltiplas comorbidades e necessidade de cuidados multidisciplinares³¹.

É fundamental considerar não apenas os aspectos físicos, mas também os aspectos emocionais, sociais e espirituais dos pacientes, buscando oferecer um cuidado integral e de qualidade. A promoção de estratégias de prevenção e promoção da saúde é essencial na abordagem dos fatores de risco e comorbidades prévias nos pacientes em CPs. A educação em saúde, a orientação sobre estilo de vida saudável, a promoção da atividade física regular e a adoção de hábitos alimentares adequados são medidas importantes na prevenção e controle desses fatores de risco, visando reduzir a necessidade de cuidados paliativos em estágios avançados³².

Outro aspecto relevante é a necessidade de políticas de saúde voltadas para a promoção dos cuidados paliativos, especialmente em países com populações envelhecidas e escassos serviços nessa área. É essencial que haja investimentos na capacitação dos profissionais de saúde em cuidados paliativos, na estruturação de serviços especializados e na promoção de programas de educação em saúde para a população, visando aumentar a conscientização sobre a importância dos cuidados paliativos e a prevenção de fatores de risco³³.

Além dos aspectos econômicos, os cuidados paliativos são popularmente desejáveis, uma vez que proporcionam uma abordagem humanizada, centrada no cuidado integral e na melhoria da qualidade de vida dos pacientes em situações de doença avançada e terminal. A abordagem precoce dos fatores de risco e comorbidades prévias pode contribuir para a prevenção de complicações, redução da necessidade de intervenções invasivas e melhoria dos sintomas, proporcionando aos pacientes uma melhor qualidade de vida, mesmo diante de condições de saúde complexas³⁴.

A promoção de hábitos saudáveis, como a prática regular de atividade física, a alimentação equilibrada e a adoção de estratégias de prevenção de comorbidades, pode contribuir para uma melhoria significativa na qualidade de vida dos pacientes em cuidados paliativos. A atividade física, por exemplo, tem sido associada a diversos benefícios, como o controle do peso, a redução do risco de doenças crônicas, a

melhoria da função cardiorrespiratória, o alívio de sintomas depressivos e a promoção do bem-estar geral³⁵.

É importante considerar o impacto do sedentarismo como fator de risco para a saúde dos pacientes em CPs. O sedentarismo, caracterizado pela falta de atividade física regular, tem sido associado a diversas comorbidades, como a obesidade, o diabetes mellitus, a hipertensão arterial, o aumento do risco de doenças cardiovasculares e a piora da qualidade de vida em geral. Portanto, incentivar a prática de atividade física adequada, de acordo com as condições clínicas de cada paciente, pode ser uma estratégia relevante na abordagem dos fatores de risco e na promoção da qualidade de vida dos pacientes em CPs³⁶.

Nota-se ainda, que existe uma ampla quantidade de hipertensas em relação aos números de indivíduos hipertensos, o que se sugere, que os homens podem ainda estar negligenciando seus cuidados em saúde, não garantindo a longitudinalidade dos seus cuidados e dessa forma, subdiagnosticando os casos, ou até sendo vítimas das complicações da hipertensão como AVCs, o que gera mais morbimortalidade entre o sexo biológico masculino.

Devemos também considerar que, ao analisar as profissões mais prevalentes entre os sexos biológicos, agricultor e do lar, e que a ampla maioria tinham renda mínima, tais fatores podem influenciar diretamente no exercício de maus hábitos alimentares, sob suas influências culturais e regionais, o que levaria ao desenvolvimento da obesidade, amplamente também presente entre os grupos.

Além dos aspectos físicos, a abordagem integral dos pacientes em CPs também deve considerar os aspectos emocionais, sociais e espirituais. A presença de comorbidades prévias, como diabetes mellitus, hipertensão arterial e obesidade, pode estar associada a uma maior prevalência de sintomas psicossociais, como ansiedade, depressão, estresse e problemas de relacionamento social. Portanto, é fundamental que os profissionais de saúde estejam atentos a esses aspectos e ofereçam suporte emocional adequado, por meio de abordagens terapêuticas e psicossociais, visando melhorar a qualidade de vida dos pacientes³⁷.

A espiritualidade também pode desempenhar um papel importante na qualidade de vida dos pacientes em CPs. Muitos pacientes buscam conforto e significado em sua dimensão espiritual durante o processo de enfrentamento de uma doença avançada ou terminal. Portanto, é relevante que a equipe de cuidados paliativos esteja preparada para respeitar e acolher as crenças e práticas espirituais dos pacientes, promovendo um cuidado integrado e centrado no paciente como um todo³⁸.

É importante destacar que a abordagem dos fatores de risco e comorbidades prévias nos pacientes em CPs não se limita apenas ao tratamento farmacológico, mas também envolve a promoção de hábitos de vida saudáveis, a educação em saúde, o suporte emocional, social e espiritual, e a atenção multidisciplinar. A abordagem interdisciplinar, envolvendo diferentes profissionais de saúde, é fundamental para uma assistência de qualidade, considerando a complexidade dos pacientes em CPs³⁹.

As projeções indicam que, se as tendências atuais continuarem, a necessidade de cuidados de fim de vida aumentará significativamente nos próximos 25 anos, principalmente em domicílios e em casas de repouso. As tendências recentes de aumento de mortes em ambientes de cuidados habituais são consistentes com as preferências da população, sugerindo melhoria nos cuidados de fim de vida^{44,45}.

O número crescente de pessoas que morrem em ambientes comunitários com necessidades de cuidados complexos, como os relacionados à multimorbidade e fragilidade fornecem desafios adicionais para o cuidado. Foi demonstrado que cuidados paliativos especializados melhoram os resultados para pacientes e cuidadores. No entanto, eles são acessados apenas por uma minoria de pessoas em cuidados paliativos especializados no fim da vida e, apesar das necessidades semelhantes, o acesso para pessoas com câncer é mais comum do que para pessoas sem câncer. O número da população-alvo em contextos comunitários é um desafio fundamental para as próximas décadas. Isso requer uma melhor integração dos cuidados paliativos na atenção primária nos próximos anos. Essas são áreas de pesquisa e cuidados clínicos que precisam de atenção urgente^{41,45}.

Ainda não está claro como os profissionais de saúde responderão à crescente necessidade de cuidados paliativos da população. Para que todos recebam cuidados

paliativos de equipes especializadas, é necessário um aumento maciço na formação de profissionais especializados. Por outro lado, com o apoio de equipes especializadas para doentes com necessidades mais complexas, os médicos de clínica geral podem continuar a prestar a maior parte dos cuidados de fim de vida, particularmente em regime ambulatorio. Isso requer mais pessoal, mas também treinamento adicional em cuidados paliativos para profissionais de saúde não especializados que atualmente prestam cuidados de fim de vida, incluindo, entre outros, oncologistas, clínicos gerais, enfermeiros geriátricos e enfermeiros comunitários. Mais pesquisas em educação também são necessárias para garantir o treinamento ideal de profissionais de saúde em cuidados paliativos e cuidados de fim de vida^{41,43,44}.

Examinando as experiências em outros países, incluindo os Estados Unidos e o Reino Unido, parece que com estratégias nacionais direcionadas que focam no desenvolvimento de cuidados paliativos na comunidade, é possível reverter as tendências de mortalidade nos hospitais. Os serviços especializados de cuidados paliativos domiciliares dobraram a probabilidade de morrer em casa, ao mesmo tempo em que reduziram significativamente a carga de sintomas em comparação com os cuidados habituais^{40,43}.

Se nada for feito em contrário, países com populações envelhecidas e escassos serviços de cuidados paliativos podem enfrentar aumentos acentuados na mortalidade intra-hospitalar que não são economicamente viáveis nem popularmente desejáveis. Isso é particularmente necessário em países mais velhos, onde as taxas de mortalidade e dependência estão aumentando, para evitar internações indesejadas e cuidados hospitalares insustentáveis, melhorando a qualidade dos cuidados para a população idosa. Mais pesquisas são necessárias para determinar o impacto de uma proporção tão alta de idosos morrendo em hospitais em regiões onde os cuidados paliativos não estão integrados ao sistema de saúde, tanto em termos de recursos quanto na qualidade dos cuidados que as pessoas acabam recebendo vidas^{41,43,45}.

A essência dos cuidados paliativos é a prevenção e alívio do sofrimento, e os problemas associados a doenças que ameaçam a vida também podem surgir em condições que não ameaçam a vida. Os tipos específicos e a gravidade da condição variam dependendo da situação geopolítica, condições socioeconômicas, cultura e

acesso à prevenção e tratamento de doenças⁴⁴. Além disso, não há profissionais de cuidados paliativos suficientes para fornecer todos os serviços de CPs a todos os pacientes gravemente enfermos. Hoje as pessoas estão vivendo mais tempo com uma maior carga de doenças, muitos pacientes requerem cuidados paliativos primários e especializados. Neste estudo, verificamos várias doenças entre os pacientes, como de causa cardíaca, pulmonar, renal, neurológicas. No ambiente a capacidade comprovada dos cuidados paliativos de melhorar simultaneamente a qualidade e economizar dinheiro torna-os uma parte crítica do plano de cuidados para o paciente gravemente doente (e caro).

Além dos aspectos econômicos, a mortalidade intra-hospitalar em pacientes com doenças avançadas também pode ser indesejável do ponto de vista da qualidade do cuidado e da preferência dos próprios pacientes e suas famílias. A hospitalização frequente pode interferir na qualidade de vida dos pacientes, expô-los a riscos de infecções hospitalares e isolá-los de seu ambiente familiar e social. Muitos pacientes e suas famílias desejam passar o final da vida em um ambiente mais familiar e acolhedor, onde possam receber cuidados paliativos adequados e viver seus últimos momentos de forma digna e confortável.

Diante desses desafios, é fundamental que os países com populações envelhecidas e escassos serviços de cuidados paliativos tomem medidas para enfrentar essa realidade. É necessário investir na ampliação e na qualificação dos serviços de cuidados paliativos, garantindo que esses estejam disponíveis e acessíveis em diferentes contextos, como em domicílio, ambulatório e hospitais. É importante que haja uma abordagem integrada e multidisciplinar, envolvendo equipes de saúde capacitadas, cuidadores familiares e os próprios pacientes, com foco na promoção de uma abordagem centrada no paciente e em sua qualidade de vida.

Além disso, é essencial promover a conscientização pública sobre a importância dos cuidados paliativos e da necessidade de planejamento antecipado de cuidados. É fundamental educar a população sobre os benefícios dos cuidados paliativos, desmistificando conceitos errôneos e promovendo uma compreensão adequada sobre o papel desses cuidados na melhoria da qualidade de vida de pacientes com doenças avançadas.

Outra medida importante é investir na formação e capacitação de profissionais de saúde em cuidados paliativos, garantindo que eles estejam adequadamente preparados para oferecer esse tipo de cuidado de forma abrangente e holística. Isso inclui médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas e outros profissionais que compõem a equipe de cuidados paliativos, que devem trabalhar de forma interdisciplinar para proporcionar o melhor cuidado possível aos pacientes e suas famílias.

Além disso, é fundamental desenvolver políticas de saúde que priorizem a integração dos cuidados paliativos nos sistemas de saúde, garantindo a sua inclusão nas diretrizes e protocolos clínicos. Isso inclui a alocação adequada de recursos financeiros, a definição de indicadores de qualidade e a criação de mecanismos de monitoramento e avaliação dos serviços de cuidados paliativos.

Outra estratégia importante é promover a integração dos cuidados paliativos com outros serviços de saúde, como os cuidados primários e os cuidados hospitalares, estabelecendo fluxos de referência e contrarreferência adequados. A integração dos cuidados paliativos com outros serviços de saúde permite uma abordagem mais abrangente e coordenada do cuidado, garantindo que os pacientes recebam os cuidados necessários em cada fase de sua doença, de acordo com suas necessidades e preferências.

Além disso, é importante promover a pesquisa e a inovação na área de cuidados paliativos, visando a melhoria contínua da qualidade dos cuidados oferecidos. Isso inclui a realização de estudos clínicos e epidemiológicos, a busca por novas abordagens terapêuticas e a identificação de melhores práticas em cuidados paliativos.

É relevante ressaltar que a implementação de serviços de cuidados paliativos não é apenas uma questão econômica, mas também uma questão humanitária. Proporcionar uma assistência adequada aos pacientes com doenças avançadas, respeitando suas escolhas e prioridades, é um imperativo ético e moral. A promoção de uma abordagem centrada no paciente, que valorize a sua qualidade de vida e

respeite a sua dignidade, é fundamental para garantir uma assistência de saúde de qualidade e alinhada com os princípios éticos da medicina.

Países com populações envelhecidas e escassos serviços de cuidados paliativos enfrentam desafios significativos em relação à mortalidade intra-hospitalar e à qualidade do cuidado oferecido a pacientes com doenças avançadas. É fundamental investir na ampliação e qualificação dos serviços de cuidados paliativos, promover a conscientização pública, capacitar os profissionais de saúde, desenvolver políticas de saúde adequadas, promover a integração dos cuidados e incentivar a pesquisa e a inovação nessa área. Somente com ações abrangentes e integradas será possível enfrentar esse desafio de forma efetiva.

A implementação de serviços de cuidados paliativos é uma estratégia que pode trazer benefícios tanto para os pacientes quanto para o sistema de saúde como um todo. A mortalidade intra-hospitalar, que pode ser alta em países com populações envelhecidas e escassos serviços de cuidados paliativos, muitas vezes resulta em custos elevados para o sistema de saúde, com internações prolongadas e procedimentos invasivos desnecessários. Esses custos podem se tornar economicamente inviáveis, além de não serem popularmente desejáveis, uma vez que a população busca cuidados de saúde que estejam alinhados com suas preferências e valores.

Os cuidados paliativos, por outro lado, visam proporcionar uma abordagem holística e centrada no paciente, com foco no controle dos sintomas, no cuidado integral e na melhoria da qualidade de vida. A atenção aos aspectos físicos, emocionais, sociais e espirituais do paciente e sua família é fundamental nesse contexto. Além disso, os cuidados paliativos também incluem o planejamento antecipado de cuidados, que permite aos pacientes expressarem suas preferências em relação ao tipo de cuidado que desejam receber em situações de doença avançada ou terminal.

A implementação de serviços de cuidados paliativos em domicílio pode ser uma opção viável e economicamente sustentável em países com populações envelhecidas e escassos recursos de saúde. A atenção domiciliar permite que os pacientes recebam cuidados adequados em seu ambiente familiar, com menor necessidade de

hospitalização e redução dos custos associados a internações hospitalares prolongadas. Além disso, a atenção domiciliar também pode proporcionar maior satisfação aos pacientes e suas famílias, uma vez que permite a continuidade dos cuidados em um ambiente mais familiar e acolhedor.

No entanto, a implementação de serviços de cuidados paliativos em domicílio requer uma abordagem integrada, envolvendo profissionais de saúde capacitados, recursos adequados e coordenação entre os diferentes níveis de atenção à saúde. É necessário garantir a disponibilidade de medicamentos para o controle dos sintomas, equipamentos adequados para o suporte à vida, além de uma equipe multidisciplinar que inclua médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais e outros profissionais de saúde.

Além disso, a conscientização pública sobre a importância dos cuidados paliativos em domicílio é fundamental. É necessário educar a população sobre os benefícios dessa modalidade de cuidado, desmistificando conceitos errôneos e promovendo uma compreensão adequada sobre o papel dos cuidados paliativos na melhoria da qualidade de vida de pacientes com doenças avançadas. Isso inclui também promover o planejamento antecipado de cuidados, incentivando as pessoas a expressarem suas preferências em relação aos cuidados de saúde que desejam receber em situações de doença avançada ou terminal.

Além disso, é importante que os profissionais de saúde sejam capacitados em cuidados paliativos, independentemente do local de atuação. É necessário que os médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais e demais profissionais de saúde recebam treinamento específico em cuidados paliativos, incluindo a atenção domiciliar. Isso garantirá que a equipe de saúde esteja preparada para lidar com os desafios e demandas dessa modalidade de cuidado, incluindo o manejo de sintomas, a comunicação sensível com pacientes e familiares, e a promoção de cuidados de fim de vida adequados.

A pesquisa e a inovação também desempenham um papel crucial na melhoria dos cuidados paliativos em domicílio. É necessário investir em estudos e pesquisas que avaliem a eficácia e a efetividade dos serviços de cuidados paliativos em diferentes contextos, incluindo a atenção domiciliar. A identificação de melhores

práticas, a avaliação de resultados e a busca por inovações tecnológicas podem contribuir para o aprimoramento dos cuidados prestados aos pacientes e suas famílias.

Além disso, é importante considerar os aspectos éticos e culturais relacionados aos cuidados paliativos em domicílio. É fundamental respeitar a autonomia dos pacientes, suas preferências e valores, garantindo que as decisões de cuidado sejam tomadas de forma compartilhada, levando em consideração o contexto social, cultural e espiritual de cada paciente e sua família. Isso pode envolver a adaptação dos cuidados paliativos às necessidades e crenças específicas de cada indivíduo, respeitando suas escolhas e garantindo a dignidade no fim da vida.

Para que os cuidados paliativos em domicílio sejam amplamente disponibilizados e acessíveis, é fundamental o apoio dos sistemas de saúde, dos governos e das políticas públicas. A alocação de recursos adequados, o estabelecimento de diretrizes e regulamentações claras, e a integração dos cuidados paliativos como parte essencial do sistema de saúde são passos importantes para garantir que essa modalidade de cuidado seja uma opção viável e sustentável.

Países com populações envelhecidas e escassos serviços de cuidados paliativos enfrentam o desafio de uma mortalidade intra-hospitalar que não é economicamente viável nem popularmente desejável. A implementação de serviços de cuidados paliativos em domicílio pode ser uma solução efetiva, proporcionando cuidado centrado no paciente, redução de custos hospitalares e maior satisfação dos pacientes e suas famílias. No entanto, é necessário garantir a capacitação dos profissionais de saúde, a conscientização pública, a pesquisa e a inovação, além do apoio dos sistemas de saúde e políticas públicas para que essa modalidade de cuidado seja amplamente disponível e acessível. Somente com esforços abrangentes e integrados será possível enfrentar os desafios do envelhecimento populacional e garantir cuidados paliativos adequados para aqueles que deles necessitam.

A situação e as ações de saúde de pacientes em cuidados paliativos assistidos por uma equipe multidisciplinar de atenção domiciliar são de extrema relevância na atualidade. A análise epidemiológica dos dados apresentados neste estudo evidencia que a prevalência de acometimentos neurológicos, oncológicos e outras condições

crônicas representa um desafio significativo na abordagem dos pacientes em cuidados paliativos. Essas condições estão associadas a um grande impacto na qualidade de vida dos pacientes, exigindo uma abordagem integral e cuidadosa por parte da equipe de saúde.

A equipe multidisciplinar de atenção domiciliar desempenha um papel fundamental na identificação precoce, avaliação e manejo dessas condições, bem como no apoio emocional, social e espiritual dos pacientes e suas famílias. A atenção domiciliar possibilita a prestação de cuidados personalizados e individualizados, levando em consideração as necessidades e preferências dos pacientes, em seu ambiente familiar, o que pode proporcionar maior conforto e qualidade de vida aos pacientes em cuidados paliativos.

Além disso, a análise epidemiológica dos dados também evidencia a importância do manejo adequado das comorbidades e condições crônicas associadas aos pacientes em cuidados paliativos. A abordagem integrada dessas condições, por meio de uma equipe multidisciplinar, pode contribuir para o controle dos sintomas, a melhoria da funcionalidade e a redução do sofrimento em saúde, promovendo uma abordagem mais abrangente e holística dos cuidados paliativos.

No entanto, é importante destacar que a atenção domiciliar a pacientes em cuidados paliativos ainda enfrenta desafios, como a disponibilidade e acesso a serviços especializados, a capacitação adequada dos profissionais de saúde e a coordenação efetiva do cuidado entre os diferentes membros da equipe multidisciplinar. É necessário investir em políticas públicas e estratégias de saúde que promovam a expansão e a qualificação dos serviços de cuidados paliativos em domicílio, visando garantir uma assistência de qualidade e humanizada aos pacientes em cuidados paliativos.

Em suma, a análise epidemiológica dos dados apresentados neste estudo evidencia a importância da equipe multidisciplinar de atenção domiciliar na abordagem de pacientes em cuidados paliativos, assim como a necessidade de um manejo integrado das comorbidades e condições crônicas associadas. A atenção domiciliar pode ser uma estratégia efetiva na promoção de uma abordagem abrangente e holística dos cuidados paliativos, visando melhorar a qualidade de vida e reduzir o

sofrimento relacionado às condições de saúde dos pacientes e suas famílias. É fundamental que gestores, profissionais de saúde e demais envolvidos no cuidado paliativo trabalhem de forma integrada, buscando continuamente aprimorar a assistência e garantir que os pacientes em cuidados paliativos recebam o cuidado adequado e humanizado que merecem.

6 CONCLUSÃO

Considerando os pacientes em cuidados paliativos assistidos por uma EMAD, conclui-se que a hipertensão arterial foi a comorbidade significativamente mais prevalente no gênero feminino. A escolaridade das mulheres foi significativamente menor do que entre os homens e a presença de companheiros entre os homens foi significativamente maior que o das mulheres. As demais variáveis do estudo não apresentaram diferenças significantes entre os gêneros.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Falar sobre cuidados paliativos é algo que me inspirou, desde o primeiro momento, que decidi, ao dissertar este mestrado. Como os cuidados paliativos versam sobre promover qualidade de vida a quem está sob agravos ameaçadores de vida, foi algo que me encheu os olhos e o coração, afinal sou um grande defensor da criação de uma política nacional, que em sua concretude possa estabelecer cuidado integral em saúde e em todas as formas possíveis, para uma saúde completa para nosso Brasil.

Através desse Mestrado em Ciências da UNISA, pude mergulhar em novos horizontes, antes apenas contemplados, hoje vivenciados. Concretizei o sonho de chegar até uma coordenação de curso de Medicina. Fortaleci o chamado da docência, que já inundava minhas veias. Pude escrever um projeto pedagógico de curso, não apenas alinhados às normativas das diretrizes curriculares nacionais para a Medicina, pude projetar um curso mais humano, com visão holística, com um método clínico centrado na pessoa do paciente e não apenas na doença. Fomos além, criamos módulos temáticos que iam além das metodologias ativas de ensino, que permeavam saberes em cuidados paliativos e finitude de vida, sim, desde os primeiros passos da graduação médica, meus queridos alunos poderão deliciar-se por esse incrível mundo. Além de desenvolver habilidades médicas, como uma boa comunicação em saúde e temas sobre espiritualidade, promovemos a criação de atitudes de Compromisso, sobretudo com a VIDA!

Com certeza, essa dissertação é a concretização do novo que ora desponta em meus projetos pessoais e profissionais. Gratidão às todas as formas de colaboração que me ajudaram a combater o bom combate, à completar a corrida e guardar além do conhecimento, muita fé, para os desafios vindouros.

REFERÊNCIAS

- 1 CENTENO, C. Cuidados paliativos: nuevas perspectivas y práctica en Europa. Salud, p. 34-41, Diciembre, 2006.
- 2 Academia Nacional de Cuidados Paliativos. Manual de cuidados paliativos. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2009. _____. Manual de cuidados paliativos. Ampliado e Atualizado. 2. ed. Rio de Janeiro, 2012.
- 3 BERNARDO, A.; MONTEIRO C.; SIMÕES, C. et al. Desenvolvimento dos cuidados paliativos em Portugal. Portugal, 2016.
- 4 MATSUMOTO, D. Y. Cuidados paliativos: conceitos, fundamentos e princípios. In: CARVALHO, Ricardo Tavares de; PARSONS, Henrique Afonseca. Manual de Cuidados Paliativos ANCP. Ampliado e atualizado. 2.ed. Academia Nacional de Cuidados Paliativos.
- 5 MENDES JÚNIOR, W.V. Assistência domiciliar: uma modalidade de assistência para o Brasil.2009. 97p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) Instituto de Medicina Social, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.
- 6 _____. Home Care - uma modalidade de assistência à saúde. Rio de Janeiro: UERJ, 2001. MIOTO, R.C.T. Novas propostas e velhos princípios; a assistência às famílias no contexto de programas de orientação e apoio sociofamiliar. In: MIONE, A. S. et al. Política social, família e juventude: uma questão de direitos. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2009. p. 43-59.
- 7 NEW ZEALAND. Ministry Of Health. The new zealand palliative care strategy. Wellington: Ministry of Health, 2001. Disponível em: . Acesso em: 13 jun. 2017. NHPCO.
- 8 National Hospice and Palliative Care Organization. Family Evaluation of Palliative Care (FEPC). 2009. Disponível em: . Acesso em: 26 jul. 2017.
- 9 FOUCAULT, M. Em defesa da sociedade. Trad. Mana Ermantina Galvão. São Paulo: Martins Fontes, 1999.
- 10 _____. Microfísica do poder. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1981.
- 11 _____. O nascimento da clínica. 6. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006.
- 12 STJERNWARD, J.; FOLEY K. M.; FERRIS, F. D. Estratégia de saúde pública para cuidados paliativos. Journal of Pain and Symptom Management, v. 35, nº. 35, p. 486-93, 2007.

- 13 CFM. Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 1.805, de 9 de novembro de 2006. Dispõe sobre na fase terminal de enfermidades graves e incuráveis é permitido ao médico limitar ou suspender procedimentos e 17 tratamentos que prolonguem a vida do doente, garantindo-lhe os cuidados necessários para aliviar os sintomas que levam ao sofrimento, na perspectiva de uma assistência integral, respeitada a vontade do paciente ou de seu representante legal. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília (DF). 28 nov. 2006b; seção 1:196.
- 14 PESSINI, L. Distanásia, até quando prolongar a vida? São Paulo: Centro Universitário São Camilo: Loyola, 2001. (Coleção Bioética em Perspectiva 2).
- 15 AMARAL, N. N. et al. Assistência domiciliar à saúde (Home Health Care): sua História e sua relevância para o Sistema de Saúde atual, São Paulo. Revista Neurociências, v. 9, nº 3, p. 111-17, 2001.
- 16 MENEZES. R. A. Em busca da boa morte: antropologia dos cuidados paliativos. Rio de Janeiro: Garamond, FIOCRUZ, 2004. 17 MERHY, E. E.
- 17 O ato de cuidar: a alma dos serviços de saúde. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Ver - SUS Brasil: cadernos de textos. Brasília: Ministério da Saúde, 2004, p.108- 137. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: . Acesso em: 14 jun. 2017. _____;
- 18 CECÍLIO, L. C. O. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. Campinas: Unicamp, 2003. (mimeogr.). _____;
- 19 FEUERWERKER, L. C. M. A contribuição da atenção domiciliar para a configuração de redes substitutivas de saúde: desinstitucionalização e transformação da prática. Revista Panamericana de Salud Publica, Rio de Janeiro, v. 24, nº 3, p. 180-188, 2008.
- 20 BRASIL. Portaria nº 2.527, de 27 de outubro de 2011. Redefine a atenção domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, DF, n. 208, 28 out. 2011. Seção 1. p. 44. 20
- 21 FORNELLS, H. A. Cuidados paliativos en el domicilio. Acta Bioethica, Ciudad Argentina, v. 1, nº 1, p. 65-75, 2000.
- 22 FLORIANI, C. A.; SCHRAMM, F. R. Atendimento domiciliar ao idoso: problema ou solução. Cadernos de Saúde Pública, v. 20, nº 4, p. 986-94, 2004.

- 23 YAMAGUCHI, Angélica Massako et al. Assistência domiciliar: uma proposta interdisciplinar. Barueri, SP: Manole, 2010.
- 24 RAFFESTIN, Claude. Por uma geografia do poder. São Paulo: Ática, 1993.
- REHEM, T. C. M. S. B.; TRAD, L. A. B. Assistência domiciliar em saúde: subsídios para um projeto de atenção básica brasileira. Revista Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 10, [s.n.], p. 231- 42, 2005. Suplemento.
- 25 Azevedo CM, Cotta RMM, Schott M, Maia TM, Marques ES. Avaliação das 18 condições de habitação e saneamento: a importância da visita domiciliar no contexto do Programa de Saúde da Família. Ciência & Saúde Coletiva 2007, 12(3): 743-753.
- 26 Portal do Departamento de Atenção Básica, Estratégia de Saúde da Família. Disponível em:
- 26 Oliveira EM, Spiri WC. Programa Saúde da Família: a experiência de equipe multiprofissional. Revista de Saúde Pública 2006; 40(4): 727-33.
- 27 Morosini MVGC (Org). Modelos de atenção e a saúde da família. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.
- 28 Dutra L, Santos AF, Werlang S. Assistência pós-alta hospitalar para pacientes com cuidados especiais. Boletim da Saúde Porto Alegre 2004; v.18 n.2.
- 29 Coelho FLG, Savassi LCM. Aplicação da Escala de Risco Familiar como instrumento de priorização das visitas domiciliares. Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, Brasil, v. 1, n. 2, p. 19-26, 2004.
- 30 Kerber NPC. A atenção domiciliária e direito à saúde: análise de uma experiência na rede pública de saúde no Brasil, 2007, 335 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Programa de Pós- Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.
- 31 Savassi LCM, Dias MF, Dias MB, Sá MMG, Sá, MJ. Relatoria do GESF: Módulo Visita Domiciliar. Grupo de Estudos em Saúde da Família. AMMFC: Belo Horizonte, 2006 (Relatório, 20p). Disponível em: .
- 32 Klock AD, Heck RM, Casarim ST. Cuidado Domiciliar: A Experiência da Residência Multiprofissional em Saúde da Família/UFPEL-MS/BID. Texto Contexto Enferm 2005, 14(2):237-45.
- 33 LOTUFO, P. (2008). O escore de risco de Framingham para doenças cardiovasculares. Revista De Medicina, 87(4), 232-237. <https://doi.org/10.11606/issn.1679-9836.v87i4p232-237>Lotufo, P. (2008).

- 34 GIL, Antônio Carlos. Como elaborar projetos de pesquisa. 5 ed. São Paulo: Atlas, 2010.
- 35 LAKATOS, E. M., MARCONI, M. A. Fundamentos de metodologia científica. 7ed. São Paulo: Atlas, 2010.
- 36 MARCONI, M. de A; LAKATOS, E.M. Metodologia científica. 5.ed. São Paulo:Atlas, 2010, 312p.
- 37 PRODANOV, Cleber Cristiano; FREITAS; Ernani Cesar de. Metodologia do trabalho científico: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico. 2. ed. Novo Hamburgo: Feevale, 2013. Disponível em:< 19 <http://www.feevale.br/Comum/midias/8807f05a-14d0-4d5b-b1ad-1538f3aef538/E-book%20Metodologia%20do%20Trabalho%20Cientifico.pdf>>.
- 38 Vasconcelos GB, Pereira PM. Cuidados paliativos em atenção domiciliar: uma revisão bibliográfica. Revista de Administração em Saúde. 2018 Feb 20;18(70).
- 39 Assessing the development of palliative care worldwide: a set of actionable indicators. Geneva: World Health Organization; 2021. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
- 40 SLEEMAN, Katherine e; BRITO, Maja de; ETKIND, Simon; NKHOMA, Kennedy; GUO, Ping; HIGGINSON, Irene J; GOMES, Barbara; HARDING, Richard. The escalating global burden of serious health-related suffering: projections to 2060 by world regions, age groups, and health conditions. **The Lancet Global Health**, [S.L.], v. 7, n. 7, p. 883-892, jul. 2019. Elsevier BV. [http://dx.doi.org/10.1016/s2214-109x\(19\)30172-x](http://dx.doi.org/10.1016/s2214-109x(19)30172-x).
- 41 CASTÔR, Karoline Sampaio; MOURA, Ed Carlos Rey; PEREIRA, Emanuel Cabral; ALVES, Deborah Costa; RIBEIRO, Thamires Sales; LEAL, Plínio da Cunha. Palliative care: epidemiological profile with a biopsychosocial look on oncological patients. **Brazilian Journal Of Pain**, [S.L.], v. 2, n. 1, p. 49-54, 2019. GN1 Genesis Network. <http://dx.doi.org/10.5935/2595-0118.20190010>.
- 42 SIEGEL, S., & Castellan, N. J., Jr. (2006). Estatística não-paramétrica para ciências do comportamento. 2. ed. Porto Alegre: Artmed.
- 43 DONKOR A, LUCKETT T, ARANDA S, PHILLIPS J. Barriers and facilitators to implementation of cancer treatment and palliative care strategies in low- and middle-

income countries: systematic review. **Int J Public Health**. 2018;63(9):1047-1057. <https://doi.org/10.1007/s00038-018-1142-2>

44 QUILL, T. E., & ABERNETHY, A. P. (2013). Generalist plus specialist palliative care--creating a more sustainable model. **The New England journal of medicine**, 368(13), 1173–1175. <https://doi.org/10.1056/NEJMp1215620>

45 BONE, A. E., GOMES, B., ETKIND, S. N., VERNE, J., MURTAGH, F. E. M., EVANS, C. J., & HIGGINSON, I. J. (2018). What is the impact of population ageing on the future provision of end-of-life care? Population-based projections of place of death. *Palliative medicine*, 32(2), 329–336. <https://doi.org/10.1177/0269216317734435>

46 STARFIELD, B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO/Ministério da Saúde, 2002.

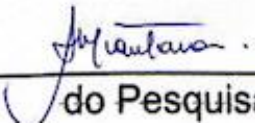
APÊNDICE A - Termo de responsabilidade e compromisso do pesquisador responsável

APÊNDICE A - Termo de Responsabilidade e Compromisso do Pesquisador Responsável

Eu, Thales Bezerra de Alcântara, mestrando em Ciências da Saúde, responsabilizo-me pelo projeto de pesquisa intitulado **SITUAÇÃO E AÇÕES DE SAÚDE DE PACIENTES EM CUIDADOS PALIATIVOS ASSISTIDOS POR UMA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR DE ATENÇÃO DOMICILIAR: UMA ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA** e comprometo-me a assegurar que sejam seguidos os preceitos éticos previstos na Resolução 510/16 do Conselho Nacional de Saúde e demais documentos complementares.

Responsabilizo-me também pelo projeto de pesquisa, pelo fiel acompanhamento das atividades de pesquisa, pela entrega do relatório final ao Comitê de Ética e pelos resultados da pesquisa para sua posterior divulgação no meio acadêmico e científico.

São Paulo- SP, 09 de Junho de 2022.



do Pesquisador Responsável Assinatura

APÊNDICE B – Instrumento de coleta de dados**DATA DO ATENDIMENTO INICIAL PELA EMAD:****INICIAIS DO PACIENTE:**

IDADE:

SEXO BIOLÓGICO:

TEM COMPANHEIRO(A)? ()SIM ()NÃO

ESCOLARIDADE:

PROFISSÃO:

RENDA:

DIAGNÓSTICOS COM CID:

AVALIAÇÃO DA FUNCIONALIDADE- PPS:

ESTRATIFICAÇÃO DOS CUIDADOS PALIATIVOS:

() PRECOCE () COMPLEMENTAR

() PREDOMINANTE () EXCLUSIVO

COMORBIDADES E FATORES DE RISCO PARA DCNTS

a- DIABETES - SIM () NÃO ()

b- TABAGISMO - SIM () NÃO ()

c- HIPERTENSÃO ARTERIAL - SIM () NÃO ()

d- OBESIDADE - SIM () NÃO ()

e- SEM ATIVIDADE FÍSICA - SIM () NÃO ()

f- IAM - SIM () NÃO ()

g- DOENÇAS RESPIRATÓRIAS - SIM () NÃO ()

h- NEOPLASIAS - SIM () NÃO ()

ANEXO A– Termo de autorização institucional



IGUATU
PREFEITURA MUNICIPAL

Secretaria Municipal
da Saúde



Prefeito
Amigo
da Criança

DECLARAÇÃO DE ANUÊNCIA PARA REALIZAÇÃO DE PROJETO DE PESQUISA Nº 28/2022

A Escola de Saúde Pública de Iguatu - ESPI, na condição de instituição responsável pela articulação da Educação Permanente em Iguatu, aprova a proposta de realização, no Município de Iguatu – CE, do projeto de pesquisa, “**SITUAÇÃO E AÇÕES DE SAÚDE DE PACIENTES EM CUIDADOS PALIATIVOS ASSISTIDOS POR UMA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR DE ATENÇÃO DOMICILIAR: UMA ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA**”, cujo pesquisador responsável é, **Thales Bezerra de Alcântara**, inscrito sob o número de RG: 2006029183383 SSPDS/CE e CPF: 043.361.953-82, discente do curso de Mestrado em Ciências da Saúde, pela Universidade Santo Amaro – UNISA, São Paulo – SP, sob orientação de, Neil Ferreira Novo, inscrito sob o número de CPF: 005.418.008-25.

Após avaliação do projeto, a ESPI autoriza a realização da pesquisa na Equipe Multidisciplinar de Atenção Domiciliar – EMAD de Iguatu – CE, por meio de um estudo documental, retrospectivo de aspecto descritivo quantitativo, através da aplicação de questionário para coleta de dados de prontuários dos pacientes em cuidados paliativos assistidos pela EMAD, nas modalidades AD2 e AD3, atendidos entre o período de janeiro a junho de 2022.

A pesquisa se realizará no período de julho a dezembro de 2022.

Salienta-se que serão garantidos todos os protocolos de prevenção ao Covid-19. Os componentes da amostra da pesquisa poderão se recusar a participar do estudo a qualquer momento, não havendo consequência para estes.

O acesso ao serviço deverá ser realizado de acordo com pactuação prévia entre os pesquisadores e o gestor, nas datas e horários disponíveis.

Salienta-se que essa autorização está condicionada à aprovação prévia dessa pesquisa por um Comitê de Ética em Pesquisa e à observação a Resolução 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde-CNS/MS por parte dos pesquisadores. O descumprimento dessas condições assegura ao município o direito de cancelar essa autorização.

Iguatu - CE, 21 de junho de 2022.

ESCOLA DE FORMAÇÃO E EDUCAÇÃO
PERMANENTE EM SAÚDE DO MUNICÍPIO
IGUATU-CE - EFPEI
CNPJ: 13.673.723/0001-01

Glícia Uchôa Gomes Mendonça

GLÍCIA UCHÔA GOMES MENDONÇA

Coordenadora Executiva
Portaria 497/2022

Escola de Saúde Pública de Iguatu

iguatu.ce.gov.br
@prefeituraiguatu

sms.iguatu@gmail.com
Rua Wilson Roriz, S/N, Santo Antônio
Iguatu, Ceará, Brasil | CEP 63502-262
CNPJ: 07.810.468/0001-90

espiguatu@yahoo.com.br
Av. Deoclécio Lima Verde, S/N, Areias
Iguatu, Ceará, Brasil | CEP 63.508-010
CNPJ: 13.673.723/0001-01

ANEXO B – Termo de autorização de acesso a prontuários


ANEXO B – TERMO DE FIEL DEPOSITÁRIO

Eu, Maria Arleide Almeida de Oliveira, fisioterapeuta, coordenadora do Serviço de Atenção Domiciliar (Programa Melhor em Casa), fiel depositária dos prontuários e da base de dados desta instituição ambulatorial situada em Iguatu-CE, declaro que o mestrando Thales Bezerra de Alcântara está autorizado a realizar nesta Instituição o projeto de pesquisa: **"SITUAÇÃO E AÇÕES DE SAÚDE DE PACIENTES EM CUIDADOS PALIATIVOS ASSISTIDOS POR UMA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR DE ATENÇÃO DOMICILIAR: UMA ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA"**, sob sua responsabilidade como pesquisador, cujo objetivo geral é "Conhecer a situação e ações de saúde de pacientes em cuidados paliativos assistidos por uma equipe multiprofissional de atenção domiciliar." Ressalto que estou ciente de que serão garantidos os direitos, dentre outros assegurados pela resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, de:

- 1) Garantia da confidencialidade, do anonimato e da não utilização das informações em prejuízo dos outros.
- 2) Que não haverá riscos para o sujeito de pesquisa
- 3) Emprego dos dados somente para fins previstos nesta pesquisa.
- 4) Retorno dos benefícios obtidos através deste estudo para as pessoas e a comunidade onde o mesmo foi realizado.

Informo-lhe ainda, que a pesquisa somente será iniciada após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa - CEP da UNIVERSIDADE SANTO AMARO (UNISA), para garantir a todos os envolvidos os referenciais básicos da bioética, isto é, autonomia, não maleficência, benevolência e justiça.

Iguatu, 06 de junho de 2022.


 (CARIMBO E ASSINATURA DO RESPONSÁVEL)

Maria Arleide Almeida de Oliveira
 FISIOTERAPEUTA
 CRÉDITO 12817-F

ANEXO C – Escala PPS

%	Deambulação	Atividade e evidência da doença	Auto-cuidado	Ingesta	Nível da consciência
100	Completa	Atividades e trabalho normais, sem evidência de doença	Completo	Normal	Completa
90	Completa	Atividades e trabalho normais, alguma evidência de doença	Completo	Normal	Completa
80	Completa	Atividades normais com esforço, alguma evidência de doença	Completo	Normal ou reduzida	Completa
70	Reduzida	Incapaz para o trabalho, doença significativa	Completo	Normal ou reduzida	Completa
60	Reduzida	Incapaz para hobbies ou trabalho doméstico, doença significativa	Assistência ocasional	Normal ou reduzida	Completa ou períodos de confusão
50	Maior parte do tempo sentado ou acamado	Incapacitado para qualquer trabalho, doença extensa	Assistência considerável	Normal ou reduzida	Completa ou períodos de confusão
40	Maior parte do tempo acamado	Incapaz para a maioria das atividades, doença extensa	Assistência quase completa	Normal ou reduzida	Completa ou sonolência +/- confusão
30	Totalmente acamado	Incapaz para qualquer atividade, doença extensa	Dependência completa	Normal ou reduzida	Completa ou sonolência +/- confusão
20	Totalmente acamado	Incapaz para qualquer atividade, doença extensa	Dependência completa	Mínima a pequenos goles	Completa ou sonolência +/- confusão
10	Totalmente acamado	Incapaz para qualquer atividade, doença extensa	Dependência completa	Cuidados com a boca	Sonolência ou coma +/- confusão
0	Morte				

ANEXO D – Estratificação dos cuidados paliativos

1. Cuidado paliativo precoce:

- O paciente é portador de doença que ameaça sua vida e apresenta bom status funcional (KPS ou PPS >60%).
- Nesse momento é improvável que a morte ocorra em decorrência de sua doença de base. Em caso de instabilidade clínica aguda, deve ser encaminhado para UTI e receber suporte avançado de vida em caso de PCR.
- A prioridade é o tratamento curativo ou restaurativo, utilizando os princípios da beneficência e autonomia.
- Prognóstico estimado em meses a anos.

2. Cuidado paliativo complementar

- O paciente é portador de doença que ameaça sua vida e apresenta status funcional intermediário (KPS ou PPS entre 40-60%).
- Nesse momento é improvável que o paciente possa responder de maneira completa ou satisfatória ao tratamento curativo. No entanto pode se beneficiar de procedimentos ou tratamentos invasivos que proporcionem melhora de sintomas e qualidade de vida, respeitando o desejo do paciente ou de seus representantes legais.
- Em caso de instabilidade clínica aguda, a transferência para UTI deve ser ponderada, levando-se em consideração as condições potencialmente reversíveis, podendo ser definido limite de esforço terapêutico.
- Prognóstico estimado em semanas a meses.

3. Cuidado paliativo predominante

- O paciente é portador de doença que ameaça a vida e apresenta baixostatusfuncional (KPS ou PPS <40%), sendo identificados critérios de irreversibilidade da doença de base.
- Todas as ações devem buscar a melhor qualidade de vida possível e o controle de sintomas desconfortáveis (tratamento de infecções, correção de distúrbios hidroeletrólíticos, analgesia, etc.), utilizando os princípios da autonomia e não maleficência.
- Não adicionar ou manter terapias fúteis. Não deve ser encaminhado para UTI, respeitando o desejo do paciente ou de seus representantes legais.
- Prognóstico estimado em dias a algumas semanas.

4. Cuidado paliativo exclusivo (Cuidados de fim de vida)

O paciente é portador de doença que ameaça a vida, com baixo status funcional (KPS ou PPS <40%) e declínio rápido e irreversível do estado geral.

Esta piora acentuada pode ser evidenciada pelo comprometimento do nível da consciência e instabilidade cardiopulmonar.

Suspender todas as terapias fúteis, focando exclusivamente no controle de sintomas. Não deve ser encaminhado para UTI, respeitando o desejo do paciente ou de seus representantes legais.

Prognóstico estimado em horas a poucos dias.

Em todas as fases, deve ser prestado apoio aos pacientes e familiares, abordando os diagnósticos, condutas e prognóstico, além do controle rígido da dor e outros sintomas desconfortáveis e assistência psicossocial e espiritual.

Os gráficos abaixo exemplificam a relação entre o tratamento curativo e paliativo nos diversos grupos de doenças que ameaçam a vida:

ANEXO E – Escala de indicação de cuidados paliativos - SPICT



Supportive and Palliative Care Indicators Tool (SPICT-BR™)



O SPICT é um guia para identificação de pessoas sob o risco de deterioração e morrendo. Avaliar esse grupo de pessoas para necessidade de suporte e cuidado paliativos.

Procure por indicadores gerais de piora da saúde.

- Internações hospitalares não programadas.
- Capacidade funcional ruim ou em declínio com limitada reversibilidade. (a pessoa passa na cama ou cadeira mais de 50% do dia).
- Dependente de outros para cuidados pessoais devido a problemas físicos e/ou de saúde mental. 'É necessário maior suporte para o cuidador.
- Perda de peso significativa nos últimos 3-6 meses e/ ou um baixo índice de massa corporal.
- Sintomas persistentes apesar do tratamento otimizado das condições de base.
- A pessoa ou sua família solicita cuidados paliativos, interrupção ou limitação do tratamento ou um foco na qualidade de vida.

Procure por quaisquer indicadores clínicos de uma ou mais das condições avançadas.

<p>Câncer</p> <p>Capacidade funcional em declínio devido a progressão do câncer.</p> <p>Estado físico muito debilitado para tratamento do câncer ou tratamento para controle dos sintomas.</p> <p>Demência/ fragilidade</p> <p>Incapaz de vestir-se, caminhar ou comer sem ajuda.</p> <p>Redução da ingestão de alimentos e líquidos e dificuldades na deglutição.</p> <p>Incontinência urinária e fecal.</p> <p>Incapaz de manter contato verbal; pouca interação social.</p> <p>Fratura de fêmur, múltiplas quedas.</p> <p>Episódios frequentes de febre ou infecções; pneumonia aspirativa.</p> <p>Doença neurológica</p> <p>Deterioração progressiva da capacidade física e/ou da função cognitiva mesmo com terapia otimizada.</p> <p>Problemas da fala com dificuldade progressiva de comunicação e/ou deglutição.</p> <p>Pneumonia aspirativa recorrente; falta de ar ou insuficiência respiratória.</p>	<p>Doença cardiovascular</p> <p>Classe funcional III/IV de NYHA- insuficiência cardíaca ou doença coronariana extensa e intratável com:</p> <ul style="list-style-type: none"> • falta de ar ou dor precordial em repouso ou aos mínimos esforços. <p>Doença vascular periférica grave e inoperável.</p> <p>Doença respiratória</p> <p>Doença respiratória crônica grave com:</p> <ul style="list-style-type: none"> • falta de ar em repouso ou aos mínimos esforços entre as exacerbações. <p>Necessidade de oxigênio terapia por longo prazo.</p> <p>Já precisou de ventilação para insuficiência respiratória ou ventilação é contraindicada.</p> <p>Deterioração e sob o risco de morrer de qualquer outra condição ou complicação que não seja reversível.</p>	<p>Doença renal</p> <p>Estágios 4 e 5 de doença renal crônica (TFG < 30ml/ml) com piora clínica.</p> <p>Insuficiência renal complicando outras condições limitantes ou tratamentos.</p> <p>Decisão de suspender a diálise devido à piora clínica ou intolerância ao tratamento.</p> <p>Doença hepática</p> <p>Cirrose avançada com uma ou mais complicações no último ano:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ascite resistente a diuréticos • Encefalopatia hepática • Síndrome hepatorenal • Peritonite bacteriana • Sangramentos recorrentes de varizes esofágicas <p>Transplante hepático é contraindicado.</p>
--	--	---

Revisar o cuidado atual e planejar o cuidado para o futuro.

- Reavaliar o tratamento atual e medicação para que o paciente receba o cuidado otimizado.
- Considere o encaminhamento para avaliação de um especialista se os sintomas ou necessidades forem complexos e difíceis de manejar.
- Acordar sobre objetivos do cuidado atual e futuro e planejar o cuidado com a pessoa e sua família.
- Planejar com antecedência caso a pessoa esteja em risco de perda cognitiva.
- Registre em prontuário, comunique e coordene o plano geral de cuidados.

Para mais informações e atualizações, cadastre-se no SPICT website (www.spect.org.uk)

SPICT™, abril 2016

SPICT-BR positivo: presença de 2 ou mais indicadores gerais de piora da saúde OU 1 ou mais indicador clínico de condição de saúde avançada.