

Estado de saúde de pacientes em cuidados paliativos atendidos por equipe multiprofissional de atenção domiciliar: uma análise epidemiológica

Health status of patients under palliative care attended by a multiprofessional home care team: an epidemiological analysis

Thales Bezerra de Alcântara^{1*}

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-5729-3081>

Yára Juliano^{2*}

Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-2894-0208>

Patrícia Colombo-Souza^{3*}

Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-0247-4245>

Ana Paula Ribeiro^{4*}

Orcid:

Carolina Nunes França^{5*}

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-4167-4293>

Neil Ferreira Novo^{6*}

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-4033-721X>

Resumo

Introdução: Os cuidados paliativos compreendem um conjunto de medidas que visam melhorar a qualidade de vida dos doentes e familiares que se deparam com questões relacionadas com uma doença que ameaça a continuidade da vida. Esse cuidado abrange a prevenção e o alívio do sofrimento, possibilitados pela identificação precoce, avaliação eficiente e tratamento da dor, além da atenção a outros sintomas físicos, psicológicos e espirituais. **Objetivos:** Identificar o estado de saúde e as ações de pacientes em cuidados paliativos atendidos por uma equipe multiprofissional de atenção domiciliar (MHCT). **Materiais e Métodos:** Pesquisa retrospectiva por meio da análise de prontuários de pacientes em cuidados paliativos atendidos por um MHCT no Ceará, Brasil, entre janeiro e junho de 2022, para identificar o perfil epidemiológico e comparar as variáveis analisadas entre os sexos. **Resultados:** No total, foram incluídos 52 participantes, 21 do sexo feminino e 31 do sexo masculino, com idade mediana de 80 e 73 anos, respectivamente, sem diferenças entre os dois grupos. A maioria dos pacientes foi classificada como palição complementar tanto no grupo masculino (64,5%) quanto no feminino (61,9%). Não houve diferenças entre os dois grupos ao comparar a estratificação dos cuidados paliativos ($p=0,38$) e renda mensal ($p=0,98$). Houve maior percentual de presença de companheira no grupo de homens (74,2%; $p=0,03$). Em relação às comorbidades, houve maior percentual de hipertensas ($p=0,02$), sem diferenças para as demais comorbidades. **Conclusão:** Os dados apresentados neste estudo destacam a importância da equipe multiprofissional de assistência domiciliar no atendimento a pacientes em cuidados paliativos.

Palavras-chave: Cuidados paliativos integrativos. Equipe de assistência ao paciente. Visitadores domiciliares.

Abstract

Introduction: Palliative care comprises a set of measures aimed at improving the quality of life of patients and family members who are faced with issues related to a disease that threatens the continuity of life. This care encompasses 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:** To identify the health status and actions of patients in palliative care assisted by a multidisciplinary home care team (MHCT). **Materials and Methods:** Retrospective research through the analysis of medical records of patients in palliative care assisted by an MHCT in Ceara, Brazil, between January and June 2022, to identify the epidemiological profile and compare the variables analyzed between sexes. **Results:** In total, 52 participants were included, 21 female and 31 male, median age 80 and 73 years, respectively, without differences between the two groups. The majority of patients were classified as complementary palliation both in the male (64.5%) and female (61.9%) groups. There were no differences between the two groups when comparing the stratification of the palliative care ($p=0.38$) and monthly income ($p=0.98$). There was a higher percentage of the presence of a partner in the group of men (74.2%; $p=0.03$). Concerning comorbidities, there was a higher percentage of hypertensive women ($p=0.02$), without differences for other comorbidities. **Conclusion:** The data presented in this study highlight the importance of the multidisciplinary home care team in attending patients in palliative care.

Keywords: Integrative palliative care. Patient care team. Home care

*Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde, Universidade Santo Amaro - UNISA. São Paulo - SP, Brasil.

¹ E-mail: thalesbalcantara@hotmail.com

² E-mail: yjuliano@prof.unisa.br

³ E-mail: pcolombo@prof.unisa.br

⁴ Email: anapribeiro@prof.unisa.br

⁵ E-mail: carolufscar24@gmail.com

⁶ E-mail: nnovo@prof.unisa.br

Introdução

Os cuidados paliativos assentam em princípios que visam contrariar a ideia de que “não há mais nada que possamos fazer”, ou seja, promover melhor qualidade de vida aos doentes num estado de saúde que impossibilite a modificação da doença, bem como dando importância à espiritualidade. Esses princípios são constituídos por um conjunto interdisciplinar de técnicas e conhecimentos das mais diversas áreas, resultando em nove princípios, a saber:^{1,2}

1. Promover o alívio da dor e de outros sintomas por meio de abordagens farmacológicas e não farmacológicas, além dos aspectos psicossociais;²

2. Afirmar a vida e considerar a morte como um processo normal da vida, trazendo à tona a morte como objeto de discussão e elucidação;²

3. Não antecipar ou postergar a morte, mas monitorar o paciente e a história natural da doença, considerando as técnicas que podem ser utilizadas;²

4. Integrar aspectos psicológicos e espirituais ao cuidado do paciente para ajudá-lo a lidar com as perdas que ocorrem no processo de adoecimento;²

5. Oferecer um sistema de suporte que permita ao paciente viver o mais ativamente possível, até o momento de sua morte;²

6. Oferecer um sistema de apoio para ajudar os familiares durante a doença do paciente e no enfrentamento do luto, considerando que a célula identitária do ser humano é a família (biológica e adquirida);²

7. Incluir abordagem multiprofissional voltada para as necessidades do paciente e sua família,

incluindo o acompanhamento do luto, tendo em vista o polimorfismo do processo saúde-doença;²

8. Melhorar a qualidade de vida e influenciar positivamente o curso da doença por meio de uma abordagem holística;²

9. Os cuidados devem ser iniciados o mais precocemente possível, juntamente com outras medidas de prolongamento da vida, incluindo todas as investigações necessárias para melhor compreender e gerir situações clínicas estressantes.²

Portanto, os cuidados paliativos não são um protocolo, mas um conjunto de princípios que orientam as intervenções médicas, visando sempre melhorar a qualidade de vida do paciente, garantindo-lhe uma sobrevida ativa quando possível, ponderando o custo-benefício dentro da história natural da doença. Os cuidados paliativos requerem uma equipe multidisciplinar, visto que o perfil de doenças da população brasileira é multifatorial, com predominância de doenças crônicas. A presença de uma equipe multidisciplinar abrange não só as necessidades básicas do doente, mas também do próprio núcleo familiar.^{2,3}

Nesse sentido, o Serviço de Atenção Domiciliar (DAS) é uma modalidade de atenção à saúde que complementa ou substitui os serviços existentes, caracterizando-os por um conjunto de ações de promoção da saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação no domicílio, com garantia de continuidade de cuidado e integrado à rede de atenção à saúde.^{3,4}

Nessa perspectiva, o cuidado domiciliar pode ser considerado uma prática que diz respeito à própria existência da família como unidade de organização social. São várias as situações de

dependência cronicamente assumidas por famílias que nem sequer foram incluídas nas ações de saúde organizadas pelo sistema de saúde.^{5,6}

O DAS deve ser organizado em três modalidades, definidas a partir da caracterização do paciente, tipo de atendimento e procedimentos utilizados para atendê-lo. A saber, essas modalidades são classificadas como:⁷

1) DAS1: destinado a usuários com problemas de saúde controlados/compensados e que tenham dificuldade física ou impossibilidade de deslocação a uma unidade de saúde, que necessitem de cuidados menos frequentes e que tenham menor necessidade de recursos de saúde. A prestação de assistência nessa modalidade é de responsabilidade das equipes da atenção básica, incluindo equipes da Estratégia Saúde da Família e Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), por meio de visitas domiciliares regulares, no mínimo uma vez por mês;⁷

2) DAS2: Modalidade voltada para usuários com problemas de saúde e dificuldade ou impossibilidade física de deslocamento até uma unidade de saúde e que necessitem de atendimentos mais frequentes, recursos de saúde e acompanhamento contínuo, que podem advir de diferentes serviços da rede de atenção à saúde. A prestação de cuidados de saúde nesta modalidade é da responsabilidade de uma equipe multiprofissional de cuidados domiciliários (EMCD) e equipe multiprofissional de apoio (EMA);⁷

3) DAS3: Essa modalidade é destinada a usuários com problemas de saúde e dificuldade física ou impossibilidade de deslocamento até uma unidade de saúde, que tenham necessidade de atendimento mais frequente, recursos de

saúde, monitoramento contínuo e uso de equipamentos, que podem ser de diferentes Serviços.⁷

O presente estudo tem como objetivo comparar pacientes de cuidados paliativos masculinos e femininos atendidos por uma EMCD, avaliar hábitos e doenças prevalentes, comparar os sexos biológicos em relação ao perfil sociodemográfico e categorizar os pacientes de acordo com os tipos de tratamento.

Materiais e Métodos

Amostra e tipo de estudo

Trata-se de um estudo retrospectivo, por meio da análise de prontuários de pacientes em cuidados paliativos atendidos por um Serviço Municipal de Saúde (SMS) de Iguatu/CE. A EMCD faz parte do serviço de atendimento domiciliar, cujos pacientes têm perfis para palição. A escolha por este serviço de saúde foi baseada nos seguintes argumentos: é referência para atendimento domiciliar no município, pela diversidade de comorbidades e complexidade dos usuários, e por abranger os diferentes territórios de saúde dos municípios pesquisados.

Critérios de inclusão e exclusão

O estudo incluiu pacientes em cuidados paliativos assistidos por uma EMCD, nas modalidades AD2 e AD3.

Para seleção da amostra, foram adotados os seguintes parâmetros inclusivos: todos os prontuários de pacientes em cuidados paliativos atendidos por uma EMCD, nas modalidades AD2 e AD3, atendidos entre o período de janeiro a junho de 2022. Foram excluídos aqueles voluntários com prontuários incompletos, e pacientes menores de 18 anos.

Procedimentos de coleta de dados

A coleta de dados ocorreu por meio de um formulário elaborado pelo pesquisador, contendo informações desde a data do atendimento inicial do paciente pelo SMS, bem como idade, sexo biológico, se tem companheiro, escolaridade, profissão, renda, diagnósticos, funcionalidade, estratificação (precoce, complementar, predominante ou exclusiva), comorbidades (diabetes, hipertensão, neoplasias), bem como fatores de risco (não praticar atividade física, tabagismo) para Doenças Crônicas Não-Transmissíveis (DCNTs).

Aspectos Éticos

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UNISA (Universidade Santo Amaro) - número 5.597.958, e seguiu os princípios descritos na Declaração de Helsinki.

Análise estatística

O SPSS versão 18.0 foi utilizado para análise dos dados. A análise de normalidade da amostra foi realizada pelo uso do teste de Kolmogorov-Smirnov. As comparações entre os grupos foram obtidas por meio do teste qui-quadrado de Pearson. Considerou-se significância $p < 0,05$.

Resultados

No total, foram considerados 52 participantes, 21 do sexo feminino e 31 do sexo masculino, com idade mediana de 80 e 73 anos, respectivamente, sem diferenças entre os dois grupos.

A Tabela 1 apresenta os percentuais dos grupos feminino e masculino segundo a estratificação do atendimento.

Analisando a Tabela 1, que apresenta a estratificação dos cuidados paliativos (anexo), constatou-se que no grupo masculino a grande maioria dos pacientes foi classificada em palição complementar (64,5%), seguida da predominante (25,8%) e exclusiva, que é, no final da vida (9,7%). Não havia pacientes do sexo masculino em cuidados paliativos precoces. No grupo feminino, assim como no masculino, observou-se maior proporção de cuidados complementares (61,9%), seguido dos cuidados predominantes (33,3%) e precoces (4,8%). O teste de qui-quadrado de Pearson não apresentou diferença significativa entre pacientes do sexo feminino e masculino, quando comparados em relação à estratificação dos cuidados paliativos ($p = 0,38$).

Tabela 1. Estratificação de cuidados paliativos

Estratificação	Grupo 1, masculino		Grupo 2, feminino	
	n	%	n	%
Precoce			1	4,8
Complementar	20	64,5	13	61,9
Predominante	8	25,8	7	33,3
Exclusivo	3	9,7		
Total	31	100	21	100

* $p = 0,38$, teste de Kolmogorov-Smirnov

Os resultados referentes à renda mensal são apresentados na Tabela 2. Não houve diferenças entre os dois grupos.

Tabela 2. Renda mensal

Grupos		Sem renda	Até R\$ 1320,00	Até R\$ 2640,00	Total
Feminino	Frequência %	1 4,76	18 85,72	2 9,52	21
Masculino	Frequência %	3 9,68	27 87,09	1 3,23	31

*p=0,98, teste de Kolmogorov-Smirnov

A Tabela 3 apresenta os percentuais de indivíduos do sexo feminino e masculino com companheiras.

Tabela 3. Presença de parceiro

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

*p=0,03, teste do Quiquadrado de Pearson

Os dados apontam para uma maior frequência/percentual da presença do companheiro no grupo dos homens (74,2%) do que no grupo das mulheres (42,8%), p=0,03, o que deve impactar os cuidados paliativos no que diz respeito aos problemas psicológicos e familiares.

A Tabela 4 apresenta os percentuais de participantes, segundo a presença ou ausência de comorbidades ou hábitos. Observou-se maior percentual de mulheres hipertensas (p=0,02), sem diferenças para outras comorbidades.

Tabela 4. Presença ou ausência de comorbidades ou hábitos

Comorbidade / hábito	Grupo 1, masculino		Grupo 2, feminino		p*
	n	%	n	%	
Diabetes	10	32,2	8	38,1	0,66
Tabagismo	7	22,5	5	23,8	0,92
Hipertensão	17	54,8	18	85,7	0,02
Obesidade	11	35,5	8	38,1	0,59
Atividade física	29	93,5	21	100	0,23
Infarto agudo do miocárdio	4	12,9	5	23,8	0,31
Depressão respiratória	11	35,5	3	14,3	0,09
Neoplasma	3	9,7	3	14,3	0,61

* teste do Quiquadrado de Pearson

Discussão

Os Cuidados Paliativos (CP) são uma abordagem holística que integra aspectos físicos, psicológicos, sociais e espirituais para prevenir, identificar e tratar

a dor e o sofrimento associados ao processo saúde-doença em um estágio inicial. Epidemiologicamente, levantamentos estatísticos recentes estimam que 48 milhões de indivíduos terão estado de saúde grave até 2060, representando um aumento de 87% em relação aos 26 milhões de 2016.

Esses dados sugerem que, nas próximas 44 décadas, a necessidade de CP será aproximadamente o dobro tão alto quanto a necessidade atual, aumentando mais rapidamente em indivíduos de baixa renda, pessoas com mais de 70 anos e com problemas neurológicos.^{6,8}

Diante disso, discutiremos os achados quanto ao perfil de idade, sexo biológico, escolaridade, profissão, renda, ter ou não companheiro de pacientes em CP atendidos por equipe multiprofissional no município de Iguatu-Ceará, em relação aos dados da literatura científica.

O principal objetivo dos cuidados paliativos é oferecer qualidade de vida aos pacientes que se encontram em fase avançada de doenças crônicas e progressivas, buscando o alívio dos sintomas e suporte emocional. Uma equipe multidisciplinar de profissionais de saúde envolvendo enfermeiros, fisioterapeutas, nutricionistas, dentre outros, deve compor a atenção domiciliar, que é uma modalidade de cuidados paliativos que fornece aos pacientes cuidados adequados no conforto de seu próprio lar. Com o envelhecimento da população associado ao aumento da prevalência de doenças crônicas, como câncer, doenças cardiovasculares e neurológicas, a demanda por cuidados paliativos em domicílio tem se tornado uma opção cada vez mais relevante na assistência aos pacientes em estágio avançado de doenças.⁸⁻¹⁰

A situação clínica e as ações de saúde de pacientes em cuidados paliativos assistidos por uma equipe multiprofissional de atenção domiciliar ainda são pouco exploradas na literatura. É fundamental conhecer a epidemiologia desses pacientes, bem como as intervenções realizadas pela equipe multidisciplinar e os desfechos de saúde alcançados, a fim de subsidiar a

tomada de decisões clínicas e melhorar a qualidade da assistência oferecida.^{9,10}

Uma das principais vantagens do atendimento domiciliar é a possibilidade de oferecer atendimento individualizado e personalizado 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 seus familiares, o que permite uma compreensão mais profunda de suas necessidades e desejos em relação aos cuidados de saúde. Dessa forma, é possível oferecer um cuidado verdadeiramente centrado no paciente, levando em consideração sua história de vida, crenças e preferências, adaptando o plano de cuidados de acordo com suas necessidades específicas.^{11,12}

Além disso, a atenção domiciliar também permite uma abordagem mais integral dos profissionais de saúde que atuam na atenção domiciliar em equipe, geralmente composta por médicos, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos e outros profissionais de saúde, que colaboram de forma integrada para oferecer atendimento integral e atendimento multidisciplinar aos pacientes. Essa abordagem colaborativa permite o manejo adequado de sintomas físicos, como dor, dispneia, náuseas e vômitos, bem como suporte emocional e psicossocial para pacientes e seus familiares, ajudando-os a enfrentar os desafios emocionais e espirituais que muitas vezes acompanham pacientes avançados ou em evolução doenças em fase terminal.^{13,14}

Outra vantagem do atendimento domiciliar como modalidade de cuidados paliativos é a possibilidade de oferta de cuidados mais acessíveis e sustentáveis. Uma internação hospitalar pode ser cara e muitas vezes desconfortável para os

pacientes, especialmente aqueles com condições crônicas avançadas. A atenção domiciliar pode oferecer uma alternativa mais viável e econômica, permitindo que o paciente receba atendimento de qualidade em sua própria casa, evitando a necessidade de internação prolongada. Além disso, o atendimento domiciliar também pode ser uma opção mais ambientalmente sustentável. A hospitalização muitas vezes envolve alto consumo de recursos, como energia, água e materiais médicos, além de gerar resíduos hospitalares.^{15,16}

Quanto às comorbidades elencadas pelos pacientes, as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) estiveram associadas ao CP, sem diferenças significativas entre os sexos biológicos, sendo apenas a hipertensão arterial significativamente mais prevalente no sexo feminino. Para os fatores de risco, a não prática de atividade física, que leva ao sedentarismo, surge como o principal fator em ambos os sexos. Estimativas da Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre a disponibilidade de CP para pacientes com doenças crônicas não transmissíveis apontam para 39% dos países desenvolvidos globalmente, com inclusão de CP na política nacional de DCNT de 50% e financiamento específico de 68%. Os cuidados paliativos geralmente estão disponíveis para pacientes que precisam de 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.^{7,8}

Há evidências crescentes de que os cuidados paliativos são eficazes e econômicos em países de alta, baixa e média renda. Por essas razões, a resolução da Assembleia Mundial da Saúde 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 recebam entre as pessoas que vivem em hospitais em países de alta renda per capita. 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 encontradas em países de baixa e média renda, onde faltam recursos humanos (como é o caso da cidade de Iguatu/Ce, onde a SMSM é o único serviço de apoio em cuidados paliativos, com equipe composta por médico, enfermeiro, fisioterapeuta e técnico de enfermagem), restrições financeiras, compromisso político limitado, regulamentação restritiva da farmacovigilância, desafios nos processos de importação de medicamentos e fragmentação do sistema de saúde.^{8,17}

No que diz respeito aos diagnósticos patológicos (doenças de base), de acordo com a Classificação Internacional de Doenças estabelecida nos dados supracitados, constatou-se que os distúrbios neurológicos - doenças cerebrovasculares e demências (64,5% e 61,9%), outras doenças hepáticas e síndrome da fragilidade (19,4% e 19%) e oncologia (9,7% e 4,8%) estiveram associados a homens e mulheres em CP, respectivamente. Da mesma forma, as condições que mais comumente contribuem para o sofrimento na saúde são as neoplasias malignas, as doenças cerebrovasculares, as doenças pulmonares e as demências, respectivamente. Estima-se que a condição com maior contribuição para o sofrimento grave relacionado à saúde, entre 2016 e 2060, continuará sendo as neoplasias malignas (7,8 milhões para 16,3

milhões), enquanto a condição com maior aumento proporcional estimado é a demência (1,5 milhão para 6 milhão). Em países de baixa renda, o aumento relativo será maior, pois a carga absoluta associada às neoplasias malignas deverá aumentar cinco vezes (300.000 para 1,6 milhão).^{7,18}

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

Considerando os aspectos de vulnerabilidade social e econômica, destaca-se a predominância de indivíduos com renda de até 1 salário mínimo entre homens (87%) e mulheres (85,7%). Além disso, as ocupações relatadas foram principalmente agricultor entre os homens (41,9%) e auxiliar de limpeza entre as mulheres (47,6%). Por sua vez, segundo a identificação dos níveis de escolaridade, os homens relataram principalmente o ensino fundamental (51,6%) e as mulheres eram principalmente analfabetas (80,9%). Entre os anos de 2016 e 2060, para os países de baixa renda, as perspectivas dos dados apontam para um aumento do sofrimento relacionado à saúde de 41% para 42% nos países de renda média-baixa, de 50% para 52% na renda média-alta países, e de 51% para 53% em países de alta renda. É provável que todas as regiões da OMS experimentem um aumento na carga de

sofrimento grave relacionado à saúde, com os maiores aumentos proporcionais nas regiões mediterrâneas orientais (aumento de 170%) e regiões africanas (aumento de 126%). Para o grupo de países de baixa renda, estima-se um aumento absoluto de 155% no mesmo período, chegando a 3 milhões de pessoas em 2060.

Quanto ao perfil biopsicossocial, houve inclusão de CP para uma ampla faixa etária (21-98 anos), assim como o espectro do sexo biológico, sem diferença estatística entre homens e mulheres. No nível internacional, o sofrimento relacionado à saúde aumentará nas faixas etárias mais avançadas, especialmente nas pessoas na faixa dos 70 anos, com 22 milhões de idosos a mais em 2060 do que em 2016, sendo o aumento mais pronunciado nos países de baixa renda, onde as taxas serão aumento de mais de 400% no período descrito. Por outro lado, espera-se uma diminuição do sofrimento nas faixas etárias 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 (0 a 4 anos) diminuirá em todas as regiões.^{7,18}

Os achados epidemiológicos dos pacientes em CP atendidos por equipe multidisciplinar mostram amplo espectro de idade (21-98 anos) e sexo biológico. As relações estabelecidas para os pacientes em CP foram relativas a comorbidades prévias, como diabetes mellitus, hipertensão arterial e obesidade, bem como que o sedentarismo foi um fator de risco relevante. Distúrbios neurológicos e oncológicos foram diagnósticos patológicos associados a pacientes em CP de forma convergente com dados epidemiológicos internacionais.^{7,18}

Outro aspecto relevante é a necessidade de políticas de saúde voltadas para a promoção de cuidados paliativos,

principalmente em países com população envelhecida e escassez de serviços nessa área. É fundamental o investimento 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 a conscientização sobre a importância dos cuidados paliativos e a prevenção de fatores de risco.¹⁸⁻²⁰

Outra medida importante é investir na formação e qualificação dos profissionais de saúde em cuidados paliativos, garantindo que eles estejam adequadamente preparados para oferecer esse tipo de cuidado de forma integral e holística. Isso inclui médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas e demais profissionais que compõem a equipe de cuidados paliativos, que precisam trabalhar de forma interdisciplinar para prestar o melhor cuidado possível aos pacientes e seus familiares.¹⁹

Conclusão

Dentre os resultados encontrados, houve maior frequência/percentual da

presença do companheiro no grupo dos homens do que no grupo das mulheres, o que deve impactar os cuidados paliativos no que diz respeito aos problemas psicológicos e familiares.

A análise epidemiológica dos dados apresentados neste estudo evidencia a importância da equipe multiprofissional de atenção domiciliar na abordagem dos pacientes em cuidados paliativos, bem como a necessidade do manejo integrado das comorbidades e condições crônicas associadas. A atenção domiciliar pode ser uma estratégia eficaz na promoção de uma abordagem integral e holística dos cuidados paliativos, visando melhorar a qualidade de vida e diminuir o sofrimento relacionado às condições de saúde dos pacientes e seus familiares. É fundamental que gestores, profissionais de saúde e demais profissionais envolvidos em cuidados paliativos trabalhem de forma integrada, buscando continuamente a melhoria da assistência e garantindo que os pacientes em cuidados paliativos recebam o cuidado adequado e humanizado que merecem.

Referências Bibliográficas

1. 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.
2. WHO – World Health Organization. Definition of palliative care, 2015. Disponível em: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en>. Acesso em 06 abril. 2024.
3. Menezes RA. Em busca da boa morte: antropologia dos cuidados paliativos. Rio de Janeiro: Garamond, FIOCRUZ, 2004.
4. Cecílio LCO. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. Campinas: Unicamp, 2003.
5. Rehem TCMSB, Trad LAB. Assistência domiciliar em saúde: subsídios para um projeto de atenção básica brasileira. Revista Ciência & Saúde Coletiva; 2005: 231-42.
6. 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.

7. Oliveira EM, Spiri WC. Programa Saúde da Família: a experiência de equipe multiprofissional. *Revista de Saúde Pública* 2006; 40(4): 727-33.
8. Sleeman K, de Brito Maja, Etkind S, et al. The escalating global burden of serious health-related suffering: projections to 2060 by world regions, age groups, and health conditions. *The Lancet Global Health* 2019;7(7):883-92.
9. Stjernsward J, Foley KM, Ferris FD, Estratégia de saúde pública para cuidados paliativos. *Journal of Pain and Symptom Management* 2007;35(35):486-93.
10. de Campos AP, Pandey KLS, Wisniewski R, et al. Integrating palliative care into nursing care. *Am J Nurs* 2022;122(11):40-45.
11. Savassi LCM, Dias MF, Dias MB, et al. Relatoria do GESF: Módulo Visita Domiciliar. Grupo de Estudos em Saúde da Família. AMMFC: Belo Horizonte, 2006 (Relatório, 20p).
12. Glajchen M, Goehring A, Johns H, et al. Family meetings in palliative care: Benefits and barriers. *Curr Treat Options Oncol* 2022;23(5):658-667.
13. Lotufo P. O escore de risco de Framingham para doenças cardiovasculares. *Revista De Medicina* 2008;87(4):232-37.
14. Mollman S, Gierach M, Sedlacek A. Palliative care knowledge following an interdisciplinary palliative care seminar. *Am J Hosp Palliat Care* 2024;41(5):501-507.
15. Parczyk O, Frerich G, Loucka M, et al. Leadership core competencies in palliative care-recommendations from the European Association for palliative care: Delphi Study. *J Palliat Med* 2024;27(3):345-357.
16. Feuerwerker LCM. A contribuição da atenção domiciliar para a configuração de redes substitutivas de saúde: desinstitucionalização e transformação da prática. *Revista Panamericana de Salud Publica* 2008;24(3):180-188.
17. Donkor A, Lockett T, Aranda S et al. Barriers and facilitators to implementation of cancer treatment and palliative care strategies in low- and middle-income countries: systematic review. *International Journal of Public Health* 2018;63(9):1047-57.
18. Castôr KS, Moura ECR; Pereira EC, et al. Palliative care: epidemiological profile with a biopsychosocial look on oncological patients. *Brazilian Journal of Pain* 2019;2(1):49-54.
19. Couchman E, Pocock L, Bowers B, et al. Reforming primary palliative care: a call to arms. *Br J Gen Pract* 2023;74(738):4-6.
20. Ferrel B. Palliative care in times of war. *J Hosp Palliat Nurs* 2024;26(1):1-2.

Como citar este artigo:

Alcântara TB, Juliano Y, Colombo-Souza P, Ribeiro AP, França CN, Novo NF. Estado de saúde de pacientes em cuidados paliativos atendidos por equipe multiprofissional de atenção domiciliar: uma análise epidemiológica. *Rev. Aten. Saúde*. 2025; e20259119(23). doi <https://doi.org/10.13037/ras.vol23.e20259119>

