

## INTRODUÇÃO

O cuidado paliativo busca oferecer ao portador de doença incurável, progressiva e debilitante, e a sua família, um atendimento capaz de aliviar o sofrimento físico, psíquico e espiritual, permitindo uma morte digna e pacífica. O atendimento destes pacientes no sistema de assistência domiciliar oferece uma atenção mais humanizada, pois possibilitamos que o falecimento venha a acontecer no seio da família e com os sintomas controlados.

A Organização Mundial de Saúde em 2002 definiu Cuidados Paliativos como uma abordagem ou tratamento que melhora a qualidade de vida de pacientes e familiares diante de doenças que ameaçam a continuidade da vida. Para tanto, é necessário avaliar e controlar de forma impecável não somente a dor, mas todos os aspectos da vida do indivíduo sejam na esfera social, emocional e também espiritual.

O tratamento em Cuidados Paliativos deve reunir as habilidades de uma equipe multiprofissional para ajudar o paciente e sua família no enfrentamento deste momento crítico pelo qual estão passando. Para este trabalho ser realizado é necessário uma equipe minimamente composta por: um médico, uma enfermeira, uma psicóloga, uma assistente social e pelo menos um profissional da área da reabilitação (a ser definido conforme a necessidade do paciente).

Para tanto, torna-se essencial conhecer o perfil de pacientes assistidos e assim definir necessidades de aprimoramento material, medicamentoso e humano.

## OBJETIVO

Conhecer o perfil de pacientes internados na modalidade de Cuidados Paliativos em uma empresa de Atenção Domiciliar em Salvador, Bahia denominada SOS Vida Soluções em Saúde que atende pacientes encaminhados de diversos hospitais de Salvador.

## METODOLOGIA

A análise do perfil dos pacientes internados considerou variáveis como idade, distribuição por gênero, tempo de internamento, patologias que determinaram o cuidado paliativo e origem dos pacientes. As indicações de um paciente para aderir ao Programa de Assistência Domiciliar em Cuidados Paliativos da SOS são: pacientes com cardiopatias terminais, ICC NYHA classe IV; Fração de Ejeção < 20%; refratariedade a tratamento otimizado, pneumopatias terminais com dispnéia incapacitante; VEF1 < 30%, Insuficiência Renal Crônica terminal com recusa de indicação de transplante ou procedimento dialítico Esclerose Lateral Amiotrófica, Acidente Vascular Encefálico com Palliative Performance Scale ≤ 40; com; resposta anormal de tronco cerebral ou demência pós-AVE; pacientes oncológicos sem possibilidade de terapêutica curativa; pacientes com doença hepática terminal sem indicação de transplante hepático; demência terminal entre outros.

Todos os pacientes portadores de doença incurável, progressiva e debilitante descritas acima como elegíveis atendidos pela empresa de atendimento domiciliar no período de janeiro de 2010 a abril de 2013 tiveram seus dados lançados e analisados no programa Epidata estabelecendo-se médias e intervalos.

O modelo de atendimento foi Assistência domiciliar, através de visitas de uma equipe interdisciplinar, formada pelos seguintes profissionais: médico, enfermeiro, nutricionista, fisioterapeuta, fonoaudióloga quando necessário, assistente social, psicóloga e farmacêutica. Além desses, dependendo da evolução clínica do paciente, outros profissionais e especialistas foram chamados a cooperar com a equipe.

## RESULTADOS

Foram atendidos 152 pacientes sendo 55,9% do sexo masculino e 44,1% do sexo feminino com idade média de 70 anos (19-99). O tempo médio de internamento foi de 69,4 dias (mínimo de 1 dia e máximo de 842 dias).

Tabela - Número de pacientes atendidos de janeiro de 2010 a abril de 2013 por patologia

Diagnóstico	Nº Pacientes	%
Câncer pâncreas e vias biliares	19	12,5
Tumor cerebral	19	12,5
Câncer próstata	16	10,5
Câncer pulmão	16	10,5
Câncer mama	15	9,9
Câncer colon	10	6,6
Câncer gástrico	6	3,9
Câncer ovário	6	3,9
Câncer cavidade oral	5	3,3
Câncer laringe	4	2,6
Câncer uterino	3	2
Hepatocarcinoma	2	1,3
Outros tumores	6	3,9
Estado vegetativo persistente	9	5,9
Demências	11	7,2
ELA	3	2
Outros	2	1,3

Foi analisada também a procedência destes pacientes e verificou-se que 13 hospitais nos encaminharam pacientes, sendo que 47,4% dos pacientes foram encaminhados por um único hospital e 17,8% já estavam no seu domicílio. A análise das fontes pagadoras revelou que uma única empresa foi responsável pelo encaminhamento de 63,2% dos pacientes.

As diretrizes avançadas foram discutidas com todos os pacientes e/ou seus familiares com a definição conjunta quanto a assuntos importantes na condução clínica como passagem de sonda de alimentação, intubação traqueal, reanimação cardíaca e transferência hospitalar.

No período avaliado, 92 (60,5%) dos 152 pacientes foram a óbito e 47 (30,9%) foram transferidos devido a não aceitação do óbito domiciliar pela família ou próprio paciente.

## CONCLUSÃO

A partir da análise do perfil de pacientes em cuidados paliativos é possível desenvolver planos de ação para melhor atender a este grupo de pacientes. A maioria dos pacientes tinha alguma patologia oncológica terminal refletindo a maior facilidade de definição por cuidados paliativos entre os pacientes oncológicos. Em virtude do grande número de pacientes oriundos de um mesmo hospital e operadora de plano de saúde, verificamos a necessidade de maior divulgação da existência deste tipo de atendimento pela empresa para os médicos e operadoras. O tempo de internamento muito variável foi atribuído ao fato da análise ter sido feita envolvendo pacientes em cuidado paliativo exclusivo assim como outros em cuidados paliativos em fase inicial e com cuidados sabidamente prolongados como é o caso da esclerose lateral amiotrófica.

Neste momento em que não existe mais o objetivo de curar, pois a doença está em fase progressiva, irreversível e não responsiva e a equipe interdisciplinar tem como objetivo controlar os sintomas do corpo, da mente, do espírito e do social, que afligem o homem em sua finitude.

\*Especialista em Anestesiologia e Medicina Intensiva, Coordenadora Médica da S.O.S.Vida Inovando em Saúde

## BIBLIOGRAFIA:

1. OMS Palliative Care (acessado em abril 2013) Disponível em <http://www.who.int/cancer/palliative/en/>
2. Fenwick, P., Lovelace, H., Brayne, S., 2007. End of life experiences and implications for palliative care. Intern. J. Environ. Studies Vol 64, Issue 3. 315-323.
3. Intensity and treatment of symptoms in 3,030 palliative care patients: a cross-sectional survey of the EAPC Research Network. 2009 Jan-Feb;5(1):11-21.
4. Patricia H. Berry, PhD, RN, CRNH, CS, and June L. Dahl, PhD The New JCAHO Pain Standards: Implications for Pain Management Nurses; Pain Management Nursing, Vol 1, No 1 (March), 2000: pp 3-12
5. World Health Organization. Better palliative care for older people. Geneva: WHO; 2004.
6. World Health Organization. Cancer pain relief and palliative care. Geneva: WHO; 1990.
7. Pessini L. Cuidados paliativos: alguns aspectos conceituais, biográficos e éticos. Prática hospitalar 2005; (41): 107-12.