



UNIVERSIDADE
ESTADUAL DE LONDRINA

EUGENIO MARTINS JUNIOR

**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE COM CRITÉRIO PARA O
CUIDADO PALIATIVO NA REDE DE ATENÇÃO Á SAÚDE**

Londrina
2023

EUGENIO MARTINS JUNIOR

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE COM CRITÉRIO PARA O CUIDADO PALIATIVO NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

Exame de Qualificação apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina (UEL), como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientador(a): Prof^a. Dr^a. Eleine Ap. Penha Martins

Londrina
2023

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da UEL

M386i Martins Junior, Eugenio.
 Identificação do paciente com critério para o cuidado paliativo na rede de atenção à saúde / Eugenio Martins Junior. Londrina, 2022.
 80 f. : il.

Orientador: Eleine Aparecida Penha Martins.
 Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Estadual de Londrina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2022.
 Inclui bibliografia.

1. Cuidados Paliativos - Tese. 2. Rede de Atenção a Saúde - Tese. 3. Performace Palliative Scale - PPS - Tese. I. Martins, Eleine Aparecida Penha. II. Universidade Estadual de Londrina. Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. III. Título.

EUGENIO MARTINS JUNIOR

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE COM CRITÉRIO PARA O CUIDADO PALIATIVO NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

Exame de Qualificação apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina (UEL), como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

BANCA EXAMINADORA

Orientadora: Prof.(a). Dr^a. Eleine Aparecida
Penha Martins
Universidade Estadual de Londrina – UEL

Prof.(a). Dr^a. Ligia Carreira
Universidade Estadual de Maringá – UEM

Prof. Dr. Carlos Takeo Okamura
Universidade Estadual de Londrina – UEL

Londrina, 23 de março de 2023.

Dedico este trabalho a todo o curso de
Mestrado em Enfermagem da Universidade
Estadual de Londrina, corpo docente e
discente, a quem fico lisonjeado por dele ter
feito parte.

AGRADECIMENTO(S)

Agradeço a Deus pelo apoio espiritual que me concedeu nesse momento, só Ele e eu sabemos o quanto foi difícil realizar essa pesquisa, quantos momentos eu pensei em desistir de tudo, mas a minha fé me sustentou. Deus, agradeço por ser meu Norte, por me ajudar a passar pelas adversidades.

Gostaria de agradecer a todos os professores dessa instituição de ensino que muito contribuíram para a realização deste trabalho. Professores que com seus ensinamentos tornaram a minha formação acadêmica possível. Agradeço a minha orientadora Prof^a Dr^a Eleine Aparecida Penha Martins que me guiou pelo caminho deste trabalho, sem a qual nada disso seria possível, os professores que compuseram a banca e tanto ajudaram na concretização desse trabalho Prof^a Ligia Carreira e Prof. Dr^o Carlos Takeo Okamura,

Aos meus pais minha eterna gratidão, mesmo minha mãe não estando mais presente aqui na terra sei que de onde esta, sempre torceu muito por mim e ainda torce. Sem o apoio de meus pais eu não teria conseguido completar essa jornada, eles foram a minha força ao longo do caminho, e meu modelo a ser seguido. Agradeço, também, ao meu marido que esteve ao meu lado ao longo do curso, que passou todas as situações e momentos difíceis comigo, vocês tornaram tudo mais leve, pois eu sabia que poderia sempre contar com vocês.

"Curar às vezes, aliviar muito frequentemente e confortar sempre." Oliver Holme

MARTINS, Eugenio Jr. **Identificação do paciente com critério para o cuidado paliativo na rede de atenção à saúde**: 2023. 80 f. Exame de Qualificação de Mestrado em Enfermagem – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2023.

RESUMO

Introdução: cuidado paliativo é definido como uma abordagem que objetiva a melhora da qualidade de vida dos pacientes e de seus familiares diante de uma doença que ameaça a continuidade da vida. **Objetivo:** Identificar os pacientes que possuem critérios para cuidados paliativos durante a sua entrada na rede de atenção à saúde. **Método:** Trata-se de um estudo quantitativo, transversal e prospectivo, realizado nos três níveis de atenção à saúde, no ano de 2022, durante dois meses. Foram incluídos todos os pacientes atendidos em duas UPA's, um hospital secundário e um terciário em uma cidade no Sul do país. **Resultados:** Quando feito a comparação entre os atendimentos da UPA A e da UPA B, foram obtidos os seguintes resultados: em ambas UPA's a faixa etária predominante dos atendimentos foram de pessoas com menos de 60 anos, sexo feminino e católicos. Maior frequência de solteiros, procedentes da cidade do estudo, residentes na área urbana e automeados cor branca, com nível de formação maior no segundo grau completo, renda familiar de dois a cinco salários mínimos. A dor foi o sintoma predominante para a busca da em ambas as UPAs. Na UPA A, a segunda maior procura foi a febre, enquanto na UPA B foi a falta de ar. A duas UPA's tiveram resultados de pacientes elegíveis pelo PPS abaixo de 50 para os cuidados paliativos. As doenças do sistema nervoso e as demências foram os diagnósticos mais encontrados. Quando realizado a comparação entre o serviço primário, serviço secundário e terciário foram obtidos os seguintes resultados: Foram entrevistados 329 pacientes na UPA, 101 no serviço secundário e 72 no terciário. Na UPA e no serviço secundário a maioria eram mulheres e adultos jovens e no terciário a maioria homens e idosos. A dor foi a primeira causa de procura pelo serviço nas três esferas. Com relação ao tempo de acesso ao diagnóstico ou confirmação diagnóstica, na UPA as pessoas já o tinham há vários anos, no serviço secundário e no serviço terciário o diagnóstico era recente a menos de um ano. O acidente vascular cerebral, a gastroenterocolite aguda, a demência e as fraturas foram os diagnósticos predominantes nos três serviços, seguidos principalmente de doença pulmonar na atenção primária, doença cardíaca no serviço secundário e complicações da Diabetes no serviço terciário. A maioria dos entrevistados no serviço terciário, tiveram no mínimo uma internação prévia. Foram identificados pacientes com PPS de 0-50 em todos os locais de estudo. No serviço terciário foi predominante o PPS entre 51-79. **Conclusão:** Concluiu se que em todos os serviços apresentam usuários com indicativos de cuidados paliativos, em especial na atenção terciária a saúde. O sexo feminino e os jovens deram entrada nos serviços de saúde pela UPA's e serviços secundários, os homens e idosos na atenção terciária. Nos três serviços houve classificação dos indivíduos com PPS menor de 50. Este fato infere que a atenção primária a saúde pode se preparar para o processo de envelhecimento e o aparecimento das doenças crônicas.

Palavras-chave: cuidados paliativos; *palliative performance scale*; unidade de pronto atendimento; serviço secundário; serviço terciário.

MARTINS, Eugenio Jr. **Identificação do paciente paliativo na rede de atenção a saúde**: 2023. 80 p. Exame de Qualificação de Mestrado em Enfermagem – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2023.

ABSTRACT

Introduction: palliative care is defined by the World Health Organization (2018) as an approach that aims to improve the quality of life of patients and their families facing a disease that threatens the continuity of life. **Objective:** To identify patients who meet criteria for palliative care during their entry into the health care network. **Method:** This is a quantitative, cross-sectional and prospective study, carried out at all levels of health care, in the year 2022, including all patients treated at two UPA's, a secondary hospital and a tertiary hospital in a city in the South from the country. **Results:** When comparing UPA A and UPA B, the following results were obtained: In both UPA's, the priority age group for assistance was people under 60 years old, female and Catholic. Higher frequency of singles, from the city of the study and from the urban area and self-reported as white. Higher education level in high school, family income of two to five minimum wages. Pain was the predominant symptom for seeking help in both UPAs. In UPA A, the main demand was fever, while in UPA B it was shortness of breath. The two UPA's had PPS-eligible patient results below 50 for palliative care. Diseases of the nervous system and dementia were the most common diagnoses. When comparing the primary, secondary and tertiary services, the following results were obtained: 329 patients were interviewed at the UPA, 101 at the secondary service and 72 at the tertiary. In the UPA and in the secondary service, the majority are women and young adults and in the tertiary, the majority are men and the elderly. Pain was the first cause of demand for the service in the three spheres. Regarding the time of access to the diagnosis or diagnostic confirmation, in the UPA people had already had it for years, in the secondary service and in the tertiary service the diagnosis had been recent respectively. Stroke, acute gastroenterocolitis, dementia, fractures were the predominant diagnoses in the three services, followed mainly by lung disease in the primary care, heart disease in the secondary service and diabetes complications in the tertiary service. Most of those interviewed in the tertiary service had at least one previous hospitalization. Patients with PPS 0-50 were identified across all study sites. In the tertiary service, PPS between 51-79 was predominant. **Conclusion:** It was concluded that all services have users with indications of palliative care, and especially tertiary health care. Females and young people entered health services through the UPA's and secondary services, men and the elderly in tertiary care. In the three services, individuals were classified with PPS below 50. This fact infers that primary health care can prepare for the aging process and the onset of chronic diseases.

Key words: palliative care; palliative performance scale; emergency unit; secondary service; tertiary service.

LISTA DE TABELAS

Estudo 1

- Tabela 1** – Caracterização sócio demográfica dos pacientes atendidos nas duas UPA's. Brasil, Paraná, 202328
- Tabela 2** – Relação dos diagnósticos e o tempo do diagnóstico na chegada do paciente nas UPA's. Brasil, Paraná, 2023.....30
- Tabela 3** – Caracterização dos sinais e sintomas apresentados pelos pacientes ao buscarem atendimento nas UPA's. Brasil, Paraná, 202331
- Tabela 4** – Resultado da escala PPS aplicada nos pacientes atendidos nas UPA's. Brasil, Paraná, 202332

Estudo 2

- Tabela 1** – Caracterização sócio demográfica dos pacientes atendidos nos três serviços da Rede de atenção de Urgência e Emergência. Brasil, Paraná, 202350
- Tabela 2** – Caracterização dos sinais e sintomas apresentados pelos pacientes ao buscarem um dos serviços de atendimento da Rede de Urgência e Emergência. Brasil, Paraná, 2023.52
- Tabela 3** – Relação dos diagnósticos e o tempo do diagnóstico na chegada do paciente no serviço de emergência. Brasil, Paraná, 2023.....53
- Tabela 4** – Resultado da escala PPS aplicada nos pacientes atendidos nos três níveis de atenção. Brasil, Paraná, 202355
- Tabela 5** – Distribuição da média, desvio padrão, mediana, intervalo de confiança nos três serviços em estudo. Brasil, Paraná, 202355

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Modelo integrado de cuidados paliativos para doenças crônicas progressivas. Brasil, Paraná, 2023.....	17
---	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANCP	Associação Nacional de Cuidados Paliativos
APS	Atenção Primária a saúde
CFV	Cuidado ao Fim da Vida
CP	Cuidados Paliativos
DCNT	Doença Crônica Não Transmissível
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
PPS	Palliative Performance Scale
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

CONTEXTUALIZAÇÃO	14
1 ESTUDO 1	20
1.1 INTRODUÇÃO	22
1.2 MATERIAL E MÉTODOS	24
1.3 RESULTADOS	26
1.4 DISCUSSÃO	31
1.5 CONCLUSÃO	38
1.6 REFERÊNCIAS	39
2 ESTUDO 2	40
2.1 INTRODUÇÃO	42
2.2 MATERIAL E MÉTODOS	44
2.3 RESULTADOS	46
2.4 DISCUSSÃO	53
2.5 CONCLUSÃO	59
2.6 REFERÊNCIAS	61
3 CONCLUSÕES	63
REFERÊNCIAS	65
APÊNDICES	68
APÊNDICE A – Questionário para caracterização sócio demográfica, sintomas, diagnósticos e tratamento	68
APÊNDICE B – Escala PPS	70
APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	71
ANEXOS	73
ANEXO A – Aprovação do Comitê de Ética.....	73

CONTEXTUALIZAÇÃO

Em decorrência do crescente avanço tecnológico na medicina e dos recursos utilizados em saúde, associado à queda acentuada das taxas de fecundidade, natalidade e mortalidade, pode-se identificar um aumento da expectativa de vida da população mundial (ARAUJO, 2019). Todavia, para determinados indivíduos, esse avanço traz pouco ou nenhum benefício, em decorrência de serem portadores de doenças ou agravos, em grande parte de caráter crônico-degenerativo, para os quais todo o arsenal terapêutico é impotente (DO NASCIMENTO, 2021).

Esses indivíduos que, na perspectiva do modelo biomédico, apresentam doença em fase avançada recebem um tipo de assistência que não possui o objetivo de cura, mas sim de controle dos sintomas, proporcionando maior qualidade de vida e conforto. Hodiernamente, essa modalidade de assistência é denominada de “Cuidados Paliativos” e estima-se que, nos próximos anos, cerca de um milhão de pessoas necessitarão de tais cuidados (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2018).

A terminologia “cuidados paliativos” refere-se a um conjunto de abordagens que busca melhorar a qualidade de vida dos pacientes e seus familiares diante de uma doença que ameace a continuidade da vida, através de prevenção e alívio do sofrimento e de identificação precoce, avaliação e tratamento de dor e demais sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2020).

Torna-se elegível para cuidados paliativos toda pessoa acometida por uma doença que ameace a vida, seja aguda, seja crônica, em qualquer idade. A necessidade de cuidados paliativos está presente em todos os níveis de atenção à saúde: primário, secundário e terciário, com serviços especializados. São cuidados prestados por todos os profissionais de saúde formados e qualificados por treinamento apropriado de duas formas: como cuidados paliativos gerais, chamado de ações paliativas, fornecido por profissionais de Atenção Primária de Saúde (APS) e por profissionais que tratam doenças potencialmente fatais com um bom conhecimento básico de cuidados paliativos; ou ainda como cuidados paliativos especializados, prestados por equipes especialistas nessa modalidade de cuidado (GAMONDI,

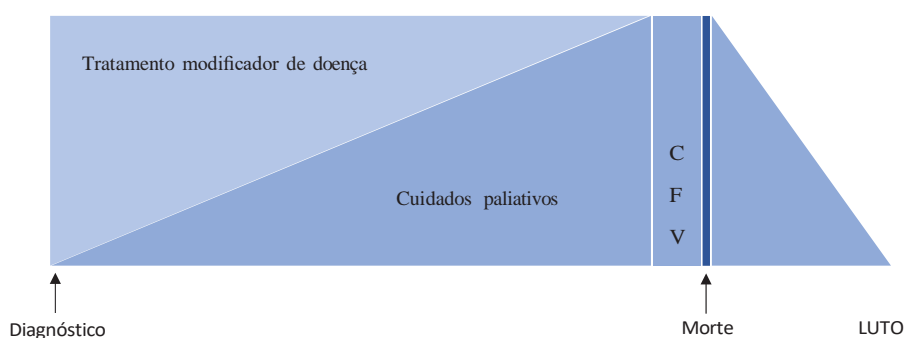
2020).

É preconizada uma melhor e mais precoce integração dos cuidados paliativos com o tratamento ativo, modificador da doença, a partir do diagnóstico, a fim de auxiliar no manejo dos sintomas, especialmente aqueles de difícil controle, e melhorar as condições clínicas do paciente.

À medida que a doença avança, mesmo em vigência do tratamento com intenção curativa, a abordagem paliativa tende a ser ampliada. A transição do cuidado com objetivo de cura para o cuidado com intenção paliativa é um processo contínuo, e sua dinâmica difere para cada paciente, tornando-se prioritário para garantir qualidade de vida, conforto e dignidade (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2021).

Segue a figura demonstrativa das fases que o cuidado paliativo pode atuar.

Figura 1: Modelo integrado de cuidados paliativos para doenças crônicas progressivas. Brasil, Paraná, 2023.



Fonte: adaptado de World Health Organization. (2020)

nota: CFV - cuidados ao fim da vida.

A abordagem do cuidado paliativo é uma necessidade no cenário da prática médica atual, por ter como objetivo melhorar a qualidade de vida dos pacientes e de seus familiares, reduzir os seus sintomas, dar suporte aos problemas sociais e a sua espiritualidade. Nessa abordagem a morte é encarada como um evento natural e provável na presença de doença grave, devendo ser trabalhada de forma multiprofissional.

O desenvolvimento das doenças crônicas geralmente é lento, com períodos de remissão e exacerbação, sendo que, na maioria das vezes, a cura é inexistente. A descoberta de uma Doença Crônica Não Transmissível

(DCNT) implica mudanças no estilo de vida, sendo necessário desenvolver habilidades de adaptação para um viver saudável (TAVARES, 2019). E, muitas vezes, a pessoa precisa buscar os serviços de saúde para alívio de sintomas, sem ter o conhecimento que está em uma das fases do cuidado paliativo.

São doenças comumente inseridas no processo do cuidado paliativo, segundo as estimativas globais da Organização Mundial da Saúde (OMS) no contexto dos adultos (indivíduos com 15 anos ou mais), são as cardiovasculares (38,5%), as neoplasias (34,0%), a doença pulmonar obstrutiva crônica (10,3%), a aids (5,7%) e o diabetes mellitus (4,6%) entre outras situações entendidas como doenças crônicas (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2020).

Essas doenças envolvem mudanças no cotidiano, como a realização de tratamento com uso de medicamentos; o acompanhamento com profissionais da saúde e exames periódicos; praticar atividade física; aderir a um plano alimentar saudável, além do desenvolvimento de habilidades para cuidar de si, segundo as necessidades específicas de cada doença.

Associado ao diagnóstico e a evolução da doença podem ocorrer várias internações no decorrer do processo. À medida que a doença avança, mesmo em vigência do tratamento com intenção curativa, a abordagem paliativa tende a ser ampliada. A transição do cuidado com objetivo de cura para o cuidado com intenção paliativa é um processo contínuo, e sua dinâmica difere para cada paciente, tornando-se prioritário para garantir qualidade de vida, conforto e dignidade (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2021).

A internação hospitalar é um momento marcante na vida das pessoas quando expectativas frente à sua doença emerge, tornando-se um momento oportuno para a atuação da equipe multiprofissional de saúde, com ênfase em ações de educação em saúde. Ampliar a qualidade do cuidado pode contribuir muito para a saúde das pessoas com doenças crônicas, tanto na atenção básica ao identificar os possíveis motivos e agravos para a internação, quanto na internação hospitalar, auxiliando no entendimento das expectativas do paciente frente à sua internação e no desenvolvimento de um processo educativo que o oriente para uma maior adesão ao tratamento (REBOUÇA, 2019).

Os pacientes com doenças terminais acumulam-se em emergências e enfermarias de hospitais terciários, recebendo assistência técnica avançada, e do sofrimento familiar que acompanha o processo natural de morrer, além de serem muitas vezes submetidos a medidas intensivas desnecessárias e, paradoxalmente, sem controle adequado da dor (SANTOS *et al.*, 2019).

A capacidade de alterar o curso natural das doenças faz o médico descuidar-se do impacto de seus atos sobre o bem-estar do enfermo, bem como do papel do prognóstico no seu dia a dia. A dificuldade na elaboração de um diagnóstico leva a busca de ferramentas capazes de orientar o desfecho natural de cada enfermidade, direcionando o tratamento médico para a cura ou para o conforto.

Dentre as ferramentas possíveis de serem utilizadas há o uso das escalas de medidas, classificação e acompanhamento da evolução dos pacientes em cuidado paliativo. Dentre as escalas utilizadas para o acompanhamento da evolução dos cuidados paliativos optou-se pela *Paliattive Performance Scale* (PPS) recomendada pela Associação Nacional de Cuidados Paliativos (CASTILHO *et al.*, 2021). A mesma faz a medida e pode ser aplicada em várias condições de patologias, e, por ser de fácil aplicação, auxilia nas decisões clínicas e na dependência do cuidado. A PPS avalia cinco critérios separadamente, sendo eles: a deambulação, a atividade e evidência da doença, o autocuidado, a ingesta e o nível da consciência. Quanto menor o valor encontrado, pior o prognóstico do paciente (TAVARES, 2019; SANTOS, 2023).

Conforme a escala PPS, classificam-se as pessoas em cuidados paliativos, conforme a pontuação obtida nos quesitos acima mencionados em grupos titulados como cuidados paliativos precoce, contempla o status funcional bom por PPS > 60%, com plano de cuidados em caso de instabilidade clínica aguda, manejo de assistência ampliada como encaminhamento para Unidade de Terapia Intensiva (UTI) se indicado, recebendo o suporte avançado de vida em caso de Parada Cardiorrespiratória (PCR), priorizando o tratamento curativo ou restaurativo e utilizando os princípios da beneficência e autonomia (SANTOS, 2023).

O grupo de cuidados paliativos, denominado de

complementares, apresenta com o *status* funcional intermediário 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 (SANTOS, 2023).

O status de funcionalidade com PPS <40% refere-se ao grupo de cuidados paliativos predominantes, sendo identificados critérios de irreversibilidade da doença de base, e, busca-se por ações para melhor qualidade de vida possível como o controle de sintomas desconfortáveis (tratamento de infecções, correção de distúrbios hidroeletrólíticos, analgesia, etc.), respeitando os princípios da autonomia e não maleficência, sem terapias fúteis ou encaminhamento para UTI, considerando o desejo do paciente ou de seus representantes legais (SANTOS, 2023).

Ao deparar-se numa situação de finalidade de vida, com *status* funcional do PPS <30%, contemplam-se os cuidados paliativos exclusivos/pletos, pelo declínio rápido e irreversível do estado geral, com piora acentuada, muitas vezes com comprometimento do nível da consciência e instabilidade cardiopulmonar, focando exclusivamente no controle de sintomas (SANTOS, 2023).

A PPS pode ser aplicada em qualquer instância e local nos três níveis de atenção à saúde. Na cidade que se propôs a desenvolver o estudo, há 54 UBS, sendo 42 na área urbana e 12 na área rural, duas (02) UPA's, dois (02) hospitais de nível de atenção secundário e um (1) hospitais de nível de atenção terciário, que atendem exclusivamente pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS). Ocorrem várias iniciativas de estruturação do cuidado paliativo na rede de atenção, desde ações na atenção primária com programas e projetos de capacitação das equipes de saúde, na atenção secundária com leitos destinados aos cuidados durante uma internação, assim como nos serviços terciários.

Dado ao exposto nesta etapa, surge a inquietação de

conhecermos as características dos usuários da rede de atenção à saúde, com relação ao cuidado paliativo, por meio da escala PPS. Então, este estudo tem por objetivo identificar os pacientes que possuem critérios para cuidados paliativos durante a sua entrada na rede de atenção à saúde.

Os resultados desta pesquisa serão apresentados em formato de dois estudos:

Estudo 1: Cuidado paliativo: perfil dos atendimentos realizados em duas UPAS por meio da escala *Palliative Performance Scale*

Estudo 2: Escala *Performance Palliative Care*: caracterização dos pacientes elegíveis ao cuidado paliativo nos três níveis de atenção à saúde

O texto apresentado nesta tese segue as normas de formatação – Modelo 2 – descritas no site do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina (<https://pos.uel.br/ppenf/modelos-de-dissertacao/>).

1 ESTUDO 1

CUIDADO PALIATIVO: CARACTERIZAÇÃO DOS PACIENTES ATENDIDOS EM DUAS UPAS POR MEIO DA ESCALA *PALLIATIVE PERFORMANCE SCALE*

RESUMO

Introdução: A discussão sobre a necessidade de implementação dos cuidados paliativos em todos os ambientes tem crescido mundialmente, dando aos cuidados paliativos uma definição de abordagem de cuidado compreensivo e integrado. **Objetivo:** Caracterizar os pacientes atendidos em duas unidades de pronto atendimento com relação à escala *palliative performance scale* durante a sua admissão na rede de atenção à saúde. **Método:** Trata-se de uma pesquisa de abordagem quantitativa, transversal e prospectiva, realizada em quatro serviços de saúde, no ano de 2022. A população estudada foram as pessoas atendidas em duas UPA's em uma cidade do Sul do país com a aplicação da escala *Performance Palliative Scale* na admissão do paciente. **Resultados:** Em ambas UPA's a faixa etária prioritária dos atendimentos foi de pessoas com menos de 60 anos, sexo feminino e católicos. Maior frequência de solteiros, procedentes da cidade do estudo e da área urbana e automeados cor branca. Nível de formação maior no segundo grau completo, renda familiar de dois a cinco salários mínimos. A dor foi o sintoma predominante para a busca da UPA em 52,94% na UPA A e 55,68% na UPA B. Na UPA A, a maior procura foi a febre em 26,79% enquanto na UPA B 49,43% foi a falta de ar. A duas UPA's tiveram resultados de pacientes elegíveis pelo PPS abaixo de 50 para os cuidados paliativos com 23,51%, e 22,7% nas UPA's A e B. As doenças do sistema nervoso e as demências foram os diagnósticos mais encontrados. **Conclusão:** Conclui-se que houve pacientes elegíveis para o cuidado paliativo nas duas UPA's, sendo que o sintoma predominante foi a dor, o sexo masculino, casados, e, em segundo lugar, a febre e a falta de ar. Nos dois locais tiveram pacientes com valores menores de 50 na escala PPS.

Descritores: cuidados paliativos, *Palliative Performance Scale*, PPS, rede de atenção à saúde

ABSTRACT

Introduction: The discussion about the need to implement palliative care (PC) in all environments has grown worldwide, giving PC a definition of a comprehensive and integrated care approach. **Objective:** To characterize the patients treated at two emergency care units regarding the palliative performance scale during their admission to the health care network. **Method:** This is a quantitative, cross-sectional and prospective research, carried out in four health services, in the year 2022. The population studied were people assisted in two UPAs in a city in the south of the country with the application of the Performance Palliative scale Scale on patient admission. **Results:** In both UPAs, the priority age group for assistance was people under 60 years old, female and Catholic. Higher frequency of singles, from the city of the study and from the urban area and self-reported as white. Higher education level in high school, family income of two to five minimum wages. Pain was the predominant symptom for seeking the UPA in 52.94% in UPA A and 55.68% in UPA B. In UPA A, the greatest demand was fever in 26.79%, while in UPA B 49.43% it was shortness of breath. The two UPAS had results of patients eligible for PPS below 50 for palliative care with 23.51%, and 22.7% in UPAS A and B. Diseases of the nervous system and dementia were the most common diagnoses. **Conclusion:** It was concluded that there were patients eligible for palliative care in the two UPAS, and the predominant symptom was pain, male, married, and, in second place, fever and shortness of breath. In both places, there were patients with values lower than 50 on the PPS scale.

Descriptors: *palliative care, Palliative Performance Scale, PPS, health care network*

INTRODUÇÃO:

A discussão sobre a necessidade de implementação dos cuidados paliativos em todos os ambientes tem crescido mundialmente, dando aos cuidados paliativos uma definição de abordagem de cuidado compreensivo e integrado.

Os cuidados paliativos são uma abordagem que melhora a qualidade de vida de pacientes (adultos e crianças) e suas famílias que enfrentam os problemas associados a doenças que ameaçam a vida, por meio da prevenção e alívio de sofrimento e da identificação precoce, avaliação e tratamento corretos de dor e outros problemas, sejam físicos, psicossociais e espirituais (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2020).

Vale ressaltar ainda que, os cuidados paliativos estão indicados para todos os pacientes (e familiares) com doença ameaçadora da continuidade da vida, em concomitância com os cuidados curativos, por qualquer diagnóstico, com qualquer prognóstico, seja qual for a idade, e a qualquer momento da doença em que eles tenham expectativas ou necessidades não atendidas. Sendo assim, cuidados paliativos podem complementar e ampliar os tratamentos modificadores da doença ou podem tornar-se o foco do cuidado, consoante os desejos e as necessidades individuais de cada paciente (MATSUMOTO, 2020).

Em decorrência do crescente avanço tecnológico na medicina e dos recursos utilizados em saúde, associado à queda acentuada das taxas de fecundidade, natalidade e mortalidade, pode-se identificar um aumento da expectativa de vida da população mundial (ARAUJO, 2019). Todavia, para determinados indivíduos, esse avanço traz pouco ou nenhum benefício, em decorrência de serem portadores de doenças ou agravos, na maioria de caráter crônico-degenerativo, para os quais todo o arsenal terapêutico é impotente (DO NASCIMENTO *et al.*, 2018).

Vale destacar que esses pacientes buscam a emergência por diversos motivos: ansiedade com as crises agudas; falta de direcionamento prévio na rede de atenção primária; sentimento de segurança e familiaridade com o ambiente hospitalar; e, em muitas situações, dificuldade de acesso à

atenção básica, especialmente em casos urgentes ou horários em que esses serviços não funcionam (MORAES *et. al.*, 2022).

As UPA's são unidades pré-hospitalares fixas de atenção à saúde, destinadas a ocupar um local intermediário de serviços na rede de atenção a saúde, entre a atenção primária e a hospitalar, possuem papel fundamental no atendimento as situações de agravos a saúde, principalmente quando a pessoa está em cuidado paliativo, em estágio avançado da doença, quando existe a possibilidade de dor e outras complicações (BRASIL, 2019).

As UPA's funcionam 24 horas por dia, sete dias por semana, e contam com uma estrutura física simples, que inclui radiografia, eletrocardiografia, laboratório para exames clínicos e leitos de observação. Devem aceitar todos os casos, mas estão equipadas para lidar com condições de baixa e média complexidade e são especialmente projetadas para fornecer: I - Atendimento qualificado e resolutivo para condições clínicas agudas ou crônicas; II - Primeiros socorros em casos cirúrgicos e traumas; III - Consultas médicas para casos de menor gravidade (KONDER, O'DWYER 2016).

As UPA's foram criadas para atuar como porta de entrada aos serviços de urgência e emergência; e dependendo do caso atendido, eles poderiam ser solucionados no local, estabilizados e/ou encaminhados para os hospitais ou redirecionados às Unidade Básica de Saúde (UBS). Conforme as suas atribuições, as UPA's devem funcionar 24 horas por dia, realizar a classificação de risco dos pacientes, resolver os casos de baixa e média complexidade, estabilizar os casos de pacientes graves e possuir estrutura física, recursos humanos e tecnológico suficientes para o atendimento da população de sua área de abrangência (SILVA *et al.*, 2019).

Em somatória a atuação da rede de atenção à saúde, há vários instrumentos de medidas e classificação do cuidado. Neste estudo em especial, chamamos a atenção para as escalas de medida de aspectos dos cuidados paliativos. Enfatiza-se o uso da PPS que é uma ferramenta para avaliar o estado funcional e diagnosticar condições fora da perspectiva de cura, facilitando a suspensão de terapias desnecessárias e por vezes prejudiciais. A estimativa acurada do prognóstico auxilia o planejamento da conduta, e estabelece o momento apropriado de privilegiar o cuidado paliativo em detrimento do curativo, bem como identifica quando a abordagem paliativa

torna exclusiva (VICTORIA HOSPICE SOCIETY, 2018; MACIEL, TAVARES, 2019; CASTOR, 2020; CASTILHO *et al.*, 2021; SANTOS, 2023). Quando associamos a característica dos atendimentos realizados nas UPA's, a falta de programas direcionados ao cuidado paliativo, a possibilidade do desconhecimento da população em estar em cuidado paliativo e a necessidade de desenvolvimento da rede de atenção a saúde direcionado ao cuidado paliativo, o objetivo deste estudo é caracterizar os pacientes que acessam os atendimentos nas UPA's por meio da PPS

MATERIAIS E MÉTODO:

Trata-se de uma pesquisa quantitativa, exploratória e transversal, realizada em duas unidades de pronto atendimento de urgência e emergência em uma cidade do Sul do país, contendo aproximadamente 600 mil habitantes que possui a rede de atenção à saúde funcionante. As UPA's são a principal porta de entrada na atenção às urgências e emergências, acolhendo os casos agudos e crônicos agudizados.

A coleta de dados foi realizada no período de 01/08/2022 a 14/08/2022, em horários aleatórios no período matutino, vespertino e noturno, totalizando 84 horas, sendo 42 horas em cada serviço e coletados pelo pesquisador. A média de atendimento dia nesses serviços é de 450 a 600 usuários dias. Foi utilizado um instrumento para caracterizar o perfil sociodemográfico dos usuários do serviço e a PPS para identificar os que tinham critérios para os cuidados paliativos.

A PPS foi desenvolvida por Anderson *et al.*, (1996), no Canadá e traduzida para língua portuguesa por Castor (2020). Foi apresentada como um novo instrumento de medida do estado funcional, para doentes em cuidados paliativos. Trata-se de uma modificação da escala de performance de Karnofsky que avalia cinco dimensões funcionais: a capacidade de deambular, o nível de atividade e evidência exterior de doença, o autocuidado, a ingestão oral e o estado de consciência. A escala deve ser preenchida da esquerda para a direita no sentido de se encontrar a linha horizontal que melhor descreva a situação do doente.

A escala PPS é estratificada por 11 níveis de valores que varia de 0%, que indica morte ao PPS de 100% que indica paciente saudável. Segundo Castor (2020), os pacientes podem ser classificados da seguinte maneira: indivíduo apto para as atividades normais e o trabalho, dispensando qualquer cuidado em especial recebem entre 80 a 100 pontos; indivíduo inapto para o trabalho, mas apto para viver em casa e cuidar de suas necessidades, exigindo assistência e suporte necessários bastante variáveis entre 50 a 70 pontos; e indivíduo inapto para cuidar de si mesmo, requerendo cuidados hospitalares ou especializados, com a doença progredindo rapidamente entre 0 a 40 pontos.

Os pacientes foram classificados na sua admissão nas UPA's, por meio de entrevista após o preenchimento do termo de consentimento livre e esclarecido.

Foi considerado apto a participar desta pesquisa, paciente adulto com idade acima de 18 anos que estavam em atendimento ou em observação nos dois lugares selecionados. Vale destacar que não houve critério de exclusão estabelecido, visto que somente haverá confirmação se o paciente tem indicação de cuidados paliativos após a aplicação da escala.

A análise descritiva dos dados foi realizada apresentando média, mediana e desvio padrão. Foi realizado o teste de Shapiro Wilk ($p > 0,05$) para avaliar a normalidade dos dados. Para avaliar a diferença dos locais de atendimento em função do score do questionário PPS, foi realizado o teste T de *Student*.

Para avaliar possíveis associações entre os locais de atendimento e sexo, faixa de idade, local de residência, sintomas e diagnósticos foi realizado o teste qui quadrado de independência. Em relação as associações significativas, foi apresentado o V de Cramer (v) para medir o grau dessa associação. O nível de significância foi estabelecido em 0,05 e o intervalo de confiança em 95%. Os dados foram coletados no software Microsoft Excel e exportada para o *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) na versão 20.0.

A pesquisa foi apreciada pelo Comitê de Ética em Pesquisa, obtendo aprovação com Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) nº 53365021.6.0000.5231 e número do parecer nº 5.293.066. Todos os

participantes consentiram a participação por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

RESULTADOS:

Foram entrevistados 329 usuários de dois serviços, sendo 153 da UPA A e 176 usuários da UPA B que deram entrada nos respectivos serviços em procura de atendimento. As duas UPA's estão à disposição da população e prestam atendimentos com as mesmas características nas 24h.

Segue na tabela 1 a caracterização sociodemográfica dos participantes da pesquisa.

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica dos pacientes atendidos nas duas UPA's. Brasil, Paraná, 2023

Caracterização		UPA A		UPA B		Valor de <i>p</i>
		N=153	%	N=176	%	
Sexo	Masculino	72	47,05	81	46,02	0,415
	Feminino	81	52,95	93	52,84	
	Outro	0	0,00	2	1,30	
Idade	De 0 a 15 anos	0	0,00	2	1,13	0,764
	16 a 30 anos	41	26,79	41	23,29	
	31 a 45 anos	27	17,64	35	19,88	
	46 a 60 anos	30	19,60	29	16,47	
	61 a 75 anos	32	20,91	39	22,15	
	76 a 90 anos	21	13,72	26	14,77	
	Acima de 91 anos	2	1,30	4	2,27	
Estado civil	Solteiro(a)	70	45,75	77	43,70	0,77
	Casado(a)	59	38,56	66	37,50	
	Viúvo(a)	22	14,37	28	15,90	
	Outro	2	1,30	5	2,84	
Cor	Branco	80	52,28	93	52,84	0,992
	Negro	63	41,17	72	40,90	
	Pardo	10	6,53	11	6,25	
	Outro	0	0,00	0	0,00	
Religião	Católico	93	60,78	108	61,36	0,945
	Evangélico	54	35,29	60	34,09	
	Espirita	6	3,92	8	4,54	
	Outro	0	0,00	0	0,00	
Escolaridade	Analfabeto	0	0,00	0	0,00	0,914
	Primário	2	1,30	5	2,84	

	1º grau do ensino médio	2	1,30	5	2,84	
	1º grau completo	15	9,80	18	10,22	
	2º grau completo	66	43,13	74	42,04	
	2º grau incompleto	59	38,56	63	35,79	
	Superior completo	8	5,22	10	5,68	
	Superior incompleto	1	0,65	1	0,56	
	Outro	0	0,00	0	0,00	
Residência na cidade do estudo	Urbano	127	83,00	145	82,38	0,882
	Rural	26	16,99	31	17,62	
Residência em outra cidade	Na cidade	135	88,23	148	84,09	0,99
	Outra cidade	18	11,76	23	13,06	
	Urbano	127	83	145	82,38	
	Rural	26	16,99	31	17,61	
Renda	Menos de 1 salário mínimo	2	1,30	3	1,70	0,688
	Salário mínimo	48	31,37	51	28,97	
	2 a 5 salários mínimos	102	66,66	122	69,31	
	6 a 10 salários mínimos	1	0,65	0	0,00	
	Acima de 11 salários mínimos	0	0,00	0	0,00	

Tabela 1 Teste qui quadrado de independência. V de cramer (v). Nível de significância de 0,05.

Com relação ao sexo dos entrevistados, o feminino foi predominante com 52,94% e 52,84% na UPA A e B respectivamente. A faixa etária predominante para os atendimentos tanto na UPA A como na B foi de adultos menores de 60 anos, sendo com 64% na UPA A e 60,8% na UPA B, seguida da faixa etária entre 61 e 75 anos com 20,91% e 22,15% respectivamente. Portanto, se somarmos o percentual de atendimentos de usuários acima de 61 anos, temos 35,93% na UPA A e 39,19% na UPA B.

Com relação ao estado civil, os solteiros buscaram por mais atendimento, correspondendo a 45,75% na UPA A e 43,75% na UPA B, seguido dos casados. A predominância da procedência dos atendimentos foi da própria cidade em estudo com 88,23% e 84,09% na UPA A e B, respectivamente, também com predominância de moradores da área urbana com 83 e 82,3%.

Tanto na UPA A como na B foram atendidas na maioria pessoas que se autodefinem como cor branca. (52,28 e 52,84%). A religião predominante nas duas UPAS foram de pessoas católicas com 60,78% e 61,36% e em menor quantidade de pessoas espíritas com 3,92 e 4,54% respectivamente nas UPA's.

Quanto ao nível de instrução dos atendidos, foi hegemônico as pessoas estarem com a formação no segundo grau de maneira completa e incompleta. Não tiveram pessoas consideradas analfabetas e não atingiu a 1% as pessoas com nível superior incompleto.

Foi prevalente na duas UPA's os usuários com renda salarial de dois a cinco salários mínimos (66,66% e 69,31%) e 1,30% e 1,70% das pessoas atendidas na UPA A e B, respectivamente com menos de um salário mínimo.

Não houve associações significativas entre os valores observados (n) e os diferentes locais de atendimento. Segue na tabela dois a relação dos diagnósticos encontrados e o tempo do mesmo.

Tabela 02 – Relação dos diagnósticos e o tempo do diagnóstico na chegada do paciente nas UPA's. Brasil, Paraná, 2023

		UPA A		UPA B		
		N=153	%	N=176	%	
Status	Elegíveis	36	23,54	40	22,72	0,863
	Não Elegíveis	117	76,46	136	77,27	
Diagnóstico principal	Câncer	6	3,92	9	5,11	0,051
	Mal de Alzheimer	5	3,26	5	2,84	
	AIDS	7	4,57	11	6,25	
	Doença de Parkinson	9	5,88	11	6,25	
	Doença Renal	8	5,22	9	5,11	
	Doença cardíaca	17	11,11	14	7,95	
	Doença Pulmonar	13	8,49	41	23,29	
	Esclerose Múltipla	9	5,88	9	5,11	
	Diabetes	13	8,49	15	8,52	
	Doenças Gastrointestinal	25	16,33	20	11,36	
	Acidente Vascular Encefálico	11	7,18	8	4,54	
	Fraturas	15	9,80	18	10,22	
	Ansiedade	10	6,53	5	2,84	
	Doenças Psiquiátrica	5	3,26	1	0,56	
	Tempo de	Dias	32	20,91	76	

diagnóstico	Meses	20	13,07	61	34,65	(v=0,44)
	Anos	101	66,01	39	22,15	

Houve diversidade nos diagnósticos obtidos assim como as características prevalentes. Na UPA A houve maior número de pessoas com doenças gastrointestinais (16,33%), seguida de doenças cardíacas com (11,11%) e na UPA B doenças pulmonares com (23,29%), a seguir, as doenças gastrointestinais com (11,36%). Em terceira colocação nas duas UPA's encontram-se as fraturas com (9,80%) e (10,22%) nas UPA's A e B, respectivamente. Também se percebe a alta frequência de diagnósticos elegíveis para o cuidado paliativo nas duas UPA's.

Com relação ao tempo de acesso ao diagnóstico ou confirmação diagnóstica, na UPA A, a maioria das pessoas já o tinha há anos (66,01%) e na UPA B o diagnóstico ocorreu a situação colocada como dias atrás (43,18%) seguido de meses (34,65%), o que remete pensar em situações crônicas para a UPA A e agudas para a UPA B. Houve associação significativa entre o tempo de diagnóstico e os locais de atendimento indicando uma associação média ($p < 0,05$; $v=0,44$).

Segue na tabela 3 a distribuição dos sintomas que levaram os participantes da pesquisa a procurarem os serviços das UPA's.

Tabela 03 – Caracterização dos sinais e sintomas apresentados pelos pacientes ao buscarem atendimento nas UPA's. Brasil, Paraná, 2023

	UPA A		UPA B	
	Nº	%	Nº	%
Dor	81	52,94	98	55,68
Falta de ar	22	14,37	87	49,43
Falta de apetite	21	13,72	26	14,77
Fraqueza	25	16,33	28	15,90
Febre	41	26,79	65	36,93
Falta de sono	13	8,49	15	8,52
Dificuldade para andar	18	11,76	11	6,25
Outros	28	18,30	31	17,61

Com relação aos sintomas que levaram os usuários a procurarem os serviços médicos na UPA A e B foi predominante a presença da dor em (52,94%) e (55,68%) respectivamente, seguida da presença e febre em (26,79%) dos atendidos na UPA A, e (36,93%) dos atendidos na UPA B. Lembrando que uma pessoa pode ter apresentado mais de um sintoma na sua

chegada na UPA's. Ressaltamos que na UPA B houve a procura de (49,43%) de pessoas apresentando falta de ar.

Quando perguntado sobre os tratamentos realizados anteriormente era (1,96%) e (1,70%) dos entrevistados da UPA A e da UPA B responderam que haviam feito quimioterapia, ninguém fez radioterapia. No entanto, a maioria dos tratamentos realizados nas duas UPA's se enquadraram-se na categoria outros que configuram as administrações de medicamentos, realização de cirurgias ou tratamento ambulatoriais realizados (98,03%).

Com relação à frequência de internações prévias no último ano, os usuários atendidos tanto na UPA A como na UPA B houve na sua maioria uma (36,60% e 31,81%) ou nenhuma (30,71 e 32,95) internação desde o diagnóstico da doença. E nas duas UPA's os usuários tiveram em segundo lugar o número de internações desde o diagnóstico (18,95% e 19,88%), seguido de três vezes.

Segue na tabela 4 a distribuição dos entrevistados em relação aos resultados obtidos no PPS.

Tabela 04 – Resultado da escala PPS aplicada nos pacientes atendidos nas UPA's. Brasil, Paraná, 2023

Resultado PPS	UPA A		UPA B	
	Nº	%	Nº	%
100 – 60	117	76,45	138	77,06
50 – 40	22	14,37	24	13,62
30 – 00	14	9,14	16	6,81
TOTAL	153	100	176	100

As duas UPA's também tiveram comportamento bem semelhantes com relação aos usuários que foram classificados com a escala PPS. Ambas tiveram na sua maioria resultados de 60 a 100 pontos na escala, (76,45% e 77,06%) que corresponde a cuidados paliativos precoce, de 30 a 40, (14,37%) na UPA A e (13,62%) na UPA B em cuidados paliativos complementares e entre 0 a 30 e por fim, (9,14%) na UPA A e (9,08%) na UPA B correspondem a cuidados paliativos predominantes. Nos critérios de avaliação do PPS, identificou-se que o fator que levou a pontuação do PPS para valores menores na UPA foi o quesito deambulação e na UPA B foi a atividade e evidência da doença que é quando há a exacerbação dos sintomas

e agravamento do caso em outras palavras piora do quadro clínico do usuário e o autocuidado onde o paciente não consegue cuidar de si mesmo precisando de ajuda para realizar as atividades mais simples como pentear o cabelo, se alimentar sozinho ou até mesmo o banho.

A média e desvio padrão de atendimento na UPA A foi de 79,9 \pm 24,7, mediana de 90 e na UPA B de 81,4 \pm 24,8 e mediana de 90. O valor do *Teste T de Student*, nível de significância foi estabelecido em 0,05 e não houve diferença significativa ($p > 0,05$).

DISCUSSÃO:

As duas UPA's possuem semelhança nas características dos usuários que procuram buscam pelos atendimentos. No total foram atendidos 329 usuários sendo a faixa etária com maior incidência entre 16 a 30 anos, sexo feminino, solteiros, moradores da área urbana, cor branca, católicos, com nível de escolaridade de 2º grau completo, renda familiar de 2 a 5 salários mínimos.

Esses dados se aproximam de outros estudos que apresentam proporção semelhante de sexo prevalência de pacientes do sexo feminino, idade, localidade e renda familiar, sendo observados em outras UPA's (GUEDES *et. al.*, 2014;). Esses dados condizem com os dados do censo do IBGE (2010) na cidade em estudo, onde 70,40% da população é da cor branca, com maior faixa etária dos 20 aos 39 anos com 32,97%, do sexo feminino 56,64%, com renda familiar de 2 a 5 salários mínimos 30,50%, e com o grau de instrução de 2º grau completo com 29,16%.

A cidade do estudo possui duas UPA's em funcionamento ativo. A UPA A localizada na região Centro-Oeste da cidade, criada em 29 de setembro de 2015 e a UPA B criada em 6 de junho 2013, localizada na região leste da cidade. Ambas prestam assistência ininterrupta e são a principal porta de entrada no atendimento às urgências e emergências, acolhendo os casos agudos e crônicos agudizados, sendo resolutivo na maioria das vezes.

As UPA's fazem parte da Política Nacional de Urgência e Emergência (PNUE) que foi lançada pelo Ministério da Saúde (MS) em 2003, por meio da portaria nº1.864 e participa enquanto estrutura e organização da

rede de urgência e emergência no Brasil com o intuito de integrar a rede de atenção à saúde.

As UPA's são responsáveis por concentrar os atendimentos de saúde de complexidade intermediária, compondo uma rede organizada em conjunto com a atenção básica e a atenção hospitalar, funcionam 24 horas por dia, todos os dias da semana (BRASIL, 2013). Essas unidades de serviço 24h contam com o suporte diagnóstico laboratorial e de radiologia. Nos casos que ultrapassam a capacidade de resolutividade, devido à complexidade, quando há necessidade de determinados procedimentos, cirurgia e/ou hospitalização dos nossos serviços, casos cirúrgicos ou com necessidade de outros procedimentos, ocorre encaminhamento via regulação de urgência.

Vale ressaltar que nas UPA's ainda, não existe um protocolo para cuidados paliativos, mesmo sendo porta de entrada para a rede de atenção a saúde em situações de urgência e emergência, porém, atende às diferentes condições clínicas, cirúrgicas, traumatológicas, saúde mental e etc. É composta por diferentes pontos de atenção, de forma a dar conta das diversas ações necessárias ao atendimento às situações de urgência. Desse modo, é necessário que os seus componentes atuem de forma integrada, articulada e sinérgica. Além disso, de forma transversal a todos os componentes, devem estar presentes o acolhimento, a qualificação profissional, a informação e a regulação de acesso (MORAES *et. al.*, 2022).

Em soma a cidade em estudo a secretária de saúde dispõe de alguns programas e atendimentos para cuidados paliativos e doenças crônico-degenerativas como: Profilaxia Pré-exposição (PrEP), Ambulatório de Tuberculose, Centro de Testagem e Aconselhamento – CTA, Ambulatório de IST/HIV/Aids, Programa Municipal de Controle de IST/HIV/Aids/Hepatites Virais/Tuberculose, Serviço de Atenção Domiciliar – SAD, Doenças e Agravos não Transmissíveis e tramita também uma lei específica para cuidados paliativos OFÍCIO Nº 440/2022-GAB, DE 10 DE JUNHO DE 2022.

Desta maneira, a atenção primária a saúde estão preparadas para oferecerem alguns programas como acesso a ações de promoção, prevenção e tratamento relacionada a saúde da mulher, da criança, saúde mental, planejamento familiar, prevenção a câncer, pré-natal e cuidado de doenças crônicas como diabetes e hipertensão; realizar curativos, inalações,

vacinas, coleta de exames laboratoriais, tratamento odontológico, dispensação de medicação básica, e encaminhamentos aos especialistas, porém em situações com tempo hábil e seguro para atendimento.

As UBS é a porta de entrada preferencial do SUS. O objetivo desses postos é atender até 80% dos problemas de saúde da população, sem que haja a necessidade de encaminhamento para outros serviços, como emergências e hospitais (BRASIL, 2020). Neste estudo chama atenção que a maior parte da procura das UPA's foi por dor, falta de ar e febre, situações emergenciais que realmente precisam de atendimento nas UPA's.

São elegíveis para cuidados paliativos todas as pessoas acometidas por uma doença que ameace a vida, seja aguda, seja crônica, em qualquer idade. A necessidade de cuidados paliativos está presente em todos os níveis de atenção à saúde: primário, secundário e terciário, com serviços especializados. Podem ser prestados por todos os profissionais de saúde formados e qualificados por meio de treinamento apropriado de duas formas: como cuidados paliativos gerais, fornecido por profissionais de Atenção Primária e por profissionais que tratam doenças potencialmente fatais com um bom conhecimento básico de cuidados paliativos; ou ainda como cuidados paliativos especializados, prestados por equipes especialistas nesse tipo de cuidado (GAMONDI, 2020).

Neste aspecto, vale lembrar que no Brasil, ainda não existe uma legislação específica que se refira aos cuidados paliativos, contudo existem normas éticas e jurídicas do Conselho Federal de Medicina que orientam o entendimento desta matéria, bem como um documento do MS que fundamenta esta prática (LUZ; BASTOS, 2019). Cita-se a Resolução nº 41 de 2018, que dispõe sobre as diretrizes para a organização dos cuidados paliativos no SUS, no qual tal cuidado deve fazer parte das assistências continuadas integradas oferecidas pela Rede de Atenção à Saúde (RAS) (ZOCOLI *et al.*, 2019).

Na UPA A, os principais sintomas foram dor, febre e outros (diarreia, fraturas, dor de cabeça), foi observado também que os usuários da UPA B são mais agudos e os da UPA A são crônicos. Vale ressaltar que na UPA B às três principais queixas foram dor, falta de ar e febre, quando se iniciou o estudo fazia apenas 45 dias que a UPA havia deixado de atender

exclusivamente os para sintomas respiratórios e os usuários ainda procuravam mais este serviço pelos sintomas respiratórios, seguida de alterações do quadro de saúde pelo diabetes.

O principal diagnóstico observado nos pacientes com necessidade de cuidados paliativos no presente estudo não se relacionou ao câncer. Doenças relacionadas ao sistema nervoso como Acidente Vascular Encefálico (AVE) e demências foram os principais, seguido de gastroenterocolite aguda, fraturas, e doenças osteomuscular, apareceram mais expressivamente visto que a cidade possui um hospital de referência para câncer. Enfatiza-se que os casos de fraturas são decorrentes de situações agudas que realmente precisavam do atendimento nas UPA's.

Houve vários diagnósticos de doenças crônicas que possuem tempo de progressão lento quanto diagnosticadas precocemente, porém que requerem acompanhamento e tratamento no decorrer deste tempo para evitar ou minimizar as sequelas e recorrências de internação.

Tavares, reforça que o desenvolvimento das doenças crônicas geralmente é lento, com períodos de remissão e exacerbação, sendo que, na maioria das vezes, a cura é inexistente. A descoberta de uma DCNT implica mudanças no estilo de vida, sendo necessário desenvolver habilidades de adaptação para um viver saudável (TAVARES, 2019).

Os diagnósticos dos usuários tanto na UPA A como na UPA B estão relacionadas às doenças crônicas, de origem cardiovascular, pulmonar e neurológica, envolvendo pessoas com sequelas do AVE, para ou tetraplégico, encefalopatia crônica não evolutiva e politraumas. A exceção foram as gastroenterites que podem ser de origem aguda e as fraturas, porém neste estudo não foram associadas a outras variáveis que mesmo assim, pode ser incluída nos cuidados paliativos, como o caso da osteoporose.

Os cuidados paliativos atuam nas necessidades do paciente e de sua família, comprometendo-se a avaliar e tratar os sintomas físicos de desconforto, como dor, fadiga, cansaço, falta de ar e outros que possam causar sofrimento e piora da qualidade de vida. Ao mesmo tempo, em que trata os sintomas da dimensão física, orienta-se no sentido de avaliar e cuidar das necessidades emocionais, sociais, familiares e espirituais do paciente e de sua família, respeitando seus valores e crenças (SANTANA, 2022).

A UPA A teve um tempo em diagnóstico em anos maior do que a UPA B e pode estar relacionado ao seu tempo de funcionamento maior.

Os tratamentos curativos e paliativos são complementares entre si, pois com um melhor controle de sintomas o paciente e sua família podem passar pelo tempo de tratamentos curativos de maneira mais efetiva, mesmo que estes tratamentos sejam mais agressivos. O que ocorre, em geral, é que à medida que a doença apresenta progressão, percebe-se uma maior necessidade dos cuidados paliativos; sendo possível que, em algum momento da evolução da doença de base, a prioridade de cuidados visa o conforto e qualidade de vida exclusivamente.

Na UPA o paciente é estabilizado pelo clínico geral, que tem à disposição todo o equipamento de urgência. O paciente pode até ficar em observação um prazo menor do que 24 horas. Dependendo do estado de saúde, ele é encaminhado a uma unidade de internação – um hospital – ou volta para a UBS onde continuará sendo assistido com isso as UPA's acabam se tornando uma das principais porta de entrada para rede de saúde, isso acontece porque as UBS, não tem o número suficiente de médicos para o atendimento da demanda, os usuários tendem a buscar as UPA's porque há uma garantia de que seus exames serão realizados no mesmo dia, diferente do que ocorre na atenção básica; além dos pacientes buscarem a UPA por não terem informações completas se a UBS será capaz de solucionar sua demanda, eles também costumam desconhecer se há alguma UBS próxima a eles (HERNANDEZ, 2018).

Com a implantação das UPA's a assistência foi ampliada aos casos de urgência e emergência, e mantida a integração com a rede de assistência à saúde, com apoio de serviço social e demais áreas multiprofissionais. A ortopedia de urgência nas UPA's A e B, atendem no próprio serviço todo o trauma fechado, com acompanhamento até a alta.

Como peculiaridades a UPA B apesar de ser considerada mais nova em sua criação, os diagnósticos foram obtidos em datas mais longínquas em relação à UPA A que tem um tempo de implantação maior e os diagnósticos foram mais recentes.

Mesmo a UPA B não sendo mais referência para sintomas respiratórios a procura ainda era são para pessoas sintomáticas. Os usuários

apresentavam mais que um sintoma. Os usuários da UPA A possuem situações de falta de saúde que são crônicas visto que a maioria tem o diagnóstico há mais de um ano.

Estes dados nos remetem a pensar que existe a necessidade da integração crescente da rede de atenção à saúde, com a criação de programas de atendimento específicos como acontece com a DST/Aids e Tuberculose no município em estudo, para proporcionar uma maior qualidade de vida ao usuário, reduzindo sua frequência de ida até a UPA por serem melhores assistidos. Desta forma, evitaria que os usuários do SUS que poderiam ser atendidos na atenção básica do município, chegassem na rede de média e alta complexidade de assistência, muitas vezes tornando os atendimentos mais demorado e com menos qualidade, dificultando o acesso da população aos serviços de saúde (SILVA *et al.*, 2020)

Os usuários atendidos nas duas UPA's tinham um tempo de diagnóstico da doença há anos na UPA A e em dias e meses na UPA B. Porém, tanto a UPA A como na UPA B houve em sua maioria uma ou nenhuma internação desde o diagnóstico da doença. Infere-se que este fato ocorra pelo fato das UBS que acolherem os pacientes e fazerem os atendimentos com acompanhamento adequado.

O número de atendimentos foi muito semelhante nas duas UPAS. Em ambas a maioria foi de usuários com *score* da escala PPS 100%, porém a UPA Centro Oeste tem maior número de usuários elegíveis a cuidado paliativo 23,52% em relação aos 22,72% da UPA Sabará. As duas UPA's têm elegibilidade semelhante para o cuidado paliativo.

Nos cuidados paliativos, o diagnóstico e prognóstico para a terminalidade são fundamentais para a vigilância da curva da doença e para as tomadas de decisões. A escala de *Performance Paliative Score*, derivada da *Karnofsky Performance Status Scale*, mostrou-se aplicável a pacientes terminais por outras razões, além do câncer, podendo ser usada tanto em pacientes internados como em atendimentos ambulatoriais e domiciliares (CLARA *et al.*, 2020).

A elaboração prognóstica da escala PPS permite oferecer uma informação honesta ao paciente e seus familiares, para poderem projetar os cuidados de final de vida, oferecendo a oportunidade de reorganizar e priorizar

as suas questões de origem emocional, espiritual, financeira e social, e de expressar suas vontades (AFONSO, 2022).

Ela tem sido usada na tomada de decisões com valor prognóstico. O instrumento PPS avalia a funcionalidade da pessoa a partir dos seguintes itens (representados nas colunas): deambulação, atividade, evidência de doença, autocuidado, ingestão e nível de consciência (SOUZA, 2020).

Quanto ao desempenho funcional dos pacientes, a maioria foi capaz de satisfazer suas necessidades. Cerca de metade não era capaz de trabalhar, porém, estava apto a viver em casa e cuidar de suas necessidades, exigindo assistência e suporte viáveis. Uma parcela menor permaneceu inapta a cuidar de si mesmo requerendo cuidados hospitalares.

As pessoas atendidas neste estudo tiveram percentuais de 35,9% e 39,2% de pessoas acima de 60 anos de idade. Vale lembrar que o risco de um indivíduo desenvolver uma incapacidade funcional se torna maior, no decorrer da idade, uma vez que pode se tratar de uma condição decorrente do processo de envelhecimento individual e das complicações por comorbidades como, por exemplo nos casos de hipertensão arterial e diabetes mellitus.

A capacidade funcional é definida como a habilidade de um indivíduo realizar tarefas básicas para a sobrevivência de maneira independente, sendo capaz de manter sua saúde física e mental em harmonia e pleno funcionamento. A incapacidade funcional se caracteriza como o oposto, interferindo no bem-estar do indivíduo e gerando impedimento na realização de tarefas simples como cozinhar, realizar sua higiene pessoal, gerenciar os medicamentos em uso, entre outras, o que acaba modificando sua autossuficiência e o tornando dependente de terceiros (GAVASSO 2021).

Estas informações são pertinentes, haja vista que, infere que a pessoa que tem um diagnóstico que trata de uma doença crônica com uma evolução lenta, se beneficiará várias vezes do serviço de atendimento das UPA's como atendimento inicial em situações emergentes.

Assim, com o objetivo principal de reordenar a atenção à saúde em situações de urgência e emergência de forma coordenada pela atenção básica, é necessário muito mais do que a ampliação da rede de serviço: é

necessário, de forma qualificada e resolutiva, o desenvolvimento de ações de promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos, de diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos nas UBS.

A limitação deste estudo foi a falta de associação das idades com os tipos de sintomas apresentados na admissão dos pacientes.

CONCLUSÃO:

Com este estudo conclui-se que as UPA's apresentam a caracterização de usuários semelhantes em relação a sexo, idade e doenças crônicas. Os dois locais tiveram a dor como principal sintoma de busca por ajuda. Também nos dois locais houve indicação de cuidados paliativos, a UPA A possui usuários com doenças cardíacas enquanto a UPA B usuários com doenças pulmonares com diagnósticos mais agudos, mas no geral não possuem diferenças tão acentuadas. Ambas tiveram usuários com resultados elegíveis pelo PPS abaixo de 50 para os cuidados paliativos com 23,51%, e 22,7% nas UPA's A e B respectivamente e atingiram 100 pontos na escala, 41,83% e 46,02% dos usuários respectivamente. Recomendamos novas pesquisas desta característica para maior contribuição com a rede de atenção as saúdes, visando a melhor estruturação e programas de acolhimento para as pessoas elegíveis aos dos cuidados paliativos.

Referências bibliográficas:

AFONSO, N.; COSTA, L. M. DA; PIRES, A. J. Perfil do paciente oncológico em cuidado paliativo em hospital de Criciúma/SC. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v. 51, n. 01, p. 51–62, 16 dez. 2022.

CASTÔR, Karoline Sampaio et al. Cuidados paliativos: perfil com olhar biopsicossocial dentre pacientes oncológicos. **BrJP**, v. 2, p. 49-54, 2019.

CLARA, M. G. S. et al. Escala Palliative Care Screening Tool como instrumento para indicação de cuidados paliativos em idosos. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 22, p. e190143, 3 fev. 2020.

DA SILVA, S. C. V. **Perfil dos pacientes em cuidados paliativos internados em enfermaria de geriatria**. 2016. 53 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização) – Hospital do servidor público municipal, São Paulo, 2016.

DARIVA, M. Perfil da demanda de atendimentos realizados pela Unidade de Pronto Atendimento (UPA) de Tramandaí/RS. **Ufrgs.br**, 2019.

GUIMARÃES MATOLA DE MORAES, M. et al. Descaracterização de atendimentos nas UPA: revisão integrativa. **Revista Neurociências**, v. 30, p. 1–18, 19 out. 2022.

GUEDES, H. et al. Classificação de risco: retrato de população atendida num serviço de urgência brasileiro. **Revista de Enfermagem Referência**, v. IV Série, n. Nº 1, p. 37–44, 15 mar. 2014.

GUEDES, M. V. C.; HENRIQUES, A. C. P. T.; LIMA, M. M. N. Acolhimento em um serviço de emergência: percepção dos usuários. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 66, n. 1, p. 31–37, fev. 2013.

HERNANDEZ, P. F. Unidade de pronto atendimento e a articulação com os níveis de atenção às urgências e emergências. **Revista Políticas Públicas e Desenvolvimento**, v. 1, n. 1, 5 jul. 2018.

MATSUMOTO DY. **Cuidados Paliativos: conceito, fundamentos e princípios**. In: **Carvalho RT, Parsons HA (Org.)**. Manual de Cuidados Paliativos ANCP - Ampliado e Atualizado. 2. ed. Academia Nacional de Cuidados Paliativos; 2020.

SANTANA, M. C. et al. Perfil de funcionalidade e qualidade de vida de pacientes oncológicos submetidos aos cuidados paliativos domiciliares no Distrito Federal. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 5, n. 2, p. 5366–5378, 28 mar. 2022.

SANTOS, L. N.; RIGO, R. S.; ALMEIDA, J. S. Palliative Care Management. **Research, Society and Development**, [S. l.], v. 12, n. 2, p. e11712240028, 2023.

2 ESTUDO 2

ESCALA *PERFORMANCE PALLIATIVE CARE*: CARACTERIZAÇÃO DOS PACIENTES ELEGÍVEIS AO CUIDADO PALIATIVO NOS TRÊS NÍVEIS DE ATENÇÃO À SAÚDE

RESUMO

Introdução: No Brasil, o movimento favorável ao cuidado paliativo vem crescendo e ganhando notoriedade, caracterizada pelo aumento da população adulta e idosa, por mudanças nos processos clínicos, acarretando aumento gradual de doenças crônicas, que por vezes ameaçam a continuidade da vida.

Objetivo: Caracterizar os pacientes admitidos nos três níveis de atenção à saúde com relação a escala *palliative care*. **Método:** Trata-se de uma pesquisa de abordagem quantitativa e transversal, realizada na admissão dos pacientes que procuram atendimentos na UPA, no pronto socorro de um hospital secundário e no pronto socorro de um hospital terciário e universitário.

Resultados: Foram entrevistados 329 pacientes na UPA, 101 no serviço secundário maioria mulheres e adultos jovens e 72 no terciário a maioria homens e idosos. A dor foi a primeira causa de procura pelo serviço. Com relação ao tempo de acesso ao diagnóstico ou confirmação diagnóstica, na UPA as pessoas já o tinham há anos (42,55%), no serviço secundário e no serviço terciário o diagnóstico havia sido recente, 39,60% e 61,11% respectivamente. O acidente vascular cerebral, gastroenterocolite aguda, demência, fraturas foram os diagnósticos predominantes nos três serviços, seguidos principalmente de doença pulmonar na atenção primária (16,72%), doença cardíaca no serviço secundário (13,86%) e complicações da diabetes no serviço terciário (18,05%). A maioria dos entrevistados no serviço terciário, tiveram no mínimo uma internação prévia. Foram identificados pacientes com PPS de 0-50 em 23,09% atendidos nas UPA's, 17,82% no serviço secundário e 33,33% no serviço terciário. No serviço terciário foi predominante o PPS entre 51-79. **Conclusão:** Nos três serviços de atenção à saúde houve pessoas eleitas pelo PPS para o cuidado paliativo. Este fato, instiga a rede a rever os programas de atendimento às doenças crônicas aprimorando a atenção ao cuidado paliativo.

Descritores: cuidados paliativos, Performance Palliative Scale, rede de atenção à saúde

ABSTRACT

Introduction: In Brazil, the movement in favor of palliative care has been growing and gaining notoriety, characterized by the increase in the adult and elderly population, by changes in clinical processes, leading to a gradual increase in chronic diseases, which sometimes threaten the continuity of life. **Objective:** To compare the results obtained after applying the Palliative Performance Scale (PPS) among patients who will be admitted to three services in the emergency care network. **Method:** This is a quantitative and cross-sectional study, carried out on admission of patients seeking care at the UPA, at the Emergency Room of a secondary hospital and at the emergency room of a tertiary and university hospital. **Results:** A total of 329 patients were interviewed at the UPA, 101 at the secondary service, mostly women and young adults, and 72 at the tertiary service, mostly men and the elderly. Pain was the first cause of demand for the service. Regarding the time of access to the diagnosis or diagnostic confirmation, in the UPA people had had it for years (42.55%), in the secondary service and in the tertiary service the diagnosis had been recent, 39.60% and 61.11% respectively. Stroke, Acute gastroenterocolitis, dementia, fractures were the predominant diagnoses in the three services, followed mainly by lung disease in primary care (16.72%), heart disease in secondary service (13.86%) and complications of diabetes in tertiary service (18.05%). Most of those interviewed in the tertiary service had at least one previous hospitalization. Patients with PPs of 0-50 were identified in 23.09% attended at the UPAS, 17.82% at the secondary service and 33.33% at the tertiary service. In the tertiary service, PPS between 51-79 was predominant. **Conclusion:** in the three health care services there were people elected by the PPS for palliative care. This fact instigates the network to review the chronic disease care programs, improving attention to palliative care.

Descriptors: palliative care, Performance Palliative Scale, health care network

INTRODUÇÃO:

No Brasil, o movimento favorável ao cuidado paliativo vem crescendo e ganhando notoriedade devido à transição demográfica e epidemiológica, caracterizada pelo aumento da população adulta e idosa e, conseqüentemente, por mudanças nos processos clínicos, acarretando aumento gradual de doenças crônicas e complexas que afetam múltiplos órgãos, que por vezes ameaçam a continuidade da vida (GOMES *et al.*, 2017).

Assim, os cuidados paliativos levam em consideração princípios estabelecidos pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e não protocolos, que visam à promoção do alívio da dor e de outros sintomas desagradáveis, afirmação da morte como processo normal da vida, possibilitar que o paciente viva ativamente quanto possível até o momento da morte, além do influenciar positivamente o curso da doença, e oferecer um sistema de suporte, com abordagem multiprofissional, que auxilie os familiares durante a doença do paciente e no enfrentamento do luto (SANTOS *et al.*, 2023).

A Constituição Federal de 1988 definiu a saúde como um direito de todos e um dever do Estado. Para traduzir direito em prática foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS), que oferece atendimento preventivo e curativo universal por meio de uma gestão descentralizada. O SUS expandiu com sucesso o acesso aos serviços de saúde em todo o país, melhorou indicadores de saúde e reduziu as desigualdades (CASTRO *et al.*, 2019; BHALOTRA *et al.*, 2019).

A Rede de Atenção às Urgências tem como objetivo reordenar a atenção à saúde em situações de urgência e emergência de forma coordenada entre os diferentes pontos de atenção que a compõe, de forma a melhor organizar a assistência, definindo fluxos e as referências adequadas. É constituída pela promoção, prevenção e vigilância em saúde; atenção básica; Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) 192; sala de estabilização; força nacional do SUS; Unidade de Pronto Atendimento (UPA) 24h; unidades hospitalares e atenção domiciliar (BRASIL, 2010).

As UPA's foram criadas para atuar como porta de entrada aos serviços de urgência e emergência, e dependendo do caso atendido, eles poderiam ser solucionados no local, estabilizados e/ou encaminhados para os hospitais ou redirecionados às Unidade Básica de Saúde (UBS).

De acordo com as suas atribuições, as UPA's devem funcionar 24 horas por dia, realizar a classificação de risco dos pacientes, resolver os casos de baixa e média complexidade, estabilizar os casos de pacientes graves e possuir estrutura física, recursos humanos e tecnológico suficientes para o atendimento da população de sua área de abrangência (SILVA *et al.*, 2022). Também as UPA's são determinadas de complexidade de assistência intermediária entre as UBS e a rede de atendimento hospitalar (BRASIL, 2020).

Vale lembrar que a atenção secundária na rede organizada de atenção às urgências é composta pelos serviços especializados encontrados em hospitais e ambulatórios, onde envolve atendimento direcionado para áreas como: pediatria, cardiologia, neurologia, ortopedia, psiquiatria, ginecologia, dentre outros.

Os profissionais que atuam na atenção secundária são capacitados e preparados para realizar tratamentos de nível de complexidade média, como é o caso dos de doenças crônicas ou agudas.

O nível de atenção terciária à saúde fornece atendimento do nível de alta complexidade, sendo formado por hospitais de médio e grande porte, envolvendo também procedimentos que demandam tecnologia qualificada como tomografias, ressonância magnética, e com custos maiores do período de internação, como assistência a pacientes oncológicos, transplantes e partos de alto risco, centro cirúrgico além de leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) (AFONSO; COSTA; PIRES, 2022).

Os profissionais que atuam nessa categoria estão aptos para tratarem casos que não puderam ser atendidos na atenção secundária por serem mais complexos. Há ainda os casos de assistência a cirurgias reparadoras, processos de reprodução assistida, distúrbios genéticos e hereditários, entre outros tipos de cuidados.

Geralmente para chegar ao hospital, o usuário é encaminhado após ser atendido por uma UBS ou UPA, dependendo de cada caso. Tudo isso acontece devido ao processo de troca de informações entre as redes de atenção à saúde no SUS.

Considerando a intensa transição demográfica e epidemiológica que ocorre no Brasil, observa-se aumento gradativo de usuários do SUS sob a perspectiva de cuidados paliativos, destacando-se a

inerente necessidade de reorganização dos serviços de saúde para atender a essa demanda (SOUZA *et al.*, 2019).

A capacidade de alterar o curso natural das doenças faz o médico descuidar-se do impacto de seus atos sobre o bem-estar do enfermo, bem como do papel do prognóstico no seu dia a dia. A dificuldade na sua elaboração leva a busca de ferramentas capazes de orientar o desfecho natural de cada enfermidade, direcionando o tratamento médico para a cura ou para o conforto.

Uma boa ferramenta para avaliar a indicação dos cuidados paliativos, assim como o prognóstico e a funcionalidade do doente é a escala *Palliative Performance Scale* (PPS) (ANCP, 2020).

Esta escala de performance paliativa é um instrumento validado e amplamente utilizado na medicina paliativa, para acompanhar a curva evolutiva da doença, trazendo subsídios para tomada de decisão, previsão de prognóstico e definição de terminalidade (CASTOR, 2020).

Portanto, o objetivo desta pesquisa foi caracterizar os pacientes elegíveis para o cuidado paliativo, segundo a escala PPS, que procuram atendimento nos três níveis de atenção à saúde em uma cidade do sul do país.

MATERIAIS E MÉTODO:

Trata-se de uma pesquisa exploratória, transversal com abordagem quantitativa e realizada nos três níveis de atenção à saúde:

- Duas UPA's em uma cidade no sul do país, denominadas de UPA A e UPA B, cuja coleta de dados foi no período de 01/08/2022 a 14/08/2022. Estes serviços prestam assistência ininterrupta e são a principal porta de entrada no atendimento às urgências e emergências, acolhendo os casos agudos e crônicos agudizados da cidade, e os atendimentos foram somados, tornando-se um serviço da rede;

- No pronto socorro de um hospital de nível de atenção secundário que se localiza na Zona Sul da cidade, com coleta de dados no período de 15/08/2022 a 21/08/2022;

- No pronto socorro de um hospital de nível de atenção terciário, situado na zona leste da cidade, com coleta de dados no período de

22/08/2022 a 28/08/2022. Este hospital atende pacientes de cerca de 250 municípios do Paraná e de mais de 100 cidades de outros estados, de várias regiões do País, principalmente do interior do São Paulo, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul e Rondônia. Sendo referência para a 17ª Regional de Saúde. No total foram 168 horas de pesquisa sendo 6 h/dia em cada serviço.

Os três serviços estudados sendo, as duas UPA's, um serviço de atenção secundária e um terciário, pertencem ao SUS da cidade. Para a coleta foi utilizado um questionário contendo informações para caracterizar o perfil sociodemográfico dos usuários do serviço e a *Performance Palliative Scale* para identificar os pacientes com critérios elegíveis para os cuidados paliativos e, aplicada pelo pesquisador principal em horários de conveniência durante uma semana em cada serviço foco do estudo.

A escala foi traduzida para língua portuguesa por Castor (2020) e usa cinco domínios correlacionados ao observador da Escala de Desempenho de Karnofsky (0-100), contemplando cinco dimensões funcionais: deambulação, atividade e evidência da doença, autocuidado, ingestão e nível de consciência.

É estratificada por 11 níveis: desde o PPS de 0%, que indica morte ao PPS de 100%, que indica paciente saudável. Desde a sua introdução em 1996, a PPS tem se tornado uma ferramenta conhecida para avaliar a mudança funcional dos pacientes de cuidados paliativos. Segundo Castor (2020), os pacientes podem ser classificados da seguinte maneira: indivíduo apto para as atividades normais e o trabalho, dispensando qualquer cuidado em especial (80 a 100 pontos); indivíduo inapto para o trabalho, mas apto para viver em casa e cuidar de suas necessidades, exigindo assistência e suporte necessários bastante variáveis (50 a 70 pontos); e indivíduo inapto para cuidar de si mesmo, requerendo cuidados hospitalares ou especializados, com a doença progredindo rapidamente (0 a 40 pontos).

A elaboração prognóstica permite oferecer uma informação honesta ao paciente e seus familiares, para que possam projetar os cuidados de final de vida, oferecendo a oportunidade de reorganizar e priorizar as suas questões de origem emocional, espiritual, financeira e social, além de expressar suas vontades.

LOCAL DO ESTUDO:

A população estudada foi constituída por pacientes que procuram os atendimentos nos três serviços no período de sete dias em cada instituição, onde foi solicitado ao mesmo a assinatura do termo de consentimento da pesquisa no ato da sua classificação na sua admissão ao serviço.

Foi considerado como critério de inclusão todos os pacientes adultos com idade acima de 18 anos que procuraram atendimento nos lugares selecionados. Não houve critérios de exclusão.

A análise dos dados foi realizada e apresentada por estatística descritiva, por meio de frequências absolutas, relativas e médias, bem como por estatística inferencial. O banco de dados foi digitado na planilha *Excel® for Windows* 2016 e as análises estatísticas foram realizadas no Programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) 20.

A pesquisa foi apreciada pelo Comitê de Ética em Pesquisa, obtendo aprovação com Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) nº 53365021.6.0000.5231 e número do parecer nº 5.293.066. Todos os participantes consentiram a participação por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

RESULTADOS:

Após uma semana de coleta dos dados em cada local de estudo, foram entrevistados 153 usuários na UPA A e 176 usuários na UPA B, que totalizou 329 atendimentos nas UPA's, 101 pessoas no serviço secundário e 72 pessoas no serviço terciário. Optou-se em somar os atendimentos nas duas UPA's para ser considerado um serviço, porque ambas estão em atendimento 24h simultaneamente, e em cada uma delas a coleta de dados ocorreu durante sete dias.

Segue na tabela 1 a caracterização dos usuários atendidos nos serviços em estudo.

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica dos pacientes atendidos nos três serviços da Rede de atenção de Urgência e Emergência. Brasil, Paraná, 2023

		UPA		Serviço secundário		Serviço terciário		p-valor
		N=329	%	N=101	%	N=72	%	
Sexo	Masculino	153	46,50	44	43,56	40	55,55	0,535
	Feminino	174	52,88	56	55,44	32	44,45	
	Outro	2	0,60	1	0,99	0	0,00	
Idade	De 0 a 15 anos	2	0,60	0	0,00	0	0,00	0,072
	16 a 30 anos	82	24,92	25	24,70	13	18,00	
	31 a 45 anos	62	18,84	25	24,75	8	11,11	
	46 a 60 anos	59	17,93	20	19,80	9	12,50	
	61 a 75 anos	71	21,58	15	14,85	27	37,50	
	76 a 90 anos	47	14,28	13	12,87	14	19,44	
	Acima de 91 anos	6	1,82	3	2,97	1	1,38	
Estado civil	Solteiro(a)	147	44,68	40	39,60	32	44,44	0,489
	Casado(a)	125	38	39	38,61	27	37,50	
	Viúvo(a)	50	15,20	17	16,83	13	18,05	
	Outro	7	2,13	5	4,95	0	0,00	
Cor	Branco	173	52,58	47	46,54	44	61,11	0,047 (v=0,098)
	Negro	135	41,03	43	42,57	28	38,88	
	Pardo	21	6,38	11	10,89	0	0,00	
	Outro	0	0,00	0	0,00	0	0,00	
Religião	Católico	201	61,09	59	58,40	51	70,83	0,384
	Evangélico	114	34,65	38	37,62	17	23,61	
	Espírita	14	4,25	4	3,96	4	5,55	
	Outro	0	0,00	0	0,00	0	0,00	
Escolaridade	Analfabeto	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0,03 (v=0,15)
	Primário	7	2,13	4	3,96	2	2,77	
	1º grau do ensino médio	7	2,18	2	1,98	3	4,16	
	1º grau completo	33	10,03	8	7,92	11	15,27	
	2º grau completo	140	42,55	34	33,66	41	56,94	
	2º grau incompleto	122	37,08	43	42,57	12	16,66	
	Superior completo	18	5,47	10	9,90	3	4,16	
	Superior incompleto	2	0,60	0	0,00	0	0,00	
	Outro	0	0,00	0	0,00	0	0,00	
Área da residência	Urbano	272	82,67	86	85,14	54	75	0,204
	Rural	57	17,33	15	14,86	18	25	
Residência em outras cidades	Área Urbana	283	86	93	92,07	46	63,88	< 0,001 (v=0,182)
	Área Rural	41	17,32	08	14,85	26	25	
	Outro	5		0		0		
Renda	Menos de 1 salário mínimo	5	1,52	2	1,98	0	0,00	0,171
	Salário mínimo	99	30,09	32	31,68	12	16,66	

2 a 5 salários mínimos	224	68,09	66	65,34	60	83,33
6 a 10 salários mínimos	1	0,30	1	0,99	0	0,00
Acima de 11 salários mínimos	0	0,00	0	0,00	0	0,00

Tabela 2 Teste qui quadrado de independência. V de cramer (v). Nível de significância de 0,05.

A faixa etária predominante para os entrevistados tanto na UPA como no serviço secundário foi principalmente entre 16 e 30 anos, 24,92% e 24,75% e no secundário com a peculiaridade de valores iguais para pessoas entre 31 e 45 anos (24,75%). No serviço terciário a maior faixa etária foi para pessoas entre 61 e 75 anos, 37,5%. Porém, a segunda maior faixa etária nas UPA's foi de pessoas entre 61 e 75 anos (21,58%). Os entrevistados acima de 61 anos representam 37,68% nas UPA's, 30,69% no serviço secundário e 58,32% no serviço terciário.

Com relação ao sexo dos entrevistados, o feminino foi predominante com 52,88% e 55,44% nas UPA's e no serviço secundário. Já no serviço terciário o sexo masculino foi prevalente com 55,55% dos entrevistados.

Com relação ao estado civil os solteiros buscaram mais por atendimento, nos três serviços, correspondendo a 44,68% na UPA, 39,60% no serviço secundário e 44,44% no serviço terciário, seguido dos casados e por fim dos viúvos.

Nos três serviços a predominância da procedência dos atendimentos foi da própria cidade em estudo com predominância de moradores da área urbana. Uma peculiaridade que chamamos a atenção é que o serviço terciário teve uma busca maior por atendimento de outras cidades (36,11%) em relação a UPA e ao serviço secundário.

A maior parte de indivíduos que moram na área Urbana foram atendidos nas UPA's (67,10%). Por ter sido uma associação significativa, isso indica, que esse quantitativo de indivíduos em zona urbana de outras cidades atendidos nas UPA's não foi aleatório de acordo com a amostra coletada. Entretanto, essa associação foi considerada fraca, ou seja, poderá haver outros fatores que influenciariam essa relação entre os locais de atendimento e locais de moradia.

Os entrevistados tinham principalmente a cor branca como declarada. Quanto a religião, o catolicismo foram encontrados

predominantemente nos três serviços, seguido da evangélica, e por fim espírita.

Quanto ao nível de instrução dos atendidos foi predominante as pessoas estarem com a formação no segundo grau de maneira completa e incompleta nos três serviços. Não tiveram pessoas consideradas analfabetas e não atingiu a 1% as pessoas com nível superior incompleto. A renda salarial dos entrevistados atendidos nos três serviços foi de dois a cinco salários-mínimos, seguido de um salário mínimo.

Segue na tabela 2, a caracterização dos sinais e sintomas apresentados pelos pacientes ao ser admitido no serviço de emergência.

Tabela 02 – Caracterização dos sinais e sintomas apresentados pelos pacientes ao buscarem um dos serviços de atendimento da Rede de atenção à saúde. Brasil, Paraná, 2023

	UPA		Serviço secundário		Serviço terciário		p-valor
	N=329	%	N=101	%	N=72	%	
Dificuldade para andar	27	8,20	05	4,95	7	9,72	
Diabetes descompensada	28	8,51	07	6,93	13	18,05	
Diarreia	45	13,67	01	0,99	00	00	
Dificuldade para urinar	01	0,30	00	00	00	00	
Dor	179	54,40	57	56,43	35	48,61	0,022 (v=0,122)
Falta de apetite	47	14,28	14	13,86	11	15,27	
Falta de ar	109	33,13	15	14,85	12	16,66	
Falta de Sono	27	8,20	8	7,92	4	5,55	
Febre	106	32,21	29	28,72	13	18,05	
Fraqueza	53	16,10	20	19,80	16	22,22	
Hipertensão	08	2,43	08	7,92	08	11,11	
Traumas	33	10,03	20	19,80	07	9,72	
Outros	60	18,23	15	14,85	23	31,94	

Tabela 3 Teste qui quadrado de independência. V de cramer (v). Nível de significância de 0,05.

Com relação aos sintomas encontrados, nos três serviços em estudo a dor foi a primeira causa nos três serviços estudados, em seguida de falta de ar (33,13%) e febre (32,21%) nas UPA's, 28,72% febre no serviço secundário e fraqueza nos serviços terciários (22,22%).

Houve uma associação significativa entre os sintomas apresentados e os locais de atendimento ($p < 0,05$), entretanto essa associação foi considerada fraca por meio do V de Cramer ($v=0,122$) (tabela 3).

Segue na tabela 03 a caracterização dos diagnósticos apresentados pelos pacientes e o tempo de acompanhamento nos três serviços de emergência em estudo.

Tabela 03 – Relação dos diagnósticos e o tempo do diagnóstico na chegada do paciente nos serviços de emergência. Brasil, Paraná, 2023

Status		UPA		Serviço secundário		Serviço terciário		p-valor		
		N=329	%	N=101	%	N=72	%			
	Elegíveis	76	23,01	18	17,82	24	33,33	0,057		
	Não Elegíveis	253	76,89	83	82,17	48	66,66			
Diagnóstico principal	Câncer	15	4,55	4	3,96	5	6,94	0,005 (v=0,183)		
	Mal de Alzheimer	10	3,03	1	0,99	7	9,72			
	AIDS	18	5,47	8	7,92	3	4,16			
	Doença de Parkinson	20	6,07	7	6,93	5	6,94			
	Doença Renal	17	5,16	5	4,95	6	8,33			
	Doença cardíaca	31	9,42	14	13,86	6	8,33			
	Doença Pulmonar	54	16,41	4	3,96	9	12,5			
	Esclerose Múltipla	18	5,47	6	5,94	3	4,16			
	Diabetes	28	8,51	7	6,93	13	18,05			
	Doenças Gastrointestinal	45	13,68	2	1,98	00	00			
	Acidente Vascular									
	Encefálico	19	5,77	11	10,89	8	11,11			
	Fratura	33	10,03	23	22,77	7	9,72			
	Ansiedade	15	4,56	03	2,97	0	0			
	Doenças Psiquiátricas	6	1,82	6	5,94	0	0			
	Tempo de diagnóstico	Dias	108	32,83	40	39,60	44		61,11	< 0,001 (v=0,167)
		Meses	81	24,62	33	32,67	16		22,22	
Anos		140	42,55	28	27,72	12	16,66			

Tabela 4 Teste qui quadrado de independência. V de Cramer (v). Nível de significância de 0,05

Com relação ao tempo de acesso ao diagnóstico ou confirmação diagnóstica, na UPA a maioria das pessoas já o tinham há anos (42,55%), no serviço secundário e no serviço terciário o diagnóstico havia sido recente 39,60% e 61,11% respectivamente.

Com relação aos diagnósticos doenças pulmonares foi predominante nas UPA's 16,41%, seguida de doenças gastrointestinal 13,68%, no serviço secundário predomínio da fratura 22,77%, seguido de doenças cardíacas 13,86%, no terciário diabetes aparece em primeiro 18,05% seguido de doença pulmonar 12,50%. Houve associação significativa entre os locais de atendimento e diagnóstico principal e tempo de diagnóstico ($p < 0,05$).

Com relação aos atendimentos relacionados ao uso de quimioterapia e radioterapia anterior a internação atual, somente 1,82% dos pacientes fizeram uso ao adentrarem nas UPA's, 1% no serviço secundário e 4,16% no nível de atenção terciário. Ninguém foi submetido a radioterapia previamente. No entanto, com relação a outros tratamentos realizados, 98,18% dos atendidos nas UPA's 99,01% dos serviços de atenção secundário e 100% no nível de atenção terciário afirmaram ter recebido algum outro tipo de intervenção cirúrgica ou medicamentosa previamente a internação atual.

Com relação a indagação se houve internação prévia no último ano, a maioria dos entrevistados que deram entrada no serviço terciário, tiveram no mínimo uma internação prévia 61,11%, 13,88% tiveram duas internações prévias, 19,44% três internações e 5,5% acima de três vezes. Quanto ao serviço de atenção secundário, 22,77% uma vez, 19,80% duas vezes, 3,96% três vezes. E nas UPA's, 34,04% uma vez, 19,45% duas vezes, 10,94% três vezes e 3,65% acima de três vezes. O processo de internação foi gradativo em número de vezes de acordo com a complexidade das UPA's para o serviço de atenção terciário.

O serviço secundário foi o que menos registrou o número de internações prévias com 48,51% dos admitidos a seguir das UPA's com 31,91%. Todos que chegaram no nível de atenção terciário foram internados previamente.

Segue na tabela 4 os resultados da escala PPS aplicada aos pacientes admitidos nos serviços de atenção da rede de urgência e emergência.

Tabela 04 – Resultado da escala PPS aplicada nos pacientes atendidos nos três níveis de atenção a saúde. Brasil, Paraná, 2023

	UPAS		SECUNDÁRIO		TERCIÁRIO	
	N=329	%	N=101	%	N=72	%
100 – 60	253	76,89	83	82,17	48	66,68
50 - 40	46	13,98	12	11,88	16	22,22
30 – 00	30	9,11	06	5,94	08	11,11
TOTAL	329	100	101	100	72	100

Comparando a escala PPS identificou-se que a maioria dos usuários dos três serviços possuem pontuação entre 60-100 pontos, 76,89% na UPA, 82,17% no secundário e 66,68% no terciário que corresponde a cuidados paliativos precoce, com pontuação entre 40 e 50 pontos tivemos 13,98% na UPA, 11,88% no secundário e 22,22% no terciário em cuidados paliativos complementares e com pontuação entre 0 a 30 tivemos 9,11% na UPA, 5,94% no secundário e 11,11% no terciário que correspondem a cuidados paliativos predominantes. Em nenhum serviço foi encontrado valores menores de 10.

Os fatores que mais contribuíram para a queda da escala PPS nos três serviços respectivamente foi UPA's deambulação, atividade e evidencia da doença e auto cuidado, no serviço secundário deambulação, e no terciário a atividade e evidencia da doença e nível de consciência.

Segue na tabela 5 a distribuição e média, de auto cuidado, já no terciário foi deambulação, evidencia da doença, auto cuidado e desvio padrão, mediana e intervalo de confiança nos três serviços em estudo.

Tabela 05 – Distribuição da média, desvio padrão, mediana, intervalo de confiança nos três serviços em estudo. Brasil, Paraná, 2023

Local	Comparação	Diferença média	p-valor	Intervalo de confiança	
				limite inferior	limite superior
Serviço secundário	Serviço terciário	11,73680*	0,006	285,221	2,062,138
	UPA	392,398	0,338	-262,866	1,047,663
Serviço terciário	UPA	-7,81282*	0,039	-1,530,743	-0,31821

Tabela 5 Comparação entre os Scores da escala PPS entre os locais de atendimento. Anova de 1 via e post hoc de Tukey. Nível de significância de 0,05.

De acordo com a Anova de 1 via e subsequente post hoc de Tukey, houve diferença significativa na escala PSS quando comparada a média do serviço secundário ($84,65 \pm 22,52$) e serviço terciário ($72,91 \pm 25,75$) ($p=0,006$). A média do serviço secundário na escala PSS foi maior que a do serviço terciário ($p < 0,05$). Houve diferenças significativas entre a média do PPS do serviço terciário ($84,65 \pm 22,5$) e UPA ($80,72 \pm 24,8$) ($p=0,039$).

DISCUSSÃO:

Deram entrada 329 pacientes na UPA, 101 na atenção secundária e 72 na terciária, em prazo de 84h em cada serviço. Os adultos jovens e sexo feminino tiveram predominância na UPA e no serviço secundário, e pessoas do sexo masculino e idosos no serviço terciário. Nos três serviços foram identificados pacientes em todos os intervalos de pontuação na escala PPS, sendo maior no serviço de atenção secundária em relação as UPA's e do terciário em relação aos outros serviços. Infere-se que este dado contribua para sugerir programas de saúde do homem que trabalhem as doenças de forma precoce.

Vale lembrar que os estados do Sul do Brasil têm maiores percentuais de indivíduos idosos na população. Atualmente, a expectativa de vida no Brasil, em 2019, foi estimada em 76,5 anos e, espera-se um aumento até próximo de 81 anos, até 2060. Já a proporção de idosos acima de 65 anos, saltará dos atuais 9,5% para até 25,5%, em 2060 (IBGE, 2010).

No Paraná há uma perspectiva crescente da proporção da população idosa no estado para as próximas décadas, o que gerará aumento da demanda de assistência a esta população. Hoje tem aproximadamente 10,3% de idosos, ultrapassará os 20% em 2040 e terá 27% em 2060 (IBGE, 2010). E, atualmente no Estado, 70% das mortes ocorrem em pessoas com mais de 60 anos, com variação entre as regionais de saúde do estado entre 75% e 64%. Esta proporção é maior que a média brasileira, em torno de 63 a 65% (MARCUCCI *et. al.*, 2017).

O fato de chamarmos atenção com a idade não se associa a terminalidade vivida no cuidado paliativo, mas sim ao tempo de exposição que

uma pessoa pode ter em relação a sua doença e as atitudes de usar terapias modificadoras da doença para uma melhor qualidade de vida.

Do total de mortes ocorridas no estado, cerca de 64% têm potencial necessidade de suporte em CP no fim de vida, ou seja, estão associadas a doenças crônicas ou comorbidades que afetam a qualidade de vida, em geral, por longos períodos, principalmente pelas doenças cardiovasculares, cerebrovasculares, oncológicas e respiratórias, que demandam cuidados contínuos e assistência frequente (WANDERLEY *et. al.*, 2019).

O aumento da importância das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT's) na mortalidade da população brasileira, associada à maior longevidade, implica em uma demanda crescente sobre o sistema de saúde. Tais condições acarretam uma perda gradativa da autonomia do paciente, requerem a necessidade de cuidados contínuos e causam um prolongado sofrimento até o óbito. Estima-se que, nos países com maior renda per capita, a mortalidade por DCNT's seja de aproximadamente 75% dos óbitos, com uma tendência de aumento nos países de média e baixa renda. A APS tem um importante papel nas políticas de saúde como meio de influenciar nas condições determinantes de doenças, bem como ampliar e coordenar o acesso aos cuidados de saúde nas diferentes fases da vida da população. (COMBINATO, 2022).

Nesta pesquisa identificou-se que os diagnósticos de todas as pessoas que deram entrada nos serviços possuíam associação com doenças crônicas. A ênfase foi das doenças pulmonares na UPA, doenças cardíacas no serviço secundário, diabetes e doenças pulmonares no serviço terciário. As fraturas que também tiveram índices altos nas UPA's e serviço secundário não foram identificados a causa e nem com a associação a idade.

Ao longo da trajetória de vida, os pacientes transitam pelos diferentes níveis de atenção à saúde. Na média complexidade, pacientes com necessidade de cuidados paliativos têm necessidade de acessar ambulatórios de especialidades, sendo necessário sensibilizar para esta abordagem os serviços ambulatoriais, como os de geriatria, pneumologia, cardiologia, neurologia, oncologia, dentre outros, bem como considerar a possibilidade de serviços ambulatoriais de referência em cuidados paliativos.

O serviço terciário em questão atende pacientes de cerca de 250 municípios do Paraná e de mais de 100 cidades de outros estados, de várias regiões do País, principalmente São Paulo, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul e Rondônia, isso justifica ter apresentado uma busca maior de pacientes que foram atendidos transferidos de outras cidades, fato que também infere pensar que a cidade em questão tem uma boa rede de atendimento à saúde. (NEOCLIN, 2020).

O cuidado paliativo é oportuno para pessoas em condições que possam limitar a vida e deve ser disponibilizado o mais precocemente possível logo após o diagnóstico e incorporado aos tratamentos modificadores da doença em curso. As necessidades da maioria das pessoas no final de vida podem ser sanadas com a oferta desse tipo de cuidado de forma precoce na APS (MASON, 2018).

A maioria dos entrevistados no serviço terciário, tiveram no mínimo uma internação prévia, e, não foi registrado nenhum entrevistado com nenhuma internação anterior. Os atendidos no serviço secundário tiveram o menor índice de internações prévias e o maior índice de nenhuma internação anterior.

A internação hospitalar é um momento marcante na vida das pessoas quando expectativas frente à sua doença emerge, tornando-se um momento propício para a atuação da equipe multiprofissional de saúde, com ênfase em ações de educação em saúde. Ampliar a qualidade do cuidado pode contribuir muito para a saúde das pessoas com doenças crônicas, tanto na atenção básica ao identificar os possíveis motivos e agravos para a internação, quanto na internação hospitalar, auxiliando no entendimento das expectativas do paciente frente à sua internação e no desenvolvimento de um processo educativo que o oriente para uma maior adesão ao tratamento (REBOUÇA, 2019).

Estudos indicam que no último ano de vida do paciente há uma alta frequência de reinternações hospitalares, e ainda deve-se considerar que a maioria das mortes, mesmo por doenças crônicas, ocorrem em hospitais. (NEOCLIN, 2020). Estas constantes reinternações indicam a necessidade de um sistema de comunicação eficiente entre os serviços de saúde (nos diferentes níveis de atenção) e adequação do sistema de referência e contra

referência para manter a continuidade do cuidado na trajetória da doença, pois quando não há integração, há a possibilidade de cada admissão hospitalar ser considerada como um evento agudo e tratada de forma curativa, com repetição de exames diagnósticos e adoção de medidas intensivas e invasivas nos setores de emergência (UEL, 2020).

As Redes de Atenção à Saúde (RAS) são as principais formas de organização dos serviços do SUS e visam orientar a integração dos serviços de saúde existentes, nos diversos níveis de atenção, de forma a atuar positivamente nos resultados a serem buscados no campo da saúde. As redes de saúde têm a APS como coordenadora do cuidado e ordenadora das ações, para superar a fragmentação da continuidade da assistência oferecida. O objetivo principal das RAS é a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde, para prover o cuidado continuado, integral, acessível e equitativo, com qualidade e eficiência clínica e financeira, responsável e humanizado. (BRASIL, 2010).

A dor foi o sintoma mais frequente entre os pacientes, resultado condizente com a literatura que reforça este ser o sintoma mais prevalente no cuidado paliativo admitindo-se que este sintoma se estende para dimensões psicológicas e sociais (AFONSO; COSTA; PIRES, 2022).

O processo de adesão a terapêutica medicamentosa pode ser influenciado por uma variedade de variáveis que vão desde individuais a sociodemográficas. Tais como sexo, idade, estado civil, anos de estudo, entre outras. Partindo desse pressuposto entende-se que o grau de adesão aos medicamentos relaciona-se a fatores diversificados, com destaque para o satisfatório nível de informação e interesse do paciente em comprometer-se com plano terapêutico que exige mudanças comportamentais e esforço, tendo em vista que envolve a ruptura com hábitos não saudáveis adquiridos no decorrer da vida (ALMEIDA *et al.*, 2019). Contrapondo-se ao exposto, a não adesão ao tratamento de uma determinada patologia, consiste basicamente em não seguir o regime terapêutico proposto por um profissional de saúde. No que se refere ao tratamento farmacológico, a não adesão significa o abandono do uso dos medicamentos prescritos, sem orientação adequada, ou a sua execução inadequada. Seja em não tomar em horário preconizado ou na realização de pequenas interrupções da terapêutica prescrita. Tais práticas

configuram a baixa adesão ao tratamento, o que repercute sobretudo na persistência de valores elevados da pressão arterial (GEWEHR *et al.*, 2018).

A adoção de ações em cuidados paliativos na Rede de Urgência e Emergência é fundamental para a organização do fluxo dos pacientes entre os serviços de saúde. Frequentemente pacientes com doenças crônicas em fase avançada são atendidos em UPA, pronto socorro e pelo SAMU.

Definem-se, pela OMS, como doenças crônicas, as doenças cardiovasculares (insuficiência cardíaca, doença isquêmica do coração, hipertensão arterial, cerebrovasculares), as neoplasias, as doenças respiratórias crônicas, a diabetes *mellitus* e as doenças osteomusculares. Incluem-se também, nesse rol, aquelas doenças que contribuem para o sofrimento dos indivíduos, das famílias e da sociedade, tais como as desordens mentais e neurológicas, as doenças bucais, ósseas e articulares, as desordens genéticas e as patologias oculares e auditivas (WANDERLEY *et al.*, 2019).

O número de internações maior no serviço terciário assim como a sua recorrência no último ano, remete a pensar na necessidade de recursos especializados à medida que a doença progride. Assim como o número maior de pacientes com acesso de entrada na Rede pelas UPA's em relação aos outros serviços. O aumento da população com doença que ameaça a vida é uma realidade não apenas de hospitais oncológicos. A disseminação do conceito de cuidados paliativos e a capacitação de profissionais nessa área são duas estratégias essenciais para focar a atenção no controle de sintomas e na qualidade de vida dos enfermos e acolhimento de seus familiares.

O processo prolongado e gradativo das doenças crônicas implica num longo enfrentamento, tanto pelo paciente quanto para quem cuida deste (familiares e profissionais de saúde), e envolve decisões sobre as mudanças de rotina, manejo de gastos com saúde e conflitos sobre o processo de final de vida. Além disso, estas condições têm um impacto importante sobre o sistema de saúde, como o aumento da demanda sobre os serviços de saúde, a necessidade de atenção longitudinal e envolvimento de diversos profissionais na trajetória da doença e no planejamento do cuidado. O último ano de vida

também tem sido associado ao período de maior demanda de cuidados e gasto com tratamentos de saúde (GÓMEZ, 2019).

Estudos mostram que a prevalência de doenças crônicas não transmissíveis é alta entre os idosos e, conseqüentemente, observa-se, nesse grupo, maior tempo de permanência intra-hospitalar, recuperação mais lenta e maior frequência de reinternações e invalidez. Determinam-se, por esses fatores, custos mais elevados dos tratamentos de saúde dessa população em relação às demais faixas etárias. Resultam-se as doenças crônico-degenerativas, em parte, dos fatores de risco à saúde acumulados ao longo dos anos tais como o fumo, o sedentarismo, o álcool, a automedicação, entre outros (CONTIERO, 2019).

Na cidade em estudo há programas existentes, como ações de promoção, prevenção e tratamento relacionado a saúde da mulher, da criança, saúde mental, planejamento familiar, prevenção a câncer, pré-natal e cuidado de doenças crônicas como diabetes e hipertensão, Profilaxia Pré-Exposição (PrEP), ambulatório de tuberculose, Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA), ambulatório de IST/HIV/AIDS, programa municipal de controle de IST/HIV/Aids/Hepatites Virais/Tuberculose, serviço de atenção domiciliar – SAD, doenças e agravos não transmissíveis, que se usados da forma correta, diminuiria a procura dos usuários aos demais serviços.

Estes programas na APS favorecem os cuidados paliativos de forma precoce na rede e pressupõem o cuidado integral ao indivíduo, ampliação da participação social e familiar, oferecem orientação, ações preventivas, tratamento e cuidados no contexto de vida do paciente, mesmo nos casos em que não há possibilidade de cura. A Atenção Básica tem diversas vantagens na oferta de ações paliativas, como a maior proximidade do paciente, seus familiares e o envolvimento por períodos maiores, o que favorece a confiança e conhecimento pelos profissionais, e devem ser ordenadoras dos cuidados nas RAS.

Desta forma, os cuidados paliativos são considerados uma atenção de menor complexidade, baixo custo e menor demanda tecnológica, visto que evita tratamentos excessivos que não trazem benefício ao paciente, e que são geralmente os mais onerosos para o sistema de saúde, como a

repetição de exames diagnósticos, procedimentos invasivos e diagnósticos, e reduzem a demanda por leitos de UTI (PHAM; KRAHN, 2022).

Também o acompanhamento pela rede de atenção à saúde evita-se que os pacientes com doenças terminais acumulem em emergências e enfermarias de hospitais terciários, recebendo assistência técnica avançada, e do sofrimento familiar que acompanha o processo natural de morrer, além de serem muitas vezes submetidos a medidas intensivas desnecessárias e, paradoxalmente, sem controle adequado da dor (SANTOS *et al.*, 2019).

A rede de urgência e emergência consegue cumprir seu papel que é ser intermediário nos atendimentos realizando um fluxo mais adequado a estes pacientes, pois a grande maioria dos casos são resolvidos nas UPA's ou encaminhados para a atenção primária para acompanhamento através dos programas de saúde.

Embora o adoecimento seja um evento que pode ser considerado normal ao longo do ciclo de vida, porém, é consenso na literatura especializada que este fenômeno não afeta somente a pessoa que adocece, de algum modo e em algum momento, todos os integrantes da família serão, de alguma forma, afetados.

CONCLUSÃO:

Este estudo identificou que a procura de usuários com indicativos de cuidados paliativos é maior nos serviços terciários e nas UPA's, sendo que as UPA's, são as portas de entrada para a rede de urgência e emergência, e com isso os usuários procuram para terem acesso aos tratamentos de maior complexidade, porém se a houvesse maiores investimento no serviço de cuidados paliativos ou os programas de Diabetes e Hipertensão, as cronicidades das doenças não os levariam ao terciário e sim teriam seu acompanhamento na atenção primária reduzindo as internações de usuários paliativos nas UTIs e grande tempo de internação, o que diminuiria custos e otimizaria leitos para tratamento curativo e não paliativo.

Destaca-se a necessidade premente de maior exploração da temática por meio de realizações de pesquisas sobre o tema, uma vez que o

perfil demográfico e epidemiológico aponta para o aumento de pessoas que necessitam de atenção paliativa.

Reflexões e discussões constantes acerca da identificação precoce de atenção paliativa na APS serão necessárias, para que o direcionamento de estratégias sobre esta abordagem se torne presente nesse nível de atenção, uma vez que a Política Nacional de Atenção Básica especifica as competências da APS no suporte à pessoa que requer cuidados paliativos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AFONSO, N.; COSTA, L. M. DA; PIRES, A. J. Perfil do paciente oncológico em cuidado paliativo em hospital de Criciúma/SC. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v. 51, n. 01, p. 51–62, 16 dez. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria MS no 4.279. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília: Ministério da saúde, 2010. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html:

COMBINATO DS, Martins STF. (Em defesa dos) cuidados paliativos na atenção primária à saúde. **O Mundo da Saúde**. 2012; 36:433-41.

CONTIERO, A. P. et al. [Elderly with arterial hypertension: difficulties of monitoring in the Family Health Strategy]. **Revista Gaúcha De Enfermagem**, v. 30, n. 1, p. 62–70, 1 mar. 2009.

GÓMEZ-Batiste XC, Stephen. **Building Integrated Palliative Care Programs and Services. Catalonia** (Espanha): Liberdúplex; 2017.

Instituto Nacional de Câncer (Brasil). **A avaliação do paciente em cuidados paliativos** / Instituto Nacional de Câncer. – Rio de Janeiro: INCA, 2022.

IBGE | Projeção da população. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao//index.html>. Acesso em: 18 mar. 2023

MARCUCCI, F. C. I. et al. Trends in place of death in Brazil and analysis of associated factors in elderly populations from 2002 to 2013. **Geriatrics, Gerontology and Aging**, v. 11, n. 1, p. 10–17, 2017.

MASON, B. et al. Computer screening for palliative care needs in primary care: a mixed-methods study. **British Journal of General Practice**, v. 68, n. 670, p. e360–e369, 26 mar. 2018.

NEOLCIN: National End of Life Care Intelligence Network. **What do we know now that we didn't know a year ago?** 2012: Disponível em: <http://www.endoflifecare-intelligence.org.uk/view?rid=464>:

PHAM, B.; KRAHN, M. End-of-Life Care Interventions: An Economic Analysis. **Ontario Health Technology Assessment Series**, v. 14, n. 18, p. 1–70, 2014.

SANTOS, L. N; RIGO, R. S; ALMEIDA, J. S. Palliative Care Management. **Research, Society and Development**, [S. l.], v. 12, n. 2, p. e11712240028, 2023.

WANDERLEY, R. M. M. *et al.* Avaliação da condição de saúde da pessoa idosa na atenção básica. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, v. 13, n. 2, p. 472, 9 fev. 2019.

3 CONCLUSÕES / CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estudo identificou-se que em todos os níveis de atenção da rede de urgência e emergência, chegaram pacientes com indicativo de cuidados paliativos avaliados pela escala *performance palliative*.

As UPAS estudadas apresentaram perfil de atendimento dos pacientes semelhantes em relação a sexo, idade, nível de escolaridade, religião e renda familiar. Diferenciaram nos diagnósticos encontrados sendo a UPA A mais nova e com diagnósticos em um período maior de doença, ou seja, pacientes com doenças crônicas há mais tempo do que a UPA B que possui uma criação de data longínqua em reação a primeira, porém atendem situações de característica aguda.

A idade predominante foi de pessoas acima de 61 anos nas duas UPA's e a principal queixa é a dor. A dor também é a principal queixa dos pacientes atendidos nos prontos socorros dos serviços secundários e terciário.

A escala PPS identificou um maior número de pessoas com escores abaixo de 50 no serviço terciário, assim como valores como potencial para o cuidado paliativo (50-70).

Este estudo contribui para identificar a demanda das doenças que levaram as pessoas até os três serviços de atenção a saúde, em setores de emergência, diabetes, foi uma causa preocupante, assim como as doenças neurológicas e degenerativas.

Sabe-se que o cuidado paliativo é dividido em várias fases do atendimento, porém aqui identificou-se a necessidade da atenção primária a saúde estar mais atenta no quesito de elaboração e manutenção dos programas para doenças crônicas que contribua ou prolongue o período de qualidade de vida do indivíduo com terapias modificadoras da doença.

Neste estudo identificou que a procura de usuários com indicativos de cuidados paliativos é maior nos serviços terciários e nas UPA's, sendo que a UPA é a porta de entrada para a rede de urgência e emergência.

Estes dados contribuem para reflexões e discussões constantes acerca da identificação precoce de atenção paliativa na APS, e da criação e manutenção de estratégias sobre esta abordagem se torne presente,

uma vez que a Política Nacional de Atenção Básica especifica as competências da APS no suporte à pessoa que requer cuidados paliativos.

Destaca-se a necessidade premente de maior exploração da temática por meio de realizações de pesquisas sobre o tema, uma vez que o perfil demográfico e epidemiológico aponta para o aumento de pessoas que necessitam da atenção do cuidado paliativo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AFONSO, N.; COSTA, L. M. DA; PIRES, A. J. Perfil do paciente oncológico em cuidado paliativo em hospital de Criciúma/SC. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v. 51, n. 01, p. 51–62, 16 dez. 2022.

ANDRADE, G. B. et al. Cuidados Paliativos e a Importância da Comunicação entre o Enfermeiro e Paciente, Familiar e Cuidador. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, v. 11, n. 3, p. 713, 2 abr. 2019.

ANTUNES, Y. P. P. V. et al. Características clínicas e de sobrevida global em pacientes oncológicos idosos num centro oncológico terciário. **Einstein (São Paulo)**, v. 13, n. 4, p. 487-91, 2015.

ARAÚJO NETO, L. A. Muito além da transição epidemiológica: doenças crônicas no século XX. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 26, n. 1, p. 353–355, mar. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria MS no 4.279. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília: Ministério da saúde, 2010. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html:

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº 41, de 31 de outubro de 2018. Dispõe sobre as diretrizes para a organização dos cuidados paliativos, à luz dos cuidados continuados integrados, no âmbito Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2018/res0041_23_11_2018.html.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Instituto Nacional de Câncer. Estimativas 2020** – Brasília: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/estimativa-2020-incidencia-de-cancer-no-brasil.pdf>.

CLARA, M. G. S. et al. Escala Palliative Care Screening Tool como instrumento para indicação de cuidados paliativos em idosos. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 22, p. e190143, 3 fev. 2020.

COMBINATO DS, Martins STF. (Em defesa dos) cuidados paliativos na atenção primária à saúde. **O Mundo da Saúde**. 2012; 36:433-41.

CONTIERO, A. P. et al. Elderly with arterial hypertension: difficulties of monitoring in the Family Health Strategy. **Revista Gaucha De Enfermagem**, v. 30, n. 1, p. 62–70, 1 mar. 2009.

DA SILVA, S. C. V. **Perfil dos pacientes em cuidados paliativos internados em enfermaria de geriatria**. 2016. 53 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização) – Hospital do servidor público municipal, São Paulo, 2016.

DARIVA, M. Perfil da demanda de atendimentos realizados pela Unidade de Pronto Atendimento (UPA) de Tramandaí/RS. Ufrgs.br, 2019.

DO NASCIMENTO, Lucas Cavalcante; DA FONSECA, Ivana Annely Cortez. Cuidados paliativos na assistência domiciliar: a vivência de uma equipe multidisciplinar. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 13, n. 6, p. e8117-e8117, 2021.

BERNARD, Mathieu et al. Meaning in life and quality of life: palliative care patients versus the general population. **BMJ supportive & palliative care**, 2020.

GUIMARÃES MATOLA DE MORAES, M. et al. Descaracterização de atendimentos nas UPA: revisão integrativa. **Revista Neurociências**, v. 30, p. 1–18, 19 out. 2022.

GÓMEZ-Batiste XC, Stephen. **Building Integrated Palliative Care Programs and Services. Catalonia** (Espanha): Liberdúplex; 2017.

GUEDES, H. et al. Classificação de risco: retrato de população atendida num serviço de urgência brasileiro. **Revista de Enfermagem Referência**, v. IV Série, n. Nº 1, p. 37–44, 15 mar. 2014.

GUEDES, M. V. C.; HENRIQUES, A. C. P. T.; LIMA, M. M. N. Acolhimento em um serviço de emergência: percepção dos usuários. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 66, n. 1, p. 31–37, fev. 2013.

HERNANDEZ, P. F. Unidade de pronto atendimento e a articulação com os níveis de atenção às urgências e emergências. **Revista Políticas Públicas e Desenvolvimento**, v. 1, n. 1, 5 jul. 2018.

IBGE | Projeção da população. Disponível em:

<<https://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao//index.html>>. Acesso em: 18 mar. 2023.

Instituto Nacional de Câncer. **Cuidados Paliativos: O que são os Cuidados Paliativos**. 2018. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/tratamento/cuidados-paliativos>

MARCUCCI, F. C. I. et al. Trends in place of death in Brazil and analysis of associated factors in elderly populations from 2002 to 2013. **Geriatrics, Gerontology and Aging**, v. 11, n. 1, p. 10–17, 2017.

MASON, B. et al. Computer screening for palliative care needs in primary care: a mixed-methods study. **British Journal of General Practice**, v. 68, n. 670, p. e360–e369, 26 mar. 2018.

NEOLCIN: National End of Life Care Intelligence Network. **What do we know now that we didn't know a year ago?**. 2012: Disponível em: <http://www.endoflifecare-intelligence.org.uk/view?rid=464>:

PHAM, B.; KRAHN, M. End-of-Life Care Interventions: An Economic Analysis. **Ontario Health Technology Assessment Series**, v. 14, n. 18, p. 1–70, 2014.

Palliative Performance Scale (PPSv2) version 2. [s.l: s.n.]. Disponível em: <<https://victoriahospice.org/wp-content/uploads/2019/12/PPSv2-English-Sample.pdf>>.

MARIA, R. M. et al. Avaliação da condição de saúde da pessoa idosa na atenção básica. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, v. 13, n. 2, p. 472, 9 fev. 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Palliative care. Disponível em: <<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>>.

APÊNDICE A

Questionário para caracterização sócio demográfica, sintomas, diagnósticos e tratamento:

1. Nome (Apenas iniciais):

2. Idade:

1. () 00 a 15 anos 2. () 16 a 30 anos 3. () 31 a 45 anos
4. () 46 a 60 anos 5. () 61 a 75 anos 6. () 76 a 90 anos
7. () acima de 91 anos

3. Sexo:

1. () masculino 2. () feminino 3. () outro

4. Estado Civil:

1. () solteiro(a) 2. () casado(a) 3. () viúvo(a) 4. () outro

5. Local de Residência:

1. () Londrina 2. () Outro 3. () Urbano 4. () Rural

6. Cor:

1. () branco 2. () negro 3. () pardo 4. () outro

7. Religião:

1. () católico 2. () evangélico 3. () espírita 4. () outro

8. Escolaridade:

1. () analfabeto 2. () primário 3. () 1º grau completo 4. () 1º grau incompleto
5. () 2º grau completo 6. () 2º grau incompleto 7. () superior completo
8. () superior incompleto 9. () outro

9. Renda:

1. () menos de 1 salário mínimo 2. () 1 salário mínimo 3. () 2 a 5 salários mínimo 4. () 6 a 10 salários mínimo 5. () acima de 11 salários mínimo

10. Sintomas que levaram a procurar o serviço médico:

1. () dor 2. () falta de ar 3. () falta de apetite 4. () fraqueza
5. () febre 6. () falta de sono 7. () dificuldade para andar
8. () outros

11. Tempo de diagnóstico:

1. () dias 2. () meses 3. () anos

12. Diagnostico:

1. () câncer 2. () mal de Alzheimer 3. () AIDS 4. () doença de Parkinson 5. () doença renal 6. () doença cardíaca 7. () doença pulmonar 8. () esclerose múltipla 9. () diabetes 10. () outro

13. Tratamentos realizados anteriormente:

1. () quimioterapia 2. () radioterapia 3. () outros:

14. Internações prévias no último ano:

1. () uma vez 2. () duas vezes 3. () três vezes 4. () acima de três internações 5. () nenhuma

APÊNDICE B

Escala de Performance Paliativa - PPS

Tabela 2 – Escala de Performance Paliativa (PPS)					
%	Deambulação	Atividade e evidência da doença	Auto-cuidado	Ingestão	Nível da Consciência
100	Completa	Normal; sem evidência de doença	Completo	Normal	Completa
90	Completa	Normal; alguma evidência de doença	Completo	Normal	Completa
80	Completa	Com esforço; alguma evidência de doença	Completo	Normal	Completa
70	Reduzida	Incapaz para o Trabalho; alguma evidência de doença	Completo	Normal ou reduzida	Completa
60	Reduzida	Incapaz de realizar <i>hobbies</i> ; doença significativa	Assistência ocasional	Normal ou reduzida	Períodos de confusão ou completa
50	Sentado ou deitado	Incapacitado para qualquer trabalho; doença extensa	Assistência Considerável	Normal ou reduzida	Períodos de confusão ou completa
40	Acamado	Idem	Assistência quase completa	Normal ou reduzida	Períodos de confusão ou completa
30	Acamado	Idem	Dependência Completa	Reduzida	Períodos de confusão ou completa
20	Acamado	Idem	Idem	Ingestão limitada a colheradas	Períodos de confusão ou completa
10	Acamado	Idem	idem	Cuidados com a boca	Confuso ou em coma
0	Morte	–	–	–	–

Score da Escala:

APÊNDICE C

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado(a) a participar, como voluntário(a), da pesquisa “IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE PALIATIVO NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE”. No caso de você concordar em participar, favor assinalar a opção “Sim” ao final do documento. Sua participação não é obrigatória e, a qualquer momento, você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum tipo de prejuízo a você.

TÍTULO DA PESQUISA: IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE PALIATIVO NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

PESQUISADORAS RESPONSÁVEIS: Eugenio Martins Junior

ENDEREÇO: Av. Robert Koch, 60 - Operária, Londrina - PR, 86038-350

TELEFONE: (43) 3371-2000

OBJETIVO: Identificar os pacientes que possuem critérios para cuidados paliativos durante a sua entrada na rede de atenção à saúde.

JUSTIFICATIVA: Visto a falta de conhecimento da demanda de pacientes com indicação de cuidados paliativos, junto à percepção de leitos utilizados nos serviços de alta complexidade para esta população, pode ser realizado um reconhecimento na rede de atenção das necessidades do paciente de forma precoce e propor um direcionamento do paciente para o serviço de assistência com as melhores condições de acompanhamento de cuidados paliativos.

PROCEDIMENTOS DO ESTUDO: caso você aceite participar deste estudo, você responderá a um questionário sobre suas informações pessoais (idade, sexo, estado onde trabalha, estado civil), e a aplicação da escala - PPS

RISCOS E DESCONFORTOS E MEDIDAS: Os riscos decorrentes da participação neste estudo são mínimos e estão relacionados à abordagem de questões que podem gerar impacto emocional no participante, uma vez que abordará questões relacionadas à elegibilidade a cuidados paliativos. Caso você se sinta desconfortável em relação às questões abordadas, você tem a possibilidade de deixar de participar deste estudo, sem qualquer tipo de prejuízo a você. Vale ressaltar que seu anonimato será garantido uma vez que nos instrumentos a serem preenchidos não há informações que levem à identificação dos participantes.

BENEFÍCIOS: Não haverá benefícios diretos para os participantes da pesquisa, contudo os resultados poderão contribuir para a criação de uma rede de cuidados paliativos, com vistas a melhorar a qualidade e o acesso da população aos cuidados paliativos em ambiente hospitalar.

CUSTO/REEMBOLSO PARA O PARTICIPANTE: não haverá nenhum gasto com sua participação e não haverá nenhuma cobrança com o que será realizado. Você também não receberá nenhum pagamento com a sua participação. Você pode desistir de participar desta pesquisa a qualquer momento, sem qualquer prejuízo a você.

CONFIDENCIALIDADE DA PESQUISA: garantia de sigilo que assegure a sua privacidade quanto aos dados confidenciais envolvidos na pesquisa. Os dados não serão divulgados de forma que seja possível a sua identificação.

Eugenio Martins Junior

Pesquisador Responsável

Declaro que li as informações contidas nesse documento, fui devidamente informado(a) dos procedimentos que serão utilizados, riscos e desconfortos, benefícios, custo/reembolso dos participantes, confidencialidade da pesquisa, concordando ainda em participar da pesquisa. Foi-me garantido que posso retirar o consentimento a qualquer momento, sem qualquer penalidade. Declaro ainda que recebi uma cópia desse Termo de Consentimento. Poderei consultar o pesquisador responsável (acima identificado), sempre que entender necessário obter informações ou esclarecimentos sobre o projeto de pesquisa e minha participação no mesmo. Os resultados obtidos durante este estudo serão mantidos em sigilo, mas concordo que sejam divulgados em publicações científicas, desde que meus dados pessoais não sejam mencionados.

____/____/2021.

Aceito participar desta pesquisa: () Sim () Não

ANEXOS

Aprovação do Comitê de Ética

UNIVERSIDADE ESTADUAL
LONDRINA - UEL



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



COMITÊ DE ÉTICA EM
PESQUISA ENVOLVENDO
SERES HUMANOS

- DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: IDENTIFICAÇÃO DOS PACIENTES ELEGÍVEIS A CUIDADOS PALIATIVOS, NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

Pesquisador: EUGENIO MARTINS JUNIOR

- Área Temática:

Versão: 4

CAAE: 53365021.6.0000.5231

Instituição Proponente: CCS - Departamento de Enfermagem - Mestrado em Enfermagem

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

- DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.293.066

- Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UEL. Segundo autor, o Cuidado Paliativo é definido pela Organização Mundial de Saúde como uma abordagem que objetiva a melhora da qualidade de vida dos pacientes e de seus familiares diante de uma doença que ameaça a continuidade da vida, por meio da prevenção e alívio do sofrimento, identificação precoce, avaliação e tratamento da dor e de outros sintomas de ordem física, psicossocial e espiritual.

- Objetivo da Pesquisa:

Segundo autor, a pesquisa apresenta como objetivo principal a identificação de pacientes que possuem critérios para cuidados paliativos durante a sua entrada na rede de atenção à saúde.

Como objetivos secundários são listados:

- Caracterizar o perfil sócio demográfico dos pacientes de cuidados paliativos hospitalizados em unidade de pronto atendimento e hospitais de nível secundário e terciário;
- Caracterizar os pacientes segundo a escala PPS que procuram atendimento em unidade de pronto atendimento e hospitais de nível secundário e terciário;
- Comparar os resultados obtidos após aplicação da escala de Performance Paliativa (PPS) entre os pacientes que darão entrada nos diferentes locais de estudo.

Endereço: LABESC - Sala 14

Bairro: Campus Universitário

CEP: 86.057-970

UF: PR

Município: LONDRINA

Telefone: (43)3371-5455

E-mail: cep268@uel.br

Página 01 de 04

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA - UEL 

Continuação do Parecer: 5.293.066



COMITÊ de Ética em
Pesquisa Envolvendo
SERES HUMANOS

- **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

O autor aponta que riscos da pesquisa são mínimos e estão relacionados à abordagem de questões que podem gerar impacto emocional no participante, uma vez que abordará questões relacionadas à elegibilidade a cuidados paliativos. Porém o resultado da pesquisa não será informada ao participante, com isso entende-se que o mesmo não terá danos algum, mas se por acaso o mesmo ter acesso ao resultado e com isso venha ter algum desconforto ou dúvida, o pesquisador irá acolher ao entrevistado e o encaminhará para o serviço de psicologia para uma ajuda especializada, ajuda essa sem custo ao entrevistado

- **Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Não há.

- **Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

- Folha de Rosto devidamente assinada.
- TCLE apresentado na forma de convite, com todos os elementos obrigatórios conforme Resolução CNS 466/2012, ajustes necessários.
- Declaração de coparticipante apresentada corretamente.
- Cronograma corretamente apresenta somente um dia para a coleta 01/03/22.

(segundo autor: "O período de coleta de dados será realizada em 120 dias após a aprovação no comitê de ética")

- Orçamento corretamente apresentado, no valor de R\$ 150,00

- **Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Sem pendências.

- **Considerações Finais a critério do CEP:**

Prezado(a) Pesquisador(a),

Este é seu parecer final de aprovação, vinculado ao Comitê de Ética em Pesquisas Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina. É sua responsabilidade apresenta-Lo aos órgãos e/ou instituições pertinentes.

Ressaltamos, para início da pesquisa, as seguintes atribuições do pesquisador, conforme Resolução CNS 466/2012 e 510/2016:

A responsabilidade do pesquisador é indelegável e indeclinável e compreende os aspectos éticos e legais, cabendo-lhe:

- conduzir o processo de Consentimento e de Assentimento Livre e Esclarecido;
- apresentar dados solicitados pelo sistema CEP/CONEP a qualquer momento;

Endereço: LABESC - Sala 14

Bairro: Campus Universitário

UF: PR

Município: LONDRINA

CEP: 86.057-970

Telefone: (43)3371-5455

E-mail: cep268@uel.br

Continuação do Parecer: 5.293.066

- desenvolver o projeto conforme delineado, justificando, quando ocorridas, a sua mudança ou interrupção;
- elaborar e apresentar os relatórios parciais e final;
- manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período mínimo de 5 (cinco) anos após o término da pesquisa;
- encaminhar os resultados da pesquisa para publicação, com os devidos créditos aos pesquisadores e pessoal técnico integrante do projeto;
- justificar fundamentadamente, perante o sistema CEP/CONEP, interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

Coordenação CEP/UEL.

- Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1813066.pdf	08/03/2022 14:09:38		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMODECONSENTIMENTOLIVREESCLARECIDO.pdf	08/03/2022 14:09:23	EUGENIO MARTINS JUNIOR	Aceito
Folha de Rosto	FOLHADEROSTOPRONTA.pdf	04/01/2022 16:01:58	EUGENIO MARTINS JUNIOR	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	UPAS.pdf	03/01/2022 14:43:42	EUGENIO MARTINS JUNIOR	Aceito
Outros	HU.pdf	03/01/2022 14:43:02	EUGENIO MARTINS JUNIOR	Aceito
Declaração de concordância	AUTORIZACAOPROJETOEUENIOHZS.pdf	03/01/2022 14:37:15	EUGENIO MARTINS JUNIOR	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoFinal.docx	23/09/2021 11:00:42	EUGENIO MARTINS JUNIOR	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

- Necessita Apreciação da CONEP:



Endereço: LABESC - Sala 14
Bairro: Campus Universitário **CEP:** 86.057-970
UF: PR **Município:** LONDRINA
Telefone: (43)3371-5455 **E-mail:** cep268@uel.br

Página 03 de 04

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA - UEL 

Continuação do Parecer: 5.293.066



Não

LONDRINA, 15 de
Março de 2022

- Assinado por:
**Adriana Lourenço
Soares Russo
(Coordenador(a))**

Endereço: LABESC - Sala 14
Bairro: Campus Universitário **CEP:** 86.057-970
UF: PR **Município:** LONDRINA
Telefone: (43)3371-5455 **E-mail:** cep268@uel.br

Página 04 de 04