



---

---

## ARTIGO ORIGINAL

---

---

### PERFIL DO PACIENTE ONCOLÓGICO EM CUIDADO PALIATIVO EM HOSPITAL DE CRICIÚMA/SC

### PROFILE OF THE CANCER PATIENT IN PALLIATIVE CARE AT CRICIÚMA/SC HOSPITAL

Natália Afonso<sup>1</sup>  
Leticia Matos da Costa<sup>2</sup>  
Allison José Pires<sup>3</sup>

#### RESUMO

Existem casos em que não há cura para determinado paciente, como pode ocorrer nos que possuem uma neoplasia maligna. Excluindo a ideia de que não há mais o que fazer, podemos promover o controle dos sintomas de pacientes com câncer através dos cuidados paliativos. Assim, é promovido os cuidados de conforto e bem-estar para o paciente. O objetivo foi conhecer o perfil epidemiológico dos pacientes em cuidado paliativo de uma unidade oncológica da região do extremo sul catarinense. Elaborado através de estudo observacional retrospectivo, com coleta de dados secundários e abordagem quantitativa, no período de 2016 a 2017. As informações foram colhidas de um hospital situado no município de Criciúma, em Santa Catarina. Foram incluídos prontuários de paciente da população alvo, considerando o procedimento como coleta censitária. Com isso, foram incluídos na pesquisa 100 pacientes com média de idade de 63,21 anos, do sexo masculino (58%), em união estável (74%), com ensino fundamental completo (52%), com status performance na escala Karnofsky de 20% (31%), na escala PPS de 20% (26%) e de 3 na escala PS-ECOG (51%). Predominando o câncer de pulmão (18%), com internações por dor mal controlada (45%). A maioria dos dados deste estudo apresentaram valores semelhantes com a literatura relacionada aos cuidados paliativos, reforçando a informação contida nos dados coletados. Concluindo, é importante conhecer o perfil do paciente para melhor atendê-lo. Novos estudos são necessários para ampliar o conhecimento sobre cuidados paliativos e melhorá-lo tanto para o paciente quanto para o profissional da saúde.

**Descritores:** Neoplasia maligna. Cuidado paliativo. Perfil epidemiológico. Qualidade de vida.

#### ABSTRACT

There are cases in which there is no cure for a certain patient, as can occur in those with malignant neoplasia. Ruling out the idea that there is nothing else to do, we can promote the control of the symptoms of cancer patients through palliative care. Thus, comfort and well-being care for the patient is promoted. The objective was to know the epidemiological profile of the patients in palliative care at an oncological unit in the southern region of the Brazilian state of Santa Catarina. Elaborated through a retrospective cohort study, with secondary data collection and quantitative approaches, between

---

<sup>1</sup>Graduanda no curso de Medicina, Universidade do Extremo Sul Catarinense- UNESC. Email: nataliafonso38@gmail.com.

<sup>2</sup>Graduanda no curso de Medicina, Universidade do Extremo Sul Catarinense - UNESC. Email: leticiamcosta20@gmail.com.

<sup>3</sup>Mestre – Geriatria - Universidade do Extremo Sul Catarinense - UNESC. Email: allison.pires@unes.net.



2016 and 2017. The information was collected from a hospital located in the municipality of Criciúma, in Santa Catarina. Included the patient records of the target population, considering the procedure as a census collection. A total of 100 patients with a mean age of 63.21 years, male (58%), in a stable relationship (74%), with completed Elementary School (52%), with performance status on the Karnofsky scale of 20% (31%), 20% (26%) in the PPS scale and 3 on the PS-ECOG scale (51%). Lung cancer was predominating (18%), as well as hospitalizations for poorly controlled pain (45%). Most of this study's data presented similar values with the literature related to palliative care, reinforcing the information contained in the collected data. In conclusion, it is important to know the patient profile to better serve them. Further studies are needed to expand the knowledge about palliative care and to improve it, both for the patient and for the Health professional.

**Keywords:** Malignant neoplasm. Palliative care. Epidemiological profile. Quality of life.

## INTRODUÇÃO

As doenças de agravo não transmissíveis (DANT) são destaque nas causas de enfermidades e morte no mundo. Destacando doenças cardiovasculares e câncer, sabe-se que o câncer é a segunda causa de morte no mundo, e estima-se o aparecimento de 600 mil novos casos para cada ano de 2018 e 2019<sup>(1)</sup>. Sendo que as neoplasias ocupam a segunda causa de morte na maioria dos países<sup>(2)</sup>.

Com a terminalidade da vida, principalmente em câncer avançado, percebe-se o benefício do cuidado paliativo nesses pacientes. Porém, esse amparo é indicado não só diante da impossibilidade de cura, e sim desde o momento do diagnóstico<sup>(3)</sup>. Assim, esse cuidado age promovendo dignidade, medidas de conforto e um melhor manejo de complicações dos pacientes e de sua família diante deste momento<sup>(4)</sup>.

Com isso, o cuidado paliativo irá agir no controle de manifestações físicas, psicossociais e espirituais desses indivíduos. Atuando de forma que se ressalte a importância da vida e enfrentamento da morte como um processo natural. Fazendo necessário a ajuda de uma equipe multidisciplinar, composta basicamente por profissionais com contato direto como o médico, enfermeiro, psicólogo e o assistente social<sup>(5)</sup>.

E uma das ferramentas para que haja uma conduta adequada são as escalas de funcionalidade que avaliam o autocuidado e como esses pacientes gerenciam a própria vida, conseqüentemente sua independência e autonomia. A fim de direcionar o planejamento do cuidado e o seguimento a longo prazo<sup>(6)</sup>. Desse modo a avaliação pode ser realizada pela escala Group Performance Status (ECOG PS), a qual estima as aptidões do cotidiano do paciente, variando de zero (indivíduo totalmente ativo, sem limitações) a cinco (morto)<sup>(6)</sup>.

Outras escalas são a Karnofsky Performance Status (KPS) e a *Palliative Performance Scale* (PPS). A KPS relaciona com o estado de angústia se sintomas, é usada também para ferramenta de prognóstico e sobrevida, o escore varia de 100% (normal, sem queixas e sem evidências da doença)



a 0% (morte). Já a PPS, tem princípio semelhante à KPS, em que se verifica mobilidade, evidência da doença, atividade, autocuidado, ingesta e nível de consciência. Esta escala indica a necessidade de Hospitalização, com escore de 100% a zero (óbito). Quanto menor o índice, pior a condição do indivíduo e está associado à morte<sup>(7)</sup>.

Com isso, verifica-se a dificuldade do manejo do câncer e complicações associadas ao fim da vida. O médico e a equipe multidisciplinar, diante dessa situação, devem oferecer uma melhor qualidade de vida para esses pacientes, para que o doente e a sua família possam enfrentar esse momento. O avanço da medicina permitiu a cura de muitas doenças, porém é preciso reconhecer que há um limite.

Então, a pesquisa se faz necessária para reconhecer as principais características desses pacientes e prover um serviço mais individualizado. O presente estudo tem por objetivo conhecer o perfil epidemiológico dos pacientes em cuidado paliativo de uma unidade oncológica da região do extremo sul catarinense.

## MÉTODOS

Foi um estudo observacional com coleta de dados secundários e abordagem quantitativa. Foi utilizada como área de estudo uma Unidade de Alta Complexidade em Oncologia de um hospital, que está localizada no município de Criciúma, no estado de Santa Catarina.

A pesquisa foi realizada com prontuários de pacientes da região do Extremo Sul Catarinense que foram atendidos em uma Unidade de Alta Complexidade em Oncologia de um hospital situado no município de Criciúma. Foram incluídos prontuários de pacientes da unidade oncológica que estiveram sob cuidado no período de 2016 a 2017.

Foram incluídos os prontuários de todos os pacientes caracterizados na população alvo, considerando-se o procedimento como coleta censitária. Conforme Rodrigues (2002) esse tipo de coleta se define como aquela em que são retiradas informações de todos os elementos que constituem a população em estudo. Foram estimados 100 prontuários.

O estudo foi realizado a partir de dados presentes na história clínica dos pacientes as quais estavam nos prontuários fornecidos pelo Hospital São José até o período considerado. A coleta de dados foi realizada na dependência do Hospital, após a aprovação dos comitês de ética e pesquisa do Hospital e, também, da Universidade.

Para avaliação da funcionalidade foram utilizadas as escalas de estado performance dentre elas, segundo Esdras, Nadia, Edilene (2014), há a ECOG PS, a escala varia de zero (pessoa ativa, sem limitações) a cinco (morte). Outra escala é a KPS, em que seu escore varia de 100% (indivíduo sem queixas e sem evidências da doença) a 0% (morte). A terceira escala



usada neste estudo foi a PPS. Ela é semelhante à KPS. Essa escala tem escore que vai de 100% a zero (óbito). Os escores foram estimados durante a introdução no cuidado paliativo. (ANVEZZO, MONTADON, ESTEVES, 2018).

Inicialmente, após a aprovação do comitê de ética e assinatura dos termos de confidencialidade, foram coletados os dados dos pacientes através dos prontuários durante o período do segundo semestre de 2018, o que se prosseguiu com a análise estatística dos tais dados para obter os resultados que serviram como suporte para a discussão e conclusões da pesquisa.

Os dados coletados foram organizados em planilhas, para análise, no *software* IBM SPSS versão 22.0.

Foi feita análise descritiva das variáveis estudadas. Assim, as variáveis quantitativas (idade, número de internações, tempo em cuidado paliativo, tempo de internação e grau de funcionalidade) foram expressas por meio de média e desvio padrão quando apresentaram distribuição normal, e mediana e amplitude interquartil quando não atenderam a essa característica. Já as variáveis qualitativas (procedência, estado civil, escolaridade, tipo de câncer, causa da última internação e complicações) foram expressas por meio de frequência e porcentagem.

As análises inferenciais foram realizadas com um nível de significância  $\alpha = 0,05$  e, portanto, confiança de 95%. A distribuição das variáveis quantitativas foi avaliada quanto à normalidade por meio da aplicação do teste de Kolmogorov-Smirnov. A comparação do número de internações entre os tipos de neoplasia foi realizada por meio da aplicação do teste H de Kruskal-Wallis.

Todas as informações obtidas a partir deste estudo foram confidenciais, de acordo com a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. O risco de quebra de sigilo relativo à coleta de dados de prontuários de pacientes fica minimizado pelo compromisso assumido pelos pesquisadores de resguardar a identidade dos pacientes, manter a confidencialidade dos dados e utilizar as informações obtidas exclusivamente para fins científicos, de acordo com termo de confidencialidade assinado.

Os autores declaram não haver potenciais conflitos de interesse de quaisquer naturezas. O estudo apenas foi iniciado após submissão na plataforma Brasil, e aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e de Pesquisa (CEP) do Extremo Sul Catarinense (UNESC), sob o comando de parecer 2.970.340 e Comitê de Ética e de Pesquisa (CEP) do Hospital São José (HSJ), sob o número de parecer 3.023.618, via plataforma Brasil.



## RESULTADOS

Dos 100 prontuários analisados de pacientes oncológicos, estes apresentaram idade média de 63,21 anos. Em relação ao gênero, predominou o masculino (58%), a maioria estava em uma união estável (74%). Observaram-se os níveis de escolaridade, os quais foram baixos, sendo 52% apenas com ensino fundamental e 20% tinham o ensino fundamental incompleto. A tabela 1 demonstra o perfil epidemiológico desses pacientes.

Quanto aos tipos de neoplasias, demonstradas na tabela 1, a maioria (25%) corresponde a “outros” tipos de câncer, dentre esses há câncer de cabeça e pescoço (10%), sistema nervoso central (4%) e bexiga (3%). Porém, o câncer predominante nos pacientes estudados, é o de pulmão (18%).

Notou-se que a maioria dos atendimentos foi realizada por uma equipe multidisciplinar (97%), contendo enfermagem, nutrição, fisioterapia e assistência social. Os pacientes tiveram cerca de 4 internações enquanto estiveram em cuidado paliativo e ficaram por volta de 29 dias internados.

Os resultados referentes ao grau de funcionalidade (tabela 2) tenderam a pacientes muito doentes com necessidade de cuidado ativo (31%), seguidos de pacientes com necessidades médicas especiais (27%) correspondentes a 20% e 40% na escala Karnofsky, respectivamente. Conforme a escala PPS, prevaleceu pacientes totalmente acamados, incapazes, totalmente dependentes, com ingesta mínima e confusos (26%) e pacientes que passam maior parte do tempo acamado, incapazes para a maioria das atividades, com necessidade de assistência quase completa, ingesta normal ou reduzida e sonolentos ou confusos (23%) equivalente a 20 e 40 na escala PPS. No que se refere a escala ECOG, predominou características clínicas do tipo 3, capaz de realizar somente autocuidados limitados, confinado ao leito ou cadeira mais de 50% das horas em que o paciente está acordado (51%).

Em relação às principais complicações (tabela 3) a dor mal controlada apresentou o maior resultado (45%), seguida de náusea e/ou vômito (6%), delirium (5%), dispneia (13%) e síndrome da veia cava superior (2%). Outras complicações também foram frequentes (23%), podendo ser isolada ou associada a outras causas de internação citadas, destacando-se a pneumonia (10%) e crise epilética (3%).

Foi realizada a relação entre o número de internações desde o diagnóstico e o tipo de neoplasia (tabela 4), nessa foi visto que os pacientes obtiveram uma média do número de internações muito próximo. Exceto câncer de mama, que apresentou maior média do número de internações (7,5 vezes). Enquanto o câncer de estômago, pâncreas e pele tiveram em média 5 internações, câncer de fígado 4,5 vezes, câncer pulmão 4, câncer de esôfago e os outros tipos 3 vezes.

## DISCUSSÃO



Como visto nos resultados, o número de pessoas de cada sexo foi muito próximo. Em um estudo realizado no interior de São Paulo, houve uma maior diferença. 60,2% foram do sexo feminino e 39,8% foram do sexo masculino<sup>(8)</sup>. Em países em desenvolvimento, esse contraste costuma ser maior, tendo a mulher como mais prevalente. Em países desenvolvidos, essa diferença se torna quase inexistente<sup>(8)</sup>, mais próxima do resultado que foi encontrado neste estudo. Outro estudo epidemiológico<sup>(9)</sup> encontrou uma prevalência maior no sexo feminino de 64,2%, enquanto o masculino foi de 35,8%.

Foi encontrada idade média de 63,21 anos, semelhante ao visto na literatura. No estudo epidemiológico feito pelo Instituto Nacional de Câncer<sup>(10)</sup>, a média foi de 58 anos, nos pacientes em cuidados ambulatoriais. Em outro artigo sobre o perfil dos pacientes em cuidados paliativos no estado do Pará, a idade da maioria da população em estudo (93 pessoas, tendo n total=239) foi maior de 60 anos<sup>(11)</sup>.

Considerando o estado civil, o nosso resultado também foi semelhante ao da literatura, tendo a maioria em união estável (74%). No estudo feito no Pará<sup>(11)</sup>, 51% também se encontrava em união estável.

Sobre a escolaridade, onde 52% possui ensino fundamental completo, na literatura encontramos o estudo sobre o perfil de pacientes oncológicos<sup>(9)</sup> onde 53,7% possuía ensino fundamental incompleto. Outro estudo<sup>(12)</sup> também resultou em maioria (40%) com o ensino fundamental incompleto.

Na pesquisa sobre uma equipe multidisciplinar, um resultado muito positivo foi encontrado, mostrando que a maioria (97%) tinha acompanhamento de mais de uma área da saúde. O resultado seguiu a literatura, que mostra a importância dessa equipe. Estudos mostram que é essencial a atuação de médicos, enfermeiros, psicólogos, fisioterapeutas e outros, para minimizar o sofrimento do paciente e sua família<sup>(13)</sup>.

No presente estudo, temos como mais prevalentes as neoplasias malignas localizadas no pulmão, estômago e mama, respectivamente. Em estudo realizado em Belo Horizonte<sup>(14)</sup>, num serviço ambulatorial de quimioterapia paliativa, os sítios primários de câncer com maiores porcentagens foram mama e trato gastrointestinal, com mama em primeiro lugar. Com base em outra literatura feita na Índia<sup>(15)</sup>, temos câncer em órgão genital feminino em primeiro lugar, câncer oral em segundo, no trato digestivo em terceiro e mama em quarto lugar. Segundo a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS)<sup>(16)</sup>, os sítios primários mais comuns no mundo, como causa de morte, são: pulmão, colorretal, estômago, fígado e mama, respectivamente.

O resultado do tempo em cuidado paliativo foi bem diferente do encontrado na literatura. No manual de cuidados paliativos<sup>(17)</sup>, o tempo estimado de vida é, no máximo, seis meses. Em nossa



pesquisa, a média de tempo de vida, em apenas cuidado paliativo, foi de 4 dias. Esse pouco tempo se deu, provavelmente, ao fato de só estarem nessa pesquisa os pacientes internados em hospital. Pacientes que foram internados por conta de seu mau estado, necessitando de grande auxílio médico. O tempo de internação teve uma média de 29 dias, desde o diagnóstico de câncer.

Sobre as escalas de funcionalidade, onde na escala PPS teve como maioria 20% e 40%, a literatura encontrada está diferente. Em um ambulatório de quimioterapia paliativa em Belo Horizonte<sup>(14)</sup>, 70% dos pacientes atendidos estavam entre 100% e 70% na escala PPS. Em outro estudo feito em Curitiba<sup>(18)</sup>, a maior parte dos pacientes (48%) foi classificada com PS3 (da escala PS-ECOG, Tabela 02). Achado esse semelhante aos dados deste artigo, onde 51% dos pacientes foram classificados também com PS3. Em relação à escala Karnofsky, a maioria dos pacientes (31%) foi classificada em 20% na escala. Em um estudo transversal<sup>(19)</sup>, encontraram como mediana dos valores de Karnofsky um valor de 40%. A diferença entre algumas das escalas de funcionalidade com a literatura pode ser explicada pelo fato de que, nesse estudo, apenas pacientes internados em hospital foram considerados. Fato esse que acabar por incluir pacientes mais debilitados, fazendo com que as escalas sejam menores.

O cruzamento entre tipo de neoplasia e número de internações teve como principal achado o câncer de mama, com maior número de internações. Depois o câncer de pâncreas, pele e estômago, com a mesma média de internações. Em um estudo realizado durante 5 anos, observando o número de internações por câncer no SUS (Sistema Único de Saúde), o resultado foi de 25,4% do número de hospitalizações<sup>(20)</sup>. Segundo dados do SUS de 2008 a 2017, o câncer de mama foi o que mais levou pacientes à internação em Ribeirão Preto, SP, com 41,5%<sup>(21)</sup>. Em um artigo sobre internações por neoplasias no Rio Grande do Sul<sup>(22)</sup>, 7,39% foram por câncer de mama, ficando em terceiro lugar.

A dor foi o sintoma mais frequente entre os pacientes, resultado condizente com a literatura. Em um trabalho sobre a avaliação da dor no cuidado paliativo, a dor foi constatada como um dos sintomas mais prevalentes nesses pacientes, citando ainda que a dor estende-se para dimensões psicológicas e sociais<sup>(23)</sup>. Outros estudos falam da dor como sendo o principal sintoma e o mais dramático, afetando 71% dos pacientes com câncer<sup>(17)</sup>. Seguindo os dados desse estudo, temos dispnéia como o segundo mais frequente, dado que também é similar com a literatura. Segundo o estudo feito para elaborar o Manual de Cuidados Paliativos (17), dispnéia aparece em segundo lugar, com 63% de prevalência entre os pacientes em cuidado paliativo. Em um artigo sobre complicação em pacientes submetidos à quimioterapia, náusea e vômito foram as principais complicações (24), sintomas esses que aparecem em terceiro lugar no nosso estudo. Em outro trabalho, náusea e vômito tiveram uma prevalência de 55% em pacientes oncológicos (17). Em relação ao quarto lugar, temos o delirium. Em um trabalho feito em Belo Horizonte, “problemas



neurológicos” aparecem em primeiro lugar entre os pacientes, por conta da toxicidade de alguns quimioterápicos<sup>(14)</sup>. Em um artigo sobre delirium num serviço de cuidado paliativo em Portugal, entre os 114 pacientes oncológicos, 41,2% apresentaram delirium<sup>(25)</sup>.

Dentre as limitações do estudo, temos a falta de informação nos prontuários eletrônicos, não ter as escalas definidas e, por isso, terem sido feitas com base nas informações lidas nos prontuários. Apenas coletamos informações dos pacientes que estavam internados no hospital, excluindo os pacientes que foram cuidados em casa. Outra limitação foi a falta de um CID para “cuidados paliativos”, fazendo necessário uma classificação com base nas informações contidas nos prontuários.

## CONCLUSÃO

Conclui-se que o perfil da amostra pesquisada é formada predominantemente por idosos de 63,21 anos, do sexo masculino (58,0%), em união estável (74,0%), com ensino fundamental completo (52,0%), sobressaindo o câncer de pulmão (18,0%), com internações causadas por dor mal controlada (45,0%). Quanto a funcionalidade, houve a predominância de pacientes com baixo grau, sem condições de ter um autocuidado, geralmente acamados, sendo necessário um cuidado ativo e hospitalar.

Considerando que a incidência de doenças oncológicas aumenta a cada ano e, com isso, o número de pacientes em cuidado paliativo tende a aumentar, vemos que conhecer o perfil desses pacientes contribuirá para a eficiência dos procedimentos e sua eficácia, fazendo com que a equipe envolvida consiga compreender e atender melhor.

Novas pesquisas sobre o cuidado paliativo se fazem necessárias, assim como mudanças e maior atenção para esse assunto. Uma classificação exata para quem está em cuidado paliativo, como um CID (Classificação Internacional de Doença), pode organizar melhor esses pacientes e facilitar futuros estudos. É importante levantar a questão sobre o fim da vida e como podemos melhorá-lo para o paciente e para os próprios profissionais da saúde.

## REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde, Instituto Nacional de Câncer. Estimativa 2018: incidência de câncer no Brasil Coordenação de Prevenção e Vigilância. Rio de Janeiro. INCA; 2017.
2. Hoyert DL, Xu JQ. Deaths: preliminary data for 2011. Natl Vital Stat Rep 2012.
3. Ferrell BR, Temel JS, Temin S, Alesi ER, Balboni TA, Basch EM, et.al. Integration of Palliative Care Into Standard Oncology Care: American Society of Clinical Oncology Clinical Practice Guideline Update. Alexandria, ASCO Journals; 2017.
4. Arantes, ACLQ. Indicações de Cuidados Paliativos. Academia Nacional de Cuidados Paliativos. Manual de Cuidados Paliativos. 1 ed. Rio de Janeiro: Diagraphic.; 2009.





5. Hermes, HR; Lamarca, ICA. Cuidados paliativos: uma abordagem a partir das categorias profissionais de saúde. Rio de Janeiro: Ciência & Saúde Coletiva; 2013.
6. Esdras EBP, Nadia BS, Edilene SNFS. Avaliação da capacidade funcional do paciente onco geriátrico hospitalizado. Belém: Ciência & Saúde Coletiva, 2014.
7. Anvezzo VMS; Montandon DS; Esteves LSE. Instrumentos de avaliação de funcionalidade de idosos em cuidados paliativos: uma revisão integrativa. Rio de Janeiro: Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia; 2018.
8. Rodrigues JSM, Ferreira NMLA. Caracterização do perfil epidemiológico do câncer em uma cidade do interior paulista: conhecer para intervir. São Paulo: Rev Bras Cancerol; 2010.
9. Lauter DS, Herr GEG, Souza MM, Ceratti JO, Kolankiewicz ACB. Perfil clínico e epidemiológico de pacientes oncológicos. CONVIBRA - Gestão, Educação e Promoção da Saúde, 2014.
10. Indicadores da unidade de cuidados paliativos: hospital do câncer IV do Instituto Nacional de Câncer/MS. Instituto Nacional de Câncer. – Rio de Janeiro: INCA, 2009.
11. Bastos BR, Pereira AK, Castro CC et al. Perfil sociodemográfico dos pacientes em cuidados paliativos em um hospital de referência em oncologia do estado do Pará, Brasil. Pará: Rev Pan-Amazônica Saude, 2018.
12. Castôr KS, Moura ECR, Pereira EC, Alves DC et al. Cuidados paliativos: perfil com olhar biopsicossocial dentre pacientes oncológicos. São Paulo: Rev Pan-Amazônica Saude; 2019.
13. Ferreira APQ, Lopes LQF, Melo MCB. O papel do psicólogo na equipe de cuidados paliativos junto ao paciente com câncer. Rio de Janeiro: Rev. SBPH; 2011.
14. Souza RS, Simão DAS, Lima, EDRP. Perfil sociodemográfico e clínico de pacientes atendidos em um serviço ambulatorial de quimioterapia paliativa em Belo Horizonte. Minas Gerais: Rev. SBPH, 2012.
15. John P, Ghooi RB. Profile of Patients Opting for Palliative Care in India. Índia: Rev. SBPH, 2017.
16. Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília: Rev. SBPH, 2018.
17. ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS (ANCP). Manual de Cuidados Paliativos. 1. ed. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2009.
18. Silva PB, Lopes M, Trindade LCT et al. Controle dos sintomas e intervenção nutricional. Fatores que interferem na qualidade de vida de pacientes oncológicos em cuidados paliativos. São Paulo: Revista Dor, 2010.
19. Matos GDR, Pulschen AC. Qualidade de vida de pacientes internados em uma unidade de cuidados paliativos: um estudo transversal. São Paulo: Revista Brasileira de Cancerologia, 2015.
20. Sousa-Muñoz RL. Hospitalizações por neoplasias em idosos no âmbito do Sistema Único de Saúde na Paraíba/Brasil. Paraíba: Rev Saud e Pesq; 2015.



21. Costa AL, Santos AL, Grange PH. Boletim Saúde. São Paulo: E. Centro de Pesquisa em Economia Regional da Fundance; 2018.

22. Dazzi MC, Zatti CA, Baldissera R. Internações hospitalares por neoplasias no estado do Rio Grande do Sul. Rio Grande do Sul: Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research; 2014.

23. Waterkemper R, Reibnitz KS. Cuidados paliativos: a avaliação da dor na percepção de enfermeiras. Rio Grande do Sul: Rev Gaúcha Enferm; 2010.

24. Silva MF, Miraglia MA, Veloso-Guedes CA et al. Qualidade de vida e complicações associadas em pacientes submetidos a tratamento quimioterápico. São Paulo: Rev Gaúcha Enferm; 2013.

25. Moreira CF. Delirium dimensão do problema num serviço de cuidados paliativos. Porto: Universidade Católica Portuguesa – Instituto de Ciências da Saúde, Portugal; 2012.

## TABELAS

**Tabela 1** - Perfil epidemiológico dos pacientes oncológicos em cuidado paliativo em um hospital da cidade de Criciúma/SC entre os anos de 2016 e 2017.

	Média ± DP, Mediana (AIQ), n(%) n=100
<b>Idade (anos)</b>	63,21 ± 12,33
<b>Gênero</b>	
Masculino	58 (58,0)
Feminino	42 (42,0)
<b>Estado Civil</b>	
Solteiro	8 (8,4)
União estável	74 (77,0)
Viúvo	8 (8,4)
Divorciado	6 (6,2)
Informação ausente no prontuário	4
<b>Escolaridade</b>	
Analfabeto	3 (3,0)
Ensino Fundamental Completo	52 (52,0)
Ensino Fundamental Incompleto	20 (20,0)
Ensino Médio Completo	15 (15,0)
Ensino Médio Incompleto	2 (2,0)
Ensino Superior Incompleto	1 (1,0)
Ensino Superior Completo	7 (7,0)
<b>Presença de Equipe Multidisciplinar</b>	
Sim	97 (97,0)
Não	3 (3,0)

continua



continua

**Número de Internações (vezes)** 4,0 (2,5 – 7,5)

**Tipo de Neoplasia Maligna**

Pulmão	18 (18,0)
Estômago	16 (16,0)
Mama	15 (15,0)
Pele	10 (10,0)
Esôfago	9 (9,0)
Fígado	5 (5,0)
Pâncreas	2 (2,0)
Outro	25 (25,0)

**Tempo em Cuidado Paliativo (dias)** 4,0 (2,0 – 17,5)

**Tempo de Internação (dias)** 29,0 (13,0 – 52,0)

DP: desvio padrão. AIQ: amplitude interquartil.

Fonte: Dados da pesquisa (2019).

**Tabela 2 - Grau de funcionalidade dos pacientes oncológicos em cuidado paliativo em um hospital da cidade de Criciúma/SC entre os anos de 2016 e 2017.**

Grau de Funcionalidade		n (%)
n = 100		
<b>Escala Karnofsky (%)</b>		
60	Necessita de assistência ocasional, mas ainda é capaz de prover a maioria das suas atividades.	7 (7,0)
50	Requer assistência considerável e cuidados médicos frequentes.	16 (16,0)
40	Incapaz; requer cuidados médicos especiais.	27 (27,0)
30	Muito incapaz, indicada hospitalização, mas sem iminência de morte.	7 (7,0)
20	Muito debilitado, hospitalização necessária, necessitando de tratamento de apoio ativo.	31 (31,0)
10	Moribundo, processos letais progredindo rapidamente	12 (12,0)
<b>Escala PPS (%)</b>		
80	Deambulação completa; atividade normal com esforço, alguma evidência da doença, autocuidado completo; ingesta normal ou reduzida, nível de consciência completa.	5 (5,0)
60	Deambulação reduzida; incapaz para hobbies/trabalho doméstico, doença significativa, necessita de assistência ocasional, ingesta normal ou reduzida, consciência completa ou com períodos de confusão.	13 (13,0)
50	Maior parte de tempo sentado ou deitado, incapacitado para qualquer trabalho; doença extensa.	12 (12,0)
40	Maior parte do tempo acamado; incapaz para a maioria das atividades. Doença extensa; necessidade de assistência quase completa; ingesta normal ou reduzida; nível da consciência completa ou sonolência, +/- confusão	23 (23,0)
30	Totalmente acamado; incapaz para qualquer atividade, doença extensa, dependência completa, ingesta normal ou reduzida; nível de consciência completa ou sonolência. +/- confusão.	4 (4,0)

continua



	continua	
20	Totalmente acamado; incapaz para qualquer atividade, doença extensa; dependência completa; ingesta mínima a pequenos goles; nível de consciência completa ou sonolência. +/- confusão.	26 (26,0)
10	Totalmente acamado; incapaz para qualquer atividade, doença extensa, dependência completa; cuidados com a boca; nível de consciência completa ou sonolência. +/- confusão.	17 (17,0)
<b>Escala PS-ECOG</b>		
2	Fora do leito mais de 50% do tempo.	11 (11,0)
3	No leito mais de 50% do tempo, carente de cuidados mais intensivos.	51 (51,0)
4	Preso ao leito.	38 (38,0)

Fonte: Dados da pesquisa (2019).

**Tabela 3** - Causa da última internação dos pacientes oncológicos em cuidado paliativo em um hospital da cidade de Criciúma/SC entre os anos de 2016 e 2017.

	n(%) n=100
<b>Dor</b>	45 (45,0)
<b>Dispneia</b>	13 (13,0)
<b>Náusea e/vômito</b>	6 (6,0)
<b>Delirium</b>	5 (5,0)
<b>Constipação</b>	4 (4,0)
<b>Síndrome da Veia Cava superior</b>	2 (2,0)
<b>Ansiedade</b>	1 (1,0)
<b>Síndrome da Compressão Medular</b>	1 (1,0)
<b>Outros</b>	23(23,0)

Fonte: Dados da pesquisa (2019).

**Tabela 4** - Tipo de neoplasia dos pacientes oncológicos em cuidado paliativo em um hospital da cidade de Criciúma/SC entre os anos de 2016 e 2017.

	Número de Internações, Mediana (AIQ) n=100	Valor – p
Mama	7,5 (4,0 – 11,0)	0,437 <sup>‡</sup>
Estômago	5,0 (3,0 – 7,5)	
Pâncreas	5,0 (1,0 – 9,0)	
Pele	5,0 (3,0 – 8,0)	
Pulmão	4,0 (2,0 – 7,0)	
Fígado	4,5 (4,0 – 7,0)	
Esôfago	3,0 (3,0 – 5,0)	
Outro	3,0 (2,0 – 6,0)	

Fonte: Dados da pesquisa (2019).

AIQ – Amplitude Interquartil

<sup>‡</sup>Valor obtido após aplicação do teste H de Kruskal-Wallis.