



## Perfil Clínico-Admissional, Multimorbidade e Critérios de Elegibilidade em Cuidados Paliativos no Hospital Municipal Evandro Freire

Flávia Lobão<sup>1</sup>; Fábio Basílio; Ana Beatriz Barbosa; José Arimatéia; Antônio Babbo; Flávio Monteiro; Tiago Velloso.  
Hospital Municipal Evandro Freire, RJ

**Eixo Temático:** Reabilitação e Cuidados Paliativos.

### Introdução

A identificação precoce da elegibilidade para Cuidados Paliativos (CP) no ambiente hospitalar de urgência e emergência é essencial para prevenir a distanásia, alinhar expectativas prognósticas e assegurar proporcionalidade terapêutica e dignidade. Pacientes adultos e idosos admitidos no Sistema Único de Saúde (SUS) frequentemente apresentam elevada carga de multimorbidade crônica descompensada por eventos agudos graves. Compreender como esse perfil clínico e as trajetórias de terminalidade se distribuem entre diferentes setores hospitalares subsidia fluxos assistenciais mais integrados e humanizados.

### Objetivo

Identificar e agrupar o estado de saúde na admissão e o número de condições de saúde elegíveis de pacientes que podem se beneficiar dos cuidados paliativos no Hospital Municipal Evandro Freire. Comparar, entre os setores, os motivos da internação, as condições anteriores e os critérios usados para indicar esses cuidados.

### Métodos

Estudo observacional, descritivo e transversal baseado na análise retrospectiva de registros clínicos e conferências familiares da Comissão de Cuidados Paliativos (CCP) do Hospital Municipal Evandro Freire (n = 80 registros válidos e estratificados). As variáveis coletadas contemplaram: setor de internação (Emergência/CER, Clínica Médica, CTI), faixa etária, motivo de internação hospitalar (MIH), histórico patológico pregresso (HPP), critérios de elegibilidade e decisões compartilhadas em conferência familiar. Os dados foram sintetizados por meio de estatística descritiva absoluta e proporcional.

### Conclusão

A estratificação setorial demonstrou que a multimorbidade crônica (HAS, DM, demência e neoplasias) é transversal, porém os gatilhos para intervenção paliativa diferem significativamente: enquanto na Emergência o foco é a contenção de medidas invasivas fúteis na admissão aguda, no CTI predomina o descalonamento terapêutico por falha orgânica, e na Clínica Médica sobressai o *planejamento* de cuidados continuados e controle de sintomas. A atuação estruturada da Comissão de Cuidados Paliativos nesses três eixos garante proporcionalidade terapêutica, proteção bioética e respeito aos valores do paciente e de seus familiares no SUS.

### Resultados

**TABELA 1. ESTRATIFICAÇÃO DO PERFIL CLÍNICO-ADMISSIONAL, MULTIMORBIDADE E CONDUTAS BIOÉTICAS POR SETOR ASSISTENCIAL (HOSPITAL MUNICIPAL EVANDRO FREIRE, N = 80)**

| Dimensão Analisada                           | Emergência / CER (n = 35)                                                                | CTI (n = 25)                                                                                       | Clínica Médica (n = 20)                                                                             |
|----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Idade Média (Amplitude) e Idosos (≥ 60 anos) | 78,9 anos (56 a 103 anos)   94,3% (n = 33)                                               | 65,4 anos (25 a 93 anos)   68,0% (n = 17)                                                          | 76,2 anos (48 a 94 anos)   90,0% (n = 18)                                                           |
| Motivo Agudo de Admissão (MIH)               | Pneumonia/Sepse (34,3%); Rebaixamento/AVE (28,6%); Inapetência/Quedas (17,1%)            | Choque Séptico/SDRA (36,0%); Coma/PCR revertida (24,0%); Pós-op/Fratura grave (20,0%)              | Complicações neoplásicas/Obstrução (35,0%); Sepses/Infecções (30,0%); Desidratação/IRA (20,0%)      |
| Multimorbidade Prévia (HPP)                  | HAS (51,4%); Demência/Alzheimer (34,3%); Neoplasias (25,7%); LPP/Imobilismo (20,0%)      | HAS/DM (56,0%); Neoplasia metastática (28,0%); DRC/Hepatopatia (24,0%); DPOC (20,0%)               | Neoplasias sólidas (45,0%); HAS/DM (40,0%); Demência crônica/Acamado (35,0%)                        |
| Gatilhos de Elegibilidade Precoce            | Fim de vida iminente à admissão; Fragilidade extrema; Prevenção de invasões fúteis       | Refratariedade e falha terapêutica; Falência orgânica múltipla; Suporte artificial pleno fútil     | Progressão de doença crônica irreversível; Queda de performance status; Conforto e desospitalização |
| Deliberações Bioéticas Compartilhadas        | Não RCP (94,3%); Não IOT (88,6%); Não Diálise (57,1%); Foco exclusivo em conforto (100%) | Não RCP (96,0%); Não Diálise (72,0%); Teto/desmame de vasopressores (56,0%); Desprescrição (48,0%) | Não RCP (90,0%); Não IOT (85,0%); Não Diálise (65,0%); Via oral de conforto / Domicílio (80,0%)     |

Fonte: Comissão de Cuidados Paliativos – Hospital Municipal Evandro Freire (HMEF).

**Legenda das abreviações:**

- **Condições e Doenças Crônicas:** HAS (Hipertensão Arterial Sistêmica), DM (Diabetes Mellitus), DRC (Doença Renal Crônica), DPOC (Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica).
- **Sinais, Sintomas e Intercorrências Clínicas:** LPP (Lesão por Pressão), RNC (Rebaixamento do Nível de Consciência), PCR (Parada Cardiorrespiratória).
- **Procedimentos e Intervenções:** IOT (Intubação Orotraqueal), RCP (Reanimação Cardiopulmonar).

Acesse o trabalho na íntegra!

