**HOSPITAL EVANGÉLICO DE CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM**
**HECI RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM ATENÇÃO CARDIOVASCULAR**
**ENFERMAGEM**

**RODRIGO ALMEIDA MONTEIRO**

# PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E DESFECHOS CLÍNICOS DE PACIENTES EM CUIDADOS PALIATIVOS EM CARDIOLOGIA

Cachoeiro de Itapemirim - ES

15 de janeiro de 2025

# PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E DESFECHOS CLÍNICOS DE PACIENTES EM CUIDADOS PALIATIVOS EM CARDIOLOGIA

## SOCIODEMOGRAPHIC PROFILE AND CLINICAL OUTCOMES OF PATIENTS IN PALLIATIVE CARE IN CARDIOLOGY

**MONTEIRO, Rodrigo Almeida**[1]
**RIBEIRO, Gustavo Zigoni de Oliveira**[2]
**RAMOS, Gabriel Pacheco**[3]
**AZEVEDO, Luiza Magno**[4]

**RESUMO**

**INTRODUÇÃO:** Os cuidados de conforto são medidas voltadas para promover melhor qualidade de vida para pacientes cuja as intervenções curativas se esgotaram. No contexto da cardiologia, é um tema recente na literatura que demanda pesquisa para melhorar a qualidade do serviço prestado. **OBJETIVOS:** Caracterizar o perfil sociodemográfico, clínico-assistencial e os desfechos clínicos de pacientes em cuidados paliativos no contexto da cardiologia, em um hospital de referência no sul do estado do Espírito Santo. **METODOLOGIA:** Trata-se de estudo observacional, retrospectivo e transversal, com componente descritivo e analítico, baseado em dados de prontuários de pacientes em cuidados paliativos no contexto da cardiologia. O estudo foi realizado na Unidade Coronariana (UCO) e na clínica cardiológica no período de 2011 à 2025 no Hospital Evangélico de Cachoeiro de Itapemirim. **RESULTADOS:** Os pacientes são em sua maioria do sexo feminino, idosos, de etnia parda, com fundamental incompleta, proveniente de Cachoeiro de Itapemirim, aposentada, viúva, Católica. internados devido a dispneia, insuficiência cardíaca e infarto. Com diagnóstico médico mais prevalente de IC e SCA. Com diagnóstico secundário de FA e doença renal crônica. Com história pregressa de HAS, realização de cirurgia cardíaca prévia e diabetes. Foi observado a presença de tabagismo e alcoolismo em grande parte dos prontuários. **CONCLUSÃO:** Conhecer o perfil desses pacientes contribui para a compreensão das peculiaridades desses indivíduos, auxiliando a equipe multidisciplinar da clínica de cuidados paliativos no planejamento da assistência prestada. Que esta pesquisa possa contribuir para a otimização de suas atividades.

**Palavras chave:** Cuidados paliativos; Enfermagem; Cardiologia

[1] Residente do programa de residência multiprofissional em atenção cardiovascular do Hospital Evangélico de Cachoeiro de Itapemirim-ES,Rodrigoalmeidamento2000@gmail.com.

[2] Orientador: Mestre em administração de empresas, Hospital Evangélico de Cachoeiro de Itapemirim-ES, Gustavo.zigoni@gmail.com.

[3] Co-Orientador: Enfermeiro especialista em terapia intensiva, Hospital Evangélico de Cachoeiro de Itapemirim-ES, gabriel.pr19@hotmail.com.

[4] Tutora: Enfermeira especialista em terapia intensiva, Hospital Evangélico de Cachoeiro de Itapemirim-ES, luizaazevedo-vip@hotmail.com.

**ABSTRACT**
**INTRODUCTION:** Comfort care measures are aimed at promoting a better quality of life for patients whose curative interventions have been exhausted. In the context of cardiology, it is a recent topic in the literature that demands research to improve the quality of service provided. **OBJECTIVES:** To characterize the sociodemographic, clinical-assistance profile and clinical outcomes of patients in palliative care in the context of cardiology, in a reference hospital in the south of the state of Espírito Santo. **METHODOLOGY:** This is an observational, retrospective and cross-sectional study, with a descriptive and analytical component, based on data from medical records of patients in palliative care in the context of cardiology. The study was conducted in the Coronary Care Unit (CCU) and in the cardiology clinic from 2011 to 2025 at the Hospital Evangélico de Cachoeiro de Itapemirim. **RESULTS:** The patients are mostly female, elderly, of mixed race, with incomplete primary education, from Cachoeiro de Itapemirim, retired, widowed, Catholic. They were hospitalized due to dyspnea, heart failure, and myocardial infarction. The most prevalent medical diagnoses were heart failure and acute coronary syndrome (ACS). Secondary diagnoses included atrial fibrillation (AF) and chronic kidney disease. They had a history of hypertension, previous cardiac surgery, and diabetes. Smoking and alcoholism were observed in a large portion of the medical records. **CONCLUSION:** Knowing the profile of these patients contributes to understanding the peculiarities of these individuals, assisting the multidisciplinary team of the palliative care clinic in planning the care provided. May this research contribute to the optimization of their activities.

**Keywords:** Palliative care; Nursing; Cardiology

## INTRODUÇÃO

Os cuidados paliativos (CP) são uma forma de cuidados voltada para a integralidade, atendendo as necessidades físicas, sociais, mentais e espirituais para pacientes não responsivos ao tratamento ou com expectativa de vida limitada. Deixam de ser somente o alívio da dor e do sofrimento para pacientes acometidos por enfermidades de caráter agudo e/ou crônico. Inicialmente era exclusivo para pacientes oncológicos, porém foram estendidos para pacientes com doenças cardiovasculares, neurológicas e infecciosas, incluindo aqueles com o novo coronavírus (SOUZA *et al*., 2022).

Neste contexto, a definição de paliatividade do paciente muitas vezes é tomada apenas nos momentos finais. Considerando que envolver o indivíduo de forma antecipada favorece sua participação no processo saúde-doença e fortalece o protagonismo nas decisões de cuidado, essa antecipação torna-se especialmente relevante em cenários com trajetória clínica não linear, como na insuficiência cardíaca (IC) (LALA; GELFMAN; MENTZ, 2023).

Desta forma, para abordar os CP é importante pensar no paciente em um contexto global, melhorando a qualidade de vida do indivíduo no processo de fim de vida. É fundamental que a enfermagem promova medidas de conforto para aliviar possíveis sofrimentos do paciente, seja pelas limitações físicas ou pelas demais manifestações clínicas da progressão da doença causadas pela patologia (CISNEROS SÁNCHEZ; CARRAZANA GARCÉS; MARTÍNEZ PERÓ, 2017). Assim, o bom manejo dos CP é imprescindível devido ao aumento das doenças crônicas e o envelhecimento populacional (BRABO; LAPRANO, 2018; CROUSILLAT *et al*., 2018).

Para a promoção dos CP, as instituições hospitalares dependem da atenção multidisciplinar de uma equipe composta por enfermeiros, médicos, fisioterapeutas, psicólogos e terapeutas ocupacionais. Cada um desses profissionais em sua especialidade, é responsável por auxiliar o paciente e o acompanhante no processo de luto e na promoção do bem-estar (ARAUJO *et al*., 2021; HERRERA; CEPEDA; HERRERA, 2020). O enfermeiro é um dos profissionais que estão expostos a este cenário de morte e luto, sendo importante portar um arsenal de ferramentas para lidar com estas situações (BRABO; LAPRANO, 2018; CISNEROS SÁNCHEZ; CARRAZANA GARCÉS; MARTÍNEZ PERÓ, 2017).

Os CP no contexto da cardiologia não são um tema muito abordado em artigos de forma satisfatória, se comparado aos cuidados paliativos em pacientes oncológicos. Quando considerados no plano terapêutico, pode-se melhorar a maneira como os cuidados são prestados, seja por uma melhora na comunicação como um todo, pelo estabelecimento de metas ou prioridades para o tratamento, ou pela tomada de decisão durante o processo terapêutico. Neste contexto, torna-se possível para a família e para os acompanhantes participar durante este momento (LALA; GELFMAN; MENTZ, 2023).

As doenças cardiovasculares em 2022, representaram cerca de 27% de todos os óbitos registrados no Brasil (OLIVEIRA et al., 2024). A IC tem tendência a aumentar 46% de 2012 a 2030 entre pessoas com mais de 18 anos de idade, devido ao aumento da expectativa de vida, uma vez que a idade avançada é um fator de risco para insuficiência cardíaca (PEDRÃO *et al*., 2018).

Enquanto isso, nos Estados Unidos a IC aumentou de 5,7 milhões em pacientes acima de 20 anos em 2009, para 6,2 milhões em 2016 estima-se que já afete 26 milhões de pessoas no mundo, com tendência a aumentar o quantitativo de

mortes devido ao envelhecimento populacional (CESTARI et al., 2021). Pacientes internados com insuficiência cardíaca têm 20% a 30% de chance de evoluir a óbito no decorrer de um ano. Neste contexto, durante a internação, é importante não somente tratar das manifestações clínicas, mas também promover a otimização das medidas terapêuticas a longo prazo para melhorar o prognóstico do paciente (HOLLENBERG *et al*., 2019).

Entre os anos de 2008 e 2018 a IC foi a principal causa de hospitalização no Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil. Sendo contabilizadas mais de 252 mil óbitos. Sendo que as doenças cardiovasculares em 2019 representou 1,74 óbitos a cada 100 mil habitantes (364.132 óbitos). Sendo que a IC foi responsável por 12,9% das internações e elevadas taxas de internação que ultrapassam os 3 bilhões de reais (ARRUDA et al., 2022). Neste contexto, a insuficiência cardíaca é considerada uma nova epidemia com elevada taxa de morbimortalidade (PEDRÃO *et al*., 2018).

A discussão de objetivos durante o processo de fim de vida leva a ideias de CP e não ressuscitação, sendo um tópico importante quando o paciente possui um prognóstico desfavorável. É importante considerar o ponto de transição, ou seja, até que momento é aceitável utilizar medidas invasivas ou a realização da reanimação cardiopulmonar (WALSH *et al*., 2024). No contexto da cardiologia, apenas 16 a cada 100 pacientes possuem boa performance cerebral após o retorno da circulação espontânea após a reanimação cardiopulmonar (ECARNOT *et al*., 2018).

Existe uma desproporção entre os profissionais treinados para prestar CP de forma a promover o bem-estar e a qualidade de vida para os pacientes, através do manejo das manifestações clínicas apresentadas pelos pacientes com alterações cardiovasculares (KAVALIERATOS *et al*., 2022). Considerando também que a quantidade de materiais sobre os cuidados de conforto nesse contexto é menor em comparação com os da oncologia, mostra-se a necessidade de estudar sobre o tema, para melhorar o cuidado prestado (JOHNSON *et al*., 2018).

O interesse pelo tema decorre da relevância assistencial dos cuidados paliativos em cardiologia e da necessidade de ampliar a compreensão sobre o perfil e os desfechos clínicos desses pacientes. Diante do exposto, este estudo tem como objetivo geral caracterizar o perfil sociodemográfico, clínico-assistencial e os desfechos clínicos de pacientes em cuidados paliativos no contexto da cardiologia, em um hospital de referência no sul do estado do Espírito Santo. Como objetivos específicos, busca-se: (i) descrever o perfil sociodemográfico dos pacientes em

cuidados paliativos no contexto da cardiologia; (ii) descrever as características clínicas e cardiológicas dos pacientes em cuidados paliativos; e (iii) identificar os desfechos clínicos dos pacientes cardíacos em cuidados paliativos.

## METODOLOGIA

Trata-se de estudo observacional, retrospectivo e transversal, com componente descritivo e analítico, baseado em dados de prontuários de pacientes em cuidados paliativos no contexto da cardiologia. O estudo foi realizado na Unidade Coronariana (UCO) e na clínica cardiológica do Hospital Evangélico de Cachoeiro de Itapemirim.

A população do estudo foi composta por pacientes com registro de cuidados paliativos em prontuário eletrônico no Software para gestão hospitalar Soul MV, identificados por meio do item de prescrição “cuidados de conforto” e “Paciente em cuidados de conforto - não SAVI (suporte avançado de vida)”, internados na clínica cardiológica e/ou UCO no período de 01 de janeiro de 2011 onde houve os primeiros registros de prescrição de cuidados paliativos à 31 de dezembro de 2025 onde se iniciou a coleta de dados.

Foram incluídos pacientes maiores de 18 anos, com registro de cuidados paliativos no prontuário eletrônico, admitidos na clínica cardiológica e/ou na UCO do Hospital Evangélico de Cachoeiro de Itapemirim, no período de 1º de janeiro de 2011 a 31 de dezembro de 2025.

Foram excluídos: pacientes cujo registro de cuidados paliativos esteve relacionado a causa alheia ao contexto da cardiologia; pacientes que não permaneceram internados nos setores definidos para análise (clínica cardiológica e/ou UCO); e pacientes sem registros suficientes no sistema para as variáveis essenciais do estudo. Quando aplicável, pacientes contatados e que recusaram a utilização de seus dados na pesquisa também foram excluídos

Os dados dos prontuários foram inseridos em formulário pré-estruturado, onde foi utilizado um trabalho como base com onze questões fechadas (Bastos *et al.*, 2018). Adaptando o mesmo, para um questionário com 16 questões fechadas sobre aspectos sociodemográficos (sexo, faixa etária, naturalidade, procedência, escolaridade, ocupação, estado civil, religião, cor de pele, motivo da internação,

diagnóstico médico, diagnóstico secundário, história pregressa, internações pregressas, data do início dos cuidados de conforto, data do óbito / alta hospitalar).

Os dados foram organizados em planilha eletrônica (Microsoft Excel 2019) e analisados nos softwares Epi Info para Windows e jamovi. As variáveis categóricas foram descritas por frequências absolutas e relativas e as quantitativas por média e desvio-padrão ou mediana e intervalo interquartil, conforme a distribuição. A normalidade foi avaliada pelo teste de Shapiro–Wilk e a homogeneidade de variâncias pelo teste de Levene. Para comparação entre dois grupos independentes segundo sexo, a idade foi comparada pelo teste t e as demais variáveis quantitativas (dias internados, dias em cuidados paliativos, dias até o início dos cuidados paliativos e internações pregressas) pelo teste U de Mann–Whitney. A associação entre variáveis categóricas e o desfecho óbito intra-hospitalar vs alta foi testada por teste exato de Fisher em tabelas 2×2. As associações entre variáveis numéricas foram estimadas pela correlação de Spearman (ρ). Foram reportados valores de p e tamanhos de efeito (d de Cohen para Welch; correlação bisserial de ordens $r_{rβ}$ para Mann–Whitney; coeficiente Phi (φ) para tabelas 2×2), adotando-se testes bicaudais e nível de significância de 5% ($p \leq 0,05$).

Todos os dados obtidos nesta pesquisa foram analisados respeitando-se as normas de pesquisa envolvendo seres humanos, contidas na Resolução Nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. A coleta de dados se deu concomitante pelo Software para gestão hospitalar MV2000i, sistema de gestão eletrônico utilizado pela instituição coparticipante e se iniciou apenas após aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisas da Unimed Vitória – ES, sob Parecer Número 7.535.953, CAAE: 87027324.6.0000.5061.

A pesquisa foi conduzida conforme as normas brasileiras para pesquisa envolvendo seres humanos, em especial a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. A coleta de dados ocorreu por meio do sistema eletrônico de prontuário, utilizado pela instituição coparticipante, e teve início somente após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Unimed Vitória – ES, sob Parecer nº 7.535.953 e CAAE: 87027324.6.0000.5061.

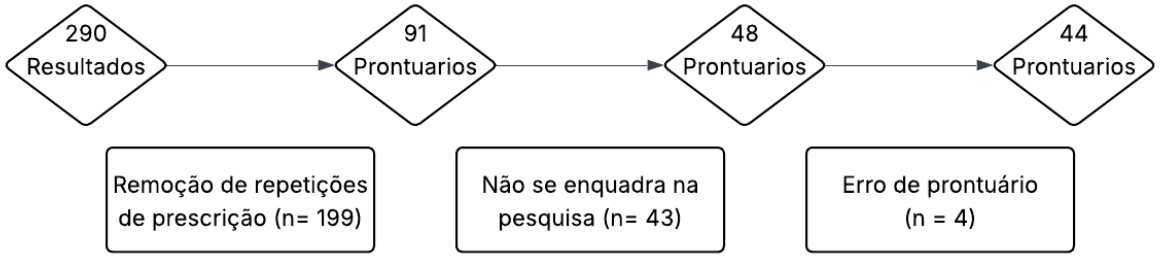
Por se tratar de estudo retrospectivo baseado em prontuários, foi solicitada dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para pacientes com óbito registrado em prontuário. Para pacientes com alta, realizou-se tentativa de contato com base nos dados disponíveis no prontuário para solicitação do TCLE;

esgotadas as alternativas de contato, solicitou-se dispensa. A justificativa considerou a inviabilidade de contatar parte dos participantes e o potencial constrangimento de abordar familiares após o óbito, em consonância com a Resolução nº 510/2016

## RESULTADOS

Inicialmente, foram identificados 290 registros no sistema para triagem. Após a remoção de duplicidades de prescrição (n = 199), permaneceram 91 prontuários. Em seguida, 43 prontuários foram excluídos por não atenderem aos critérios de elegibilidade do estudo e 4 prontuários foram excluídos por inconsistências/insuficiência de registros, totalizando 44 prontuários incluídos na análise (Figura 1).

**FIGURA 1** - Fluxograma de seleção de participantes




**Fonte:** O autor (2025).

Na amostra (44 prontuários), predominou o sexo feminino (54,55%). A idade apresentou média de 74,4 anos (DP 15,6), variando de 39 a 96 anos.Observou-se maior concentração nas faixas 80–89 anos (29,55%) e 90-100 anos (20,45%). Predominou etnia parda (45,45%) e, quanto à escolaridade, fundamental incompleto (27,27%). A procedência mais frequente foi Cachoeiro de Itapemirim (34,10%). Predominaram viúvo(a) (29,55%) e 3 a 5 filhos (31,82%). A religião mais registrada foi católica (20,45%), embora não informada na maioria dos casos (65,91%); houve registro de acompanhante em 31 prontuários (70,46%) (Tabela 1).

**TABELA 1 - Variáveis sociodemográficas dos pacientes em cuidados paliativos em cardiologia em um hospital filantrópico no sul do estado do Espírito Santo, 2011–2025.**

| Variáveis | n = 44 | % |
|---|---|---|

| | | |
|---|---|---|
| **Sexo** | | |
| Feminino | 24 | 54,55 |
| Masculino | 20 | 45,45 |
| **Idade** | | |
| 80 a 89 anos | 13 | 29,55 |
| 90 a 100 anos | 9 | 20,45 |
| 60 a 69 anos | 8 | 18,18 |
| 70 a 79 anos | 6 | 13,64 |
| 50 a 59 anos | 6 | 13,64 |
| 40 a 49 anos | 1 | 2,27 |
| 30 a 39 anos | 1 | 2,27 |
| **Etnia** | | |
| Parda | 20 | 45,45 |
| Branca | 16 | 36,36 |
| Preta | 2 | 4,55 |
| Amarelo | 1 | 2,27 |
| Não informado | 5 | 11,37 |
| **Escolaridade** | | |
| Fundamental incompleto | 12 | 27,27 |
| Não alfabetizada | 9 | 20,45 |
| Ensino médio completo | 3 | 6,82 |
| Fundamental completo | 2 | 4,55 |
| Superior completo | 1 | 2,27 |
| Não informado | 17 | 38,64 |
| **Origem** | | |
| Cachoeiro de Itapemirim | 15 | 34,10 |
| Marataízes | 3 | 6,82 |
| Castelo | 3 | 6,82 |
| Outros | 23 | 52,26 |
| **Ocupação** | | |
| Aposentado | 25 | 56,82 |
| Pensionista | 4 | 9,10 |
| Outros | 12 | 27,26 |
| Não informado | 3 | 6,82 |
| **Estado civil** | | |
| Viúvo | 13 | 29,55 |
| Casado | 9 | 20,45 |
| Divorciado | 5 | 11,36 |
| Outros | 7 | 15,91 |
| Não informado | 10 | 22,73 |
| **Filhos** | | |
| 3 a 5 | 14 | 31,82 |
| 1 a 2 | 8 | 18,16 |
| 6 a 9 | 8 | 18,16 |
| Nenhum | 3 | 6,86 |
| 10 ou mais | 2 | 4,55 |
| Não informado | 9 | 20,45 |
| **Religião** | | |
| Católica | 9 | 20,45 |
| Evangélico | 3 | 6,82 |
| Espírita | 2 | 4,55 |
| Nega | 1 | 2,27 |
| Não Informado | 29 | 65,91 |
| **Acompanhante** | | |
| Sim | 31 | 70,46 |
| Não | 12 | 27,27 |
| Não informado | 1 | 2,27 |

**Fonte:** Dados da pesquisa (2025).

Entre as variáveis clínicas descritas, os motivos de internação mais frequentes foram dispneia e insuficiência cardíaca (IC), com 11 ocorrências (25,00%) cada. Entre os registros de IC como motivo de internação, predominou a forma não especificada, com 7 ocorrências (15,91%). O infarto agudo do miocárdio (IAM) foi registrado em 7 ocorrências (15,91%), com predomínio de IAM com supra do segmento ST, com 5 ocorrências (11,36%).

Quanto ao diagnóstico médico, a IC foi a categoria mais frequente, com 28 ocorrências (63,64%), destacando-se a forma não especificada, com 9 ocorrências (20,45%), seguida de síndrome coronariana aguda (SCA), com 8 ocorrências (18,18%), predominando SCA sem supra do segmento ST, com 5 ocorrências (11,36%).

Entre os diagnósticos secundários, destacaram-se fibrilação atrial (FA), com 14 ocorrências (31,82%), e doença renal crônica, com 11 ocorrências (25,00%). Na história pregressa, observou-se alta frequência de hipertensão arterial sistêmica (HAS), com 35 ocorrências (79,55%), além de cirurgia cardíaca prévia e diabetes, ambas com 12 ocorrências (27,27%), e insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida (ICFER), com 10 ocorrências (22,73%). Houve registro de tabagismo em 20 ocorrências (45,45%) e de alcoolismo em 11 ocorrências (25,00%) (Tabela 2).

**TABELA 2 - Características clínicas e cardiológicas dos pacientes em cuidados paliativos no contexto da cardiologia em um hospital filantrópico no sul do estado do Espírito Santo, 2011-2025.**

| Variáveis | n | % |
|---|---|---|
| **Motivo de internação** | | |
| Dispneia | 11 | 25,00 |
| IC | 11 | 25,00 |
| *IC descompensada* | *1* | *2,27* |
| *IC perfil L* | *1* | *2,27* |
| *IC perfil Valvar* | *2* | *4,55* |
| *IC não especificada* | *7* | *15,91* |
| IAM | 7 | 15,91 |
| *IAMCSST* | *5* | *11,36* |
| *IAMSSST* | *2* | *4,45* |
| Dor precordial | 4 | 9,09 |
| Realização de operação | 4 | 9,09 |
| Queda do estado geral | 4 | 9,09 |
| Outros | 14 | 31,8 |
| **Diagnóstico médico** | | |
| IC | 28 | 63,64 |
| *IC classe funcional IV* | *5* | *11,36* |

| | | |
|---|---|---|
| *IC congestiva* | *1* | *2,27* |
| *IC perfil B* | *6* | *13,64* |
| *IC perfil C* | *2* | *4,45* |
| *IC valvar* | *5* | *11,36* |
| *IC não especificada* | *9* | *20,56* |
| SCA | 8 | 18,18 |
| *SCACSST* | *3* | *6,82* |
| *SCASSST* | *5* | *11,36* |
| Estenose aórtica | 4 | 9,09 |
| Lesão valvar | 4 | 9,09 |
| Outros | 20 | 45,27 |
| **Diagnóstico secundário** | | |
| FA | 14 | 31,82 |
| Doença renal crônica | 11 | 25,00 |
| Miocardiopatia | 8 | 18,18 |
| Valvopatia | 6 | 13,64 |
| Pós PCR | 5 | 11,36 |
| DAOP | 5 | 11,36 |
| Neoplasia | 4 | 9,09 |
| Insuficiência renal aguda | 4 | 9,09 |
| Outros | 40 | 90,33 |
| **História Pregressa do Paciente** | | |
| HAS | 35 | 79,55 |
| Cirurgia cardíaca prévia | 12 | 27,27 |
| Diabetes | 12 | 27,27 |
| ICFER | 10 | 22,73 |
| AVC | 8 | 18,18 |
| Outros | 23 | 52,27 |
| Tabagismo | 20 | 45,27 |
| Alcoolismo | 11 | 25,00 |
| Uso de fogão a lenha | 4 | 9,09 |

**Notas:** Frequências correspondem ao número de prontuários com registro da variável; um mesmo prontuário pode apresentar mais de uma condição/diagnóstico, portanto as categorias não são mutuamente exclusivas.

**Fonte:** Dados da pesquisa (2025).

Quanto ao início dos cuidados paliativos, observou-se predominância de definição cerca de uma semana antes do desfecho (45,45%). O tempo médio em cuidados paliativos foi de 7,88 dias (DP = 10,35), incluindo 8 pacientes com permanência inferior a 24 horas (18,20%). O tempo até o início dos cuidados paliativos foi, com maior frequência, de 3 dias (11,36%), com registros de até 90 dias; a média foi de 19,16 dias (DP = 22,10) e a mediana foi de 9 dias (Tabela 3)

**TABELA 3 - Medidas descritivas de variáveis de internação e de cuidados paliativos em cardiologia, 2011–2025**

| Variáveis | Média | DP |
|---|---|---|
| Dias internados | 26,04 | 26,21 |
| Dias em cuidados paliativos | 7,88 | 10,35 |
| Dias para o início dos cuidados paliativos | 19,16 | 22,10 |
| Internações pregressas | 2,43 | 3,14 |

**Fonte:** Dados da pesquisa (2025).

Na comparação entre os sexos, houve diferença na idade, com maior média no sexo feminino (80,1; DP 11,7) em relação ao masculino (67,6; DP 17,1), pelo teste t de Welch (t = −2,77; gl = 32,6; p = 0,009), com tamanho de efeito grande (d = 0,85). Para as demais variáveis, analisadas pelo teste U de Mann–Whitney e apresentadas em mediana [P25–P75], não houve diferença significativa entre os grupos: dias internados (U = 307; p = 0,117), dias em cuidados paliativos (U = 294; p = 0,201), dias para início dos cuidados paliativos (U = 318; p = 0,067) e internações pregressas (U = 266; p = 0,531). Embora sem significância estatística, observou-se tendência de maiores valores no sexo masculino para dias até o início dos cuidados paliativos (p = 0,067), com efeito de magnitude pequena a moderada (Tabela 4).

**TABELA 4 - Comparação da idade, tempo de internação e indicadores relacionados a cuidados paliativos entre pacientes em cuidados de conforto segundo sexo (n=44)**

| Variáveis | Masculino | Feminino | Estatística | Tamanho do Efeito |
|---|---|---|---|---|
| Idade (anos) | 67,6 (DP 17,1) | 80,1 (DP 11,7) | t de Welch: t=-2,77; gl=32,6; p=0,009 | d = 0,85 |
| Dias internados | 27,5 [9,5–55,5] | 18,0 [9,8–23,0] | Mann–Whitney: U=307; p=0,117 | $r_{rb}$ = 0,28 |
| Dias em cuidados paliativos | 5,0 [1,8–12,5] | 3,5 [0,0–9,2] | Mann–Whitney: U=294; p=0,201 | $r_{rb}$ = 0,23 |
| Dias para o início dos cuidados paliativos | 9,5 [5,8–44,0] | 6,5 [3,0–15,5] | Mann–Whitney: U=318; p=0,067 | $r_{rb}$ = 0,33 |
| Internações pregressas | 2,0 [0,0–3,2] | 1,5 [0,0–3,0] | Mann–Whitney: U=266; p=0,531 | $r_{rb}$ = 0,11 |

**Notas:** Idade em média (DP) — t de Welch. Demais variáveis em mediana [P25–P75] — U de Mann–Whitney. Nível de significância adotado: 5%. Tamanho do efeito: d de Cohen (t) e $r_{rb}$ (Mann–Whitney).
**Fonte:** Dados da pesquisa (2025).

Na análise exploratória de associação com o desfecho, o registro de cuidados paliativos nesta internação apresentou associação com óbito intra-hospitalar (teste

exato de Fisher, p=0,034), com proporção de óbito de 83,8% entre aqueles com registro (31/37) e 42,9% entre aqueles sem registro (3/7). O tamanho do efeito foi moderado (Phi=0,357). As variáveis internação na Unidade Coronariana (UCO), hipertensão, diabetes, cirurgia cardíaca prévia e insuficiência cardíaca não apresentaram associação estatisticamente significativa com o desfecho (p>0,05) (Tabela 5).

**TABELA 5 - Associação entre variáveis clínicas/assistenciais e desfecho (óbito vs alta) em pacientes cardíacos em cuidados paliativos, 2011-2025.**

| Variáveis | DESFECHO | | | Estatística | Tamanho do Efeito |
|---|---|---|---|---|---|
| | N = 44 | Alta N (%) | Óbito N (%) | | |
| **Cuidados paliativos nesta internação** | | | | | |
| Sim | 37 | 6 (16,2%) | 31 (83,8%) | Exato de Fisher; p = 0,034 | phi = 0,357 |
| Não | 7 | 4 (57,1%) | 3 (42,9%) | | |
| **Internação na UCO** | | | | | |
| Sim | 13 | 1 (7,7%) | 12 (92,3%) | Exato de Fisher; p = 0,237 | phi = 0,232 |
| Não | 31 | 9 (29,0%) | 22 (71,0%) | | |
| **Hipertensão** | | | | | |
| Sim | 35 | 9 (25,7%) | 26 (74,3%) | Exato de Fisher; p = 0,659 | phi = 0,141 |
| Não | 9 | 1 (11,1%) | 8 (88,9%) | | |
| **Diabetes** | | | | | |
| Sim | 12 | 3 (25,0%) | 9 (75,0%) | Exato de Fisher; p = 1,000 | phi = 0,033 |
| Não | 32 | 7 (21,9%) | 25 (78,1%) | | |
| **Cirurgia cardíaca prévia** | | | | | |
| Sim | 12 | 1 (8,3%) | 11 (91,7%) | Exato de Fisher; p = 0,241 | phi = 0,210 |
| Não | 32 | 9 (28,1%) | 23 (71,9%) | | |
| **Insuficiência Cardíaca** | | | | | |
| Sim | 28 | 5 (17,9%) | 23 (82,1%) | Exato de Fisher; p = 0,456 | phi = 0,154 |
| Não | 16 | 5 (31,3%) | 11 (68,8%) | | |

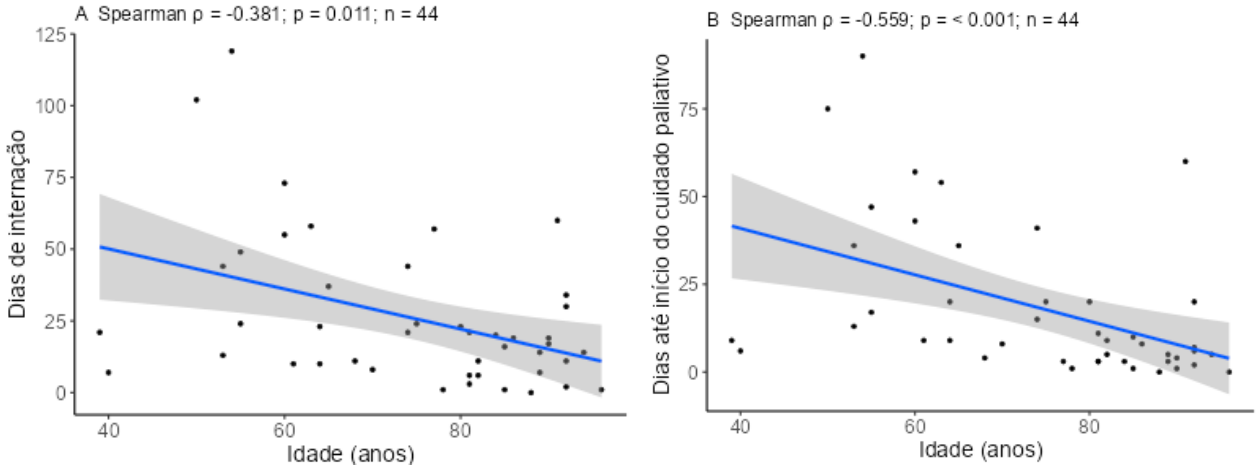
**Notas:** Percentuais em linha; teste exato de Fisher; Phi = tamanho do efeito (2×2).
**Fonte:** Dados da pesquisa (2025).

Os pacientes que evoluíram a óbito apresentaram maior número de internações anteriores (n=34; mediana 2,0; média 2,88; DP 3,41) quando comparados aos pacientes que não evoluíram a óbito (n=10; mediana 0,5; média 0,90; DP 1,10). O teste não paramétrico de Mann–Whitney indicou diferença estatisticamente significativa entre os grupos (U=101; p=0,048), com tamanho de efeito moderado (correlação bisserial de ordens = 0,409), sugerindo que um maior histórico de internações anteriores esteve associado ao desfecho óbito nesta amostra.

Na análise de correlação, observou-se associação negativa entre idade e dias de internação ($\rho = -0,381$; $p = 0,011$), indicando que pacientes mais idosos

apresentaram menor tempo de permanência hospitalar. Também houve correlação negativa entre idade e o tempo estimado até o início do cuidado paliativo (ρ = −0,559; p < 0,001), sugerindo início mais precoce do cuidado paliativo em pacientes de maior idade. Ressalta-se que o tempo até o início do cuidado paliativo foi calculado como dias internados menos dias em cuidados paliativos, devendo ser interpretado como medida operacional do percurso assistencial (Figura 2).

**Figura 2 – Diagramas de dispersão entre idade e (A) dias de internação e (B) tempo até início do cuidado paliativo, 2011-2025.**




**Fonte:** Dados da pesquisa (2025).

## DISCUSSÃO

O envelhecimento populacional tem sido acompanhado por mudanças no perfil epidemiológico, com maior predominância de condições crônicas, como hipertensão arterial, diabetes, acidente vascular encefálico, doenças cardiovasculares e neoplasias, o que tende a ampliar a demanda por cuidados paliativos (AVELINO; DIAS; ROSA, 2018).

No presente estudo, observou-se predomínio do sexo feminino entre pacientes em cuidados paliativos no contexto cardiovascular, achado compatível com investigação multicêntrica realizada nos Estados Unidos, na qual a proporção de mulheres também foi elevada (WARRAICH et al., 2019). Resultado semelhante foi descrito em hospital especializado em cardiologia em São Paulo, com predomínio de mulheres idosas entre pacientes em cuidados paliativos (PEDRÃO et al., 2018).

A concentração de pacientes em faixas etárias mais avançadas é coerente com a maior incidência de insuficiência cardíaca em idosos. Em consenso francês, a maioria dos pacientes com insuficiência cardíaca encontra-se em idades elevadas, reforçando a relação entre envelhecimento e maior carga de doença cardiovascular (HANON et al., 2021).

Quanto ao perfil étnico, diferenças entre estudos podem refletir características demográficas locais, critérios de registro e acesso aos serviços, de modo que comparações diretas devem considerar o contexto de cada população (WARRAICH et al., 2019).

No que se refere ao cenário assistencial, a maior proporção de pacientes em enfermaria, em contraste com relatos que descrevem maior presença em unidade coronariana em casos avançados, pode estar relacionada a fluxos institucionais e critérios de internação. Em situações de insuficiência cardíaca terminal, a permanência em unidades de alta complexidade pode ser discutida à luz de proporcionalidade terapêutica e potenciais riscos, como infecções e custos, especialmente quando não há benefício clínico esperado (CISNEROS SÁNCHEZ; CARRAZANA GARCÉS; MARTÍNEZ PERÓ, 2017).

Em relação aos motivos de internação, sintomas como dispneia, fadiga e retenção hídrica são frequentemente descritos em pacientes com insuficiência cardíaca avançada e podem se intensificar ao longo do curso clínico, justificando buscas por atendimento hospitalar (CISNEROS SÁNCHEZ; CARRAZANA GARCÉS; MARTÍNEZ PERÓ, 2017; HOLLENBERG et al., 2019; OKUMURA; SAWAMURA; MUROHARA, 2018; WARRAICH et al., 2019). Além disso, a dor pode compor o quadro de sofrimento e demandar manejo específico no cuidado paliativo cardiovascular (INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGIA, 2018; WARRAICH et al., 2019).

A presença de comorbidades, como doença renal crônica, fibrilação atrial, hipertensão arterial e diabetes, também foi descrita em estudo realizado em hospital especializado em cardiologia, reforçando que pacientes em cuidados paliativos nesse contexto tendem a apresentar múltiplas condições associadas, com potencial impacto funcional e prognóstico (PEDRÃO et al., 2018). Em idosos, fatores de risco cardiovasculares e comorbidades são frequentes e devem ser considerados na abordagem clínica, bem como condições não cardiovasculares e alterações cognitivas relacionadas à idade (HANON et al., 2021). Em insuficiência cardíaca, a

progressão pode comprometer o autocuidado e aumentar a necessidade de suporte familiar e de rede assistencial (CUNHA et al., 2021).

Entre os parâmetros utilizados na caracterização da insuficiência cardíaca, a fração de ejeção do ventrículo esquerdo é um critério clínico amplamente empregado, sendo considerada reduzida quando inferior a 40%. A insuficiência cardíaca pode ser compreendida como síndrome clínica associada a sintomas como dispneia, edema e redução da capacidade funcional, decorrentes de alterações estruturais e/ou funcionais cardíacas (TSUTSUI et al., 2019).

Considerando que havia dois pacientes em uso de marcapasso permanente (4,55%), levanta-se um tópico de discussão, que são os pacientes com cardio desfibrilador implantável (CDI) ou estimulação elétrica artificial. Esta ferramenta é utilizada para melhorar a sobrevida de pacientes com arritmias. No contexto de piora do prognóstico, onde não há perspectiva de reversão, existe a discussão sobre a possibilidade de desligamento do dispositivo para evitar que o paciente receba choques e tenha que suportar dor desnecessária durante o processo de terminalidade (AVELINO; DIAS; ROSA, 2018).

A IC é potencialmente fatal quando não é realizado um transplante cardíaco. A organização mundial de saúde estima que as doenças cardiovasculares são responsáveis 15,2 milhões de óbitos em 2016, sendo a maior causa de mortalidade em adultos de meia idade e idosos (40%). No caso da insuficiência cardíaca, a expectativa de vida após a primeira internação é de dois anos (ICHIKURA et al., 2023).

## CONCLUSÃO

Este estudo caracterizou o perfil sociodemográfico, clínico-assistencial e os desfechos clínicos de pacientes em cuidados paliativos no contexto da cardiologia no Hospital Evangélico de Cachoeiro de Itapemirim, com base em pesquisa documental. Na amostra analisada, observou-se predomínio do sexo feminino e maior concentração em faixas etárias avançadas, com destaque para 80–89 anos, além de predominância de etnia parda. Em relação às variáveis sociodemográficas, o ensino fundamental incompleto foi a categoria mais frequente entre os prontuários

com registro, embora tenha sido identificada proporção relevante de incompletude em variáveis como escolaridade e religião.

Entre as características clínicas, os motivos de internação mais frequentes incluíram dispneia e insuficiência cardíaca, seguidos por infarto agudo do miocárdio. O diagnóstico médico mais recorrente foi insuficiência cardíaca, seguido por síndrome coronariana aguda, e os diagnósticos secundários mais frequentes incluíram fibrilação atrial e doença renal crônica. Na história pregressa, destacaram-se hipertensão arterial sistêmica, cirurgia cardíaca prévia e diabetes, com registros também de tabagismo e alcoolismo.

Os achados reforçam a presença de necessidades paliativas relevantes no contexto cardiovascular e indicam a importância de aprimorar fluxos assistenciais e a qualidade do registro em prontuário, de modo a subsidiar decisões clínicas, planejamento do cuidado e comunicação alinhada a objetivos terapêuticos. Evidências internacionais apontam que, em insuficiência cardíaca, o acesso a cuidados paliativos pode ocorrer de forma menos frequente e mais tardia quando comparado a outras condições, o que torna pertinente discutir critérios operacionais e estratégias institucionais de identificação oportuna de pacientes elegíveis.

Conhecer o perfil desses pacientes contribui para a compreensão das peculiaridades desses indivíduos, auxiliando a equipe multidisciplinar da clínica de cuidados paliativos no planejamento da assistência prestada. Que esta pesquisa possa contribuir para a otimização de suas atividades.

Para o ensino, espero que ao executar esse projeto de pesquisa consiga desenvolver conhecimentos, habilidades e atitudes com relação à pesquisa científica e aprofundamento científico sobre os cuidados paliativos no contexto da cardiologia.

Este estudo apresenta limitações relacionadas ao delineamento retrospectivo e ao uso de dados secundários de prontuário, incluindo possibilidade de viés de informação, variáveis incompletas e heterogeneidade na forma de registro. O tamanho amostral reduzido e a condução em único centro restringem a generalização dos achados. Além disso, algumas medidas de trajetória assistencial dependem de registros temporais e podem não capturar integralmente o momento clínico de transição para cuidados paliativos. Apesar disso, o estudo contribui ao descrever o perfil de pacientes em cuidados paliativos em cardiologia em um cenário pouco explorado na literatura nacional, oferecendo subsídios para aprimoramento de

fluxos e registros institucionais. Declaro não ter havido conflitos de interesse em relação ao estudo.

## REFERÊNCIAS


ARAUJO, Adriana Ferreira Espindola *et al.* Cuidados Paliativos na Criança Cardiopata: uma Revisão Integrativa. **Enferm. foco (Brasília)**, [*s. l.*], v. 12, n. 3, p. 615–621, 2021.

ARRUDA, Vilmeyze Larissa De; MACHADO, Lúbia Maieles Gomes; LIMA, Jaqueline Costa; SILVA, Pâmela Rodrigues de Souza. Tendência da mortalidade por insuficiência cardíaca no Brasil: 1998 a 2019. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, [S. l.], v. 25, p. E220021, 2022. ISSN: 1415-790X, 1415-790X.

AVELINO, Rudjery Parente; DIAS, Ieda Maria Avila Vargas; ROSA, Fernanda da. Cuidados paliativos em cardiologia. **Tempus (Brasília)**, [*s. l.*], v. 12, n. 1, p. 147–158, 2018.

BASTOS, Bárbara Rafaela *et al.* Perfil sociodemográfico dos pacientes em cuidados paliativos em um hospital de referência em oncologia do estado do Pará, Brasil*. **Revista Pan-Amazônica de Saúde**, [*s. l.*], v. 9, n. 2, 2018.

BRABO, Bruna Christine Floriano; LAPRANO, Manoela Gomes Grossi. Competências do enfermeiro para o cuidado paliativo em cardiologia. **Rev. enferm. UFPE on line**, [*s. l.*], v. 12, n. 9, p. 2341–2348, 2018.

CDC – Epi Info™ for Windows: https://www.cdc.gov/epiinfo/pc.html

CESTARI, Virna Ribeiro Feitosa et al. Distribuição Espacial de Mortalidade por Insuficiência Cardíaca no Brasil, 1996-2017. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, [s. l.], 2021.

CISNEROS SÁNCHEZ, Liliam G; CARRAZANA GARCÉS, Ediunys; MARTÍNEZ PERÓ, Rosa M. Cuestiones éticas relacionadas con la atención a los pacientes con insuficiencia cardíaca terminal. **CorSalud**, [*s. l.*], v. 9, n. 1, p. 23–29, 2017.

CROUSILLAT, Daniela R *et al.* Palliative Care Education in Cardiology. **J Am Coll Cardiol**, [*s. l.*], v. 71, n. 12, p. 1391–1394, 2018.

ECARNOT, Fiona *et al.* End-of-life situations in cardiology: a qualitative study of physicians' and nurses' experience in a large university hospital. **BMC Palliat Care**, [*s. l.*], v. 17, n. 1, p. 112–112, 2018.

HANON, Olivier *et al.* Consensus of experts from the French Society of Geriatrics and Gerontology on the management of heart failure in very old subjects. **Arch Cardiovasc Dis**, [*s. l.*], v. 114, n. 3, p. 246–259, 2021.

HERRERA, Joffre Antonio Arequipa; CEPEDA, Luis Miguel Guerrero; HERRERA, Joffre Antonio Arequipa. Insuficiencia Cardíaca Aguda. **Cambios rev. méd**, [*s. l.*], v. 19, n. 1, p. 121–131, 2020.

HOLLENBERG, Steven M et al. 2019 ACC Expert Consensus Decision Pathway on Risk Assessment, Management, and Clinical Trajectory of Patients Hospitalized With Heart Failure: A Report of the American College of Cardiology Solution Set Oversight Committee. **J Am Coll Cardiol**, [s. l.], v. 74, n. 15, p. 1966–2011, 2019.

ICHIKURA, Kanako *et al.* Health care providers' perspectives on providing end-of-life psychiatric care in cardiology and oncology hospitals: a cross-sectional questionnaire survey. **BMC Palliat Care**, [*s. l.*], v. 22, n. 1, p. 23–23, 2023.

INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGIA-INC (BRASIL). **Protocolo Clínico de Cuidados Paliativos em Cardiologia**. , p. 48–48, 2018.

The jamovi project (2025). *jamovi*. (Version 2.6) [Computer Software]. Retrieved from https://www.jamovi.org.

JOHNSON, Miriam J *et al.* The feasibility of a randomised controlled trial to compare the cost-effectiveness of palliative cardiology or usual care in people with advanced heart failure: Two exploratory prospective cohorts. **Palliat Med**, [*s. l.*], v. 32, n. 6, p. 1133–1141, 2018.

KAVALIERATOS, Dio *et al.* Primary palliative care for heart failure provided within ambulatory cardiology: A randomized pilot trial. **Heart Lung**, [*s. l.*], v. 56, p. 125–132, 2022.

LALA, Anuradha; GELFMAN, Laura; MENTZ, Robert J. #WordsMatter: Supporting the Rebranding of "Palliative care" to "Supportive Cardiology" for Patients Living with Heart Failure. **J Card Fail**, [*s. l.*], v. 29, n. 11, p. 1475–1476, 2023.

OKUMURA, Takahiro; SAWAMURA, Akinori; MUROHARA, Toyoaki. Palliative and end-of-life care for heart failure patients in an aging society. **Korean J Intern Med**, [*s. l.*], v. 33, n. 6, p. 1039–1049, 2018.

OLIVEIRA, Gláucia Maria Moraes de et al. **Estatística Cardiovascular** – Brasil 2023. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, [s. l.], v. 121, p. e20240079, 2024.

PEDRÃO, Thaís Gassi Guerra *et al.* Diagnósticos e intervenções de enfermagem para pacientes cardiológicos em cuidados paliativos. **Rev. enferm. UFPE on line**, [*s. l.*], v. 12, n. 11, p. 3038–3045, 2018.

SOUZA, Lorena Campos de *et al.* Análise da evolução histórica do conceito de cuidados paliativos: revisão de escopo. **Acta Paulista de Enfermagem**, [*s. l.*], v. 35, p. eAPE01806, 2022.

TSUTSUI, H.; ISOBE, M.; ITO, H.; et al. **JCS 2017/JHFS 2017 Guideline on Diagnosis and Treatment of Acute and Chronic Heart Failure** - Digest Version. Circ J, v. 83, n. 10, p. 2084–2184, 2019.

WALSH, Maria *et al.* Heart failure symptom burden in outpatient cardiology: observational cohort study. **BMJ Support Palliat Care**, [*s. l.*], v. 13, n. e3, p. e1280–e1284, 2024.

WARRAICH, Haider J *et al.* Characteristics and Trends Among Patients With Cardiovascular Disease Referred to Palliative Care. **JAMA Netw Open**, [*s. l.*], v. 2, n. 5, p. e192375–e192375, 2019.