

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE CAMPINAS**

**CARLA ADRIANE ROBALLO BERTELLI**

**IDENTIFICAR E ANALISAR A DEMANDA DE PACIENTES ELEGÍVEIS AOS  
CUIDADOS PALIATIVOS EM SERVIÇOS DE EMERGÊNCIA DA CIDADE DE  
CAMPINAS – SP**

**CAMPINAS  
2023**

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE CAMPINAS**  
**ESCOLA DE CIÊNCIAS DA VIDA**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* EM CIÊNCIAS DA SAÚDE**

**CARLA ADRIANE ROBALLO BERTELLI**

**IDENTIFICAR E ANALISAR A DEMANDA DE PACIENTES ELEGÍVEIS AOS  
CUIDADOS PALIATIVOS EM SERVIÇOS DE EMERGÊNCIA DA CIDADE DE  
CAMPINAS – SP**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Ciências da Saúde da Escola de Ciências da Vida da Pontifícia Universidade Católica de Campinas, como exigência para obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Elisa Donalísio Teixeira Mendes

Coorientador: Prof. Dr. Jose Alexandre Mendonça

**CAMPINAS**  
**2023**

Ficha catalográfica elaborada por Adriane Elane Borges de Carvalho CRB 8/9313  
Sistema de Bibliotecas e Informação - SBI - PUC-Campinas

616.029 Bertelli, Carla Adriane Roballo  
B537i

Identificar e analisar a demanda de pacientes elegíveis aos cuidados paliativos em serviços de emergência da cidade de Campinas-SP / Carla Adriane Roballo Bertelli. - Campinas: PUC-Campinas, 2023.

89 f.: il.

Orientador: Elisa Donalísio Tiexeira Mendes.

Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) - Programa de Pós graduação Stricto Sensu em Ciências da Saúde, Escola de Ciências da Vida, Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas, 2023.

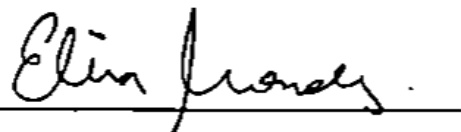
Inclui bibliografia.

1. Tratamento paliativo. 2. Cuidados com os doentes - Serviços de emergência. 3. Políticas públicas - Saúde - Emergências - Triagem. I. Mendes, Elisa Donalísio Tiexeira. II. Pontifícia Universidade Católica de Campinas. Escola de Ciências da Vida. Programa de Pós graduação Stricto Sensu em Ciências da Saúde. III. Título.

23. ed. CDD 616.029

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE CAMPINAS**  
**ESCOLA DE CIÊNCIAS DA VIDA**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU EM CIÊNCIAS DA SAÚDE**  
**CARLA ADRIANE ROBALLO BERTELLI**  
**IDENTIFICAR E ANALISAR A DEMANDA DE PACIENTES ELEGÍVEIS AOS CUIDADOS**  
**PALIATIVOS EM SERVIÇOS DE EMERGÊNCIA DA CIDADE DE CAMPINAS- SÃO PAULO**

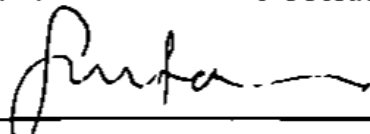
Dissertação defendida e aprovada em 15 de dezembro  
de 2023 pela Comissão Examinadora



Prof. Dra. Elisa Donalísio Teixeira Mendes

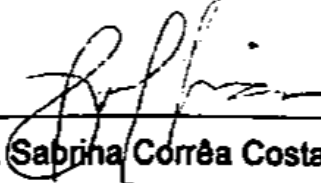
Orientador(a) da Dissertação e Presidente da Comissão  
Examinadora

Pontifícia Universidade Católica de Campinas



Prof. Dra Glória Maria de Almeida Souza Tedrus

Universidade Estadual de Campinas



Prof. Dra Sabrina Corrêa Costa Ribeiro

Universidade de São Paulo

**DEDICO** à minha família, que é minha fortaleza,  
pelos quais não meço esforços. Ao meu esposo  
Hallan e minhas filhas Maria e Olivia, que permitiram  
eu seguir com mais essa etapa, quem eu amo e sou  
grata por existirem na minha vida.

Falando em vida, dedico esse trabalho ao estudo  
sobre a vida e a morte, que possamos aprender ainda  
mais com o processo de finitude e que ele se torne  
cada vez mais leve e traga mais equilíbrio à nossa  
vida.

## AGRADECIMENTOS

Inicialmente agradeço à Deus, pelos caminhos trilhados desde a minha formação como médica e pelas conquistas realizadas.

À minha mãe que me deu a base ir em busca dos meus sonhos, e quem tanto me apoia com minhas filhas. Ao meu pai (*in memoriam*) que sempre me ensinou sobre os caminhos da vida e nos seus últimos anos sobre o caminho da morte.

Ao meu esposo, pelos puxões de orelha, por estar ao meu lado, me incentivar, pelo carinho e parceria. Te amo Hallan, obrigada por ser você na minha vida.

Às minhas filhas Maria e Olivia, sei que não entedem ainda o valor real de tudo isso, mas espero que num futuro entedam que isso também é por vocês. E o quanto vocês me ensinam diariamente sobre esperança, fé e vida.

À minha irmã, agradeço a parceria, por me ajudar, pelo carinho de ouvir meus desabafos e mesmo de longe se fazer presente. Amo muito você.

À minha grande amiga, Andrea (*in memoriam*), com quem todos os dias converso com meu coração, sinto tanto a sua falta. Por você, quero que esse conhecimento seja disseminado para alunos e profissionais da saúde, para que eles possam fazer o melhor para os seus pacientes.

À minha grande mestra, Maria Aparecida Barone Teixeira, por me ensinar a medicina humanizada, quem me trouxe as bases dentro da medicina e quem me lembro diariamente ao tocar nos meus pacientes.

À minha sogra, Maria Bertelli, agradeço pelo carinho e cuidado, por nos alimentar de amor e comidinha gostosa todos os dias.

Aos meus avós maternos Maria e Euclides, que vieram do nordeste buscando o melhor para seus filhos e com certeza isso refletiu nos seus netos. Gratidão por arriscarem tudo por nós. E a vó Maria em especial, obrigada por nos ensinar sermos mulheres fortes e guerreiras.

Aos meus avós paternos, obrigada pela criação, por cuidarem de mim. Vó Ines por me ensinar a fazer comida e a cuidar de uma casa.

À minha orientadora professora Elisa, obrigada pela paciência, leveza e por me conduzir nessa jornada. Inclusive lembrando que tivemos uma gestação no meio dessa jornada, que trouxe ainda mais brilho para nosso trabalho. Gratidão.

À PUC-Campinas, que sempre estive na minha formação, desde de 2005, minha casa, meu lar, meu trabalho, e agora pela oportunidade do mestrado.

À direção do Hospital Vera Cruz e Casa de Saúde, pelo apoio com a pesquisa e também por acreditarem no meu potencial.

À minha tia Maria, um anjo que Deus mandou, quem cuida com tanto carinho e amor da Maria e da Olivia, que me possibilita cuidar do outro e também buscar o conhecimento.

À Cris Terzi, por me proporcionar desde 2013 um encantamento diário em cuidados paliativos, e me ajudar e incentivar nos objetivos e na realização dessa pesquisa.

Aos colegas que me auxiliaram na coleta de dados, que se dedicaram a esse projeto em prol as conquistas dentro dos cuidados paliativos.

.

## RESUMO

**Introdução:** Segundo a Organização Mundial da Saúde, os cuidados paliativos são uma abordagem que promove a qualidade de vida dos pacientes e seus familiares, que enfrentam doenças que ameaçam a continuidade da vida, por meio da prevenção e alívio do sofrimento. Atualmente, estima-se que dos pacientes que necessitam de cuidados paliativos, apenas 14% os recebem. Com o aumento da expectativa de vida, há uma preocupação com os recursos em saúde e com as necessidades de políticas públicas eficientes, por isso a importância de compreender a real necessidade de cuidados paliativos na população. Nesse contexto, este projeto buscou identificar a demanda de pacientes elegíveis para cuidados paliativos, dentro de uma população de pacientes que necessitaram de atendimento em serviços de emergência da região metropolitana da cidade de Campinas - SP, Brasil. O objetivo geral deste trabalho foi identificar, por meio da escala de elegibilidade (SPICT-BR) e da escala de funcionalidade (PPS), os pacientes elegíveis para cuidados paliativos que procuraram serviços de emergência participantes. **Métodos:** Tratou-se de um estudo observacional, transversal, envolvendo quatro serviços de emergência da cidade de Campinas – SP, onde foram realizadas entrevistas com todos os pacientes admitidos nos prontos socorros, e a partir das informações coletadas nas entrevistas foram aplicadas as escalas de elegibilidade a SPICT-BR e a de funcionalidade PPS, posteriormente, analisados dados, determinando a incidência de pacientes elegíveis e as associações com as principais comorbidades e o prognóstico desses pacientes candidatos aos cuidados paliativos. Foram incluídos nesta pesquisa pacientes maiores de 18 anos, oriundos de demanda espontânea ou que estejam internados no pronto atendimento dos quatro hospitais participantes. Após entrevistas, realizada tabulação do dados e análise estatística. **Resultados:** Foram realizadas 298 entrevistas, sendo que 28 foram excluídas, restando 270 para análise. Desta amostra 37,4% (N=101) pacientes foram elegíveis aos cuidados paliativos. Destes pacientes elegíveis, a idade média foi de 68,4 anos, a maioria eram homens 54,5% (N=55), 81,2% (N=82) estavam no serviço público e 19 (18,8%) do serviço particular, ( $p<0,001$ ). A neoplasia foi a doença mais prevalente em geral 29,0% (N=35) e a dor como principal sintoma 28,2% (N=29). A dispnéia foi o segundo sintoma mais prevalente nos pacientes elegíveis, com 26,3% (N=27), em relação aos pacientes não elegíveis 4,8% (N=8), ( $p<0,001$ ). O PPS dos pacientes elegíveis 17,9% (N=18) era



menor ou igual a 30. Apenas 10,9% dos pacientes elegíveis estavam em uso de morfina e 5,9% (N=6) estavam em seguimento com equipe domiciliar. **Conclusão:** Observou-se um número elevado de pacientes elegíveis aos cuidados paliativos que procuram os departamentos de emergência com sintomas descontrolados. Com isso, levando à um sofrimento evitável além disso contribui com piora da superlotação dos setores de Emergência. Este fato decorre da falta de Serviços de Cuidados Paliativos e de Modelo *Hospice* no nosso país. Desta forma, há uma necessidade de políticas públicas eficientes relacionadas aos cuidados paliativos e *hospice*.

Palavras-chave: Cuidados paliativos. Emergências. Serviços de Emergência. Triage

## ABSTRACT

**Introduction:** According to the World Health Organization, palliative care is an approach that promotes the quality of life to the patients and their families, who face diseases that threaten the continuity of life, through the prevention and relief of suffering. Currently, it is estimated that of the patients who require palliative care, only 14% receive it. With the aging of the population, there is a concern with the resources and needs of efficient public policies, in addition to the importance of understanding the real need for palliative care in the population. In this context, this project seeks to identify the demand of patients eligible for palliative care, within a population of patients who need care in emergency services in the metropolitan region of the city of Campinas – São Paulo (SP), Brazil. The general objective of this study will be to identify, through the eligibility (SPICT-BR) and functionality (PPS) scales, patients eligible for palliative care who seek participating emergency services. **Methods:** This is an observational, cross-sectional study involving four emergency health services in the city of Campinas - SP. Interviews will be conducted with patients admitted to the emergency rooms, and from the information collected in the interviews will be applied the eligibility scales to SPICT-BR and the PPS functionality, subsequently, data were analyzed, determining the incidence of eligible patients and the associations with the main comorbidities and the prognosis of these patients who were candidates for palliative therapy. This study will include patients over 18 years of age, coming from spontaneous demand or who are hospitalized in the emergency room of the four participating hospitals. And the we perform data tabulation and statistical analysis. **Results:** A total of 298 interviews were conducted, of which 28 were excluded, leaving 270 patients for analysis. Of these patients, 37.4% (N=101) patients were eligible for palliative care. Of these eligible patients, the mean age was 68.4 years, most were men (N=55), 81.2% (N=82) were in the public service and 19 (18.8%) in the private service ( $p < 0.001$ ). Neoplasia was the most prevalent disease in general, 29% (N=35) and pain as the main symptom, 28.2% (N=29). Dyspnea was the second most prevalent symptom in palliative eligible patients, with 26.3% (N=27), compared with 4.8% (N=8) in ineligible patients ( $p < 0.001$ ). The PPS was less than or equal to 30 in 17.9% of eligible patients (N=18). Only 10.9% of eligible patients were using morphine and only 5.9% (N=6) were being followed up by a home team. **Conclusion:** There was a high number of patients eligible for PC who sought emergency departments with

uncontrolled symptoms, leading to a worsening of overcrowding in emergency departments and avoidable suffering for these patients, especially in public services. This fact stems from the lack of Palliative Care Services and Hospice Model in our country. Thus, there is a need for efficient public policies related to PC and Hospice.

**Keywords:** Palliative care. Emergency. Emergency Medical Service. Triage.

## LISTA FIGURAS

Figura 1	- Mapa que demonstra a distância entre o domicílio e um centro de emergência no Brasil	30
Figura 2	- Análise geral da amostra	44

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1	- Cuidados paliativos e tratamento modificador de doença de acordo com a evolução	17
Gráfico 2	- Relação entre a trajetória das doenças e a funcionalidade dos pacientes	18
Gráfico 3	- Prevalência de sintomas (% por pacientes) nas principais doenças que acometem os pacientes no fim de vida	19
Gráfico 4	- Distribuição percentual dos sintomas dos pacientes ao procurar o Pronto-Socorro, dentre os elegíveis aos cuidados paliativos (%)	48
Gráfico 5	- Descrição das doenças ameaçadoras à vida na população elegível para cuidados paliativos, comparando-se as características dos pacientes atendidos no serviço público e no serviço privado	49
Gráfico 6	- Relação do PPS e com as doenças, nos pacientes elegíveis ao CP	51

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1	- Características epidemiológicas de todos os pacientes entrevistados, e dos elegíveis aos cuidados paliativos	45
Tabela 2	- Distribuição da população entrevistada quanto ao perfil do serviço de saúde, se público ou privado	46
Tabela 3	- Descrição de sintomatologia dos pacientes avaliados e comparação entre a população total e os pacientes elegíveis aos cuidados paliativos	47
Tabela 4	- Descrição das doenças ameaçadoras à vida na população elegível para cuidados paliativos, comparando-se as características dos pacientes atendidos no serviço público e no serviço privado	49
Tabela 5	- Distribuição do PPS na população de pacientes elegíveis aos cuidados paliativos e a comparação entre os perfis de serviços	50
Tabela 6	- Avaliação de internações hospitalares não programadas nos últimos 6 meses nos pacientes elegíveis aos cuidados paliativos, e a distribuição de acordo com o perfil do serviço de saúde	52
Tabela 7	- Variáveis de perfil assistencial do atendimento dos pacientes elegíveis aos cuidados paliativos	53
Tabela 8	- Sintomatologia persistente dos pacientes elegíveis aos cuidados paliativos	53

## LISTA DE SIGLAS

ANCP	- Academia Nacional de Cuidados Paliativos
CFM	- Conselho Federal de Medicina
CP	- Cuidados Paliativos
DCV	- Doenças Cardiovasculares
DPOC	- Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
DRC	- Doença Renal Crônica
IAHPC	- <i>International Association for Hospice and Palliative Care</i>
IAMSPE	- Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual
IBGE	- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IOELC	- <i>International Observatory on End-of-Life Care</i>
OMS	- Organização Mundial da Saúde
ONU	- Organização das Nações Unidas
PPS	- <i>Palliative Performance Scale</i>
SAD	- Serviço de atendimento domiciliar
SE	- Serviço de Emergência
SHS	- <i>Serious Health-related Suffering</i>
SUS	- Sistema Único de Saúde
SPICT	- <i>Supportive and Palliative Care Indications Tool</i>
UNESCO	- <i>United Nations Educational, Scientific, and Cultural Organization</i>
WHO	- <i>World Health Organization</i>

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>15</b>
1.1 Definição e princípios de cuidados paliativos.....	15
1.2 História dos cuidados paliativos .....	19
1.3 Movimento paliativista no Brasil .....	22
1.4 Aspectos éticos de cuidados paliativos.....	23
1.5 Escalas de elegibilidade em cuidados paliativos.....	26
1.6 Escalas de performance em cuidados paliativos.....	28
1.7 Realidade do departamento de emergência no Brasil.....	29
1.8 Cuidados paliativos no departamento de emergência.....	31
<b>2 JUSTIFICATIVA</b> .....	<b>33</b>
<b>3 OBJETIVOS</b> .....	<b>34</b>
3.1 Gerais .....	34
3.2 Específicos.....	34
<b>4 CASUÍSTICA E MÉTODOS</b> .....	<b>35</b>
4.1 Tipo e desenho do estudo.....	35
4.2 Termo de Consentimento Livre e Esclarecido .....	36
4.3 Instituições participantes .....	37
4.4 Membros da equipe de pesquisa .....	37
4.5 Descrição dos participantes da pesquisa .....	38
4.6 Coleta de dados .....	38
4.7 Formulário de entrevista .....	39
4.8 Escala de elegibilidade .....	40
4.9 Escala de funcionalidade.....	41
4.10 Análise estatística.....	41
<b>5 RESULTADOS</b> .....	<b>42</b>
5.1 Análise geral da amostra .....	42
5.2 Características dos participantes da pesquisa em geral.....	42
5.3 Distribuição em relação ao perfil do serviço de saúde .....	44
5.4 Distribuição segundo a sintomatologia e morbidades .....	44
5.5 Descrição das principais doenças ameaçadora à vida, relacionadas aos cuidados paliativos nos pacientes elegíveis.....	46
5.6 Distribuição do PPS dentre os pacientes elegíveis aos cuidados paliativos e sua relação com o perfil dos serviços de saúde .....	48



5.7 Avaliação de internações não programadas nos pacientes elegíveis aos cuidados paliativos .....	49
5.8 Descrição em relação ao cuidado, como uso de opioides, local de seguimento de rotina e entendimento sobre necessidade de cuidados paliativos.....	50
<b>6 DISCUSSÃO .....</b>	<b>52</b>
<b>7 CONCLUSÃO .....</b>	<b>63</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>65</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>73</b>
Anexo I – Escala de Karnofsky .....	73
Anexo II – Palliative Performance Scale .....	74
Anexo III – Supportive and Palliative Care Indicators Tool (SPICT-BR™).....	75
Anexo IV – Formulário da Entrevista .....	76

## 1 INTRODUÇÃO

### 1.1 Definição e princípios de cuidados paliativos

O crescente envelhecimento populacional nas últimas décadas, o aumento da prevalência do câncer e de outras doenças crônicas assim como o avanço tecnológico alcançado principalmente a partir da segunda metade do século XX, transformaram doenças que antes eram de alta letalidade em doenças crônicas, aumentando a expectativa de vida e a longevidade dos portadores destas doenças (Gouveia, 2012; Sleeman *et al.*, 2019).

A palavra paliativo deriva do latim *pallium* ou *pallia*, que significa manto, utilizado para proteção da chuva pelos cavaleiros (Ryan *et al.*, 2020). A definição de Cuidados Paliativos (CP) vem sendo construída ao longo dos anos, e adaptada às realidades da saúde mundial. Em 1990, na sua primeira definição, a Organização Mundial da Saúde (OMS) definiu CP como os cuidados ativos em pacientes cuja doença não respondia mais ao tratamento curativo, objetivando trazer melhor qualidade de vida para os pacientes e para a família (Castilho; Silva; Pinto, 2021).

Na sua segunda definição em 2002, a OMS coloca o CP como uma abordagem que promove a qualidade de vida de pacientes e seus familiares, que enfrentam doenças que ameacem a continuidade da vida, através da prevenção e alívio do sofrimento. Com a identificação precoce, avaliação e tratamento da dor e outros problemas de natureza física, psicossocial e espiritual (D'Alessandro *et al.*, 2019).

E por fim a definição de CP atualizada em 2018, a OMS trouxe uma abordagem que traz melhora na qualidade de vida dos pacientes (adultos e crianças) e de suas famílias que enfrentam problemas relacionados a doenças com risco de vida. A definição, portanto, é ampliada para uma abordagem que previne e alivia o sofrimento por meio da identificação precoce, da avaliação e do tratamento correto da dor e outros problemas físicos, psicossociais e espirituais (World Health Organization, 2020). Portanto, nessa última versão as crianças também são beneficiárias ao CP (World Health Organization, 2020).

Em 2017 a Comissão Lancet em sua versão sobre Acesso Global aos Cuidados Paliativos e Alívio da Dor trouxe uma publicação onde através da análise de avaliação do sofrimento grave relacionado a saúde (do ingles *serious health-related suffering* –

SHS), foram também englobadas aproximadamente 20 doenças ou condições agudas que poderiam abranger o CP, como por exemplo: desnutrição grave, baixo peso ao nascer, febres hemorrágicas, lesões extensas por queimaduras, envenenamentos (Radbruch *et al.*, 2020). Portanto essa comissão trouxe uma nova recomendação a definição de CP, que é a importância de se englobar sistemas de saúde e ambientes de baixa renda, onde os medicamentos, procedimentos e recursos necessário são escassos e portanto, o tratamento modificador de doença é restrito (Radbruch *et al.*, 2020).

Em 2017 a *Internacional Association for Hospice and Palliative Care* (IAHPC) pontuou alguns princípios relacionados à proposta de CP (Ryan *et al.*, 2020):

- Prevenir, identificar precocemente, avaliar de forma abrangente e gerenciar os problemas físicos, como dor e outros sintomas; sofrimento psicológico, espiritual e social. As intervenções devem ser realizadas baseadas em evidências.

- Fornecer CP aos pacientes para que possam viver o mais plenamente possível até a morte, facilitando a comunicação eficaz, ajudando-os, juntamente com suas famílias, a determinar os objetivos do tratamento.

- Aplicar CP durante todo curso da doença, de acordo com as necessidades do paciente.

- Oferecer CP, juntamente com as terapias modificadoras de doença, e não como substituição.

- Poder influenciar positivamente o curso da doença.

- Não pretender apressar e nem adiar o processo de morte; afirma a vida reconhecendo a morte como um processo natural.

- Fornecer apoio a família e aos cuidadores durante a doença do paciente e em seu luto.

- Reconhecer e respeitar os valores e crenças culturais do paciente e sua família.

- Aplicar em todos locais (residência e instituição de cuidados) além de todos níveis de atendimento à saúde do primário ao terciário.

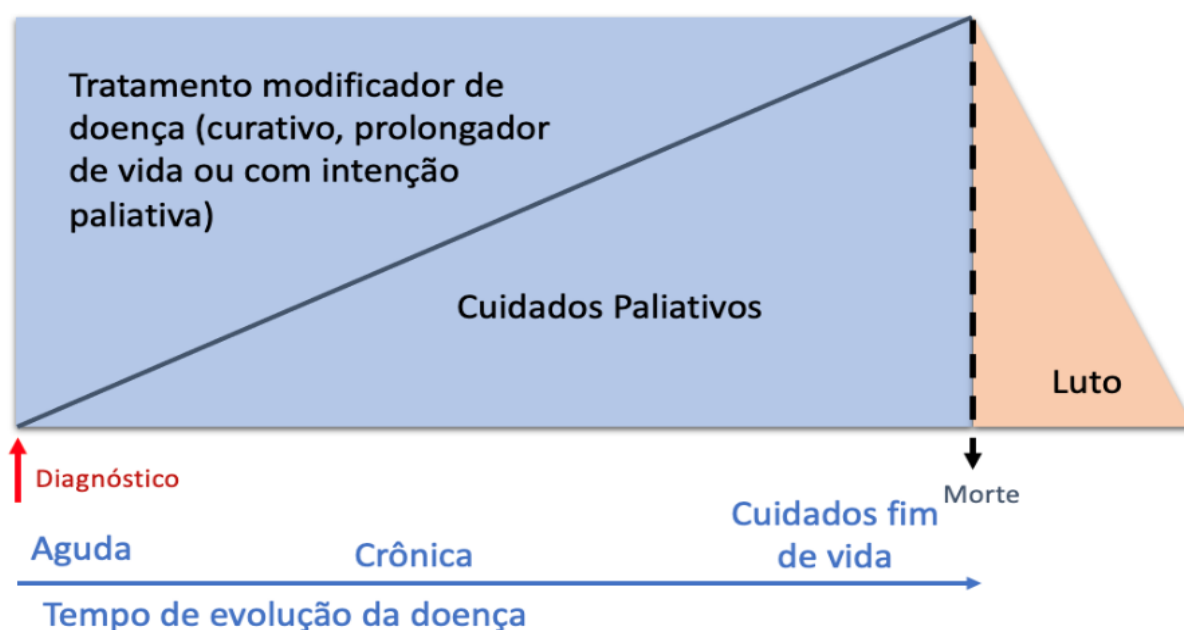
- Poder ser realizado por profissionais com treinamento básico em CP.

- Necessidade de equipe especializada multiprofissional em casos com maior complexidade.

Esses princípios buscam colocar os CP como terapia concomitante ao tratamento modificador da doença, como por exemplo a quimioterapia, radioterapia,

cirurgias, entre outras. Portanto, o entendimento que as doenças crônicas e degenerativas possuem um curso natural de apresentação clínica e desfecho, e as medidas dos cuidados curativos não devem ser consideradas antagônicas aos CP e sim caminharem juntas em prol ao paciente e sua família (Connor; Sepulveda-Bermedo, 2020). O Gráfico 1 demonstra essa perspectiva da concomitância terapêutica na evolução desses pacientes. No eixo horizontal encontra-se o tempo de evolução da doença e no eixo vertical as propostas de tratamentos que encontramos ao longo da evolução até a morte.

É importante ressaltar que os CP devem ser oferecidos aos pacientes e seus familiares desde o início do diagnóstico de uma doença ameaçadora à vida, trazendo a possibilidade de hierarquizar e otimizar os recursos terapêuticos, avaliando através dos pilares e princípios, os benefícios para o paciente e evitando possíveis medidas desnecessárias e que muitas vezes geram sofrimento (Castilho; Silva; Pinto, 2021).

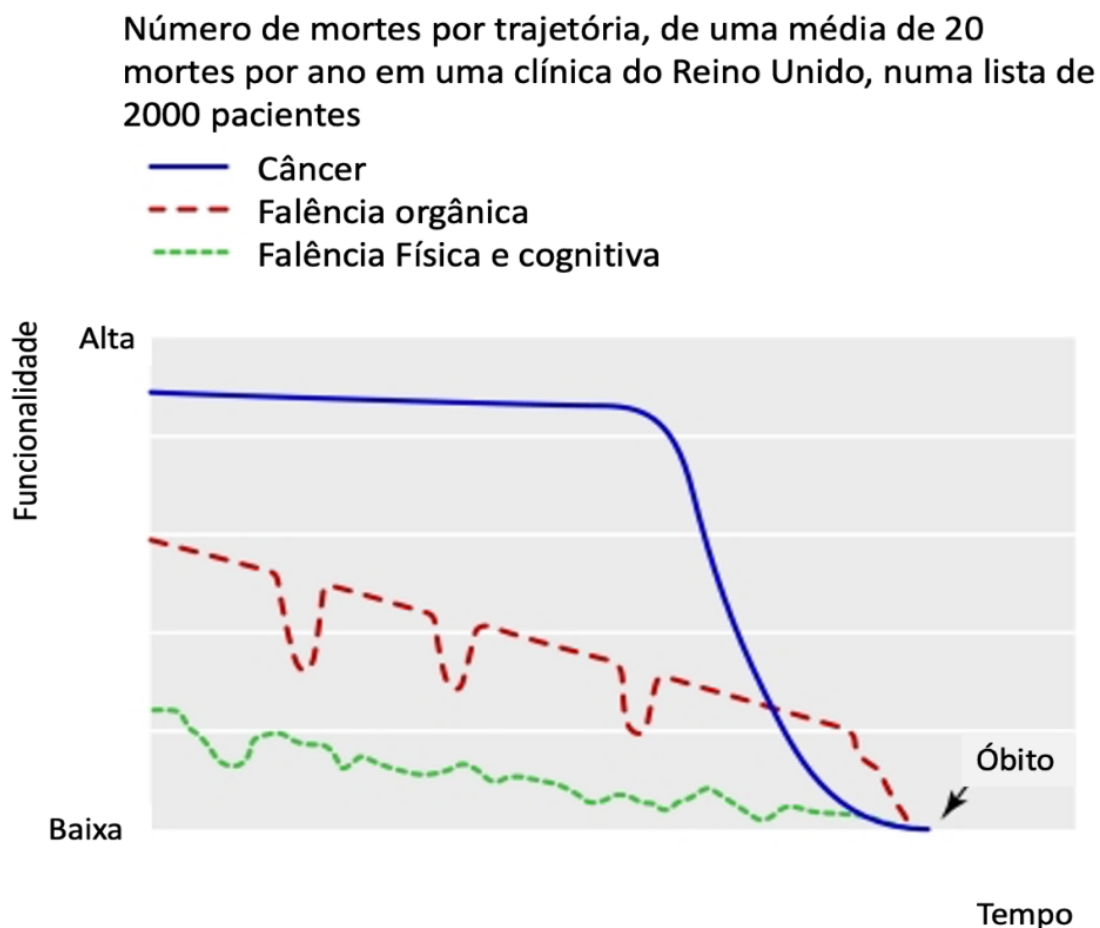


**Gráfico 1** – Cuidados paliativos e tratamento modificador de doença de acordo com a evolução.

Fonte: Adaptado de Canadian Hospice Palliative Care Association (2013).

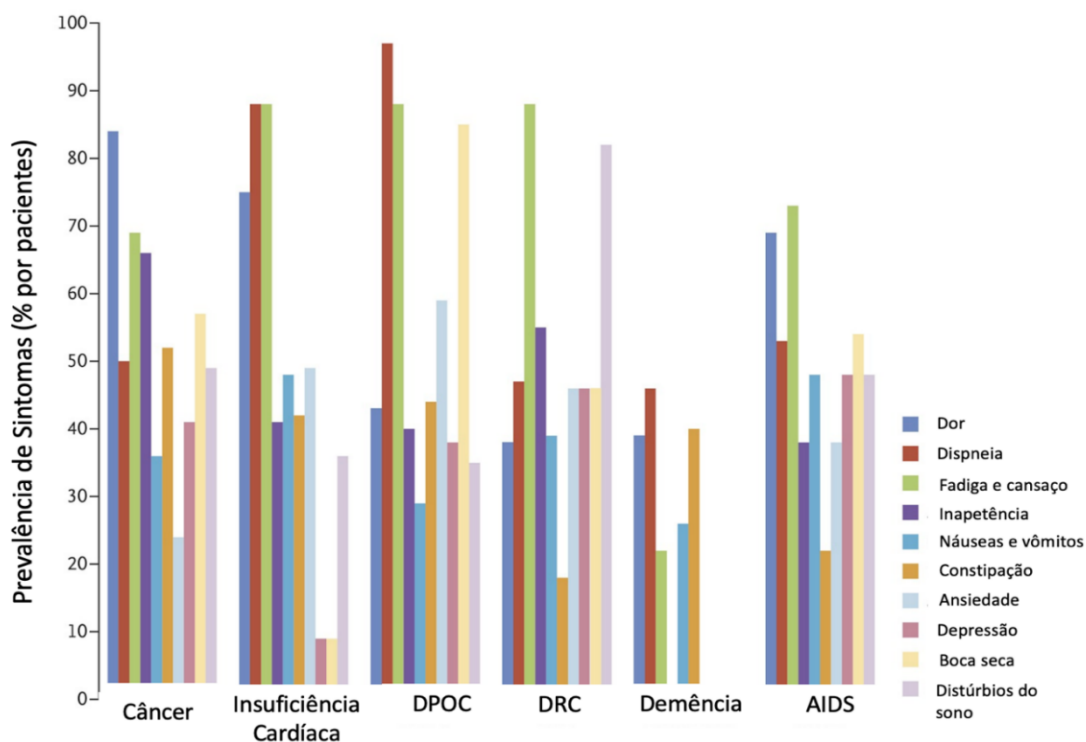
Como descrevemos anteriormente, os CP evoluíram nos últimos anos em sua abrangência e atualmente além dos pacientes oncológicos, também os portadores de doenças crônicas e degenerativas devem receber um plano de cuidados onde o CP deverá ser proposto ao paciente e seus familiares (Murray; Sheikh, 2008). Dentro de cada uma dessas doenças é observada uma curva de evolução natural da doença e sua relação, um comportamento ao longo do tempo e a sua relação com a

funcionalidade do paciente, até o óbito (Gráfico 2). Além das doenças neoplásicas, são descritas as doenças crônicas, as demências e alterações relacionadas à idade, como síndrome da fragilidade do idoso (Murray; Sheikh, 2008).



**Gráfico 2** – Relação entre a trajetória das doenças e a funcionalidade dos pacientes.  
Fonte: adaptado de Murray e Sheikh (2008).

Os CP propõem um plano terapêutico individualizado e focado nos sintomas do paciente, por isso o entendimento dos sintomas mais prevalentes nesses pacientes busca melhorar a qualidade do atendimento e da percepção do tratamento em CP (Okamoto *et al.*; 2016). Sabemos que a procura ao serviço de emergência (SE) está atrelada ao sofrimento relacionado aos sintomas que as doenças causam. O Gráfico 3 demonstra as principais doenças que acometem os pacientes paliativos, como neoplasia e doenças cardiovasculares, com os principais sintomas que aparecem nos pacientes em cada uma delas (Kelley; Morrison, 2015).



**Gráfico 3** – Prevalência de sintomas (% por pacientes) nas principais doenças que acometem os pacientes no fim de vida.

Fonte: adaptado de Kelley e Morrison (2015).

## 1.2 História dos cuidados paliativos

O cuidado com o sofrimento e com os pacientes em fase de terminalidade sempre fez parte da história da medicina e da humanidade. De acordo com a literatura indiana, no Ceilão, país onde atualmente se encontra o Sri Lanka, há relatos de hospitais em 437 a.C. similares aos hospitais modernos (ou hospice), que se dedicavam a tratar os doentes crônicos e sem prognóstico. Sendo que o alívio era fruto da aplicação de unguentos em feridas, regimes dietéticos e ingestão de ervas, bem como rituais espirituais, como preces e encantamentos (Sheehan; Forman, 1996).

Na Grécia antiga, por volta do século II a.C., o Templo de Asclépio (o deus da medicina) era um local de tratamento dos doentes que não eram curados por latros, figura do médico itinerante nessa época. Os locais de cura e tratamento estavam ligados à religião. Os doentes podiam passar a noite dentro do templo, “incubando” com o deus e pela manhã os sacerdotes interpretavam seus sonhos e proporem um tratamento (Santos, 2011; D`Allensadro *et al.*, 2020).

Na Grécia, em meados do século IV a.C., emergiu a medicina hipocrática e através dessa, houve um entendimento melhor sobre a causa das doenças, com um início de sistematização de tratamento e do cuidar baseado na observação empírica (Carvalho, 2002). Deixou-se de atribuir as causas das doenças aos deuses e a natureza, qualificando a medicina como ciência, e segundo o próprio Hipócrates, atribuir à doença uma causa mística, era uma forma de esconder a ignorância que se tinha em relação a doença (Carvalho, 2002).

Hipócrates introduziu visões críticas e racionais sobre as doenças, sistematizou a abordagem ao paciente, introduziu o exame clínico, organizou os prontuários com histórias clínicas, registrou sucessos e fracassos de tratamentos (Carvalho, 2002). Trouxe na época críticas sobre os limites terapêuticos dentro das doenças, em algumas observações registrou até sua preocupação em amortecer o sofrimento (Carvalho, 2002).

No início da Era Cristã, Jesus Cristo introduziu diretrizes para cuidar dos enfermos, trazendo uma grande contribuição para o seu tratamento, uma vez que recebiam os doentes e os tratavam sem distinção e gratuitamente, de forma filantrópica, na Igreja (Santos, 2011).

Durante a Idade Média as cidades começaram a crescer e a necessidade de locais para cuidar dos indigentes, idosos, considerados "loucos" e feridos das guerras/cruzadas, tornou-se fundamental (McCoughlan, 2003). Os leprosários, nessa época, eram modelos de hospices e ofereciam abrigo e cuidados de saúde, e acompanhavam doentes no processo de morrer. Esses serviços eram oferecidos para a população, e mantidos pelos franciscanos (da ordem de São Francisco de Paula 1414) e pelos camilianos (ordem de São Camilo, 1584), conhecidos na época como padres da "boa morte" (Santos, 2011).

Na década de 1960 se inicia o movimento de hospice moderno, no Reino Unido, com a enfermeira e assistente social Cicely Saunders, que conheceu um paciente judeu de 40 anos chamado David Tasma, proveniente do Gueto de Varsóvia. David recebera uma colostomia paliativa devido a um carcinoma retal inoperável. Cicely o visitou e cuidou dele até sua morte e ele deixou-lhe uma pequena quantia como herança, dizendo: "Eu serei uma janela na sua Casa". Este foi, segundo Cicely Saunders, o ponto de partida para o compromisso com uma nova forma de cuidar (Pessini, 1996).

Após 20 anos, seu trabalho ganha força com a abertura do St. Christopher's Hospice em 1967, na cidade de Londres, que existe até os dias de hoje (McCoughlan, 2003). Um local que integra pesquisa, ensino e cuidados integrais, incluindo assistência domiciliar para esses pacientes que eram rotulados como os que “não tem mais nada o que fazer” (Sauders, 2004). Nos Estados Unidos o primeiro Hospice (hospital destinado a pacientes no final de vida) foi fundado em Connecticut, em 1975, e em 1982 uma lei americana fundamenta o cuidado domiciliar, denominada “Hospice Care”, para pacientes vivendo neste período (Sauders, 2004).

Na década de 70, um encontro entre Cicely Saunders e a médica psiquiatra Elizabeth Klübler-Ross, nos Estados Unidos, fez com que o movimento paliativista começasse a crescer e ganhar força (Santos, 2011). Elizabeth Klübler-Ross, em seu trabalho chegou a entrevistar mais de 200 pacientes terminais, e em 1969 publicou o livro: "Sobre a morte e o morrer", a primeira publicação da história da ciência ocidental que propôs uma teoria baseada na descrição dos estágios psicológicos da morte (Klüber-Ross, 2008). Esse livro tornou-se consagrado e fomentou a aceitação do movimento proposto inicialmente por Cicely Saunders (Santos, 2011).

O primeiro estudo sistemático, segundo Cicely Saunders em CP se deu no St. Joseph's Hospice entre 1958 e 1965 e avaliou 1100 pacientes com câncer avançado. Tratava-se de um estudo descritivo, qualitativo, baseado em anotações clínicas e gravações de relatos de pacientes, e mostrou o efetivo alívio da dor quando os pacientes foram submetidos a esquema de administração regular de drogas analgésicas em comparação de quando recebiam analgésicos “se necessário”. Este trabalho publicado por Robert Twycross nos anos 1970 contrapõe os mitos sobre o uso de opiáceos e os relatos dos pacientes eram alívio real da dor e conforto (Sauders, 2004).

Tanto Cicely na Europa quanto Elizabeth nos Estados Unidos, contextualizaram as questões da morte e do processo de morrer, trazendo os conceitos de humanização, integralidade e espiritualidade como núcleos dos cuidados paliativos (Santos, 2011).

Em 1982 o Comitê de Câncer da OMS criou um grupo de trabalho para definir políticas para o alívio da dor e cuidados do tipo Hospice para pacientes com câncer, e que fossem recomendados em todos os países. A partir de então, a OMS introduziu o termo Cuidados Paliativos, já utilizado no Canadá, devido à dificuldade de tradução adequada do termo Hospice em alguns idiomas (Maciel, 2008).



### 1.3 Movimento paliativista no Brasil

O Brasil é um país em que a população está envelhecendo de forma acelerada. A partir da década de 1940 observamos um aumento progressivo da população idosa (sendo considerado idoso, pela legislação brasileira a pessoa que tenha 60 anos ou mais de idade), sendo que nos anos 50, a taxa de crescimento dessa população atingiu cerca de 3% ao ano (Kuchemann, 2012; Macêdo, 2015).

O Ministério da Saúde, em um documento publicado em 2012, chama atenção para o envelhecimento acelerado, que traz impactos negativos no âmbito populacional, uma vez que não há tempo para que aconteça uma organização de forma adequada na área social e na saúde (Kuchemann, 2012). Em 2022, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) publicou que a expectativa de vida da população brasileira masculina é de 72,2 anos e a feminina atingiu 79,3 (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2022).

Entre 1980 e 2005 foi realizado um estudo comparativo entre o crescimento da população idosa e da população em geral que demonstrou que, nesse período, a primeira cresceu 126,3% e a segunda 55,3%. Atualmente a faixa etária acima de 80 anos representa cerca de 14% da população total (Kuchemann, 2012).

Em 1997 foi fundada a Associação Brasileira de Cuidados Paliativos (ANCP), com o objetivo de uniformizar as práticas nos locais onde já se ofereciam esse tipo de assistência (Pastrana *et al.*, ©2021). Nesse momento, o médico e professor Marco Túlio de Assis Figueiredo fundou a disciplina de Tanatologia e Cuidados Paliativos na Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), sendo pioneiro no Brasil (CREMESP, 2008).

Em 2007 foi publicado um estudo conduzido pelo *International Observatory on End of Life Care* (sigla em inglês IOELC), que ordenou o nível de desenvolvimento dos cuidados paliativos/hospice em todos os 234 países da lista da ONU e no Brasil constavam registrados 14 serviços de cuidados paliativos localizados principalmente na região da grande São Paulo (Clark; Wright, 2007).

A Resolução do Conselho Federal de Medicina (CFM) 1973/2011, publicada no Diário Oficial da União desta, reconheceu o CP como uma nova especialidade médica, que tem como princípio a qualificação de profissionais médicos para uma atuação capacitada junto à equipe multidisciplinar, com o intuito de melhorar a qualidade de

vida dos pacientes com doenças crônicas e/ou em fase terminal aliviando a dor e os sintomas (Macêdo, 2015).

No último levantamento, realizado em 2019 pela ANCP, existem 123 médicos com título em CP, 340 serviços reconhecidos em CP com cerca de 789 leitos, que estão localizados principalmente na região Sudeste. Segundo Santos, Ferreira e Guirro (2019), a real necessidade da região seria de dez mil leitos, 1500 médicos especialistas e 2000 equipes do tipo *home care*.

Em estudo publicado em 2015, na revista *The Economist*, o Brasil aparece entre os piores países para se morrer no mundo (Economist Intelligence Unit, 2015). Está em 42º lugar, atrás do Equador e Uganda. Existem diversos empecilhos para a implantação dos CP nos países em desenvolvimento, como é o caso do Brasil. Portanto há necessidade de políticas educacionais para profissionais da saúde, relacionadas ao entendimento da condição do cuidado do paciente paliativo, com melhores condutas e protocolos para alívio da dor, conforto e acolhimento de pacientes e familiares. Além disso, contamos com carências nos recursos para pesquisas e desenvolvimento relacionados aos CP (Melo, 2008; Macêdo, 2015).

Em 2013 a Comissão Nacional de Residência Médica, juntamente com o Ministério da Educação e Cultura, aprovou a criação do primeiro programa de residência médica em CP no Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual (IAMSPE) (Pineli *et al.*, 2016; Santos; Ferreira; Guirro, 2019).

Finalmente, em novembro de 2022, foi publicada a Resolução CNE\CES no. 03, de 20 de junho de 2014, reconhecendo a necessidade da inclusão na formação nas faculdades de medicina, o treinamento e ensino sobre CP (Brasil, 2022).

#### **1.4 Aspectos éticos de cuidados paliativos**

Do ponto de vista ético-jurídico, a prática de CP traz diversos dilemas e também insegurança para alguns profissionais. Por isso em 2006, o CFM publicou a resolução 1805, que traz: “É permitido ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente em fase terminal, de enfermidade grave e incurável, respeitada a vontade da pessoa ou de seu representante legal” (CFM, 2006), permitido a ortotanásia, ou boa morte (Andrade, 2011).

Em 2010 o Código de Ética Médica foi revisto e passou a incluir seguintes trechos (Conselho Federal de Medicina, 2019):

### Capítulo I – Princípios Fundamentais

(...) XXII- “Nas situações clínicas irreversíveis e terminais, o médico evitará a realização de procedimentos diagnósticos e terapêuticos desnecessários e propiciará aos pacientes sob sua atenção todos os cuidados paliativos apropriados” (p.17).

### Capítulo V – Relação com pacientes e familiares

(...) Art. 41. – “É vedado ao médico abreviar a vida do paciente, ainda que a pedido deste ou de seu representante legal”.

Parágrafo único. “Nos casos de doença incurável e terminal, deve o médico oferecer todos os cuidados paliativos disponíveis sem empreender ações diagnósticas ou terapêuticas inúteis ou obstinadas, levando sempre em consideração a vontade expressa do paciente ou, na sua impossibilidade, a de seu representante legal” (p.28).

No ano de 2018, além de manter os artigos anteriores, foi incluído uma nova menção aos CP (Conselho Federal de Medicina, 2019, p.27):

(...) Art. 36. – “É vedado ao médico abandonar paciente sob seus cuidados”.

(...) 2º “Salvo por motivo justo, comunicado ao paciente ou à sua família, o médico não abandonará por este ter doença crônica ou incurável e continuará a assisti-lo e propiciar-lhes os cuidados necessários, inclusive os paliativos”.

A legislação brasileira ao longo dos anos veio trazendo o tema de forma oculta, porém desde 2018 após edição da Resolução no. 41, de 31 de outubro de 2018, trouxe evidências claras de diretrizes para organização dos cuidados paliativos, à luz dos cuidados integrados, no âmbito de Sistema Único de Saúde (SUS) a serem ofertados em qualquer nível de atenção à saúde. Trazendo a importância da assistência multidisciplinar dentro da abordagem do paciente e seus familiares, e todos os princípios norteadores dos CP, que devem ser oferecidos também aos pacientes e familiares (Brasil, 2018).

Na abrangência da bioética, o cuidado centrado nas decisões apenas médicas cedeu espaço para a autonomia, onde o desejo do paciente é prioridade desde que não desrespeite o código de ética médica. Dentro da atenção e do cuidado aos pacientes terminais, existem cinco princípios relevantes (Fromme, 2020; Pessini, 2005).

- Princípio da veracidade: a verdade fundamenta toda relação de confiança e possibilita a participação ativa do paciente e seu representante de saúde. O médico tem a obrigação de esclarecer ao doente e ao familiar quais modalidades terapêuticas

são indicadas para cada situação e registrar no prontuário. Caso seja necessário, é assegurado ao paciente e representante legal a solicitação de uma segunda opinião.

- Princípio da proporcionalidade terapêutica: obrigação moral na implementação de todas as medidas terapêuticas que tenham uma relação adequada entre os meios empregados e resultados previsíveis.

- Princípio do duplo efeito: sintomas desconfortáveis e de difícil controle podem aparecer em pacientes com doenças avançadas, sendo necessária a utilização de drogas que potencialmente podem produzir efeitos colaterais. A questão é proporcionar o alívio desejável do sintoma e o possível efeito colateral. Tal situação deve ser compartilhada com o paciente e seu representante legal.

- Princípio da prevenção: o foco está na prevenção de complicações e sintomas que podem aparecer no curso natural da doença.

- Princípio do não abandono: mesmo em situação de recusa o paciente não deve ser abandonado. O paciente pode recusar alguma terapêutica e o médico deve permanecer ao seu lado fornecendo conforto e auxiliando no esclarecimento da decisão tomada. Mesmo que não seja possível curar, é possível promover cuidados, não sendo opção o abandono.

Todas essas questões éticas e legais, legitimam e colocam os cuidados paliativos como terapêutica não só como necessária, mas como um direito do paciente, desmistificando e tornando os CP um pilar de cuidado que não podem de forma alguma serem entendidos como omissão de socorro ou como facilitação para eutanásia (Andrade, 2011).

Proporcionar o alívio do sofrimento e cuidado é norteador, como um foco um grande desafio que é entender a complexidade da morte, trazendo o reconhecimento do profissional da saúde diante da sua impotência técnica e a partir daí conduzir e compartilhar a experiência da finitude do paciente com respeito, humanização e dignidade (Chu; White; Stone, 2019).

Essa visão paliativista traz uma reflexão importante sobre o contexto interdisciplinar sobre as decisões que envolvem o processo terapêutico desses pacientes. Uma vez que através da visão global do paciente, as intervenções psicológicas, sociais e até mesmo espirituais são essenciais para que se tenha sucesso nas intervenções em CP (Wittmann-Vieira; Goldim, 2012).

## 1.5 Escalas de elegibilidade em cuidados paliativos

A introdução dos cuidados paliativos como forma de cuidado de um paciente, não se baseia em protocolos, mas sim em princípios que visam afirmar a vida e sua importância, compreender a morte como processo natural, sem antecipá-la ou postergá-la (Barros *et al.*, 2022). Entretanto, eleger pacientes a partir do diagnóstico destas doenças que se encaixam nos critérios dos CP é um grande desafio nas instituições de saúde. Não existe uniformidade de capacitação de profissionais de saúde, e são poucos programas de CP nas instituições, relacionados que estão relacionados à dificuldade de aceitação dos limites da medicina (Cassettari; Moritz, 2015).

A assistência em cuidados paliativos não deve ser pensada como uma alternativa diante da ineficácia de um tratamento curativo, mas sim, como um conjunto de cuidados oferecidos para os pacientes, durante toda sua terapêutica de forma a proporcionar para a pessoa a viver melhor, com qualidade de vida, durante todo o percurso da doença, até o momento da morte, se estendendo ao luto dos familiares (Gouvea, 2019).

Sendo assim, precisa-se incorporar nas equipes cuidadoras que os CP, envolvem não somente entender o indivíduo na sua singularidade, também preservam a sua dignidade, para que se otimize da melhor forma possível o tempo que lhe resta, mas também uma necessidade do paciente desde o diagnóstico e não apenas quando se pensa em morte iminente (Oliveira *et al.*, 2021).

Sabemos que ainda existe uma dificuldade para identificar o momento correto para iniciar a intervenção, por diversos motivos (Lustosa *et al.*, 2015), portanto, para facilitar isso, foram criadas diversas ferramentas de identificação para elegibilidade dos pacientes aos cuidados paliativos (D'Alessandro *et al.*, 2023; Elmokhallalati *et al.*, 2022).

Em 2011, houve um consenso que direcionou a partir de 5 critérios principais o diagnóstico precoce e correto para iniciar os CP na admissão do paciente, que são os seguintes: sobrevida esperada abaixo de 12 meses, internações hospitalares frequentes, sintomas físicos ou psicológicos frequentes, necessidade de cuidado

complexos, dependência funcional e falha terapêutica (Arcanjo *et al.*, 2018). Além disso, o estadiamento da doença e a avaliação da funcionalidade do paciente estão diretamente ligados com seu prognóstico e evolução (D'Alessandro *et al.*, 2023; Elmokhallalati *et al.*, 2022).

Sendo assim, vem a necessidade de uma ferramenta que auxilie a identificação desse paciente elegível aos CP, para que a partir desse diagnóstico, possamos ter a dimensão da real necessidade, das tomadas de decisões e de toda terapêutica envolvida no tratamento desse paciente (Arcanjo *et al.*, 2018).

Um dos instrumentos mais utilizado por muitos países e o escolhido para essa pesquisa é que o “Supportive and Palliative Care Indications Tool” (SPICT™) (Anexo III), uma ferramenta baseada nas características clínicas e laboratoriais que indicam doenças crônicas e irreversíveis. A única ferramenta que foi adaptada e traduzida para a nossa realidade brasileira na sua versão: SPICT-BR™ (Supportive and Palliative Care Indicators Tool, 2021). Foi validado e testado em 512 pacientes, através do desfecho: mortalidade em 12 meses, o resultado foi de 71% de especificidade, 78% de sensibilidade e 72% de acurácia (Mudge *et al.*, 2018).

O SPICT™ constitui de quatro sinais gerais de piora da saúde: estado funcional ruim ou deteriorando (autocuidado limitado/restrito a cama ou cadeira mais de 50% do dia); perda de peso progressiva nos últimos seis meses; duas ou mais internações nos últimos seis meses e paciente proveniente de um *home care* ou institucionalizado. Conta também com indicadores clínicos baseados em evidências das principais condições avançadas e progressivas considerando câncer; demência; doença neurológica; doença cardiovascular; doença respiratória; doença renal e doença hepática (Supportive and Palliative Care Indicators Tool, 2021).

Os pacientes são considerados elegíveis à CP quando apresentarem dois ou mais itens assinalados no instrumento, tanto na condição clínica geral, como nos indicadores relacionados à doença. O SPICT™, direciona a equipe para identificação de pacientes com elegibilidade aos CP, é fácil de usar, é completo e oferece suporte na identificação de necessidades reais dos pacientes e seu uso é aprovado para ser utilizado em hospitais (Highet *et al.*, 2014).

## 1.6 Escalas de performance em cuidados paliativos

Um dos principais marcadores utilizados para entender a trajetória da doença crônica é a funcionalidade, que acompanha a temporalidade da doença crônica, como demonstrado no eixo horizontal do Gráfico 1, é ela que determina o tempo de vida do paciente (Ribeiro; Velasco, 2021). Sendo então o *status* funcional o preditor independente de sobrevida, que é essencial no plano terapêutico (Vigano *et al.*, 2000).

Uma das primeiras formas em escala de performance do paciente em cuidados paliativos foi desenvolvida em 1949 por Karnofsky e Burchenal, o KPS (Anexo I) e segue sendo utilizado (Karnofsky; Burchenal, 1949). É uma escala que avalia a funcionalidade do paciente em forma de percentual, classificando-o quanto à capacidade de realizar trabalho ativo e autocuidado e a necessidade de cuidados médicos frequentes em razão da maior evidência de doença. O KPS (Anexo I) possui 11 categorias e cada uma é pontuada em 10%; uma pontuação mais baixa indica pior funcionalidade (100%: função completa – 0%: morte). Essa ferramenta está diretamente relacionada ao prognóstico em oncologia. Quanto pior a funcionalidade, maior a chance de toxicidade com o tratamento e menor a probabilidade de sobrevida (Karnofsky; Burchenal, 1949).

Posteriormente, foi criada uma escala que englobava mais fatores relacionados à funcionalidade a em inglês *Palliative Performance Scale* (sigla em PPS) é uma outra opção para os cuidados paliativos, permite estabelecer prognóstico e funcionalidade do doente, desenvolvido pelo *Victoria Hospice*, no Canadá, com tradução para o português (Victoria Hospice Society, 2009). A escala PPS (Anexo II) é uma ferramenta que tem sido amplamente utilizada para avaliar o desempenho funcional e para traçar prognóstico de sobrevida entre pacientes em cuidados paliativos (Dzierzanowski; Gradalski; Kozlowski 2020). Origina-se da escala de desempenho de *Karnofsky* e mede cinco domínios funcionais: deambulação, nível de atividade e evidência da doença, autocuidado, ingestão oral e nível de consciência. Os domínios são divididos em 11 níveis que variam de 0 a 100%, em intervalos de 10%, sendo 0% indicando morte e 100% indicando ausência de evidência de doença com atividade normal (Dzierzanowski; Gradalski; Kozlowski, 2020).

Atualmente diversas escalas sendo utilizadas para a identificação e diagnóstico dos cuidados paliativos. De acordo com uma pesquisa realizada em um hospital oncológico no Sul do Brasil, avaliou que os profissionais de saúde relacionam CP à

termos que lembram “morte” e “fase terminal da doença”; e demonstram desconhecimento acerca de filosofia e princípios, bem como indicações de CP (Cezar *et al.*, 2019). Assim sendo, ainda é comum verificar profissionais de saúde afirmarem que os CP são realizados na fase final de uma doença terminal, poucos indicariam estes cuidados na fase inicial da mesma doença (Gopal; Archana, 2016).

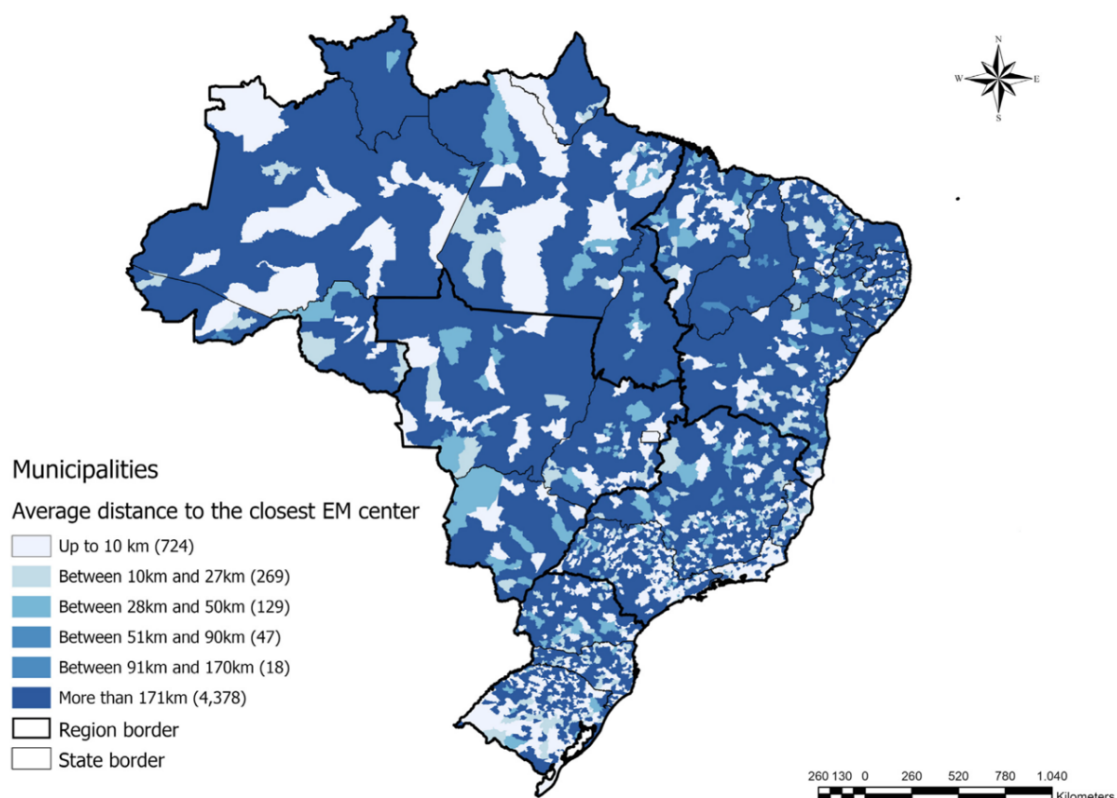
De acordo com Sumarsono *et al.* (2021) o treinamento da equipe deve garantir a disponibilidade desses cuidados, para melhorar a satisfação do paciente e família, além da qualidade de vida e as experiências de final de vida, ao mesmo tempo diminui realização de procedimentos desconfortáveis e com custos desnecessários para o sistema de saúde.

### **1.7 Realidade do departamento de emergência no Brasil**

De acordo com o Ministério da Saúde, a rede de atenção às urgências busca proporcionar um melhor atendimento ao paciente que procura o atendimento emergencial, esta rede é composta por promoção, prevenção e vigilância em saúde, sendo constituída pela: atenção básica, SAMU 192, sala de estabilização, força nacional do SUS, UPA 24h, unidades hospitalares e atenção domiciliar (Brasil, 2013). Os pacientes que acessam essa rede são pacientes em sua maioria com condições de saúde crônicas agudizadas ou agudas. Nas doenças crônicas a maior incidência é das doenças do aparelho cardiovascular e o acidente vascular cerebral (AVC) (Brasil, 2013).

Em um levantamento sobre a distribuição de SE no Brasil, mostrou existem mais estrutura nas regiões sudeste e sul do país em comparação com a região norte, e que em fevereiro de 2020, havia 35.682 unidades e 426.388 leitos designados para o atendimento de emergência (Silva *et al.*, 2021). Mostrando que o Brasil tem significantes barreiras geográficas que afetam o acesso do atendimento de emergência (Silva *et al.*, 2021), como mostra a Figura 1, onde observamos que a maioria do território nacional, a distância para o atendimento de emergência chega em 91-170 quilômetros.





**Figura 1** – Mapa que demonstra a distância entre o domicílio e um centro de emergência no Brasil.  
Fonte: Figura de Silva *et al.* (2021).

O fácil acesso ao SE no Brasil leva a má utilização desse setor leva ao consumo inadequado de recursos, tempo e equipe, sabe-se que 65% dos atendimentos realizados no SE poderiam ser realizados em ambulatórios. Portanto a dificuldade de amparo do atendimento primário, do serviço ambulatorial, dos cuidados domiciliares repercute no excesso de pacientes no SE (O'Dwyer; Oliveira; Seta, 2009).

O SE no Brasil, apresenta diversos problemas sendo que a superlotação merece destaque. Uma vez que esta gera uma cascata de problemas que impactam na segurança e qualidade do atendimento, e também prejudica psicologicamente as equipes de saúde que trabalham nesse setor. A superlotação eleva o tempo de atendimento e sabemos dessa relação com mortalidade do paciente (Amorim *et al.*, 2019).

Como proposta de melhoria no SE, países desenvolvidos implementaram políticas baseadas em melhorias com foco no tempo de atendimento do paciente, uma vez que este fator está associado com o prognóstico do paciente. Na Austrália se desenvolveu a política de atendimento emergencial denominada Meta Nacional de

Acesso a Emergências, do inglês National Emergency Access Target (NEAT), implementada em 2012, propondo que 90% do atendimento emergencial deverá ocorrer dentro de quatro horas. Sendo que as tomadas de decisões nesse período devem envolver: internar o paciente, transferir o paciente para um serviço mais especializado, ou liberar o paciente. Essas ações levaram a redução também do tempo de internação e a mortalidade (Sullivan *et al.*, 2016).

### **1.8 Cuidados paliativos nos serviços de emergência**

Dentro do contexto do envelhecimento populacional e do aumento da sobrevivência em doenças crônicas, existe um aumento da procura aos SE devido a quadros agudos relacionados a doenças crônicas avançadas (Ribeiro; Velasco, 2021). Nos Estados Unidos os pacientes acima de 75 anos de idade representam cerca de 10 milhões de idas aos SE ao ano, os pacientes acima de 65 anos, compõem a faixa etária que mais utiliza o SE (Pitts *et al.*, 2008). Metade dos idosos irão procurar o SE no seu último mês de vida, sendo que a maioria será internado e posteriormente irão morrer no hospital (George *et al.*, 2020).

Nos SE, a maioria dos idosos recebem cuidados discordantes de sua preferências e valores, nos seus últimos meses de vida. Onde são realizadas condutas invasivas de manutenção superficial de vida e falhas em abordar sintomas relevantes, desalinhando com os desejos do paciente (George *et al.*, 2020).

Portanto, existe atualmente um movimento internacional para acomodar a crescente necessidade de CP à políticas de saúde. Embora entendemos que alguns modelos de saúde, precisam ser redesenhados para que consigam otimizar a prestação de serviços em CP, há também um grau de preocupação na qualidade e nos custos dos cuidados, uma vez que nos países subdesenvolvidos os recursos em saúde já estão escassos (Wong *et al.*, 2014).

No Brasil, temos uma fragilidade na atenção primária em absorver os cuidados de todos os pacientes com doenças crônicas, levando a frequente busca dessa população aos SE para tratamento dessas doenças (Bailey; Murphy; Porock, 2011). Isso acontece em especial na população candidata aos CP, que estão na fase final de vida, com deterioração clínica e buscam o SE para alívio de seus sintomas, uma vez que o acesso é aberto 24 horas por dia, ininterruptamente (Bailey; Murphy; Porock, 2011). Os principais sintomas que levam esses pacientes a buscarem o SE são: dor,

dispneia e vômitos, e na grande maioria são pacientes sem o diagnóstico, seguimento ambulatorial ou domiciliar adequados (Medeiros *et al.*, 2021). Sabemos também que os paciente mais idosos procuram os serviços de emergências com demandas psicogênicas, angústia, sobrecarga de cuidadores e outras crises psicológicas não reconhecidas (George *et al.*, 2020).

O paciente no estágio final de vida, idealmente não deve ser submetido aos desconfortos de um SE, sendo que as internações, quando necessárias, devem ser realizadas em locais mais próprios, como leitos de enfermaria, que propiciem conforto e permitam acompanhamento das famílias (George *et al.*, 2016). Além disso, no cenário caótico que se encontram os SE no Brasil, com alta sobrecarga de pacientes graves, sem estrutura e assistência suficiente, esses pacientes paliativos, não conseguem receber a atenção e cuidado mínimo que necessitam. A dinâmica acelerada nesses locais não permite que os profissionais de saúde se dediquem um tempo maior para estarem com esses pacientes e tentem desenvolver um contato mais próximo (Lamba *et al.*, 2013).

Portanto, sabemos que a busca pelos SE aumenta de acordo com o avançar da doença, muitos desses pacientes são hospitalizados, nesse ambiente o onde as informações acabam existindo de forma incompleta, sem diretivas prévias e onde as decisões serão tomadas em relação a morte superficial (exemplo ventilação mecânica) e que muitas vezes decisivo para o curso de vida desse paciente (Lamba *et al.*, 2013).

Um estudo realizado em 2010, demonstrou que ate um terço do óbitos de pacientes em CP acontece no SE (Kompanje *et al.*, 2010). No Canadá, outro estudo realizado observou-se que 57,6% dos pacientes com neoplasia comparecerem no SE em seu último mês de vida. Na Austrália 52% dos pacientes acima de 18 anos que faleceram procuraram o serviço de emergência no último mês (Lamba *et al.*, 2013). Nos Estados Unidos, 16% dos pacientes acima de 65 anos que foram admitidos no SE já apresentavam vontade expressa sobre limitação terapêutica de fim de vida (não reanimação cardiopulmonar) (Richardson; Tiberini, 2015).

Portanto, não podemos ignorar que os SE são a porta de entrada para a demanda dos pacientes paliativos, porém não são locais ideais para a tomada de decisões no tempo correto e na forma adequada (Castilho; Silva; Pinto, 2021). Esses locais tem sido o ponto de partida comum para condutas médicas agressivas, de alto custo e de baixa qualidade para os pacientes no fim de vida (George *et al.*, 2020).

## 2 JUSTIFICATIVA

Faltam estimativas precisas para entender as necessidades reais em cuidados paliativos no serviços de emergencia, e esforços em larga escala para coletas de dados que quantifiquem essa necessidade precisam ser realizados. Diante desse cenário, através do uso de ferramentas validadas, devemos seguir com identificação da demanda de pacientes que necessitam de cuidados paliativos, para que através disso políticas de caráter de saúde nacional sejam criadas para que esses pacientes recebam o tratamento correto e que a sua finitude seja tratada de forma correta e digna

Nesse cenário de fragilidade da atenção primária e dos serviços de atendimento ambulatorial no nosso país, o serviço de emergência se destaca como principal acesso para os pacientes em geral, independente da patologia e do seu estágio. Por esse motivo, avaliar a condição dos cuidados paliativos neste ambiente é importante para traçar um diagnóstico tanto dos cuidados dispensados na fase final da vida, quanto da atenção à saúde como um todo.

Atualmente na Europa e Estados Unidos os cuidados paliativos são práticas solidificadas no meio de saúde, como um direito do paciente, contudo, na América Latina e principalmente no Brasil ainda pouco se fala sobre o tema, sendo ainda um tabu entre as equipes assistenciais. Existem no nosso país, poucos serviços que possuem toda linha de cuidados paliativos, com abordagem domiciliar, ambulatorial e hospitalar. Em 2012 foi criada a primeira residência médica na área no Brasil, com formação de profissionais médicos capacitados para esse cuidado.

Essa pesquisa visa ser um passo importante para traçar um perfil real dos cuidados paliativos dispensados nos principais serviços de emergência da cidade de Campinas - SP, um centro urbano referência no cuidado à saúde pública e privada do Estado de São Paulo. O serviço de emergência se comporta como um retrato do cuidado intra-hospitalar e da rede de saúde, portanto foi escolhido para realizar o diagnóstico situacional nesta pesquisa.

Através desse diagnóstico situacional podemos estimar a real demanda de pacientes que necessitam de cuidados paliativos na nossa cidade, propondo melhorias a nível de caráter de saúde pública, privada e extra-hospitalar, demonstrando aos gestores a importância do desenvolvimento e sustentabilidade nos protocolos que envolvem os cuidados paliativos.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Gerais**

- Identificar através da escala de avaliação diagnóstica SPICT™-BR os pacientes elegíveis aos cuidados paliativos que procuraram quatro serviços de emergência da cidade de Campinas em avaliação transversal.

#### **3.2 Específicos**

- Analisar características sociais, clínicas e epidemiológicas dos pacientes elegíveis ao CP;

- Avaliar principais sintomas apresentados por esses pacientes elegíveis aos cuidados paliativos;

- Aplicar a escala de funcionalidade o PPS, após a entrevista realizada com o paciente e/ou acompanhantes;

- Comparar o perfil dos pacientes elegíveis ao CP entre serviços públicos e privado, quanto as doenças e sintomas apresentados;

- Avaliar o uso de morfina e antibióticos nos pacientes elegíveis ao CP;

- Avaliar local que está sendo realizado o cuidado desses pacientes: hospital, ambulatório ou atendimento domiciliar.

## 4 CASUÍSTICA E MÉTODOS

### 4.1 Tipo e desenho do estudo

Este estudo teve aprovação no dia 13 de janeiro de 2023, pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUC-Campinas) parecer número:5.898.910; CAAE:65751922.4.1001.548 (ANEXO V).

Em 2020, foi realizado um projeto piloto na Unidade de Emergência Referenciada no Hospital das Clínicas da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) também aprovado Número CAAE: 29781320.0.0000.5404 e optamos por ampliar a amostra em outros serviços de emergência de Campinas.

Portanto, no presente estudo objetivamos identificar através de uma ferramenta de elegibilidade (SPICT™-BR), os pacientes candidatos aos cuidados paliativos em quatro SE na cidade de Campinas - SP.

Trata-se de uma pesquisa observacional, transversal, do tipo inquérito, que foi realizada simultaneamente, em dois dias distintos da semana, em dois meses diferentes no período das 7 às 19 horas.

Os membros da pesquisa, realizaram uma entrevista do tipo face a face com os pacientes e/ou acompanhantes que procuraram os SE participantes, independente da patologia de base e do motivo da procura, seja por demanda regulada ou espontânea de acordo com a característica do serviço, no dia e período descritos acima.

Em nenhum momento o atendimento desses pacientes foi afetado ou modificado pela entrevista, independente do aceite ou não à participação na pesquisa. A abordagem da equipe de pesquisa foi realizada preferencialmente nos períodos de espera do paciente, por exemplo enquanto aguardava a medicação, ou enquanto aguardava algum resultado de exames ou reavaliação, acontecendo também após a finalização do atendimento, caso o paciente e/ou acompanhante concordassem.

Foi realizada a entrevista, apenas após o aceite do paciente e/ou acompanhante ao termo de consentimento livre e esclarecido, com duração no máximo de cinco minutos, sem que a entrevista auterasse o fluxo ou a rotina desse paciente no serviço. Os participantes da pesquisa que retiraram seu consentimento, independente do momento, não tiveram os seus dados utilizados pelo pesquisador.

As perguntas que foram realizadas na entrevista constam no Anexo IV, cujo conteúdo está focado na abordagem do entendimento das principais comorbidades que acometem esses pacientes, o tratamento que estavam sendo realizando para as mesmas, e perguntas que avaliaram o grau de acometimento da doença e o comprometimento da mesma na qualidade de vida do paciente.

A equipe de pesquisa que realizou a entrevista nos hospitais foi composta por um ou dois membros da área da saúde por hospital. Esses profissionais da área da saúde foram treinados pela pesquisadora principal para a realização da entrevista e aplicação das escalas, a fim de uniformizar a abordagem e evitar desconfortos desnecessários para os pacientes.

A partir das respostas obtidas nos questionários, os membros da equipe de pesquisa aplicaram a escala de elegibilidade aos cuidados paliativos (SPICT™-BR) a fim de classificar esses pacientes em "elegíveis" ou "não elegíveis aos cuidados paliativos", além disso aplicaram a escala de funcionalidade (PPS). É importante salientar que as questões levantadas pelo questionário SPICT™-BR não foram aplicadas diretamente aos pacientes, e essa escala serviu para classificar o participante em momento após a entrevista, sendo que o *feedback* da classificação não foi repassado para o paciente. Pois entendemos que a paliatividade é uma condição delicada e subjetiva, que leva em conta as condições familiares e de saúde mental do paciente. Além disso, não coube aos pesquisadores abordarem esse ponto com os participantes.

#### **4.2 Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

O paciente e/ou acompanhante, foram convidados a participar do estudo através da leitura conjunta do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) somente após a autorização e assinatura do termo, foi realizada a entrevista (ANEXO VI).

Quando o paciente não estava em condições de responder as perguntas devido ao estado de confusão mental, sedação, exaustão ou inconsciência, o acompanhante ou responsável respondeu a entrevista. Sendo aplicado nesse caso o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para pais e responsáveis (ANEXO VII). Os

participantes que retiraram seu consentimento, independente do momento da pesquisa, não tiveram seus dados utilizados pelo pesquisador.

### **4.3 Instituições participantes**

As instituições foram compostas por quatro serviços de emergência da cidade de Campinas, sendo as seguintes:

Instituição Proponente:

Hospital PUC-Campinas: instituição filantrópica com o SUS, com SE referenciado e também possui atendimento público e privado, composta por 320 leitos. Com perfil de hospital escola.

Instituições Coparticipantes:

- Hospital Vera Cruz Campinas: caráter privado, com cerca de 180 leitos e 10 mil atendimentos no SE por mês.

- Hospital Vera Cruz Casa de Saúde Campinas: caráter privado, com cerca de 150 leitos, cerca de 10 mil atendimentos no SE por mês.

- Hospital de Clínicas da Unicamp (Universidade Estadual de Campinas): instituição estadual, com atendimento exclusivo SUS, departamento de emergência de referenciada para a DRS IV, com capacidade para 419 leitos. Além disso, com perfil de hospital escola.

Todas as instituições acima aceitaram o convite para participarem do estudo, com anuência dos diretores.

### **4.4 Membros da equipe de pesquisa**

Composição da equipe de pesquisa:

- Carla Adriane Roballo Bertelli
- Elisa Donalisio Teixeira Mendes
- Felipe Thiele Cecilio
- Cristina Terzi Coelho
- Daniele Pompei Sacardo
- Paulo Miguel Ferreira Gonçalves
- Fernanda Fraga Engelbrecht
- Marleise Roberta Antoneli Fonseca



- Luana Caprino Aranha
- Miguel Moraes Gomes Damasceno Amorim
- Renan Gianotto Oliveira

Todos os membros acima citados são da área da saúde, possuem conhecimento básico dentro da área de CP e todos estão envolvidos em sua rotina com esse tema. Além disso, os membros foram treinados e realizaram a entrevista e a aplicação das escalas de elegibilidade e funcionalidade propostas na pesquisa. Os membros participaram de forma voluntária, e os mesmos exerciam alguma rotina em cada um dos serviços citados anteriormente.

Antecedendo um mês da coleta de dados, a pesquisadora responsável realizou um treinamento com todos os membros da equipe de pesquisa, com duração aproximada de 2 horas, onde foi abordado todos os conceitos básicos sobre cuidados paliativos, e também foi aplicado o treinamento sobre como deveria ser realizada a aplicação das escalas, para que todas as dúvidas fossem sanadas, e com o objetivo também de uniformizar a abordagem durante a pesquisa.

#### **4.5 Descrição dos participantes da pesquisa**

##### *- Critérios de inclusão*

Pacientes com idade igual ou maiores de 18 anos, pacientes provenientes de demanda espontânea ou que estejam internados nas unidades de emergência dos hospitais participantes durante o período de realização da coleta de dados.

##### *- Critérios de exclusão*

Foram excluídas entrevistas com erros de preenchimento do formulário, e também entrevistas cujo paciente e/ou acompanhante não aceitaram assinar o TCLE.

#### **4.6 Coleta de dados**

A coleta de dados foi realizada através de entrevista semiestruturada. A entrevista foi em forma de diálogo entre o membro da equipe de pesquisa e o informante, sendo um espaço relacional, baseado nos interesses do pesquisador e pode apresentar-se como algo inesperado para o participante, dentro da sua rotina. A

entrevista em profundidade ou semiestruturada acontece quando o pesquisador frente a uma questão norteadora, e tendo a narrativa como referência, questiona o informante com o objetivo de compreender o que está sendo narrado (Moré, 2015).

Em cada hospital ao menos um ou dois profissionais da saúde realizou a entrevista, e aplicada a escala de elegibilidade aos cuidados paliativos (SPICT™-BR) e a de funcionalidade (PPS).

Os formulários da entrevista (Anexo IV) foram impressos, assim como cada pesquisador teve uma cópia da a escalas de PPS (Anexo II) e SPICT™-BR (Anexo III).

Além disso, nos dias de coleta as dúvidas que surgiram foram resolvidas através da comunicação entre a própria equipe, integralmente com a pesquisadora responsável.

#### **4.7 Formulário de entrevista**

As perguntas realizadas aos pacientes foram organizadas em um formulário de entrevista, que se encontra no Anexo IV. Composto por 4 partes:

*Primeira parte:* características socio econômicas do paciente, identificação do mesmo através apenas das iniciais, perguntas relacionadas ao sexo, raça, idade, escolaridade e procedência. Nessa parte estava a pergunta relacionada ao TCLE, sendo concordante, então os membros da pesquisa prosseguiram com a entrevista e com as próximas etapas.

*Segunda parte:* principais comorbidades que o paciente apresenta, e identificação de doenças ameaçadoras a vida. Também as perguntas relacionadas ao motivo da busca ao pronto-socorro, como queixa principal.

*Terceira parte:* estão as perguntas que chegaram ao entendimento da gravidade das comorbidades que acometem esse paciente, a maioria das perguntas foram adaptadas da escala de elegibilidade SPICT-BR.

*Quarta parte:* são perguntas para entendimento do grau de dependência e funcionalidade do paciente, a maioria dessas perguntas estão relacionadas a escala de funcionalidade escolhida para a pesquisa, o PPS, e resultam no prognóstico desse paciente.

*Quinta parte:* perguntas relacionadas as medicações de uso crônico, principalmente uso de opioides, uso de antibióticos na internação atual. Perguntou-se

sobre local de seguimento das doenças de base (por exemplo: ambulatório de especialidade, consultórios, *home care*, serviço de atendimento domiciliar (SAD), ou sem seguimento). Nessa etapa também se questionou sobre diretivas antecipadas.

Através desse conjunto de respostas os membros da pesquisa aplicaram a escala de elegibilidade aos cuidados paliativos, identificando os pacientes que eram candidatos ao CP. Além disso, aplicaram a escala de funcionalidade PPS, onde foi possível entender em qual momento dos cuidados paliativos se encontram esses pacientes.

#### **4.8 Escala de elegibilidade**

O estabelecimento do prognóstico do paciente é de extrema importância para que possamos ajustar os cuidados e promover dignidade ao longo da história natural das suas doenças. Por isso, identificar pacientes elegíveis aos cuidados paliativos se faz necessário, para uma medicina de qualidade (Highet *et al.*, 2014).

Inúmeras ferramentas de identificação foram desenhadas na literatura, em 2010, foi publicada a escala de SPICT, na Escócia (Highet *et al.*, 2014). Composta por indicadores de deterioração e de dependência funcional geral, com pontuações das principais condições clínicas das doenças de forma progressiva e avançada, incluindo doenças oncológicas e não oncológicas, além de propor indicações de plano de cuidado (Highet *et al.*, 2014).

No ano de 2013 esta escala foi validada, mensurando o desfecho de mortalidade em 12 meses, e atualmente é utilizada em mais de 30 países, sendo traduzida em pelo menos 15 línguas. Por isso, optamos por utilizá-la nesse estudo devido a sua tradução para língua portuguesa, e a adaptação para a realidade brasileira.

A aplicação da escala ocorreu da seguinte maneira:

Em uma primeira parte a escala traz marcadores gerais de piora clínica e funcional do paciente. Sendo que o paciente que possui pelo menos dois deles, então pode seguir com a próxima etapa.

Na segunda etapa, que é composta pela avaliação de indicadores clínicos das doenças, sendo um ou mais marcadores positivos então o paciente é considerado elegível aos CP.

#### 4.9 Escala de funcionalidade

A funcionalidade está estritamente relacionada ao prognóstico, sendo de grande valia para o planejamento terapêutico do paciente (Vigano *et al.*, 2000). A escala desenvolvida em 2009 no *Victoria Hospice*, foi baseada na escala de *Karnofsky* e adaptada aos cuidados paliativos (Victoria Hospice Society, 2009).

A escala de PPS é composta de onze níveis de performance, que vai de 0% a 100%, divididos em intervalos de 10, sendo que 100% está relacionado a funcionalidade preservada, e o 0% ao óbito (Castilho; Silva; Pinto, 2021).

O acompanhamento da funcionalidade do paciente através da escala de PPS na rotina do seguimento do paciente paliativo, nos ajuda a entender o declínio do mesmo ao longo do período analisado.

Descrita escala de PPS no Anexo II, a mesma será aplicada na nossa pesquisa, nos pacientes elegíveis aos CP, onde a partir dessa análise avaliamos o prognóstico desses pacientes.

#### 4.10 Análise estatística

Os dados obtidos foram exportados para Microsoft® Office Excel, e analisados posteriormente utilizando o software STATA® 16.

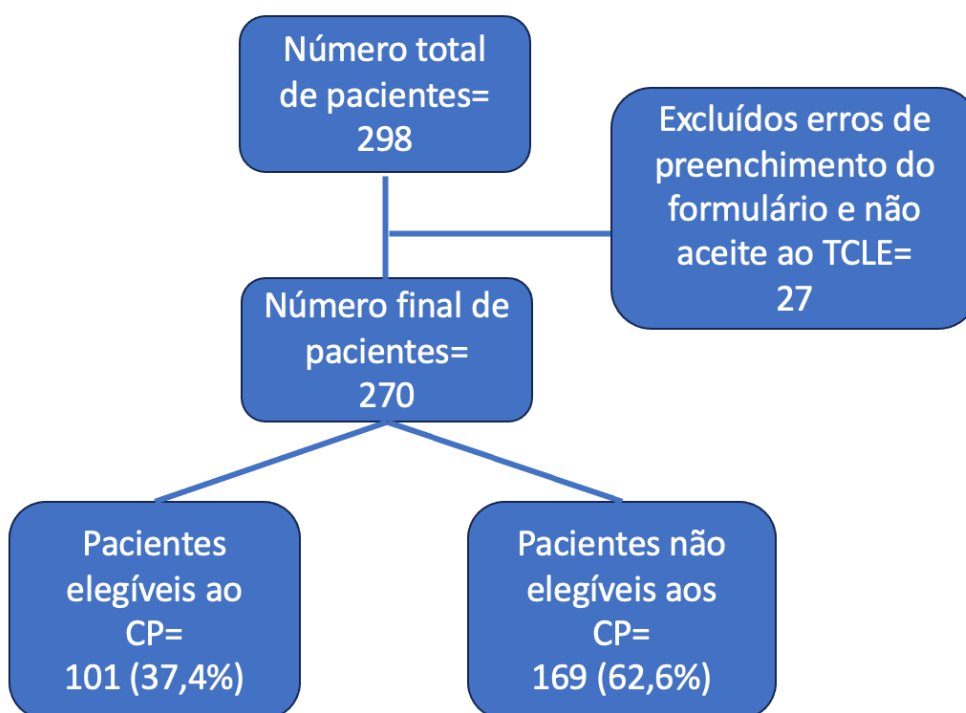
Foi realizada uma descrição das variáveis coletadas no inquérito. Na quarta seção pacientes com ou mais de um critério de deterioração clínica e na quinta parte do formulário pacientes que possuem um ou mais indicadores de doença avançada, foram considerados elegíveis aos cuidados paliativos. Foi realizada uma comparação entre pacientes elegíveis e não elegíveis aos cuidados paliativos, quanto às suas características clínicas e sociais, epidemiológicas (serviço público ou privado, tipo de doença de base, funcionalidade, entre outras variáveis).

As variáveis categóricas e contínuas também foram comparadas utilizando-se o teste qui-quadrado e teste exato de Fisher respectivamente, com nível de significância estatística de 5% ( $p < 0,05$ ).

## 5 RESULTADOS

### 5.1 Análise geral dos pacientes da pesquisa

Foram realizadas 298 entrevistas, sendo excluídas da análise 7 formulários por erro de preenchimento, restando 291. Dessas, 21 pacientes recusaram dar continuidade à pesquisa não aceite ao TCLE. Portanto, ao final obtivemos um número de 270 pacientes que prosseguimos com a análise de dados. Após a aplicação da ferramenta de elegibilidade SPICT-BR, obtivemos um total de 37,4% (N=101) pacientes com indicação de cuidados paliativos. Demonstrado na Figura 2.



**Figura 2** – Análise geral dos pacientes da pesquisa.  
Fonte: Elaborada pela autora (2023)

### 5.2 Características dos participantes da pesquisa

As características dos participantes estão descritas na Tabela 1. Dos 270 pacientes, a média de idade foi de 57,7 anos ( $\pm 18-93$  anos) e 54,5% (N=147) eram do sexo feminino. Se consideramos brancos a maioria dos pacientes (71,5%), seguidos de 18,5% de pardos sendo que 35,6% (N=96) dos casos possuíam o ensino superior

completo. Mais da metade dos pacientes 58,3% (N=157) residiam na cidade de Campinas – SP (Tabela 1).

Dentro dos pacientes atendidos nos serviços de emergência do estudo, 169 não eram elegíveis ao CP (Tabela 1). Destes a média de idade 51,3 ±18-92 com predomínio do sexo feminino, 59,7% (N=101). A raça branca também foi mais prevalente, com 70,4% (N=119) nessa população e o nível de estudo mais elevado que a população em geral e a população elegível aos cuidados paliativos, sendo que metade 50,3% (N=85) possuem ensino superior (Tabela 1).

Dos 101 pacientes elegíveis aos CP, a maioria era do sexo masculino 54,5% com idade média de 68,4 anos (±28-93 anos), sendo maior do que a população total do estudo em quase 10 anos.

Dos pacientes elegíveis aos CP, a distribuição segundo a identificação racial foi semelhante a população geral (73,2% se consideram brancos, 17,8% pardos e 8% pretos). O grau de escolaridade foi mais baixo no grupo de pacientes candidatos aos cuidados paliativos, sendo que a maioria, 49,4% (N=50) possuíam o ensino fundamental completo, seguidos de 30,6% (N=31) ensino médio completo, e apenas 9% (N=9) não possuíam estudo (Tabela 1).

**Tabela 1** – Características epidemiológicas de todos os pacientes entrevistados, e dos elegíveis aos cuidados paliativos.

Variáveis	Total de pacientes (N)	Pacientes não elegíveis ao CP (N)	Pacientes elegíveis ao CP (N)
Número de pacientes	270	169	101
Sexo (%)			
Masculino	123 (45,5)	68 (40,3)	55 (54,5)
Feminino	147 (54,5)	101 (59,7)	46 (45,5)
Idade (anos)			
Média (variação)	57,7 ±18-93	51,3 ±18-92	68,4 ±28-93
Raça (%)			
Amarela	1 (0,4)	0	1 (1)
Branca	193 (71,5)	119 (70,4)	74 (73,3)
Parda	50 (18,5)	32 (19)	18 (17,7)
Preta	26 ( )	18 (10,6)	8 (8)
Escolaridade (%)			
Não estudaram	11 (4)	2 (1,2)	9 (9)
Ensino Fundamental	90 (33,4)	40 (23,7)	50 (49,4)
Ensino Médio	73 (27)	42 (24,8)	31 (30,6)
Ensino Superior	96 (35,6)	85 (50,3)	11 (11)
Número de pacientes no estado de SP	267	166	101
Campinas	157 (58,3)	104 (62,7)	53 (52,5)
Outras cidades RMC	81 (30)	44 (26,6)	37 (36,5)
Não RMC	29 (10,7)	18 (10,8)	11 (11)

Nota: CP: Cuidado Paliativo; SP: São Paulo; RMC: Região Metropolitana de Campinas (Estado de São Paulo).

Fonte: Elaborada pela autora (2023).

### 5.3 Distribuição em relação ao perfil do serviço de saúde

Os pacientes foram comparados quanto ao tipo de serviço de saúde (público ou privado) e essas características estão descritas na Tabela 2. Analisando a distribuição dos pacientes em geral, 43% (N=116) são provenientes dos serviços privados e 57% (N=154) de serviços públicos. Já a distribuição dentre 101 pacientes elegíveis aos cuidados paliativos, apenas 18,8% (N=19) foram atendidos em serviço privado e 81,2% (N=82) em hospitais públicos (Tabela 2), sendo essa diferença estatisticamente significativa ( $p < 0,001$ ).

Na Tabela 2, observamos que dos 154 pacientes entrevistados no serviço público, 53,3% (N=82) eram elegíveis aos cuidados paliativos, dado que apresentou significância estatística ( $p < 0,001$ ).

**Tabela 2** – Distribuição da população entrevistada quanto ao perfil do serviço de saúde, se público ou privado.

Variáveis	Total de pacientes (N)	Pacientes não elegíveis ao CP (N)	Pacientes elegíveis ao CP (N)	p-valor*
Número de pacientes	270	169	101	
Serviços (%)				
Público	154 (57)	72 (42,6)	82 (81,2)	<0,0001
Privado	116 (43)	97 (57,4)	19 (18,8)	<0,0001

Nota: \*Teste Qui-quadrado. CP: Cuidado Paliativo.

Fonte: Elaborada pela autora (2023).

### 5.4 Distribuição segundo a sintomatologia e morbidades

Na população geral, o principal sintoma apresentado de queixa no pronto-socorro foi a dor 37,1% (N=101) e que também foi primeira entre os pacientes com indicação de CP 28,2% (N=29). Na população em geral, em segundo lugar tivemos dispneia 12,8% (N=35), seguida de sintomas neurológicos agudos 12,8% (N=35) que seriam alterações de força e sensibilidade e/ou alteração do nível de consciência (Tabela 3 e Gráfico ).

Na Tabela, dos sintomas que motivaram a procura ao pronto-socorro dos pacientes que não eram candidatos ao CP, a dor foi o principal motivo para a busca ao serviço, compondo 41,5% (N=71), a segunda principal queixa está relacionada a

quadro neurológico como rebaixamento no nível de consciência, alterações motoras, com 13% (N=22) e em seguida, queixas relacionadas ao quadro gripal como coriza, tosse, cefaléia e febre com 12,3% (N=21). Dentro dessa população observamos 3% (N=5) sintomas relacionados à ansiedade.

Já nos pacientes elegíveis aos cuidados paliativos, a dispneia foi o segundo sintoma mais prevalente com 26,3% (N=27), seguida de sintomas neurológicos 12,6% (N=13) e fadiga e inapetência 8,7% (N=9) (Tabela 3). Observamos que os pacientes paliativos não buscaram o pronto-socorro por quadros de ansiedade, e poucos 0,9% (N=1) com sintomas gripais. Dentre os pacientes em geral, 1,8% (N=5) apresentaram mais de uma queixa ao procurarem o atendimento médico, e o mesmo ocorreu com 1,9% (N=2) dos pacientes paliativos, sendo a principal associação: dor e dispneia (Tabela 3 e Gráfico 4).

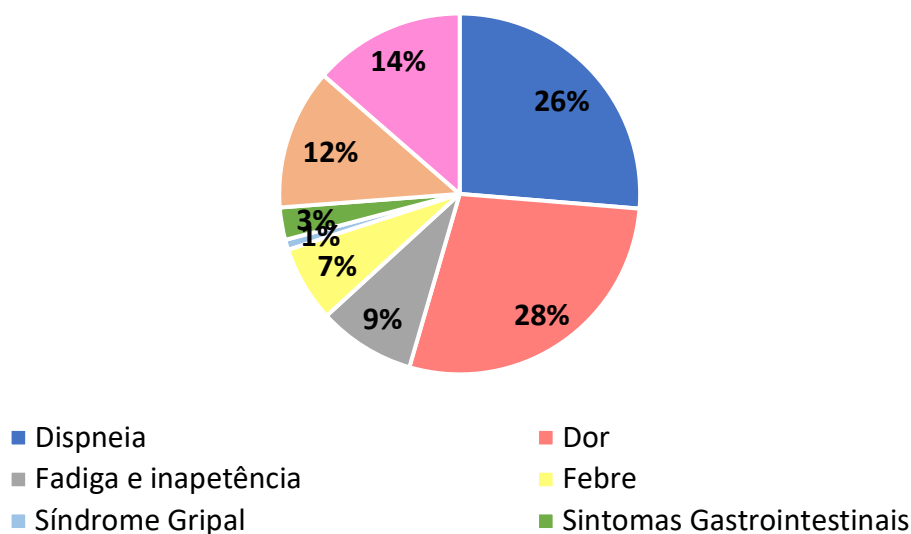
Quando comparamos os sintomas nos pacientes elegíveis e não elegíveis ao CP, o sintoma de dor não tem diferença estatística entre as duas populações, 28,2% (N=29) nos elegíveis aos CP e 41,5% (N=71) não elegíveis aos CP, outros sintomas como fadiga, inapetência, febre também não apresentaram diferença entre as populações. Porém a dispneia teve uma prevalência maior nos pacientes candidatos ao CP quando comparados aos pacientes não candidatos ao CP, sendo estatisticamente significativo ( $p < 0,001$ ). Já os sintomas de ansiedade, síndrome gripal, sintomas gastrointestinais, neurológicos e outros sintomas são mais prevalentes nos pacientes não elegíveis aos CP do que os elegíveis, porém essa diferença não apresentou significância estatística.

**Tabela 3** – Descrição de sintomatologia dos pacientes avaliados e comparação entre a população total e os pacientes elegíveis aos cuidados paliativos.

Variáveis	Total de sintomas (N)	Sintomas não elegíveis ao CP (N)	Pacientes elegíveis ao cuidado paliativo (N)	p-valor*
Número de pacientes	274	171	103	
Sintomas (%)				
Ansiedade	5 (1,8)	5 (3,0)	0	0,1607
Dispneia	35 (12,9)	8 (4,8)	27 (26,3)	<0,0001
Dor	100 (37,1)	71 (41,5)	29 (28,2)	0,0360
Fadiga e inapetência	15 (5,1)	6 (3,5)	9 (8,7)	0,0628
Febre	10 (3,7)	3 (2,0)	7 (6,8)	0,0434
Síndrome gripal	22 (8,1)	21 (12,3)	1 (0,9)	<0,0001
Gastrointestinais	16 (5,5)	13 (7,6)	3 (2,9)	0,1118
Neurológicos	35 (12,9)	22 (13,0)	13 (12,6)	0,9723
Outros	35 (12,9)	21 (12,3)	14 (13,6)	0,7340
Associações de dois ou mais sintomas	5 (1,8)	3 (2,0)	2 (1,9)	



Nota: \*Teste Qui-quadrado. CP: Cuidado Paliativo.  
 Fonte: Elaborada pela autora (2023).



**Gráfico 4** – Distribuição percentual dos sintomas dos pacientes ao procurar o Pronto-Socorro, dentre os elegíveis aos cuidados paliativos (%).

Fonte: Elaborado pela autora (2023).

### 5.5 Descrição das principais doenças ameaçadora à vida, relacionadas aos cuidados paliativos nos pacientes elegíveis

Dentre as doenças mais prevalentes relacionadas aos pacientes elegíveis aos cuidados paliativos, a neoplasia veio em primeiro lugar com 29% (N=35), em segundo lugar as doenças cardíacas 21% (N=25), e as demências em terceiro lugar com 10% (N=12), juntamente com doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) 10% (N=12), seguida de doença renal crônica (DRC) 7,5% (N=9) e por fim hepatopatias e doenças neurológicas agudas ambas com 5% (N=6) (Tabela 4). Tivemos 15,1% (N=13) de associação de duas ou mais doenças no mesmo paciente (Tabela 4).

Também foram avaliadas a prevalência das doenças em relação ao perfil do serviço de saúde. Dentro do serviço público, manteve-se a neoplasia maligna como a doença mais prevalente 32% (N=30), seguida das cardiopatias 24,5% (N=23), doença renal crônica e DPOC estão juntas com 9,5% (N=9) e 9,5% (N=9). As associações entre duas ou mais das doenças ocorreram em 12,7% (N=12) (Tabela 4).

Nos hospitais privados houve predomínio das doenças relacionadas aos pacientes idosos, como a demência 30,8% (N=8) e a síndrome da fragilidade 27%

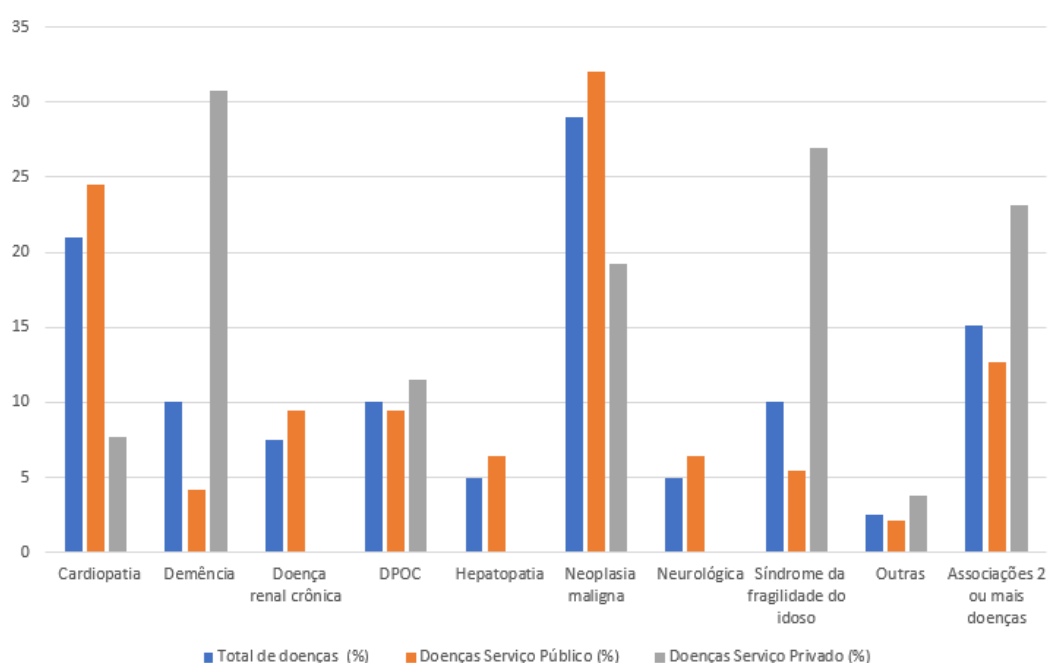
(N=7) (Tabela 4). Dentro dos perfis dos serviços, a demência apresentou prevalência no serviço privado, sendo que essa diferença foi significativamente estatística ( $p < 0,0001$ ). As associações de mais de uma doença ocorreram 23,1% (N=6) nos hospitais privados (Tabela 4).

**Tabela 4** – Descrição das doenças ameaçadoras à vida na população elegível para cuidados paliativos, comparando-se as características dos pacientes atendidos no serviço público e no serviço privado.

Características	Total de doenças		Doenças Serviço Público		Doenças Serviço Privado		p-valor*
	N	%	N	%	N	%	
Número de doenças	N=120		N=94		N=26		
Doença de Base (%)							
Cardiopatia	25	21	23	24,5	2	7,7	0,1453
Demência	12	10	4	4,2	8	30,8	<0,0001
Doença renal crônica	9	7,5	9	9,5	0		0,2012
DPOC	12	10	9	9,5	3	11,5	0,6931
Hepatopatia	6	5	6	6,4	0		0,5909
Neoplasia maligna	35	29	30	32,0	5	19,2	0,3967
Neurológica	6	5	6	6,4	0		0,5909
Síndrome da fragilidade do idoso	12	10	5	5,4	7	27,0	0,0067
Outras	3	2,5	2	2,1	1	3,8	0,4686
Associações 2 ou mais doenças	18	15,1	12	12,7	6	23,1	

Nota: \*Teste Qui-quadrado. DPOC: Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica

Fonte: Elaborada pela autora (2023).



**Gráfico 5** – Descrição das doenças ameaçadoras à vida na população elegível para cuidados paliativos, comparando-se as características dos pacientes atendidos no serviço público e no serviço privado.

Fonte: Elaborado pela autora (2023).

## 5.6 Relação entre PPS dos pacientes elegíveis aos CP e o perfil dos serviços de saúde

A média do PPS dentro dos pacientes elegíveis aos cuidados paliativos foi de  $53,5 \pm 10$ , sendo que no serviço público foi maior do que no serviço particular com valores de 55,3 e 51, respectivamente (Tabela 5).

Quando segmentamos o PPS em três faixas, conforme a pontuação (PPS  $\leq 30$ , 40-60,  $\geq 70$ ), observamos PPS entre 40-60 em 53,5% (N=54) dos pacientes elegíveis. Essa faixa de PPS também foi a mais prevalente na população com indicação aos cuidados paliativos no serviço público e particular 53,6% (N=44) e 52,6% (N=10) (Tabela 5).

Em relação ao PPS e os perfis de serviços de saúde, observamos que a média é menor no serviço particular de  $45,3 \pm 20-80$ , onde tivemos uma população com uma média de idade maior também, e uma prevalência maior de demências. Observamos que a diferença de pacientes elegíveis ao CP com PPS menor ou igual a 30 foi maior nos pacientes do serviço particular 36,9% (N=7) do que no serviço público 13,4% (N=11), não apresentando diferença estatisticamente relevante.

Ao avaliamos os pacientes com PPS entre 40-60, com prevalência maior no serviço público 53,6% (N=44), do que no privado 52,6% (N=10), sendo essa diferença estatisticamente significativa ( $p < 0,001$ ). A distribuição entre os serviços, nos pacientes com PPS maior ou igual a 70, 33% (N=27) e 10,5% (N=2), público e privado, respectivamente, e não apresentou significância estatística.

Em geral, 70% dos pacientes elegíveis ao CP apresentavam PPS menor ou igual a 60 e 17,9% (N=18) PPS menor ou igual a 30.

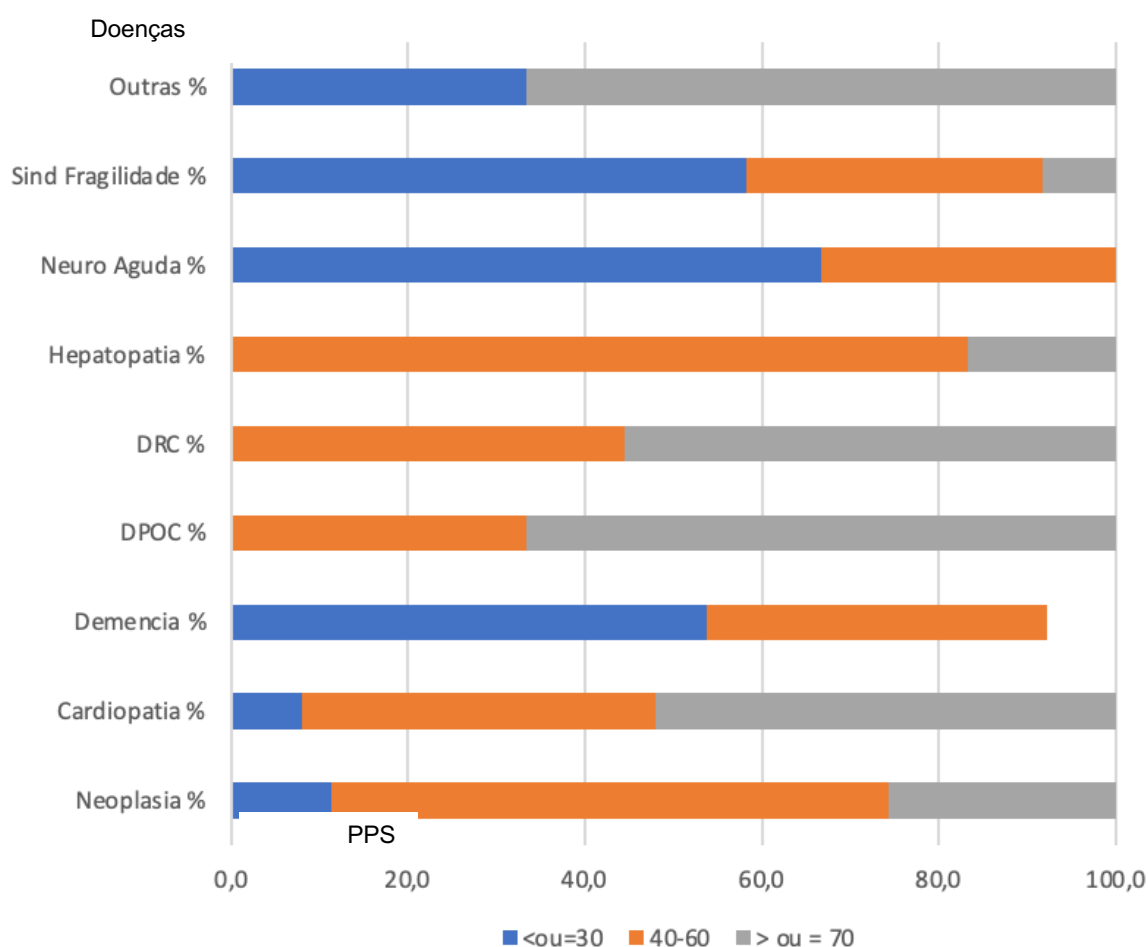
**Tabela 5** – Distribuição do PPS na população de pacientes elegíveis aos cuidados paliativos e a comparação entre os perfis de serviços.

Variável	Total pacientes elegíveis ao CP N (%)	Total de Pacientes elegíveis ao CP no serviço Público N (%)	Total de Pacientes elegíveis ao CP no serviço Privado N (%)	p-valor*
Número de pacientes PPS	N=101	N=82	N=19	
Média	$53,5 \pm 10-90$	$55,3 \pm 10-90$	$45,3 \pm 20-80$	
< ou = 30	18 (17,9)	11 (13,4)	7 (36,9)	0,4194
entre 40-60	54 (53,5)	44 (53,6)	10 (52,6)	<0,0001
> ou = 70	29 (28,6)	27 (33)	2 (10,5)	0,0675

Nota: \*Teste Exato de Fischer. CP: Cuidado Paliativo; PPS: *Palliative Performance Scale*.

Fonte: Elaborada pela autora (2023).

Na análise aprofundada do PPS, os pacientes elegíveis aos CP, portadores de síndrome da fragilidade do idoso, doenças neurológicas agudas e demências apresentam PPS menor ou igual a 30, conforme observado no gráfico 6. Já nos pacientes elegíveis ao CP portadores de neoplasia maligna, hepatopatia em sua maioria, apresentavam o PPS entre 40-60, e por fim os pacientes portadores de DRC, DPOC e cardiopatia apresentavam em sua maioria, PPS maior ou igual a 70 (Gráfico 6).



**Gráfico 6** – Relação do PPS e com as doenças, nos pacientes elegíveis ao CP.  
Fonte: Elaborado pela autora (2023).

### 5.7 Internações não programadas nos pacientes elegíveis aos CP

Dentre os pacientes elegíveis aos CP observamos que a grande maioria teve de 1-3 internações não programadas nos últimos 6 meses, 58,4% (N=59), mantendo-se a maioria entre 1-3 internações nos serviços público 57,3% e privado 63,2% (Tabela 6). Entre os perfis de serviços de saúde e o número de internações não programadas, observamos uma maior porcentagem de internações entre 1-3 nos

serviços privados, sendo 57,3% (N=47) e 63,2% (N=12), respectivamente no público e no privado, essa diferença apresentou significância estatística ( $p < 0,001$ ).

**Tabela 6** – Avaliação de internações hospitalares não programadas nos últimos 6 meses nos pacientes elegíveis aos cuidados paliativos, e a distribuição de acordo com o perfil do serviço de saúde.

Variável	Total de pacientes		Total de pacientes serviços públicos		Total de pacientes serviços privados		p-valor*
	N	%	N	%	N	%	
Número de pacientes Internações não programadas nos últimos 6 meses	N=101		N=82		N=19		
Nenhuma	30	29,7	23	28,0	7	36,8	0,3222
1-3	59	58,4	47	57,3	12	63,2	<0,00001
>3	12	11,9	12	14,7	0		0,1077

Nota: \*Teste Exato de Fischer.

Fonte: Elaborada pela autora (2023).

### 5.8 Descrição em relação ao cuidado, como uso de opioides, local de seguimento de rotina e entendimento sobre necessidade de CP

Dentro dos pacientes elegíveis aos cuidados paliativos, observamos baixo uso de morfina sendo que apenas 10,9% (N=11) utilizaram o opioide para controle de sintomas. Além disso, foi observado o local de atendimento desse paciente elegível ao CP, sendo ele estava alocado principalmente no corredor e sala de emergência 55,4% (N=56), sendo que apenas 44,6% (N=45) estavam em macas na sala de observação do pronto-socorro (Tabela 7).

Avaliamos também, se alguma família ou paciente solicitava pela equipe especializada em CP, sendo apenas 17,8% (N=18) correspondendo a essa solicitação (Tabela 7).

Em relação ao acompanhamento das doenças de base, a grande maioria estava em seguimento no consultório particular ou ambulatório de especialidade no serviço público, 55,5% (N=56), e 21,8% (N=22) não faziam seguimento prévio. E por último observamos que apenas 5,9% (N=6) realizavam seguimento com serviço domiciliar (Tabela 7).

**Tabela 7** – Variáveis de perfil assistencial do atendimento dos pacientes elegíveis aos cuidados paliativos.

Variável	Total de pacientes	
	N	%
Número total de pacientes elegíveis	101	
Uso de morfina		
Sim	11	10,9
Não	90	89,1
Local de atendimento dos pacientes		
Corredor e sala de emergência	56	55,4
Sala de observação	45	44,6
Pacientes ou familiares que pediram por equipe de CP		
Sim	18	17,8
Não	83	82,2
Local de acompanhamento de rotina		
Ambulatório de especialidade/Consultório	56	55,5
Atendimento domiciliar	6	5,9
Hospital	10	9,9
Unidade básica de saúde	7	6,9
Sem seguimento de rotina	22	21,8
Uso atual de antibióticos		
Sim	40,5	40,0
Não	60,5	60,0

Fonte: Elaborada pela autora (2023).

Foi avaliada nos pacientes elegíveis ao CP, a refratariedade dos sintomas, que levavam a idas frequentes ao pronto-socorro, e foi encontrado que, dos 101 pacientes 87,2 % (N=88) apresentavam sintomas persistentes (Tabela 8), sendo o sintoma refratário mais frequente foi a dispneia com 47,7% (N=42), seguida de dor 22,7% (N=20), emagrecimento e inapetência 17,1% (N=15) e Ascite 5,6% (N=5) (Tabela 8).

**Tabela 8** – Sintomatologia persistente dos pacientes elegíveis aos cuidados paliativos.

Variável	Total de pacientes (%)	
	N	%
Número total de pacientes elegíveis	101	
Sintomas persistentes	88	87,2
Dispneia	42	47,7
Dor	20	22,7
Inapetência e emagrecimento	15	17,1
Ascite	5	5,6
Outros	6	6,9

Fonte: Elaborada pela autora (2023).

## 6 DISCUSSÃO

Sabemos que com o processo de envelhecimento populacional, associada ao aumento das doenças crônicas, degenerativas e oncológicas, a demanda em cuidados paliativos está numa constante crescente. Tanto em regiões economicamente desenvolvidas e principalmente em locais subdesenvolvidas (Santos; Ferreira; Guirro, 2019).

Atualmente, muitos portadores de doenças crônicas são elegíveis ao CP, sendo considerado como um direito humano pela Declaração Universal de Bioética e Direitos Humanos, publicado pela UNESCO em 2005 Connor; Sepulveda-Bermedo, 2020).

Este estudo trouxe dados extremamente preocupantes, dentre os 270 pacientes analisados nos SE participantes, 101 (37,4%) eram elegíveis aos cuidados paliativos. Sendo este resultado, superior ao descrito na literatura, como por exemplo no estudo austríaco realizado por Köstenberger *et. al.* (2019), essa demanda no SE foi de 13,2%, o que se aproximou do resultado encontrado no nosso estudo, dentro dos serviços privados 18,8% (N=19). O presente estudo, reflete uma profunda inadequação do nosso sistema de saúde público em relação a esse perfil de indivíduos, que deveriam receber cuidados domiciliares, ou em unidades de internação mais adequadas do que nos SE.

Em outro estudo canadense, realizado em 2008, demonstrou que 26,6% dos pacientes atendidos no período de 6 anos eram elegíveis aos cuidados paliativos (Lawson *et al.*, 2008), porém ainda nessa época os estudos reconheciam apenas os pacientes oncológicos como elegíveis aos cuidados paliativos, e mesmo com essa divergência em elegibilidade, esta pesquisa demonstrou dados superiores ao da literatura.

Em 2014 foi publicada uma revisão sistemática que tentou avaliar prevalência de pacientes paliativos nos departamentos de emergência, porém a diferença entre os estudos não possibilitou trazer uma relação estatística, apenas dois artigos trouxeram que a cada 2,5 de 1 mil visitas ao SE eram feitas por pacientes elegíveis aos CP (Wong *et al.*, 2014).

A criação e validação das ferramentas que auxiliam na identificação dos pacientes elegíveis aos CP é importante. Sendo que um estudo prospectivo da Bélgica, avaliaram a demanda de pacientes elegíveis aos CP nos SE, utilizando também a ferramenta SPICT, em pacientes com idade igual ou acima de 75 anos. A

elegibilidade desta casuística foi de 47% (Bourmorck *et al.*, 2023). Em nosso estudo os pacientes tiveram uma média etária inferior, podendo estar relacionada com a nossa expectativa de vida que é de 77 anos (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2022).

Observamos em um estudo, onde foi aplicada uma ferramenta de elegibilidade, o *Palliative Care and Rapid Emergency Screening* (P-CaRES), dentre 131 pacientes idosos (acima de 55 anos) 30,5% eram elegíveis ao CP (Paske *et al.*, 2020).

### *Características dos pacientes elegíveis aos cuidados paliativos*

Como mencionado anteriormente, dentro dos pacientes elegíveis aos cuidados paliativos, (Tabela 1) dos 101, 54,5% eram homens, o que observamos na maioria dos estudos com pacientes com essa característica, uma variabilidade em relação ao sexo, sendo alguns a prevalência mais compatível com o sexo masculino (Lafond *et al.*, 2016; Ribeiro *et al.*, 2018, Shen *et al.*, 2021; Bourmorck *et al.*, 2023), outros no sexo feminino, 55,1% (Kirkland *et al.*, 2021).

Quanto a idade média deste presente estudo, foi de 68,4 ±28-93, que está um pouco abaixo do descrito na literatura em países desenvolvidos, onde observamos uma média de idade acima dos 70 anos nos pacientes com indicação aos CP (Lafond *et al.*, 2016; Kirkland *et al.*, 2021; Shen *et al.*, 2021). No entanto, um estudo brasileiro realizado em uma unidade de retaguarda, num pronto-socorro de um hospital universitário da cidade de São Paulo, demonstra uma idade média de 63 anos, sendo próximo a idade evidenciada no trabalho, sendo que nesse estudo foram avaliadas as ferramentas de elegibilidade e sua aplicação entre os profissionais de saúde (Ribeiro *et al.*, 2018).

Quanto à escolaridade, poucos estudos avaliam esse aspecto social, no nosso estudo os pacientes elegíveis aos cuidados paliativos possuíam em sua maioria apenas o ensino fundamental 49,4% (N=50), talvez porque a grande maioria dos pacientes estar dentro do atendimento público de serviço de saúde, 81,2% (N=82).

Um estudo com pacientes paliativos oncológicos, demonstrou uma prevalência de 71,3% dos pacientes que cursaram o ensino superior (Saeed *et al.*, 2018), já em outro estudo realizado no Brasil também com pacientes paliativos oncológicos, apenas 38,91% dos pacientes tinham apenas o ensino fundamental incompleto (Bastos *et al.*, 2018).



Em relação a identificação de cor da pele, neste estudo, a maioria foi a branca, 73,3% (N=74), dado também encontrado em outro estudo nacional (Salamonde *et al.*, 2006), porém outros estudos demonstram variedade em relação a essa variável, como esses dois exemplos de casuísticas norte-americanas (O'Mahony *et al.*, 2008; Lafond *et al.*, 2016).

Existe uma grande preocupação que a raça preta nos Estados Unidos receba uma assistência médica de pior qualidade que as demais raças. Alguns estudos realizados nesse país têm o intuito de avaliar a essa assistência nas diferentes raças. Em um estudo realizado em 2019, evidenciou que em pacientes que se identificavam como pretos, portadores de doenças como Alzheimer e demências, acabavam recebendo tratamentos desnecessariamente invasivos na fase terminal (incluindo uso de ventilação mecânica, internação em unidade de terapia intensiva), ao invés de receberem tratamentos que priorizem conforto nesta fase (como tratamento paliativo) (Austin *et al.*, 2019).

#### *Características quanto ao perfil dos serviços de saúde*

Observamos que a demanda de pacientes elegíveis aos CP foi diferente quando comparamos serviço público e privado (81,2% e 18,8% respectivamente), sendo essa diferença estatisticamente significativa ( $p < 0,001$ ).

Não temos estudos na literatura que fazem essa análise comparativa entre os serviços de saúde e a demanda de elegibilidade ao CP, porém sabemos que no serviço público, de acordo com a população que depende do sistema único de saúde (SUS) é claramente maior (Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2019).

Atlas dos cuidados paliativos no Brasil, na versão de 2019, descreve uma demanda imensa desta população de pacientes elegíveis ao CP no SUS (Santos; Ferreira; Guirro, 2019), um vez que mais de 70% (163 milhões) da nossa população é usuária desse sistema saúde. Na última atualização da Agência Nacional de Saúde Suplementar, apenas 22,4% (47.105.097) dos brasileiros são beneficiários do sistema privado.

Atualmente, sabemos que no serviço público estamos vivendo ainda uma demanda reprimida devido a pandemia pelo COVID 19, pois esse sistema de saúde deixou de oferecer mais de 60% das suas atividades para os pacientes (Bert; Houchegger, 2021). Existem diversas publicações na literatura que demonstram um

aumento da demanda de pacientes elegíveis aos CP após as pandemias, devido a dificuldade de acesso à saúde e prevenção no período da mesma e ainda no período após, devido a reestruturação dos serviços (Powell; Schwartz; Nouvet, 2017; World Health Organization, 2018).

Também sabemos que mais de 80% da população em geral procuram o SE como primeira opção para avaliação médica, devido a falta de suporte nas unidades básicas e ambulatorios (Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2019). O que contribui de forma exponencial com nossos problemas relacionados a superlotação e falta de recursos em saúde.

#### *Sintomatologia em pacientes da população geral do estudo e nos pacientes elegíveis ao CP*

Um estudo publicado no *New England Journal*, realizado por Kelley e Morrison (2015) (Figura 6), demonstrou os sintomas apresentados pelos pacientes portadores de doenças crônicas. Nos pacientes portadores de neoplasia a dor foi o sintoma mais prevalente, seguido por fadiga, anorexia, boca seca, constipação e após dispneia. Já nos pacientes com insuficiência cardíaca, a dispneia se mostrou o sintoma mais comum seguido de fadiga e dor. Nos pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) a dispneia foi a mais prevalente em aproximadamente 95% dos pacientes portadores de DPOC, seguido de fadiga e boca seca. Já nos pacientes com doença renal crônica a fadiga foi o sintoma mais comum, seguido de distúrbios do sono e anorexia. Nos pacientes com demência o sintoma mais prevalente foi a dispnéia, logo após constipação e dor e nos pacientes portadores de AIDS a fadiga é o sintoma mais comum, seguido por dor, constipação e dispneia, respectivamente. o gráfico abaixo demonstra a relação da prevalência desses sintomas nas diferentes patologias.

Neste estudo, os sintomas mais prevalentes nos pacientes elegíveis aos CP, foram: dor 28% (N=29), seguido da dispneia com 26% (N=27). Resultados esses que corroboram com o estudo descrito por Kelley e Morrison (2015), no qual ambos sintomas também se destacaram nos pacientes elegíveis aos CP.

As queixas neurológicas, como: alterações motoras e rebaixamento do nível de consciência, foram 12,6% (N=13) nos elegíveis ao CP. A fadiga e inapetência com 8,7% (N=9). Tais sintomas também estiveram presentes no estudo de Kelley e Morrison (2015) em pacientes portadores principalmente de doença renal crônica,

AIDS e com DPOC. Os sintomas gastrointestinais como: náuseas e vômitos, constipação, foram de 2,9% (N=3) no nosso estudo, já no estudo apresentado por Kelley e Morrison (2015) estes se apresentaram principalmente nos pacientes com câncer e insuficiência cardíaca congestiva.

A ansiedade, foi uma queixa muito comum nos pacientes com doenças crônicas (Kelley; Morrison, 2015), principalmente nos portadores de DPOC, porém não foi encontrada no nosso estudo. Ela esteve presente apenas nos pacientes não elegíveis aos CP, com 5%, com significância estatística ( $p < 0,001$ ).

A febre foi uma queixa comum em 7% dos pacientes elegíveis aos CP desse estudo, sendo significativamente maior do que no grupo dos não elegíveis aos CP ( $p < 0,001$ ). Diferente do estudo de Kelley e Morrison (2015) onde esse sintoma não foi observado dentro das diversas comorbidades avaliadas.

Um destaque para esta pesquisa, foi a possível comparação entre os sintomas apresentados pelos pacientes elegíveis aos CP e os não elegíveis atendidos em SE. Podemos verificar que os sintomas como dispneia, fadiga e inapetência e febre são estatisticamente significativos ( $p$ -Valor  $< 0,001$ ), sendo mais prevalentes nos pacientes elegíveis aos CP do que os não elegíveis.

Na literatura a dor é o principal sintoma que leva os pacientes ao SE, responsável por 45% das admissões nos hospitais, conforme este estudo realizado nos Estados Unidos entre 2000 e 2010 (Chang *et al.*, 2014). Neste estudo, a dor também foi o sintoma principal nos pacientes em geral foi de 37,1% (N=100), e também entre os pacientes não elegíveis ao CP 41,5% (N=71) e também nos pacientes elegíveis com 28,1% (N=29).

Já os sintomas de ansiedade, síndrome gripal, gastrointestinais e neurológicos foram significativamente mais frequentes ( $p$ -Valor  $< 0,001$ ) nos pacientes não elegíveis aos CP.

#### *Doenças nos pacientes elegíveis ao CP*

A maioria dos adultos que necessitam de CP padece de alguma doença crônica, como cardiovasculares (38,5%), câncer (34%), doenças respiratórias crônicas (10,3%), síndrome da imunodeficiência adquirida (SIDA) (5,7%) e diabetes *mellitus* (4,6%) (D' Alessandro *et al.*, 2023). Porém, muitas outras condições podem exigir cuidados paliativos; como a insuficiência renal, doença hepática crônica,

esclerose múltipla, doença de Parkinson, artrite reumatoide, doenças neurológicas, demências, defeitos congênitos e tuberculose resistente a drogas (D' Alessandro *et al.*, 2023).

A 2a. edição do *Global Atlas of Palliative Care*, Connor e Sepulveda-Bermedo (2020), analisou a demanda mundial de CP e descreve 39% composto por doenças cardiovasculares (DCV). Nesta pesquisa, nos pacientes elegíveis aos CP, as DVC apareceu em segundo lugar com 25% (N=21). As neoplasias, apresentaram-se em segundo, com 35% (N=29%), que aparece em segundo colocado na publicação de Connor e Sepulveda-Bermedo (2020).

Em terceiro lugar tivemos na nossa pesquisa, números iguais de demência e DPOC com 10% (N=12), sendo esses dados muito parecidos com a literatura em relação ao DPOC (Connor; Sepulveda-Bermedo, 2020). Já na demência isso pode variar de acordo com a população estudada, sendo prevalente na população dos Estados Unidos e Europa.

Na 2a. edição do *Global Atlas of Palliative Care*, 2019, o HIV aparece entre as grandes necessidades de cuidados paliativos mundial, o que é reflexo da elevada demanda dessa doença no continente africano, sendo que 77,3% da população em CP na África está relacionada ao HIV (Connor; Sepulveda-Bermedo, 2020). Neste estudo essa doença foi observada em apenas 1 paciente elegível ao CP.

No início da epidemia de aids, o diagnóstico estava relacionado uma letalidade altíssima, por falta de terapia específica antiviral. Após o início dos anos 90, com o início da HAART (terapia antiviral combinada) a doença teve um aumento enorme de sua sobrevida, sendo hoje considerada uma doença crônica em países com acesso à terapia antiviral. Entretanto, ainda estamos décadas atrasados em países pobres, especialmente na África Sub-Saariana.

Em um estudo realizado por Lafond *et al.* (2016) mostrou que 80,4% dos pacientes elegíveis aos CP atendidos em SE possuíam doenças crônicas associadas e as principais comorbidades no momento da admissão de doenças cardiovasculares, neurológicas e respiratórias. Já no presente estudo, os pacientes elegíveis aos CP admitidos emse, as doenças crônicas mais prevalentes foram as neoplasias malignas (29%), seguido pelas doenças cardiovasculares 21%, e as demências e Síndrome da Fragilidade do Idoso compuseram juntas o terceiro lugar entre as doenças com 10% cada uma delas.

Além disso, Lafond *et al.* (2016), demonstrou que, dos pacientes paliativos admitidos no serviço de emergência, 48,6% tinham ao menos uma falência orgânica, 28,4% tinham pelo menos duas e 15,5% tinham três ou comorbidades associadas no momento da admissão no serviço de emergência. Valores muito próximos se mostraram no presente estudo quanto a associação de duas ou mais doenças no mesmo paciente com 15,1%.

Um estudo observacional retrospectivo realizado na Coreia e descrito por Lee *et al.* (2023) utilizando o banco de dados do Sistema Nacional de Informações do Departamento de Emergência (NEDIS), analisou 36.538.486 pacientes que deram entrada no pronto-socorro entre 2016 e 2019, com 34.086 mortes, sendo 90,1% dessas mortes foram relacionadas a doenças crônicas, e destas um quarto eram elegíveis aos cuidados paliativos. Nesta série, o câncer foi a doença mais prevalente (16,9%), seguido por DPOC (3,8%), IC (3,5%) e DRC (1,4%). Esses dados se equivalem no presente estudo onde o câncer também foi a doença mais comum de eleição aos cuidados paliativos com 29,0% dessa população, seguido pelas doenças cardiovasculares 21,0%.

Nos últimos 4 anos, mais de 30 mil pacientes, incluindo 5.200 pacientes com câncer, morreram durante o atendimento no SE, sendo um quarto das mortes relacionadas à doença no SE foram pacientes com condições elegíveis aos CP (Lee *et al.*, 2023). E sabemos, que o SE é o local, onde as possibilidades de discussão de prognóstico, tomadas de decisões individualizadas e envolvimento de familiares no plano de cuidado, são rotineiramente impossíveis (Bailey; Murphy; Porock, 2011). No SE, devido a sua dinâmica acelerada o médico não tem tempo hábil e espaço físico adequados para propor qualquer plano de cuidados envolvendo o paciente com seu aspecto físico, espiritual e psicossocial (Lamba *et al.*, 2013).

Um estudo realizado no Brasil por Ribeiro *et al.* (2018), de todos os indivíduos incluídos, 173 (34,0%) apresentavam pelo menos uma das nove doenças avançadas avaliadas pelo instrumento de triagem de CP em uma unidade de terapia intensiva. A condição mais prevalente foi cirrose (25,4%), seguida de câncer (14,5%), DPOC(13,9%), DRC (12,1%), síndrome de fragilidade em idosos (11,0%), insuficiência cardíaca (9,3%), demência avançada (8,1%), AIDS (3,5%) e incapacidade neurológica grave (2,3%).

O PPS é a ferramenta de funcionalidade muito utilizada mundialmente em CP, sendo que diversos trabalhos validam sua utilização (Victoria Hospice Society, 2009). Os dados relacionados a essa ferramenta são variáveis nos estudos, de acordo com o local da pesquisa, idade da população avaliada e comorbidades. Estudo brasileiro, realizado em unidade de terapia intensiva, mais de 70% pacientes possuíam PPS de 10 (Lourençato *et al.*, 2022).

No nosso estudo, 70% dos pacientes elegíveis ao CP apresentavam PPS menor ou igual a 60, sendo esse resultado compatível com estudo norte-americano que avaliou em um serviço de referência em CP, porém, neste caso, foram selecionados pacientes portadores de doenças crônicas e idosos, sendo este resultado semelhante ao nosso (78,8% de pacientes PPS >60) (O'Mahony *et al.*, 2008).

Em um estudo feita na Tailândia (Dumnui; Nagaviro; Anothaisintawe 2022), foram avaliados apenas pacientes oncológicos, que procuravam o serviço de emergência, e foi encontrado 60,8% de pacientes com PPS de 50, comparada com a população do nosso estudo em pacientes oncológicos, 80% possuíam PPS entre 40-60, cuja funcionalidade é parecida com a encontrada nos estudos.

Outro estudo que também utilizou uma ferramenta de elegibilidade (P-CaRES) em 131 pacientes num SE dos Estados Unidos, dos 44 pacientes com critério positivo para a ferramenta, 46,5% dos possuíam PPS entre 50 e 10 (Paske *et al.*, 2020).

Existe uma dificuldade na comparação entre os estudos, pois além das variáveis serem diferentes, como a idade, doença específica, cada estudo adota um intervalo diferente para estratificar o PPS entre a sua amostra. Porém sabemos da importância dessa escala, em relação ao entendimento do prognóstico dos pacientes, com estudos utilizando-a como ponto de apoio ao médico do SE nas tomadas de decisões (Babcock *et al.*, 2016)

#### *Dados relacionados aos pacientes elegíveis ao CP*

O uso de antibióticos nos pacientes elegíveis ao CP, foi de 40,5% (N=41), sendo menor, quando, comparado com estudo realizado num serviço terciário na Tailândia, que demonstrou 83,5% dos pacientes elegíveis aos CP estavam em vigência de antibiótico (Monsomboon *et al.*, 2022). Em outra publicação, observou-se que 44,9% dos pacientes terminais hospitalizados, possuíam antibiótico na prescrição

nas suas últimas 24 horas de vida (Tan; Chua, 2014). Sabemos que o uso do antibiótico está associado a um aumento do tempo de internação, e não tem impacto na mortalidade dos pacientes elegíveis aos CP (Hung *et al.*, 2022). A emergência de bactérias multirresistentes é um problema mundial, inclusive sendo considerada prioridade pela OMS desde 2015.

A morfina é um importante marcador mundial de qualidade no atendimento em CP. Avalia-se o uso de morfina em miligramas (mg) *per capita* em cada um dos países, para se entender como está o desenvolvimento em relação aos CP (Pastrana; Lima, 2022). Na publicação mais recente do Atlas Latino Americano de CP, publicado em 2021 por Palastrana *et al.* (©2021), o Brasil apresentava um uso de mg de morfina *per capita* de apenas 7,5, atrás de países como Chile com 26,6, Argentina com 18,2, Colômbia com 13 e Costa Rica com 12,7.

Correlacionando o uso de morfina em pacientes elegíveis ao CP, observamos neste estudo apenas 10,9% (N=11) desses pacientes estavam em uso da medicação. O que reflete a realidade brasileira, sabemos que essa porcentagem está extremamente baixa em relação à encontrada na literatura. Na literatura observamos percentuais maiores de uso de morfina nos pacientes elegíveis aos CP, cerca de 34,6% em um estudo num SE da Tailândia (Monsomboon *et al.*, 2022).

Um estudo americano, avaliou por um ano o atendimento de paramédicos em pacientes elegíveis aos CP, sendo a morfina utilizada em casos de dor na própria ambulância, em mais de 60% dos pacientes antes de sua chegada ao hospital (Lord *et al.*, 2019). A literatura demonstra o uso de morfina de forma mais desenvolvida em outros países, em um estudo publicado por Sera, McPherson e Holmes (2015), realizado nos Estados Unidos, onde avaliou 4.252 pacientes de diversos Hospices, e as medicações prescritas. Nos pacientes portadores de doenças crônicas, 60% possuíam a morfina na sua prescrição. (Sera, McPherson; Holmes, 2014).

Portanto observamos que no Brasil existem diversas barreiras para o uso de opioides, principalmente relacionado ao treinamento do médico na prescrição dessa medicação e a falta de informação dos seus benefícios a população, fazendo da morfina um mito de medicação que não deve ser utilizada e nem prescrita, o que consequentemente dificulta nosso desenvolvimento em CP (Dalpai *et al.*, 2017).

Em relação às hospitalizações nos pacientes paliativos, a literatura demonstra que quanto mais hospitalizações maior a relação com a mortalidade em 6 meses, no nosso trabalho observamos que os pacientes candidatos aos cuidados paliativos

observamos que mais de 58,4% (N= 59) foram hospitalizados mais do que 1 vez nos últimos 6 meses, e 11,9% (N=12) mais do que três vezes nos últimos 6 meses (Bourmorck *et al.*, 2023). Observamos no estudo de Mossomboon *et al.* (2022), que analisou as características envolvidas na mortalidade de pacientes paliativos na Tailândia, demonstrou que pacientes que procuravam o SE mais vezes apresentavam uma maior mortalidade.

Quanto ao modelo de cuidado mais adequado aos pacientes elegível aos CP é o hospice, o qual nos países desenvolvidos já está solidificado e extremamente estruturado. No nosso país, sabemos que o modelo de assistência em CP se apresenta de três formas: hospitalar, ambulatorial e domiciliar (Rodrigues, 2012). Neste trabalho, apenas 5,9% (N=6) dos pacientes elegíveis ao CP estavam em seguimento domiciliar, o que representa uma porcentagem muito baixa de pacientes num cenário ideal de cuidados.

Portanto precisamos melhorar também a estrutura da distribuição do paciente elegível aos CP, ampliando nossa rede de atendimento domiciliar e cuidando desse paciente nos ambulatórios e em casa, próximo de seus familiares e do seu lar.

#### *Sintomas persistentes nos pacientes elegíveis ao CP*

Neste trabalho, 87,2% (N=88) dos pacientes candidatos ao CP apresentavam sintomas persistentes, sendo uma causa comum de procura ao SE. Quanto aos sintomas persistentes mais prevalentes encontrados a dispneia foi a mais prevalente com 47,7% (N=42) seguida de dor 22,7% (N=20). Comparando esses resultados aos apresentados por Kelley e Morrison (2015), percebemos uma relação direta com os sintomas persistentes mais comumente encontrados: dispneia e dor, independente da doença de base.

#### *Limitações do estudo:*

Das limitações, a principal foi o caráter multicêntrico do estudo, com a conciliação entre os profissionais de saúde, ao mesmo tempo em diversos serviços de emergência.

O fato dos membros de pesquisa não possuírem formação em cuidados paliativos, também leva uma limitação na aplicação da entrevista.



A limitação de realizar o estudo num cenário de emergência, com alto fluxo, superlotação e falta de estrutura para realizar a pesquisa.

## 7 CONCLUSÃO

Concluimos a partir deste trabalho, que um número significativo de pacientes elegíveis aos cuidados paliativos que buscam os serviços de emergência. Dentre esses pacientes, a maioria foram homens e idosos. A distribuição dentro dos serviços de saúde se concentrou principalmente nos hospitais públicos. Dentre as doenças ameaçadoras à vida, presentes nos pacientes elegíveis aos cuidados paliativos tivemos principalmente as doenças cardiovasculares, porém ao estratificarmos por perfis de serviços, as demências foram mais prevalentes nos serviços privados. Observamos também, nesses pacientes tivemos um baixíssimo uso de morfina, um razoável uso de antibiótico e poucos estavam em cuidados domiciliares.

## 8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Portanto esses dados refletem que ainda a precariedade do nosso país em cuidados paliativos. Demonstrando que precisamos estruturar urgentemente o modelo de saúde em cuidados paliativos, melhorando o acesso a informação sobre o tema para a população em geral; melhorando o ensino e capacitação dos profissionais de saúde em geral para que possam reconhecer e encaminhar esse paciente para o cuidado adequado; melhorar a estrutura dos cuidados paliativos dentro do sistema de saúde tanto público quanto privado, desde a unidade básica até as unidades de terapia intensiva; aumentar a construção de *hospices* em nosso país, uma vez que esse modelo é solidificado como sendo o melhor para esses pacientes elegíveis os cuidados paliativos

Sabemos o quanto essas melhorias serão benéficas principalmente para o paciente elegível aos cuidados paliativos e também para os seu familiares, que irão receber um acompanhamento digno e humanizado. Além disso, também irá beneficiar todo o nosso sistema de saúde, pois ao oferecer o cuidado correto e humanizado para esses pacientes, iremos diminuir a busca do mesmo aos serviços de emergência de forma inadequada e desnecessária, sendo a solução para problemas como a superlotação, otimização de recursos em saúde, fazendo a engrenagem do sistema de saúde girar corretamente.

## REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Beneficiários de planos privados de saúde, por cobertura assistencial (Brasil – 2009-2019)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: <https://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-gerais>. Acesso em: 15 set. 2023.

AMORIM, F. F. *et al.* Reducing overcrowding in an emergency department: a pilot study. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 65, n. 12, p. 1476-1481, 2019.

ANDRADE, E. O. A ortotanásia e o direito brasileiro: a resolução CFM no. 1805\06 e algumas considerações preliminares à luz da legislação brasileira. **Revista Bioethikos**, v. 5. n. 1, p. 28-34, 2011.

ARCANJO, S.P. *et al.* Características clínicas e laboratoriais associadas à indicação de cuidados paliativos em idosos hospitalizados. **Eisntein** (São Paulo), v. 16. N.1, p. 1-8, 2018. DOI: <http://doi.org/10.1590/S1679-45082018AO4092>.

AUSTIN, A. M. *et al.* Measuring racial segregation in health system networks using the dissimilarity index. **Social Science & Medicine**, v. 240, 2019.

BABCOCK, M. *et al.* the palliative performance scale predicts three- and six-month survival in older adult patients admitted to the hospital through the emergency department. **Journal of Palliative Medicine**, v. 19, n. 10, p. 1087-1091, 2016.

BAILEY, C.; MURPHY, R.; POROCK, D. Trajectories of end-of-life care in the emergency department. **Annals of Emergency Medicine**, v. 57, n. 4, p. 362-369, 2011. DOI: <http://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2010.10.010>. Epub 2010 Dec 4.

BARROS, J. A. *et al.* Identificação e caracterização de pacientes idosos elegíveis aos cuidados paliativos. **Research, Society and Development**, v. 11, no. 6, e21411628980, 2022.

BASTOS, B. R. *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**, v. 9 n. 2, p. 31-36, 2018.

BERT, C.; HOUGHHEGGER, B. Os desafios impostos pela COVID-19 à gestão de medicina diagnóstica. **Radiologia Brasileira**, v. 54, n. 5, p. 318-320, 2021.

BOURMORCK, D. *et al.* SPICT as a predictive tool for risk of 1-year health degradation and death in older patients admitted to the emergency department: a bicentric cohort study in Belgium. **BMC Palliative Care**, v. 22, n. 1, p. 79, 2023

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional da Educação e Câmara de Educação Superior. Parecer revogado a Resolução CNE\CE no. 03, de 20 de julho de 2014, que institui as diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em medicina e dá outras providências. Brasília: Mec, 2022. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/docman/marco-2022-pdf/238001-pces265-22/file>. Acesso em: 15 dez. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Comissão Intergestores Tripartite. **Resolução nº 41 de 31 de outubro de 2018**. Dispõe sobre as diretrizes para organização dos cuidados paliativos, à luz dos cuidados continuados integrados, no âmbito Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/acao-a-informacao/gestao-do-sus/articulacao-interfederativa/cit/resolucoes/2018/17-0407m-rewrite-2018.pdf/view>. Acesso em: 15 dez. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Manual Instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

CANADIAN HOSPICE PALLIATIVE CARE ASSOCIATION. **A model to Guide Hospice Palliative Care**. Ottawa, ON: Canadian Hospice Palliative Care Association, 2013.

CARVALHO, M. M. A Medicina em história: a medicina hipocrática. **Revista Leituras**, v. IV, n. 1, 2002.

CASSETTARI, A. J.; MORITZ, R. D. Pacientes críticos elegíveis para avaliação paliativista. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v. 44, n. 2, p. 60-73, 2015.

CASTILHO, R. K.; SILVA, V. C. S.; PINTO, C. S. **Manual de cuidados paliativos da Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP)**. 3. ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2021.

CLARK, D.; WRIGHT, M. The international observatory on end of life care: a global view of palliative care development. **Journal of Pain and Symptom Management**, v. 33, n. 5, p. 542-546, 2007.

CEZAR, V. S. *et al.* Continuous Education in Palliative Care: An Action Research Proposal. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental**, v. 11, n. 2, p. 324-332, 2019. DOI: <http://doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i2.324-332>.

CHANG, H. *et al.* Prevalence and treatment of pain in EDs in the United States, 2000 to 2010. **American Journal of Emergency Medicine**, v. 32, p. 421-431, 2014.

CHU, C.; WHITE, N.; STONE, P. Prognostication in palliative care. *Clinical Medicine (Lond)*, v. 19, n. 4, p. 306-310, 2019. DOI: 10.7861/clinmedicine.19-4-306.

CONNOR, S. R.; SEPULVEDA-BERMEDO, M. C. **2o Global Atlas of Palliative Care at the End of Life**. [S. l.]: Worldwide Palliative Care Alliance, 2020.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Código de Ética Médica**: Resolução CFM nº 2.217, de 27 de setembro de 2018, modificada pelas Resoluções CFM nº 2.222/2018 e 2.226/2019 / Conselho Federal de Medicina. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2019.

D'ALESSANDRO, M. P. S. *et al.* **Manual de cuidados paliativos**. 2. ed. São Paulo: Hospital Sírio Libanês; Ministério da Saúde 2023.

DALPAI, D. *et al.* Pain and palliative care: the knowledge of medical students and the graduation gaps. **Revista Dor**, v. 4, n. 18, p. 307-310, 2017.

DUMNUI, N.; NAGAVIRO, J. K.; ANOTHASINTAWE, T. A study of the factors associated with emergency department visits in advanced cancer patients receiving palliative care. **BMC Palliative Care**, v. 21, e197, 2022.

DZIERZANOWSKI, T.; GRADALSKI, T.; KOZLOWSKI, M. Palliative performance scale: cross cultural adaptation and psychometric validation for polish hospice setting. **BMC Palliative Care**, v. 19, n. 52, p. 1-6, 2020.

ECONOMIST INTELLIGENCE UNIT. **The 2015 quality of death index**: ranking palliative care around the world. London: EIU; 2015.

ELMOKHALLALATI, Y. *et al.* Identification of patients with potential palliative care needs: A systematic review of screening tools in primary care. **Palliative Medicine**, v. 34, n. 8, p. 1-17, 2022.

FROMME, E. K. Ethical issues in palliative care. *In*: ALMOND, R. M.; SCHMADER, K. E.; GIBENS, J. (ed.). **This topic update**. [S. l.]: UpToDate Inc., 2020. Available from: <http://www.uptodate.com/contents/ethical-issues-in-palliative-care>. Cited: 22 May 2022.

GEORGE, G. E. N. *et al.* Past, presente, future of palliative care in emergency medicine in the USA. **Acute Medicine & Surgery**, v. 7, n. 1, p. e497, 2020. DOI: <http://doi.org/10.1002/ams2.497>.

GEORGE, N. M. D. *et al.* Palliative care screening an assessment in emergency department: a systematic review. **Journal of Pain an Symptom Managemnt**, v. 51, n.1, 2016.

GOPAL, K. S.; ARCHANA, P. S. Awareness, knowledge and attitude about palliative care, in general, population and health care professionals in Tertiary Care Hospital. **IJSS**, v. 3, n. 10, p. 31-35, 2016.

GOUVEA, M. P. G. The need for palliative care among patients with chronic diseases: a situational diagnosis in a university hospital. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 22, n. 5, p. e190085, 2019. DOI: <http://doi.org/10.1590/1981-22562019022.190085>.

GOUVEIA, L. A. G. Envelhecimento populacional no contexto da Saúde Pública. **Revista Tempus Acta de Saúde Coletiva**, v. 6, n. 4, p 101-111, 2012.

HIGHET, G. *et al.* Development and evaluation of the Supportive and Palliative Care Indicators Tool (SPICT): a mixed-methods study. **BMJ Supportive & Palliative Care**, v. 4, n. 3, p. 285-290, 2014.

HUNG, K. C. *et al.* Antibiotic stewardship program (ASP) in palliative care: antibiotics, to give or not to give. **European Journal of Clinical Microbiology & Infectious Diseases**, v. 41, p. 29-36, 2022.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Tábuas completas de mortalidade**. Rio de Janeiro: IBGE, 2022. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/novo-portal-destaques/35600-nota-sobre-as-tabuas->

completas-de-mortalidade-2021-e-a-pandemia-de-covid-19. Acesso em: 21 ago. 2023.

KARNOFSKY, D. A.; BURCHENAL, J. H. The clinical evaluation of chemotherapeutic agents in cancer. *In*: MACLEOD, C. M. (ed.). **Evaluation of chemotherapeutic agents**. [New York]: Columbia Univ Press, 1949. p. 196.

KELLEY, A. S.; MORRISON, R. S. Palliative care for the seriously ill. **New England Journal of Medicine**, v. 373, p. 747-755, 2015.

KIRKLAND, S. W. *et al.* Comparison of characteristics and management of emergency department presentations between patients with met and unmet palliative care needs. **PLoS One**, v. 16, n. 9, p. e0257501, 2021. DOI: <http://doi.org/10.1371/journal.pone.0257501>.

KLÜBLER-ROSS, E. **Sobre a morte e o morrer**: o que os doentes terminais têm para ensinar a médicos, enfermeiras, religiosos e aos seus próprios parentes. 9. ed. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2008.

KOMPANJE, E. J. O. The worst is yet to come: many elderly patients with chronic terminal illnesses will eventually die in the emergency department. **Intensive Care Medicine**, v. 36, n. 5, p. 732–734, 2010.

KÖSTENBERGER, M. *et al.* Prevalence of palliative care patients in emergency departments. **Wien Klin Wochenschr**, v. 131, p. 404-409, 2019.

KUCHEMANN, B. A. Envelhecimento populacional, cuidado e cidadania: velhos dilemas, novos desafios. **Revista Sociedade e Estado**, v. 27, n. 1, p. 165-180, 2012.

LAFOND, P. *et al.* A Hospice and Palliative Care Bed Dedicated to Patients Admitted to the Emergency Department for End-of-Life Care. **American Journal of Hospice & Palliative Medicine**, v. 33, n. 4, p. 1-4, 2016.

LAMBA, S. *et al.* Palliative care provision in the emergency department: barriers reported by emergency physicians. **Journal of Palliative Medicine**, v. 16, n. 2, p. 143-147, 2013.

LAWSON, B. J. *et al.* Palliative care patients in the emergency department. **Journal of Palliative Care**, v. 24, n. 4, p. 247-255, 2008.

LEE, S. Y. *et al.* Epidemiology of patients who died in the emergency departments and the need of end-of-life care in Korea from 2016 to 2019. **Scientific Reports**, v. 13, n. 686, 2023.

LORD, B. *et al.* Palliative care in paramedic practice: A retrospective cohort study. **Palliative Medicine**, v. 33, n. 4, p. 445-451, 2019.

LOURENÇATO, F. M. *et al.* Palliative care team in Brazilian tertiary emergency department. **International Journal of Emergency Medicine**, v. 15, n. 53, 2022.

LUSTOSA, A. M. *et al.* Cuidados paliativos: discurso de médicos residentes. **Revista de Medicina**, v. 25, n. 3, p. 369-374, 2015.

MACÊDO, J. A. L. J. **Cuidados paliativos no Brasil: revisão sistemática**. Salvador, 2015. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Medicina) – Faculdade de Medicina da Bahia, Salvador, 2015.

MACIEL, M. G. S. Definições e princípios. *In*: CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO. **Cuidado Paliativo**. São Paulo: CREMESP, 2008. p. 15-32.

McCOUGHLAN, M. A necessidade de cuidados paliativos. **Mundo Saúde**, v. 7, n. 1, p. 6-14, 2003.

MEDEIROS, M. O. S. F. *et al.* Cuidado paliativos na emergência: revisão integrativa. **Revista de Bioética**, v. 29, n. 2, 2021.

MELO, A. G. C. Os cuidados paliativos no Brasil. **Revista Brasileira de Cuidados Paliativos**, v. 1, n. 1, 2008.

MONSOMBOON, A. *et al.* Characteristics and factors associated with mortality in palliative patients visiting the Emergency Department of a large tertiary hospital in Thailand. **BMC Palliative Care**, v. 21, p. 115, 2022.

MORÉ, C. L. O. O. A entrevista em profundidade ou semiestruturada no contexto da saúde. **Investigação Qualitativa em Ciências Sociais**, v. 3, p. 126-131, 2015.

MURRAY, S. A.; SHEIKH, A. Palliative Care beyond cancer: care for all at the end of life. **British Medical Journal**, v. 336, p. 958-959, 2008. DOI: <http://doi.org/10.1136/bmj.39535.491238.94>.

MUDGE, A. M. *et al.* Risk of 12-month mortality among hospital inpatients using the surprise question and SPICT criteria: a prospective study. **BMJ Supportive & Palliative Care**, v. 8, n. 2, p. 213-220, 2018. DOI: <http://doi.org/10.1136/bmjspcare-2017-001441>.

O'DWYER, G. O.; OLIVEIRA, S. P.; SETA, M. H. Avaliação dos serviços hospitalares de emergência do programa QualiSUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 5, p. 1881-1890, 2009. DOI: <http://doi.org/10.1590/S1413-81232009000500030>.

O'MAHONY, S. *et al.* Preliminary Report of a Palliative Care and Case Management Project in an Emergency Department for Chronically Ill Elderly Patients. **Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine**, v. 85, n. 3, 2008.

OKAMOTO, Y. *et al.* Do symptoms among home palliative care patients with advanced cancer decide the place of death? Focusing on the presence or absence of symptoms during home care. **Journal of Palliative Medicine**, v. 19, n. 5, p. 488-495, 2016. DOI: <http://doi.org/10.1089/jpm.2015.0184>.

OLIVEIRA, L. M. *et al.* Aspectos éticos do cuidado de enfermagem ao idoso em cuidados paliativos. **Enfermagem em Foco**, v. 12, n. 2, p. 393-399, 2021.

PASKE, J. R. T. *et al.* Palliative Care and Rapid Emergency Screening Tool and the Palliative Performance Scale to predict survival of older adults admitted to the hospital



from the emergency department. **American Journal of Hospice & Palliative Medicina**, p. 1-7, 2020.

PASTRANA, T. *et al.* **Atlas de cuidados paliativos em Latinoamérica 2020**. 2. ed. Houston, TX: IAHPC Press, ©2021.

PASTRANA, T.; LIMA, L. D. Palliative care in Latin America: Are we making any progress? Assessing development over time using macro indicators. **Journal of Pain and Symptom Management**, v. 63, n. 1, p. 33-41, 2022. DOI: <http://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2021.07.020>. Epub 2021 Aug 12.

PESSINI, L. Cuidados paliativos: alguns aspectos conceituais, biográficos e éticos. **Prática Hospitalar**, n. 41, p. 107-112, 2005.

PINELI, P. P. *et al.* Cuidado paliativo e diretrizes curriculares: inclusão necessária. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 40, n. 4, p. 540-546, 2016.

PITTS, S. *et al.* National Hospital ambulatory medical care survey: 2006 emergency department summary. **National Health Statistics Reports**, n. 27, p. 84-95, 2008.

POWELL, R. A.; SCHWARTZ, L.; NOUVET, E. Palliative care in humanitarian crises: always something to offer. **Lancet**, v. 389, n. 10078, p. 1498-1499, 2017.

RADBRUCH, L. *et al.* Redefining Palliative Care: A new consensus-based definition. **Journal of Pain and Symptom Management**, v. 60, n. 4, p. 754-764, 2020. DOI: <http://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.04.027>.

RICHARDSON, H.; TIBERINI, R.; *Rehabilitative Palliative Care: Enabling people to live fully until the die: A challenge for the 21<sup>st</sup> century*. London: Hospice UK, © 2015.

RIBEIRO, S. C. C. *et al.* Criterion validity and inter-rater reliability of a palliative care screening tool for patients admitted to an emergency department intensive care unit. **Palliative and Supportive Care**, v. 16, n. 6, p. 685-691, 2018. DOI: <http://doi.org/10.1017/S1478951517001080>. Epub 2017 Dec 26.

RIBEIRO, S. C. C.; VELASCO, T. **Cuidados paliativos na emergência**. Barueri: Manole, 2021.

RODRIGUES, L. F. Modalidades de atuação e modelos de assistência em cuidados paliativos. *In: MANUAL de cuidados paliativos ANCP*. 2. ed. amp. e atual. São Paulo: ANCP, 2012. p. 86-93.

RYAN, S. *et al.* Evolving definitions of palliative care: upstream migration of confusion? **Current Treatment Options in Oncology**, v. 21, n. 3, p. 20, 2020.

SAEED, F. *et al.* Preference for palliative care in cancer patients: are men and women alike? **Journal of Pain and Symptom Management**, v. 56, n. 1, 2018.

SALAMONDE, G. L. F. *et al.* Análise clínica e terapêutica dos pacientes oncológicos atendidos no programa de dor e cuidados paliativos do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho no ano de 2003. **Revista Brasileira de Anestesiologia**, v. 56, n. 6, p. 602-618, 2006.

SANTOS, A. F. J.; FERREIRA, E. A. L.; GUIRRO, U. B. P. **Atlas dos Cuidados Paliativos**. São Paulo: Academia Nacional de Cuidados Paliativos, 2019.

SANTOS, F. S. *In*: SANTOS, F. S. **Cuidados paliativos: diretrizes, humanização e alívio de sintomas**. São Paulo: Atheneu, 2011. Cap. 1.

SAUNDERS, D. C. Introduction. *In*: SYKES, N.; EDMONDS, P.; WILES, J. (ed.). **Management of advanced disease**. London: Arnold, 2004. p. 3-8.

SERA, L.; McPHERSON, M. L.; HOLMES, H. M. Commonly prescribed medications in a population of hospice patients. **American Journal of Hospice and Palliative Medicine**, v. 31, n. 2, p. 126-131, 2014. Epub 2013 Feb 12.

SHEEHAN, D. C.; FORMAN, W. B. **Hospice and palliative care: concepts and practice**. London: Jones and Bartlett Publishers, 1996.

SHEN, V. W. *et al.* Emergency department referral for hospice and palliative care differs among patients with end-of-life trajectories: a retrospective cohort study. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 18, n. 6286, 2021.

SILVA, L. L. *et al.* Emergency care gap in Brazil: geographical accessibility as a proxy of response capacity to tackle COVID-19. **Frontiers in Public Health**, v. 9, p. 740284, 2021. DOI: <http://doi.org/10.3389/fpubh.2021.740284>.

SLEEMAN, K. E. *et al.* The escalating global burden of serious health-related suffering: projections to 2060 by world regions, age groups, and health conditions. **Lancet Glob Health**, v. 7, n. 7, p. e883-e892, 2019. DOI: [http://doi.org/10.1016/S2214-109X\(19\)30172-X](http://doi.org/10.1016/S2214-109X(19)30172-X).

SULLIVAN, C. *et al.* The National Emergency Access Target (NEAT) and the 4-hour rule: time to review the target. **Medical Journal of Australia**, v. 204, n. 9, p. 354, 2016. DOI: <http://doi.org/10.5694/mja15.01177>.

SUMARSONO, N. *et al.* Availability of palliative care in long-term acute care hospitals. **American Medical Directors Association**, v. 22, n. 10, p. 2207-2211, 2021.

SUPPORTIVE AND PALLIATIVE CARE INDICATORS TOOL - SPICT™. SPICT-BR™: Supportive and Palliative Care Indicators Tool (Brazilian version). United Kingdom: [s.n.], 2021. Available from: <https://www.spict.org.uk/the-spict/spict-br/>. Cited: 16 Dec. 2022.

TAN, A.; CHUA, G. Impact of a palliative care initiative on end-of-life care in the general wards: a before-and- after study. **Palliative Medicine**, v. 28, n. 1, p. 34-41, 2014.

VICTORIA HOSPICE SOCIETY. **A Escala de Desempenho em Cuidados Paliativos versão 2 (EDCP v2)**. Columbia: VHS; 2009. Tradução brasileira para a língua portuguesa: Portuguese Brazilian Translation of Palliative Performance Scale (PPS version 2). Disponível em: [https://victoriahospice.org/wp-content/uploads/2019/07/pps\\_-\\_portuguese\\_brazilian\\_-\\_sample.pdf](https://victoriahospice.org/wp-content/uploads/2019/07/pps_-_portuguese_brazilian_-_sample.pdf). Acesso em: 15 jun. 2022.

VIGANO, A. *et al.* Survival prediction in terminal cancer patients: a systemic review of the medical literature. **Palliative Medicine**, v. 4, n. 5, p. 363-374, 2000. DOI: 10.1191/026921600701536192.

WITTMANN-VIEIRA, R.; GOLDIM, J. R. Bioética e cuidados paliativos: tomadas de decisões e qualidade de vida. **Acta Paulistade Enfermagem**, v. 25, n. 3, p. 334-339, 2012.

WONG, J. *et al.* What is the incidence of patients with palliative care needs presenting to the Emergency Department? A critical review. **Palliative Medicine**, v. 28, n. 10, p. 1197-205, 2014. DOI: <http://doi.org/10.1177/0269216314543318>

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Palliative care**. Geneva: WHO, 2018. Available from: <https://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>. Cited: 12 April 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Palliative care**. Geneva: WHO, 2020. Newsroom. Fact sheets. Available from: <https://www.who.int/cancer/new-room/fact-sheets/detail/palliative-care>. Cited: 12 April 2022.

**ANEXOS**

## Anexo I – Escala de Karnofsky

Valor (%)	Descrição da capacidade funcional.
100	Nenhuma queixa: ausência de evidência da doença.
90	Capaz de levar a vida normal, sinais menores ou sintomas da doença.
80	Alguns sinais ou sintomas da doença com esforço.
70	Capaz de cuidar de si mesmo, incapaz de levar suas atividades normais ou exercer trabalho ativo.
60	Necessita de assistência ocasional, mas ainda é capaz de promover a maioria das atividades.
50	Requer assistência considerável e cuidados médicos frequentes.
40	Incapaz, requer cuidados especiais e assistência.
30	Muito incapaz, indicada hospitalização, apesar da morte não ser iminente.
20	Muito debilitado, hospitalização necessária; tratamento de apoio ativo.
10	Moribundo, processos letais progredindo rapidamente.
0	Morte.

## Anexo II – Palliative Performance Scale

PPS (%)	Deambulação	Atividade/Evidência da doença	Autocuidado	Ingesta	Nível de Consciência
100	Completa	Atividade normal e trabalho; sem evidência de doença	Completo	Normal	Completa
90	Completa	Atividade normal e trabalho; alguma evidência de doença	Completo	Normal	Completa
80	Completa	Atividade normal, com esforço; alguma evidência de doença	Completo	Normal ou reduzida	Completa
70	Reduzida	Incapaz para o trabalho; doença significativa	Completo	Normal ou reduzida	Completa
60	Reduzida	Incapaz para hobbies, trabalho doméstico, doença significativa	Assistência ocasional	Normal ou reduzida	Completa ou com períodos de confusão
50	Maior parte do tempo sentado ou deitado	Incapaz para qualquer trabalho; doença extensa	Assistência considerável	Normal ou reduzida	Completa ou com períodos de confusão
40	Maior parte do tempo acamado	Incapaz para maioria das atividades; doença extensa	Assistência quase completa	Normal ou reduzida	Completa ou sonolência +/- confusão
30	Totalmente acamado	Incapaz para qualquer atividade; doença extensa	Dependência completa	Normal ou reduzida	Completa ou sonolência +/- confusão
20	Totalmente acamado	Incapaz para qualquer atividade; doença extensa	Dependência completa	Mínima a pequenos goles	Completa ou sonolência +/- confusão
10	Totalmente acamado	Incapaz para qualquer atividade; doença extensa	Dependência completa	Cuidados com a boca	Completa ou sonolência +/- confusão
0	Morte	-	-	-	-

Fonte: Adaptado de Victoria Hospice Society (2009).

## Anexo III – Supportive and Palliative Care Indicators Tool (SPICT-BR™)



## Supportive and Palliative Care Indicators Tool (SPICT-BR™)



**O SPICT é um guia para identificação de pessoas sob o risco de deterioração e morrendo. Avaliar esse grupo de pessoas para necessidade de suporte e cuidado paliativos.**

### Procure por indicadores gerais de piora da saúde.

- Internações hospitalares não programadas.
- Capacidade funcional ruim ou em declínio com limitada reversibilidade. (a pessoa passa na cama ou cadeira mais de 50% do dia).
- Dependente de outros para cuidados pessoais devido a problemas físicos e/ou de saúde mental. É necessário maior suporte para o cuidador.
- Perda de peso significativa nos últimos 3-6 meses e/ ou um baixo índice de massa corporal.
- Sintomas persistentes apesar do tratamento otimizado das condições de base.
- A pessoa ou sua família solicita cuidados paliativos, interrupção ou limitação do tratamento ou um foco na qualidade de vida.

### Procure por quaisquer indicadores clínicos de uma ou mais das condições avançadas.

#### Câncer

Capacidade funcional em declínio devido a progressão do câncer.  
Estado físico muito debilitado para tratamento do câncer ou tratamento para controle dos sintomas.

#### Demência/ fragilidade

Incapaz de vestir-se, caminhar ou comer sem ajuda.

Redução da ingestão de alimentos e líquidos e dificuldades na deglutição.

Incontinência urinária e fecal.

Incapaz de manter contato verbal; pouca interação social.

Fratura de fêmur, múltiplas quedas.

Episódios frequentes de febre ou infecções; pneumonia aspirativa.

#### Doença neurológica

Deterioração progressiva da capacidade física e/ou da função cognitiva mesmo com terapia otimizada.

Problemas da fala com dificuldade progressiva de comunicação e/ou deglutição.

Pneumonia aspirativa recorrente; falta de ar ou insuficiência respiratória.

#### Doença cardiovascular

Classe funcional III/IV de NYHA- insuficiência cardíaca ou doença coronariana extensa e intratável com:

- falta de ar ou dor precordial em repouso ou aos mínimos esforços.

Doença vascular periférica grave e inoperável.

#### Doença respiratória

Doença respiratória crônica grave com:

- falta de ar em repouso ou aos mínimos esforços entre as exacerbações.

Necessidade de oxigenioterapia por longo prazo.

Já precisou de ventilação para insuficiência respiratória ou ventilação é contraindicada.

Deterioração e sob o risco de morrer de qualquer outra condição ou complicação que não seja reversível.

#### Doença renal

Estágios 4 e 5 de doença renal crônica (TFG < 30ml/mi) com piora clínica.

Insuficiência renal complicando outras condições limitantes ou tratamentos.

Decisão de suspender a diálise devido à piora clínica ou intolerância ao tratamento.

#### Doença hepática

Cirrose avançada com uma ou mais complicações no último ano:

- Ascite resistente a diuréticos
- Encefalopatia hepática
- Síndrome hepatorrenal
- Peritonite bacteriana
- Sangramentos recorrentes de varizes esofágicas

Transplante hepático é contraindicado.

### Revisar o cuidado atual e planejar o cuidado para o futuro.

- Reavaliar o tratamento atual e medicação para que o paciente receba o cuidado otimizado.
- Considere o encaminhamento para avaliação de um especialista se os sintomas ou necessidades forem complexos e difíceis de manejar.
- Acordar sobre objetivos do cuidado atual e futuro e planejar o cuidado com a pessoa e sua família.
- Planejar com antecedência caso a pessoa esteja em risco de perda cognitiva.
- Registre em prontuário, comunique e coordene o plano geral de cuidados.

## Anexo IV – Formulário da entrevista

### **Parte 1 - Dados pessoais**

1. Iniciais do paciente
2. Idade
3. Sexo
4. Raça\Cor
5. Escolaridade
6. Procedência (cidade e estado)
7. Hospital
8. Nome do membro da equipe de pesquisa que realizará a entrevista
9. Houve aceite do TCLE pelo paciente ou pelo acompanhante? SIM ou NÃO
10. Local do pronto-socorro onde o paciente se encontra
11. Como paciente chegou no serviço: Ambulancia ou meios próprios

### **Parte 2 - Moléstias prévias e atuais**

1. Motivo da procura ao pronto-socorro. Queixa principal.
2. O paciente possui comorbidades prévias? Se sim, quais as principais?
3. Qual dessas doenças citadas acima limita sua qualidade de vida?
4. Medicações de uso crônico
5. Local de seguimento das doenças, ambulatório, hospital, SAD, home care, consultório ou sem seguimento.
6. Faz uso de opioides para controle de dor?
7. Esta em uso de antibioticos?
8. Pacientes está consciente ou não?
9. Paciente está com acompanhante?
10. Paciente está com algum dispositivo? SNE, IOT, SVD, GTT.

### **Parte 3 - Perguntas relacionadas a funcionalidade do paciente**

PPS encontrado no paciente ou com a ajuda do acompanhante (Anexo II)

### **Parte 4. Perguntas relacionadas a patologia principal do paciente e ao SPICT**

1. Quantas idas ao pronto-socorro, não programadas o paciente apresentou no último ano?
2. No último ano o paciente tem a percepção que suas limitações físicas vêm piorando? Como, por exemplo, o que fazia antes de deixar de fazer em um ano?
3. Paciente necessita de fralda ou sonda vesical de demora?
4. Paciente apresentou alguma fratura de fêmur nos últimos anos?
5. Paciente internou devido a algum quadro de infecção nos últimos 6 meses? (Como infecção do trato urinário, pneumonia, pneumonia aspirativa)
6. Paciente apresenta falta de ar? Se sim, a qual nível de esforço: pequenos, médios ou moderados esforços?
7. Paciente apresenta edema de membros?
8. Paciente apresentou dor precordial do tipo anginosa, de forma recorrente?
9. Paciente apresenta lesões que não cicatrizam nos membros? Apresenta dor do tipo claudicação intermitente (membros inferiores, doem quando andam e melhoram com o repouso)?
10. Já necessitou de alguma cirurgia para correção da circulação? Se sim, qual?
11. Paciente faz uso de oxigenoterapia domiciliar?
12. Paciente já necessitou de intubação orotraqueal? Há quanto tempo e qual o motivo?
13. Paciente necessitou alguma vez ou necessita de hemodiálise?
14. Qual valor da última creatinina do paciente?
15. Paciente possui aumento do volume abdominal? Sem melhora com as medicações e quais medicações?
16. Paciente apresentou algum sangramento pelas fezes, fezes enegrecidas e mal cheirosas (melena) ou vômitos com sangue?
17. Paciente já apresentou algum quadro de confusão mental? Se sim, necessitou de internação por esse motivo?
18. Paciente tem indicação de algum transplante de órgãos?
  
19. Paciente elegível a primeira parte do SPICT com dois critérios ou mais? Sim ou não
20. Paciente elegível a segunda parte do SPICT com um critério?
21. Paciente elegível aos cuidados paliativos através da ferramenta de elegibilidade SPICT?



## ANEXO V – Parecer Comitê de Ética e Pesquisa



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Identificar e analisar a demanda de pacientes elegíveis aos cuidados paliativos em serviços de emergência da cidade de Campinas-SP

**Pesquisador:** CARLA ADRIANE ROBALLO

**Área Temática:**

**Versão:** 4

**CAAE:** 65751922.4.1001.5481

**Instituição Proponente:** Pontifícia Universidade Católica de Campinas - PUC/ CAMPINAS

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 5.898.910

#### Apresentação do Projeto:

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS 2022), os cuidados paliativos (CP) são uma abordagem que promove a qualidade de vida dos pacientes e seus familiares, que enfrentam doenças que ameaçam a continuidade da vida, por meio da prevenção e alívio do sofrimento. Atualmente, estima-se que dos pacientes que necessitam de cuidados paliativos, apenas 14% os recebem (OMS 2022). Com o envelhecimento da população, há uma preocupação com os recursos e necessidades de políticas públicas eficientes, além da importância de compreender a real necessidade de CP na população (WONG et al. 2014). Nesse contexto, este projeto busca identificar a demanda de pacientes elegíveis para CP, dentro de uma população de pacientes que necessitam de atendimento em serviços de emergência da região metropolitana da cidade de Campinas – São Paulo (SP), Brasil. Trata-se de um estudo observacional, transversal, envolvendo quatro serviços de emergência da cidade de Campinas, SP. Serão realizadas entrevistas com os pacientes admitidos nos prontos socorros, e a partir das informações coletadas nas entrevistas serão aplicadas as escalas de elegibilidade a SPICT-BR e a de funcionalidade PPS, posteriormente, analisados dados, determinando a incidência de pacientes elegíveis e as associações com as principais comorbidades e o prognóstico desses pacientes candidatos a terapia paliativa. Serão incluídos nesta pesquisa pacientes maiores de 18 anos, oriundos de demanda espontânea ou que estejam internados no pronto atendimento dos quatro hospitais participantes.

**Endereço:** Rua Professor Doutor Euryclides de Jesus Zerbini, 1516 º Bloco A02 º Térreo  
**Bairro:** Parque Rural Fazenda Santa Cândida **CEP:** 13.087-571  
**UF:** SP **Município:** CAMPINAS  
**Telefone:** (19)3343-6777 **Fax:** (19)3343-6777 **E-mail:** comitedeetica@puc-campinas.edu.br



Continuação do Parecer: 5.898.910

Não há critérios de exclusão.

#### **Objetivo da Pesquisa:**

Gerais:

- Identificar através da escala de avaliação diagnóstica SPICT-BR os pacientes elegíveis aos cuidados paliativos que procuraram quatro serviços de emergência da cidade de Campinas, sejam os pacientes que foram admitidos nos serviços por demanda espontânea, ou que vieram encaminhados de forma referenciada.

Específicos:

- Analisar características sociais, clínicas e epidemiológicas dos pacientes com critérios para cuidados paliativos;
- Aplicar a escala de funcionalidade o PPS, após a entrevista realizada com o paciente e/ou acompanhantes;
- Comparar a taxa de elegibilidade entre serviços do SUS e saúde suplementar;
- Avaliar as principais comorbidades que acometem os pacientes elegíveis aos cuidados paliativos e através da escala de funcionalidade avaliar prognóstico dos mesmos;
- Avaliar condições de conforto e analgesia prestados aos pacientes elegíveis aos cuidados paliativos.

#### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Riscos:

A presente pesquisa apresenta riscos, uma vez que envolve seres humanos. Os participantes podem apresentar algum tipo de constrangimento, desconforto físico ou emocional, estresse e cansaço, devido a alguma lembrança e/ou experiência ao responderem as perguntas da entrevista.

Importante que caso a pessoa que está realizando a entrevista perceba ou seja sinalizada sobre o desconforto do paciente e/ou do acompanhante, a mesma poderá ser interrompida a qualquer momento; podendo também ser finalizada, não oferecendo constrangimento ao mesmo em nenhuma das situações.

Benefícios:

Os benefícios do estudo não competem a essa população estudada, mas sim em relação a uma avaliação geral sobre a demanda de cuidados paliativos, hoje subdiagnosticada no nosso país. Através disso, gerar um direcionamento correto desses pacientes para tratamento adequado associado aos

**Endereço:** Rua Professor Doutor Euryclides de Jesus Zerbini, 1516 ç Bloco A02 ç Térreo  
**Bairro:** Parque Rural Fazenda Santa Cândida **CEP:** 13.087-571  
**UF:** SP **Município:** CAMPINAS  
**Telefone:** (19)3343-6777 **Fax:** (19)3343-6777 **E-mail:** comitedeetica@puc-campinas.edu.br



Continuação do Parecer: 5.898.910

cuidados paliativos. E também com olhar dentro da saúde suplementar, demonstrar aos gestores dos mesmos a importância do desenvolvimento e sustentabilidade nos protocolos que envolvem os cuidados paliativos.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Novas versões dos TCLEs foram apresentadas.

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

Adequados.

**Recomendações:**

Não há.

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

Considerando que as pendências apresentadas pelo CEP foram atendidas integralmente pela pesquisadora, o projeto está aprovado.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Dessa forma, e considerando a Resolução CNS nº. 466/12, Resolução CNS nº 510/16, Norma Operacional 001/13 e outras Resoluções vigentes, e, ainda que a documentação apresentada atende ao solicitado, emitiu-se o parecer para o presente projeto: Aprovado. Conforme a Resolução CNS nº. 466/12, Resolução CNS nº 510/16, Norma Operacional 001/13 e outras Resoluções vigentes, é atribuição do CEP "acompanhar o desenvolvimento dos projetos, por meio de relatórios semestrais dos pesquisadores e de outras estratégias de monitoramento, de acordo com o risco inerente à pesquisa". Por isso o/a pesquisador/a responsável deverá encaminhar para o CEP PUC-Campinas os Relatórios Parciais a cada seis meses e o Relatório Final de seu projeto, até 30 dias após o seu término.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2009443.pdf	10/02/2023 16:43:37		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_responsavelV1.docx	10/02/2023 16:43:06	CARLA ADRIANE ROBALLO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento /	TCLE_v5.docx	10/02/2023 16:42:54	CARLA ADRIANE ROBALLO	Aceito

**Endereço:** Rua Professor Doutor Euryclides de Jesus Zerbini, 1516 - Bloco A02 - Térreo  
**Bairro:** Parque Rural Fazenda Santa Cândida **CEP:** 13.087-571  
**UF:** SP **Município:** CAMPINAS  
**Telefone:** (19)3343-6777 **Fax:** (19)3343-6777 **E-mail:** comitedeetica@puc-campinas.edu.br



Continuação do Parecer: 5.898.910

Justificativa de Ausência	TCLE_v5.docx	10/02/2023 16:42:54	CARLA ADRIANE ROBALLO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_V4.docx	10/02/2023 16:42:29	CARLA ADRIANE ROBALLO	Aceito
Parecer Anterior	carta_resposta_V4.docx	10/02/2023 16:42:03	CARLA ADRIANE ROBALLO	Aceito
Declaração de Pesquisadores	termo_dados.pdf	17/01/2023 15:59:17	CARLA ADRIANE ROBALLO	Aceito
Orçamento	custos_recursos.pdf	17/01/2023 15:54:07	CARLA ADRIANE ROBALLO	Aceito
Cronograma	cronograma_corrigido.pdf	17/01/2023 15:49:47	CARLA ADRIANE ROBALLO	Aceito
Declaração de concordância	declaracao_inst_pucc.pdf	17/01/2023 15:21:38	CARLA ADRIANE ROBALLO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	termo_tratam.doc	17/01/2023 15:20:16	CARLA ADRIANE ROBALLO	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	carta_puc_ps.pdf	17/01/2023 15:12:20	CARLA ADRIANE ROBALLO	Aceito
Solicitação registrada pelo CEP	carta_cep.pdf	17/01/2023 15:07:00	CARLA ADRIANE ROBALLO	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	declara_unicamp_ps.pdf	17/01/2023 15:05:24	CARLA ADRIANE ROBALLO	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	declara_unicamp_dir.pdf	17/01/2023 15:05:08	CARLA ADRIANE ROBALLO	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	declara_hvc_ps.pdf	17/01/2023 15:04:53	CARLA ADRIANE ROBALLO	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	declara_hvc_dir.pdf	17/01/2023 15:03:46	CARLA ADRIANE ROBALLO	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	declara_csc_ps.pdf	17/01/2023 15:03:30	CARLA ADRIANE ROBALLO	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	declara_csc_dir.pdf	17/01/2023 15:02:51	CARLA ADRIANE ROBALLO	Aceito
Solicitação Assinada pelo Pesquisador Responsável	carta_superintendente_corrigida.pdf	17/01/2023 15:00:49	CARLA ADRIANE ROBALLO	Aceito
Orçamento	orcamento_final.pdf	17/01/2023 14:51:09	CARLA ADRIANE ROBALLO	Aceito

**Endereço:** Rua Professor Doutor Euryclides de Jesus Zerbini, 1516 ç Bloco A02 ç Térreo  
**Bairro:** Parque Rural Fazenda Santa Cândida **CEP:** 13.087-571  
**UF:** SP **Município:** CAMPINAS  
**Telefone:** (19)3343-6777 **Fax:** (19)3343-6777 **E-mail:** comitedeetica@puc-campinas.edu.br



Continuação do Parecer: 5.898.910

Declaração de Pesquisadores	declara_resp_carla.pdf	23/11/2022 21:06:08	CARLA ADRIANE ROBALLO	Aceito
Declaração de Pesquisadores	decla_resp_elisa.pdf	23/11/2022 21:03:20	CARLA ADRIANE ROBALLO	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	declaracao_infraestrutura.pdf	23/11/2022 20:54:44	CARLA ADRIANE ROBALLO	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	23/11/2022 07:19:18	CARLA ADRIANE ROBALLO	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

CAMPINAS, 16 de Fevereiro de 2023

---

**Assinado por:**  
**Sérgio Luiz Pinheiro**  
**(Coordenador(a))**

**Endereço:** Rua Professor Doutor Euryclides de Jesus Zerbini, 1516 º Bloco A02 º Térreo  
**Bairro:** Parque Rural Fazenda Santa Cândida      **CEP:** 13.087-571  
**UF:** SP      **Município:** CAMPINAS  
**Telefone:** (19)3343-6777      **Fax:** (19)3343-6777      **E-mail:** comitedeetica@puc-campinas.edu.br

## ANEXO VI – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (pacientes)

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO****Identificar e analisar a demanda de pacientes elegíveis aos cuidados paliativos em serviços de emergência da cidade de Campinas-SP****Pesquisadora: Carla Adriane Roballo**

Você está sendo convidado a participar desta pesquisa. Este documento, chamado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, visa assegurar seus direitos como participante da pesquisa e é elaborado em duas vias, assinadas e rubricadas pelo pesquisador e pelo participante, sendo que uma via deverá ficar com você e outra com o pesquisador.

Por favor, leia com atenção e calma, aproveitando para esclarecer suas dúvidas. Se houver perguntas antes ou mesmo depois de assiná-lo, você poderá esclarecê-las com o pesquisador. Se preferir, pode levar este Termo para casa e consultar seus familiares ou outras pessoas antes de decidir participar.

Lembrando que não haverá nenhum tipo de penalização ou prejuízo se você não aceitar participar ou retirar sua autorização em qualquer momento da entrevista.

**Justificativa e objetivos:**

Esse estudo tem por finalidade identificar e analisar a demanda de pacientes elegíveis aos cuidados paliativos em serviços de emergência da cidade de Campinas-SP.

Pacientes paliativos são pacientes que possuem doenças que são para toda vida, denominadas como crônicas e sem possibilidade de cura. Como por exemplo: diabetes, pressão alta, doença de Alzheimer e alguns tumores malignos. E com essa pesquisa, poderemos ajudar no tratamento desses pacientes de forma mais adequada e com melhor repercussão na qualidade de vida do mesmo e de sua família. Ajudar a entender a doença e aceitá-la também fazem parte do caminho do tratamento das doenças crônicas e sem cura.

**Procedimentos:**

Participando do estudo você está sendo convidado a responder um questionário anonimamente, feito por um membro da pesquisa, que irá realizar algumas perguntas sobre o seu estado clínico, sobre sua doença de base, os motivos que te levaram à internação e ainda dados sociodemográficos. O tempo que você irá dispensar para responder essas perguntas será de aproximadamente 5 minutos, dentro desses 5 minutos você poderá parar a entrevista a qualquer momento se sentir qualquer desconforto.

Essas perguntas serão realizadas durante esse momento que você estará no pronto socorro, mas não vamos atrapalhar os procedimentos, exames e medicações que você porventura tenha de fazer durante a entrevista. Caso ocorra essa demanda a entrevista será interrompida. Você não deve participar deste estudo se possuir idade inferior a 18 anos de idade.

As informações coletadas dos participantes da pesquisa serão mantidas na forma de planilhas com acesso protegido por senha, sob sigilo, de forma que o participante não será identificado. Os dados coletados serão utilizados, única e exclusivamente, para fins dessa pesquisa, sendo que os resultados poderão ser publicados. Na divulgação dos resultados desse estudo, seu nome e nenhum dado de identificação será citado.

**Desconfortos e riscos:**

Os participantes podem apresentar algum tipo de constrangimento, desconforto físico ou emocional, estresse e cansaço, devido a alguma lembrança e/ou experiência ao responderem as perguntas da entrevista.

**Benefícios:**

Com a participação dessa pesquisa, você terá contribuído para a identificação da demanda de pacientes em cuidados paliativos na cidade de Campinas-SP, bem

Rubrica do pesquisador: \_\_\_\_\_ Rubrica do participante: \_\_\_\_\_

como a partir dessa identificação poderemos tratar esses pacientes de forma adequada e respeitosa. Portanto, não há benefícios diretos para os participantes desta pesquisa, mas será possível realizar uma avaliação geral sobre a demanda de cuidados paliativos, hoje subdiagnosticada no nosso país, e gerar um direcionamento de tratamento adequado associado aos cuidados paliativos.

**Custos:**

Durante a pesquisa você não terá valor econômico, a receber ou a pagar por sua participação.

**Contato:**

Em caso de dúvidas sobre a pesquisa, você poderá entrar em contato com o pesquisadora: Carla Adriane Roballo, endereço: Avenida Barão de Itapura, 610 consultório 502, ou e-mail [carlaroballo@gmail.com](mailto:carlaroballo@gmail.com) Telefone: (19)988056515.

Em situações de dúvidas e questões éticas do estudo, você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da PUC-CAMPINAS pelo telefone: (19) 3343-6777, e-mail: [comitedeetica@puc-campinas.edu.br](mailto:comitedeetica@puc-campinas.edu.br), endereço: Rua Professor Doutor Euryclides de Jesus Zerbini, 1516 – Parque Rural Fazenda Santa Cândida - CAMPUS I - Prédio A2, térreo, - CEP 13087-571, Campinas/SP, horário de funcionamento de segunda à sexta-feira das 08h00 às 17h00.

**O Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).**

O papel do CEP é avaliar e acompanhar os aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos. A Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), tem por objetivo desenvolver a regulamentação sobre proteção dos seres humanos envolvidos nas pesquisas. Desempenha um papel coordenador da rede de Comitês de Ética em Pesquisa (CEPs) das instituições, além de assumir a função de órgão consultor na área de ética em pesquisas

**Consentimento livre e esclarecido:**

Após ter recebido esclarecimentos sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios previstos, potenciais riscos e o incômodo que esta possa acarretar, aceito participar:

Nome do (a) participante: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

RG: \_\_\_\_\_ Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Responsabilidade do Pesquisador:**

Asseguro ter cumprido as exigências da resolução 466/2012 CNS/MS e complementares na elaboração do protocolo e na obtenção deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Asseguro, também, ter explicado e fornecido uma via deste documento ao participante da pesquisa. Informo que o estudo foi aprovado pelo CEP perante o qual o projeto foi apresentado. Comprometo-me a utilizar o material e os dados obtidos nesta pesquisa exclusivamente para as finalidades previstas neste documento ou conforme o consentimento dado pelo participante da pesquisa.

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

(Assinatura do pesquisador)

Rubrica do pesquisador: \_\_\_\_\_ Rubrica do participante: \_\_\_\_\_

## ANEXO VII - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (acompanhante)

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO |****Identificar e analisar a demanda de pacientes elegíveis aos cuidados paliativos em serviços de emergência da cidade de Campinas-SP****Pesquisadora: Carla Adriane Roballo**

O paciente (que se encontra sob a sua responsabilidade) está sendo convidado a participar desta pesquisa. Este documento, chamado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para responsáveis pelos participantes legalmente capazes de responder a pesquisa, visa assegurar os direitos seus e do paciente, como participante da pesquisa e é elaborado em duas vias, assinadas e rubricadas pelo pesquisador e pelo participante (responsável legal), sendo que uma via deverá ficar com você e outra com o pesquisador.

Por favor, leia com atenção e calma, aproveitando para esclarecer suas dúvidas. Se houver perguntas antes ou mesmo depois de assiná-lo, você poderá esclarecê-las com o pesquisador. Se preferir, pode levar este Termo para casa e consultar seus familiares ou outras pessoas antes de decidir participar.

Lembrando que não haverá nenhum tipo de penalização ou prejuízo, se você como representante do paciente, não aceitar participar ou retirar sua autorização em qualquer momento da entrevista.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para responsáveis, é realizado em casos que o paciente se encontra sem condições físicas de assinar o mesmo, com alteração da consciência ou em exaustão.

**Justificativa e objetivos:**

Esse estudo tem por finalidade identificar e analisar a demanda de pacientes elegíveis aos cuidados paliativos em serviços de emergência da cidade de Campinas-SP.

Pacientes paliativos são pacientes que possuem doenças que são para toda vida, denominadas como crônicas e sem possibilidade de cura. Como por exemplo: diabetes, pressão alta, doença de Alzheimer e alguns tumores malignos. E com essa pesquisa, poderemos ajudar no tratamento desses pacientes de forma mais adequada e com melhor repercussão na qualidade de vida do mesmo e de sua família. Ajudar a entender a doença e aceitá-la também fazem parte do caminho do tratamento das doenças crônicas e sem cura.

**Procedimentos:**

Sendo que se você responsável pelo paciente aceitar participar desse estudo, será convidado a responder um questionário anonimamente, feito por um membro da pesquisa, que irá realizar algumas perguntas sobre o estado clínico do paciente, sobre sua doença de base, os motivos que te levaram à internação e ainda dados sociodemográficos. O tempo que você irá dispensar para responder essas perguntas será de aproximadamente 5 minutos, dentro desses 5 minutos você poderá parar a entrevista a qualquer momento se sentir qualquer desconforto.

Essas perguntas serão realizadas durante esse momento que você estará no pronto socorro acompanhando o paciente, mas não vamos atrapalhar os procedimentos, exames e medicações que porventura o paciente tenha que fazer tenha de fazer durante a entrevista. Caso ocorra essa demanda a entrevista será interrompida. Não deve participar deste estudo se possuir idade inferior a 18 anos de idade.

As informações coletadas dos participantes (paciente ou responsável) da pesquisa serão mantidas na forma de planilhas com acesso protegido por senha, sob sigilo, de forma que o participante não será identificado. Os dados coletados serão utilizados, única e exclusivamente, para fins dessa pesquisa, sendo que os resultados poderão ser publicados. Na divulgação dos resultados desse estudo, o nome do paciente ou seu nome, e nenhum dado de identificação será citado.

**Desconfortos e riscos:**

Rubrica do pesquisador: \_\_\_\_\_ Rubrica do participante: \_\_\_\_\_



Os participantes podem apresentar algum tipo de constrangimento, desconforto físico ou emocional, estresse e cansaço, devido a alguma lembrança e/ou experiência ao responderem as perguntas da entrevista.

**Benefícios:**

Com a participação dessa pesquisa, você terá contribuído para a identificação da demanda de pacientes em cuidados paliativos na cidade de Campinas-SP, bem como a partir dessa identificação poderemos tratar esses pacientes de forma adequada e respeitosa. Portanto, não há benefícios diretos para os participantes desta pesquisa, mas será possível realizar uma avaliação geral sobre a demanda de cuidados paliativos, hoje subdiagnosticada no nosso país, e gerar um direcionamento de tratamento adequado associado aos cuidados paliativos.

**Custos:**

Durante a pesquisa você não terá valor econômico, a receber ou a pagar por sua participação.

**Contato:**

Em caso de dúvidas sobre a pesquisa, você poderá entrar em contato com o pesquisadora: Carla Adriane Roballo, endereço: Avenida Barão de Itapura, 610 consultório 502, ou e-mail [carlaroballo@gmail.com](mailto:carlaroballo@gmail.com) Telefone: (19)988056515.

Em situações de dúvidas e questões éticas do estudo, você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da PUC-CAMPINAS pelo telefone: (19) 3343-6777, e-mail: [comitedeetica@puc-campinas.edu.br](mailto:comitedeetica@puc-campinas.edu.br), endereço: Rua Professor Doutor Euryclides de Jesus Zerbini, 1516 – Parque Rural Fazenda Santa Cândida - CAMPUS I - Prédio A2, térreo,- CEP 13087-571, Campinas/SP, horário de funcionamento de segunda à sexta-feira das 08h00 às 17h00.

**O Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).**

O papel do CEP é avaliar e acompanhar os aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos. A Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), tem por objetivo desenvolver a regulamentação sobre proteção dos seres humanos envolvidos nas pesquisas. Desempenha um papel coordenador da rede de Comitês de Ética em Pesquisa (CEPs) das instituições, além de assumir a função de órgão consultor na área de ética em pesquisas

**Consentimento livre e esclarecido:**

Após ter recebido esclarecimentos sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios previstos, potenciais riscos e o incômodo que esta possa acarretar, aceito participar:

Nome do (a) participante (responsável pelo paciente): \_\_\_\_\_  
Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

RG: \_\_\_\_\_ Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Responsabilidade do Pesquisador:**

Asseguro ter cumprido as exigências da resolução 466/2012 CNS/MS e complementares na elaboração do protocolo e na obtenção deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Asseguro, também, ter explicado e fornecido uma via deste documento ao participante da pesquisa. Informo que o estudo foi aprovado pelo CEP perante o qual o projeto foi apresentado. Comprometo-me a utilizar o material e os dados obtidos nesta pesquisa exclusivamente para as finalidades previstas neste documento ou conforme o consentimento dado pelo participante da pesquisa.

\_\_\_\_\_  
(Assinatura do pesquisador) Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

Rubrica do pesquisador: \_\_\_\_\_ Rubrica do participante: \_\_\_\_\_