



UNIVERSIDADE
ESTADUAL DE LONDRINA

CAROLINE RAFAELA DE MARQUES

**DESFECHO DOS PACIENTES ELEGÍVEIS PARA CUIDADOS
PALIATIVOS EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO**

Londrina
2025

CAROLINE RAFAELA DE MARQUES

**DESFECHO DOS PACIENTES ELEGÍVEIS PARA CUIDADOS
PALIATIVOS EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO**

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

Orientador: Prof^a. Dr^a Eleine Aparecida Penha Martins.

Londrina
2025

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

Marques, Caroline Rafaela de.

Desfecho dos pacientes elegíveis para cuidados paliativos em um hospital universitário / Caroline Rafaela de Marques. - Londrina, 2025.
61 f. : il.

Orientador: Eleine Aparecida Penha Martins.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem)-Universidade Estadual de Londrina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2025.

Inclui bibliografia.

1. Enfermagem - Tese. 2. Cuidados Paliativos - Tese. 3. Doenças Crônicas - Tese. I. Penha Martins, Eleine Aparecida . II. Universidade Estadual de Londrina. Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. III. Título.

CDU 616-083

CAROLINE RAFAELA DE MARQUES

**DESFECHO DOS PACIENTES ELEGÍVEIS PARA CUIDADOS
PALIATIVOS EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO**

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

BANCA EXAMINADORA

Profª Drª. Eleine Aparecida Penha Martins
Universidade Estadual de Londrina - UEL

Profª Drª. Maria do Carmo Fernandez
Lourenço Haddad
Universidade Estadual de Londrina - UEL

Profª Drª. Maria Aparecida Salci
Universidade Estadual de Maringá - UEM

Londrina, 21 de março de 2025.

DEDICATÓRIA

Dedico este estudo a todos aqueles que participaram e contribuíram de alguma forma para minha trajetória, especialmente à minha família, a Deus e a todos os pacientes que, direta ou indiretamente, colaboraram para os resultados deste estudo.

AGRADECIMENTO(S)

A jornada do mestrado foi marcada por desafios e aprendizados, e não teria sido possível sem o apoio e a presença de pessoas fundamentais.

Agradeço primeiramente a Deus, por conduzir minha vida em cada momento, por me fortalecer sempre que necessário e permitindo-me superar todos os desafios enfrentados ao longo do mestrado.

À minha Família, que sempre esteve ao meu lado, encorajando-me a seguir em frente, mesmo nos momentos mais difíceis. Vocês foram meu porto seguro, oferecendo amor, compreensão e força para que eu pudesse persistir nos meus sonhos. Sou imensamente grata pelo apoio incondicional e por acreditarem no meu potencial. Sem vocês, essa conquista não teria sido possível.

Sou imensamente grata à minha orientadora Dr^a. Eleine Aparecida Penha Martins pela paciência nas inúmeras revisões desta dissertação e por acreditar no meu potencial. Sua dedicação e excelência como profissional e docente é uma inspiração constante para mim.

Agradeço também ao corpo docente do Programa de Pós-graduação em Enfermagem, pelo suporte oferecido durante as aulas e seminários, que contribuíram significativamente para minha formação como mestre.

Ao Grupo de Pesquisa (NEEPIC'S) manifesto minha gratidão pelo acolhimento e pelos valiosos aprendizados compartilhados ao longo desses dois últimos anos.

Ao meu namorado, meu companheiro de vida, agradeço por estar presente em todos os momentos, oferecendo amor, paciência e incentivo. Sua presença foi essencial para que eu superasse os desafios e alcançasse este sonho.

Por fim, aos amigos que estiveram ao meu lado durante essa caminhada, obrigada por cada palavra de apoio, pelas conversas que aliviaram a tensão e por serem parceiros de pesquisa e de vida. A amizade de vocês tornou essa jornada muito mais leve e especial.

A todos vocês, meu mais sincero obrigado!

**"Só se pode alcançar um grande êxito
quando nos mantemos fiéis a nós mesmos"
(Friedrich Nietzsche)**

MARQUES, Caroline Rafaela de. **Desfecho dos pacientes elegíveis para cuidados paliativos em um Hospital Universitário**. estudo de coorte. 2025. 61 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2025.

RESUMO

Introdução: Os Cuidados Paliativos constituem-se em uma abordagem clínica que promove a qualidade de vida de pacientes e de seus familiares, que enfrentam doenças que ameacem a continuidade da vida, por meio da prevenção e do alívio do sofrimento. **Objetivo:** Avaliar o desfecho de pacientes admitidos no pronto socorro de um hospital de atenção terciária, público e universitário quanto ao critério de eleição para cuidados paliativos. **Método:** Estudo de coorte prospectivo, analítico com abordagem quantitativa, desenvolvido no período do 26/02/2024 a 26/03/2024 com todos os pacientes admitidos e internados pelo Pronto Socorro com idade igual ou superior a 18 anos. Durante a internação os pacientes selecionados foram avaliados por meio da aplicação do instrumento de coleta de dados, composto por: Dados sociodemográficos; Dados clínicos; Dados relacionados a internação; Pontuação das Escala de Morse e Braden e resultado do Sistema de Classificação do Paciente; Pontuação da *Palliative Performance Scale* (PPS) e *Supportive and Palliative Care Indicators Tool* (SPICT-BR); Desfechos (Óbito; Transferência externa; Doação de órgãos e Alta). O instrumento foi preenchido através do aplicativo *Google Forms*® e posteriormente, os dados do *Google Planilhas*® foram transferidos para Planilhas do *Microsoft Excell*® 2021 até a obtenção dos desfechos das internações. A população finalizou-se com 739 pacientes, sendo que a coleta das informações foi realizada a cada quatro dias no prontuário eletrônico. **Resultados:** a maioria (62,1%) dos pacientes eram homens, residentes na cidade de Londrina, PR (51,5%) e na faixa etária entre 71 a 80 anos. O tempo de internação variou de 4 a 16 dias até o seu desfecho, sendo o setor com maior número de internação o Pronto Socorro (71,9%). O diagnóstico mais frequente relacionou-se ao Sistema Neurológico (29,1%), e a comorbidade mais comum envolvia o Sistema Cardiovascular (39%). Em relação ao desfecho da internação, 78% receberam alta hospitalar para retornar ao domicílio. Foram considerados aos cuidados paliativos 35,7% dos pacientes, por meio do SPICT positivo. Todos esses pacientes tinham indicadores gerais de piora no estado de saúde, sendo que 48,8% eram dependente de outros para cuidados, 29,1% tinha sua capacidade funcional ruim o que os levou a buscar atendimento médico e internação, porém para apenas 1,1% foi solicitado cuidados paliativos. Entre os pacientes com SPICT positivo, 57,9% apresentaram PPS positivo. Observou-se que, entre esses pacientes, mais de 50% tinham limitações na deambulação, déficit na atividade de vida diária, evidência de doença e não realizavam o auto cuidado, tornando-os elegíveis para cuidados paliativos. **Conclusão:** Os resultados demonstraram que é imprescindível que os profissionais conheçam a indicação de cuidados paliativos, para estabelecerem estratégias de cuidado que foque na qualidade de vida daquele paciente. Uma vez que muitos associam o início desses cuidados ao fracasso da terapia curativa, a fim de reduzir o tempo de internação, evitar procedimentos desnecessários, diminuir a ocupação de leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e conseqüentemente, reduzir os custos e sofrimento familiar.

Palavras-chave: enfermagem; cuidados paliativos; doença crônica.

MARQUES, Caroline, Rafaela de. **Outcome of patients eligible for palliative care in a University Hospital**. Coorte study. 2025. 61 p. Dissertation (Master's Degree in Nursing) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2025.

ABSTRACT

Introduction: Palliative Care is a clinical approach that promotes the quality of life of patients and their families who face life-threatening illnesses through prevention and relief of suffering. **Objective:** To evaluate the outcome of patients admitted to the emergency room of a public, university-affiliated tertiary care hospital regarding the criteria for choosing palliative care. **Method:** Prospective, analytical cohort study with a quantitative approach, developed from 02/26/2024 to 03/26/2024 with all patients admitted and hospitalized by the Emergency Room aged 18 years or over. During hospitalization, the selected patients were evaluated through the application of the data collection instrument, composed of: Sociodemographic data; Clinical data; Data related to hospitalization; Morse and Braden Scale scores and results of the Patient Classification System; Palliative Performance Scale (PPS) and Supportive and Palliative Care Indicators Tool (SPICT-BR) scores; Outcomes (Death; External transfer; Organ donation and Discharge). The instrument was completed using the Google Forms® application and subsequently, the data from Google Sheets® were transferred to Microsoft Excel® 2021 Spreadsheets until the hospitalization outcomes were obtained. The population ended with 739 patients, and information was collected every four days in the electronic medical record. **Results:** the majority (62.1%) of patients were men, living in the city of Londrina, PR (51.5%), and aged between 71 and 80 years. The length of hospital stay ranged from 4 to 16 days until outcome, with the Emergency Room (71.9%) having the highest number of hospitalizations. The most frequent diagnosis was related to the Neurological System (29.1%), and the most common comorbidity involved the Cardiovascular System (39%). Regarding the outcome of hospitalization, 78% were discharged to return home. 35.7% of patients were considered for palliative care, through a positive SPICT. All of these patients had general indicators of worsening health status, with 48.8% being dependent on others for care, 29.1% had poor functional capacity, which led them to seek medical care and hospitalization, but palliative care was requested for only 1.1%. Among patients with positive SPICT, 57.9% had positive PPS. It was observed that, among these patients, more than 50% had limitations in walking, deficit in daily life activities, evidence of disease and did not perform self-care, making them eligible for palliative care. **Conclusion:** The results demonstrated that it is essential for professionals to know the indication of palliative care, in order to establish care strategies that focus on the quality of life of that patient. Since many associate the beginning of this care with the failure of curative therapy, in order to reduce the length of hospitalization, avoid unnecessary procedures, reduce the occupation of Intensive Care Unit (ICU) beds and consequently, reduce costs and family suffering.

Key-words: nursing; palliative care; chronic illness.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Caracterização dos pacientes elegíveis ao cuidado paliativo pela escala <i>Supportive and Palliative Care Indicators Tool</i> (SPICT) de acordo com as variáveis sociodemográficas e clínicas na admissão, alta e óbito do paciente. Paraná, Brasil, 2024	34
Tabela 2 - Resultado da escala <i>Supportive and Palliative Care Indicators Tool</i> (SPICT) positivo aos pacientes internados na admissão do paciente. Paraná, Brasil, 2024	38
Tabela 3 - Distribuição dos pacientes classificados pela <i>Supportive and Palliative Care Indicators Tool</i> (SPICT) positivo com relação aos itens da escala <i>Palliative Performance Scale</i> (PPS). Paraná, Brasil, 2024.....	39
Tabela 4 - Relação do <i>Supportive and Palliative Care Indicators Tool</i> (SPICT) positivo com as escalas de cuidado na admissão do paciente. Paraná, Brasil, 2024	40

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Etapas da aplicabilidade do instrumento de coleta de dados. Paraná, Brasil, 2024.....	30
--	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CCI	Cuidados Contínuos e Integrados
CEPE	Comitê de Ética em Pesquisa
CP	Cuidados Paliativos
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
EICP	Equipe Interdisciplinar de Cuidados Paliativos
HU	Hospital Universitário
LSV	Limitação de Suporte de Vida
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PEP	Prontuário Eletrônico do Paciente
PPS	Palliative Performance Scale
RAS	Rede de Assistência à Saúde
SCP	Sistema de Classificação do Paciente
SPICT	Supportive and Palliative Care Indicators
SUS	Sistema Único de Saúde
P.S	Pronto Socorro
TCS	Termo de Confidencialidade e Sigilo
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
UEL	Universidade Estadual de Londrina
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

1	APRESENTAÇÃO	14
2	INTRODUÇÃO	15
3	REVISÃO DA LITERATURA / CONTEXTUALIZAÇÃO / REFERENCIAL TEORICO	19
3.1	Cuidado paliativo e bioética	19
3.2	Objetivo dos cuidados paliativos e processo de morte	20
3.3	A importância da assistência à saúde nos cuidados paliativos	21
3.4	A avaliação da assistência de enfermagem	24
4	OBJETIVOS	27
4.1	Objetivo geral	27
4.1.1	Objetivos específicos	27
5	MATERIAL E MÉTODO	28
5.1	Delineamento do estudo	28
5.2	Local do estudo	28
5.3	População de estudo	29
5.4	Coleta de dados	29
5.5	Instrumentos de coleta de dados	31
5.6	Aspectos éticos	33
6	RESULTADOS	34
7	DISCUSSÃO	42
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS	48
	REFERÊNCIAS	49

APÊNDICES	54
APÊNDICE A - Instrumento de pesquisa para coleta de dados	54
APÊNDICE B - Termo de confidencialidade e sigilo	56
APÊNDICE C- Comprovante de aprovação do projeto no CEP	57
ANEXOS	58
ANEXO A - <i>Palliative Performance Scale</i> (PPS)	58
ANEXO B - Supportive and Palliative Care Indicators Tool (SPICT-BR™)	59

1 APRESENTAÇÃO

Gostaria de começar minha apresentação destacando que nenhum caminho é percorrido de forma isolada. Estamos sempre aprendendo, seja com as pessoas que nos cercam, os lugares que visitamos ou as diversas culturas que experimentamos. Assim, quem eu sou hoje reflete as experiências e conexões que tive ao longo da vida. Sou enfermeira graduada em Enfermagem pela Universidade Estadual de Londrina (UEL) no período de 2013 a 2017. Logo após, participei do processo seletivo para a Residência em Enfermagem na UEL, na área de Urgência e Emergência, um programa de dois anos que representou um grande desafio devido à intensa carga horária, mas trouxe um aprendizado inestimável. Essa experiência fortaleceu ainda mais minha paixão pela área, marcando o início da minha trajetória profissional no Hospital Universitário de Londrina.

De 2019 a 2022, atuei como enfermeira no Pronto Socorro (PS), setor pelo qual sempre tive grande apreço e ao qual me dedicava diariamente. Durante esse período, enfrentamos momentos extremamente desafiadores com a pandemia da COVID-19, já que o hospital era referência para os casos graves de Londrina e região. Ao refletir sobre aquele período, percebo o quanto fomos resilientes diante de tantas mortes, mantendo-nos firmes na nossa dedicação ao cuidado e à vida.

Em 2022, permaneci no mesmo hospital e assumi a Coordenação da Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes. Essa nova função foi um grande desafio, pois representava uma área distinta e importante, que me tirou da zona de conforto. Nesse cargo, acredito que desempenho um papel essencial, não apenas no diagnóstico de morte encefálica, mas também no acolhimento das famílias em luto, além de promover a esperança de salvar outras vidas por meio da doação.

Já em 2023, decidi retornar ao meio acadêmico, iniciando o Mestrado no Programa Stricto Sensu de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina (PPGENF/UEL), sob a orientação da Prof.^a Dr.^a Eleine Aparecida Penha Martins, que coordena o grupo de pesquisa: Núcleo de Estudos em Espiritualidade, Práticas Integrativas e Cuidados Paliativos (NEEPIC'S), onde encontrei suporte indispensável para desenvolver minha pesquisa.

2 INTRODUÇÃO

Historicamente, os cuidados paliativos (CP) foram oficialmente introduzidos na Inglaterra em 1960, como uma prática na área da atenção à saúde com o objetivo de cuidar, constituindo-se em uma abordagem ampla, que visa promover a qualidade de vida de pacientes e familiares que apresentam uma doença crônica incurável, sem perspectiva de tratamentos que possam modificar o curso natural da doença. É baseado em princípios como a prevenção e o alívio de sintomas (Bravahlieri *et al.*, 2020).

A primeira definição de CP foi publicada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 1990 e, em 2002, foi revisada e conceituada como “uma abordagem que promove a qualidade de vida de pacientes e seus familiares, que enfrentam doenças que ameacem a continuidade da vida, por meio da prevenção e do alívio do sofrimento. Requer identificação precoce, avaliação e tratamento da dor e outros problemas de natureza física, psicossocial e espiritual” (WHO, 2020 p.13).

O termo paliativo originou-se de “pallium”, que significa manto, cobrir, ou seja, paliar é diminuir a dor e o sofrimento, desde o momento do diagnóstico e, principalmente, quando os pacientes não podem mais ser amparados pela medicina curativa (Verri *et al.*, 2019).

Com o passar do tempo a prática de cuidados paliativos conquistou seu lugar na saúde pública e privada e em 2002, o conceito foi revisado e ampliado, incluindo a assistência a outras doenças como síndrome da imunodeficiência adquirida, doenças cardíacas, renais, doenças degenerativas e doenças neurológicas (Barbosa *et al.*, 2022).

Os princípios básicos dos cuidados paliativos são cada vez mais debatidos nos cenários do cuidar, com desdobramentos em diversas situações e grupos populacionais, desvelando potencialidade para atuação de uma equipe multidisciplinar. Os profissionais de saúde devem realizar o planejamento avançado de cuidados de acordo com os fatores que são importantes para o quadro clínico do paciente (Florencio *et al.*, 2020).

A partir de 2010, a prática de cuidados paliativos expandiu e integrou a visão ou o objetivo de otimizar a funcionalidade do indivíduo independentemente do prognóstico, incentivar a qualidade de vida com a reabilitação em novas modalidades, e, com a utilização das práticas integrativas como aliados na redução

de sintomas, a fim de proporcionar o bem-estar geral para os pacientes e mudar o paradigma de que todo paciente em cuidados paliativos é acamado e debilitado (Florencio *et al.*, 2020).

Portanto, a atuação da equipe multidisciplinar é essencial e são compostos por médicos, enfermeiros, psicólogos, fisioterapeuta, assistente social, nutricionista e apoio espiritual com uma visão humanizada, voltada para a valorização da vida e promotora do cuidado integral (Verri *et al.*, 2019).

No Brasil, o Ministério da Saúde normatizou os cuidados paliativos por meio da Resolução nº 41/2018, que dispõe sobre as diretrizes para a organização dos cuidados paliativos, integrando-o aos Cuidados Continuados Integrados (CCI), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Destaca-se que esses cuidados devem ser ofertados na atenção básica, domiciliar e ambulatorial, serviços de urgência e emergência e na atenção hospitalar, sendo um avanço necessário para os CPs no nosso país (Bravahieri *et al.*, 2020).

Em soma, a assistência ao paciente/família em cuidados paliativos deve ser organizada como um conjunto de cuidados multiprofissional e interdisciplinar, durante toda sua terapêutica para proporcionar para a pessoa qualidade de vida durante todo o percurso da doença, até o momento da morte, se estendendo ao luto dos familiares. Sendo assim, é importante que a equipe multidisciplinar compreenda que os CPs, envolvem não somente entender o indivíduo na sua singularidade, preservar a sua dignidade, para que seja garantido da melhor forma possível o tempo que lhe resta, mas atende-lo com um todo sendo abordada toda parte biopsicossocial (Gouvea, 2019).

Ressalta-se também que no cuidado paliativo o termo terminalidade, foi substituído por doença ameaçadora da vida, também se indica o cuidado paliativo desde o diagnóstico, com a possibilidade ou não de tratamento modificador da doença, desta forma afasta a ideia de “não ter mais nada a fazer”. Nessa nova perspectiva de abordagem de CP, se inclui a espiritualidade dentre as dimensões do ser humano e a família é lembrada e assistida (Barros; Nicolussi, 2022).

Vale ressaltar que, no cenário atual as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são as principais causas de morte em todo o mundo, corresponde a 70% de todas as mortes e atinge 40 milhões de pessoas a cada ano. Aproximadamente 80% dessas mortes ocorrem em países de baixa e média renda. No Brasil, são responsáveis por 72% do número total de óbitos e são consideradas um problema

de saúde pública. Assim, a sua prevalência impacta significativamente o perfil socioeconômico da população. Em sua maioria, as DCNT, são incapacitantes e levam o paciente a um declínio funcional progressivo, que antecede o óbito. Sendo assim, o desenvolvimento de ações planejadas com foco na implementação dos CP se faz primordial (Barbosa *et al.*, 2022).

Em 2017, a *World Health Organization* – Organização Mundial da Saúde (OMS), mapeou a distribuição, oferta e acessibilidade de CP no mundo e publicou os resultados no “Atlas Global de Cuidados Paliativos 2° edição”, classificando os países em grupos e subgrupos de acordo com a amplificação e desenvolvimento de CP. Foram divididos quatro grupos entre eles: grupo 1) países sem ações paliativas; 2) países que ofertam CP isolados sem serem instalados nos serviços de saúde; 3A) países que ofertam ações isoladas e irregulares desses serviços, ainda com obstáculo no controle de sintomas e dependentes de fontes externas de financiamento; 3B) países com oferta generalizada, com discreto apoio de fontes políticas e sociais e, aumento das fontes de financiamentos; 4A) países que possuem as estratégias de CP, com múltiplas fontes de apoio, disseminação e conscientização do cuidado, com impacto em políticas sociais e; 4B) países que possuem CP fortemente estabelecidos e delimitados, amplamente fornecido e integrado aos múltiplos serviços de saúde, o qual possui ampla conscientização e divulgação do tema, além de possuir forte incentivo governamental (WHO, 2020).

Cabe ressaltar, que são poucos os países que se encontram no grupo 4, o Brasil atualmente, em seis anos, teve grande avanço, migrando da categoria 3A no “Atlas Global de Cuidados Paliativos 1° edição” publicado no ano de 2014 para a categoria 3B, publicado na 2ª edição em 2020. Portanto, no Brasil, os serviços de CP estão em desenvolvimento ativo e considerável, possui suporte governamental, com início da implementação e disseminação dos CP nos serviços públicos da Rede de Assistência à Saúde (RAS) e melhora no manejo e controle dos sintomas pelas equipes multidisciplinares (WHO, 2020).

Ainda no Brasil, apesar de existirem diversas legislações que reafirmam a importância da integração dos cuidados paliativos no sistema de saúde, o número de instituições que realizam a abordagem é pequeno, considerando a quantidade de brasileiros que necessitam de cuidados paliativos (Barbosa *et al.*, 2022).

Vale reforçar que a OMS afirma que dos 40 milhões de pessoas que necessitam de cuidados paliativos precisamente some 14% desta população o

recebe. Dessa forma, o direcionamento dos pacientes, por meio de um instrumento que permita a avaliação funcional e a identificação precoce de pacientes em CP, pode proporcionar uma melhor qualidade de vida a este público em período longo, além de possibilitar um final de vida digno, tornando-se essas ferramentas uma alternativa de avaliação quando outros recursos não estiverem disponíveis ou não forem de conhecimento dos profissionais, diminuindo os custos hospitalares e o uso irregular de leito de UTI (Barbosa *et al.*, 2022).

Destaca-se que para a equipe de saúde, e, em especial a enfermagem que possui seu corpo de conhecimento focado na assistência e estes profissionais respaldados tanto no cuidado como na qualidade da assistência prestada, devem permanecer presentes até o pós morte, por se tratar do cuidado com a família.

Entretanto, eleger pacientes a partir do diagnóstico destas doenças que possuem critérios para os CP é um grande desafio nas instituições de saúde, pois a não conformidade na capacitação de profissionais de saúde, número reduzido de programas de CP nas instituições, bem como a dificuldade de aceitação dos limites da medicina com visão curativa, podem aumentar o tempo de internação (Barros; Nicolussi, 2022).

Neste contexto ainda há a participação efetiva da enfermagem com relação aos cuidados e os instrumentos avaliativos das assistências vinculadas à política de humanização e segurança do paciente. Destaca-se que o paciente em terminalidade há o risco de queda, a possibilidade de formação de lesão por pressão bem como a classificação do paciente em relação à demanda do cuidado com tem a lógica de quanto maior a dependência do paciente em relação ao cuidado, maior será o número e qualidade do cuidado a ser prestado, independente da proximidade com a morte, aspectos que provocam controvérsia na discussão dos gestores sobre o tema dos CP.

Diante do exposto pergunta-se: Qual o desfecho dos pacientes elegíveis a cuidados paliativos em um hospital de atenção terciária, público e universitário?

Muitos sistemas de saúde e códigos éticos reconhecem a importância dos cuidados paliativos para garantir que os pacientes tenham uma morte digna e confortável. Com o aumento das DCNT e sendo elas uma das principais causas de morte no Brasil, se faz primordial a identificação precoce de um paciente elegível ao cuidado paliativo, evitando tratamentos excessivamente agressivos e que não

proporcionam benefícios significativos, com manejos inadequados e custos abundantes (Bonatto *et al.*,2023).

Com aplicabilidade de um instrumento na admissão deste paciente em hospital universitário de nível de atenção terciária, é possível fazer uma avaliação funcional, bem como identificar imediatamente o paciente que necessita de CP. O planejamento dos CP, poderá proporcionar uma melhor qualidade de vida, alívio de sintomas, diminuição do sofrimento físico, emocional, espiritual, social, uma melhor comunicação entre as equipes multidisciplinares e com familiares. Conseqüentemente será prestada uma assistência integral com práticas integrativas, visando a diminuição do tempo de internação ou promover um desfecho assistencial digno, respeitando os desejos e as necessidades do paciente.

3 REVISÃO DA LITERATURA/CONTEXTUALIZAÇÃO/REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 CUIDADOS PALIATIVOS E BIOÉTICA

O conceito de Cuidados Paliativos surgiu por volta da década de 1960, na Inglaterra, sendo introduzido por Cicely Saunders, que era assistente social, enfermeira e médica. Ela propôs uma filosofia de cuidado voltada para pessoas com doenças incuráveis em estágio terminal. No Brasil, essas ideias foram consolidadas nos anos 1980, formando uma abordagem de assistência à saúde baseada em conhecimentos técnicos e científicos, fundamentada em princípios éticos e filosóficos (Rossi; Selbach; Westphal, 2023).

De acordo com Van Rensselaer Potter (2016) a bioética funciona como uma interface entre as ciências biológicas e a ética, sendo fundamental para a sobrevivência da espécie humana por meio da promoção de um sistema equilibrado. Dessa forma, as questões bioéticas têm como objetivo garantir a preservação da vida humana e de todas as formas de vida. Os principais princípios da bioética incluem: Beneficência, que se baseia em agir para o bem do outro; Não maleficência, que envolve evitar ações que prejudiquem a dignidade do paciente como ser humano; e Autonomia, que implica em proporcionar ao paciente a compreensão e participação nas decisões sobre seu tratamento, visando o que for

benéfico para ele. Esses princípios são essenciais para conscientizar os profissionais de saúde sobre a crescente necessidade de prestar os cuidados paliativos (Rossi; Selbach; Westphal, 2023).

3.2 Objetivo dos Cuidados Paliativos e Processo de Morte

O cuidado paliativo não se limita a critérios como idade, tipo de enfermidade ou órgão afetado, mas é pautado pelo respeito à vida e pelo reconhecimento do direito de viver, levando em conta as necessidades de cada paciente e sua família. Seu objetivo é gerenciar e aliviar todos os sintomas relacionados à condição do doente, promovendo uma abordagem integrada que abrange os aspectos físicos, emocionais, sociais e espirituais, resultando em uma intervenção positiva no quadro clínico individual (Rossi; Selbach; Westphal, 2023).

Nesse contexto, o cuidado paliativo valoriza a vida, apoiando intervenções adequadas conforme as particularidades de cada paciente. Além disso, ao valorizar a vida, entende-se que a morte é um processo natural, sem que haja intervenções para apressá-la ou adiá-la. Essa abordagem, juntamente com o planejamento antecipado do cuidado, oferece suporte não apenas ao paciente, mas também à família durante a doença e o período de luto (Rossi; Selbach; Westphal, 2023).

Os cuidados paliativos têm como fundamentos: reconhecer a importância da vida e entender que a morte é uma parte natural do ciclo vital. O foco do cuidado não é antecipar a morte, nem a prolongar de forma desproporcional (terapias fúteis). Busca-se a qualidade de vida por meio de aliviar a dor e outros sintomas, incluir aspectos psicológicos e espirituais, e compreender a relevância na abordagem do cuidado. Além disso, é essencial oferecer suporte às famílias, ajudando-as a enfrentar esse momento difícil e a se prepararem para o período de luto (Costa; Silva, 2021).

Para que os cuidados paliativos prestados em ambiente hospitalar garantam um atendimento de alta qualidade, é fundamental contar com uma equipe multiprofissional que ofereça assistência contínua, englobando tanto ações objetivas quanto subjetivas. Dentre as ações objetivas, destacam-se técnicas como a hipodermóclise, curativos, priorização do alívio da dor (seja por meios farmacológicos ou não farmacológicos), controle de outros sintomas, medidas de conforto e cuidados com a higiene. Já as ações subjetivas incluem técnicas de

comunicação terapêutica, apoio à rede de suporte, assistência psicológica e cuidados espirituais. E, acrescenta-se que o cuidado com o sistema biológico se mantém em vista por todo o processo (Costa *et al.*, 2023).

De acordo com Kübler-Ross (1985), um paciente em fase final de vida, seus familiares podem passar por cinco etapas no processo de morrer. A autora descreve os estágios, vividos pelos pacientes ao receberem o diagnóstico: negação, raiva, barganha, depressão e aceitação. Acrescentar ainda que as doenças sem possibilidade de cura podem ser vistas como uma ameaça à autonomia do paciente, levando à superproteção tanto por parte da família quanto dos profissionais. Um aspecto essencial nos cuidados no final da vida é garantir que o paciente mantenha sua autonomia e faça suas próprias escolhas, como é direito de todos. No entanto, à medida que a doença avança, as decisões sobre a vida e a morte do paciente deixam de ser tomadas por ele (Oliveira; Machado; Alves, 2023).

A experiência da morte é um processo que varia de sociedade para sociedade. Embora seja parte natural do ciclo da vida, a maneira como a morte é percebida pelos indivíduos é fortemente influenciada pela cultura, além de depender das relações afetivas construídas e das circunstâncias em que ela ocorre. Nesse sentido, "a morte é um fenômeno biológico, mas também envolve aspectos sociais, culturais, históricos, religiosos, legais, psicológicos, clínicos e éticos, que frequentemente estão profundamente interconectados." (Papalia; Feldman, 2013 p.636).

3.3 A importância da assistência a saúde nos cuidados paliativos

Um dos desafios para a implementação dos serviços de CP no Brasil, que contribui para a falta de assistência aos pacientes, é a defasagem na formação dos profissionais de saúde para atender pessoas que necessitam desse tipo de cuidado, já que o foco da formação é predominantemente voltado para a cura. A prática da equipe de saúde é centrada na preservação da vida e na busca pela cura, enquanto a morte é vista como um fracasso. Diante da falta de preparo para lidar com pacientes sem possibilidade de cura e com a proximidade da morte, muitos profissionais se sentem frustrados e impotentes. A dificuldade em aceitar a morte, presente tanto nos profissionais quanto na sociedade, é um dos principais obstáculos para a adoção desses cuidados (Alves; Oliveira, 2022).

Cuidar de pacientes sem possibilidade de cura requer do profissional não apenas conhecimento técnico e científico, mas também preparo psicológico, uma vez que atuam sob altos níveis de sobrecarga emocional. Dessa forma, se a equipe multiprofissional não recebe apoio da instituição em que atua para realizar treinamentos e capacitações que ajudem a enfrentar esses desafios, os profissionais podem acabar adotando estratégias ineficazes, resultando em um atendimento desumanizado e de baixa qualidade (Costa *et al.*, 2023).

A medicina paliativa requer conhecimento técnico combinado com a compreensão de que cada pessoa é protagonista de sua própria história de vida, sendo capaz de definir seu processo de adoecimento e morte. O uso de diversas ferramentas e escalas cientificamente validadas contribui para a obtenção de um prognóstico, facilita a tomada de decisões tanto pela equipe de saúde quanto pelos pacientes e familiares, quando eles desejam entender melhor a situação (Santos; Rigo; Almeida, 2023).

O paciente em cuidados paliativos deseja ser visto como um ser humano que sofre tanto fisicamente quanto psicossocialmente. Para atender essas necessidades, os profissionais de saúde devem resgatar a empatia e a compaixão como base de suas ações, além de desenvolver suas habilidades técnicas. Isso inclui não só diagnosticar e tratar, mas também entender a relação do paciente com sua doença, o tratamento proposto, seu cotidiano, e sua visão sobre vida e morte, sempre mantendo uma relação de respeito e empatia. Embora muitos pacientes queiram saber sobre sua condição de saúde, eles também têm o direito de não receber essas informações, e essa escolha deve ser respeitada (Santos; Rigo; Almeida, 2023).

Ressalta-se que nos cuidados paliativos, as decisões são tomadas de forma compartilhada, ou seja, por meio do diálogo com os pacientes, busca-se definir as melhores opções de tratamento para cada estágio da doença, levando em consideração as preferências e valores expressos pelo paciente. No entanto, essa tarefa nem sempre é simples, pois os profissionais muitas vezes precisam lidar com a comunicação de más notícias, como a recidiva ou progressão da doença, piora funcional do paciente, a irreversibilidade de sintomas adversos, entre outros desafios (Aguilera; Oliveira; Bombarda, 2022).

Por outro lado, o envelhecimento progressivo da população contribui para o aumento da incidência de doenças crônicas, que são hoje a principal causa de

morbimortalidade em países como o Brasil, e supera as doenças infectocontagiosas. Além disso, os avanços tecnológicos, especialmente a partir da segunda metade do século XX, junto com o desenvolvimento de novas terapias, permitiram que muitas doenças antes fatais se tornassem crônicas, prolongando a vida dos pacientes. Como resultado, a demanda por cuidados paliativos aumentou, exigindo serviços especializados e profissionais treinados e capacitados para atender adequadamente essa população (Silva *et al.*, 2021).

De acordo com dados do Ministério da Saúde, 72% das mortes são causadas por doenças crônicas não transmissíveis, sendo as principais condições responsáveis por esses óbitos doenças cardiovasculares, câncer, diabetes mellitus e doenças pulmonares crônicas. Essas enfermidades afetam pessoas de todas as classes socioeconômicas, mas os grupos mais vulneráveis são os de baixa renda, baixa escolaridade e os idosos. O surgimento de doenças crônicas está associado a fatores como a transição demográfica, mudanças no perfil epidemiológico e nutricional, urbanização, e o crescimento econômico e social (Alves; Martins, 2023).

Os cuidados paliativos são estratégias para assistência à saúde de pacientes sem prognóstico de cura com o objetivo de proporcionar o alívio do sofrimento, qualidade de vida, dignidade e autonomia ao indivíduo, assim como uma rede de apoio para àqueles que o cercam. Este tipo de cuidado possui alta demanda, devido ao envelhecimento da população e ao aumento da sobrevivência às doenças crônicas. A previsão é de que a demanda por cuidados paliativos irá aumentar globalmente em quase 100% até 2060 (Costa *et al.*, 2023).

Apesar do aumento na oferta de cuidados hospitalares, pacientes com doenças graves continuam a enfrentar necessidades não supridas, que se agravam durante as transições no cuidado. A inclusão de cuidados paliativos ao longo de todo o processo de tratamento, desde atenção primária, domiciliar e em instituições de atendimento de urgência e emergência, contribui para atender essas necessidades e promover aspectos fundamentais da qualidade do cuidado, como segurança, foco no paciente e acesso rápido ao tratamento. O fortalecimento dos cuidados paliativos comunitários fora do ambiente hospitalar também se torna cada vez mais relevante, destacando o papel crescente desses cuidados em um sistema de saúde orientado por valores. Com isso, uma instituição com profissionais qualificados, capacitados na aplicação de escalas de avaliação funcional e na identificação imediata de um paciente em CP, se faz primordial, juntamente com sua rede de apoio para promover

uma qualidade de vida digna a esse paciente e que se estende até o momento do luto (Rolim *et al.*, 2024).

A eleição precoce aos cuidados paliativos é de uma importância para a qualidade de vida e cuidado. Os cuidados paliativos desempenham um papel essencial na promoção da qualidade de vida e na melhoria do cuidado oferecido a pacientes com condições de saúde complexas. Nesse contexto, as escalas SPICT *Supportive and Palliative Care Indicators Tool* (SPICT) (Boid; Murray, 2018) e *Palliative Performance Scale* (PPS) (Societ, 2009), são ferramentas essenciais, pois permitem a identificação precoce de pacientes que se beneficiariam dessa abordagem. O SPICT auxilia na detecção de sinais clínicos de deterioração da saúde e a necessidade de intervenções paliativas, auxiliando na antecipação de complicações e na implementação de medidas preventivas, enquanto o PPS avalia o nível de funcionalidade e dependência do paciente, considerando fatores como mobilidade, capacidade de autocuidado, ingestão alimentar e nível de consciência, o que orienta a equipe de enfermagem para a elaboração de planos de cuidados individualizados, o manejo clínico adequado e o suporte integral ao paciente e seus familiares.

3.4 A avaliação da assistência de enfermagem

A assistência para o paciente e família com cuidados paliativos, interfere em quantidade e qualidade de recursos humanos e materiais para a assistência em enfermagem. Um paciente acamado exige que o banho seja realizado no leito ou de cadeira, assim como a troca de fraldas em pacientes com incontinência urinária e fecal, entre outros cuidados. E esses tipos de cuidados e grau de dependência estão totalmente interligados com a escala de PPS (Societ, 2009) e SPICT (Boid; Murray, 2018).

Em serviços de saúde que oferecem uma assistência de enfermagem qualificada, normalmente utilizam as escalas de avaliação do risco de queda (Morse), avaliação do risco de lesão por pressão (Braden) e o sistema de classificação de dependência do cuidado (SCP) para avaliarem o paciente e garantirem a segurança, a qualidade do cuidado e a tomada de decisões clínicas baseadas em evidências. O uso sistemático dessas escalas permite uma abordagem individualizada e humanizada, além da priorização de intervenções e a comunicação

eficaz entre os membros da equipe multiprofissional, refletindo diretamente na segurança e no bem-estar dos pacientes (Cargnin *et al.*, 2023).

A identificação precoce dos fatores que favorecem as quedas e o desenvolvimento de LPP são importantes para o enfermeiro durante a implementação do Processo de Enfermagem. Portanto as utilizações das escalas de avaliação em conjunto principalmente com a escala PPS possibilitam uma abordagem precisa, individualizada, garantindo um cuidado contínuo e centrado nas necessidades do paciente e de seu familiar (Cargnin *et al.*, 2023).

Embora tenham propósitos distintos, o SCP (Fugulin, 1994), a Escala de Morse (Morse, 1989) e a Escala de Braden (Braden; Bergstrom, 1987), são ferramentas complementares no planejamento do cuidado de enfermagem. O SCP fornece uma visão global da complexidade do paciente, orientando a distribuição de tarefas e recursos. A Escala de Morse e a Escala de Braden aprofundam essa análise, identificando riscos específicos que exigem intervenções direcionadas e no CP o uso delas se faz primordial.

O Sistema de Classificação do Paciente (SCP) (Fugulin, 1994), é uma escala que categoriza os pacientes de acordo com o grau de dependência e complexidade dos cuidados necessários, comumente dividido em quatro níveis: mínimo, intermediário, semi-intensivo e intensivo. A classificação é baseada em critérios como a necessidade de monitorização constante, uso de dispositivos invasivos, estabilidade clínica e capacidade funcional do paciente. Essa ferramenta orienta a alocação de recursos humanos e materiais, otimizando o tempo da equipe de enfermagem e garantindo que as demandas específicas dos pacientes sejam atendidas de forma eficaz. São considerados para a avaliação doze áreas de cuidado: estado mental, oxigenação, sinais vitais, motilidade, deambulação, alimentação, cuidado corporal, eliminação, terapêutica, integridade cutâneo-mucosa /comprometimento tecidual, curativo, tempo de realização de curativo. Ao final, a pontuação total indicará a classificação do paciente em uma das categorias - cuidados mínimos, intermediário, alta dependência, semi-intensivo, intensivo.

Neste âmbito o SCP, baseia-se em um instrumento destinado à aplicação, validação e acompanhamento da assistência, permitindo a identificação e categorização de pacientes conforme seus níveis de cuidado em diferentes contextos hospitalares sejam eles intensivos ou não. As informações obtidas por meio dessa classificação servem de base para a atuação da equipe de enfermagem,

o planejamento dos custos das intervenções e a manutenção dos padrões de qualidade (Valente *et al.*, 2023).

A Escala de Morse (Morse, 1989) é amplamente utilizada para avaliar o risco de quedas em pacientes hospitalizados. A aplicação sistemática dessa escala permite que a equipe de enfermagem antecipe situações de risco, reduzindo a incidência de quedas e suas consequências, como fraturas e aumento do tempo de internação. São avaliados os seguintes aspectos: história de queda nos três últimos meses, diagnóstico secundário, auxílio na mobilidade, terapia endovenosa, marcha e estado mental. A prevenção de quedas está diretamente relacionada à segurança do paciente, à promoção de um cuidado humanizado e guiando a implementação de medidas preventivas direcionadas (Cedraz *et al.*, 2018).

No contexto hospitalar, a ocorrência de quedas é um dos indicadores de qualidade da assistência prestada, impactando diretamente a gestão dos serviços de enfermagem. Esses indicadores auxiliam na compreensão dos eventos que envolvem os pacientes, permite a avaliação e a adaptação dos processos assistenciais com o objetivo de aprimorar os cuidados oferecidos. É importante destacar que a redução de quedas está dentro das metas internacionais de segurança do paciente (Judice *et al.*, 2024).

A Escala de Braden (Braden; Bergstrom, 1987) é utilizada para identificar o risco de desenvolvimento de lesão por pressão. A escala analisa seis aspectos principais no paciente: percepção sensorial, umidade, atividade, mobilidade, nutrição e, por último, a fricção e cisalhamento, cada uma dessas características é pontuada ao final. A partir desse registro, os enfermeiros conseguem aplicar medidas preventivas e promoverem um tratamento eficaz. O escore final classifica os pacientes em diferentes graus de risco (baixo, moderado, alto ou muito alto).

Essa avaliação é essencial para planejar intervenções, como reposicionamento periódico, uso de superfícies de suporte (coxins) e cuidados com a pele. A prevenção de lesões por pressão é uma prática essencial na assistência de enfermagem, pois evita complicações graves, reduz custos hospitalares e melhora a qualidade de vida do paciente. As lesões por pressão são consideradas como eventos adversos ocorridos no processo de hospitalização, que refletem de forma indireta a qualidade do cuidado prestado (Cedraz *et al.*, 2018).

Para se prestar uma assistência integral em cuidados paliativos, há necessidade da integração do conhecimento das escalas acima descritas, pois seus

resultados interferem diretamente no processo assistencial da equipe de enfermagem e no dimensionamento de pessoal, para o desígnio de uma boa assistência de enfermagem.

4 OBJETIVOS

4.1 Objetivo Geral

Avaliar o desfecho dos pacientes admitidos em um hospital de atenção terciária, público e universitário quanto ao critério de eleição aos cuidados paliativos.

4.1.1 Objetivos Específicos

- Definir o perfil sócio demográfico dos pacientes elegíveis aos cuidados paliativos;
- Identificar a incidência de pacientes elegíveis aos cuidados paliativos;
- Investigar a evolução clínica e tempo de internação de todos os pacientes elegíveis para cuidados paliativos;
- Relacionar a interface da PPS com as escalas de Braden, Morse e Sistema de Classificação de paciente (SCP).

5 MATERIAL E MÉTODO

5.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

A pesquisa caracteriza-se por ser um estudo de coorte prospectivo, com abordagem quantitativa e análise descritiva dos dados. O estudo de coorte é um estudo observacional no qual os indivíduos são classificados (ou selecionados) segundo o status de exposição (expostos e não expostos), sendo seguidos para avaliar a incidência de casos em um determinado período de tempo. Os estudos de coorte também podem ser utilizados para avaliar os riscos e benefícios (Oliveira; Vellarde; Sá, 2015).

5.2 Local do Estudo

A pesquisa foi desenvolvida em um Hospital Universitário localizado no Norte do Paraná. Trata-se de um hospital geral terciário, referência para 250 municípios do Paraná e de mais 100 cidades de outros Estados, principalmente São Paulo, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul e Rondônia. Ao total possui 424 leitos, sendo 6 UTIS adulto com 90 leitos. O Hospital Universitário é um órgão suplementar da Universidade Estadual de Londrina (UEL), vinculada administrativamente a UEL e academicamente ao Centro de Ciências da Saúde (CCS). (Hospital Universitário de Londrina, 2021).

É campo de estágio para alunos de diversos cursos da área da saúde vinculados ao CCS e instituições externas, possui também residências médicas, de enfermagem, farmácia, fisioterapia e nutrição, realiza também cirurgia cardiovascular de alta complexidade, vídeo cirurgias e é no estado referência para o tratamento de queimaduras. (Hospital Universitário de Londrina, 2021).

O Pronto Socorro do Hospital Universitário em estudo é referência para atendimento de pacientes politraumatizados graves, traumatologia-ortopedia, pacientes neurológicos, casos suspeitos ou confirmados de COVID-19, doenças infecciosas, atendimentos de intoxicações exógenas e acidentes com animais peçonhentos e também presta atendimento a casos regulados e/ou encaminhados via Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), Serviço Integrado de Atendimento ao Trauma em Emergência (SIATE) e Central Estadual de Regulação

(CER). Realiza em média 80 atendimentos diariamente, estando estruturado em pronto socorro médico, cirúrgico, ortopédico, pediátrico e obstétrico.

5.3 População de estudo

A população do estudo incluiu todos os pacientes admitidos e internados pelo Pronto Socorro (PS), com idade igual ou superior a 18 anos.

Foi considerado perda, os pacientes com o instrumento de coleta preenchido de forma inadequada, com falta de informações no prontuário, casos de reinternação e gestantes.

5.4 Coleta de Dados

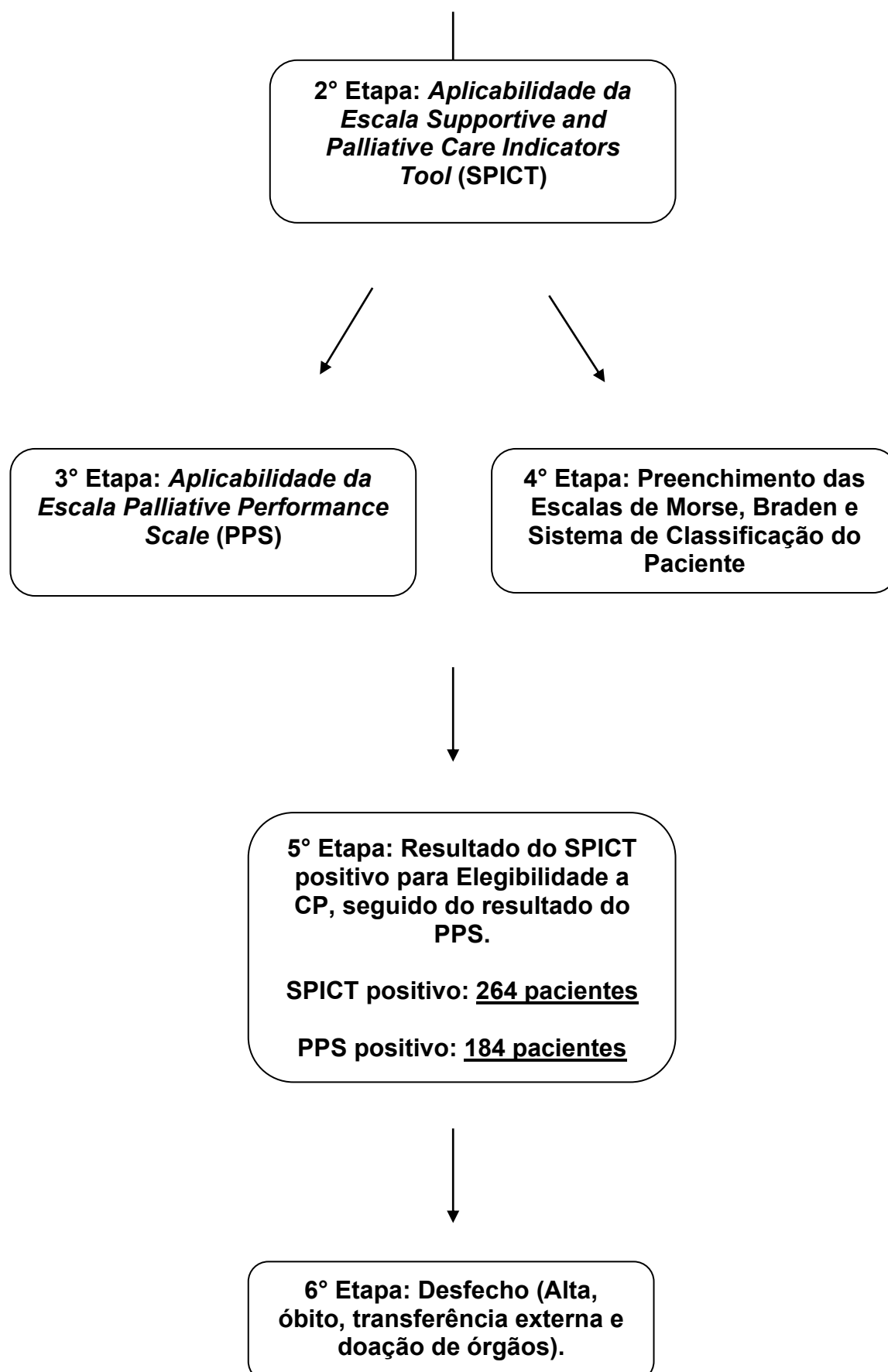
Todos os pacientes admitidos e internados no pronto socorro (PS) da instituição em estudo no período do 26/02/2024 á 26/03/2024 foram incluídos na pesquisa. Em seguida, foram avaliados a cada quatro dias, com a aplicação do instrumento de coleta de dados (APENDICIE A), até a obtenção dos desfechos das internações, que poderiam ser: alta, óbito, transferência para outra instituição ou doação de órgãos.

Para a seleção diária dos pacientes internados no PS, foi utilizado o sistema *Posthos*® que é utilizado no hospital em estudo. Na pasta de Pacientes, selecionava-se o período de entrada e aplicava-se um filtro para mostrar os pacientes internados dentro da faixa etária especificada. O sistema, então, exibia todos os pacientes internados nas últimas 24 horas no PS e os que atendiam ao critério de seleção eram avaliados seguindo o instrumento de coleta, conforme apresentado no Quadro 1.

Quadro 1 - Etapas da aplicabilidade do instrumento de coleta de dados. Paraná, Brasil, 2024.

1º Etapa: Preenchimento dos dados sociodemográficos, clínicos e relacionados à internação do paciente.

Total: 739 pacientes



Fonte: Dados da pesquisa.

A aplicação do instrumento seguiu essa sequência, pois, inicialmente, era necessário conhecer o perfil sociodemográfico dos participantes. Em seguida, foi realizada a aplicação da escala SPICT, que serve como referência para identificar o número de pacientes elegíveis para CP. Após essa etapa, foi utilizada a escala PPS para avaliar a funcionalidade desses pacientes, verificado também sua elegibilidade para CP, associada com o preenchimento das escalas de Morse, Braden e Sistema de Classificação de Pacientes. Por fim, foram analisados os desfechos dos pacientes participantes do estudo.

5.5 Instrumentos de Coleta de dados

Foi desenvolvido um instrumento norteador para a coleta de dados composto por 6 blocos: 1) Identificação e dados sócio demográficos; 2) Dados clínicos do paciente; 3) Dados relacionados a internação; 4) Pontuação das Escala de Morse e Braden e resultado do Sistema de Classificação do Paciente (SCP); 5) pontuação da PPS e SPICT-BR; 6) Desfechos (Óbito; Transferência externa; Doação de órgãos e Alta). (APÊNDICE 1).

A primeira etapa foi definir a temática do estudo e posteriormente realizado uma busca na literatura, por meio de uma revisão de bibliografia para identificar e selecionar as escalas para avaliação de necessidade de CP. Foram definidas escalas validadas e traduzidas para todo território brasileiro, de fácil aplicabilidade pelo enfermeiro, além de abrangerem pacientes com diferentes comorbidades e necessidades.

A *Palliative Performance Scale* (PPS) derivada da escala de *Performance de Karnofsky* e, foi considerada as recomendações de uso pelo *Center to Advance Palliative Care*, pois analisa a capacidade funcional e associa a presença de doenças primárias e/ou secundárias e de outros quadros que demonstrem a necessidade de CP, disponível no site *Victoria Hospice* https://victoriahospice.org/wp-content/uploads/2019/07/pps_-_portuguese_brazilian_-_sample.pdf. Os escores PPS são determinados lendo-se a tabela na horizontal, em cada linha, até encontrar o nível ou características que “melhor se adequam” ao

paciente que está sendo avaliado. Inicia a leitura pela coluna da esquerda e ler de cima para baixo até encontrar a descrição de “deambulação” apropriada. Seguir então para a próxima coluna, lendo-a de cima para baixo novamente até encontrar a descrição de “atividade ou evidência de doença” apropriada. Esses passos são repetidos por todas as 5 colunas antes de atribuir o PPS ao paciente. Os escores varia de 0% a 100%. Sendo 0% morte e 100% independente de cuidados. Para obter um PPS positivo a pontuação tem que ser <50%, com este resultado o paciente apresenta critérios para indicação de cuidados paliativos. Os itens avaliados são: Deambulação, atividade diária e evidência da doença, competência para o auto cuidado, ingestão e nível de consciência (Dzierżanowski; Gradalski; Kozłowski, 2020; Gonçalves Santa Clara et al., 2020).

Já a *A Supportive and Palliative Care Indicators Tool – Brazilian Version™* (SPICT-BR™), é uma ferramenta traduzida e validada no Brasil, desenvolvida para o contexto geral de CP, que compreende a avaliação de seis indicadores gerais de piora da saúde e sete indicadores de condições clínicas avançadas, além de dispor de um guia para planejamento de condutas. Trata-se de uma ferramenta para auxílio na identificação de paciente que está em risco de deterioração e morrendo que podem necessitar de cuidados paliativos. Se o paciente apresentar dois indicadores gerais de piora da saúde ou um indicador clínico de condição de saúde avançada, a escala de SPICT é considerada positiva, significando que o mesmo tem indicação de cuidados paliativos (Hamano; Oishi; Kizawa, 2018; Sulistio et al., 2015; The University of Edinburg, 2016).

A Escala de Morse possui seis critérios de avaliação como citado anteriormente, cada um constituído com duas ou três possibilidades de resposta. A escolha deve ser de uma para cada um dos domínios que a pontuação varia de zero a 30 pontos, somando um escore de risco total, cuja classificação pode ser: risco baixo de 0 – 24 pontos; risco médio de 25 – 44 pontos e risco alto ≥ 45 pontos (Cargnin et al., 2023).

A Escala de Braden possibilita a avaliação de seis parâmetros também já descritos acima. Para cada item, é determinada uma pontuação que é somada e resulta no escore total com pontuação que varia de 6 a 23 pontos. A classificação é subdividida em escores de ≤ 9 pontos, correspondente a risco muito alto; de 10 – 12 pontos, risco alto de 13 – 14 pontos; risco moderado 15 – 18 pontos; risco baixo e de 19 a 23 pontos, sem risco para desenvolvimento de lesão por pressão

(Cargnin *et al.*, 2023).

E a última escala aplicada foi a Sistema de classificação de Pacientes (SCP), que é composta por 12 áreas de cuidados e são avaliadas em cinco categorias de grau de dependência dos cuidados: cuidados mínimos, intermediários, de alta dependência, semi-intensivos e cuidados intensivos. O paciente classificado entre 12-17 pontos requer cuidados mínimos, de 18 a 22 requer cuidados intermediários, 23-28 pontos necessitam de cuidado de alta dependência, 29-34 pontos requer cuidados semi-intensivos e acima de 34 pontos necessita de cuidados intensivos. A partir dos resultados é possível distribuir os profissionais de enfermagem de acordo com o grau de dependência dos pacientes preconizado pela resolução do Conselho Federal de Enfermagem (Gâmbaro; Rossi; Simonetti, 2023).

O instrumento norteador foi preenchido no aplicativo *Google Forms*®, o que permite vinculação direta a *Google Planilhas*®, ambos disponibilizados pela *G-suite*™. Posteriormente, os dados do *Google Planilhas*® foram convertidos para Planilhas do *Microsoft Excell*® 2021.

Antes do início da coleta de dados no PEP, informado para a instituição em estudo os objetivos do estudo, os seus direitos quanto ao sigilo e proteção de dados, por meio do Termo de Confidencialidade e Sigilo (TCS), assinado pelo pesquisador (APÊNDICE 2).

Os dados coletados foram inseridos no Programa IBM-SPSS, versão 24.0 para Windows (SPSS, Inc., Chicago, IL, USA). Sobre a análise estatística, para a caracterização sociodemográfica e clínica, foram realizadas análises descritivas de frequência simples para variáveis nominais ou categóricas, e dispersão (desvio-padrão) para as variáveis numéricas. Realizou-se teste de associação de qui-quadrado para variáveis dicotômicas e o nível de significância adotado foi de 0,05.

5.6 Aspectos éticos

Foram seguidos os aspectos éticos de acordo com a Resolução nº. 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012), e Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2016). O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina-PR e do Comitê de Ética do Município de Londrina. Aprovado sob CAAE: 76805123.2.0000.5231.

6 RESULTADOS

A população do estudo finalizou-se com 739 pacientes, sendo que os acompanhamentos ocorreram a cada quatro dias por meio de análise no prontuário eletrônico no sistema *MedView*®, adotado no hospital em estudo.

Durante o período da coleta de dados foram identificadas as seguintes situações: data da internação no hospital, data de internação em outros setores, data da limitação de suporte vida, valores da escala de Morse (Morse,1989) Braden (Braden; Bergstrom, 1987) e Sistema de Classificação do Paciente (SCP) (Fugulin, 1994), elegibilidade em CP após preenchimento da escala SPICT e PPS, até o desfecho. Estas são preenchidas diariamente pelos enfermeiros responsáveis pelo setor em qual o paciente está internado e salva no prontuário eletrônico do paciente (PEP).

A caracterização detalhada dos participantes deste estudo está apresentada na Tabela 1, com informações sobre o SPICT na admissão e o SPICT em relação aos desfechos das internações.

Tabela 1- Caracterização dos pacientes elegíveis ao cuidado paliativo pela escala SPICT de acordo com as variáveis sociodemográficas e clínicas na admissão, alta e óbito do paciente. Paraná, Brasil, 2024

Variáveis		SPICT – Admissão				SPICT – Alta					SPICT - Óbito			
		Positivo		Negativo		p-valor	Positivo		Negativo		Positivo		Negativo	
		N	%	N	%		N	%	N	%	N	%	N	%
Sexo	Feminino	100	37,8%	200	42,1%	0,269	84	40,7%	188	42,5%	15	26,7%	8	29,6%
	Masculino	164	62,1%	275	57,8%		122	59,2%	254	57,4%	41	73,2%	19	70,3%
Estado Civil	Casado	107	40,5%	186	39,1%	0,062	83	40,2%	173	39,1%	23	41%	12	44,4%
	Solteiro	53	20%	136	28,6%		47	22,8%	130	29,4%	6	10,7%	4	14,8%
	Separado	22	8,3%	37	7,7%		16	7,7%	34	7,6%	5	8,9%	3	11,1%
	Ignorado	58	21,9%	88	18,5%		39	18,9%	81	18,3%	19	33,9%	5	18,5%
	Viúvo	24	9%	28	5,8%		21	10,1%	24	5,4%	3	5,3%	3	11,1%

Idade	18-30 anos	16	17,7%	74	82,2%	0,017*	15	7,2%	70	15,8%	1	1,7%	3	11,1%
	31-40 anos	13	13,9%	80	86%		13	6,3%	76	17,1%	0	0%	4	14,8%
	41-50 anos	19	20,8%	72	79,1%		14	6,8%	67	15,1%	5	8,9%	4	14,8%
	51-60 anos	40	31%	89	68,9%		31	15%	82	18,5%	8	14,2%	6	22,2%
	61-70 anos	63	41,4%	89	58,5%		50	24,2%	78	17,6%	13	23,2%	7	25,9%
	71-80 anos	72	56,2%	56	43,7%		51	24,7%	55	12,4%	20	35,7%	1	3,7%
	81-92 anos	41	31,6%	17	29,3%		32	15,5%	14	3,1%	9	16%	2	7,4%
Tempo de Internação	4- 16 dias	228	30,6%	452	60,9%	0,263	188	25,3%	427	57,6%	39	5,1%	19	2,4%
	20-32 dias	23	2,9%	16	2,1%		13	1,6%	11	1,4%	10	1,1%	5	0,6%
	36-48 dias	7	0,8%	4	0,4%		2	0,2%	2	0,2%	5	0,6%	2	0,2%
	52-64 dias	8	1%	4	0,4%		4	0,4%	2	0,2%	2	0,2%	1	0,1%
Setor de Internação	Pronto Socorro	190	71,9%	378	79,5%	0,011*	147	71,3%	356	80,5%	42	75%	18	66,6%
	UTI	33	12,5%	27	5,6%		23	11,1%	20	4,5%	10	17,8%	7	25,9%
	Unidade Internação	40	15,1%	67	14,1%		35	16,9%	64	14,4%	4	7,1%	1	3,7%
	Unidade Queimado	1	0,3%	3	0,6%		1	0,4%	2	0,4%	0	0%	1	3,7%
Cidade de Residência	Londrina	136	51,5%	268	56,4%	0,228	102	49,5%	254	57,4%	32	57,1%	10	37%
	Fora de Londrina	128	48,4%	207	43,5%		104	50,4%	188	42,5%	24	42,8%	17	62,9%
Sistema Corporal Acometido	Sist.Neurológico	56	21,1%	19	4%	0,000*	46	22,3%	17	3,8%	10	17,8%	1	3,7%
	Sist.Cardiovascular	103	39%	145	30,5%		78	37,8%	137	31%	23	41%	7	25,9%
	Sist.Respiratório	16	6%	9	1,8%		10	4,8%	8	1,8%	6	10,7%	0	0%
	Sist.Digestório	7	2,6%	6	1,2%		4	1,9%	4	0,9%	3	5,3%	1	3,7%
	Sist.Genitourinário	8	3%	12	2,5%		6	2,9%	12	2,7%	2	3,5%	0	0%
	Sist.Osteomuscular	0	0%	0	0%		0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
	Sist.Tegumentar	0	0%	0	0%		0	0%	0	0%	0	0%	0	0%

	Sist. Endócrino	6	2,2%	18	3,7%		4	1,9%	18	4%	2	3,5%	0	0%
	Ausentes	68	25,7%	266	56%		58	28,1%	246	55,6%	10	17,8%	18	66,6%
PPS	<50%	153	57,9%	32	6,7%	0,000*	109	52,9%	18	4%	42	75%	13	48,1%
PPS	>50%	111	42%	443	93,2%		97	47%	424	95,9%	14	25%	14	51,8%
Diagnóstico	Sist. Neurológico	77	29,1%	97	20,4%	0,000*	57	27,6%	90	20,3%	19	33,9%	7	25,9%
	Sist. Cardiovascular	19	7,2%	108	22,7%		14	6,8%	103	23,3%	5	8,9%	4	14,8%
	Sist. Respiratório	59	22,3%	22	4,6%		45	21,8%	16	3,6%	13	23,2%	5	18,5%
	Sist. Digestório	45	17%	94	19,7%		32	15,5%	85	19,2%	13	23,2%	5	18,5%
	Sist. Genito urinário	19	7,2%	61	12,8%		14	6,8%	58	13,1%	5	8,9%	3	11,1%
	Sist. Osteomuscular	39	14,7%	57	12%		38	18,4%	57	12,9%	1	1,7%	0	0%
	Sist. Tegumentar	4	1,5%	23	4,8%		4	1,9%	20	4,5%	0	0%	3	11,1%
	Sist. Endócrino	2	0,7%	13	2,7%		2	0,9%	13	2,9%	0	0%	0	0%
Desfechos	Alta	206	78%	442	93,5%	0,000*	206	100%	442	100%	56	100%	27	100%
	Óbito	56	21,2%	27	5,6%	0,000*	-	-	-	-	-	-	-	-
	Doação de Órgãos	0	0%	1	0,2%		-	-	-	-	-	-	-	-
	Transferência Externa	2	0,7%	5	1%		-	-	-	-	-	-	-	-

Fonte: Dados da pesquisa.

*teste qui-quadrado, p,0,05 / SPICT: *Supportive and Palliative Care Indicators Tool – Brazilian Version™* / PPS: *Palliative Performance Scale*.

No período de 30 dias, observou-se que em relação à distribuição das características sociodemográficas, a incidência dos pacientes foi expressivamente maior para sexo masculino (62,1%), em comparação ao sexo feminino (37,8%).

A maior parte dos atendimentos ocorreu entre moradores da cidade de Londrina (51,5%), mas também houve uma participação significativa de (48,4%) de pacientes provenientes de outras regiões, com predominância de indivíduos na faixa etária entre 71 e 80 anos, com uma média e desvio padrão (74,50 ± 1,03) no SPICT

positivo, já o PPS positivo a média e desvio padrão foi ($71,72 \pm 1,31$), sendo que (40,5%) eram casados.

O período de internação variou de 4 a 16 dias, com uma média e desvio padrão ($9,14 \pm 0,70$) no SPICT positivo e no PPS positivo ($11,16 \pm 0,95$), até o desfecho, sendo o setor com maior número de internação o Pronto Socorro com (71,9%), seguido da Unidade de Internação (15,1%), esta última caracterizada por atender principalmente pacientes crônicos.

Os diagnósticos médicos mais comuns estavam associados ao Sistema Neurológico (29,1%), abrangendo condições como Acidente Vascular Encefálico, Hemorragia Subaracnoide, Traumatismo Craniano, entre outras. Já no Sistema Respiratório (22,3%), destacaram-se casos de Pneumonia, Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica, Tuberculose, Covid-19, Bronquite Aguda. Entre as comorbidades mais comuns foram relacionadas ao Sistema Cardiovascular (39%) que engloba a Hipertensão Arterial Sistêmica, Insuficiência Cardíaca, Arritmias, e ao Sistema Neurológico (21,1%) está relacionados à Esclerose Múltipla, Parkinson, Alzheimer, Acidente Vascular Encefálico prévio e outras. Em relação ao desfecho 78% receberam alta hospitalar para retornar ao domicílio.

Na Tabela 1, observa-se também que 35,7% dos pacientes apresentaram SPICT positivo na admissão, dos quais 78% receberam alta e 21,2% evoluíram a óbito. Entre os pacientes elegíveis para cuidados paliativos, pelo SPICT (57,9%) também tiveram PPS <50%. Também foram realizadas análises para avaliar a relação entre o SPICT e o PPS, assim como entre o SPICT e o desfecho óbito. Os resultados, obtidos por meio do teste qui-quadrado, identificaram uma associação significativa, indicando que a maioria dos pacientes identificados como elegíveis para cuidados paliativos pelo SPICT tende a apresentar um PPS <50% e um maior risco de mortalidade, possivelmente devido à gravidade da condição clínica subjacente e ao avanço da doença.

No geral, os resultados da aplicação das escalas de Morse, Braden e SCP, identificaram que 89% dos pacientes apresentaram risco moderado de quedas, 55,6% tinham risco moderado de desenvolver lesões por pressão, em função de sua imobilidade e fragilidade e 51,5% apresentaram alta dependência para os cuidados. A variação maior aconteceu nas unidades de terapias intensivas onde o paciente teve um período de internação prolongado, seguida de entubação e ventilação mecânica, Nesses casos, o desfecho mais frequente foi o óbito.

Segue na tabela 2 o resultado da aplicação da escala SPICT.

Tabela 2. Resultado da escala SPICT positivo aos pacientes internados na admissão do paciente. Paraná, Brasil, 2024.

Indicadores	SPICT Positivo N(264)	SPICT Positivo %
Indicadores gerais de piora de saúde		
Internações não programadas	23	8,7%
Capacidade funcional ruim	77	29,1%
Dependente para cuidados	129	48,8%
Perda de peso significativa	15	5,6%
Sintomas persistentes	17	6,4%
Solicitação cuidados paliativos	3	1,1%
Indicadores clínicos		
Câncer	33	12,5%
Demência /Fragilidade	249	94,3%
Doença Neurológica	56	21,2%
Doença Cardiovascular	21	7,9%
Doença Respiratória	17	6,4%
Doença Renal	9	3,4%
Doença Hepática	12	4,5%
Deterioração Irreversível	56	21,2%

Fonte: Dados da pesquisa.

A Tabela 2 demonstra a elegibilidade para cuidados paliativos de paciente internados de 739 pacientes, 35,7% apresentaram SPICT positivo. Todos esses pacientes tinham indicadores gerais de piora na saúde, 48,8% era dependente de outras pessoas para cuidados, em seguida 29,1% tinha sua capacidade funcional ruim o que os levou a buscar atendimento médico e internação, isso aponta que esses pacientes provavelmente eram acamados, ou estavam em processo de declínio com limitada reversibilidade, devido à problemas físicos ou de saúde

mental, onde é necessário maior suporte do cuidador. Porém apenas 1,1% dos familiares que acompanharam esses pacientes na internação solicitaram cuidados paliativos.

O indicador clínico prevalente na escala SPICT foi Demência/Fragilidade, com 94,3%, mostrando uma associação com o diagnóstico de internação relacionado ao Sistema Neurológico, conforme a tabela anterior. Além disso, 21,2% desses pacientes apresentavam deterioração e risco de morte devido a condições ou complicações irreversíveis.

A Tabela 3 apresenta a distribuição dos pacientes em cuidados paliativos que tiveram a classificação SPICT como positivo, associando a tabela de performance – PPS.

Tabela 3. Distribuição dos pacientes classificados pela SPICT positivo com relação aos itens da escala PPS. Paraná. Brasil, 2024

PPS- Admissão N (264)	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
Deambulação	18,1%	1,8%	2,6%	6,4%	28,7%	15,5%	9%	5,6%	6%	5,6%
Atividade e Evidencia da doença	17,8%	1,8%	3,7%	6%	28,4%	15,9%	10,9%	4,9%	7,2%	3%
Autocuidado	17,8%	1,8%	3,4%	6%	27,6%	17,4%	6,8%	5,3%	7,5%	6%
Ingestão	17,8%	1,8%	3%	5,6%	15,5%	10,2%	3,4%	2,2%	5,6%	34,4%
Nível de consciência	17,8%	1,8%	2,6%	5,3%	12,8%	10,6%	1,8%	0,3%	3,4%	43,1%

Fonte: Dados da pesquisa.

PPS- Óbito N (56)	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
Deambulação	44,6%	5,3%	3,5%	7,1%	19,6%	12,5%	3,5%	0%	1,7%	1,7%
Atividade e Evidencia da doença	44,6%	5,3%	5,3%	5,3%	19,6%	12,5%	5,3%	0%	1,7%	0%
Autocuidado	44,6%	5,3%	5,3%	5,3%	19,6%	12,5%	1,7%	0%	3,5%	1,7%
Ingestão	44,6%	5,3%	1,7%	7,1%	16%	14,2%	1,7%	1,7%	3,5%	3,5%
Nível de consciência	44,6%	5,3%	0%	5,3%	16%	10,7%	0%	1,7%	5,3%	10,7%

Fonte: Dados da pesquisa.

A partir de um total de 264 pacientes com SPICT positivo, foi estratificado para a leitura da PPS, revelando que 57,9% desses pacientes apresentavam um

PPS inferior a 50%. Entre eles, mais da metade apresentava limitações significativas em variáveis como deambulação, atividade diária, evidência de doença, autocuidado, ingestão e nível de consciência já no momento da admissão, com 17,8% atingindo um PPS de apenas 10% nesses critérios, tornando-os elegíveis para cuidados paliativos.

Ao comparar o PPS com o desfecho de óbito, observou-se um aumento expressivo na proporção de pacientes com PPS inferior a 50%, chegando a 80,1%. A associação entre essas variáveis foi avaliada, demonstrando significância estatística ($p < 0,001$), o que sugere uma correlação importante entre o comprometimento funcional dos pacientes e a ocorrência do óbito. Dentro desse grupo, 44,6% apresentavam um PPS de 10%, nestas mesmas variáveis, indicando uma dependência extrema, funcionalidade severamente comprometida e um prognóstico desfavorável, sugerindo proximidade com o desfecho de óbito.

Tabela 4 – Relação do SPICT positivo com as escalas de cuidado na admissão do paciente. Paraná, Brasil, 2024.

Variáveis	SPICT Positivo N(264)	SPICT Positivo %	p-valor	SPICT Positivo Óbito N(56)	SPICT Positivo Óbito %
Morse					
Baixo	10	3,7%	0,000*	0	0%
Moderado	235	89%		54	96,4%
Alto	19	7,2%		2	3,5%
Braden					
Risco baixo	45	17%	0,000*	1	1,7%
Risco moderado	147	55,6%		29	51,7%
Risco elevado	60	22,7%		22	39,2%
Risco muito elevado	12	4,5%		4	7,1%
Sistema de Classificação de Pacientes					
Cuidados Mínimos	15	5,6%	0,000*	0	0%
Cuidados Intermediários	40	15,1%		3	5,3%
Alta dependência	136	51,1%		22	39,2%
Cuidado Semi-Intensivo	23	8,7%		6	10,7%
Cuidado Intensivo	50	18,9%		25	44,6%

Fonte: Dados da pesquisa.

*teste qui-quadrado, p,0,05.

A Tabela 4 apresenta a análise dos pacientes com SPICT positivo em relação às escalas de cuidado no momento da admissão, evidenciando que 89% desses pacientes têm um risco moderado de queda. Além disso, 55,6% estão em risco moderado de desenvolver lesão por pressão, e 51,5% demandam alta dependência conforme o sistema de classificação de cuidado. Foi analisada a relação entre a escala SPICT e cada variável das escalas de Morse, Braden e SCP, evidenciando uma associação entre elas conforme indicado pelos valores de p obtidos. Esses dados reforçam o impacto da condição clínica desses indivíduos na sua funcionalidade geral e na qualidade de vida, pois evidencia a fragilidade física, imobilidade, estado clínico debilitado que demandam uma alta dependência de cuidados, sofrimento excessivo a esse paciente e impactando diretamente o dimensionamento de recursos humanos na prestação de cuidados.

Esse quadro está diretamente relacionado com a escala PPS, na qual variáveis como deambulação, atividade, evidência da doença e limitação no autocuidado afetam mais de 50% desses pacientes.

No entanto, observa-se que, entre os casos com desfecho em óbito, 96,4% apresentavam risco moderado de queda, 51,7% tinham risco moderado de desenvolver lesão por pressão, e 39,1% apresentavam risco elevado. Esses fatores estão diretamente relacionados ao quadro clínico do paciente, uma vez que a maioria se encontrava entubada, traqueostomizada, em ventilação mecânica ou acamada. Isso reflete que 44,6% desses pacientes demandavam cuidados intensivos por parte da equipe multiprofissional, prolongando o sofrimento tanto do paciente quanto de seus familiares e aumentando o tempo de internação. Considerando que esse paciente poderia ter tido um desfecho diferente ou até mesmo passado seus últimos dias ao lado de seus familiares em sua própria residência, em vez de permanecer no ambiente hospitalar.

7 DISCUSSÃO

O processo de envelhecimento populacional, está associado ao aumento das doenças crônicas, degenerativas e oncológicas, portanto a demanda em cuidados paliativos encontra-se em uma constante crescente, tanto em regiões economicamente desenvolvidas e principalmente em locais subdesenvolvidos. Atualmente, muitos portadores de doenças crônicas são elegíveis ao CP, sendo considerado como um direito humano (Bertelli, 2023).

Este estudo apresentou dados significativos em comparação com algumas pesquisas realizadas no Brasil, destacando que a maioria dos participantes era do sexo masculino (62,1%), com idades entre 71 e 80 anos (56,2%), e um período de internação que variou de 4 a 16 dias até o desfecho (Bertelli, 2023; Gouvea, 2019; Cabianca *et al.*, 2017; Faria *et al.*, 2015).

Esses dados também indicam uma possível falha na identificação adequada de pacientes com indicação para cuidados paliativos. Isso resulta na ocupação de leitos na UTI que poderiam estar disponíveis caso a equipe tivesse reconhecido a necessidade de manejo em enfermarias ou no ambiente domiciliar. Além disso, destaca-se a importância de considerar o impacto financeiro causado por procedimentos e tecnologias desnecessários, que não apenas elevam os custos, mas também aumentam o sofrimento físico e emocional do paciente e de seus familiares, prolongando os dias de internação sem alterar o desfecho clínico (Clara *et al.*, 2019).

Dentre os 739 pacientes analisados, 264 pessoas (35,7%) apresentaram SPICT positivo na internação sendo elegíveis aos cuidados paliativos. Sendo este resultado, superior ao descrito na literatura, como por exemplo, no estudo austríaco realizado por Kostenberger *et al.* (2019), essa demanda em um pronto socorro foi de 13,2%. Em estudo semelhante realizado por Barros *et al.* (2022) identificaram que 38,5% dos 379 prontuários analisados eram elegíveis a CP no Hospital de Clínicas em Minas Gerais. O presente estudo, reflete uma profunda inadequação do nosso sistema de saúde público brasileiro em relação a esse perfil de indivíduos, que deveriam receber cuidados domiciliares, ou em unidades de internação mais adequadas do que em um serviço terciário de alta complexidade que oferecem atendimento especializados que demandam de tecnologia avançada e com custos

elevados. Embora a maioria tenha tido alta como desfecho, o número de pacientes elegíveis para cuidados paliativos é significativo para um hospital de atenção terciária.

Também se observa que mais de 80% da população em geral procura o atendimento em serviço terciário como primeira opção para avaliação médica, devido à falta de suporte nas unidades básicas e ambulatórios. O que contribui de forma exponencial com os problemas relacionados à superlotação e falta de recursos em saúde (Bertelli, 2023).

O tempo médio de internações desses pacientes foi de 4 a 16 dias. Além de permanecerem internados por um longo período, estes pacientes têm um maior potencial para evoluir a óbito no ambiente hospitalar, longe do ambiente social e familiar. É notório perceber, que no Brasil, há o aumento significativo de óbitos em hospitais, porém, vale ressaltar, que em países que tem acesso aos CP, a maior frequência de óbito destes pacientes é em domicílio (Barros, 2022).

Pesquisa realizada por Vasconcellos et al. (2020) indica que morrer no domicílio pode significar um final de vida mais humanizado, além de evitar o risco do paciente ser submetido a procedimentos desnecessários, e que não promoverão qualidade de vida. No presente estudo, dos 264 pacientes que foram elegíveis a CP, 56 (21,2%) tiveram como desfecho o óbito no hospital.

Esses dados podem indicar uma lacuna em relação ao conhecimento de quando indicar este tipo de assistência. Isso pode estar relacionado à formação dos profissionais de saúde, com carência de disciplinas curriculares que abordam o tema, além de falta de discussões e iniciativas de educação permanente no ambiente de trabalho.

Sendo assim, um instrumento que possibilite a avaliação funcional e a identificação de pacientes em CP, pode direcionar uma melhor qualidade assistencial a este público, tornando-se uma alternativa de avaliação quando outros recursos não estiverem disponíveis ou não forem de conhecimento dos profissionais. O instrumento utilizado na pesquisa, foi a escala de SPICT que direciona a equipe para identificação de pacientes com elegibilidade a CP, é fácil a utilização e completa, como a escala PPS que oferece suporte na identificação de necessidades reais dos pacientes e seu uso é aprovado para ser utilizado em hospitais.

A utilização destas ferramentas é essencial para garantir que pacientes recebam cuidados apropriados no momento certo, para monitorar sua funcionalidade e prognóstico, promovendo uma abordagem humanizada. As escalas SPICT e PPS fornecem uma visão abrangente para identificar pacientes em risco, priorizar intervenções, alinhar o cuidado às necessidades, valores individuais, tomada de decisões coerentes e comunicação objetiva, bem como fornece indicadores comuns para avaliar o declínio funcional ou cognitivo progressivo, exacerbações frequentes de doenças crônicas e as necessidades crescentes de apoio e cuidados.

O PPS e a ferramenta de funcionalidade muito utilizada mundialmente em CP, sendo que diversos trabalhos validam sua utilização. 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, identificou que mais de 70% dos pacientes possuíam PPS de 10 (Lourencato *et al.*, 2022).

Em um estudo feito na Tailândia (Dumnui; Nagaviro; Anothaisintawe 2022), avaliaram pacientes oncológicos, que procuravam o serviço de emergência, e identificou 60,8% de pacientes com PPS de 50%, comparada com a população em geral deste estudo, 57,9% dos pacientes já possuíam escala de SPICT positivo e apresenta PPS <50% com um declínio funcional ou cognitivo progressivo, como deambulação, auto cuidado, atividade diária e evidência de doença.

Dentre os pacientes elegíveis a CP pela SPICT 48,8% eram dependentes de cuidados, 29,1% com sua capacidade funcional ruim e 94,3% apresentava algum tipo de demência/ fragilidade, porém somente 1,1% solicitaram cuidados paliativos no momento da admissão. Desta maneira pressupõe-se que a falta de profissionais capacitados e treinados para avaliarem e prestarem cuidados a esses pacientes, e muitas vezes o paciente já estar em estado funcional ruim e isso pode estar relacionado com a indicação tardia dos CP, infelizmente, ainda se tem a cultura de que pacientes que devem ser indicados a CP somente quando estão incapacitados, acamados e em fase terminal.

Destaca-se que este modelo de cuidado envolve intervir bem antes dos estágios avançados da doença, sobrepondo aos tratamentos curativos em casos de mau prognóstico. Ressalta-se que seu objetivo é evitar desconforto, sofrimento e

tratamentos desnecessários, melhorando o máximo a qualidade de vida e promover um final de vida digno ao paciente e seus familiares.

A relação desses indicadores clínicos, sugere que os pacientes enfrentam declínios progressivos na funcionalidade física e cognitiva, frequentemente acompanhados por complicações como quedas, desnutrição, imobilidade e risco aumentado de infecções. Esses fatores não só influenciam a qualidade de vida, mas também demandam maior atenção. Esses pacientes também demonstraram uma deterioração significativa, marcada por um alto risco de mortalidade devido a condições ou complicações irreversíveis, como doenças neurodegenerativas em estágios avançados ou comorbidades graves. Essa condição ressalta a importância de intervenções específicas, incluindo o estabelecimento de metas de cuidado, manejo adequado dos sintomas e suporte psicológico para os pacientes e seus cuidadores.

Para o planejamento dos cuidados a este paciente utiliza-se algumas escalas que foram avaliadas neste estudo. A assistência de enfermagem fundamenta-se em ações planejadas e individualizadas que atendam às necessidades específicas de cada paciente. Nesse contexto, o Sistema de Classificação de Pacientes (SCP) (Fugulin, 1994), a Escala de Morse (Morse, 1989) e a Escala de Braden (Braden; Bergstrom, 1987) que são ferramentas essenciais para subsidiar a prática clínica, permitindo a identificação de riscos e a organização do cuidado. A inter-relação dessas ferramentas potencializa a qualidade da assistência e contribui para a segurança e bem-estar principalmente dos pacientes em CP.

Um estudo realizado em uma Clínica de Cuidados Paliativos Oncológicos de alta complexidade no Estado do Pará, avaliou 105 pacientes, dos quais 19,4% desenvolveram lesões por pressão. Observou-se que, entre os pacientes que apresentavam PPS <30, 60% tinham alto risco para desenvolver lesão por pressão. Esses achados se relacionam ao presente estudo, no qual 55,6% possuíam risco moderado e 22,7% risco elevado para aparecimento de lesão por pressão (Macedo *et al.*, 2024).

Outro estudo realizado no Hospital das Clínicas em Porto Alegre, RS com 30 pacientes internados em uma unidade de cuidados paliativos, 32% apresentava risco moderado e 68% alto risco para queda. No presente estudo apontam um

aumento significativo dos pacientes elegíveis a CP, 89% apresentam risco moderado para queda (Schwarz; Baggio; Bueno, 2016).

Dessa forma, tanto as lesões por pressão quanto o risco de quedas tornam-se fatores agravantes para pacientes em cuidados paliativos, uma vez que podem causar dor, sofrimento, prolongamento da internação, desenvolvimento de novas infecções, introdução de terapias medicamentosas adicionais e aumento do sofrimento familiar. Esses eventos comprometem a qualidade de vida dos pacientes, devido o dano causado como fraturas, luxações, imobilidade e maior dependência. Além disso, as complicações associadas dificultam o manejo dos sintomas e geram preocupações para familiares e equipes de saúde, indo contra os princípios fundamentais dos cuidados paliativos, que visam promover conforto, dignidade e alívio do sofrimento.

Por isso, uma assistência qualificada é capaz de subsidiar ações que proporcionem maior conforto ao doente e seus familiares, a necessidade da classificação do grau de dependência dos pacientes vem se tornando uma prioridade, pois, com estes dados, é possível prever aspectos relacionados ao processo assistencial, bem como assegurar o adequado dimensionamento de profissionais de enfermagem necessários para prestar os cuidados aos pacientes.

Neste estudo 51,5% dos pacientes elegíveis a cuidados paliativos eram de alta dependência de cuidados dos seus familiares ou profissionais da saúde, devido sua capacidade funcional ruim. Por outro lado, 18,9% dos pacientes precisavam de cuidados intensivos, o que inclui aqueles que estavam entubados, com traqueostomia ou internados em unidades de terapia intensiva (UTI). Esse número é significativo, já que esses pacientes não têm prognóstico de cura terapêutica e são submetidos a procedimentos tecnológicos com o uso de equipamentos especializados de alto custo.

No Brasil, os idosos são responsáveis por 52% das internações em UTI, dos serviços públicos, e gastam 60% das diárias e recursos financeiros disponíveis para esse setor, no presente estudo a faixa etária foi de 71-80 anos sendo maior população de idosos. Em um estudo realizado na unidade de terapia

intensiva do Hospital Estadual do Espírito Santo com indivíduos acima de 60 anos, foi analisada uma amostra total de 594 pacientes, dos quais 217 poderiam ser considerados elegíveis para cuidados paliativos, ocupando leitos de UTI. (Clara *et al.*, 2019)

Esta pesquisa contribui para ampliação de conhecimento científico entre os profissionais de saúde, promovendo melhorias no processo de gestão, bem como para o serviço de cuidados paliativos. Uma das limitações do estudo foi à coleta de dados por meio do PEP, uma vez que as informações eram preenchidas por diversos profissionais, apresentavam algumas inconsistências e lacunas nos registros.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os dados deste estudo demonstraram que a elegibilidade para cuidados paliativos em um hospital de nível de atenção terciária é significativa, dos quais 35,7% apresentaram SPICT positivo. Revelando que 57,9% desses pacientes apresentavam um PPS inferior a 50%. Todos esses pacientes tinham indicadores gerais de piora na saúde, eram dependentes de outros para realizarem os cuidados, com capacidade funcional ruim o que os levou a buscar atendimento médico. Identificou-se também que o perfil sócio demográfico, associado ao diagnóstico médico e ao setor de internação do paciente, foram mais propensos a eleição de cuidados paliativos. E não houve mudança significativa entre a admissão e alta do paciente quando eleito a paliativo pelo SPICT.

Além disso, 89% desses pacientes têm um risco moderado de queda, 55,6% estão em risco moderado de desenvolver lesão por pressão, e 51,5% demandam alta dependência conforme o sistema de classificação de cuidado, porém apenas 1,1% solicitaram cuidados paliativos e 21,2% tiveram como desfecho o óbito no hospital. Havendo uma consideração importante e significativa entre as escala de PPS, SPICT, Morse, Braden e SCP. Considerando esses achados é imprescindível que os profissionais tenham conhecimento a respeito dos princípios e indicação de cuidados paliativos, para assim, estabelecerem estratégias de cuidado pensando sempre na qualidade de vida daquele paciente.

Embora o local do estudo tenha sido um hospital de referência da região, que presta atendimento à várias especialidades, o mesmo possui uma unidade específica em construção destinada a estes pacientes, porém ainda é uma fragilidade do serviço. Dessa forma, para atender as diretrizes do CP no âmbito do Sistema Único de Saúde, seria importante promover a capacitação dos profissionais de saúde e que promova ações voltadas de acordo com as necessidades desses usuários.

Para isso, é importante a introdução dos cuidados paliativos nas universidades, capacitando os profissionais a lidar com essas situações de forma mais eficaz, coerente e sem receios, uma vez que muitos associam o início desses cuidados ao fracasso da terapia curativa. Isso visa reduzir o tempo de internação, evitar procedimentos desnecessários, diminuir a ocupação de leitos de UTI e, conseqüentemente, reduzir os custos.

Sugere-se a realização de outros estudos, abrangendo a equipe multiprofissional, com o objetivo de disseminar o conhecimento sobre o tema entre os profissionais de saúde, o que irá auxiliá-los na identificação, aplicabilidade das escalas padronizadas em momento adequado do paciente ao CP, bem como toda rede de saúde devem prestar esse atendimento. Assim poderão planejar e implementar uma assistência adequada e conseqüentemente, proporcionar uma melhor qualidade de vida a esta população que cresce a cada dia e ampliando sua rede apoio ate o momento do luto.

REFERÊNCIAS

- AGUILERA, G. B.; OLIVEIRA, H. T.; BOMBARDA, T. B. Comunicação alternativa ampliada sob a ótica dos profissionais atuantes em cuidados paliativos no contexto hospitalar. **Research, Society and Development**, Vargem Grande Paulista, v. 11, n. 13, e366111335532, 2022.
- ALVES, M. A.; MARTINS, R. D. O preparo do enfermeiro para atuar com os cuidados paliativos. **Revista de Enfermagem Atual In Derme**, Rio de Janeiro, v. 97, n. 3, p. e023143, 2023.
- ALVES, R. S. F.; OLIVEIRA, F. F. B. Cuidados paliativos para profissionais de saúde: avanços e dificuldades. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v. 42, p. e238471, 2022.
- BARBOSA, G. S.; RIGO, R. Características dos pacientes atendidos pelo núcleo de cuidados paliativos em um hospital universitário. **PECIBES**, Campo Grande, v. 8, n. 1, p. 10-47, 2022.
- BARROS, J. A.; NICOLUSSI, A. C. Identificação e caracterização de pacientes idosos elegíveis a cuidados paliativos. **Research, Society and Development**, Vargem Grande Paulista, v. 11, n.6, e21411628980, 2022.
- BERTELLI, C. A. R. **Identificar e analisar a demanda de demanda de pacientes elegíveis aos cuidados paliativos em serviços de emergência da cidade de Campinas - SP**. 2023. Dissertação (Mestrado) - Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas, 2023.
- BERGSTROM N.; BRADEN B.J.; LAGUZZA A.; HOLMAN V. The Braden Scale for Predicting Pressure Sore Risk. **Nurs Res**. 1987 Jul-Aug;36(4):205-10. PMID: 3299278
- BONATTO, B.K.; MEDINA, J.N.; KOLOSSOVSKI, L.P.; BUDZIAK, L.A.; BONATTO, P.A.S.; Cuidados Paliativos na atenção primária em pacientes com doenças crônicas em estágio avançado: revisão de literatura. **Brazilian Journal of Health Review, Curitiba**, v. 6, n. 6, p. 30233-30251, nov./dec., 2023
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Aprova as seguintes diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos; revoga as (RES. 196/96); (RES. 303/00); (RES. 404/08). Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/acesso-a-informacao/legislacao/resolucoes/2012/resolucao-no-466.pdf/view>. Acesso em: 13 out. 2023.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016**. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: https://cep.ensp.fiocruz.br/sites/default/files/reso510_2016_chs.pdf. Acesso em: 20 nov. 2024.
- BRAVALHIERI, A. A. V. *et al.* Características de pacientes com indicação de cuidados paliativos em uma unidade de cuidados prolongados em Campo Grande, Mato Grosso do Sul. **Multitemas**, Campo Grande, v. 25, n. 59, p. 211-226, 2020.
- CABIANCA, C. A. *et al.* Comparação entre Escala de Performance de Karnofsky e Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton como determinantes na

assistência paliativa. **Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica**, v. 15, n. 1, p. 2-5, 2017.

CARGNIN, M.S. *et al.* Aplicação das Escalas de Morse e Braden por estudante de enfermagem na vivência prática: contribuições à formação acadêmica. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**. Vol.23(11). 2023|.

CEDRAZ, R. O. *et al.* Gerenciamento de riscos em ambiente hospitalar: incidência e fatores de riscos associados à queda e lesão por pressão em unidade clínica. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. e20170252, 2018.

CLARA, M. G. S. *et al.* Escala Palliative Care Screening Tool como instrumento para indicação de cuidados paliativos em idosos. **Revista Brasileira de Geriatria. Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 22. n. 5, p. e190143, 2019.

COSTA, B. M.; SILVA, D. A. Performance of the nursing team in palliative care. **Research, Society and Development**, Vargem Grande Paulista, v. 10, n. 2, p. e28010212553, 2021.

COSTA, R. L. A. Cuidados paliativos: estratégias e manejo no ambiente hospitalar. **Estudos Interdisciplinares em Ciências da Saúde**, João Pessoa, v. 16, 2023.

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

DZIERŻANOWSKI, T.; GRADALSKI, T.; KOZŁOWSKI, M. Palliative performance Scale: cross cultural adaptation and psychometric validation for Polish hospice setting. **BMC Palliative Care**, London, v. 19, n. 1, 2020.

FARIA, J. A. M. *et al.* Profile of patients with indication of palliative care and admitted at the Júlia Kubitschek Hospital -FHEMIG. **Revista Médica de Minas Gerais**, Belo Horizonte, v. 25, n. 1, p. 25-29, 2015.

FUGULIN, F. M. T., Silva, S. H. da, Shimizu, H. E., & Campos, F. P. F. (1994). Implantação do sistema de classificação de pacientes na unidade de clínica médica do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo. **Revista de Medicina do Hospital Universitário**, 4 (1-2), 63-68.

FLORENCIO, R. S. *et al.* Cuidados paliativos no contexto da pandemia de COVID-19: desafios e contribuições. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 33, p. eAPE20200188, 2020.

GÂMBARO, L.; ROSSI, S.G.; SIMONETTI, S.H. Aplicabilidade da escala de Fugulin: uma revisão integrativa. **Research, Society and Development**, v. 12, n. 3, e24212340702, 2023 (CC BY 4.0) | ISSN 2525-3409 | DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v12i3.40702>

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**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. e190085, 2019.

HAMANO, J.; OISHI, A.; KIZAWA, Y. Identified Palliative Care Approach Needs with SPICT in Family Practice: a preliminary observational study. **Journal of Palliative Medicine**, Larchmont, v. 21, n. 7, p. 992-998, 2018.

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE LONDRINA. **Relatório de atividades**. Londrina: Hospital Universitário de Londrina, 2021. p. 1-188.

- JUDICE, Y.P. *et al.* Dependência do cuidado de enfermagem e risco de queda em adolescentes internados. **Rev Enferm Atual In Derme** 2024;**98(2)**: e024298.
- KOSTENBERGER, M. *et al.* Prevalence of palliative care patients in emergency departments. **Wien Klin Wochenschr**, Wien, v. 131, p. 404-409, 2019.
- LOURENCATO, F. M. *et al.* Palliative care team in Brazilian tertiary emergency department. **International Journal of Emergency Medicine**, London, v. 15, n. 1, p. 53, 2022.
- MACEDO, W. T. P. *et al.* Fatores preditores associados a ocorrência de lesão por pressão em pacientes em cuidados paliativos oncológicos. **Enfermagem em Foco**, Brasília, v. 15, p. e-202406, 2024.
- MORSE, J., *et al.* - Development of a Scale to Identify the Fall-Prone Patient—**Canadian Journal on Aging**, 1989, Vol. 8, N°4.
- NUNES, L. K. V.; DINIZ, D. M. O papel da psicologia no cuidado paliativo: reflexões acerca do luto. **Revista Psicologia Saúde e Debate**, Patos de Minas, v. 9, n. 1, p. 337-353, 2023.
- OLIVEIRA, A. C.; MACHADO, G. F.; ALVES, I. D. O. L. A importância do cuidado paliativo para paciente oncológica em processo de finitude. **Revista Científica Mais Pontal**, Ituiutaba, v. 2, n. 2, p. 1-18, 2023.
- OLIVEIRA, M. A.; VELLARDE, G. C.; SÁ, R. A. M. Entendendo a pesquisa clínica III: estudos de coorte. **Femina**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 3, 105-110, 2015.
- PAPALIA, D. E.; FELDMAN, R. D. Desenvolvimento humano. **Porto Alegre: Amgh Editora. 12ª Edição.** (p 636). 2013.
- ROLIM, J. R. *et al.* A importância da equipe multiprofissional no acompanhamento e seguimento do paciente paliativo. **Revista Coopex**, Patos, v. 15, n. 3, p. 5696-5710, 2024.
- ROSSI, R.; SELBACH, M.D.; WESTPHAL, E. Cuidados paliativos na pandemia: ser humano diante de sua finitude. **Revista Bioética**, Brasília, v. 31, e 3300, 2023.
- SANTOS, L. N.; RIGO, R. S.; ALMEIDA, J. S. Manejo em cuidados paliativos. **Research, Society and Development**, Vargem Grande Paulista, v. 12, n. 2, e11712240028, 2023.
- SCHWARZ, E.D.; BAGGIO S.O.; BUENO, D. Prescrições de medicamentos em unidade de cuidados paliativos de um hospital universitário de Porto Alegre. **Clinical Biomedical Research**, Porto Alegre, v. 36, n. 1, p. 27-36, 2016.
- SILVA, A. E. *et al.* Cuidados paliativos: definição e estratégias utilizadas na prática médica. **Research, Society and Development**, Vargem Grande Paulista, v. 10, n.1, e18810111585, 2021.
- THE UNIVERSITY OF EDINBURGH. **Supportive and Palliative Care Indicators Tool (SPICT-BR™)** 2016. Disponível em: <https://www.spict.org.uk/the-spict/spict-br/>. Acesso em: 10 set. 2023.
- VASCONCELLOS, S. A. *et al.* Experiências vividas por enfermeiros sobre os cuidados paliativos no ambiente domiciliar. **Journal Health NPEPS**, Tangará da Serra, v. 5, n. 2, p. 274-290, 2020.
- VALENTE, A.R.P.D.; PASSOS, D.T.A.; ARAUJO, F.J.P. Aplicabilidade do

Instrumento de Fugulin em Pacientes Institucionalizados em Unidade de Terapia Intensiva Adulto. **Revista Eletrônica Acervo Enfermagem**. REAEnf | Vol. 23(2). 2023.

VERRI, E. R. *et al.* Profissionais de enfermagem: compreensão sobre cuidados paliativos pediátricos. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, Recife, v. 13, n. 1, p. 126-136, 2019.

WORLDWIDE HOSPICE PALLIATIVE CARE ALLIANCE (WHPCA). World Health Organization (WHO). **Global Atlas of Palliative Care**. 2nd ed. London, 2020. Disponível em: <https://paliativistas.com/atlas-global-de-cuidados-paliativos-whpca/> Acesso em: 22 out. 2024.

APÊNDICE A

Instrumento de pesquisa para coleta de dados

INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS	
Data da coleta: __/__/__ Responsável pela coleta: _____	
BLOCO A Dados gerais	
1) Setor da internação atual: 1.1 () P.S 1.2 () UTI 1.3 () Setor Internação 1.4 () Unidade Queimados	
2) Identificação do paciente 2.1 Nome do paciente: _____ 2.2 Idade: __ 2.3 Número do prontuário: _____ 2.4 Registro: _____	
3) Datas de entrada 3.1 Data de admissão no Hospital: __/__/__ 3.2 Data de admissão no setor atual: __/__/__	
4) Estado Civil: 4.1 () Casado 4.2 () Solteiro 4.3 () Viúvo 4.4 () Separado 4.99 () Ignorado	
5) Naturalidade: 5.1 Cidade: _____ 5.2 Estado: _____	
BLOCO B Dados clínicos do paciente	
6) Descrever o motivo da internação atual:	
7) Diagnóstico principal:	8) Tempo de conhecimento sobre a doença principal: __ anos __ meses __ dias
9) Comorbidade/Doenças crônicas 9.1 () DM 9.6 () Neuropatia 9.2 () HA 9.7 () Vasculopatia 9.3 () Cardiopatia 9.8 () Outras: _____ 9.4 () Pneumopatia 9.9 () Ausentes 9.5 () Nefropatia	
BLOCO C Dados Relacionados a internação	
10) Diagnósticos desenvolvidos após a internação:	11) Sedado: 11.1 () sim 11.2 () não
	12) Consciência: Consciente 12.1 () sim 12.3 () não
13) Vias aéreas: 13.1 () Respiração espontânea 13.2 () entubado 13.3 () traqueostomizado	
15) Morse 15.1 () Risco baixo 15.2 () Risco médio 15.3 () Risco alto	16) Braden 16.1 () Risco baixo 16.2 () Risco moderado 16.3 () Risco elevado

	16.4 () Risco muito elevado
17) Sistema de classificação do paciente (SCP) 17.1 () Cuidados mínimos 17.2 () Cuidados intermediários 17.3 () Cuidados semi-intensivos 17.4 () Cuidados intensivos	
BLOCO D Performance em Cuidados Paliativos	
20) PPS - ANEXO A 20.1) pontuação	
19) SPICT – ANEXO B 19.1 () Positivo (dois indicadores gerais de piora da saúde ou um indicador clínico de condição de saúde avançada) 19.2 () Negativo	
BLOCO E Desfechos	
20 () Transferência externa 21() Doação de órgãos 22() Transferência por limitação de suporte de vida 23() Alta	24() Óbito

APÊNDICE B

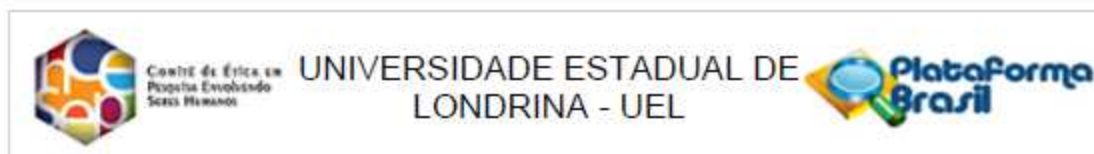
TERMO DE CONFIDENCIALIDADE E SIGILO

Eu, Caroline Rafaela de Marques, nacionalidade brasileira, estado civil solteira, profissão Enfermeira, inscrito(a) no CPF/ MF sob o nº 087.909.649-77, abaixo firmado, assumo o compromisso de manter confidencialidade e sigilo sobre todas as informações técnicas e outras relacionadas ao projeto de pesquisa intitulado **“Desfecho do paciente elegível para cuidados paliativos em um Hospital Universitário.”**, a que tiver acesso nas dependências do “Hospital de atenção terciária, público e universitário”. Por este termo de confidencialidade e sigilo comprometo-me a: 1. não utilizar as informações confidenciais a que tiver acesso, para gerar benefício próprio exclusivo e/ou unilateral, presente ou futuro, ou para o uso de terceiros; 2. não efetuar nenhuma gravação ou cópia da documentação confidencial a que tiver acesso; 3. não me apropriar de material confidencial e/ou sigiloso que venha a ser disponível; 4. não repassar o conhecimento das informações confidenciais, responsabilizando-me por todas as pessoas que vierem a ter acesso às informações, por meu intermédio, e obrigando-me, assim, a ressarcir a ocorrência de qualquer dano e/ou prejuízo oriundo de uma eventual quebra de sigilo das informações fornecidas. Neste Termo, as seguintes expressões serão assim definidas: Informação Confidencial significará toda informação revelada ou cedida pelo participante da pesquisa, a respeito da pesquisa, ou associada à Avaliação de seus dados, sob a forma escrita, verbal ou por quaisquer outros meios. Avaliação significará todas e quaisquer discussões, conversações ou negociações entre, ou com as partes, de alguma forma relacionada ou associada com o desenvolvimento da pesquisa. Informação Confidencial inclui, mas não se limita, à dados pessoais, informação relativa à operações, processos, planos ou intenções, informações sobre produção, instalações, equipamentos, segredos de negócio, segredo de fábrica, dados, habilidades especializadas, projetos, métodos e metodologia, fluxogramas, especializações, componentes, fórmulas, produtos, amostras, diagramas, desenhos de esquema industrial, patentes, oportunidades de mercado e questões relativas a negócios. Pelo não cumprimento do presente Termo de Confidencialidade e Sigilo, fica o abaixo assinado ciente de que sanções judiciais poderão advir.

Londrina, 02/10/2023.

Ass. _____
Caroline Rafaela de Marques

APÊNDICE C

**COMPROVANTE DE ENVIO DO PROJETO****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: DESFECHO DO PACIENTE ELEGÍVEL PARA CUIDADOS PALIATIVOS EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

Pesquisador: CAROLINE RAFAELA DE MARQUES

Versão: 1

CAAE: 76805123.2.0000.5231

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

DADOS DO COMPROVANTE

Número do Comprovante: 001126/2024

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

Informamos que o projeto DESFECHO DO PACIENTE ELEGÍVEL PARA CUIDADOS PALIATIVOS EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO que tem como pesquisador responsável CAROLINE RAFAELA DE MARQUES, foi recebido para análise ética no CEP Universidade Estadual de Londrina - UEL em 08/01/2024 às 09:54.

Endereço: LABESC - Sala 14

Bairro: Campus Universitário

UF: PR

Município: LONDRINA

CEP: 86.057-070

Telefone: (43)3371-5455

E-mail: cep268@uel.br

ANEXOS
ANEXO A
Palliative Performance
Scale(PPS)



A Escala de Desempenho em Cuidados Paliativos
versão 2 (EDCP v2)

TRADUÇÃO BRASILEIRA PARA A LÍNGUA PORTUGUESA
(Portuguese Brazilian translation of Palliative Performance Scale (PPS version 2))

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

Translation by Maria Goretti Sales Maciel and Ricardo Tavares de Carvalho, São Paulo, Brasil. Palliative Performance Scale (PPSv2).
©Victoria Hospice Society, 2009.

ANEXO B



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 hepatorenal
• 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.

Para mais informações e atualizações, cadastre-se no SPICT website (www.spict.org.uk)

SPICT™, abril 2018