

ESCOLA DE MEDICINA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GERONTOLOGIA BIOMÉDICA  
MESTRADO EM GERONTOLOGIA BIOMÉDICA

PAULA LEITE DUTRA

**PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE SOBRE TERMINALIDADE E  
INDICAÇÃO DE CUIDADOS PALIATIVOS EM UM HOSPITAL PRIVADO DE PORTO  
ALEGRE**

Porto Alegre  
2020

PÓS-GRADUAÇÃO - *STRICTO SENSU*



Pontifícia Universidade Católica  
do Rio Grande do Sul

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE SUL  
ESCOLA DE MEDICINA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GERONTOLOGIA BIOMÉDICA

PAULA LEITE DUTRA

**PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE SOBRE TERMINALIDADE  
E INDICAÇÃO DE CUIDADOS PALIATIVOS EM UM HOSPITAL PRIVADO  
DE PORTO ALEGRE**

Porto Alegre

2020

PAULA LEITE DUTRA

**PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE SOBRE TERMINALIDADE  
E INDICAÇÃO DE CUIDADOS PALIATIVOS EM UM HOSPITAL PRIVADO  
DE PORTO ALEGRE**

Dissertação apresentada como requisito para  
obtenção do título de mestre ao PPG em  
Gerontologia Biomédica da Pontifícia  
Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

Orientador: Prof. Dr. José Roberto Goldim

Porto Alegre

2020

## FICHA CATALOGRÁFICA

Leite Dutra, Paula

Percepção dos profissionais de saúde sobre terminalidade e indicação de cuidados paliativos em um hospital privado de Porto Alegre / Paula Leite Dutra.-- Porto Alegre.-2020

41 f.

Dissertação (Mestrado) – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, 2020

Orientação: Prof. Dr. José Roberto Goldim

Bibliografia

Palavras-chave: 1. Cuidados Paliativos. 2. Prognóstico. 3. Cuidados Paliativos na Terminalidade da Vida.

PAULA LEITE DUTRA

**PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE SOBRE TERMINALIDADE  
E INDICAÇÃO DE CUIDADOS PALIATIVOS EM UM HOSPITAL PRIVADO  
DE PORTO ALEGRE**

Relatório final apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Geriatria e Gerontologia da Escola de Medicina da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, como parte das exigências para obtenção do título de mestre.

Porto Alegre, 09 de março de 2020.

BANCA EXAMINADORA

---

Prof. Dr. Rodolfo Schneider

---

Prof. Dr. Paulo Antonacci Carvalho

---

Profa. Dra. Carla Schwanke

## **AGRADECIMENTO**

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Aperfeiçoamento.

## RESUMO

**Introdução:** A necessidade de melhorar o atendimento a pacientes com doenças complexas e potencialmente fatais ou limitadoras da vida é inquestionável. No entanto, há evidências de que os profissionais da saúde não sabem identificar corretamente os pacientes que precisam de um atendimento especializado de cuidados paliativos. Muitos pacientes que estão em internação hospitalar estão nos seus últimos meses de vida, porém encontramos grande resistência em falar sobre terminalidade e em estabelecer prognóstico por parte dos profissionais de saúde. Este é o primeiro estudo no Brasil a utilizar a pergunta surpresa (Você se surpreenderia se este paciente falecesse nos próximos seis meses?) como ferramenta diagnóstica em um período de 6 meses.

**Método:** É um estudo de casos prevalentes e utilizou a pergunta surpresa respondida por médicos e enfermeiros para avaliar a percepção dos mesmos sobre a terminalidade de seus pacientes, a indicação de cuidados paliativos e a ocorrência de morte entre esses indivíduos em um período de 6 meses.

**Resultados:** Observou-se que os profissionais apresentam distribuição semelhante em relação às respostas para a pergunta surpresa, porém se obteve concordância fraca e associação sem significância estatística. Os profissionais apresentaram acurácia em torno de 60% e alto valor preditivo negativo, porém os médicos apresentaram maior sensibilidade ao responder à pergunta. Evoluíram à óbito após seis meses de respondida a pergunta surpresa 19,5% dos pacientes, destes encontrou-se relação significativa com os dados clínicos e com os critérios de pior prognóstico.

**Conclusão** A pergunta surpresa demonstrou ser um instrumento de apoio a tomada de decisão de fácil aplicação e com resultados que permitem que os profissionais reflitam sobre o tratamento que estão propondo aos seus pacientes e ofereçam um atendimento mais adequado para as suas necessidades.

**Palavras-chaves:** Prognóstico. Cuidados Paliativos. Cuidados Paliativos na Terminalidade da Vida.

## **ABSTRACT**

**Introduction:** The need to improve care for patients with complex and life-threatening or life-threatening diseases is unquestionable. However, there is evidence that health professionals cannot correctly identify patients who need specialized palliative care. Many hospitalized patients are in their last months of life, but we find great resistance to talk about terminality and to establish prognosis by health professionals. This is the first study in Brazil to use the surprise question (Would you be surprised if this patient died within the next six months?) As a diagnostic tool over a six months period. **Method:** This is a prevalent case study and used the surprise question answered by doctors and nurses to assess their perception of their patients' terminality, the indication of palliative care and the occurrence of death among these individuals within 6 months. **Results:** It was observed that professionals have similar distribution in relation to the answers to the surprise question, but weak agreement and association without statistical significance were obtained. Professionals had accuracy around 60% and high negative predictive value, but doctors showed greater sensitivity than nurses. After six months of answering the surprise question, 19.5% of the patients died. A significant relationship was found with the clinical data and the worst prognostic criteria. **Conclusion:** The surprise question proved to be an easily supported decision making tool with results that allow professionals to reflect on the treatment they are proposing to their patients and offer the most appropriate care for their needs.

**Keywords:** Prognosis. Palliative Care. Palliative Care in the Endo of Life.



## LISTA DE TABELAS

TABELA 1 – Característica dos pacientes.....	22
TABELA 2 – Relação das respostas para a Pergunta Surpresa entre os profissionais.....	23
TABELA 3 – Relação das respostas dos profissionais com as características dos pacientes..	23
TABELA 4 – Relação das respostas dos profissionais em relação à Pergunta Surpresa com o desfecho óbito dos pacientes após 6 meses.....	25
TABELA 5 – Relação entre o desfecho e as características dos participantes.....	25
TABELA 6 – Parâmetros de efeito das respostas dadas por médicos e enfermeiros à Pergunta Surpresa.....	26
TABELA 7 – Mortalidade e solicitação de consultoria de cuidados paliativos na amostra estudada.....	27

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1 – Distribuição das pessoas com necessidade de cuidados paliativos no final da vida por grupo etário.....	1
FIGURA 2 – Gráfico do benefício dos cuidados paliativos de acordo com as fases da doença....	2
FIGURA 3 – Distribuição de adultos com necessidade de cuidados paliativos no final da vida....	3
FIGURA 4 – Amostra da pesquisa.....	21
FIGURA 5 – Relação entre as respostas dos médicos à pergunta surpresa e idade, PPS e indicadores de pior prognóstico.....	24
FIGURA 6 – Relação entre as respostas dos enfermeiros à pergunta surpresa e idade, PPS e indicadores de pior prognóstico.....	24
FIGURA 7 – Relação do desfecho (óbito) com as características e respostas dos profissionais e significância estatística.....	26
QUADRO 1 – Escala SPICT-BR – Indicadores de piora de saúde.....	17
QUADRO 2 – <i>Palliative Performance Scale</i> – PPS.....	18

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

OMS	Organização Mundial de Saúde
SPITC-BR	Escala de indicação de Cuidados Paliativos
PPS	<i>Palliative Performance Scale</i>
SUPPORT	<i>Study to Understand Prognoses and Preferences for Outcomes and Risks of Treatment</i>
CAPC	<i>Center Advance of Palliative Care</i>
GSF	<i>The Gold Standards Framework Prognostic Indicator Guidance</i>
NECPAL	Ferramenta de screening que utiliza a pergunta surpresa e critérios clínicos
EUA	Estados Unidos da América

## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO .....	1
2 REVISÃO DA LITERATURA .....	5
3 QUESTÃO DA INVESTIGAÇÃO.....	12
4 JUSTIFICATIVA .....	13
5 OBJETIVOS .....	14
5.1 OBEJTIVO GERAL .....	14
5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	14
6 MÉTODO .....	15
6.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO .....	15
6.2 LOCAL E REALIZAÇÃO DO ESTUDO .....	15
6.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA .....	15
6.4 INSTRUMENTOS PARA COLETA DOS DADOS .....	16
6.5 COLETA DE DADOS .....	16
6.6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS .....	19
6.7 ANÁLISE DOS DADOS.....	20
7 RESULTADOS .....	21
8 DISCUSSÃO.....	28
9 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	31
REFERÊNCIAS .....	32
ANEXO 1 .....	36
ANEXO 2 .....	37

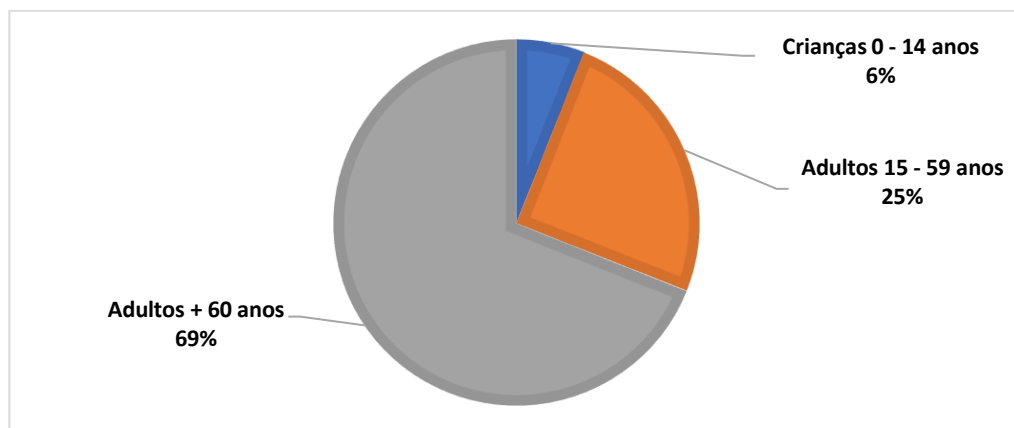
APÊNDICE A .....	38
APÊNDICE B .....	39
APÊNDICE C .....	40

## 1 INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), Cuidados Paliativos consistem na assistência promovida por uma equipe multidisciplinar, que objetiva a melhoria da qualidade de vida do paciente e seus familiares, diante de uma doença que ameace a vida, por meio da prevenção e alívio do sofrimento, da identificação precoce, avaliação impecável e tratamento de dor e demais sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais. (CONNOR E SEPULVEDA BERMEDO, 2014)

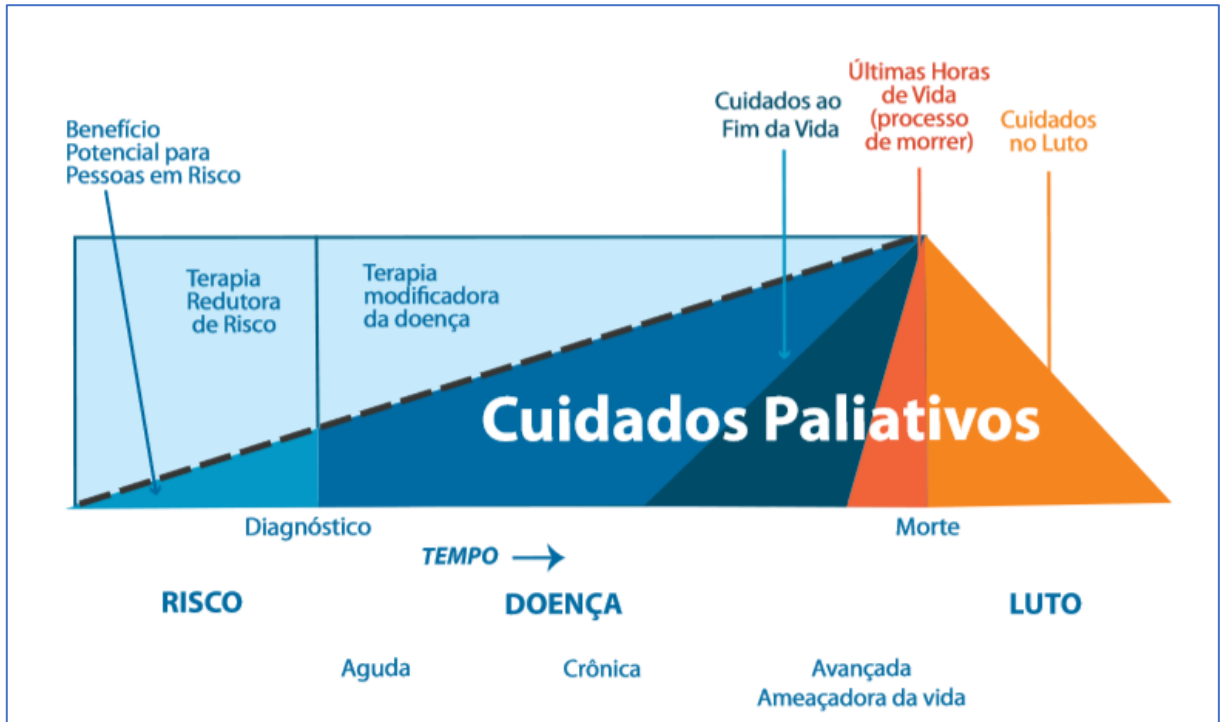
Estima-se que, em 2011, mais de 29 milhões de pessoas morreram de doenças que exigiam cuidados paliativos. A maior proporção, 94%, corresponde a adultos, dos quais 69% tem mais de 60 anos. (Figura 1) No entanto, se considerarmos todos os pacientes que necessitam de cuidados paliativos no mundo, esse número salta para 40 milhões de pessoas. (CONNOR; BERMEDO, 2014; GÓMEZ-BATISTE E CONNOR, 2017)

Figura 1: Distribuição das pessoas com necessidade de cuidados paliativos no final de vida por grupo etário. (figura modificada de CONNOR, BERMEDO, 2014)



O Cuidado Paliativo tem seu foco de ação no controle de sintomas, comunicação efetiva, alinhamento do tratamento com os valores e preferências dos pacientes, planejamento do cuidado e suporte para paciente e família durante toda a trajetória da doença até o final da vida. As evidências apontam que o início dos cuidados paliativos deve se dar no início da doença (Figura 2), preferencialmente no momento do diagnóstico, visando à melhora da qualidade de vida, à manutenção da dignidade humana, ao acolhimento dos familiares e à promoção do uso efetivo e adequado de recursos. (GÓMEZ-BATISTE E CONNOR, 2017)

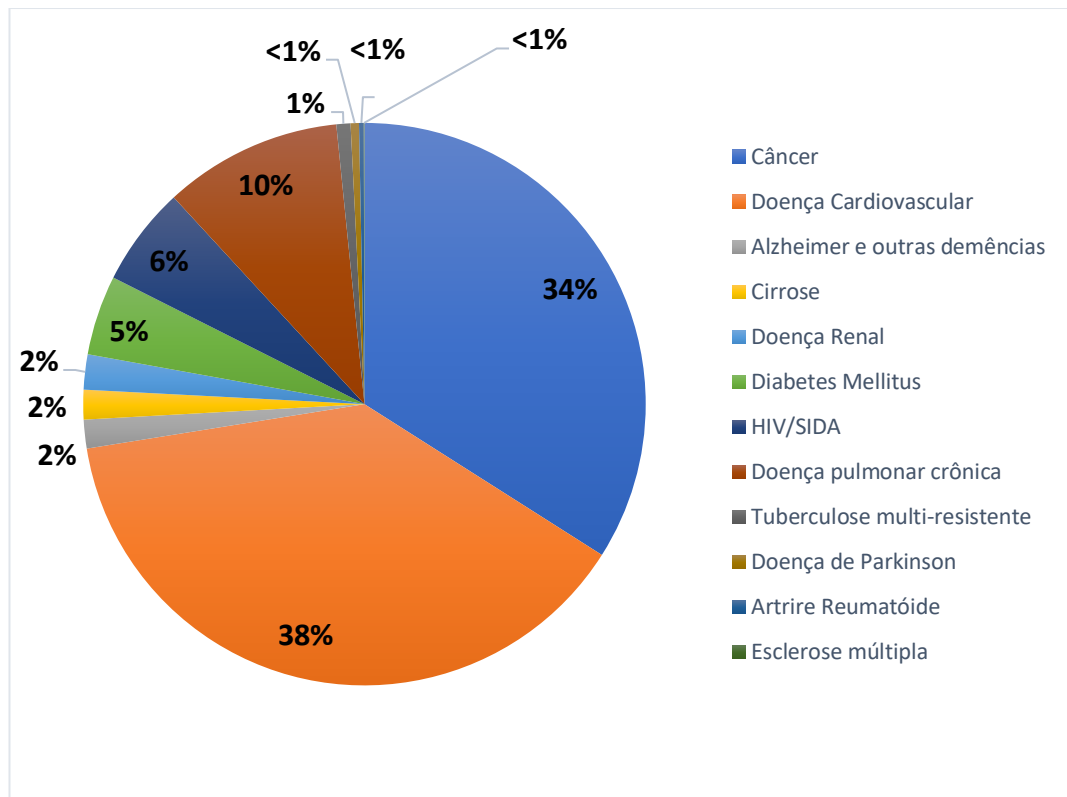
Figura 2: Gráfico do benefício dos cuidados paliativos de acordo com as fases da doença. Figura retirada do Manual da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (“Vamos falar de Cuidados Paliativos”, [s.d.]



A falta de conhecimento das alterações epidemiológicas das doenças, a desvalorização da avaliação e do tratamento dos sintomas, assim como o despreparo dos profissionais de saúde em relação ao tema são barreiras importantes para o acesso dos pacientes aos Cuidados Paliativos.

Ao contrário do que muitos acreditam, a maioria dos pacientes que necessitam de Cuidados Paliativos não são os pacientes oncológicos. A maior parte dos adultos (estima-se que em torno de 66%) que necessitam de cuidados paliativos tem doenças crônicas como doenças cardiovasculares (38%), doenças pulmonares crônicas (10%), síndrome da imunodeficiência adquirida (5,7%), diabetes (4,6%), além de doenças neurológicas, como síndromes demenciais, doenças renais crônicas, doença hepática crônica, entre outras. (ROGERS *et al.*, 2017) (Figura 3)

Figura 3: Distribuição de adultos com necessidade de cuidados paliativos no final da vida. Figura modificada de CONNOR, BERMEDO, 2014.



A identificação é o primeiro passo antes de promover a inserção de uma abordagem paliativa, seguida de uma consciência prognóstica, que pode ajudar a estabelecer metas terapêuticas para o cuidado dos pacientes. (GOMES-BATISTE *et al.*, 2017)

A maioria das doenças apresenta conhecida trajetória de evolução e de progressão, no entanto, os profissionais de saúde apresentam dificuldade para prever qual será o evento final do paciente. (MURRAY, 2005)

Prognosticar é a capacidade de prever desfechos futuros a respeito do tratamento ou da doença baseado no conhecimento e na experiência do profissional, porém a sua realização é, muitas vezes, mal compreendida e subestimada. Mesmo sendo uma atitude frequente, os médicos mostram-se despreparados tanto para formular um prognóstico quanto para comunicar para os pacientes e suas famílias, principalmente quando a notícia está relacionada a um quadro desfavorável. (GLARE E SINCLAIR, 2008)

A maior parte dos pacientes e familiares é ávida por informações a respeito da sua expectativa de vida. Evitar conversar sobre este assunto possibilita que apresentem sentimento de abandono, já que compartilhar informações sobre prognóstico reforça a relação médico-



paciente, baseando-a na confiança e na verdade. Por conseguinte, é de extrema importância que o profissional esteja preparado para esta tarefa. (GLARE E SINCLAIR, 2008; KNAUS *et al.*, 1995)

Identificar as pessoas que estão próximas da morte e fornecer a oportunidade de discutir as metas de tratamento e suas preferências pode melhorar sua qualidade de vida e evitar tratamentos excessivos e fúteis. Muitos pacientes que estão em internação hospitalar estão nos seus últimos meses de vida, dessa forma, os profissionais de saúde tem o dever de identificá-los, assim como discutir diretivas antecipadas de vontade para a organização do seu cuidado. (MUDGE *et al.*, 2018; GLARE E SINCLAIR, 2008)

Frente à importância de conhecer o prognóstico do paciente e frente aos benefícios dos cuidados paliativos no seu tratamento, há na literatura muitos estudos abordando esse assunto. Um tema muito encontrado é a respeito da realização da “Pergunta Surpresa” para ajudar no estabelecimento de prognóstico do paciente, na identificação de quais pacientes apresentam risco de deterioração da saúde ou morte com brevidade e, conseqüentemente, na indicação de cuidados paliativos.

## 2 REVISÃO DA LITERATURA

O cuidado paliativo busca melhorar a qualidade de vida dos pacientes, aliviando o sofrimento através do tratamento de sintomas físicos, espirituais, psicológicos e sociais. Deve iniciar assim que realizado o diagnóstico da doença, acompanhando sua trajetória, concomitante ao tratamento curativo. Além de melhorar o cuidado ao paciente, reduz taxas de internação e custos hospitalares. (HAYDAR *et al.*, 2017)

A necessidade de melhorar o atendimento a pacientes com doenças complexas e potencialmente fatais ou limitadoras da vida é inquestionável. Os profissionais especialistas em cuidados paliativos surgiram para ajudar a atender a essas necessidades. Embora haja uma tendência de expansão dos programas de cuidados paliativos hospitalares, poucos hospitais têm equipes especializadas no assunto. No Brasil, ainda são poucos os serviços especializados. (ANCP, 2019)

O grande uso dos serviços hospitalares no final da vida sugere que os médicos precisam conversar sobre prognóstico, sobre as escolhas para futuros cuidados e sobre o encaminhamento para especialistas em cuidados paliativos. Há evidências, no entanto, de que as necessidades desses pacientes não são abordadas adequadamente, com encaminhamentos para serviços especializados ocorrendo tardiamente. Este atraso corrobora a ideia de que médicos generalistas sub-reconhecem a necessidade de cuidados paliativos de seus pacientes e referenciam pouco a serviços especializados. (O'CALLAGHAN *et al.*, 2014) Assim sendo, há uma crescente necessidade de melhorar a avaliação e as habilidades básicas entre os médicos que cuidam de pacientes graves.

Deve-se levar em consideração também a dificuldade de entendimento dos profissionais de saúde a respeito do que é cuidado paliativo e suas indicações, assim como a dificuldade no reconhecimento do melhor momento de abordar o assunto com o paciente e a família. (MONTEROSSO *et al.*, 2016; GARDINER *et al.*, 2013) Um estudo evidenciou que 23% dos pacientes internados avaliados apresentavam necessidades de cuidados paliativos, porém apresentou uma falta de concordância entre a equipe médica e de enfermagem em relação a quais pacientes se beneficiariam da abordagem. Essa inconsistência entre os profissionais pode acarretar consequências, como tratamentos inadequados e altos gastos hospitalares. (GARDINER *et al.*, 2013)

A habilidade em identificar uma doença e posteriormente tratá-la é um dos grandes desafios da medicina. Com o avanço da tecnologia e do conhecimento, as pessoas estão cada vez vivendo por mais tempo e, muitas vezes, convivendo com doenças crônicas. Saber identificar quando os pacientes estão se encaminhando para o final de vida é um desafio para os profissionais de saúde. (GLARE E SINCLAIR, 2008) . Em países desenvolvidos, cerca de 75% da população morre devido a condições crônicas, com a proporção de mortes por câncer para mortes por causas não-oncológicas de cerca de 1: 2. (GÓMEZ-BATISTE *et al.*, 2014)

O cuidado paliativo foi, por muito tempo, reservado para pacientes oncológicos terminais apenas, e hoje ainda percebemos o reflexo desse pensamento. Pacientes com doenças não oncológicas, sobretudo os idosos, estão em desvantagem quando se refere a acesso a este atendimento.(GÓMEZ-BATISTE *et al.*, 2014)

Um estudo britânico mostrou que pessoas idosas com diagnósticos não oncológicos constituem a maioria dos pacientes com necessidade de cuidados paliativos na população hospitalar. (GARDINER *et al.*, 2013) Outro estudo mais recente avaliou a percepção de médicos generalistas sobre o prognóstico de indivíduos idosos com 80 anos ou mais e mostrou que os médicos têm grande dificuldade em prever prognóstico destes pacientes, mesmo tendo conhecimento dos múltiplos fatores de risco de mortalidade e da alta carga de sintomas. Essa dificuldade foi particularmente mais evidente para idosos com doenças não malignas, já que não há uma trajetória de doença tão bem conhecida e estabelecida. (ELLIOTT E NICHOLSON, 2017)

Dessa maneira, mais pesquisas são necessárias para desenvolver formas adequadas para que especialistas e generalistas trabalhem juntos para atender às necessidades da crescente população de idosos com necessidades de cuidados paliativos. (GARDINER *et al.*, 2013; ELLIOTT E NICHOLSON, 2017)

Prognosticar é a capacidade de prever eventos futuros relacionados ao curso da doença e do tratamento baseado na experiência e no conhecimento do profissional. São relatados dois componentes para o ato de prognosticar: formulação ou “previsão”, ou seja, a estimativa subjetiva do médico sobre o curso futuro da doença, e a comunicação, sendo esta a discussão do médico sobre a previsão com os outros. Muitos pacientes e familiares são ávidos por saber sua expectativa de vida, logo, os médicos devem estar preparados para responder essa dúvida. (GLARE E SINCLAIR, 2008)

Um prognóstico discutido abertamente tem o potencial de alterar significativamente o plano de tratamento para um paciente e sua família. O atendimento médico individualizado e centrado no paciente depende da tomada de decisão médica compartilhada entre o paciente, a família e a equipe de saúde. (GLARE E SINCLAIR, 2008)

Um estudo denominado *Study to Understand Prognoses and Preferences for Outcomes and Risks of Treatment* (SUPPORT), publicado em 1995, investigou como o fornecimento de informações a respeito do prognóstico pode melhorar o final de vida dos pacientes. Entre seus desfechos demonstrou aumento da conversa entre pacientes e médicos sobre desejos de final de vida, assim como estabelecimento de ordem de não reanimação e outras limitações de condutas. Afirmou que uma das formas indicadas de estabelecer prognóstico seria considerar a predição médica concomitante com dados objetivos das características dos pacientes. (KNAUS *et al.*, 1995)

Médicos normalmente tem que prognosticar, mas a maioria se sente desconfortável ao fazer isso e principalmente para comunicar um prognóstico ruim. (THOMAS E FRIED, 2018) Não há nenhum treinamento médico que mostre que prognosticar é importante e, então erros são frequentes. (CHRISTAKIS E LAMONT, 2000) Diferentemente do diagnóstico, o estabelecimento do prognóstico é dinâmico, varia de acordo com o curso da doença e com as intercorrências apresentadas pelos pacientes com o passar do tempo, o que pode dificultar ainda mais essa tarefa para os médicos. (GLARE E SINCLAIR, 2008)

Estudos mostram que a maioria dos médicos são otimistas em relação ao prognóstico dos seus pacientes, (GLARE E SINCLAIR, 2008) principalmente os profissionais que tem uma estreita relação médico-paciente. Um estudo prospectivo mostrou que apenas 20% dos médicos apresentaram acurácia no estabelecimento de prognóstico, enquanto 63% foram otimistas. (CHRISTAKIS E LAMONT, 2000) Uma revisão sistemática publicada em 2003 evidenciou achados semelhantes a respeito do prognóstico de pacientes oncológicos gravemente doentes: a maioria dos médicos tem dificuldade em predizer tempo de vida e são muito esperançosos. (GLARE, 2003).

O medo em comunicar um prognóstico desfavorável também tem relação com o medo dos profissionais de saúde de tirar a esperança dos pacientes frente a uma doença muito grave, criando-se um falso otimismo de uma provável recuperação. (GLARE E SINCLAIR, 2008)

Por serem otimistas e esperançosos, os médicos não percebem quão pouco tempo seus pacientes têm de vida, não priorizando sua qualidade de vida e submetendo seus pacientes a tratamentos, muitas vezes, desnecessários e fúteis, atrasando seu encaminhamento para equipe especializada. (CHRISTAKIS E LAMONT, 2000; GLARE, 2003)

O esclarecimento do prognóstico é vital para garantir que os pacientes tomem decisões com base em resultados realistas em oposição a resultados meramente esperançosos. Esse otimismo do prognóstico percebido pelos pacientes pode levar à solicitação de tecnologias e tratamentos médicos que não seriam escolhidos se um prognóstico mais preciso e realista fosse formulado e claramente comunicado. (GLARE E SINCLAIR, 2008; MOSS *et al.*, 2010)

A discussão precoce sobre o prognóstico é importante para os pacientes, a fim de determinar os objetivos do tratamento, possibilitar a preparação para a morte e permitir encaminhamento oportuno aos serviços de cuidados paliativos. As ferramentas de prognóstico podem fornecer uma abordagem sistemática para a identificação precoce de pacientes que se beneficiariam dessas discussões. (O'CALLAGHAN *et al.*, 2014)

A pergunta surpresa “Você se surpreenderia se o paciente morresse nos próximos 6 meses ou 1 ano?” surgiu como uma forma fácil de identificar os pacientes que estão se encaminhando para o final de vida e que poderiam se beneficiar de cuidados paliativos. (CHRISTAKIS E LAMONT, 2000; CHEN J.L, PHILLIPS A.K, 2001; PATTISON, ROMER E ED, 2001; MORONI *et al.*, 2014; HAYDAR *et al.*, 2017; DOWNAR *et al.*, 2017)

A primeira publicação que descreveu a pergunta surpresa foi publicada em 2001, nos Estados Unidos da América (EUA), e discutiu como essa pergunta realizada por médicos da atenção primária poderia ajudar na identificação de pacientes que estariam se encaminhando para o final de vida e que se beneficiariam de cuidados paliativos. O objetivo da realização da pergunta é identificar os pacientes que apresentam prognóstico mais reservado e encaminhá-los para um cuidado mais centrado na sua qualidade de vida e no controle de sintomas, permitindo a discussão sobre diretivas antecipadas de vontade, assim como, o suporte aos familiares. (CHRISTAKIS E LAMONT, 2000) A ideia central é permitir que os médicos pensem melhor sobre seus pacientes e suas necessidades. (CHEN J.L, PHILLIPS A.K, 2001; PATTISON, ROMER E ED, 2001; MORONI *et al.*, 2014)

A pergunta surpresa foi, posteriormente, aplicada em pacientes com doença renal crônica em diálise, também nos EUA e em Hong Kong, e mostrou-se como uma forma validada

de identificar neste grupo de pacientes os que se encontravam em final de vida e que se beneficiariam de cuidados paliativos. Pacientes dialíticos que receberam a resposta “Não” apresentaram 3,5 maior risco de morte em 1 ano. (MOSS *et al.*, 2008; PANG *et al.*, 2013) Outro estudo mais recente mostrou que pacientes com doença renal crônica em estágio 4 ou 5 não dialíticos que receberam a resposta “Não” apresentaram 5 vezes mais risco de falecer em 12 meses. (JAVIER *et al.*, 2017)

Resultados semelhantes foram encontrados quando a pergunta foi aplicada para pacientes com câncer avançado. Os indivíduos que receberam a resposta “Não, eu não me surpreenderia se este paciente falecesse em 1 ano”, apresentaram risco de morrer em 12 meses 7 vezes maior que os pacientes que receberam a resposta “Sim, eu me surpreenderia”. (MOSS *et al.*, 2010; MORONI *et al.*, 2014)

Estudos mostraram uma alta especificidade (80 a 90%), moderada sensibilidade (60 a 70%) e alto valor preditivo negativo (70 a 90%) para a pergunta surpresa quando aplicada para pacientes oncológicos. (MOSS *et al.*, 2010; MORONI *et al.*, 2014)

Um estudo realizado no ano de 2010 avaliou a utilidade para identificar pacientes oncológicos com sobrevida curta, como 7 dias e 30 dias, e encontrou sensibilidade de mais de 90% (sobrevida de 30 dias) e mais de 80% (sobrevida de 7 dias) e, diferentemente de estudos prévios, encontrou especificidade mais baixa (68% em 7 dias e 68% em 30 dias). (HAMANO *et al.*, 2015)

Em uma metanálise publicada em 2017, evidenciou-se que em 74,8% das vezes o médico previu o desfecho correto através da pergunta surpresa. Nesta mesma análise, viu-se que os estudos que utilizaram um período de tempo mais curto para a pergunta surpresa (até 6 meses) apresentaram uma estimativa de acurácia de 76,6% e, quando o período de tempo foi reduzida à morte iminente (ou seja, 7 dias, 30 dias ou 'esta admissão'), a estimativa de acurácia foi de 76,4% . (WHITE *et al.*, 2017)

Uma revisão sistemática publicada em 2017 mostrou que a pergunta surpresa apresentou propriedades prognósticas melhores quando foi aplicada em pacientes oncológicos do que quando aplicada em pacientes não oncológicos, já que apresentou 60% de falsos positivos quando aplicada para esta última população. O maior número de falsos positivos foi evidenciado, principalmente, quando avaliados pacientes com fragilidade e doença orgânica terminal, sugerindo, dessa forma, que esta ferramenta pode não ser útil para avaliar final de

vida nessa população. No entanto, pode beneficiá-los com encaminhamento mais precoce para acompanhamento com equipe de cuidados paliativos. (DOWNAR *et al.*, 2017) Acredita-se que a melhor acurácia vista quando avaliados pacientes oncológicos é devido a maior experiência dos médicos envolvidos e do maior conhecimento a respeito da trajetória da doença (DOWNAR *et al.*, 2017; WHITE *et al.*, 2017)

Alguns estudos realizaram a comparação nas respostas para a pergunta surpresa entre médicos e enfermeiros e apresentaram resultados divergentes. Enquanto dois estudos não observaram diferença significativa entre o estabelecimento de prognóstico (concordância nas respostas em torno de 70%) (GÓMEZ-BATISTE *et al.*, 2014; MUDGE *et al.*, 2018), outro estudo, que considerou tanto a opinião dos próprios pacientes quanto dos médicos e dos enfermeiros, mostrou que a associação da pergunta com parâmetros clínicos apresenta resultados mais precisos para o estabelecimento de prognóstico. (GARDINER *et al.*, 2013) Já a metanálise realizada em 2017 mostrou que os médicos parecem ser melhores em prever a morte dentro de 12 meses, com sensibilidade de 73% e especificidade de 74% em comparação com uma sensibilidade de 45% e especificidade de 82% para enfermeiros. (WHITE *et al.*, 2017)

Em 2011, o *Center Advance of Palliative Care* (CAPC) publicou um consenso para identificação de pacientes hospitalizados que teriam indicação de cuidados paliativos e um dos critérios utilizados, tanto no momento da admissão no hospital quanto diariamente durante a internação, em conjunto com os outros critérios clínicos, foi o emprego da pergunta surpresa. (WEISSMAN E MEIER, 2011) Posteriormente, foram publicadas 2 ferramentas que utilizam a pergunta surpresa como gatilho, associada a critérios clínicos: *The Gold Standards Framework Prognostic Indicator Guidance* (GSF-PIG) e NECPAL CCOMS-ICO©. (O'CALLAGHAN *et al.*, 2014; GÓMEZ-BATISTE *et al.*, 2017)

Em 2017, a pergunta foi traduzida e validada para a língua portuguesa: “Ficaria surpreendido se este doente morresse durante o próximo ano?” (FARIA DE SOUSA E JULIÃO, 2017)

Assim sendo, a questão surpresa é uma ferramenta de rastreamento intuitiva e subjetiva que pode melhorar a precisão do prognóstico, porque requer que os médicos coloquem o prognóstico em uma perspectiva mais ampla e permite que eles pensem em um novo caminho sobre seus pacientes. (MOSS *et al.*, 2010; MORONI *et al.*, 2014; HAYDAR *et al.*, 2017)

Os médicos não precisam concluir definitivamente se um paciente está morrendo, mas os força a considerar que o paciente pode estar em final de vida e, assim, oferecer um tratamento diferenciado, como é a proposta dos cuidados paliativos. (MOSS *et al.*, 2010)



### 3 QUESTÃO DA INVESTIGAÇÃO

Qual a adequação da percepção dos profissionais de saúde quanto à terminalidade e as necessidades de Cuidados Paliativos em pacientes sob seus cuidados?

#### 4 JUSTIFICATIVA

Apesar do aumento dos estudos sobre Cuidados Paliativos, ainda há grande desconhecimento sobre o assunto em nosso meio. Muitos pacientes, que estão em internação hospitalar, estão nos seus últimos meses de vida, no entanto encontramos grande resistência em falar sobre o terminalidade e em estabelecer prognóstico por parte dos profissionais de saúde. Conseqüentemente, abordam-se pouco questões de final de vida com os pacientes e seus familiares.

Embora o aumento do risco de mortalidade seja apenas um indicador da possível necessidade de serviços de cuidados paliativos, a identificação desses pacientes pode ser uma maneira útil para começar a incorporar abordagens paliativas aos cuidados hospitalares.

Identificar os pacientes que se encontram no final da vida e oferecer a abordagem preconizada pelos Cuidados Paliativos pode melhorar sua qualidade de vida e evitar tratamentos desnecessários.

## 5 OBJETIVOS

### 5.1 GERAL:

Verificar a percepção dos profissionais de saúde sobre terminalidade de seus pacientes, a indicação de cuidados paliativos e ocorrência de morte em um período de 6 meses.

### 5.2. ESPECÍFICOS:

- a) Avaliar a concordância da percepção de terminalidade entre médicos e enfermeiros através da “Pergunta Surpresa”.
- b) Avaliar a ocorrência de pacientes internados em um hospital geral privado de Porto Alegre que apresentam indicação de cuidados paliativos no fim de vida nestes 6 meses.
- c) Avaliar a ocorrência de morte destes pacientes após 6 meses.
- d) Avaliar a acurácia das respostas dos médicos e dos enfermeiros.

## 6 MÉTODOS

### 6.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO:

A presente dissertação tem o delineamento de estudo de casos prevalentes.

### 6.2 LOCAL DE REALIZAÇÃO DO ESTUDO:

Este trabalho, vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Gerontologia Biomédica da PUCRS, foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001

O local de realização do estudo foram as unidades de internação clínica e cirúrgica do Hospital Mãe de Deus.

### 6.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA:

6.3.1 Amostra: Foram incluídos todos os pacientes clínicos e cirúrgicos adultos internados no Hospital Mãe de Deus no período de uma semana do mês de fevereiro de 2019. Tempo de uma semana estipulado por conveniência.

Foram incluídos todos os pacientes clínicos e cirúrgicos com mais de 18 anos internados em unidades de internação no hospital na semana de referência e que aceitaram participar da pesquisa através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

#### 6.3.2 Critérios de Seleção:

8.3.2.1 Inclusão: todos os pacientes clínicos e cirúrgicos com mais de 18 anos internados em unidades de internação no hospital na semana de referência para o início da pesquisa e que aceitaram participar da pesquisa através do TCLE. Quando paciente sem condições neurológicas de tomar decisões por si mesmo, a autorização para participação da pesquisa foi realizada pelo familiar responsável.

6.3.2.2 Não incluídos: pacientes que se recusaram a participar da pesquisa, mulheres admitidas na maternidade e pacientes internados na unidade

de terapia intensiva e na unidade exclusiva de pacientes traumatológicos. Estes últimos não foram incluídos devido ao grande número de cirurgias de menor complexidade, de menor gravidade e ao período curto de internação.

#### 6.4 INSTRUMENTOS PARA A COLETA DE DADOS:

6.4.1 Formulário para preenchimento dos dados do paciente e dados obtidos através da revisão de prontuários. (ANEXO 1)

#### 6.5 COLETA DOS DADOS:

Realização da “Pergunta Surpresa” (“Você se surpreenderia se o paciente falecesse nos próximos 6 meses?”) pela pesquisadora para o enfermeiro e para o médico responsável sobre todos os pacientes clínicos e cirúrgicos incluídos na pesquisa e que estavam internados no Hospital Mãe de Deus na semana estabelecida para a pesquisa.

Após a autorização do paciente, do enfermeiro e do médico através de termo de consentimento livre e esclarecido, foi realizada a “Pergunta Surpresa”, com resposta imediata, presencialmente para o enfermeiro e para o médico responsável pelo paciente. Em seguida, foi realizada verificação das características dos pacientes através de revisão de prontuário e realização de um banco de dados sem identificação direta. As comorbidades dos pacientes foram correlacionadas com os indicadores de piora de saúde de acordo com a escala de indicação de Cuidados Paliativos SP ICT-BR™ (ferramenta disponível <https://www.spict.org.uk/the-spict/spict-br/>). Esta escala sugere que, quando são identificados dois ou mais indicadores de piora de saúde, o paciente apresenta pior prognóstico. (Quadro 1).

Quadro 1: Escala SPICT-BR™ - Indicadores de Piora de Saúde

<b>Indicadores de Piora de Saúde - SPICT-BR™</b>
Internações hospitalares não programadas
Capacidade funcional ruim ou em declínio com limitada reversibilidade (permanece na cama ou na cadeira >50% dia)
Dependente de outros cuidados pessoais devido a problemas físicos e/ou de saúde mental.
Perda de peso significativa nos últimos 3-6 meses e/ou baixo IMC
Sintomas persistentes apesar do tratamento otimizado das condições de base
A pessoa ou sua família solicita cuidados paliativos, interrupção ou limitação do tratamento ou foco na qualidade de vida.

A funcionalidade do paciente foi avaliada conforme *Palliative Performance Scale* – PPS (MACIEL e CARVALHO, 2009). (Quadro 2)

Quadro 2: *Palliative Performance Scale* - PPS

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

Após 6 meses da coleta dos dados, foi verificada a mortalidade de todos pacientes selecionados através de revisão de prontuário ou, na ausência desta informação, ligação telefônica.

#### 6.6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS:

A avaliação da relação risco-benefício é favorável. Os benefícios que poderão resultar da presente pesquisa poderão auxiliar no aprimoramento de rotinas de cuidado de pacientes internados e na qualificação dos profissionais que prestam atendimento aos pacientes.

Os riscos se referem a desconfortos que possam ser gerados pela própria abordagem da questão de pesquisa, ou seja, da surpresa da morte do paciente para os profissionais. Caso haja um grande desconforto em relação a esta abordagem, o profissional será devidamente esclarecido das questões que motivaram a realização da pesquisa. Para os pacientes e familiares o desconforto poderá estar associado ao contato telefônico realizado seis meses após a alta do paciente. Vale lembrar que este contato já está incluído como um dos procedimentos descritos no próprio Termo de Consentimento. Existem relatos na literatura que demonstram que, mesmo os familiares de pacientes que morreram antes do telefonema de contato tem boa receptividade com este procedimento. Ele inclusive é parte do processo de acompanhamento do luto em algumas instituições hospitalares.

O risco de quebra de confidencialidade será minimizado com a elaboração do banco de dados com codificações para os dados de identidade pessoal.

O presente projeto de pesquisa segue a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos e que assegura aos indivíduos os preceitos éticos básicos como autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade. Os pesquisadores comprometem-se em manter a confidencialidade sobre os dados coletados nos arquivos do banco de dados e todos os envolvidos com a coleta e com a análise dos dados. Todos os envolvidos, pacientes, médicos e enfermeiros que concordarem em participar da pesquisa assinarão Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A e B).

O projeto foi aprovado pela Comissão de Pesquisa do Instituto de Geriatria e Gerontologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul e pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Mãe de Deus. Após as devidas aprovações, o projeto foi registrado na base nacional de pesquisa envolvendo seres humanos, a Plataforma Brasil.



## 6.7 ANÁLISE DOS DADOS:

Para a análise estatística dos dados serão usados:

- a) Estatística descritiva dos dados dos pacientes;
- b) Avaliação de concordância entre a percepção verificada pelos médicos e enfermeiros através do coeficiente de concordância de Kappa;
- c) Avaliação da diferença entre a mortalidade e a percepção dos médicos em relação à percepção dos enfermeiros por análise de variância;
- d) Medidas de associação de mortalidade com percepção dos profissionais e sobre terminalidade e cuidados paliativos será analisada pelo Qui-quadrado.

Foram considerados estatisticamente significativos os resultados que demonstrarem um nível de significância de  $P < 0,05$ . Foi utilizado o *software* SPSS.

## 7 RESULTADOS

De uma população de 144 pacientes internados na semana selecionada, 77 pacientes foram incluídos. (Figura 4). Quanto às variáveis gerais da amostra, a média de idade foi 65,6 anos, com uma distribuição por sexo bastante semelhante, e o motivo da internação predominante foi clínico. Em relação à funcionalidade, a média do PPS foi de 65,19% (28,35), sendo que 34,28% dos pacientes (28 participantes) apresentavam pontuação menor ou igual a 50% na escala de performance paliativa, ou seja, uma provável expectativa de vida menor que 6 meses (Tabela 1).

Figura 4: Amostra da pesquisa

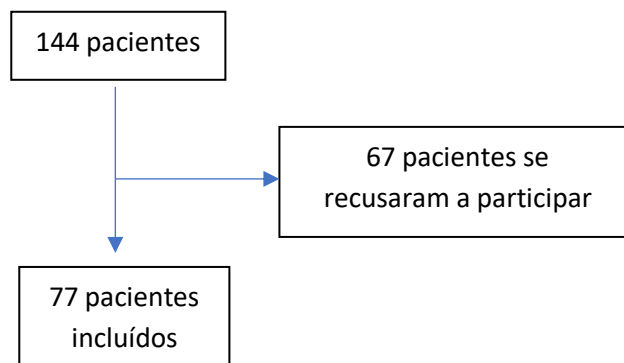


Tabela 1: Característica dos pacientes (N=77).

<b>CARACTERÍSTICAS</b>	<b>N (FR %)</b>
<b>IDADE EM ANOS, MÉDIA, (DP)</b>	65,9 ± 17,7
<b>SEXO</b>	
FEMININO	37 (48,05)
MASCULINO	40 (51,95)
<b>MOTIVO DA INTERNAÇÃO</b>	
CAUSA CLÍNICA	62 (80,5)
CAUSA CIRÚRGICA	9 (11,7)
CAUSA ONCOLÓGICA	6 (7,8)
<b>CRITÉRIOS SPICT</b>	
INTERNAÇÕES NÃO PROGRAMADAS	19
CAPACIDADE FUNCIONAL RUIM	18
DEPENDENTE	12
PERDA DE PESO	12
SINTOMAS PERSISTENTES	5
SOLICITAÇÃO DE CUIDADOS PALIATIVOS	4
SPICT ≥ 2	19 (24,67)
<b>PPS, MÉDIA, (DP)</b>	65,19 ± 28,35

(DP – Desvio padrão, PPS – Escala de performance paliativa)

Estes pacientes foram atendidos por equipes médicas e de enfermagem. Na presente pesquisa, participaram 7 enfermeiros e 38 médicos. Todos os profissionais participantes da pesquisa tiveram contato assistencial com os pacientes avaliados.

Ao responderem à pergunta surpresa, os médicos e os enfermeiros tiveram respostas semelhantes em termos de distribuição, pois em ambos os casos houve uma proximidade dos valores ao redor de 50%. Médicos e enfermeiros concordaram em 59,7% das vezes (46 respostas). Não houve associação significativa entre as respostas dadas pelos profissionais ( $X^2=2,9604$ ;  $P= 0,85$ ). Foi verificada uma fraca concordância entre as respostas dadas pelos médicos e pelos enfermeiros ( $Kappa=0,19$ ) (Tabela 2).

Percebemos que ao confrontar as respostas dos profissionais à pergunta surpresa (Tabelas 3), os pacientes que não surpreenderiam os profissionais se falecessem em seis meses eram aqueles com maior idade, pior funcionalidade (PPS mais baixo) e maior número de indicadores de pior prognóstico conforme os critérios da escala SPICT. Esses pacientes também apresentavam maior quantidade de comorbidades, como doença pulmonar obstrutiva crônica, insuficiência renal crônica, síndrome demencial avançada e história de acidente vascular cerebral.

Tabela 2: Relação das respostas para a pergunta surpresa entre os profissionais.

	<b>ENFERMEIROS</b>	<b>NÃO</b>	<b>SIM</b>	<b>Total</b>
<b>MÉDICOS</b>	<b>NÃO</b>	22 (28,6%)	17 (22,1%)	39 (50,6%)
	<b>SIM</b>	14 (18,2%)	24 (31,1%)	38 (49,4%)
	<b>Total</b>	36 (46,7%)	41 (53,3%)	77 (100,0%)

$X^2=2,9604$ ;  $P = 0,085$ ;  $Kappa = 0,19$

Tabela 3: Relação das respostas dos profissionais com as características dos pacientes.

Respostas Médicos X Enfermeiros	Idade em anos (média e desvio padrão)	PPS $\leq$ 50% N (fr)	Indicador ne mau prognóstico N (fr)	N
<b>NÃO X NÃO</b>	77 $\pm$ 12,59	18 (81%)	13 (59%)	22
<b>SIM X SIM</b>	53 $\pm$ 17,57	1 (4%)	1 (4%)	24
<b>SIM X NÃO</b>	67,7 $\pm$ 12,85	4 (28%)	4 (28%)	14
<b>NÃO X SIM</b>	67,4 $\pm$ 16,7	5 (27,7%)	1 (5,8%)	17

PPS – Escala de performance paliativa

Foi verificada uma associação significativa entre as respostas dos profissionais e as características dos pacientes como idade, PPS e indicadores de pior prognóstico. (Figura 5 e 6)

Figura 5: Relação entre as repostas dos médicos à pergunta surpresa e idade, PPS e indicadores de mau prognóstico.

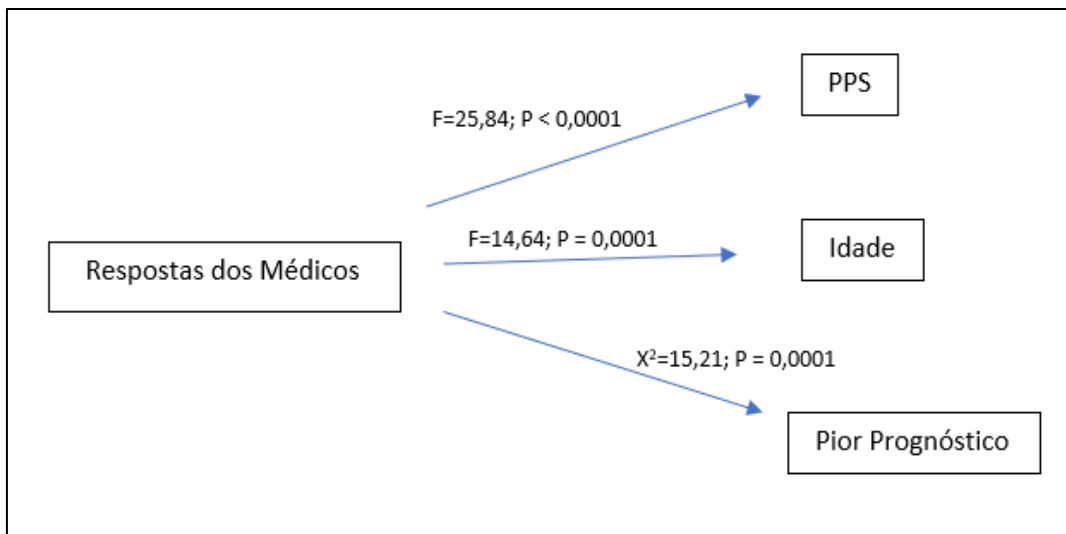
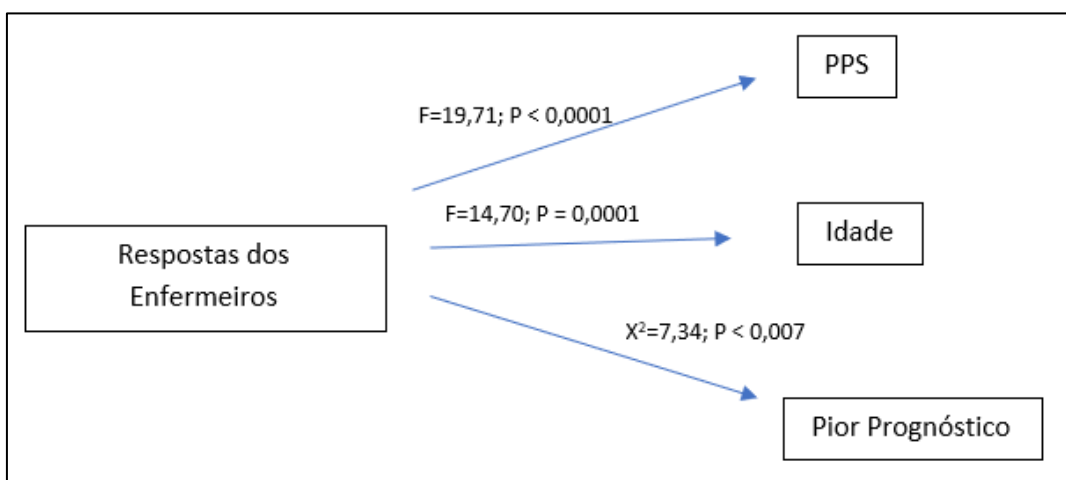


Figura 6: Relação entre as repostas dos enfermeiros à pergunta surpresa e idade, PPS e indicadores de mau prognóstico.



Todos os 77 pacientes tiveram seus dados em relação a mortalidade coletados. Após seis meses do questionamento da pergunta surpresa, foi realizada nova revisão de prontuário para verificar a mortalidade dos pacientes e, para aqueles em que este dado não estava disponível, foi realizado contato via ligação telefônica.

Dos 77 pacientes, 15 (19,4%) evoluíram para óbito após seis meses da realização da pergunta surpresa. A média de idade dos pacientes que faleceram foi de 75,4 anos ( $\pm 14,85$ ). Analisando as respostas dos profissionais, observou-se resultado estatisticamente significativo

em relação às respostas dos médicos e óbito ( $X^2=6,42$ ;  $P = 0,011$ ), diferentemente em relação às respostas da enfermagem com o óbito ( $X^2=2,97$ ;  $P = 0,076$ ). (Tabela 4)

Tabela 4: Relação das respostas dos profissionais em relação à pergunta surpresa (Você se surpreenderia se o paciente falecesse nos próximos seis meses?) com o desfecho óbito dos pacientes após seis meses (N=77).

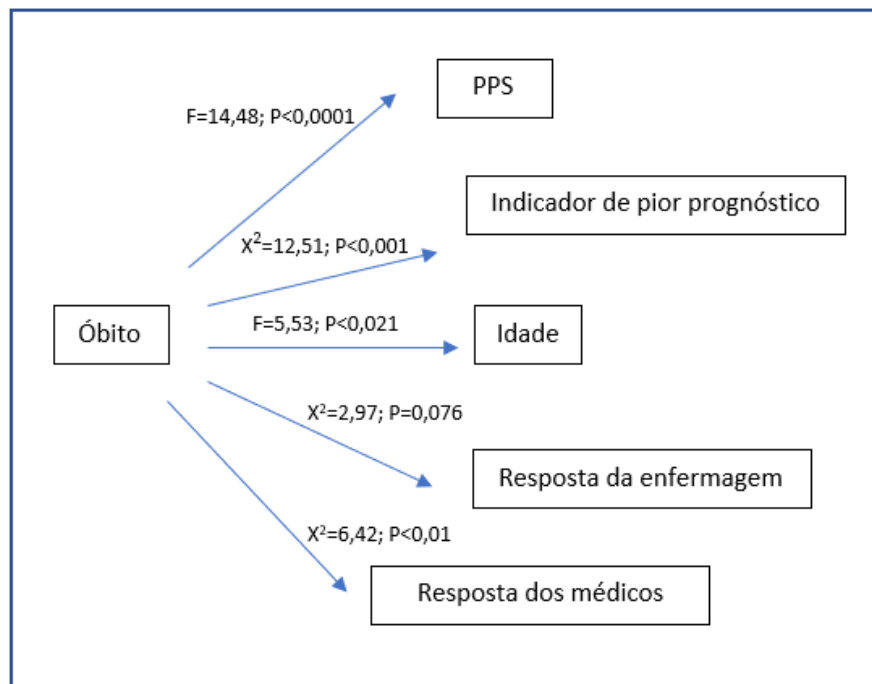
Resposta	ÓBITO	VIVO	Total	P
<b>Enfermeiros</b>				0,075
NÃO	10 (13,0%)	26 (33,8%)	36 (46,7%)	
SIM	5 (6,5%)	36 (46,7%)	41 (53,3%)	
<b>Médicos</b>				0,011
NÃO	12 (15,6%)	27 (35,1%)	39 (50,6%)	
SIM	3 (3,8%)	35 (45,5%)	38 (49,4%)	

Os pacientes que faleceram no período foram os pacientes com maior idade ( $P<0,021$ ), com menor PPS ( $P<0,0001$ ) e com maior número de critérios de piora de saúde ( $P<0,019$ ). (Tabela 5 e Figura 7)

Tabela 5: Relação entre o desfecho e as características dos participantes.

	Óbitos (N=15)	Vivos (N=62)	P
<b>Idade em anos (média e desvio padrão)</b>	75,4 ± 14,85	63,68 ± 17,82	$P<0,021$
<b>PPS (média)</b>	39,16%	63,9%	$P<0,0001$
<b>Indicadores de piora (<math>\geq 2</math>) (média e frequência relativa)</b>	60% (n=9)	16,12% (n=10)	$P<0,019$

Figura 7: Relação do desfecho (óbito) com as características e respostas dos profissionais e significância estatística.



Os médicos apresentaram uma acurácia semelhante à acurácia dos enfermeiros quanto à pergunta surpresa, com valores de 61% e 62%, respectivamente. Os médicos tiveram maior sensibilidade, enquanto que os enfermeiros tiveram maior valor preditivo negativo (Tabela 6).

Tabela 6: Parâmetros de efeito das respostas dadas por médicos e enfermeiros à pergunta surpresa (N=77)

<b>Parâmetros de Efeito</b>	<b>Médicos</b>	<b>Enfermeiros</b>
Sensibilidade	80%	60%
Especificidade	56%	58%
Valor Preditivo Positivo	30%	27%
Valor Preditivo Negativo	87%	98%
Acurácia	61%	62%

Foi avaliada, igualmente, a solicitação de consultoria de equipe especializada em cuidados paliativos para os pacientes da amostra. Houve um equilíbrio entre a mortalidade dos

pacientes que tiveram acompanhamento especializado. Nos pacientes que não foram acompanhados pela equipe de cuidados paliativos, houve uma sobrevida maior, o que evidenciou uma menor gravidade do quadro de saúde associado. O acompanhamento da equipe de cuidados paliativos foi solicitado para 14 (18%) pacientes da amostra avaliada (N=77), destes, oito pacientes faleceram no período do estudo. Entre os pacientes que faleceram, apenas dois apresentavam como causa da internação doença oncológica (linfoma), os demais pacientes apresentavam mais de duas comorbidades e haviam internado no hospital devido a intercorrências clínicas, na maioria das vezes doenças infecciosas (infecção do trato respiratório ou urinário). (tabela 7).

Entre os pacientes que receberam acompanhamento da equipe de cuidados paliativos, oito haviam recebido, tanto dos médicos, quanto dos enfermeiros, a resposta “Não” para a pergunta surpresa e, destes, apenas um paciente não apresentava critérios de mau prognóstico, todos apresentavam PPS menor ou igual a 50%. Destes oito pacientes, três faleceram no período de seis meses.

Tabela 7 – Mortalidade e solicitação de consultoria de cuidados paliativos na amostra estudada (N=77)

<b>Óbito</b>	<b>Com Cuidados Paliativos</b>	<b>Sem Cuidados Paliativos</b>	<b>Total</b>
<b>Sim</b>	8	7	15
<b>Não</b>	6	56	62
<b>Total</b>	14	63	77

$X^2=15,47$ ;  $P=0,0008$



## 8 DISCUSSÃO

Este estudo de casos prevalentes é o primeiro trabalho realizado em um hospital geral privado no Brasil a utilizar como ferramenta principal para averiguação de prognóstico em um período de 6 meses a Pergunta Surpresa, uma pergunta simples e rápida de ser respondida pelos profissionais de saúde. O hospital em que a pesquisa foi aplicada tem como característica ter pacientes idosos e com múltiplas comorbidades, muitos sem condições de poder tomar decisões por si mesmos. Desta forma, muitos convites foram realizados aos familiares. Este pode ser um dos motivos para a baixa inclusão na pesquisa, pois apenas 53% dos pacientes elegíveis para participar do estudo, aceitaram ser incluídos. Outro fator que pode ter influenciado na redução do número de pacientes foi a época do ano em que a pesquisa foi realizada. Os meses de verão, como o mês de fevereiro, tem uma menor taxa de ocupação hospitalar devido à menor incidência de descompensações sazonais.

Poucos estudos compararam respostas para a pergunta surpresa entre médicos e enfermeiros, apresentando resultados divergentes, ou seja, alguns mostram avaliações semelhantes entre os profissionais e outros estudos mostram resultados discordantes em relação à sobrevida dos pacientes. (GARDINER *et al.*, 2013; GÓMEZ-BATISTE *et al.*, 2014; MUDGE *et al.*, 2018) No presente estudo, os resultados não foram diferentes, pois foi verificada uma fraca concordância entre as respostas dadas por médicos e por enfermeiros (Kappa 0,19).

Neste trabalho, os médicos apresentaram melhores resultados em prever óbito em 6 meses em comparação aos enfermeiros. Através da associação entre a resposta à pergunta surpresa dos médicos e o óbito obtivemos uma associação estatisticamente significativa ( $X^2=6,42$ ,  $P=0,01$ ). Isto não foi verificado nas respostas dos enfermeiros ( $X^2=2,967$ ,  $P=0,076$ ).

Tradicionalmente, os estudos que utilizaram a pergunta surpresa como ferramenta de prognóstico são realizados em grupos homogêneos de pacientes, tais como pacientes oncológicos ou dialíticos. (MORONI *et al.*, 2014; MOSS *et al.*, 2010; PANG *et al.*, 2013). O presente estudo utilizou uma amostra não uniforme de pacientes, em termos de especialidade médica. A acurácia obtida, com valores em torno de 60% para as respostas de ambos os grupos de profissionais, corrobora dados de estudos prévios que também evidenciaram acurácia menor quando consideradas doenças não oncológicas, visto que essas patologias, muitas vezes, não apresentam trajetória bem estabelecida, o que dificulta para o profissional estimar quando será a última descompensação do paciente e sua morte. (ELLIOTT E NICHOLSON, 2017; JENNINGS, MARKS E LUM, 2018)

Vários estudos utilizam o período originalmente proposto de avaliar a pergunta surpresa um ano após a sua obtenção. (MORONI *et al.*, 2014; MOSS *et al.*, 2010; PANG *et al.*, 2013). Outros estudos reduziram este acompanhamento para períodos mais curtos, como sete dias, 30 dias ou até seis meses (WHITE *et al.*, 2017). O presente estudo utilizou um período de acompanhamento de seis meses. Os resultados obtidos, principalmente em relação às respostas dos médicos, demonstraram uma sensibilidade alta e uma acurácia moderada. Estes resultados foram semelhantes aos encontrados em estudos que avaliaram uma sobrevida menor que um ano. (HAMANO *et al.*, 2015; WHITE *et al.*, 2017)

Observamos que ambos os profissionais tem maior facilidade em predizer prognóstico dos pacientes com melhor sobrevida do que para aqueles com maior possibilidade de falecimento em breve. Assim como encontrado nos dados da literatura, encontramos alto valor preditivo negativo para a pergunta surpresa, o que nos mostra que essa ferramenta pode ter maior utilidade para predizer quais pacientes tem melhor prognóstico e maior sobrevida. (JENNINGS, MARKS E LUM, 2018) No entanto, podemos observar que os médicos apresentam maior sensibilidade em predizer quais pacientes tem maior probabilidade de falecer em seis meses, assim como conseguem melhor correlacionar os dados clínicos com pior prognóstico e óbito.

Analisando os pacientes em que ambos os profissionais não se surpreenderiam com o óbito em seis meses, podemos perceber que eram pacientes mais idosos, com pior funcionalidade, maior quantidade de critérios de pior prognóstico e múltiplas comorbidades clínicas. No entanto, destes 22 pacientes (28%), 15 pacientes permaneceram vivos no período estudado e apenas oito tiveram acompanhamento de equipe de cuidados paliativos durante a internação hospitalar. Percebemos que os profissionais, assim como descrito em estudos prévios, apresentam dificuldade em prognosticar, principalmente idosos e pacientes com patologias não oncológicas, não reconhecendo adequadamente os pacientes que necessitariam de cuidados paliativos. (GARDINER *et al.*, 2013)

Ambas as categorias profissionais apresentaram em torno de 35% de falsos positivos, resultado diferente de estudos prévios que apresentaram mais de 60% de falsos positivos. Nestes dois estudos foram utilizadas amostra de pacientes idosos com doenças não oncológicas. (DOWNAR *et al.*, 2017; MUDGE *et al.*, 2018) Esses pacientes em que os profissionais identificam como tendo risco de morte, são indivíduos que apresentam indicação de abordagem de cuidados paliativos com discussão de metas de tratamento e diretivas antecipadas de vontade.

Quanto a solicitação de consultoria de cuidados paliativos e a sua associação com a mortalidade, não foram verificados estudos que associaram estas variáveis à utilização da pergunta surpresa.

## 9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base nos resultados obtidos no presente estudo nesta amostra é possível fazer as seguintes considerações:

- Os dois grupos de profissionais apresentaram respostas para a pergunta surpresa com distribuição semelhante, sem associação estatisticamente significativa e com fraca concordância;
- Houve a indicação de cuidados paliativos para 18% dos pacientes avaliados. Contudo, de acordo com as respostas à pergunta surpresa, haveria a indicação de cuidados paliativos para 28,5% dos pacientes;
- Mesmo no grupo de pacientes com avaliação compatível com cuidados paliativos (28,5%), apenas 10% tiveram esta indicação terapêutica;
- A mortalidade dos pacientes avaliados foi de 19,5% no período de seis meses;
- Comparativamente aos enfermeiros, os médicos apresentaram maior sensibilidade para prever a sobrevivência dos pacientes, assim como resultados inferiores quanto ao valor preditivo negativo;
- Foi possível verificar que os profissionais, tanto médicos, quanto enfermeiros, têm maior facilidade em prognosticar os pacientes que irão sobreviver a um período superior a seis meses, comparativamente ao prognóstico de óbito neste mesmo período;

A pergunta surpresa demonstrou ser um instrumento de apoio a tomada de decisão de fácil aplicação e com resultados que permitem que os profissionais reflitam sobre o tratamento que estão propondo aos seus pacientes e ofereçam um atendimento mais adequado para as suas necessidades.

## REFERÊNCIAS

- ANCP. Academia Nacional de Cuidados Paliativos. ANCP e Cuidados Paliativos no Brasil. Disponível em: <http://paliativo.org.br/cuidados-paliativos/cuidados-paliativos-no-brasil>. Acessado em 17 de dezembro 2019.
- CHEN J.L, PHILLIPS A.K, K. D. . For More Information. **Family planning perspective**, v. 33, n. 4, p. 1–11, 2001.
- CHRISTAKIS, N. A.; LAMONT, E. B. Extent and determinants of error in doctors' prognoses in terminally ill patients: prospective cohort study. **BMJ : British Medical Journal**, v. 320, n. 7233, p. 469–473, 2000.
- CONNOR, S. R.; SEPULVEDA BERMEDO, M. C. **Global atlas of palliative care at the end of life**, 2014. Disponível em: <https://www.who.int/nmh/Global Atlas of Palliative Care.pdf>. Acessado em 03 de maio de 2020.
- DOWNAR, J. *et al.* The “surprise question” for predicting death in seriously ill patients: a systematic review and meta-analysis. **CMAJ: Canadian Medical Association Journal**, v. 189, n. 13, p. 484–493, 2017.
- ELLIOTT, M.; NICHOLSON, C. A qualitative study exploring use of the surprise question in the care of older people: Perceptions of general practitioners and challenges for practice. **BMJ Supportive and Palliative Care**, v. 7, n. 1, p. 32–38, 2017.
- FARIA DE SOUSA, P.; JULIÃO, M. Translation and Validation of the Portuguese Version of the Surprise Question. **Journal of Palliative Medicine**, v. 20, n. 7, p. 701–701, 2017.
- GARDINER, C. *et al.* Extent of palliative care need in the acute hospital setting: A survey of two acute hospitals in the UK. **Palliative Medicine**, v. 27, n. 1, p. 76–83, 2013.
- GLARE, P. A systematic review of physicians' survival predictions in terminally ill cancer patients. **BMJ : British Medical Journal**, v. 327, n. 7408, p. 195–0, 2003.
- GLARE, P. A.; SINCLAIR, C. T. Palliative Medicine Review: Prognostication. **Journal of Palliative Medicine**, v. 11, n. 1, p. 84–103, 2008.
- GÓMEZ-BATISTE, X. *et al.* Prevalence and characteristics of patients with advanced chronic conditions in need of palliative care in the general population: A cross-sectional study.

**Palliative Medicine**, v. 28, n. 4, p. 302–311, 2014.

\_\_\_\_\_. Utility of the NECPAL CCOMS-ICO©tool and the Surprise Question as screening tools for early palliative care and to predict mortality in patients with advanced chronic conditions: A cohort study. **Palliative Medicine**, v. 31, n. 8, p. 754–763, 2017.

\_\_\_\_\_. Building Integrated Palliative Care Programs and Services, 2017. Disponível em: <https://www.thewhpc.org/resources/category/building-integrated-palliative-care-programs-and-services>. Acessado em 03 de maio de 2020

HAMANO, J. *et al.* Surprise Questions for Survival Prediction in Patients With Advanced Cancer: A Multicenter Prospective Cohort Study. **The Oncologist**, v. 20, n. 7, p. 839–844, 2015.

HAYDAR, S. A. *et al.* Using the Surprise Question To Identify Those with Unmet Palliative Care Needs in Emergency and Inpatient Settings: What Do Clinicians Think? **Journal of Palliative Medicine**, v. 20, n. 7, p. 729–735, 2017.

JAVIER, A. D. *et al.* Reliability and Utility of the Surprise Question in CKD Stages 4 to 5. **American Journal of Kidney Diseases**, v. 70, n. 1, p. 93–101, 2017.

JENNINGS, K. S.; MARKS, S.; LUM, H. D. The Surprise Question as a Prognostic Tool. **Journal of Palliative Medicine**, v. 21, n. 10, p. 1529–1530, 2018.

KNAUS, W. A. *et al.* The SUPPORT prognostic model. Objective estimates of survival for seriously ill hospitalized adults. Study to understand prognoses and preferences for outcomes and risks of treatments. **Annals of Internal Medicine**, v. 122, n. 3, p. 191–203, 1995.

MONTEROSSO, L. *et al.* How Well Do We Understand Health Care Professionals' Perceptions and Needs in the Provision of Palliative Care? A Mixed Methods Study. **Journal of Palliative Medicine**, v. 19, n. 7, p. 720–727, 2016.

MORONI, M. *et al.* The ‘ surprise ’ question in advanced cancer patients : A prospective study among general practitioners. **Palliative Medicine**, 2014.

MOSS, A. H. *et al.* Utility of the “Surprise” question to identify dialysis patients with high mortality. **Clinical Journal of the American Society of Nephrology**, v. 3, n. 5, p. 1379–1384, 2008.

\_\_\_\_. Prognostic Significance of the “Surprise” Question in Cancer Patients. **Journal of Palliative Medicine**, v. 13, n. 7, p. 837–840, 2010.

MUDGE, A. M. *et al.* Risk of 12-month mortality among hospital inpatients using the surprise question and SPICT criteria : a prospective study. **BMJ Supportive & Palliative Care**, p. 1–8, 2018.

MURRAY, S. A. Illness trajectories and palliative care. **BMJ : British Medical Journal**, v. 330, n. 7498, p. 1007–1011, 2005.

O’CALLAGHAN, A. *et al.* Can we predict which hospitalised patients are in their last year of life? A prospective cross-sectional study of the Gold Standards Framework Prognostic Indicator Guidance as a screening tool in the acute hospital setting. **Palliative Medicine**, v. 28, n. 8, p. 1046–1052, 2014.

PALLIATIVE, C. *et al.* **Building Integrated Palliative Care Programs and Services**. [s.l: s.n.].

PANG, W. F. *et al.* Predicting 12-month mortality for peritoneal dialysis patients using the “surprise” question. **Peritoneal Dialysis International**, v. 33, n. 1, p. 60–66, 2013.

PATTISON, M.; ROMER, A. L.; ED, D. Improving Care Through the End of Life : Launching a Primary Care Clinic-Based Program. **Journal of Palliative Medicine**, v. 4, n. 2, p. 249–254, 2001.

ROGERS, J. G. *et al.* Palliative Care in Heart Failure: The PAL-HF Randomized, Controlled Clinical Trial. **Journal of the American College of Cardiology**, v. 70, n. 3, p. 331–341, 2017.

THOMAS, J. M.; FRIED, T. R. Defining the Scope of Prognosis: Primary Care Clinicians’ Perspectives on Predicting the Future Health of Older Adults. **Journal of Pain and Symptom Management**, 2018.

Vamos falar de Cuidados Paliativos. Manual da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG), Brasil, 2015.

WEISSMAN, D. E.; MEIER, D. E. Identifying Patients in Need of a Palliative Care Assessment in the Hospital Setting *A Consensus Report from the Center to Advance Palliative Care*. **Journal of Palliative Medicine**, v. 14, n. 1, p. 17–23, 2011.

WHITE, N. *et al.* How accurate is the “Surprise Question” at identifying patients at the end of life? A systematic review and meta-analysis. **BMC Medicine**, v. 15, n. 1, p. 1–14, 2017.



## ANEXO 1 – FORMULÁRIO

Número do Prontuário: _____ Data da Internação: _____ Data da Avaliação: _____	
Motivo da Internação: _____ PPS: _____	
<b>Enfermagem:</b> “Você se surpreenderia se o paciente falecesse em 6 meses?” SIM ( ) NÃO ( )	
<b>Médico:</b> “Você se surpreenderia se o paciente falecesse em 6 meses?” SIM ( ) NÃO ( ) Especialidade: _____	
<b>Comorbidades <i>Supportive and Palliative Care Indicators Tool (SPICT-BR™)</i> :</b>	
<p><b><u>Indicadores de piora de saúde:</u></b></p> <p>( ) Internações hospitalares não programadas</p> <p>( ) Capacidade funcional ruim ou em declínio com limitada reversibilidade (passa na cama ou na cadeira &gt;50% dia)</p> <p>( ) Dependente de outros cuidados pessoais devido a problemas físicos e/ou de saúde mental.</p> <p>( ) Perda de peso significativa nos últimos 3-6 meses e/ou baixo IMC</p> <p>( ) Sintomas persistentes apesar do tratamento otimizado das condições de base</p> <p>( ) A pessoa ou sua família solicita cuidados paliativos, interrupção ou limitação do tratamento ou foco na qualidade de vida.</p> <p><b><u>Indicadores clínicos de condições avançadas:</u></b></p> <p><b>Câncer:</b></p> <p>( ) Capacidade funcional em declínio devido a progressão do câncer</p> <p>( ) Estado físico muito debilitado para tratamento do câncer ou tratamento para controle dos sintomas.</p> <p><b>Demência/Fragilidade:</b></p> <p>( ) Incapaz de vestir-se, caminhar ou comer sem ajuda.</p> <p>( ) Redução da ingestão de alimentos e líquidos e dificuldades na deglutição.</p> <p>( ) incontinência urinária ou fecal</p> <p>( ) Incapaz de manter contato verbal, pouca interação social.</p> <p>( ) Fratura de fêmur, múltiplas quedas</p> <p>( ) Episódios frequentes de febre ou infecções, pneumonia</p>	<p><b>Doença Neurológica:</b></p> <p>( ) Deterioração progressiva da capacidade física e/ou da função cognitiva mesmo com terapia otimizada</p> <p>( ) problemas da fala com dificuldade progressiva de comunicação e/ou deglutição.</p> <p>( ) Pneumonia aspirativa recorrente, dispneia ou insuficiência respiratória.</p> <p><b>Doença Cardiovascular:</b></p> <p>( ) Classe funcional III/IV NYHA ou doença coronariana extensa e intratável.</p> <p>( ) Doença vascular periférica grave e inoperável.</p> <p><b>Doença Respiratória:</b></p> <p>( ) Doença respiratória crônica grave com dispneia no repouso ou aos mínimos esforços com exacerbações.</p> <p>( ) Necessidade de oxigenioterapia por longo prazo.</p> <p>( ) Já precisou de VM para insuf respiratória ou VM é contraindicada</p> <p><b>Doença Renal:</b></p> <p>( ) Estágios 4 e 5 de IRC (TFG&lt;30) com piora clínica.</p> <p>( ) IR complicando outras condições limitantes ou tratamentos.</p> <p>( ) Decisão de suspender diálise devido à piora clínica ou intolerância ao tratamento.</p> <p><b>Doença Hepática:</b></p> <p>( ) Cirrose hepática com uma ou mais complicações no último ano: ascite refratária, EPS, sind hepatorenal, peritonite bacteriana, sangramentos por varizes esofágicas.</p>
<b>Reavaliação em 6 meses:</b> Óbito ( ) Data: _____	
( ) Acompanhamento cuidados paliativos	
( ) Novas Internações	

## ANEXO 2 – SUBMISSÃO DE ARTIGO

RBGG-2020-0127 - PERCEPTION OF HEALTH PROFESSIONALS ABOUT TERMINALITY AND INDICATION OF PALLIATIVE CARE IN A PRIVATE HOSPITAL IN PORTO ALEGRE

Dear Dr. DUTRA:

Prezado Autor:

Acusamos o recebimento do artigo "PERCEPTION OF HEALTH PROFESSIONALS ABOUT TERMINALITY AND INDICATION OF PALLIATIVE CARE IN A PRIVATE HOSPITAL IN PORTO ALEGRE", registrado sob o nº 2020-0127. (favor guardar esse número e citá-lo toda vez que fizer contato com a RBGG) Seu interesse em publicar na Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia nos deixa bastante honrados; entretanto, mister se faz informar que a avaliação de artigos para publicação obedece às seguintes etapas:

1ª Etapa – Avaliação Preliminar

(a) Visa considerar os objetivos editoriais, os aspectos formais do texto, bem como sua potencial contribuição ao campo da Geriatria e Gerontologia, pré-requisitos para seu encaminhamento às etapas seguintes;

2ª Etapa – Avaliação por Pares

(b) Avaliação do mérito por meio de procedimentos de revisão externa por pares (peer review);

3ª Etapa – Parecer Final de Avaliação

(c) Envio do Parecer Técnico de Avaliação ao Autor.

OBS: O anonimato do autor/consultor é garantido em todo o processo de avaliação.

Por ora, o artigo enviado será encaminhado para Avaliação Preliminar (1ª Etapa).

Retomaremos o contato após a conclusão do relatório técnico de avaliação.

Com estima e apreço.

Atenciosamente

Luiz Tarcitano

Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - PROFISSIONAIS**

Título do Projeto: Avaliação da Percepção dos Profissionais de Saúde sobre Terminalidade e a Indicação de Cuidados Paliativos em um Hospital Privado de Porto Alegre

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa cujo objetivo é avaliar a percepção dos médicos e enfermeiros sobre prognóstico e indicação de cuidados paliativos. Esta pesquisa está sendo realizada pelo setor de internação do Hospital Mãe de Deus (HMD).

Se você aceitar participar da pesquisa, os procedimentos envolvidos em sua participação são os seguintes: responder à “Pergunta Surpresa” (Você se surpreenderia se este paciente falecesse nos próximos 6 meses?).

Os benefícios que poderão resultar da presente pesquisa poderão auxiliar no aprimoramento de rotinas de cuidado de pacientes internados e na qualificação dos profissionais que prestam atendimento aos pacientes.

Os riscos se referem a desconfortos que possam ser gerados pela própria abordagem da questão de pesquisa, ou seja, da surpresa da morte do paciente para os profissionais. Caso haja um grande desconforto em relação a esta abordagem você será devidamente esclarecido das questões que motivaram a realização da pesquisa, além disso, você poderá deixar de participar/responder a qualquer momento.

Sua participação na pesquisa é totalmente voluntária, ou seja, não é obrigatória. Caso você decida não participar, ou ainda, desistir de participar e retirar seu consentimento, não haverá nenhum prejuízo ao vínculo institucional que você recebe ou possa vir a receber na instituição.

Não está previsto nenhum tipo de pagamento pela sua participação na pesquisa e você não terá nenhum custo com respeito aos procedimentos envolvidos. Caso ocorra alguma intercorrência ou dano, resultante de sua participação na pesquisa, você receberá todo o atendimento necessário, sem nenhum custo pessoal.

Os dados coletados durante a pesquisa serão sempre tratados confidencialmente, ficarão sob a guarda da pesquisadora Paula Leite Dutra e só serão acessados pela mesma. Os dados coletados ficarão armazenados por 5 anos, após serão destruídos. Os resultados serão apresentados de forma conjunta, sem a identificação dos participantes, ou seja, o seu nome não aparecerá na publicação dos resultados. Caso você tenha dúvidas, poderá entrar em contato com o pesquisador responsável José Roberto Goldim ou com Paula Leite Dutra, pelo telefone 51 99699.6158, ou com o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Mãe de Deus pelo telefone 51 3230.6087 das 8h às 17h.

Esse Termo é assinado em duas vias, sendo uma para o participante e outra para os pesquisadores.

_____	_____
Nome do participante da pesquisa	Assinatura
_____	_____
Nome do pesquisador que aplicou o Termo	Assinatura

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - PACIENTES**

Título do Projeto: Avaliação da Percepção dos Profissionais de Saúde sobre Terminalidade e a Indicação de Cuidados Paliativos em um Hospital Privado de Porto Alegre

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa cujo objetivo é a percepção dos médicos e enfermeiros sobre prognóstico e indicação de cuidados paliativos. Esta pesquisa está sendo realizada pelo setor de internação do Hospital Mãe de Deus (HMD).

Se você aceitar participar da pesquisa, os procedimentos envolvidos em sua participação são os seguintes: consulta ao prontuário no dia da pesquisa e após 6 meses, com possibilidade de ligação telefônica.

Os benefícios que poderão resultar da presente pesquisa poderão auxiliar no aprimoramento de rotinas de cuidado de pacientes internados e na qualificação dos profissionais que prestam atendimento aos pacientes.

Sua participação na pesquisa é totalmente voluntária, ou seja, não é obrigatória. Caso você decida não participar, ou ainda, desistir de participar e retirar seu consentimento, não haverá nenhum prejuízo ao atendimento que você recebe ou possa vir a receber na instituição.

Não está previsto nenhum tipo de pagamento pela sua participação na pesquisa e você não terá nenhum custo com respeito aos procedimentos envolvidos.

Caso ocorra alguma intercorrência ou dano, resultante de sua participação na pesquisa, você receberá todo o atendimento necessário, sem nenhum custo pessoal.

Os dados coletados durante a pesquisa serão sempre tratados confidencialmente, ficarão sob a guarda da pesquisadora Paula Leite Dutra e só serão acessados pela mesma. Os dados coletados ficarão armazenados por 5 anos, após serão destruídos. Os resultados serão apresentados de forma conjunta, sem a identificação dos participantes, ou seja, o seu nome não aparecerá na publicação dos resultados.

Caso você tenha dúvidas, poderá entrar em contato com o pesquisador responsável José Roberto Goldim ou com Paula Leite Dutra, pelo telefone 51 996996158, ou com o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Mãe de Deus pelo telefone 51 3230.6087 das 8h às 17h..

Esse Termo é assinado em duas vias, sendo uma para o participante e outra para os pesquisadores.

\_\_\_\_\_  
Nome do participante da pesquisa

\_\_\_\_\_  
Assinatura

\_\_\_\_\_  
Nome do pesquisador que aplicou o Termo

\_\_\_\_\_  
Assinatura

Local e Data: \_\_\_\_\_

APENDICE C

HOSPITAL MÃE DE  
DEUS/ASSOCIAÇÃO  
EDUCADORA SÃO CARLOS -



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** AVALIAÇÃO DA PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE SOBRE TERMINALIDADE E A INDICAÇÃO DE CUIDADOS PALIATIVOS EM UM HOSPITAL PRIVADO DE PORTO ALEGRE

**Pesquisador:** José Roberto Goldim

**Área Temática:**

**Versão:** 4

**CAAE:** 99096718.0.0000.5328

**Instituição Proponente:** ASSOCIAÇÃO EDUCADORA SÃO CARLOS

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 3.044.003

**Apresentação do Projeto:**

Já mencionado anteriormente

**Objetivo da Pesquisa:**

Já expostos em momento anterior. Neste ato apenas análise da alteração do TCLE.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Já referida.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Já feitos.

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

Considero realizada a alteração sugerida no TCLE.

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

Considero realizada a alteração sugerida no TCLE.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

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

**Endereço:** Rua Grão Pará nº 160 - 2º andar

**Bairro:** MENINO DEUS

**CEP:** 90.850-170

**UF:** RS

**Município:** PORTO ALEGRE

**Telefone:** (51)3230-6087

**Fax:** (51)3230-2032

**E-mail:** cep.ucmd@maededeus.com.br

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_1170819.pdf	25/11/2018 16:58:41		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_profissionais.docx	25/11/2018 16:58:23	Paula Leite Dutra	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_PACIENTES.docx	25/11/2018 16:58:05	Paula Leite Dutra	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetofinal.docx	02/11/2018 09:08:43	Paula Leite Dutra	Aceito
Folha de Rosto	FRpaula.pdf	08/09/2018 11:48:43	Paula Leite Dutra	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

PORTO ALEGRE, 28 de Novembro de 2018

---

**Assinado por:**  
**Erica Rosalba Mallmann Duarte**  
**(Coordenador(a))**

