

**TIAGO DE MATHIA FIRMINO**

**AVALIAÇÃO DO ESTADO FUNCIONAL E DOS  
SINTOMAS APRESENTADOS POR PACIENTES  
INTERNADOS NA ENFERMARIA CLÍNICA DE UM  
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO**

**Trabalho apresentado à Universidade  
Federal de Santa Catarina, como  
requisito para a conclusão do Curso de  
Graduação em Medicina.**

**Florianópolis**

**Universidade Federal de Santa Catarina**

**2011**

**TIAGO DE MATHIA FIRMINO**

**AVALIAÇÃO DO ESTADO FUNCIONAL E DOS  
SINTOMAS APRESENTADOS POR PACIENTES  
INTERNADOS NA ENFERMARIA CLÍNICA DE UM  
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO**

**Trabalho apresentado à Universidade  
Federal de Santa Catarina, como  
requisito para a conclusão do Curso de  
Graduação em Medicina.**

**Presidente do Colegiado: Prof. Dr. Carlos Eduardo Andrade Pinheiro.**

**Professora Orientadora: Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Rachel Duarte Moritz.**

**Co – Orientadora: Dr<sup>ª</sup> Lara Patrícia Kretzer.**

**Florianópolis**

**Universidade Federal de Santa Catarina**

**2011**

## **Dedicatória**

Dedico este trabalho aos meus pais, Waldemar Antônio Firmino e Maria de Mathia Firmino, que me deram a vida, dedicação, amor e carinho. Aos meus irmãos, Giane e Diego, e minha sobrinha , Rafa, pelo companheirismo e felicidade que ainda me proporcionam.

### **Agradecimentos**

Agradeço a todos os professores e colegas do curso. Agradecimento especial à Dr<sup>a</sup> Rachel, à Dr<sup>a</sup> Lara, e a acadêmica Milena Barbosa, sem as quais este trabalho não existiria.

## RESUMO

**Objetivo** - Aplicação piloto de escalas: de performance (PPS) e de avaliação de sintomas (ESAS) aos pacientes internados no HU/UFSC para identificação da gravidade e prognóstico das suas doenças assim como para avaliação do controle dos seus sintomas.

**Método** – Estudo de corte transversal, não intervencionista. Foi aplicado, aos pacientes internados na enfermaria, um protocolo no qual constavam dados sócio-demográficos, medicações em uso, PPS e ESAS.

**Resultados** - Participaram da pesquisa 22 homens (62,85%) e 13 mulheres (37,15%). O PPS médio da população foi de 78,9. Dos 35 pacientes, 13 referiram dor entre moderada e grave, 8 recebiam analgésicos não opióides, 1 recebia antiinflamatório não hormonal, 3 usavam opióide e 1 utilizava associação de morfina e dipirona. Dos 6 pacientes com náusea moderada-severa, metoclopramida era prescrita para 4 e ondansetrona para 2. Onze pacientes referiram depressão moderada-severa, 3 recebiam medicação antidepressiva. Dispnéia moderada à severa foi referida por 9 pacientes, 2 utilizavam cateter de oxigênio, 1 nebulização e 1 fazia uso de oxigênio mais nebulização. Dez pacientes apresentavam distúrbios do apetite moderado-severo, um recebia estímulo alimentar. Dezesesseis pacientes tinham cansaço moderado-severo. Nenhum recebia medicação. O mesmo acontecendo com os 13 que referiram sonolência e com os 8 que referiram ansiedade.

**Conclusão** – Os pacientes internados nas enfermarias clínicas do HU/UFSC apresentavam um estado geral razoável (alto PPS). Entretanto, seus sintomas não eram controlados satisfatoriamente. Os autores permitem-se sugerir que sejam promovidos programas de saúde visando à avaliação e o melhor controle dos sintomas de pacientes internados em instituições de saúde.

**Palavras – chave:** Cuidados no fim da vida, Assistência paliativa.

## **ABSTRACT**

**Objective** – The performance (PPS) and evaluation of symptoms (ESAS) scales were applied to patients admitted to the UFSC University Hospital in order to determine the severity and prognosis of their disease and evaluate symptom management.

**Method** - Cross-sectional study, non-interventionist. A protocol which included socio-demographic data, medications used, PPS, and ESAS was applied to patients admitted to clinical wards.

**Results** - We studied 22 men (62.85%) and 13 women (37.15%). The average PPS of the population was 78.9. Thirteen of the 35 patients reported moderate to severe pain, 8 received non-opioid analgesics, 1 received NSAID, 3 used an opioid drug, and 1 used a combination of morphine and dipyrone. Metoclopramide was prescribed to 4 out of 6 patients with moderate-severe nausea, and ondansetron for 2 of them. Eleven patients reported moderate to severe depression and 3 received antidepressant medication. Moderate to severe dyspnea was reported by 9 patients, where 2 used oxygen catheters, 1 used nebulization, and 1 used oxygen misting over nebulization. Ten patients had moderate to severe eating disorders and 1 received a feeding stimulus. Sixteen patients had moderate to severe fatigue, with none receiving specific medication for it.

The same happened to 13 patients who reported sleepiness and to 8 who reported anxiety.

**Conclusion** – Patients hospitalized in clinical wards of the UFSC University Hospital had a reasonable general condition (high PPS). However, their symptom control was not satisfactory. The authors suggest that health programs aimed at promoting better evaluation and symptom control for patients admitted to health institutions should be promoted.

**Keywords:** Terminal care, Palliative care

## INTRODUÇÃO

O aumento da expectativa de vida é uma realidade do mundo moderno. O desenvolvimento científico do século passado permitiu que muitas doenças anteriormente fatais se tornassem crônicas e de caráter degenerativo<sup>1 2 3</sup>. A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que 90% das mortes são decorrentes das doenças agudas incapacitantes e das enfermidades crônico - degenerativas que podem evoluir com um lento, longo e doloroso processo de morrer. A tecnologia atual permite que um paciente internado em uma unidade hospitalar receba suporte a órgãos com graus avançados – e muitas vezes irreversíveis – de disfunção, permitindo um prolongamento da vida. Esse prolongamento da vida, no entanto, também pode ser visto como um prolongamento do processo de morrer, o que frequentemente ocorre à custa do sofrimento do paciente, familiares e até mesmo profissionais envolvidos no processo. Essa “medicalização” da morte reflete a dificuldade encontrada pela sociedade moderna em aceitar o fato de que, a despeito do desenvolvimento tecnológico, a vida segue finita<sup>1 2</sup>.

Em consonância com esta tendência de visão da morte como fenômeno biológico a ser evitado a todo custo encontra-se o ensino médico, que privilegia a formação técnico-científica e o conhecimento tecnológico de ponta em detrimento do conhecimento acerca da relevância dos aspectos bio-psicossociais e da qualidade de vida dos pacientes<sup>4</sup>. Em um estudo publicado na revista CHEST em 2002, sobre expectativas de pacientes com DPOC, AIDS e câncer em relação ao seu tratamento, as principais queixas não foram referentes à inadequação técnica do cuidado, mas referentes ao déficit na comunicação e no suporte emocional aos pacientes, incluindo o não reconhecimento do desejo dos pacientes em conversar abertamente sobre a morte<sup>5</sup>.

É no contexto do questionamento da propriedade da visão “medicalizada” da morte que a OMS reconhece e recomenda os Cuidados Paliativos, como uma forma de cuidados em saúde que não tem na luta contra a morte seu ponto de partida. Alternativamente, tem seus alicerces no alívio do sofrimento e na melhora da qualidade de vida. De acordo com a OMS, os cuidados paliativos são “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 de outros problemas de natureza física, psicossocial e espiritual”<sup>1</sup>. A palição é indicada para qualquer paciente que convive ou está em risco de desenvolver uma doença que ameaça a vida, independentemente do diagnóstico, prognóstico ou idade, podendo complementar e até melhorar o tratamento modificador da doença. Em algumas situações, pode mesmo ser o único tratamento apropriado para a doença <sup>6</sup>.

A suspensão de terapias com objetivo curador ou modificador de doenças não significa o abandono de qualquer intervenção diagnóstica ou terapêutica e a espera pela morte. Ao contrário, objetiva a manutenção da qualidade de vida do paciente, e a melhora da qualidade de vida pode até mesmo ter impacto positivo na sobrevida do paciente. Em estudo recente, por exemplo, a introdução precoce de cuidados paliativos associados ao tratamento convencional a pacientes com diagnóstico de neoplasia de pequenas células de pulmão mostrou oferecer não apenas melhora da qualidade de vida mas também aumento significativo do tempo de sobrevida em comparação com a oferta de cuidados convencionais isoladamente <sup>7</sup>.

Na medicina paliativa, portanto, busca-se a qualidade da vida até o momento da morte. Neste sentido, os cuidados paliativos podem propor a limitação de medidas terapêuticas que tem como proposta combater a doença ou a morte. Isto porque muitas vezes os tratamentos são em si causadores de dor e desconforto e diante da inevitabilidade da morte, passam a ter indicação questionável. O reconhecimento da inevitabilidade, portanto, é fundamental para que a limitação seja justificada <sup>1</sup>.

Para esse fim torna-se importante a identificação da gravidade e do prognóstico das enfermidades. A escala de performance paliativa (PPS) é um instrumento validado e amplamente utilizado dentro da especialidade com o objetivo de estabelecimento prognóstico. Em um recente estudo, por exemplo, o número médio de dias sobrevividos por pacientes com câncer foram diferentes entre três grupos, formados de acordo com sua pontuação no PPS: seis dias para o grupo com 30% ou menos, 19 dias para o grupo com 40%, e 34 dias para o grupo com 50% ou mais<sup>8</sup>. Por apresentar boa relação com o prognóstico, é recomendado o emprego cotidiano desta escala como instrumento auxiliar na tomada de decisões. Planos terapêuticos são melhor definidos e intervenções inapropriadas são prevenidas em pacientes vulneráveis<sup>1 8 9</sup>. O PPS se mostra uma



ferramenta apropriada para diagnosticar condições fora de perspectiva de cura, facilitando a suspensão de terapias desnecessárias e por vezes prejudiciais ao paciente<sup>10</sup>. Além disto, um prognóstico acurado auxilia o profissional a planejar apropriadamente os cuidados, podendo estabelecer melhor o momento de associar os cuidados paliativos aos curativos no início da terapia assim como o momento em que os cuidados paliativos exclusivos passam a ser a opção que trará maior conforto ao paciente e sua família<sup>11 12 13</sup>.

A PPS varia de 0 a 100%, apresentando-se em 11 estágios e intervalos decimais, não aceitando valores intermediários. Baseia-se em cinco parâmetros básicos: capacidade de locomoção, atividade e evidência da doença, capacidade para o autocuidado, ingesta alimentar espontânea e nível de consciência. A leitura se faz da esquerda para a direita e, quanto mais baixo o valor, maior a intensidade dos parâmetros à direita<sup>1 8 14 15</sup>. Pode ser classificada da seguinte forma: estável (70% - 100%), transicional (40% - 60%) e final da vida (10% - 30%)<sup>14</sup>.

A qualidade de vida de pacientes com doenças terminais, pode ser afetada não somente por tratamentos agressivos e inapropriados, mas pela presença de sintomas impostos pela doença e seus tratamentos. Frequentemente estes sintomas podem ser intensos os suficiente para impor limitações às atividades básicas dos pacientes tais como dormir, falar, comer, interagir com os outros. A identificação precoce dos sintomas é, portanto, de primordial importância. Para tal, a escala de sintomas de Edmonton (ESAS) é uma ferramenta também validada e amplamente utilizada pelos cuidados paliativos<sup>3 16 17</sup>. Essa escala permite não apenas a constatação de sintomas, mas também a intensidade dos mesmos. A escala avalia nove principais sintomas: dor, náusea, cansaço, sonolência, depressão, ansiedade, apetite, dispnéia e bem estar geral<sup>15</sup>. Outros sintomas específicos a condição de cada paciente, tais como perda de peso, déficit cognitivo, disfagia e alterações de hábito intestinal também podem ser incluídos<sup>18</sup>. A intensidade é definida por uma escala numérica de 0 a 10, onde zero define ausência do sintoma e 10 a presença do sintoma em sua maior intensidade. A avaliação da intensidade dos sintomas permite a adequação da terapêutica à intensidade relatada e mais fundamentalmente o seu uso sistemático nas visitas diárias aos pacientes permite a

avaliação da resposta destes sintomas às terapias propostas, permitindo assim melhor controle dos sintomas<sup>3</sup>.

A proposta deste trabalho baseia-se na importância da identificação do prognóstico das doenças e da identificação precoce dos sintomas de pacientes internados no Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago da Universidade Federal de Santa Catarina (HU/UFSC). O objetivo deste estudo é a aplicação piloto do PPS e do ESAS aos pacientes internados na enfermaria de clínica do HU/UFSC como forma de identificação de condições de terminalidade e como forma de identificação de sintomas prevalentes. A coleta de dados referentes ao tratamento oferecido tem como objetivo estabelecer o quanto que os sintomas apresentados estão sendo abordados.

## **MÉTODOS**

Este é um estudo de corte transversal, não intervencionista, realizado no HU/UFSC, no período de maio a julho de 2011, após a aprovação da comissão de ética da instituição (número 1853/11). Todos os participantes ficaram cientes do conteúdo da pesquisa. Os termos de consentimento foram assinados pelos próprios pacientes ou por seus representantes legais.

Foi aplicado, pelo pesquisador, aos pacientes internados nas enfermarias de clínica médica 1 e 2 do HU/UFSC, escolhidos de forma aleatória, um protocolo de coleta de dados no qual constavam dados sócio-demográficos, medicações em uso, PPS e ESAS. Para o cálculo da PPS, foram anotados os dados referidos pelos pacientes. O ESAS foi aplicado de forma verbal, sem o uso de escalas visuais acessórias. Através do ESAS os sintomas foram caracterizados como graves quando atingem uma pontuação de 7 a 10, moderados de 4 a 6 e leves de 1 a 3<sup>14</sup>. Concomitantemente, foram anotadas as medicações sintomáticas prescritas aos pacientes.

Foram anotadas da prescrição medidas terapêuticas específicas prescritas para controle de sintomas. Quanto ao controle da dor, por exemplo, o protocolo observava a prescrição de analgésicos não opióides, anti-inflamatórios não hormonais (AINES) ou opióides. Para abordagem da astenia observou-se o uso de corticoterapia ou terapia hormonal. Para o tratamento de náuseas foi verificado o uso de metoclopramida ou

ondansetrona. Em relação à depressão e ansiedade observou-se a administração de antidepressivos, psicoestimulantes ou ansiolíticos e acompanhamento com o serviço de psicologia. Benzodiazepínicos, indutores do sono, e/ou higiene do sono foram verificados para o tratamento da insônia. Estímulo alimentar ou sonda nasogástrica para o controle da anorexia. Oxigenioterapia, broncodilatadores ou nebulização foram verificados quanto ao controle da dispnéia e para o tratamento da obstipação foi constatado se havia orientações dietéticas ou uso de laxativos tais como óleo mineral, lactulona ou fleet enema.

## **RESULTADOS**

Participaram da pesquisa 35 pacientes, sendo 22 homens (62,85%) e 13 mulheres (37,15%). A idade variou de 15 a 87 anos, com uma média de 61,7 anos e um desvio padrão de 20.

O PPS médio da população total foi de 78,9. Em menores de 50 anos, a média ficou em 78,1. Já em maiores de 50 anos, a média foi de 79 ( $p = NS$ ). Estes resultados aparecem na tabela 1.

Entre os 35 pacientes, a prevalência de sintomas moderados a graves (ESAS 4 a 10) foi: cansaço (16 queixas), dor (13), sonolência (13), tristeza/depressão (11), falta de apetite (10), dispnéia (9) e ansiedade (8), náuseas e vômitos (6). Tabela 2.

Dos 13 pacientes que referiram dor entre moderada e grave (ESAS entre 4 e 10), todos já estavam recebendo algum tipo de medicação analgésica: 8 deles recebiam analgésicos não opióides (dipirona), 1 recebia antiinflamatório não hormonal, 3 recebiam opióide (morfina via oral) e 1 recebia combinação de morfina a critério médico e dipirona de horário.

Dos 6 pacientes com náusea moderada à grave, todos recebiam medicação. Metoclopramida foi prescrita para 4 doentes e ondansetrona para 2. Dos onze pacientes que referiram depressão moderada à grave apenas 3 recebiam medicação antidepressiva. Dos 10 pacientes com distúrbios no apetite moderado a grave, apenas 1 recebia estímulo alimentar, com acompanhamento mais estreito pela nutricionista.

Dispnéia foi um dos sintomas menos comuns, sendo que 21 pacientes referiram não possuir tal sintoma. Dos 9 pacientes que avaliaram seu sintoma como moderado ou grave, 4 (44,4%) recebiam alguma medida terapêutica: 2 utilizavam oxigênio inalatório através de cateter nasal, 1 recebia nebulização de horário e 1 fazia uso de oxigênio inalatório associado à nebulização eventual.

Os sintomas de cansaço, ansiedade e sonolência foram os menos abordados pela equipe médica. Dos 16 pacientes com cansaço moderado a grave, nenhum recebia medicação ou intervenção terapêutica específica. O mesmo acontecendo com os 13 pacientes que referiram sonolência e com os 8 pacientes que referiram ansiedade moderada ou grave. Os dados sobre os sintomas estão apresentados na tabela 3.

## **DISCUSSÃO**

Este estudo possui uma população com predomínio de idosos, a média de idade foi de 61,7 anos, refletindo o padrão demográfico do país. O número de idosos no Brasil passou de 3 milhões em 1960, para 20 milhões em 2008<sup>19</sup>. Esta transição vem acompanhada de um aumento na prevalência de enfermidades crônicas e degenerativas e um por aumento do número de internações hospitalares de pacientes com estas condições<sup>4 20 21</sup>. Essa mudança no perfil de internações também exige uma adaptação nos planos de cuidados das instituições hospitalares. Isto porque estes pacientes apresentam diferentes graus de dependência física e alta prevalência de sintomas crônicos e debilitantes que interferem negativamente na qualidade de vida<sup>22</sup>. O modelo centrado na cura de doenças, portanto, precisa estar acompanhado de um modelo centrado na manutenção da qualidade de vida por este adaptar-se melhor à abordagem de doenças crônicas e degenerativas<sup>4 23</sup>.

A importância da manutenção da qualidade de vida é princípio fundamental dos cuidados paliativos. Este modelo de cuidados ajusta-se bem às necessidades de pacientes com doenças avançadas e terminais<sup>7 11 24</sup>. A avaliação do grau de funcionalidade, medida através do PPS, costuma ser um critério importante na elaboração do plano de cuidados<sup>25</sup>, já que diferentes níveis de funcionalidade exigem diferentes medidas para o alcance de uma melhora da qualidade de vida. Por exemplo, uma cirurgia para instalação de gastrostomia pode ser apropriada para um paciente com

bom grau de funcionalidade, este mesmo procedimento pode ser considerado inapropriado a um paciente com grau de funcionalidade baixo, onde a expectativa de vida é inferior a poucas semanas. No primeiro caso, a potencial melhora do estado funcional pode ter impacto positivo na qualidade de vida, o que justifica a realização do procedimento. No caso do paciente com baixa funcionalidade o estado nutricional não tem mais impacto na qualidade de vida, de maneira que a realização do procedimento não é justificada, pois além de fútil pode piorar a qualidade de vida do paciente ao expô-lo a complicações como a dor pós-operatória.

Neste estudo, apesar de incluir pacientes portadores de doenças crônicas e degenerativas, o PPS dos pacientes foi alto, tanto em maiores quanto em menores de 50 anos (média de 79 e 78,1, respectivamente). Neste grupo de pacientes não seria esperada a introdução de medidas puramente paliativas ou limitação significativa de medidas diagnósticas e terapêuticas. Esta amostra não corresponde às expectativas atuais de que uma parcela significativa de pacientes internados em enfermarias clínicas de hospitais gerais apresente baixo grau de funcionalidade, ou seja, baixo PPS. Isto se deve provavelmente à pequena amostra alcançada por este estudo piloto, que não afirma ter representatividade estatística.

Esta amostra, no entanto, chama a atenção para o fato de que pacientes com doenças crônicas e degenerativas podem apresentar alto grau de funcionalidade durante a maior parte do período de evolução natural de suas doenças. O esforço para a manutenção desta boa funcionalidade é fundamental na elaboração do plano de cuidados destes pacientes. Dentro desta linha de raciocínio o controle dos sintomas provocados por suas doenças de base e tratamentos específicos é essencial.

Conforme discutido acima, o controle impecável de sintomas está diretamente ligado a melhora da qualidade de vida e conforto dos pacientes e por esta razão deve ser um dos objetivos principais do plano de cuidados de todos os pacientes. O presente estudo, no entanto, observa que este objetivo nem sempre era seguido no plano de cuidados de cada paciente. Observou-se não apenas que a carga de sintomas relatada pelos pacientes era alta, mas também que estes inúmeros sintomas não se encontravam adequadamente controlados, sendo que muitos destes sequer eram abordados.

A dor, por exemplo, que foi referida como moderada ou grave em 37, 14% dos pacientes, foi evidenciada de alguma maneira pela equipe assistente, já que todos os pacientes que apresentavam esta queixa recebiam alguma medicação. No entanto, permaneciam com o sintoma em moderado ou alto grau. Infere-se que embora a identificação do sintoma tenha sido adequada, houve falha na preocupação com o bom controle do mesmo. Este dado vem de acordo com outros estudos sobre controle de dor. A avaliação da dor relacionada ao câncer é um exemplo clássico de sintoma pobremente controlado<sup>26</sup>. A mesma situação é observada em relação às náuseas: todos os pacientes recebiam medida de alívio deste sintoma, no entanto, este objetivo não estava alcançado. A introdução de medidas sistemáticas que permitam a avaliação do controle dos sintomas tais como o ESAS, poderia contribuir significativamente na melhora do atendimento a estes pacientes<sup>3</sup>.

Sintomas como cansaço, ansiedade e sonolência foram ainda mais inadequadamente abordados pela equipe de saúde, já que sequer foram identificados. Segundo os pacientes, de modo geral, eles não haviam sido indagados sobre a presença destes sintomas. Se detectados, estes sintomas poderiam ser potencialmente controlados por terapias, algumas delas bastante simples como medidas de higiene do sono, apoio psicológico e até mesmo o uso de fármacos facilmente disponíveis a nível hospitalar<sup>1</sup><sup>27</sup>. Estes achados também correspondem aos achados de demais estudos sobre o tema. Há ampla evidência na literatura médica que sintomas em geral não são avaliados durante uma visita clínica rotineira<sup>16</sup><sup>27</sup><sup>28</sup>. A aplicação do ESAS nas visitas diárias seria uma forma de controlar mais satisfatoriamente sintomas que causam grande desconforto e diminuem a qualidade de vida dos pacientes internados<sup>3</sup>.

Este estudo possui limitações impostas pelo pequeno número da amostra e por seu corte transversal, o que não permitiu o seguimento e desfecho das internações. No entanto, os achados estão em harmonia com a literatura médica sobre tema, principalmente ao apontar o pobre controle da dor e a identificação da fadiga como sintoma mais prevalente e, ao mesmo tempo, pouco ou não detectado pela equipe de saúde.

## CONCLUSÃO

Conclui-se que nesta amostra de estudo piloto a prevalência de sintomas de intensidade moderada a grave foi significativa e de acordo com literatura relevante. Estes sintomas, no entanto, não eram controlados de forma satisfatória. Tal achado aponta para a exigência ética da promoção de programas de saúde visando melhor avaliação e controle dos sintomas de pacientes internados com o objetivo de melhorar a qualidade de vida dos mesmos. Como resultado prático deste estudo, os autores se permitem sugerir o uso rotineiro das escalas de funcionalidade, tais como o PPS, e principalmente escalas de controle de sintomas, tais como o ESAS, como estratégias que podem trazer grande benefício aos pacientes internados, trazendo o atendimento hospitalar destes pacientes efetivamente em linha com os princípios dos cuidados paliativos e com o compromisso ético de humanização das ações em saúde.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Paliativos AN de C. Manual de Cuidados Paliativos - ANCP. 1st ed. Rio de Janeiro: 2009.
2. Doyle D, Woodruff R. The IAHPC Manual of Palliative Care. 2nd ed. IAHPC Press; 2008.
3. Sigurdardottir KR, Haugen DF. Prevalence of distressing symptoms in hospitalised patients on medical wards: A cross-sectional study. *BMC palliative care*. 2008 Jan;7:16.
4. Bifulco VA, Iochida LC. A formação na graduação dos profissionais de saúde e a educação para o cuidado de pacientes fora de recursos terapêuticos de cura. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 2009 Mar;33(1):92-100.
5. Curtis JR, Wenrich MD, Carline JD, Shannon SE, Ambrozy DM, Ramsey PG. Patients' perspectives on physician skill in end-of-life care: differences between patients with COPD, cancer, and AIDS. *Chest*. 2002 Jul 1;122(1):356-62.
6. Moritz RD, Deicas A, Capalbo M, Forte DN, Kretzer LP, Lago P, et al. II Fórum do “Grupo de Estudos do Fim da Vida do Cone Sul”: definições,

recomendações e ações integradas para cuidados paliativos na unidade de terapia intensiva de adultos e pediátrica. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*. 2011 Mar;23(1):24-29.

7. Temel JS, Greer J a, Muzikansky A, Gallagher ER, Admane S, Jackson V a, et al. Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer. *The New England journal of medicine*. 2010 Aug 19;363(8):733-42.

8. Weng L-C, Huang H-L, Wilkie DJ, Hoenig NA, Suarez ML, Marschke M, et al. Predicting survival with the Palliative Performance Scale in a minority-serving hospice and palliative care program. *Journal of pain and symptom management*. 2009 Apr;37(4):642-8.

9. Olajide O, Hanson L, Usher BM, Qaqish BF, Schwartz R, Bernard S. Validation of the palliative performance scale in the acute tertiary care hospital setting. *Journal of palliative medicine*. 2007 Feb;10(1):111-7.

10. Harrold J, Rickerson E, Carroll JT, McGrath J, Morales K, Kapo J, et al. Is the palliative performance scale a useful predictor of mortality in a heterogeneous hospice population? *Journal of palliative medicine*. 2005 Jun;8(3):503-9.

11. Moritz RD, Lago PMD, Souza RPD, Silva NBD, Meneses FAD, Othero JCB, et al. Terminalidade e cuidados paliativos na unidade de terapia intensiva. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*. 2008 Dec;20(4):422-428.

12. Bradley CT, Brasel KJ. Developing guidelines that identify patients who would benefit from palliative care services in the surgical intensive care unit. *Critical care medicine*. 2009 Mar;37(3):946-50.

13. Meyers FJ, John Linder. Simultaneous Care: Disease Treatment and Palliative Care Throughout Illness. *Journal of Clinical Oncology*. 2003 Apr 1;21(7):1412-1415.

14. Barbera L, Seow H, Howell D, Sutradhar R, Earle C, Liu Y, et al. Symptom burden and performance status in a population-based cohort of ambulatory cancer patients. *Cancer*. 2010 Dec 15;116(24):5767-76.

15. Watanabe S, Nekolaichuk C, Beaumont C, Mawani A. The Edmonton symptom assessment system--what do patients think? *Supportive care in cancer*: official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer. 2009 Jun;17(6):675-83.

16. Bainbridge D, Seow H, Sussman J, Pond G, Martelli-Reid L, Herbert C, et al. Multidisciplinary health care professionals' perceptions of the use and utility of a symptom assessment system for oncology patients. *Journal of oncology practice / American Society of Clinical Oncology*. 2011 Jan;7(1):19-23.



17. Modonesi C, Scarpi E, Maltoni M, Derni S, Fabbri L, Martini F, et al. Impact of palliative care unit admission on symptom control evaluated by the edmonton symptom assessment system. *Journal of pain and symptom management*. 2005 Oct;30(4):367-73.
18. Head B, Ritchie CS, Smoot TM. Prognostication in Hospice Care: Can the Palliative Performance Scale Help? *Journal of Palliative Medicine*. 2005 Jun;8(3):492-502.
19. Veras R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. *Revista de Saúde Pública*. 2009 Jun;43(3):548-554.
20. Teno JM, Clarridge BR, Casey V, Welch LC, Wetle T, Shield R, et al. Family perspectives on end-of-life care at the last place of care. *JAMA*: the journal of the American Medical Association. 2004 Jan 7;291(1):88-93.
21. Hall S, Goddard C, Stewart F, Higginson IJ. Implementing a quality improvement programme in palliative care in care homes: a qualitative study. *BMC geriatrics*. 2011 Jan;11(1):31.
22. Makary M a, Segev DL, Pronovost PJ, Syin D, Bandeen-Roche K, Patel P, et al. Frailty as a predictor of surgical outcomes in older patients. *Journal of the American College of Surgeons*. 2010 Jun;210(6):901-8.
23. Steinhauser KE, Christakis NA, Clipp EC, McNeilly M, McIntyre L, Tulsky JA. Factors considered important at the end of life by patients, family, physicians, and other care providers. *JAMA*: the journal of the American Medical Association. 2000 Nov 15;284(19):2476-82.
24. Floriani CA, Schramm FR. Cuidados paliativos: interfaces, conflitos e necessidades. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2008 Dec;13(2):2123-2132.
25. Lau F, Maida V, Downing M, Lesperance M, Karlson N, Kuziemsky C. Use of the Palliative Performance Scale (PPS) for end-of-life prognostication in a palliative medicine consultation service. *Journal of pain and symptom management*. 2009 Jun;37(6):965-72.
26. Jocham HR, Dassen T, Widdershoven G, Halfens R. Evaluating Palliative Care — A Review of the Literature. *Palliative Care*: Research and Treatment. 2009;3:5-12.
27. Radbruch L, Strasser F, Elsner F, Gonçalves JF, Løge J, Kaasa S, et al. Fatigue in palliative care patients -- an EAPC approach. *Palliative medicine*. 2008 Jan;22(1):13-32.

28. Bruera E, Michaud M, Vigano A, Neumann C, Watanabe S, Hanson J. Multidisciplinary symptom control clinic in a cancer center: a retrospective study. *Supportive Care in Cancer*. 2001 May 8;9(3):162-168.

## Tabelas

**Tabela 1 – PPS\* médio e média de sintomas moderados / graves por sexo e idade**

Sexo/idade	PPS médio (DP)	Média de sintomas moderados / graves
Sexo		
Masculino	79,54 (21,92)	2,86
Feminino	77,69 (10,12)	2,92
Idade		
< 50	78,1 (20)	3,12
> 50	79,47 (16,8)	2,7

\*PPS = Palliative Performance Scale – Escala de Performance Paliativa.

**Tabela 2 – Distribuição das queixas de acordo com a gravidade no ESAS\***

Sintoma	Sem sintoma	Leve	Moderado	Grave
Dor	15	7	7	6
Cansaço	15	4	7	9
Náusea	24	6	3	2
Depressão	16	8	8	3
Ansiedade	16	11	3	5
Sonolência	16	6	5	8
Apetite	15	10	6	4
Dispneia	21	5	4	5
Bem - estar	9	10	9	7

\* ESAS = Edmonton Symptom Assessment Scale – Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton

Tabela 3 – Número de pacientes com sintomas moderados / graves recebendo medidas específicas ao sintoma.

<b>Sintomas moderados - graves</b>	<b>Nº Pacientes</b>	<b>Recebendo medidas</b>	
		<b>N</b>	<b>(%)</b>
<b>ESAS*</b>			
<b>Dor</b>	13	13	(100%)
<b>Cansaço</b>	16	0	(0%)
<b>Náusea</b>	6	6	(100%)
<b>Depressão</b>	11	3	(27,27%)
<b>Ansiedade</b>	8	0	(0%)
<b>Sonolência</b>	13	0	(0%)
<b>Apetite</b>	10	1	(10%)
<b>Dispneia</b>	9	4	(44,4%)

\* ESAS = Edmonton Symptom Assesment Scale – Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton

## Apêndice



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**  
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO - DIVISÃO DE CLÍNICA  
MÉDICA

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Está sendo desenvolvido, na Universidade Federal de Santa Catarina, um estudo que pretende avaliar os cuidados paliativos oferecidos aos pacientes internados nas enfermarias de clínica médica do Hospital Universitários da UFSC, com objetivo de traçar um perfil dos pacientes e organizar um modelo de assistência adequado aos pacientes com doenças avançadas e terminais. Este trabalho é coordenado pela professora doutora Rachel Duarte Moritz e desenvolvido pelos acadêmicos Milena Mazaro Barbosa e Tiago de Mathia Firmino.

Até o início do século XX, a imensa maioria das pessoas experimentava o processo de morrer em suas casas, junto aos familiares e amigos. Com o passar dos anos, houve um grande avanço científico nos campos médico-cirúrgico, farmacêutico e na tecnologia de diagnóstico e apoio. A partir de então, tornou-se cada vez mais comum vivenciar o processo de morrer dentro do hospital, longe dos entes queridos e envoltos em máquinas e procedimentos de alta tecnologia.

O impacto dessa nova realidade no processo de morrer trouxe, simultaneamente, uma reflexão sobre a nova qualidade de vida dos enfermos. Desde então, importantes contribuições sobre o tratamento para pacientes terminais vêm sendo feitas pela área de cuidados paliativos. Neles o objetivo é resgatar a dignidade do paciente respeitando a sua autonomia e evitando condutas prejudiciais.

Desta forma, os cuidados paliativos procuram oferecer um processo de morrer sem sofrimentos em princípio evitáveis. Para tanto, seria necessária a organização de uma equipe interdisciplinar, a qual se propunha a amparar o paciente, ofertando conforto o mais precocemente possível.

O presente estudo em nada interferirá no tratamento estabelecido aos pacientes durante a pesquisa. Este estudo é apenas de observação, e os dados serão guardados pelos pesquisadores e utilizados neste trabalho. A identidade dos pacientes não será divulgada. Para esclarecimentos sobre a pesquisa, ou para a desistência da mesma, pode ser feito contato com a acadêmica Milena Mazaro Barbosa pelo número (48) 99268426 ou com o acadêmico Tiago de Mathia Firmino pelo número (48) 88095401.

---

Aca. Milena Mazaro Barbosa – pesquisador principal

Eu, \_\_\_\_\_,  
CPF \_\_\_\_\_ tendo recebido as informações acima e sabendo dos meus direitos abaixo relacionados, concordo em participar deste estudo.

1. A garantia de receber a resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento a qualquer dúvida acerca dos procedimentos, riscos, benefícios e outros assuntos relacionados com o estudo e o tratamento a que serei submetido;

2. A liberdade de retirar meu consentimento a qualquer momento e deixar de participar no estudo sem que isso traga prejuízo ao tratamento recebido;

3. A segurança de que as informações a meu respeito são confidenciais;

4. Que não terei gastos financeiros com o estudo.

Assinatura

---

Florianópolis, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_.

## Anexo 1

<b>Quadro 2 – Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton (ESAS)</b>		
Avaliação de sintomas:		
Paciente:	Registro:	
Preenchido por: _____	Data:	
Por favor, circule o nº que melhor descreve a intensidade dos seguintes sintomas neste momento (também se pode perguntar a média durante as últimas 24 horas).		
Sem dor	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10	Pior dor possível
Sem cansaço	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10	Pior cansaço possível
Sem náusea	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10	Pior náusea possível
Sem depressão	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10	Pior depressão possível
Sem ansiedade	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10	Pior ansiedade possível
Sem sonolência	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10	Pior sonolência possível
Muito bom apetite	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10	Pior apetite possível
Sem falta de ar	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10	Pior falta de ar possível
Melhor sensação de bem-estar possível	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10	Pior sensação de bem-estar possível
Outro problema	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10	

Fonte: Regional Palliative Care Program, Capital Health, Edmonton, Alberta, 2003.  
Traduzido e adaptado ao português por Neto, IG. 2006.

Fonte: Manual de Cuidados Paliativos - ANCP. 1st ed. Rio de Janeiro: 2009.



## Anexo 2

<b>Tabela 4 – Escala de performance paliativa</b>					
%	Deambulação	Atividade e evidência de doença	Autocuidado	Ingestão	Nível de consciência
100	Completa	Normal, sem evidência de doença	Completo	Normal	Completo
90	Completa	Normal, alguma evidência de doença	Completo	Normal	Completo
80	Completa	Com esforço, alguma evidência de doença	Completo	Normal	Completo
70	Reduzida	Incapaz para o trabalho, alguma evidência de doença	Completo	Normal ou reduzida	Completo
60	Reduzida	Incapaz de realizar hobbies, doença significativa	Assistência ocasional	Normal ou reduzida	Completo ou com períodos de confusão
50	Sentado ou deitado	Incapacitado para qualquer trabalho, doença extensa	Assistência considerável	Normal ou reduzida	Completo ou com períodos de confusão
40	Acamado	<i>Idem</i>	Assistência quase completa	Normal ou reduzida	Completo ou com períodos de confusão
30	Acamado	<i>Idem</i>	Dependência completa	Reduzida	Completo ou com períodos de confusão
20	Acamado	<i>Idem</i>	<i>Idem</i>	Ingestão limitada a colheradas	Completo ou com períodos de confusão
10	Acamado	<i>Idem</i>	<i>Idem</i>	Cuidados com a boca	Confuso ou em coma
0	Morte	-	-	-	-

Fonte: Manual de Cuidados Paliativos - ANCP. 1st ed. Rio de Janeiro: 2009.

## **Anexo 3**

### **Normas da Revista da Associação Médica Brasileira**

#### **Estilo e preparação de originais**

O trabalho deverá ser redigido em corpo 12, no máximo em 15 laudas de 30 linhas cada, espaço 1,5 linha, com margem de 3 cm de cada lado, no topo e no pé de cada página. Todas as páginas, excluída a do título, devem ser numeradas.

#### **Página título**

Deverá conter:

**a)** O título do trabalho, também na versão em inglês, deverá ser conciso e não exceder 75 toques ou uma linha

**b)** nome, sobrenome do autor e instituição a qual pertence o autor;

**c)** nome e endereço da instituição onde o trabalho foi realizado;

**d)** Carta de apresentação, contendo assinatura de todos os autores, responsabilizando-se pelo conteúdo do trabalho, porém apenas um deve ser indicado como responsável pela troca de correspondência. Deve conter telefone, fax, e endereço para contato.

**e)** Aspectos éticos. Carta dos autores revelando eventuais conflitos de interesse (profissionais, financeiros e benefícios diretos ou indiretos) que possam influenciar ter influenciado os resultados da pesquisa ou o conteúdo do trabalho. Na carta deve constar ainda, quando cabível, a data da aprovação do trabalho pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição à qual estão vinculados os autores.

### **Itens dos artigos**

Os artigos originais deverão conter, obrigatoriamente, *Introdução, Métodos, Resultados, Discussão, Conclusões e Referências Bibliográficas*.

### **Notas de rodapé**

Só as estritamente necessárias; devem ser assinaladas no texto e apresentadas em folha separada após a do resumo, com subtítulo nota de *rodapé*.

### **AGRADECIMENTOS**

Apenas a quem colabore de modo significativo na realização do trabalho. Devem vir antes das referências bibliográficas.

### **RESUMO/SUMMARY**

O resumo, com no máximo 250 palavras, deverá conter *objetivo, métodos, resultados e conclusões*. Após o resumo deverão ser indicados, no máximo, seis Unitermos (recomenda-se o vocabulário controlado do .Decs-Descritores em Ciências da Saúde, publicação da Bireme - Centro Latino Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde ([www.bireme.br/terminologiaemsaude](http://www.bireme.br/terminologiaemsaude))). Para os termos em inglês recomenda-se o MeSH da base Medline. O *Summary* visa permitir a perfeita compreensão do artigo. Apresentado em folha separada, seguir o mesmo modelo do resumo: *Background, Methods, Results, Conclusions*. Deve ser seguido de *Key words*.

Artigos escritos em português devem conter, na segunda página, dois resumos: um em português e outro em inglês (*Summary*). Artigos escritos em espanhol devem apresentar resumos em inglês (*Summary*) e português. Os escritos em inglês devem conter resumo também em português.

### **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

As referências bibliográficas devem ser dispostas por ordem de entrada no texto e numeradas consecutivamente, sendo obrigatória sua citação.

Devem ser citados todos os autores, quando até seis; acima deste número, citam-se os seis primeiros seguidos de et al. O periódico deverá ter seu nome abreviado de acordo com a LIST OF JOURNALS INDEXED IN INDEX MEDICUS do ano corrente, disponível também on-line nos sítios: [www.nlm.nih.gov/tsd/serials/lji.html](http://www.nlm.nih.gov/tsd/serials/lji.html) ou [www.nlm.nih.gov/citingmedicine](http://www.nlm.nih.gov/citingmedicine) ou, se não for possível, a Associação de Normas Técnicas (ABNT). Exemplos:

1. Parkin DM, Clayton D, Black RJ, Masuyer E, Friedl HP, Ivanov E, et al. Childhood leukaemia in Europe after Chernobyl: 5 year follow-up. *Br J Cancer* 1996;73:1006-12.

2. Vega KJ, Pina I, Krevsky B. Heart transplantation is associated with an increased risk for pancreatobiliary disease. *Ann Intern Med* 1996;124:980-3.

3. The Cardiac Society of Australia and New Zealand. Clinical exercise stress testing. Safety and performance guidelines. *Med J Aust* 1996; 164:282-4.

4. Cancer in South Africa [editorial]. *S Afr Med J* 1994;84:15.

5. Phillips SJ, Whisnant JP. Hypertension and stroke. In: Laragh JH, Brenner BM, editors. *Hypertension: pathophysiology, diagnosis and management*. 2nd ed. New York: Raven Press; 1995.p.465-78.

6. Morse SS. Factors in the emergence of infectious diseases. *Emerg Infect Dis* [serial on line] 1995 Jan-Mar [cited 1996 Jun 5];1(1):[24 screens]. Available from: URL: [www.cdc.gov/ncidod/EID/eid.htm](http://www.cdc.gov/ncidod/EID/eid.htm).

7. Leite DP. Padrão de prescrição para pacientes pediátricos hospitalizados: uma abordagem farmacoepidemiológica [dissertação]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, 1998.

Referências de "resultados não publicados" e "comunicação pessoal" devem aparecer, entre parênteses, seguindo o(s) nome(s) individual (is) no texto. Exemplo: Oliveira AC, Silva PA e Garden LC (resultados não publicados). O autor deve obter permissão para usar "comunicação pessoal".

## CITAÇÕES BIBLIOGRÁFICAS

As citações bibliográficas no texto devem ser numeradas com algarismos arábicos sobrescritos, na ordem em que aparecem no texto. Exemplo: Até em situações de normoglicemia<sup>6</sup> ...

## **FIGURAS, TABELAS, GRÁFICOS, ANEXOS**

No original deverão estar inseridos tabelas, fotografias, gráficos, figuras ou anexos. Devem ser apresentados apenas quando necessários, para a efetiva compreensão do texto e dos dados, totalizando no MÁXIMO TRÊS.

a) As figuras, sempre em preto e branco, devem ser originais e de boa qualidade. As letras e símbolos devem estar na legenda.

b) As legendas das figuras e tabelas devem permitir sua perfeita compreensão, independente do texto.

c) As tabelas, com título e legenda, deverão estar em folhas individuais.

d) Cada figura deverá conter, no verso, o nome do primeiro autor e o número da figura, e sua posição deverá ser indicada com seta. Figuras e tabelas, em folhas individuais, deverão ser numeradas separadamente, usando algarismo arábico, na ordem em que aparecem no texto.

## **ABREVIações/NOMENCLATURA**

O uso de abreviações deve ser mínimo. Quando expressões extensas precisam ser repetidas, recomenda-se que suas iniciais maiúsculas as substituam após a primeira menção. Esta deve ser seguida das iniciais entre parênteses. Todas as abreviações em tabelas e figuras devem ser definidas nas respectivas legendas.

Apenas o nome genérico do medicamento utilizado deve ser citado no trabalho.

## **TERMINOLOGIA**

Visando o emprego de termos oficiais aos trabalhos publicados, a Revista da Associação Médica Brasileira adota a Terminologia Anatômica Oficial Universal, aprovada pela Federação Internacional de Associações de Anatomistas (FIAA). As indicações bibliográficas para consulta são as seguintes: FCAT - IFAA (1998) - International Anatomical Terminology - Stuttgart- Alemanha - Georg Thieme Verlag ou CTA-SBA (2001)- Terminologia Anatômica . S. Paulo . Editora Manole

## Anexo 4

---

### *Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos – CPSH/UFSC*

**Parecer Consubstanciado Nº: 1853/11**

---

**Data de Entrada no CEP:** 16/03/2011

**Título do Projeto:** AVALIAÇÃO SOBRE OS CUIDADOS PALIATIVOS OFERECIDOS AOS PACIENTES INTERNADOS NA ENFERMARIA DO HU-UFSC

**Pesquisador Responsável:** Rachel Duarte Moritz

**Pesquisador Principal:** Milena Mazaró Barbosa

**Propósito:** Projeto de Conclusão de Curso

**Instituição onde se realizará:** Hospital(s)

#### **Objetivos (Preenchido pelo pesquisador)**

---

a) Registrar os principais diagnósticos dos pacientes em estado de doenças avançada ou terminal nas enfermarias de clínica médica do HU-UFSC, qualificados em: câncer; SIDA; Sds demências; doenças neurológicas progressivas; ICC; DPOC; IRC; seqüelas neurológicas; e outras situações incuráveis e em progressão, conforme apontado na revisão bibliográfica; b) Traçar um perfil dos pacientes em estado de doenças avançada ou terminal nas enfermarias de clínica médica do HU-UFSC; c) Identificar e analisar as terapêuticas administradas a esses pacientes; d) Apontar o conhecimento dos médicos, dos familiares e dos pacientes sobre a condição de doente em estado avançado e terminal.

### **Sumário do Projeto (Preenchido pelo pesquisador)**

---

**Breve introdução/Justificativa:** Diante da necessidade moral de se organizar um modelo de assistência adequado aos pacientes com doenças avançadas e terminais, e para que possamos construir uma sociedade que não exclua estes pacientes da assistência, propiciando a eles um processo de morrer digno, torna-se necessário que a disciplina de cuidados paliativos faça parte obrigatoriamente da graduação para os profissionais de saúde e que sejam realizadas maiores pesquisas neste meio, sobre os vários aspectos que envolvem os cuidados no fim da vida, incluindo-se aqui estudos sobre as preferências dos pacientes e de seus familiares acerca de tratamentos e de intervenções.

**Tamanho da Amostra: (indique como foi estabelecido):** 50

**Participantes / Sujeitos: (quem será o objeto da pesquisa):** 50

**Infraestrutura, do local onde será realizada a Pesquisa:** Enfermarias 1, 2 e 3 de Clínica Médica do Hospital Universitário da UFSC, constituída por 97 leitos divididos nas mais diversas áreas de especialidades médicas, como: Cardiologia, Hematologia, Pneumologia, Neurologia, Gastrologia, Endocrinologia, entre outras. Cada enfermaria é dotada de um local central administrativo onde se encontram os prontuários dos pacientes internados possibilitando, ao pessoal autorizado, informações como o médico responsável, tempo de internação, diagnóstico do paciente, seus exames e a terapêutica administrada a cada paciente.

**Procedimentos / intervenções: (de natureza ambiental, educacional, nutricional, farmacológica):** Será realizado um estudo observacional, não-intervencionista, transversal, de caráter prospectivo no qual as informações referentes aos pacientes selecionados serão colhidas a partir do preenchimento do protocolo da pesquisa. Os resultados serão cotejados com a revisão da literatura, buscando sugerir uma proposta de conduta para os futuros atendimentos, bem como um protocolo para

dar continuidade prospectivamente ao presente estudo.

**Parâmetros avaliados:** Diagnóstico dos paciente em estado avançado ou terminal internados nas enfermarias de clínica médica do HU-UFSC; Perfil dos paciente; Terapêutica administrada aos pacientes; e Ciência sobre sua condição de terminal ou avançado.

**"Outcomes":** Esperamos levantar dados que nos esclareçam sobre o perfil do paciente terminal, seu diagnóstico e quais as condutas estão sendo tomadas nesses casos.

**Comente sobre os riscos para os participantes deste estudo:** Não haverá nenhum tipo de risco ao participante, já que se trata de um estudo observacional e nenhuma conduta será alterada durante a internação dos pacientes que participarem do estudo.

**Descreva como os participantes serão recrutados incluindo modos de divulgação e quem irá obter o consentimento:** Todos os pacientes encaminhados à Enfermaria do HU-UFSC serão submetidos a uma triagem, realizada através da análise de seus prontuários, buscando selecionar aqueles pacientes que fecham critério de doença em estado avançado, ou terminal. Dentre estes critérios estão: câncer; SIDA; Síndromes demenciais; doenças neurológicas progressivas; Insuficiência Cardíaca Congestiva; Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica; Insuficiência Renal Crônica; seqüelas neurológicas; e outras situações incuráveis e em progressão, conforme apontado na revisão bibliográfica.

**Estão os participantes legalmente capacitados para assinar o consentimento? Sim**

**Quais os procedimentos que deverão ser seguidos pelos participantes/sujeitos se eles quiserem desistir em qualquer fase do estudo?** Para esclarecimentos sobre a pesquisa, ou para a desistência da mesma, pode ser feito contato com a acadêmica Milena Mazaro Barbosa pelo número (48) 99268426, conforme registrado no Termo de



Consentimento Livre e Esclarecido.

### Último Parecer enviado

Enviado em: 30/10/2011

#### Comentários

---

O pesquisador principal solicita a inclusão de novo pesquisador no projeto tendo em vista que se trata de um projeto com uma amostra numerosa e rica em detalhes técnicos, necessitando de profissionais que auxiliem na coleta e avaliação das informações do trabalho, sendo essencial a participação deste na pesquisa. O pesquisador está abaixo listado, Tiago de Mathia Firmino, é aluno do curso de graduação em medicina.

#### Parecer

---

Aprovado

#### Data da Reunião

---

31/10/2011

-----  
-----

Enviado em:	27/03/2011
Comentários:	Do processo constam as declarações do pesquisador responsável referente ao cumprimento dos termos da resolução CNS 196/96 e suas complementares e da direção do HU, onde será realizada a pesquisa, informando que tomou conhecimento da pesquisa, que cumprirá os termos da resolução e suas complementares e que autoriza a execução do projeto nos termos propostos. A folha de rosto vem assinada pelo coordenador do curso de graduação em Medicina ao

	<p>qual o pesquisador está vinculado. A análise dos currículos do orientador e do pesquisador indica que têm formação compatível com a necessária para a realização da pesquisa. O TCLE é esclarecedor e está bem redigido. É importante ressaltar que o TCLE apresentado dirige-se aos pacientes e não a seus familiares, restringindo a pesquisa a pacientes ainda capazes de compreendê-lo e assiná-lo, o que nem sempre pode ocorrer no caso de pacientes terminais ou com demência, que não poderão ser sujeitos de pesquisa de outra maneira. Caso desejem incluir estes sujeitos na amostra, os pesquisadores devem encaminhar ao Comitê de Ética, para aprovação, o TCLE dirigido aos familiares.</p>
Parecer:	Aprovado
Data da Reunião:	28/03/2011