

Perfil epidemiológico e desfecho clínico de óbito de pacientes em cuidados paliativos num hospital universitário

Epidemiological profile and clinical stage of patients in palliative care at a university hospital

Sarah Souza Marques¹  sarahhhsmarques@gmail.com
Rivia Siqueira Amorim¹  riviasiq@academico.ufs.br

RESUMO

Introdução: Os cuidados paliativos visam a uma abordagem em prol da promoção da qualidade de vida de pacientes e de seus familiares perante doenças que ameaçam a continuidade da vida. É de responsabilidade da equipe multidisciplinar, em caso de doenças incuráveis e/ou terminais, oferecer todos os cuidados paliativos disponíveis sem empreender ações diagnósticas ou terapêuticas desnecessárias. Assim, compreender o perfil epidemiológico desses pacientes e o correto manejo terapêutico se torna urgente.

Objetivo: Este estudo teve como objetivo analisar o perfil epidemiológico, o desfecho clínico e o perfil dos médicos residentes responsáveis pelos cuidados destinados aos pacientes em cuidados paliativos internados no Hospital Universitário de Aracaju (HU-Aju), em Sergipe.

Método: Trata-se de um estudo longitudinal com duração de um ano, em que se realizaram a análise de prontuários e a aplicação de questionários para a avaliação de pacientes e dos médicos residentes que estiveram responsáveis pelos seus cuidados.

Resultado: Foram estudados 40 pacientes e 17 médicos residentes. Houve significância para a presença de neoplasia com metástase ($p = 0,02$), o uso de antieméticos ($p = 0,0003$) e a indicação de cuidados paliativos plenos ($p = 0,08$). A maioria dos pacientes obteve Índice de Comorbidades de Charlson > 5 , *Performance Status do Eastern Cooperative Oncology Group* ≥ 3 , *Karnofsky Performance Status* $< 70\%$ e *Palliative Performance Scale* $\leq 50\%$, e todos apresentaram certa tendência à associação, o que poderia possivelmente ser resolvido com um “n” amostral maior. Cerca de 17,64% dos médicos residentes referiram ensino insuficiente de cuidado paliativo durante a graduação, enquanto 29,41% referiram a mesma insuficiência durante a residência médica. Apesar disso, 85,71% das respostas à pergunta-surpresa foram compatíveis com a realidade. A maioria dos pacientes (75%) evoluiu a óbito durante um ano de pesquisa.

Conclusão: O grande percentual de óbitos de pacientes e de acertos à pergunta-surpresa pode sinalizar uma indicação tardia dos cuidados paliativos no HU-Aju, provavelmente pelo entendimento equivocado de estes serem uma abordagem terapêutica necessária apenas no processo de terminalidade e fim de vida.

Palavras-chave: Cuidados Paliativos; Perfil Epidemiológico; Saúde Pública.

ABSTRACT

Introduction: Palliative Care aims to promote the quality of life of patients and their families in the face of illnesses that threaten the continuity of life. It is the responsibility of the multidisciplinary team, in the case of incurable and/or terminal illnesses, to offer all available palliative care without undertaking unnecessary diagnostic or therapeutic actions. Therefore, understanding the epidemiological profile of these patients and the correct therapeutic management becomes urgent.

Objective: To analyze the epidemiological profile, clinical outcome and the profile of resident doctors responsible for the care of patients in palliative care admitted to the University Hospital of Aracaju/SE.

Method: Longitudinal study lasting one year, in which medical records were analyzed and questionnaires were applied to evaluate patients and the resident doctors who were responsible for their care.

Result: 40 patients and 17 resident doctors were studied. Significance was observed for the presence of neoplasia with metastasis ($p=0.02$), use of antiemetics ($p=0.0003$) and the indication of full palliative care (0.08). Most patients had a Charlson Comorbidity Index > 5 , Eastern Cooperative Oncology Group Performance Status ≥ 3 , Karnofsky Performance Status $< 70\%$ and Palliative Performance Scale $\leq 50\%$; both showed a certain tendency towards association, which could possibly be resolved with a larger sample “n”. Around 17.64% of resident doctors reported insufficient teaching on palliative care during their undergraduate studies, while 29.41% reported the same insufficiency during medical residency. Despite this, 85.71% of the answers to the surprise question were compatible with reality. The majority of the patients (75%) died during the one-year research.

Conclusion: The large percentage of patient deaths and correct answers to the surprise question may signal a late indication for palliative care in HU-Aju, probably due to the mistaken understanding that palliative care is a therapeutic approach necessary only in the terminality and end-of-life process.

Keywords: Palliative Care, Epidemiological Profile; Public health.

¹ Universidade Federal de Sergipe, Aracaju, Sergipe, Brasil.

Editora-chefe: Rosiane Viana Zuza Diniz.
Editor associado: Kristopherson Lustosa Augusto.

Recebido em 16/04/24; Aceito em 07/01/25.

Avaliado pelo processo de double blind review.

INTRODUÇÃO

Segundo definições da Organização Mundial da Saúde (OMS), a abordagem de cuidados paliativos está relacionada à promoção da qualidade de vida de pacientes e de seus familiares perante doenças que ameacem a continuidade da vida, tanto por meio da prevenção quanto pelo alívio do sofrimento. Para tanto, são essenciais a identificação precoce, a avaliação e o tratamento impecável da dor, assim como de outros problemas de natureza física, psicossocial e espiritual¹.

No mesmo sentido, o Código de Ética Médica reforça a responsabilidade do médico por oferecer, nos casos de doenças incuráveis e terminais, todos os cuidados paliativos disponíveis sem empreender ações diagnósticas ou terapêuticas inúteis ou obstinadas, de maneira a levar em consideração a vontade expressa do paciente². Dessa forma, as ações clínicas devem ser pensadas em conjunto com a equipe que assiste o paciente e cuida integralmente dele a fim de visar à saúde em todos os âmbitos.

Segundo a OMS, todos os pacientes portadores de doenças graves, progressivas e incuráveis que ameacem a continuidade da vida devem receber a abordagem de cuidados paliativos desde o seu diagnóstico¹. Em decorrência disso, estabelecem-se alguns critérios de recomendação³ para a abordagem paliativa, a saber:

- 1) Paciente não candidato à terapia curativa;
- 2) O paciente possui doença grave e prefere não ser submetido a tratamento de prolongamento da vida;
- 3) Nível inaceitável de dor por mais de 24 horas;
- 4) Sintomas não controlados;
- 5) Sofrimento psicossocial e/ou espiritual não controlado;
- 6) Visitas frequentes ao atendimento de emergência;
- 7) Mais do que uma admissão hospitalar pelo mesmo diagnóstico nos últimos 30 dias;
- 8) Internação prolongada em UTI e/ou sem evidência de melhora;
- 9) Prognóstico reservado documentado pela equipe médica.

É importante destacar que a abordagem paliativa não exclui de nenhuma forma o tratamento curativo, nem vice-versa. Assim, da mesma forma como no início do diagnóstico as ações que visam ao tratamento modificador da doença costumam ser prioritárias, à medida que a doença ameaçadora de vida progride, o tratamento curativo perde espaço e os cuidados paliativos crescem em efetividade, atingindo uma necessidade absoluta quando a doença chega à fase de incurabilidade⁴.

Ademais, essas competências integradas precocemente propiciam não só uma melhoria na qualidade de vida, como também um importante impacto econômico, e, justamente

por isso, a OMS recomenda que sejam promovidas políticas nacionais de cuidados paliativos, de maneira a fortalecer integralmente o sistema de saúde em todos os seus níveis⁵.

Apesar disso, sabe-se o quanto é difícil implementar corretamente os cuidados paliativos no sistema de saúde, tanto por conta do desconhecimento da temática pelos pacientes e por seus familiares quanto por parte da capacitação inadequada dos profissionais da saúde, decorrente de uma formação profissional por vezes escassa, o que culmina na visão da morte como um fracasso técnico, em vez de um episódio possível e natural, e isso compromete substancialmente o cuidado com o paciente terminal⁶.

Outrossim, a eficaz implementação dos cuidados paliativos põe a qualidade de vida no processo do adoecimento da saúde como prioritária, emergindo como uma forma de humanização da assistência em saúde³. Nessa conjuntura, não se justifica o uso de medidas terapêuticas desnecessárias que objetivem apenas o prolongamento da vida – geralmente acompanhadas também do prolongamento do sofrimento do paciente.

Diante disso, o presente estudo objetivou analisar o perfil epidemiológico e o manejo terapêutico de pacientes em cuidados paliativos internados nas enfermarias do Hospital Universitário de Aracaju (HU-Aju), a fim de compreender a qualidade desse cuidado e melhorar sua compreensão e aplicação nesse hospital. Visa-se, a partir dos dados analisados, possibilitar o aperfeiçoamento do atendimento paliativo e a melhor capacitação dos estudantes de Medicina, dos médicos residentes e de toda a equipe interdisciplinar do HU-Aju.

MÉTODO

O presente estudo consistiu na análise longitudinal com duração de um ano, de janeiro a dezembro de 2023, realizado na cidade de Aracaju, em Sergipe. No HU-Aju, os pacientes em cuidados paliativos são acompanhados por meio de ambulatórios e, quando necessário, são internados nas enfermarias específicas de sua comorbidade de base: 1. pneumologia; 2. infectologia; 3. onco-hematologia; 4. clínica médica; e 5. clínica cirúrgica. Em todas essas enfermarias, há uma equipe multidisciplinar envolvida, composta por médicos (diaristas, plantonistas e residentes), estudantes de Medicina, enfermeiros, técnicos de enfermagem, nutricionistas, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, odontologistas, psicólogos e assistentes sociais. O serviço faz parte da Universidade Federal de Sergipe (UFS) e integra a rede do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo, portanto, completamente público.

O processo de recrutamento dos participantes se deu pela investigação diária de pacientes, acima de 18 anos de idade, internados nas enfermarias do HU-Aju e que tiveram indicação de cuidados paliativos – que compuseram o grupo

1 – e os médicos residentes responsáveis pelos cuidados destinados a esses pacientes – que compuseram o grupo 2. Os dados foram coletados por meio de entrevistas com os dois grupos e da análise dos prontuários.

Todos os participantes ou seus responsáveis legais foram abordados quanto ao interesse em participar da pesquisa e, quando concordaram, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos da UFS e devidamente aprovado.

Os dados obtidos foram armazenados em um banco de dados, que permitiu a anonimização dos dados por meio da substituição do nome por um número durante a análise. Utilizou-se como teste estatístico o teste “t” de Student, e consideraram-se significantes os valores de $p < 0,05$.

O grupo 1 foi analisado em relação ao perfil epidemiológico, contemplando os seguintes fatores: idade, crença religiosa, gênero, sexualidade, estado civil, número de filhos, grau de instrução, comorbidades de base, enfermidade em que se encontra, grau de cuidados paliativos em manejo e como foi feita essa indicação. A partir da revisão do prontuário do paciente, também se analisou o manejo terapêutico, e avaliaram-se as capacidades funcionais considerando escalas validadas de cuidados paliativos, a saber:

- 1) *Karnofsky Performance Status* (KPS): ferramenta que documenta de forma objetiva o declínio clínico de pacientes.
- 2) *Palliative Performance Scale* (PPS): escala que inclui a avaliação de deambulação, atividade da doença, autocuidado, ingestão alimentar e nível de consciência.
- 3) *Performance Status do Eastern Cooperative Oncology Group* (PS-ECOG): instrumento de aplicação mais simplificada e fácil, além de ser rotineiramente aplicada nas enfermarias do HU-Aju.
- 4) *Edmonton Symptom Assessment System* (ESAS): útil na estratificação da intensidade dos sintomas.
- 5) Índice de Comorbidades de Charlson (ICC): por ser um importante preditor de mortalidade em curto prazo.
- 6) *Supportive and Palliative Care Indicators Tool* (SPICT-BR™): excelente ferramenta utilizada para indicação de pacientes que merecem esse tipo de cuidado.

Concomitantemente, o grupo 2 foi estudado quanto a idade, gênero, anos de formado, especialidade em curso (residência médica) e anos do início dessa pós-graduação. Questionou-se o ensino de cuidados paliativos em relação à graduação e à residência médica, e averiguaram-se as pretensões de cada um sobre complementar (ou não) sua formação com cursos de especialização. Além disso, houve uma

questão-surpresa: se o médico residente se surpreenderia caso o respectivo paciente por ele assistido viesse a óbito em um ano. Consequentemente, analisaram-se as respostas perante o que realmente veio a acontecer.

RESULTADO

Para o presente estudo, consideraram-se elegíveis 40 pacientes, com média de idade de 60,7 anos; e 47,5% dos participantes eram do sexo feminino, e 52,5%, do sexo masculino. A grande maioria da amostra se considerava heterossexual (97,5%) – apenas um participante relatou ser homossexual (2,5%), e não houve relato de outra orientação sexual. A crença religiosa mais encontrada foi o catolicismo (65%), seguido pela religião evangélica (27,5%). Sobre o número de filhos, 24 participantes (60%) possuíam três ou mais filhos. A maior parte da amostra se encontrava solteira (40%). Quanto ao grau de instrução, a maior parte da amostra se enquadrava em “ensino fundamental incompleto” (55%).

Considerando a comorbidade de base, a neoplasia com metástase foi a doença mais encontrada entre o conjunto dos participantes internados (67,5%), com associação com o desfecho de óbito em até um ano após a internação hospitalar ($p = 0,02$); já a neoplasia sem metástase esteve presente em 20% da amostra (Tabela 1). A minoria dos participantes (27,5%) foi diagnosticada com algum distúrbio psiquiátrico, com destaque para transtornos ansiosos (12,5%) e transtornos depressivos (10%).

Dentre as medicações em uso durante a internação, as mais usadas, em ordem decrescente de frequência, foram: analgésicos opioides (92,5%), analgésicos não opioides (87,5%), inibidor de bomba de próton (72,5%), antieméticos (70%), antibióticos (60%) e laxativos (40%). Neste estudo, o uso de antieméticos ($n = 28$) esteve associado ao desfecho clínico de óbito ($p = 0,0003$) (Tabela 2).

Tabela 1. Distribuição dos pacientes conforme a comorbidade de base.

Comorbidade de base	Frequência	%	p
Neoplasia com metástase*	27	67,5	0,02
Hipertensão arterial sistêmica	11	27,5	
Neoplasia sem metástase	8	20,0	
Diabetes mellitus	7	17,5	
Tabagismo	6	15,0	
Acidente vascular encefálico/ doença cerebrovascular	3	7,5	
Etilismo	2	5,0	
Doença renal crônica	2	5,0	

* $p < 0,05$: teste qui-quadrado de Pearson.
Fonte: Elaborada pelas autoras.

Em relação à avaliação das comorbidades segundo o ICC, a maioria (65%) dos participantes apresentou uma pontuação acima de 5 ($p = 0,19$), que está associada a taxas mais altas de mortalidade. Quanto ao KPS, a grande maioria dos participantes (90%) apresentou um resultado inferior a 70% ($p = 0,22$), o que está comumente associado à indicação precoce de assistência paliativa. Na escala PS-ECOG, 82,5% dos participantes foram classificados com um resultado igual ou superior a 3 ($p = 0,14$), que se relaciona com pacientes mais dependentes de outros para a realização de autocuidados básicos. No caso da PPS, evidenciou-se que a maioria da amostra (87,5%) apresentou valores iguais ou inferiores a 50% ($p = 0,14$), o que também está relacionado a um prejuízo na funcionalidade. A despeito da *performance status* reduzida avaliada por essas escalas, nesta amostra nenhuma delas apresentou associação com o desfecho clínico de óbito, no entanto todas apresentaram certa tendência à significância, o que poderia possivelmente ser resolvido com um “n” amostral maior.

Quando se analisaram os sintomas por meio do ESAS, 13 participantes (32,5%) não foram capazes de responder efetivamente sobre seus sintomas durante a entrevista devido ao quadro de desorientação e de incomunicabilidade. Dentre os que responderam, observou-se que os sintomas mais objetivos – dor, cansaço, sonolência, náusea e apetite – obtiveram valores mais altos do que os sintomas mais subjetivos – depressão, ansiedade e bem-estar.

Em relação à ferramenta de avaliação SPICT-BR™, constatou-se que 100% da amostra possuía a presença de pelo menos dois indicadores gerais de deterioração clínica: 80% dos participantes tinham antecedente de internações hospitalares não programadas, 97,5% apresentavam capacidade funcional ruim ou em declínio com limitada reversibilidade, 92,5% dependiam de outros para seus cuidados pessoais – geralmente filhos ou outros parentes próximos –, 55% tiveram perda de peso significativa nos últimos três ou seis meses e/ou um baixo índice de massa corporal, 90% possuíam sintomas persistentes apesar do tratamento otimizado, e 15% dos pacientes ou de suas famílias solicitaram cuidados paliativos, interrupção ou limitação do tratamento ou um foco na qualidade de vida. Já na avaliação dos indicadores de gravidade específicos, cerca de 39 participantes (97,5%) tiveram a presença de pelo menos um indicador. Dessa forma, pela ferramenta SPICT-BR™, constatou-se indicação de cuidados paliativos em 97,5% dos pacientes, havendo associação significativa com o desfecho clínico de óbito ($p = 0,01$) (Tabela 3).

Quando se avaliou o nível de cuidado pela equipe médica assistente, 50% dos participantes receberam suporte paliativo, enquanto 50% receberam cuidados paliativos plenos/exclusivos. Houve significância entre o nível exclusivo

Tabela 2. Distribuição dos pacientes conforme os medicamentos em uso.

Medicamentos em uso na internação	Frequência	%	p
Analgésicos opioides	37	92,5	0,0003
Analgésicos não opioides	35	87,5	
Inibidor de bomba de próton	29	72,5	
Antieméticos*	28	70,0	
Antibióticos	24	60,0	
Laxativos	16	40,0	
Corticoide	14	35,0	
Anti-hipertensivos	12	30,0	
Anticonvulsivante	12	30,0	
Antidepressivos tricíclicos	12	30,0	

* $p < 0,05$: teste qui-quadrado de Pearson.
Fonte: Elaborada pelas autoras.

Tabela 3. Distribuição dos pacientes avaliados pelo SPICT-BR™.

Ferramenta de avaliação SPICT-BR™	Escore	Frequência	%	p
<i>Quantidade de indicadores gerais de deterioração clínica</i>				
	0-1	00	0,0	
	≥ 2	40	100,0	
<i>Quantidade de indicadores de gravidade específicos*</i>				
	0	1	2,5	0,01
	≥ 1	39	97,5	

* $p < 0,05$: teste qui-quadrado de Pearson.
Fonte: Elaborada pelas autoras.

Tabela 4. Distribuição dos pacientes conforme o nível de cuidado paliativo.

Nível de cuidado paliativo dos pacientes internados	Frequência	%	p
Cuidados paliativos plenos/exclusivos*	20	50,0	0,008
Suporte paliativo	20	50,0	

* $p < 0,05$: teste qui-quadrado de Pearson.
Fonte: Elaborada pelas autoras.

de cuidados paliativos e o desfecho clínico de óbito ($p = 0,008$) (Tabela 4). Dentre os 40 participantes elegíveis, 75% evoluíram a óbito durante a avaliação de um ano de pesquisa.

O presente estudo contou com a participação de 17 médicos residentes do HU-Aju, com média de idade de 27,7 anos. A maioria havia terminado a graduação em Medicina há menos de três anos completos (88,23%), no primeiro ano de pós-graduação, isto é: residência médica (76,47%); e

na especialidade de clínica médica (76,47%). Nenhum dos pacientes incluídos – e consequentemente nenhum dos médicos residentes responsáveis pelo seu cuidado – era proveniente das enfermarias de clínica cirúrgica do HU-Aju.

Quando questionados em relação ao aprendizado de cuidados paliativos durante a graduação, 17,64% dos médicos residentes referiram ter um ensino suficiente, enquanto, durante a residência médica, esse número subiu para 29,41%. Já em relação ao curso de especialização ou de pós-graduação em cuidados paliativos, apenas 11,76% afirmaram ter feito ou estar fazendo, enquanto a maioria (88,23%) afirmou não ter realizado nenhuma formação específica no assunto.

Ao ser feita a pergunta-surpresa, só houve uma resposta “sim” por médico residente quanto a todos os 40 pacientes analisados (2,5%) – isto é: apenas um médico relatou que se surpreenderia se o paciente por ele assistido viesse a falecer em um ano. Dos 39 pacientes sobre os quais os médicos residentes responsáveis relataram que não se surpreenderiam se houvesse óbito em um ano, 30 realmente vieram a falecer dentro desse prazo (Tabela 5).

A grande maioria dos pacientes participantes (92,5%) teve indicação de cuidado paliativo a partir de decisão da equipe médica assistente na qual os médicos residentes atuavam, enquanto o restante (7,5%) foi indicado por pedido de interconsulta. Nenhum paciente foi indicado por pedido próprio ou de seu familiar.

DISCUSSÃO

Na literatura científica, percebe-se uma certa variedade em relação ao perfil epidemiológico de pacientes em cuidados paliativos internados em unidade hospitalar. O presente artigo encontrou uma maior frequência do sexo masculino e de doenças crônicas não transmissíveis, resultado semelhante ao obtido em um estudo retrospectivo de coorte, que contemplou a análise de 572 admissões de pacientes gravemente enfermos⁷. Ademais, apesar de o hospital deste estudo ser público, a maior frequência de pacientes idosos, com múltiplas comorbidades

e apresentando dependência total para as atividades de vida diária, também foi uma característica encontrada em um estudo descritivo quantitativo que analisou o perfil epidemiológico dos pacientes de um hospital privado⁸.

Já em relação à avaliação do manejo terapêutico, espera-se que os medicamentos mais rotineiramente prescritos em uma amostra de pacientes com abordagem paliativa sejam os sintomáticos, e em especial os analgésicos. Tal informação é corroborada neste estudo, tendo em vista a presença de analgésicos opioides na prescrição de 92,5% dos pacientes, o que foi superior ao encontrado na análise de Sampaio et al.⁹, que analisaram uma amostra de 399 pacientes oncológicos internados em um centro de referência em cuidados paliativos no Brasil e que averiguaram um bom controle algico.

Embora já tenha sido comprovada a eficácia dos cuidados paliativos na abordagem de pacientes e de seus familiares, além da eficiência na prestação do cuidado, o acesso à abordagem de cuidado paliativo permanece restrito tanto no Brasil como no mundo¹⁰. Apesar de nas últimas décadas ter havido um aumento exponencial no número de escolas de Medicina, as residências médicas que incorporam cuidado paliativo em seus programas variam drasticamente em relação ao grau e à maneira de implementação¹¹. Concomitantemente, os membros das equipes médicas ainda têm conhecimento insuficiente sobre cuidado paliativo e devem prestar muita atenção ao conhecimento, à atitude e ao comportamento em relação a essa forma de abordagem¹². Além disso, o foco na relação profissional entre o médico e o paciente mudou do paternalismo médico para a tomada de decisão compartilhada, ainda que o desconforto generalizado em relação às discussões sobre a terminalidade e a abordagem paliativa permaneçam^{12,13}.

Nesse aspecto, apesar do avanço na autonomia do paciente, percebe-se a importância do desenvolvimento de habilidades de comunicação, da medicina centrada na pessoa e da reflexão sobre os aspectos bioéticos, tanto para médicos como para estudantes de Medicina, como relatado por uma revisão sistemática que analisou 22 artigos sobre o ensino médico de cuidados paliativos¹⁴. No presente estudo, foi notável a falta de confiança dos médicos residentes quando perguntados sobre o aprendizado dos cuidados paliativos durante a formação médica, quando somente 17,64% referiram ter tido um ensino suficiente durante a graduação e apenas 29,41% mencionaram ter tido um ensino suficiente na residência médica.

É de se questionar, então, se a educação médica no país está contemplando eficientemente a abordagem paliativa. Já se sabe que, embora a maioria das escolas médicas ofereçam algum ensino formal sobre tal abordagem, há evidências consideráveis de que o treinamento atual ainda

Tabela 5. Distribuição dos pacientes conforme associação entre óbito e resposta dos médicos residentes à pergunta-surpresa

Associação entre óbito e pergunta-surpresa	Frequência	%
Pergunta-surpresa “não” em caso de óbito	30	85,7
Pergunta-surpresa “não” em caso de não óbito	5	14,2

Fonte: Elaborada pelas autoras

é inadequado^{15,16}. É plausível, dessa forma, analisar que a falta de interesse dos médicos residentes participantes desta pesquisa em cursos de especialização ou de pós-graduação na área (88,23%) possa estar atrelada justamente ao treinamento pouco eficiente e atrativo na abordagem paliativa e à ausência de estímulo à realização de tal prática.

Em editorial publicado no importante *Journal of Palliative Medicine*, lamenta-se o fato de que a ligação dos cuidados paliativos com os cuidados de fim de vida seja um impeditivo marcante para a adoção dos conhecimentos básicos desse serviço¹⁷. Quando analisado em relação à amostra deste estudo, tal fato pode estar diretamente relacionado à grande quantidade de óbitos em um ano de pesquisa (75%), o que pode sinalizar uma indicação tardia dos cuidados paliativos, justamente por conta do entendimento equivocado de serem uma abordagem terapêutica necessária apenas no processo de terminalidade/fim de vida e não em todo o processo de adoecimento que ameaça a vida.

Em metanálise realizada em 2017, foi observado que, quando se aplica a pergunta-surpresa, os médicos são melhores em prever a morte dentro de 12 meses (sensibilidade de 73% e especificidade de 74%) em comparação aos enfermeiros (sensibilidade de 45% e especificidade de 82%)¹⁸. Outro dado interessante aponta para o fato de que quanto maior é a especialização em clínica médica, maior é a capacidade de acerto quando realizada a pergunta-surpresa. Isso pode ser considerado pelo fato de que a associação dela com parâmetros clínicos possibilita resultados mais acertados e objetivos no estabelecimento do prognóstico da doença¹⁹.

No entanto, apesar dessa insuficiência, foi observado um alto percentual de acertos no prognóstico dos pacientes. A literatura científica aponta que quanto maior é a especialização médica, maior é a capacidade de acerto quando realizada a pergunta-surpresa, haja vista que tal avaliação não é subjetiva e contempla parâmetros clínicos específicos. Assim, seria esperado que os médicos residentes participantes deste estudo não tivessem a resposta à pergunta-surpresa compatível com o desfecho clínico do paciente, principalmente pelo fato de que a maioria deles estava formada há menos de três anos e no primeiro ano de especialização. No entanto, o que se percebe é uma associação positiva entre o desfecho clínico de óbito e a resposta dos médicos residentes, com uma quantidade de acertos de 87,5%.

Essa diferença de realidade em relação à literatura pode denotar que a indicação dos cuidados paliativos no serviço do HU-Aju seja feita em fases de progressão de doença tão tardias que seria difícil a incompatibilidade das respostas com o desfecho do paciente estudado, uma vez que o desfecho clínico do óbito seria um evento mais esperado e provável, o que

também pode ser sugerido pelo alto percentual de pacientes que realmente vieram a falecer em um ano de pesquisa. Isso tudo culmina em uma grande possibilidade de ainda haver um entendimento inadequado de os cuidados paliativos serem uma abordagem terapêutica necessária apenas no processo de terminalidade e fim de vida.

Outro fato a ser pontuado é a ausência de pacientes – e de seus respectivos médicos residentes – provenientes das enfermarias de clínica cirúrgica do HU-Aju, o que pode corresponder a uma lacuna importante sobre o conteúdo de cuidado paliativo na formação de residentes das áreas cirúrgicas desse hospital, haja vista que a maior parte das indicações (92,5%) para esse serviço foi feita justamente por decisão da equipe médica assistente, em que os médicos residentes estão inseridos.

O estudo apresenta várias forças, como o uso de uma abordagem longitudinal que permitiu o acompanhamento detalhado dos pacientes em cuidados paliativos e dos residentes médicos ao longo de um ano, oferecendo uma visão abrangente e temporal dos processos de cuidado. A inclusão de uma equipe multidisciplinar e a coleta de dados por meio de entrevistas e análise de prontuários também são pontos fortes, permitindo uma compreensão rica dos aspectos clínicos e sociais dos cuidados.

No entanto, algumas fraquezas podem incluir possíveis vieses relacionados à amostra restrita a um único hospital e com um “n” amostral reduzido, o que pode limitar a generalização dos resultados para outras regiões ou realidades do SUS. Além disso, o uso de escalas validadas, embora robustas, pode estar sujeito a interpretações variadas entre os avaliadores, e o recrutamento baseado na internação hospitalar pode ter excluído pacientes em cuidados paliativos domiciliares ou de outras unidades.

CONCLUSÃO

Os participantes do grupo 1 do estudo foram majoritariamente idosos, do sexo masculino, heterossexuais, com nível educacional de ensino fundamental incompleto, estado civil solteiro, crença religiosa católica e com filiação com três ou mais filhos. As características clínicas mais encontradas na amostra analisada foram: presença de neoplasia com metástase, hipertensão arterial sistêmica, neoplasia sem metástase e diabetes *mellitus* tipo 2, alta pontuação no ICC e no PS-ECOG, além de KPS < 70% e PPS ≤ 50%. Os cuidados paliativos estiveram presentes ora como suporte paliativo, ora como cuidados paliativos plenos. A maioria dos pacientes evoluiu para óbito dentro de um ano da realização do estudo.

Os médicos residentes participantes do grupo 2 do estudo foram em grande maioria jovens, do sexo feminino, com pelo menos três anos completos de formação médica,

no primeiro ano de residência médica e na especialidade de clínica médica. A maioria dos médicos residentes referiu ter tido ensino insuficiente de cuidado paliativo durante a graduação e a residência médica. A maioria dos médicos afirmou não ter nenhuma formação específica em cuidado paliativo, e a maioria também afirmou não ter desejo em complementar a formação na área. A maioria das respostas à pergunta-surpresa obteve resposta compatível com o desfecho clínico de óbito em um ano.

CONTRIBUIÇÃO DAS AUTORAS

Sarah Souza Marques foi responsável pela revisão bibliográfica, coleta de dados, análise estatística e redação do manuscrito.

Rivia Siqueira Amorim foi responsável pela concepção e delineamento do estudo e pela revisão crítica e final do artigo.

CONFLITO DE INTERESSES

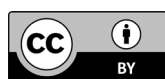
Declaramos não haver conflito de interesses.

FINANCIAMENTO

Declaramos não haver financiamento.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. National cancer control programmes: policies and managerial guidelines. Geneva: WHO; 2002 [acesso em 1º jul. 2022]. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/national-cancer-control-programmes>.
2. Brasil. Código de Ética Médica. Resolução CFM nº 1931, de 17 de setembro de 2009. Brasília: Conselho Federal de Medicina; 2010.
3. Manual de cuidados paliativos. São Paulo: Academia Nacional de Cuidados Paliativos; 2012.
4. Queiroz, L. M. P. de, Lazarini, C. A., Higa, E. de F. R., & Pinto, A. A. M. (2024). Representações sociais de profissionais da Estratégia Saúde da Família acerca de cuidados paliativos para a pessoa idosa. *Revista brasileira de geriatria e gerontologia*, 27. <https://doi.org/10.1590/1981-22562024027.230170.pt>
5. Manual de Cuidados Paliativos - 2a Edição. ([s.d.]). Gov.br. Recuperado 13 de dezembro de 2025, de <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/guias-e-manuais/2023/manual-de-cuidados-paliativos-2a-edicao/view>
6. Azevedo Guedes, M. A. (autora do projeto) & Lopes, Prof Dr Rodrigo. (orientador) ([s.d.]). INTERFACES ENTRE A FILOSOFIA DO CUIDADO DE SI E OS CUIDADOS PALIATIVOS. Com.br. Recuperado 13 de março de 2025, de <https://ppgeunespprudente.com.br/publicacoes/index.php/anaiss-seminarios-ppge/article/download/14/6/15>
7. Arcanjo SP, Saporetto LA, Curiati JAE, Jacob-Filho W, Avelino-Silva TJ. Clinical and laboratory characteristics associated with referral of hospitalized elderly to palliative care. *Einstein (São Paulo)*. 2018;16(1). doi: <http://dx.doi.org/10.1590/s1679-45082018ao4092>.
8. Madeira CB, Queiroz DT, Melo DM de, Mota FG de A, Barros FO, Mesquita JGBCM, et al. Perfil epidemiológico de pessoas sob cuidados paliativos em unidade hospitalar. *Braz J Dev*. 2020;6(10):80142-51. doi: <http://dx.doi.org/10.34117/bjdv6n10-440>.
9. Sampaio SG dos SM, Motta LB da, Caldas CP. Medicamentos e controle de dor: experiência de um centro de referência em cuidados paliativos no Brasil. *Rev Bras Cancerol*. 2019;65(2). doi: <http://dx.doi.org/10.32635/2176-9745.rbc.2019v65n2.365>.
10. Rocha CBA, Oliveira MN de, Souza JFF de, Queiroz MV de, Ribas LC, Magrani GC. A importância dos cuidados paliativos no manejo das doenças cardiovasculares. *Revista Eletrônica Acervo Médico*. 2023;23(3):e11652-e11652
11. Walker S, Gibbins J, Barclay S, Adams A, Paes P, Chandratilake M, et al. Progress and divergence in palliative care education for medical students: a comparative survey of UK course structure, content, delivery, contact with patients and assessment of learning. *Palliat Med*. 2016;30(9):834-42. doi: <http://dx.doi.org/10.1177/0269216315627125>.
12. Wu X, Zhang X, Zhang J, Cui X. Analysis of knowledge, attitude and behavior of oncology medical staff in palliative care. *Ann Palliat Med*. 2020;9(3):985-92. doi: <http://dx.doi.org/10.21037/apm-20-851>.
13. Forte D. Decisão compartilhada: por que, para quem e como? *Cadernos de Saúde Pública*. 2022.
14. Castro AA, Taquette SR, Pereira CAR. Cuidados paliativos e ensino médico: revisão sistemática. *Res Soc Dev*. 2021;10(1):e50210111976. doi: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i1.11976>.
15. Freitas R de, Oliveira LC de, Mendes GLQ, Lima FLT, Chaves GV. Barreiras para o encaminhamento para o cuidado paliativo exclusivo: a percepção do oncologista. *Saúde Debate*. 2022;46(133):331-45. doi: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202213306>.
16. Marcondes MA, Penacci FA, Rosa VHJ da. Os desafios e benefícios dos cuidados paliativos em pacientes com câncer: uma análise abrangente. *Observatório de la Economía Latinoamericana*. 2023;21(10):17399-418 [acesso em 10 jul 2024]. Disponível em: <https://ojs.observatoriolatinoamericano.com/ojs/index.php/olel/article/view/1731>.
17. Weissman DE. Technology and the future of palliative care education. *J Palliat Med*. 2016;19(1):2-3. doi: <http://dx.doi.org/10.1089/jpm.2015.0447>.
18. White N, Kupeli N, Vickerstaff V, Stone P. How accurate is the "surprise question" at identifying patients at the end of life? A systematic review and meta-analysis. *BMC Med*. 2017 Aug 2;15(1):139. doi: <https://doi.org/10.1186/s12916-017-0907-4>.
19. Gardiner C, Gott M, Ingleton C, Seymour J, Cobb M, Noble B, et al. Extent of palliative care need in the acute hospital setting: a survey of two acute hospitals in the UK. *Palliat Med*. 2013;27(1):76-83. doi: <http://dx.doi.org/10.1177/0269216312447592>.



This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.