

Universidade de Lisboa

Faculdade de Medicina



COVID-19 em um hospital terciário no Brasil: prevalência de pacientes com necessidades de Cuidados Paliativos e suas características clínicas em formas graves da doença

Aluna: Lícia Zanol Lorencini Stanzani

Orientador(es): Professor Doutor Ricardo Tavares de Carvalho

Professor Doutor Paulo Sérgio dos Reis Saraiva Pina

Dissertação especialmente elaborada para obtenção do grau de Mestre

em Cuidados Paliativos

Lisboa, 2022

Universidade de Lisboa

Faculdade de Medicina



COVID-19 em um hospital terciário no Brasil: prevalência de pacientes com necessidades de Cuidados Paliativos e suas características clínicas em formas graves da doença

Aluna: Lícia Zanol Lorencini Stanzani

Dissertação especialmente elaborada para obtenção do grau de Mestre em Cuidados Paliativos na Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, orientada pelo Professor Doutor Ricardo Tavares de Carvalho e Professor Doutor Paulo Sérgio dos Reis Saraiva Pina.

Lisboa, 2022

“A impressão desta dissertação foi aprovada pelo Conselho Científico da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa em reunião de 20 de setembro de 2022.”

"I know not what tomorrow will bring".

Fernando Pessoa (1888-1935)

À minha mãe **Ancila Maria Zanol**,
que me ensinou a ser gente e a gostar de gente
e continua me ensinando como filha e como médica.

Ao meu padrinho **Lenir de Souza Ferreira**,
falecido por complicações da COVID-19 grave,
que sempre me ofertou seu amor, seu afeto e seu incentivo.

AGRADECIMENTOS

Um breve momento de gratidão a todos aqueles que estiveram presentes ao longo deste percurso, que foi verdadeiramente um grande desafio pessoal e profissional. Meus sinceros agradecimentos.

Ao meu orientador Professor Doutor **Ricardo Tavares de Carvalho**, pela generosidade em partilhar seu tempo, seus conhecimentos e sua sabedoria como médico, professor, mentor, pesquisador e como ser humano nesses dois anos de jornada.

Ao meu coorientador Professor Doutor **Paulo Sérgio dos Reis Saraiva Pina**, pelo incentivo em fazer o Mestrado em Cuidados Paliativos na Universidade de Lisboa, onde acolheu e apoiou todos os alunos afetuosamente. De maneira especial, agradeço pela oportunidade de conhecer a Unidade de Cuidados Paliativos da Casa de Saúde da Idanha, em Portugal, e acompanhar sua atuação como médico paliativista.

Ao meu amigo, sócio e orientador de pesquisa clínica Professor Doutor **Fábio Ferreira Amorim**, que esteve sempre disponível para discutir e aprimorar o desenvolvimento desse trabalho.

À equipe do Núcleo Técnico Científico em Cuidados Paliativos do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, em especial **Mônica Estuque** e **Ana Beatriz Brandão**, cuja dedicação possibilitou a compilação dos dados para essa pesquisa.

Aos meus professores e colegas do Mestrado de Cuidados Paliativos da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa turma 2019-2021, apoiados pela Sra. **Vivélinda Guerreiro** do Centro de Medicina Paliativa da referida faculdade, pela amizade fraterna, conhecimento e experiências compartilhadas, mesmo nesse curto período em que estivemos juntos.

À minha família e aos meus queridos amigos, pelo apoio e amor que demonstram e por estarem ao meu lado no caminho da vida.

À nossa família portuguesa: **Laura Stanzani, Vera Stanzani, Rita Lima, Rita Miranda, Paulo e Cristina Stanzani**, que nos acolheram nesses dois anos em Portugal e tão naturalmente se tornaram parte da nossa vida. Com eles ganhamos boas lembranças e bons amigos.

E...

Aos meus amores **Juliano e Lara**, que são a família que construí e que dá sentido à minha vida. Sem vocês, nada disso seria possível. Sonhamos, sofremos, realizamos e celebramos juntos... Não há palavras suficientes para expressar meu amor e minha gratidão a vocês!

RESUMO

INTRODUÇÃO: Ao final do ano de 2019, iniciou-se a pandemia de COVID-19, que desafiou os sistemas de saúde ao redor do mundo. Os Cuidados Paliativos (CPAL) demonstraram sua importância no enfrentamento da pandemia. Este estudo tem o objetivo de avaliar a necessidade de CPAL na população de pacientes com formas graves de COVID-19, atendidos no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, entre 18 de março e 31 de julho de 2020.

MÉTODO: Estudo retrospectivo, descritivo, que avaliou pacientes internados com formas graves de COVID-19 à luz dos Cuidados Paliativos, utilizando o fluxograma PALI-COVID. A partir de dados obtidos do sistema eletrônico institucional, os pacientes foram avaliados quanto à idade, gênero, diagnóstico principal, tempo de internação, avaliação pela equipe de CPAL, internação em UTI e mortalidade hospitalar. Os pacientes foram categorizados, conforme necessidades de CPAL e risco de morte, em grupos Vermelho, Amarelo e Verde.

RESULTADOS: Foram avaliados 2860 pacientes com COVID-19 confirmados por RT-PCR. A mediana de idade foi de 61 anos (IQR 48-71 anos), com predomínio de homens (56,1%). A mediana de tempo de internação foi de 12 dias (IQR: 7 a 21 dias). A prevalência de pacientes com COVID-19 grave e com necessidades paliativas foi de 30,7%. O grupo Vermelho era composto por pacientes sem necessidades de CPAL (CPAL-), representando a maioria da amostra (69,3%). Os grupos Amarelo e Verde eram compostos por pacientes com necessidades paliativas (CPAL+), sem e com critérios clínicos que sugeriam maior risco de morte na internação, respectivamente, representando 21% e 9,7% da amostra. A maior taxa de mortalidade foi observada no grupo VERDE (87%), seguida pelo grupo AMARELO (44,5%). As taxas de mortalidade foram significativamente diferentes nos três grupos analisados ($p < 0,001$), bem como nas comparações dos grupos dois a dois. Em relação à análise do risco relativo de mortalidade, foi observado maior risco de morte nos pacientes do grupo VERDE quando comparados ao grupo VERMELHO (OR = 22,43; IC 95% = 15,56-32,34) do que nos pacientes do grupo AMARELO quando comparados ao grupo VERMELHO (OR = 2,70; IC 95% = 2,22-3,27). O risco relativo de mortalidade também aumenta significativamente quando comparamos pacientes idosos, definidos por idade maior ou igual a 60 anos, e pacientes não-idosos (OR = 3,28; IC 95% = 2,77-3,88). Através do escore de propensão, observou-se que a avaliação pela equipe de CPAL no grupo de pacientes mais graves (VERDE) teve relação com menores índices de internação em UTI ($p < 0,001$).

CONCLUSÃO: Pacientes internados com COVID-19 grave frequentemente apresentam doenças crônicas avançadas, com necessidades de Cuidados Paliativos. Utilizando o protocolo PALI-COVID, foi possível categorizar apropriadamente em grupos de risco de óbito, estratificados em menor risco, risco intermediário e alto risco na pandemia da COVID-19, o que permitiu ações racionais da equipe especializada em CPAL neste contexto. A estratificação de risco desenvolvida pelo protocolo PALI-COVID, à luz dos resultados aqui apresentados, abre interessantes perspectivas no que diz respeito ao reconhecimento das necessidades paliativas de pacientes em internação hospitalar e em outros cenários de assistência à saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Cuidados Paliativos, COVID-19, idoso, SPICT, mortalidade.

ABSTRACT

INTRODUCTION: At the end of 2019, the COVID-19 pandemic began, which challenged health systems around the world. Palliative Care (CPAL) has demonstrated its importance in dealing with the pandemic. This study aims to assess Palliative Care (CPAL) needs in the population of patients with severe forms of COVID-19, treated at Hospital das Clínicas, Faculty of Medicine, University of São Paulo, between March 18 and July 31, 2020.

METHOD: A retrospective, descriptive study that evaluated hospitalized patients with severe forms of COVID-19 regarding CPAL needs, using the PALI-COVID protocol. Based on data from the institutional electronic system, patients were evaluated regarding age, gender, main diagnosis, length of stay, assessment by the CPAL team, ICU admission and hospital mortality. Patients were categorized, according to CPAL needs and risk of death, into Red, Yellow and Green groups.

RESULTS: 2860 patients with COVID-19 confirmed by RT-PCR were evaluated. The median age was 61 years (IQR 48-71 years), with a predominance of men (56.1%). The median length of stay was 12 days (IQR: 7 to 21 days). The prevalence of patients with severe COVID-19 and with palliative needs was 30.7%. The Red group was composed of patients without CPAL needs (CPAL-), representing most of the sample (69.3%). The Yellow and Green groups were composed of patients with palliative needs (CPAL+), without and with clinical criteria that suggested a higher risk of death on admission, respectively, representing 21% and 9.7% of the sample. The highest mortality rate was observed in the Green group (87%), followed by the Yellow group (44.5%). Mortality rates were significantly different in the three groups analyzed ($p < 0.001$), as well as in the two-by-two comparisons. About the analysis of the relative risk of mortality, a higher risk of death was observed in patients in the Green group when compared to the Red group (OR = 22.43; 95% CI = 15.56-32.34) than in the patients in the Yellow group when compared to the Red group (OR = 2.70; 95% CI = 2.22-3.27). The relative risk of mortality also increases significantly when comparing elderly patients, defined by age 60 years or older, and non-elderly patients (OR = 3.28; 95% CI = 2.77-3.88). Through the propensity score, it was observed that the assessment by the CPAL team in the group of more severe patients (GREEN) was related to lower rates of ICU admission ($p < 0.001$).

CONCLUSION: Using the PALI-COVID protocol, it was possible to properly categorize into groups at risk of death, stratifying into groups of lower, intermediate, and high risk in the COVID-19 pandemic, which allowed rational actions of the CPAL team in this context. The risk stratification developed by the PALI-COVID protocol, according to the results presented here, opens interesting perspectives regarding the recognition of the palliative care needs of patients in hospital and in other health care settings.

KEYWORDS: Palliative Care, COVID-19, elderly, SPICT, mortality.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	13
CAPÍTULO 1 ENQUADRAMENTO TEÓRICO	16
1.1 OS CUIDADOS PALIATIVOS	16
1.2 A PANDEMIA DE COVID-19	19
1.2.1 CRITÉRIOS DE GRAVIDADE DA COVID-19	19
1.2.2 A PANDEMIA DE COVID-19 NO BRASIL	20
1.2.2.1 DIRETRIZES DE FUNCIONAMENTO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE DO ESTADO DE SÃO PAULO PARA ENFRENTAMENTO DA PANDEMIA DE COVID-19	20
1.2.2.1.1 Definição de SRAG secundária à COVID-19	21
1.2.2.1.2 Orientação para regulação de internação	21
1.3 OS CUIDADOS PALIATIVOS NO CONTEXTO DA PANDEMIA DE COVID-19	22
CAPÍTULO 2 METODOLOGIA	26
2.1 DESENHO DO ESTUDO	26
2.2 OBJETIVOS	26
2.3 LOCAL DO ESTUDO	26
2.4 AMOSTRA	26
2.5 MÉTODO DE RECOLHA DOS DADOS	27
2.5.1 FLUXOGRAMA CUIDADOS PALIATIVOS E TOMADA DE DECISÃO – CRISE COVID-19	27
2.5.1.1 Critérios de doença crônica avançada e elegibilidade para Cuidados Paliativos	27
2.5.1.2 Sinais indicativos de menor sobrevida	30
2.5.1.3 Etapas de avaliação pelo fluxograma	31
2.5.2 RECOLHA DOS DADOS	32
2.6 ANÁLISE ESTATÍSTICA	33
2.7 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	33

CAPÍTULO 3 RESULTADOS	35
3.1 DESCRIÇÃO DA POPULAÇÃO DO ESTUDO	37
3.2 COMPARAÇÃO ENTRE OS GRUPOS	37
3.3 ANÁLISE DO RISCO RELATIVO	40
3.4 ANÁLISE DO ESCORE DE PROPENSÃO	40
CAPÍTULO 4 DISCUSSÃO	42
4.1 LIMITAÇÕES DO ESTUDO	45
4.2 IMPACTO DO ESTUDO NA ÁREA DA SAÚDE	46
4.3 CONSIDERAÇÕES FINAIS	47
CAPÍTULO 5 CONCLUSÃO	49
REFERÊNCIAS	50
ANEXOS	55
ANEXO I - Cuidados Paliativos e Tomada de Decisão (Deliberação Moral) – Pacientes Adultos / Crise COVID-19 – Protocolo Institucional Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo	55
ANEXO II – Ferramenta Supportive and Palliative Care Indicators Tool (SPICT), validada para Língua Portuguesa do Brasil (SPICT-BR)	56
ANEXO III – Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo	57
ANEXO IV – Aprovação pelo Comitê Científico do Mestrado de Cuidados Paliativos da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa	61

ÍNDICE DAS FIGURAS

Figura 1 – Fluxograma de pacientes	35
Figura 2 – Escore de propensão para avaliação pela equipe de Cuidados Paliativos e internação em UTI	41

ÍNDICE DAS TABELAS

Tabela 1 – Características gerais dos pacientes estudados em função dos critérios para Cuidados Paliativos (N=2860)	36
Tabela 2 – Características dos pacientes de acordo com protocolo PALI-COVID	38
Tabela 3 – Análise de Risco Relativo de Mortalidade	40

SIGLAS E ABREVIATURAS

COVID-19 - Coronavirus Disease

CPAL - Cuidados Paliativos

CROSS - Central de Regulação de Ofertas de Serviços de Saúde

HCFMUSP - Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

IQR – Interquartile Range

NTCCP - Núcleo Técnico Científico em Cuidados Paliativos

OMS - Organização Mundial de Saúde

ONU - Organização das Nações Unidas

SARS-Cov2 - Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2

SRAG - Síndrome Respiratória Aguda Grave

UTI - Unidade de Terapia Intensiva

INTRODUÇÃO

Em dezembro de 2019, serviços de saúde chineses reportaram casos de pacientes com pneumonia aguda grave de causa desconhecida, ocorridos em Wuhan, província de Hubei, na China Central. O Centro de Controle e Prevenção de Doenças da China iniciou rapidamente a investigação epidemiológica e etiológica da referida enfermidade, que resultaram na descrição do agente etiológico: um novo coronavírus⁽¹⁾. Identificada como *severe acute respiratory syndrome coronavirus 2* - SARS-Cov2⁽¹⁾, a doença pelo novo coronavírus foi nomeada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), em Fevereiro de 2020⁽²⁾, como *coronavirus disease* - COVID-19 e tornou-se rapidamente uma pandemia global⁽³⁾.

Mais de dois anos após o início da pandemia, o Brasil ocupa a posição de terceiro país do mundo em número de casos, e ocupa o segundo lugar em número de óbitos por COVID-19, de acordo com a OMS⁽⁴⁾. Em julho de 2022, havia cerca de 32.500.000 de casos confirmados e 672.000 óbitos por COVID-19 no Brasil, conforme dados oficiais do governo brasileiro, perfazendo uma taxa de mortalidade em torno de 319,7 óbitos por 100 mil habitantes⁽⁵⁾.

A COVID-19 representou, especialmente em 2020 e 2021, uma sobrecarga ao atendimento de saúde em todos os países do mundo, em especial para o já fragilizado sistema de saúde brasileiro. A pandemia causou aumento da demanda de atendimento de saúde, marcado por limitação de recursos tecnológicos e humanos, cuidado insuficiente em relação ao alívio de sintomas e de sofrimento e desgaste emocional frente às inúmeras mortes⁽⁶⁾. O cenário de sobrecarga vivenciado desde o início de 2020, mesmo em países desenvolvidos e com melhores condições socioeconômicas, destacou o papel dos cuidados paliativos (CPAL) como resposta efetiva e imprescindível no enfrentamento da pandemia⁽⁷⁾.

Grandes centros urbanos como a cidade de São Paulo, maior cidade do país e uma das mais populosas do mundo, tiveram que modificar rapidamente seu sistema de saúde para adequar o atendimento dos casos. Entre abril e setembro de 2020, o Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HCFMUSP), hospital integrante do sistema público de saúde da cidade de São Paulo, tornou-se hospital de referência para atendimento aos casos graves de infecção por Coronavírus SARS-Cov2. Foi então estruturado para atender a

essa demanda, com realocação de leitos, unidades de internação e recursos humanos⁽⁸⁾. Tendo como base a *expertise* dos CPAL na assistência a pacientes portadores de doença crônica avançada, dentro da estruturação do atendimento do referido hospital em resposta à pandemia, criou-se a unidade de internação de CPAL específica para casos COVID-19 com doenças crônicas avançadas e/ou critérios de fim de vida. A equipe de CPAL dessa unidade também foi responsável pelo atendimento de interconsultas de CPAL para pacientes internados com COVID-19⁽⁸⁾. É com base nessa vivência prática de assistência de CPAL na pandemia de COVID-19 que se desenvolve o presente estudo.

Por se tratar de uma condição clínica descrita tão recentemente, as características da COVID-19 ainda não foram esclarecidas por completo e a comunidade científica segue em busca de ampliar o conhecimento sobre o vírus e a sua doença. Há necessidade de dados para comparações entre coortes internacionais, visando demonstrar o impacto das diferentes experiências no curso clínico e no desfecho dos casos, bem como na utilização de recursos de saúde⁽⁹⁾. Poucos estudos descrevem a experiência do Brasil no enfrentamento da COVID-19. Faltam publicações que abordem o impacto da infecção por SARS-Cov2 em pacientes com doença crônica avançada⁽¹⁰⁾. Sobre os pacientes portadores de doença crônica avançada, acometidos por formas moderadas e graves da COVID-19, pouco se sabe em relação às suas características e suas necessidades de CPAL, inclusive no final de vida.

A pergunta de investigação proposta é: entre adultos hospitalizados com formas graves de COVID-19, qual a prevalência estimada de pacientes com necessidades de CPAL, na admissão ou durante sua internação? De maneira conjunta, foi avaliada a demanda de fato atendida pela equipe especializada em CPAL, em um hospital de referência para atendimento à pandemia na cidade de São Paulo.

A estrutura desta dissertação está organizada em cinco capítulos. No primeiro capítulo apresentamos o enquadramento teórico, onde a problemática de investigação é desenvolvida e enquadrada de acordo com a literatura atual, abordando os temas de CPAL, pandemia de COVID-19 no mundo e no Brasil e sua relação com os CPAL. No segundo capítulo, está descrita a metodologia da investigação e no terceiro capítulo, os resultados obtidos. O quarto capítulo traz a discussão dos resultados e as limitações do estudo. Por fim, no quinto

capítulo, encontra-se a conclusão, que destaca os aspectos mais relevantes da realização deste estudo e contribuições para investigações futuras.

CAPÍTULO 1 ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1.1 OS CUIDADOS PALIATIVOS

Historicamente, os CPAL foram instituídos com o objetivo básico e fundamental de aliviar o sofrimento no fim da vida. Registros da Antiguidade dão conta de que a filosofia paliativista se desenvolveu com o ato de “cuidar”. Na Idade Média, durante as Cruzadas, surgiram as hospedarias (*hospice*, termo da língua inglesa), que abrigavam os doentes, moribundos, mulheres em trabalho de parto, leprosos, órfãos, pobres e famintos. As hospedarias se localizavam dentro de mosteiros e ofereciam abrigo, proteção e cuidado com as feridas. Ali, a cura das doenças não era a principal finalidade⁽¹¹⁾.

O acolhimento aos necessitados era frequentemente realizado por religiosos, que ofereciam suporte e alívio espiritual do sofrimento. O desenvolvimento desse trabalho fez surgir, entre os séculos XVI e XVII, casas para órfãos, pobres, doentes e moribundos fundadas por Ordens Religiosas⁽¹¹⁾, como a Ordem das Irmãs da Caridade em Paris, as Santas Casas de Misericórdia em Portugal, que foram posteriormente estendidas para suas colônias, incluindo o Brasil^{(12),(13)}. No início do século XX, em Londres, as Irmãs da Caridade fundaram o *St. Joseph's Hospice* e promoveram a base para o trabalho de *Dame Cicely Saunders* (1918-2005), precursora do “Movimento Hospice Moderno”⁽¹⁴⁾.

Nascida na Inglaterra, *Dame Cicely Saunders* dedicou sua vida ao alívio do sofrimento humano. Graduiu-se em Enfermagem, Serviço Social e Medicina. Na década de 60, fundou o *St. Christopher's Hospice*, o primeiro a oferecer cuidado integral ao paciente, desde o controle de sintomas, alívio da dor e do sofrimento. Ainda hoje, permanece como referência mundial em CPAL e Medicina Paliativa^{(11),(14)}.

A definição de CPAL foi publicada pela OMS pela primeira vez em 1990, sendo posteriormente revisada em 2002 e 2017⁽¹⁵⁾. Em 2020, um consenso publicado pela International Association for Hospice and Palliative Care, com a participação de especialistas de 88 países, incluindo o Brasil, atualizou a definição de CPAL⁽¹⁵⁾:

“Os Cuidados Paliativos são cuidados holísticos ativos, ofertados a pessoas de todas as idades que se encontrem em intenso sofrimento relacionado à sua saúde, proveniente de doença grave, especialmente aquelas que estão no final da vida. Entende-se por doença grave uma condição com alto risco de morte, com impacto negativo na qualidade de vida e funcionalidade diária, e/ou que cause uma sobrecarga de sintomas, tratamentos ou estresse aos cuidadores. O objetivo dos Cuidados Paliativos é, portanto, melhorar a qualidade de vida dos pacientes, de suas famílias e de seus cuidadores”.

Os CPAL utilizam-se de princípios fundamentais, consoantes os ensinamentos de Cicely Saunders, destinados a atender todas as dimensões do sofrimento, explicitadas na definição da OMS de 2017,⁽¹⁶⁾ que incluem o sofrimento físico, emocional, social e espiritual. O consenso publicado pela International Association for Hospice and Palliative Care, em 2020,⁽¹⁵⁾ enumera como princípios fundamentais:

- Atua na prevenção, identificação precoce, avaliação abrangente e gestão de problemas físicos, incluindo dor e outros sintomas angustiantes, sofrimento psicológico, sofrimento espiritual e necessidades sociais. Sempre que possível, essas intervenções devem ser baseadas em evidências;
- Fornece suporte para ajudar os pacientes a viver o mais plenamente possível até a morte, facilitando a comunicação eficaz, ajudando-os e suas famílias a estabelecer os objetivos do cuidado;
- É aplicável durante todo o curso de uma doença, de acordo com as necessidades do paciente;
- É fornecido em conjunto com terapias modificadoras da doença sempre que necessário;
- Pode influenciar positivamente o curso da doença;
- Não pretende apressar nem adiar a morte, afirma a vida e reconhece o morrer como um processo natural;
- Fornece apoio à família e cuidadores durante a doença do paciente e em seu próprio luto;

- É entregue reconhecendo e respeitando os valores e crenças culturais do paciente e da família;
- É aplicável em todos os ambientes de saúde (local de residência e instituições) e em todos os níveis (do primário ao terciário) de atendimento;
- Pode ser fornecido por profissionais com treinamento básico em CPAL;
- Compromete-se em garantir o acesso aos CPAL adequados para grupos vulneráveis, incluindo crianças e idosos;
- Envolve-se com universidades, academias e hospitais de ensino para incluir a pesquisa e treinamento em CPAL como um componente da formação e educação, incluindo educação básica, intermediária, especializada e continuada.

Definir e delimitar adequadamente a natureza e o escopo dos CPAL é fundamental para a integração na continuidade dos cuidados, para identificar recursos humanos, financeiros e estruturais necessários para atender às necessidades globais e para reduzir as grandes desigualdades no acesso a esse cuidado.⁽¹⁷⁾ Cabe destacar que a participação da gestão governamental se torna imprescindível para alcançar a integração dos CPAL. Nesse sentido, os governos devem:

- Adotar políticas e normas adequadas que incluam CPAL nas leis de saúde, programas nacionais de saúde e orçamentos nacionais de saúde;
- Garantir que os planos de seguro integrem os CPAL como componente dos programas;
- Garantir o acesso a medicamentos e tecnologias essenciais para alívio da dor e do controle de sintomas em CPAL, incluindo formulações pediátricas;
- Garantir que os CPAL façam parte de todos os serviços de saúde (desde programas comunitários de saúde a hospitais), que todos os pacientes com necessidades paliativas sejam avaliados.

Os CPAL têm então como princípio fundamental a abordagem do sofrimento humano, com base em conhecimento técnico para adequado tratamento e sensibilidade para compreensão das suas causas. A intervenção no sofrimento acontece numa atuação interdisciplinar para prevenção e alívio do mesmo. É importante destacar que o sofrimento humano pode ser causado por uma doença aguda ou crônica e a abordagem paliativa deve idealmente ser

iniciada precocemente, em concomitância ao tratamento modificador da doença, de maneira complementar e integrada.⁽⁸⁾ Seguindo esse raciocínio, a assistência de CPAL também exerceu seu papel no enfrentamento da pandemia de COVID-19.

1.2 A PANDEMIA DE COVID-19

Conforme a descrição de médicos chineses, os pacientes apresentavam febre, tosse, dispnéia, mal-estar, sinais radiológicos de acometimento pulmonar, alterações hematológicas com linfopenia, associada à leucometria normal ou baixa e alguns evoluíam com sinais de desconforto respiratório agudo⁽¹⁸⁾. A doença foi caracterizada como uma síndrome respiratória aguda grave (em inglês *severe acute respiratory syndrome – SARS*) e denominada COVID-19⁽²⁾. A COVID-19 tornou-se rapidamente uma pandemia global⁽³⁾, modificando a vida de todas as pessoas ao redor do mundo.

A disseminação global da pandemia e o rápido aumento do número de casos de COVID-19 causaram grande impacto nos serviços de saúde, tantos públicos quanto privados. A demanda gerada pela doença rapidamente excedeu a capacidade padrão dos sistemas hospitalares, surgindo questionamentos em relação à otimização do manejo clínico, à segurança de transferências de pacientes e à alocação de recursos escassos⁽⁹⁾.

1.2.1 CRITÉRIOS DE GRAVIDADE DA COVID-19

De acordo com a OMS⁽¹⁹⁾, a COVID-19 leve caracteriza-se pela presença de sintomas gripais compatíveis com infecção por coronavírus SARS-Cov2 (febre, tosse, fadiga, anorexia, mialgia), sem sinais de pneumonia viral ou hipoxemia. A COVID-19 moderada caracteriza-se pela presença de pneumonia viral (febre, tosse, dispnéia e taquipneia), sem sinais de gravidade, incluindo SpO2 igual ou maior que 90% em ar ambiente. A COVID-19 grave caracteriza-se pela presença de sinais clínicos de pneumonia com critérios de gravidade, tais como frequência respiratória maior que 30 irpm, SpO2 menor que 90% em ar ambiente ou sinais clínicos de desconforto respiratório ou insuficiência respiratória grave (uso de musculatura acessória, incapacidade de falar frases completas). Caracteriza-se a forma crítica da COVID-19 pela presença de Síndrome da Angústia Respiratória Aguda, sepse, choque séptico, necessidade de ventilação mecânica (invasiva ou não invasiva).

1.2.2 A PANDEMIA DE COVID-19 NO BRASIL

O primeiro caso de COVID-19 no Brasil foi confirmado no dia 26 de fevereiro de 2020 no Estado de São Paulo. No entanto, as medidas de prevenção, incluindo o distanciamento social só foram implementadas quase um mês depois, contribuindo para a rápida disseminação da doença no Estado e no país. A COVID-19 se espalhou no país com os vôos internacionais, concentrando-se inicialmente nas capitais dos Estados e posteriormente chegando às cidades menores. Em pouco mais de trinta dias depois do registro do primeiro caso, todas as vinte e sete Unidades Federativas já registravam dez ou mais casos da doença⁽²⁰⁾.

O Brasil tem grande extensão territorial e aproximadamente 212 milhões de habitantes em seu território, dividido em cinco macrorregiões (Norte, Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste e Sul) bastante distintas entre si. Diante desse cenário heterogêneo, as diferentes condições socioeconômicas regionais geram diferentes condições assistenciais de saúde, com disponibilidade variável de leitos hospitalares, equipamentos de suporte e profissionais de saúde treinados entre os Estados da Federação, que sofreram sobrecargas distintas causadas pela pandemia⁽²¹⁾. As recentes crises econômicas e políticas intensificaram os problemas estruturais no Sistema Único de Saúde do Brasil, cujo objetivo é fornecer cobertura universal de saúde. Dificuldades na governança e organização governamental, subfinanciamento crônico e baixa eficácia clínica contribuíram para a situação deficitária do SUS nos últimos anos. A pandemia de COVID-19 desafiou o sistema de saúde do país, acentuando as disparidades regionais existentes no acesso a serviços de saúde, que desproporcionalmente afetou os grupos socioeconômicos mais vulneráveis da população⁽²¹⁾. O presente estudo mantém seu escopo focado na região metropolitana de São Paulo, área atendida pelo hospital base dessa pesquisa.

1.2.2.1 DIRETRIZES DE FUNCIONAMENTO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE DO ESTADO DE SÃO PAULO PARA ENFRENTAMENTO DA PANDEMIA DE COVID-19

No dia 19 de março de 2020, foram publicadas as Diretrizes de funcionamento dos serviços de saúde do Estado de São Paulo para enfrentamento da pandemia de COVID-19⁽²²⁾, orientando o diagnóstico, o local de atendimento e as condutas preconizadas. O

direcionamento dos pacientes era regulado pela Central de Regulação de Ofertas de Serviços de Saúde (CROSS) do Estado de São Paulo. Os pacientes com quadro clínico compatível com Síndrome Gripal, sendo casos suspeitos ou confirmados de COVID-19, eram atendidos nos serviços públicos de saúde, como Unidades de Pronto Atendimento ou Unidades Básicas de Saúde e classificados conforme a presença ou ausência de critérios para Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG)⁽²²⁾.

1.2.2.1.1 Definição de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) secundária à infecção por coronavírus SARS-Cov-2

As Diretrizes de funcionamento dos serviços de saúde do Estado de São Paulo para enfrentamento da pandemia de COVID-19 utilizavam-se da avaliação médica clínica para identificação de critérios de SRAG, visando recomendar e orientar adequadamente a internação do paciente avaliado⁽²²⁾.

De acordo com as diretrizes, a SRAG caracterizava-se pela presença de taquipneia, definida por frequência respiratória igual ou maior que 24 irpm, e/ou pela presença de hipoxemia, definida por SpO2 menor que 93% em ar ambiente.

1.2.2.1.2 Orientações para regulação da internação

A regulação de leitos hospitalares e direcionamento para internação era realizado pela CROSS, gerenciada em conjunto pelos serviços estaduais e municipais de saúde de São Paulo⁽²²⁾. Os pacientes com Síndrome Gripal que não apresentavam critérios de SRAG, ou seja, frequência respiratória menor que 24 incursões respiratórias por minuto (irpm) e saturação periférica de oxigênio (SpO2) igual ou maior que 93% em ar ambiente, eram tratados com sintomáticos e orientados a manter isolamento domiciliar, de acordo com as diretrizes do Ministério da Saúde do Brasil.

Já os pacientes com critérios de SRAG eram direcionados para internação, conforme critérios de gravidade da COVID-19 estabelecidos e presença de comorbidades⁽¹⁹⁾. A internação seria direcionada para um hospital secundário caso o paciente fosse diagnosticado com COVID moderada, sem sinais de insuficiência respiratória aguda e sem comorbidades.

Portanto, os hospitais terciários da rede de saúde de São Paulo, dentre eles o HCFMUSP, atenderiam os pacientes com COVID-19 suspeito ou confirmado, classificados como COVID grave ou crítica, com sinais de insuficiência respiratória aguda e/ou doença de base grave (ex.: Transplantes, neoplasias, cardiopatias, pneumopatias, imunossupressão).

Os critérios para internação em Unidades de Terapia Intensiva (UTI) foram os seguintes: ausência de melhora da SpO₂, apesar da oferta de O₂; hipotensão arterial; alteração do tempo de enchimento capilar; alteração do nível de consciência e oligúria. Sem a presença dessas alterações, o paciente era então direcionado para internação em leito de enfermaria.

A região metropolitana de São Paulo encontrava-se então como epicentro da pandemia de COVID-19 no Brasil, e ao HCFMUSP foi dada a missão de atender os casos mais graves da região. As equipes especializadas do hospital, dentre elas o Núcleo Técnico Científico em Cuidados Paliativos (NTCCP), empenharam-se em contribuir para a adequada resposta a essa demanda.

1.3 OS CUIDADOS PALIATIVOS NO CONTEXTO DA PANDEMIA DE COVID-19

A Organização das Nações Unidas define que uma epidemia grave ou surto de doença pode ser uma “emergência de saúde pública de interesse internacional”. Esta emergência é um evento extraordinário ou inesperado, determinado por constituir um risco para a saúde pública de diferentes Nações através da propagação internacional de uma doença; e por exigir potencialmente uma resposta internacional coordenada⁽²³⁾. Vários surtos de doença ou epidemias podem causar perda de vidas e de saúde em larga escala, como gripe, surto de Influenza, surto de Ebola, febre amarela, sarampo, meningite, cólera e hepatite E.

A pandemia de COVID-19 juntou-se a esse grupo de doenças, caracterizando-se como emergência de saúde pública de interesse internacional e emergência humanitária. Emergências e crises humanitárias são eventos de grande escala que afetam populações ou sociedades causando uma variedade de consequências difíceis e angustiantes que podem incluir perda de vidas, interrupção dos meios de subsistência, colapso da sociedade, deslocamento populacional forçado e outras graves consequências políticas e econômicas, com efeitos sociais, psicológicos e espirituais⁽²³⁾.

Os CPAL estão ganhando aceitação como importante orientação para o tratamento em cenários de crise humanitária. A possibilidade e a importância de integrar os CPAL nos cuidados de saúde humanitários têm recebido maior atenção nos últimos anos⁽²⁴⁾. Há mais de uma década, um grupo de pesquisadores já discutia o papel dos CPAL frente a uma pandemia, tendo o surto de Influenza como exemplo, e discutiam estratégias para ter profissionais de saúde, locais para assistência, equipamentos e medicamentos disponíveis para fornecer CPAL para pacientes que poderiam ficar gravemente doentes ou morrer por causa de uma pandemia⁽²⁵⁾.

Em 2018, a OMS elaborou um manual que estabelece diretrizes para a prestação de CPAL em emergências humanitárias e a importância dessa atuação⁽²³⁾. Em epidemias de infecções com risco de vida, como em outras emergências e crises humanitárias, o sofrimento das vítimas e os esforços para aliviá-lo são muitas vezes negligenciados na pressa de salvar vidas. Os CPAL nessas situações são tão igualmente necessários quanto os cuidados curativos. O alívio de sintomas pode não apenas proporcionar conforto, mas também melhorar a sobrevivência, promover a relação médico-paciente e até mesmo melhorar o controle de infecções. Durante surtos de doenças infecciosas, as ações tomadas pelas autoridades de saúde pública para limitar a propagação de doenças, como isolamento e quarentena, podem exacerbar o sofrimento psicológico. O sofrimento psicológico e social durante epidemias com risco de vida também pode ser causado tanto pela doença quanto pelo isolamento. A quarentena das pessoas expostas à doença e o isolamento daqueles com infecção ativa, necessários do ponto de vista da saúde pública, exacerbam o sofrimento psicológico de ter uma doença estigmatizada e com risco de vida.

Todas essas situações foram vivenciadas na pandemia de COVID-19 e os CPAL tiveram papel de destaque no enfrentamento da doença ao redor do mundo. Diante de uma doença com elevada mortalidade no ano de 2020, antes do surgimento da vacinação para COVID-19, a assistência paliativa tornou-se fundamental para aliviar o sofrimento e cuidar do paciente em sua totalidade, considerando as dimensões físicas, psicológica, social, moral e espiritual. Esses cuidados atendem aos preceitos bioéticos fundamentais nesse cenário⁽²⁶⁾, onde se faz necessária a tomada de decisão compartilhada, com racionalização da alocação de recursos,

promoção de relação custo-efetividade favorável em diferentes grupos de pacientes e em diferentes situações⁽²⁷⁾.

Apesar de tratar-se de uma doença aguda, a COVID-19 exigia uma abordagem ampla relacionada a todos os seus aspectos, incluindo o perfil epidemiológico da população sob maior risco: pacientes idosos e portadores de comorbidades, frequentemente doenças crônicas avançadas, o que se relacionava diretamente com a atuação dos CPAL⁽⁸⁾.

Considerando que havia pacientes sob risco de morrer com COVID-19 que poderiam estar em seu último ano de vida na ausência da pandemia de COVID-19, a triagem e identificação desses pacientes fez-se necessária. Tal fato poderia ajudar a discutir sobre alocação de recursos e o planejamento de serviços, uma vez que as metas de cuidados para aqueles com uma doença progressiva avançada ou terminal pré-existente podem diferir daqueles sem problemas de saúde graves antes de uma infecção por COVID-19⁽¹⁰⁾.

Do ponto de vista ético, é imperativo promover acesso aos CPAL de alta qualidade para todos os pacientes com probabilidade de morrer de COVID-19, especialmente devido à alta carga de sintomas (dispneia, ansiedade etc.)⁽²⁸⁾. Ainda, deve-se enfatizar o papel central dos CPAL para aqueles pacientes cuja decisão construída é de não oferecer tratamentos sustentadores da vida por sua condição clínica de base, bem como para suas famílias e para os profissionais de saúde responsáveis pelo seu tratamento, que podem sofrer frente a essas situações⁽²⁹⁾.

Em diversos países em desenvolvimento, incluindo o Brasil, a pandemia destacou as desigualdades socioeconômicas e dificuldades prévias de seus sistemas de saúde, tornando mais desafiador o enfrentamento dessa situação. Destacou ainda a necessidade de atuação dos CPAL, abordagem essa que não está disponível para todos os que dela necessitam, em muitas regiões do país e do mundo.

De acordo com o Atlas dos Cuidados Paliativos no Brasil⁽³⁰⁾, elaborado pela Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP) em 2019, o Estado de São Paulo é a unidade da Federação com a maior quantidade de serviços de CPAL, 106 dos 191 serviços de CPAL registrados, sendo quase a metade destes administrados pelo Sistema Único de Saúde, e com integração ainda

incipiente entre os serviços ⁽³¹⁾. O HCFMUSP representa um dos principais serviços do Brasil, atuando por meio de assistência, ensino e pesquisa.

Tendo em vista o elevado número de casos de COVID-19 no Brasil, com elevado número de óbitos, desigualdades no acesso à assistência de saúde, escassez de recursos especializados para suporte vital como respiradores e leitos de UTI, a atuação dos CPAL ganha especial destaque na construção do conhecimento sobre a pandemia.

CAPÍTULO 2 METODOLOGIA

2.1 DESENHO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo, retrospectivo e observacional, desenhado como estudo transversal.

2.2 OBJETIVOS

O objetivo principal do estudo foi estimar a prevalência de pacientes com necessidades paliativas internados com COVID-19 no HCFMUSP, hospital público de referência para atendimento à pandemia na cidade de São Paulo-SP, Brasil.

Foram estabelecidos como objetivos secundários descrever as características clínicas dos pacientes, incluindo diagnóstico primário, mortalidade intra-hospitalar, tempo de internação hospitalar, admissão na UTI, e identificar o acesso dos pacientes internados aos CPAL.

2.3 LOCAL DO ESTUDO

O local definido para o estudo foi o HCFMUSP, na cidade de São Paulo-SP, região Sudeste do Brasil. O HCFMUSP é um complexo hospitalar vinculado à Secretaria de Estado da Saúde, do Governo do Estado de São Paulo. É associado à Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo para fins de ensino, pesquisa e prestação de serviços destinados à comunidade.

2.4 AMOSTRA

A população do estudo é composta por pacientes com diagnóstico de infecção por Coronavírus SARS-Cov-2, com critérios de infecção grave, internados no HCFMUSP, no período de 18 de março a 31 de julho de 2020. A amostragem escolhida foi consecutiva e não probabilística.

Os pacientes foram direcionados para internação no referido hospital pela CROSS, de acordo com as diretrizes da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, que estão descritas na seção **1.2.2.1.2** do primeiro capítulo.

Os critérios de inclusão foram idade ≥ 18 anos, diagnóstico de COVID-19 confirmado por testes positivos como Reverse Transcriptase Polymerase Chain Reaction para SARS-Cov2. O critério de exclusão utilizado foi a identificação de dados incompletos na base de dados eletrônica do hospital.

2.5 MÉTODO DE RECOLHA DOS DADOS

Nesta secção, descreve-se o fluxograma estabelecido dentro do Instituto Central do HCFMUSP pelo NTCCP para tomada de decisão e assistência em CPAL destinada aos casos de COVID-19, e como se deu a recolha de dados.

2.5.1 FLUXOGRAMA CUIDADOS PALIATIVOS E TOMADA DE DECISÃO – CRISE COVID-19

Durante a mobilização do Instituto Central do HCFMUSP, coube à equipe de CPAL, gerenciada pelo NTCCP, administrar uma nova unidade de internação na mesma instituição para receber pacientes com critérios de elegibilidade para CPAL e diagnóstico de COVID-19, e atender às solicitações de interconsultas em CPAL nas diversas áreas do hospital, além de manter a unidade pré-existente para pacientes não-COVID.

Frente ao aumento significativo da demanda de trabalho e à necessidade de respostas rápidas por se tratar de uma doença na qual a piora clínica do paciente acontecia em poucas horas, o NTCCP criou um fluxograma para auxílio no processo de tomada de decisão, incluindo um instrumento de triagem para a identificação de pacientes com necessidades de CPAL, validado para Língua Portuguesa, fatores clínicos de mau prognóstico e risco de morte e embasamento ético-legal. O fluxograma desenvolvido no HCFMUSP foi denominado protocolo PALI-COVID⁽³¹⁾ e disseminado sob a forma de cartazes afixados e pela rede interna de computadores no hospital. Para divulgação, o encarte utilizado foi denominado “Cuidados Paliativos e Tomada de Decisão (Deliberação Moral) – Pacientes Adultos / Crise COVID-19” (ANEXO I).

2.5.1.1 Critérios de doença crônica avançada e elegibilidade para Cuidados Paliativos

Para avaliar elegibilidade para CPAL, relacionada à doença de base pré-existente, foram utilizados indicadores clínicos da ferramenta Supportive and Palliative Care Indicators Tool

(SPICT), validada para Língua Portuguesa (SPICT-BR)^(32,33) (ANEXO II). A ferramenta SPICT-BR é usada para identificar pessoas sob o risco de deterioração clínica e morte, com necessidade de suporte de CPAL. São descritos como indicadores gerais de deterioração clínica e piora da saúde: internações hospitalares não programadas; capacidade funcional ruim ou em declínio com limitada reversibilidade (a pessoa passa na cama ou cadeira mais de 50% do dia); dependência de outros para cuidados pessoais devido a problemas físicos e/ou de saúde mental; perda de peso significativa nos últimos 3-6 meses e/ ou um baixo índice de massa corporal; sintomas persistentes apesar do tratamento otimizado das condições de base; a pessoa ou sua família solicita CPAL, interrupção ou limitação do tratamento ou foco na qualidade de vida.

As doenças crônicas avançadas foram identificadas com base nos indicadores clínicos listados abaixo, de acordo com o SPICT-BR:

- Câncer:
 - Capacidade funcional em declínio devido á progressão do cancro;
 - Estado físico muito debilitado para tratamento do cancro ou tratamento para controle de sintomas.
 - Falências Orgânicas: Doença cardiovascular, respiratória, renal ou hepática descritas abaixo.
- Doença cardiovascular:
 - Classe funcional III/IV de NYHA- insuficiência cardíaca ou doença coronariana extensa e intratável com falta de ar ou dor precordial em repouso ou aos mínimos esforços;
 - Doença vascular periférica grave e inoperável.
- Doença respiratória:
 - Doença respiratória grave com falta de ar em repouso ou aos mínimos esforços entre as exacerbações;
 - Necessidade de oxigenoterapia a longo prazo;
 - Já precisou de ventilação para insuficiência respiratória ou ventilação é contraindicada.
- Doença renal:

- Estágios 4 e 5 de doença renal crônica (Taxa de Filtração Glomerular menor que 30ml/mi) com piora clínica;
- Insuficiência renal complicando outras condições limitantes ou tratamentos;
- Decisão de suspender a diálise devido à piora clínica ou intolerância ao tratamento.
- Doença hepática:
 - Cirrose avançada com uma ou mais complicações no último ano: ascite resistente a diuréticos, encefalopatia hepática, síndrome hepatorenal, peritonite bacteriana, sangramentos recorrentes de varizes esofágicas;
 - Transplante hepático contraindicado.
- Demência/Fragilidade:
 - Incapaz de vestir-se, caminhar ou comer sem ajuda;
 - Redução da ingestão de alimentos e líquidos e dificuldades na deglutição;
 - Incontinência urinária e fecal;
 - Incapaz de manter contato verbal ou pouca interação social;
 - Fratura de fêmur ou múltiplas quedas;
 - Episódios frequentes de febre ou infecções ou pneumonias aspirativas.
- Doença neurológica:
 - Deterioração progressiva da capacidade física e/ou da função cognitiva mesmo com terapia otimizada.
 - Problemas da fala com dificuldade progressiva de comunicação e/ou deglutição.
 - Pneumonia aspirativa recorrente; falta de ar ou insuficiência respiratória.

O diagnóstico principal foi definido por, entre as doenças apresentadas pelo paciente, aquela com critérios de terminalidade, utilizando a ferramenta SPICT-BR descrita acima. No caso da presença de dois ou mais diagnósticos de doença terminal, o diagnóstico considerado foi aquele que trazia maior repercussão clínica na internação. Para fins desse estudo, o

diagnóstico principal foi categorizado em um dos quatro grupos descritos a seguir, de acordo com a doença terminal apresentada pelo paciente, antes da infecção por SARS-Cov-2. São estes: neoplasias (1); falências orgânicas (2); demência/fragilidade (3); e outros, definidos por doenças não incluídas nos grupos anteriores (4).

A doença neurológica avançada, que pela ferramenta SPICT-BR é definida por deterioração progressiva da capacidade física e/ou da função cognitiva mesmo com terapia otimizada; problemas da fala com dificuldade progressiva de comunicação e/ou deglutição; pneumonia aspirativa recorrente; falta de ar ou insuficiência respiratória, foi incluída na categoria Demência/Fragilidade no presente estudo, bem como os pacientes que apresentavam perda progressiva de funcionalidade. A categoria de falências orgânicas foi ainda dividida em categorias de subdiagnósticos, caracterizada pelo órgão-alvo acometido pela doença terminal em questão: cardiopatia, pneumopatia, nefropatia e hepatopatia.

2.5.1.2 Sinais indicativos de menor sobrevida

Após identificação de alguma doença crônica avançada, com elegibilidade para CPAL, foram avaliados sinais clínicos sugestivos de menor sobrevida, ou seja, se havia risco de morte na atual internação, com base nas diretrizes da National Hospice Organization ⁽³⁴⁾.

O fluxograma estabelece os seguintes sinais indicativos de menor sobrevida:

- em pacientes portadores de Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica, três ou mais descompensações nos últimos 6 meses;
- em pacientes portadores de Insuficiência Cardíaca, três ou mais descompensações nos últimos seis meses ou uso de inotrópicos;
- em pacientes com cancro metastático, índice de performance status de Karnofsky (KPS) inferior a 40%;
- em pacientes portadores de demências, escore clínico de demência (Clinical Dementia Rating - CDR) igual a três e/ou infecções/internações frequentes;
- em pacientes portadores de sequelas de Acidentes Vasculares Cerebrais (AVC) ou doenças degenerativas, baixa funcionalidade e/ou internações frequentes.

2.5.1.3 Etapas de avaliação pelo fluxograma

O fluxograma desenvolvido avaliou o paciente internado no HCFMUSP com diagnóstico de COVID-19 em três etapas.

Na primeira etapa, o objetivo é entender e delimitar o momento de evolução clínica do paciente, com foco na terminalidade determinada por doença de base e circunstâncias clínicas pregressas. A avaliação é composta de parte objetiva, relacionada aos indicadores clínicos, utilizando-se a ferramenta SPICT-BR, como descrita anteriormente, e de parte subjetiva, respondendo a “Surprise Question”: “Você não estranharia se o paciente morresse em 12 meses pela doença de base?”⁽³⁵⁾. Nessa etapa, determina-se se o paciente tem ou não critérios de doença crônica avançada ou terminal.

Na segunda etapa, os sinais de menor sobrevida são considerados, além dos critérios de doença crônica avançada ou terminalidade que o paciente apresente. Com base nessas duas informações, seguiu-se a categorização do paciente em um dos três grupos: VERMELHO, AMARELO e VERDE. A categorização escolhida em cores vermelho, amarelo e verde remete à classificação de risco do Sistema de Triagem Manchester, utilizado nas Unidades de Emergência do Brasil desde 2008⁽³⁶⁾.

- Grupo VERMELHO: corresponde ao paciente **sem critérios de terminalidade** pela doença de base, ou seja, CPAL-. Nesse caso, sendo o paciente idoso e/ou portador de comorbidades crônicas, considerado então grupo de risco de acordo com a OMS, poderia se considerar a solicitação de acompanhamento conjunto pela equipe de CPAL.
- Grupo AMARELO: corresponde ao paciente **com critério de terminalidade (CPAL+), mas sem sinais indicativos de menor sobrevida** no momento da avaliação. Nesse caso, recomendou-se a solicitação de acompanhamento conjunto pela equipe de CPAL se houvesse dificuldades no processo de comunicação e/ou tomada de decisão compartilhada com paciente e/ou família, ou se houvesse dificuldades para controle dos sintomas que causem qualquer sofrimento.

- Grupo VERDE: corresponde ao paciente **com critério de terminalidade (CPAL+), com sinais indicativos de menor sobrevida**. Recomendou-se então que o paciente fosse acompanhado pela equipe de CPAL, internado se possível na Unidade de Internação de CPAL-COVID-19. Nesses casos, a decisão tomada foi por não indicar procedimentos sustentadores de vida, tais como internação em Unidade de Terapia Intensiva, assistência ventilatória invasiva, diálise.

A terceira etapa é composta pelo processo deliberativo ou de deliberação moral, que envolve aspectos relacionados aos fatos, valores, normas e consequências, agindo sempre em benefício do paciente, com prudência, buscando consenso, proporcionalidade terapêutica e assertividade. Essa metodologia norteou as tomadas de decisões em cada caso.

2.5.2 RECOLHA DOS DADOS

Os dados foram obtidos a partir da análise da base eletrônica de dados do Instituto Central do HCFMUSP, por membros treinados da equipe do NTCCP.

Foram coletados dados demográficos como sexo e idade, considerando idoso todo paciente com 60 anos de idade ou mais. Foram avaliadas as características clínicas dos pacientes, incluindo diagnóstico primário, mortalidade intra-hospitalar, tempo de internação hospitalar em dias e admissão na UTI. A proporção de pacientes que efetivamente foi avaliada pela equipe de CPAL também foi identificada. Cada paciente foi classificado em um dos três grupos: VERMELHO, AMARELO ou VERDE, conforme o protocolo PALI-COVID, e comparadas as variáveis estudadas entre esses grupos.

A todos os indivíduos do estudo foi atribuído um código alfanumérico de acordo com a ordem de entrada no estudo: D1, D2, D3 etc. Os dados foram armazenados num ficheiro encriptado em um computador pessoal, protegido com palavra-chave, apenas do conhecimento da investigadora principal.

2.6 ANÁLISE ESTATÍSTICA

A análise estatística foi realizada pelo software Statistical Package for Social Sciences Statistics versão 27,0 Mac (SPSS 27,0 Mac, SPSS Inc., Chicago, Illinois, EUA). A normalidade dos dados foi avaliada pelo teste de Kolmogorov-Smirnov. Os dados categóricos foram apresentados em proporções, com as frequências absolutas (n) e as frequências relativas (%). Os dados contínuos foram apresentados como mediana (e intervalo interquartil 25-75% ou *interquartile range* - IQR), quando apropriado.

Para variáveis categóricas, foram usadas tabelas de contingência, e essas foram avaliadas por meio de teste de Qui-quadrado de Pearson ou teste exato de Fisher, quando apropriado. Para a comparação das variáveis contínuas de amostras independentes, foi utilizado o teste de Kruskal-Wallis. O critério de significância estatística adotado foi definido em menor ou igual a 5% ($p \leq 0,05$) e utilizada a correção de Bonferroni com valor de $p < 0,016$ para comparação entre os grupos dois a dois (vermelho e amarelo, vermelho e verde, amarelo e verde).

As variáveis também foram analisadas e comparadas entre dois grupos, de acordo com a presença de critérios para CPAL (CPAL+) ou ausência de critérios para CPAL (CPAL-). Compuseram o grupo CPAL+, os pacientes dos grupos AMARELO e VERDE. Os pacientes do grupo VERMELHO compuseram o grupo CPAL-.

A ferramenta score de propensão ou *propensity score*⁽³⁷⁾ foi utilizada para ajustar, por meio de pareamento, o efeito da avaliação pela equipe de CPAL na internação em UTI nos diferentes grupos estudados (VERMELHO, AMARELO e VERDE). Para tal, os pacientes foram ajustados quanto à idade, diagnóstico principal e grupos estudados.

2.7 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética do HCFMUSP, onde a pesquisa foi realizada, através da Plataforma Brasil, sob o registro CAAE nº 31385420.6.0000.0068 (ANEXO III). Recebeu também a aprovação do Comitê Científico do Mestrado de Cuidados Paliativos da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa em 20 de julho de 2021 (ANEXO IV).

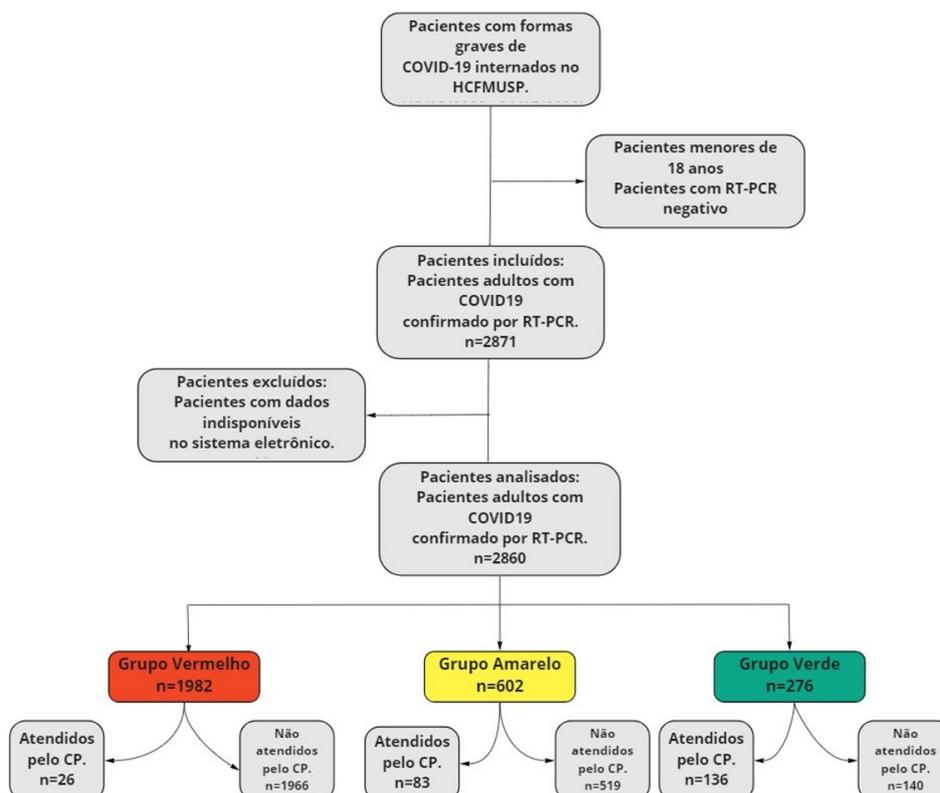
A obtenção de consentimento prévio informado, através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE) não foi necessária visto tratar-se de um estudo não intervencional retrospectivo. Neste estudo, foram coletados os dados demográficos e desfechos diretamente das bases eletrônicas de dados do hospital, sem o contacto direto com o paciente ou participação direta na assistência médica aos mesmos. Não houve nenhuma intervenção direta por motivo da pesquisa na assistência a que os pacientes já recebem no ambiente de tratamento.

CAPÍTULO 3 RESULTADOS

No período de 18 de março a 31 de julho de 2020, foram encaminhados 3.574 pacientes para internação no HCFMUSP, os quais apresentavam quadro clínico de Síndrome Gripal compatível com COVID-19 suspeito ou confirmado, classificados como COVID grave ou crítica, com sinais de insuficiência respiratória aguda e/ou doença de base grave (ex.: Transplantes, neoplasias, cardiopatias, pneumopatias, imunossupressão). Foram incluídos no presente estudo, 2.871 pacientes adultos, com COVID-19 confirmado. Foram excluídos 11 pacientes por dados incompletos no prontuário eletrônico, representando 0,38% de *missing data*.

A amostra de pacientes obtida foi de 2.860 pacientes, que foram avaliados quanto à presença de doença crônica avançada e necessidade de CPAL, utilizando a ferramenta SPICT-BR, e quanto ao risco de morte na internação atual, avaliando sinais clínicos de menor sobrevivência. Conforme descrito no protocolo PALI-COVID⁽³¹⁾, os pacientes foram então classificados em 3 grupos: VERMELHO, AMARELO e VERDE (Figura 1).

Figura 1 – Fluxograma de pacientes



3.1 DESCRIÇÃO DA POPULAÇÃO DO ESTUDO

A análise quanto à presença de doença crônica avançada e necessidade de CPAL, utilizando a ferramenta SPICT-BR, dividiu a população estudada em pacientes com COVID-19 e CPAL+ e pacientes com COVID-19 e CPAL-. Foram identificados 878 pacientes CPAL+ e 1982 pacientes CPAL-. Dessa forma, a prevalência de pacientes com COVID-19 e com necessidades paliativas foi de 30,7% (IC95% 29%-32,4%). Os resultados obtidos estão descritos na Tabela 1.

Tabela 1 – Características gerais dos pacientes estudados em função dos critérios para Cuidados Paliativos (N=2860)

Variáveis	GERAL	Critérios para Cuidados Paliativos		p valor*
		CPAL-	CPAL+	
N (%)	2860 (100)	1982 (69,3)	878 (30,7)	-
Dados demográficos:				
IDADE, anos, mediana (IQR)	61 (48-71)	58 (45-68)	67 (57-76)	< 0,001
SEXO, feminino, n (%)	1256 (43,9)	862 (43,5)	394 (44,9)	0,492
Diagnóstico Principal:				
Neoplasias, n (%)	-	-	286 (32,6)	-
Falências Orgânicas, n (%)	-	-	426 (48,5)	-
Cardiopatia, n (%)	-	-	243 (57)	-
Pneumopatia, n (%)	-	-	60 (14,1)	-
Nefropatia, n (%)	-	-	98 (23)	-
Hepatopatia, n (%)	-	-	25 (5,9)	-
Demência/Fragilidade, n (%)	-	-	133 (15,1)	-
Outros, n (%)	-	-	33 (3,8)	-
Tempo de internação, dias, mediana (IQR)	12 (7-21)	12 (6-21)	11 (7-20)	0,732
Avaliação pela equipe CPAL, n (%)	245 (8,6)	26 (1,3)	219 (24,9)	< 0,001
Internação em UTI, n (%)	1288 (45,0)	883 (44,6)	405 (46,1)	0,434
Óbito, n (%)	962 (33,6)	454 (22,9)	508 (57,9)	< 0,001

*p valor: comparação entre os grupos CPAL- e CPAL+, com nível de significância estatística p valor < 0,005

CPAL- = pacientes com COVID-19, sem necessidades de cuidados paliativos

CPAL+ = pacientes com COVID-19, com necessidades de cuidados paliativos

CPAL, cuidados paliativos; UTI, Unidade de Terapia Intensiva; IQR, Interquartile Range

Em relação aos dados demográficos da população geral, a mediana de idade foi de 61 anos (IQR: 48 a 71 anos), com predominância de homens (1604 pacientes – 56,1%). Observou-se idade significativamente mais elevada no grupo CPAL+ (67 anos; IQR: 57 a 76 anos) ($p < 0,001$). A proporção de homens e mulheres foi semelhante nos dois grupos ($p = 0,492$).

Quase a metade do grupo CPAL+ apresentava falência orgânica como diagnóstico principal ($n=426$, 48,5%), seguido de Neoplasia. A mediana de tempo de internação foi menor no grupo CPAL+, de 11 dias (IQR: 7 a 20 dias), sem diferença estatística.

Duzentos e quarenta e cinco pacientes dos 2860 pacientes estudados (8,6%) foram avaliados pela equipe de CPAL do HCFMUSP, gerenciada pelo NTCCP. A maior parte desses pacientes era CPAL+ (219/245 pacientes). Porém, em relação ao grupo CPAL+, os pacientes avaliados pela equipe de CPAL representavam apenas menos de 25% dos casos CPAL+ (219/878 pacientes).

A proporção de pacientes que foram admitidos em UTI foi de 45% (1288 pacientes) na população geral, não havendo diferenças significativas entre os grupos CPAL+ e CPAL- ($p = 0,434$).

A mortalidade geral da população estudada nesse período foi de 33,6%, correspondendo a 962 pacientes. Comparando os pacientes CPAL+ e pacientes CPAL-, houve diferença significativa em relação à mortalidade ($p < 0,001$). A mortalidade do grupo CPAL- foi de 22,9% (454/1982 pacientes), enquanto a mortalidade do grupo CPAL+ foi de 57,9% (508/878 pacientes).

3.2 COMPARAÇÃO ENTRE OS GRUPOS

Conforme o protocolo PALI-COVID, os pacientes foram classificados em outros 3 grupos: VERMELHO, AMARELO e VERDE. O grupo VERMELHO corresponde aos pacientes com COVID-19 e CPAL-. Os pacientes com COVID-19 e CPAL+ foram classificados ainda de acordo com o

risco de morte na internação, utilizando os sinais clínicos de menor sobrevida, conforme descrito na seção 2.5.1.2. Esses grupos foram analisados em relação às variáveis descritas - Tabela 2.

Tabela 2 – Características dos pacientes de acordo com protocolo PALI-COVID

Variáveis	VERMELHO	AMARELO	VERDE	p valor*
N	1982	602	276	
Dados demográficos:				
IDADE, anos, mediana (IQR)	58 (45-68)	65 (55-74)	71 (61-80)	< 0,001
SEXO, feminino, n (%)	862 (43,5)	256 (42,5)	138 (50,0)	0,092
Diagnóstico Principal:				
Neoplasias, n (%)	-	186 (30,9)	100 (36,2)	0,117
Falências Orgânicas, n (%)	-	308 (51,2)	118 (42,8)	0,021
Cardiopatia, n (%)	-	176 (57,2)	67 (56,8)	0,127
Pneumopatia, n (%)	-	45 (14,6)	15 (12,7)	0,266
Nefropatia, n (%)	-	69 (22,4)	29 (24,6)	0,677
Hepatopatia, n (%)	-	18 (5,8)	7 (5,9)	0,707
Demência/Fragilidade, n (%)	-	80 (13,3)	53 (19,2)	0,009
Outros, n (%)	-	28 (4,7)	5 (1,8)	0,040
Tempo de internação, dias, mediana (IQR)	12 (6-21)	12 (7-21)	10 (5-19)	0,002
Avaliação pela equipe CPAL, n (%)	26 (1,3)	83 (13,8)	136 (49,3)	< 0,001
Internação em UTI, n (%)	883 (44,6)	261 (43,4)	144 (52,2)	0,038
Óbito, n (%)	454 (22,9)	268 (44,5)	240 (87,0)	< 0,001

*Foi considerado p valor $\leq 0,05$ para significância estatística.

Considerando os dados demográficos, a mediana de idade encontrada foi mais elevada no grupo VERDE, seguida pelo grupo AMARELO. Houve diferença significativa da mediana de idade na comparação dos três grupos entre si. A proporção de mulheres foi discretamente superior no grupo VERDE, porém sem significância estatística.

Em relação ao diagnóstico principal, a frequência de pacientes com Neoplasia foi de 30,9% no grupo AMARELO e 36,2% no grupo VERDE, sem diferença estatisticamente significativa entre elas. O diagnóstico principal de Falências Orgânicas foi significativamente mais frequente no grupo AMARELO (51,2%) do que no grupo VERDE (42,8%), porém sem diferença estatisticamente significativa na frequência dos subdiagnósticos cardiopatia, pneumopatia, nefropatia e hepatopatia entre os dois grupos. O diagnóstico principal de Demência e/ou Fragilidade foi significativamente mais frequente no grupo VERDE (19,2%) do que no grupo AMARELO (13,3%), enquanto a categoria “outros diagnósticos” foi significativamente mais frequente no grupo AMARELO (4,7%) do que no grupo VERDE (1,8%).

A mediana do tempo de internação foi significativamente menor no grupo VERDE (10 dias), quando comparado aos outros dois grupos (12 dias) ($p = 0,002$).

A frequência de avaliação pela equipe de CPAL observada foi significativamente diferente entre os três grupos. No grupo VERDE, quase metade dos pacientes (49,3%) foram avaliados pela equipe de CPAL (136/276 pacientes), enquanto no grupo AMARELO apenas 83 dos 602 pacientes foram avaliados pela equipe de CPAL (13,8%). No grupo VERMELHO, somente 26 pacientes foram avaliados pela equipe de CPAL, representando apenas 1,3% dos 1.982 pacientes.

A internação em UTI foi significativamente mais frequente no grupo VERDE (52,2%), sem diferença estatisticamente significativa quando comparados aos outros dois grupos ($p = 0,038$).

A maior taxa de mortalidade foi observada no grupo VERDE (87%), seguida pelo grupo AMARELO (44,5%). As taxas de mortalidade foram significativamente diferentes nos três grupos analisados, bem como nas comparações dos grupos dois a dois (VERMELHO-AMARELO; VERMELHO-VERDE; AMARELO-VERDE).

3.3 ANÁLISE DE RISCO RELATIVO

Em relação à análise do risco relativo de mortalidade, foi observado maior risco de morte nos pacientes do grupo VERDE quando comparados ao grupo VERMELHO (OR = 22,43; IC 95% = 15,56-32,34) do que nos pacientes do grupo AMARELO quando comparados ao grupo VERMELHO (OR = 2,70; IC 95% = 2,22-3,27).

Tabela 3 - Análise de Risco Relativo de Mortalidade

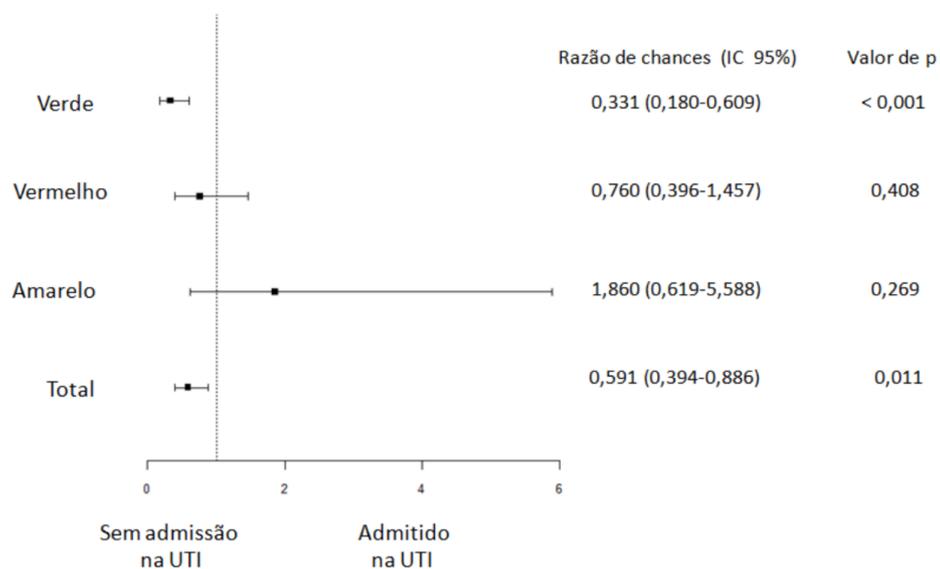
Variáveis	VERMELHO	AMARELO	VERDE	OR (IC 95%)	p valor
N	1982	602	276	-	-
Óbito, n (%)	454 (22,9)	268 (44,5)	-	2,70 (2,22-3,27)	p<0,001
Óbito, n (%)	454 (22,9)	-	240 (87,0)	22,43 (15,56-32,34)	p<0,001

O risco relativo de mortalidade também aumenta significativamente quando comparamos pacientes idosos, definidos por idade maior ou igual a 60 anos, e pacientes não-idosos (OR = 3,28; IC 95% = 2,77-3,88).

3.4 ANÁLISE DO ESCORE DE PROPENSÃO

Através do escore de propensão⁽³⁷⁾, observou-se que a avaliação pela equipe de CPAL no grupo de pacientes mais graves (VERDE) teve relação com menores índices de internação em UTI (p<0,001) (Figura 2).

Figura 2 – Escore de propensão para avaliação pela equipe de Cuidados Paliativos e internação em UTI



IC, intervalo de confiança; UTI, Unidade de Terapia Intensiva.

CAPÍTULO 4 DISCUSSÃO

Dada a organização da assistência de saúde para enfrentamento da pandemia, o referido hospital recebeu um número expressivo de casos, possibilitando a análise de uma amostra significativa e representativa da casuística brasileira de COVID-19.

A prevalência de pacientes com COVID-19 e CPAL + encontrada foi de 30,7%. De acordo com estimativas internacionais⁽³⁸⁾, 5 a 10% dos pacientes com COVID leve a moderada apresentam doenças ameaçadoras da vida previamente à COVID. Em relação aos pacientes falecidos por COVID(10), estima-se que 22% (13-31%) destes estavam em seu último ano de vida, aumentando essa estimativa para 33% (19-47%) se considerarmos os pacientes ≥ 80 anos. No presente estudo, 52,8% dos pacientes falecidos (508/962 pacientes) apresentavam critérios para CPAL e 24,9% (240/962 pacientes) apresentavam critérios de maior risco de morte.

Observou-se uma frequência discretamente maior de homens em relação a mulheres, tanto na população geral quanto nos grupos CPAL- e CPAL+, porém sem significância estatística. A mediana de idade foi de 61 anos na população geral, e de 67 anos na população CPAL+, condizente com dados apresentados em estudos descritivos internacionais⁽³⁹⁾⁽⁴⁰⁾. A mediana de tempo de internação em dias foi semelhante nos grupos estudados, em torno de 12 dias, compatível com dados da literatura que se referem ao Brasil e a outros países⁽⁴¹⁾⁽⁴²⁾.

Foram considerados os diagnósticos principais dos pacientes CPAL+. A maioria desses pacientes apresentava falência orgânica como diagnóstico principal, sendo a cardiopatia a falência orgânica mais frequente, seguida por nefropatia, pneumopatia e hepatopatia. Insuficiência cardíaca, Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica, doença renal crônica, doença renal terminal e cirrose hepática são comorbidades frequentemente descritas em pacientes internados com COVID e CPAL+⁽⁴⁰⁾⁽⁴³⁾. Conforme exigência do protocolo PALI-COVID, somente um diagnóstico principal foi apontado para cada paciente, o que pode ter de alguma forma influenciado a proporção observada dos diagnósticos.

Menos de 10% dos pacientes estudados (8,6% - 245 pacientes) foram avaliados pela equipe de CPAL. A maior parte desses era CPAL+, porém o atendimento dos pacientes CPAL+ pela equipe de CPAL abrangeu menos de 25% dos casos. Vários estudos demonstram o aumento

da demanda das equipes de CPAL durante a pandemia de COVID-19⁽²⁷⁾⁽⁴⁴⁾. Tal fato ocorreu pelas necessidades que surgiram com a pandemia, como controle de sintomas, decisões éticas difíceis mediante escassez de recursos, alta mortalidade da doença, afastamento dos familiares levando a dificuldades na comunicação. Dessa forma, as equipes de CPAL representavam adequada assistência aos pacientes CPAL+, sendo observado que essa assistência foi disponibilizada a todos que dela necessitavam.

Algumas dificuldades podem ter colaborado para a pouca abrangência da equipe de CPAL do hospital. A baixa demanda pelas equipes assistenciais em relação à solicitação de avaliação e acompanhamento pela equipe de CPAL pode ter reduzido a sua atuação, uma vez que o protocolo PALI-COVID tinha um caráter norteador no contexto da pandemia, sem obrigatoriedade de aplicação. É importante destacar que, desde antes da pandemia, há certa resistência das equipes assistenciais em oferecer a abordagem paliativa aos pacientes internados⁽⁴⁵⁾, o que foi agravado pelo fato de a pandemia ser causada por infecção viral aguda, potencialmente tratável.

A falta de familiaridade e o surgimento de dúvidas éticas quanto à assistência paliativa também impedem a oferta dessa prática. Mesmo após a publicação do Novo Código de Ética Médica, a prática dos CPAL ainda é motivo de ampla discussão no Brasil. No contexto da pandemia, cenário de incertezas e escassez de recursos, é fundamental a utilização de protocolos com recomendações claras e objetivas que sustentem a tomada de decisão, buscando a construção de decisão compartilhada entre as equipes⁽²⁶⁾.

Dos pacientes admitidos com COVID grave, quase metade foram internados em UTI (45%), refletindo a gravidade da doença, principalmente por sinais e sintomas de insuficiência respiratória aguda. Essa proporção manteve-se em relação aos grupos CPAL- e CPAL+. Estudos brasileiros mostram uma taxa de internação em UTI por COVID-19 que varia entre 39% a 54%⁽²¹⁾⁽⁴¹⁾. Levando-se em consideração os pacientes CPAL+, essa taxa pode elevar-se para 63%⁽⁴¹⁾.

A mortalidade geral da população de pacientes com COVID grave nesse período foi em torno de 33%, compatível com taxas de mortalidade por COVID-19 publicadas internacionalmente

à época⁽⁴⁶⁾. Pacientes com doenças crônicas avançadas e CPAL+ apresentam maiores taxas de mortalidade intra-hospitalar, em torno de 86%, mostrando maior impacto das doenças avançadas preexistentes no risco de morte por COVID⁽⁴⁷⁾.

A análise comparativa dos grupos VERMELHO, AMARELO e VERDE traz informações relevantes com relação ao impacto dos critérios de terminalidade e sinais indicativos de menor sobrevida. Nota-se aumento progressivo da mediana de idade a partir do grupo VERMELHO, sem critérios de doenças crônicas avançadas prévias, para o grupo VERDE, com CPAL+ e risco de morte na internação. Não há diferença significativa de prevalência entre os gêneros nos grupos. Um menor tempo de internação de 10 dias foi observado no grupo VERDE, que pode estar relacionado à maior gravidade clínica do paciente, com evolução mais rápida para a morte.

Em relação aos pacientes CPAL+ e o diagnóstico principal, comparando os grupos AMARELO e VERDE, houve aumento do diagnóstico de neoplasias e redução da frequência das falências orgânicas, mantendo-se proporções semelhantes nos diagnósticos de cardiopatia, pneumopatia, nefropatia e hepatopatia. Apesar do aumento da frequência de Demências e Síndrome de Fragilidade no grupo VERDE, a prevalência de idosos portadores de Demência e/ou Síndrome de Fragilidade foi baixa (19,2% - 53 pacientes). Dados brasileiros⁽⁴⁸⁾ apontam para uma incidência de quadros demenciais elevada com tendência a crescimento de forma acelerada com o evidente fenômeno de envelhecimento populacional no Brasil e no mundo, e que tem trazido considerações preocupantes sobre o acesso aos CPAL para essa população⁽⁴⁹⁾.

Com relação à divisão em grupos pelo protocolo PALI-COVID, notou-se expressiva diferença na taxa de avaliações pela equipe de CPAL nos grupos de maior risco quando comparados ao grupo VERMELHO, refletindo o bom direcionamento da equipe de CPAL para a avaliação dos pacientes em maior risco e a boa acurácia da ferramenta⁽³¹⁾.

O grupo VERDE apresentou maiores índices de internação em UTI. Apesar da presença de comorbidades e doenças avançadas prévias, os sinais clínicos de maior risco de morte

presentes nesses pacientes do grupo VERDE podem ter contribuído para a decisão da equipe assistente de internação do paciente em UTI.

O grupo VERDE apresentou a maior taxa de mortalidade, compatível com o critério de terminalidade, associado aos sinais clínicos de maior risco de morte. As taxas de mortalidade foram significativamente diferentes entre os três grupos, mesmo em comparações dois a dois. Observa-se então que o protocolo PALI-COVID é capaz de discriminar níveis crescentes de gravidade, estratificando a população de acordo com maior risco de morte.

O risco relativo de mortalidade foi significativamente diferente entre os grupos estudados. Observou-se que o paciente classificado como grupo AMARELO apresentava quase três vezes maior chance de morte que o paciente classificado como VERMELHO. Já os pacientes mais graves, classificados como VERDE apresentavam 22 vezes mais chance de morte que os pacientes do grupo VERMELHO. O risco relativo de mortalidade também foi diferente entre os pacientes idosos e não-idosos, com chance três vezes maior de morte para os pacientes de 60 anos ou mais.

O escore de propensão realizado para ajustar o efeito da avaliação pela equipe de CPAL na internação em UTI nos diferentes grupos estudados mostrou que há relação entre a avaliação pela equipe de CPAL no grupo de pacientes mais graves (VERDE) e menores índices de internação em UTI (Figura 2). Isto pode ser entendido a partir do trabalho de conscientização com relação a riscos e benefícios oriundos de internação prolongada em UTI, incluindo maiores sofrimentos. É reconhecido na literatura que a avaliação por equipes especializadas em CPAL, principalmente em idosos e em situações de crise, está associada, pela discussão transparente de objetivos de cuidado, à menor frequência de intervenções fúteis nestes pacientes, em caso de agravamento da condição basal de saúde⁽²⁶⁾⁽²⁴⁾.

4.1 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

O estudo realizado apresenta diversas limitações:

- A amostra estudada foi composta apenas por pacientes acometidos por formas graves da COVID-19 e atendidos em um centro universitário terciário, capacitado para o atendimento de casos de alta complexidade. Estes aspectos particulares podem afetar

a generalização dos achados para outros cenários da prática clínica, mesmo no contexto da pandemia de COVID-19. A realização do estudo em um único centro também limita a generalização dos resultados;

- O tipo de estudo, de análise retrospectiva, com recolha de dados a partir de sistema eletrônico interno do hospital, cujo preenchimento é feito pelo corpo clínico local e pode ser sujeito a inconsistências com relação à homogeneidade das informações prestadas, podendo ser passível de erro nas informações recolhidas;
- O uso de apenas um diagnóstico principal para a classificação dos pacientes com relação à presença de doença avançada/terminal pode ter gerado vieses relativos à real gravidade dos casos, posto que, pela característica do hospital e pelo perfil de comorbidades da população, principalmente idosa, é frequente a presença de mais de uma comorbidade no mesmo indivíduo, o que pode modificar a evolução de cada uma delas isoladamente;
- Outras variáveis que não foram avaliadas nesse estudo podem afetar os resultados observados;
- A fase relativamente curta de análise e o fato de o estudo ter ocorrido nos primeiros meses da pandemia da COVID-19, no ano de 2020, pode ter influenciado de forma desfavorável os desfechos de óbito nas populações analisadas, devido à reconhecida curva de aprendizado pela qual ainda estavam submetidas as equipes assistenciais no combate a esta doença tão desafiadora.

4.2 IMPACTO DO ESTUDO NA ÁREA DA SAÚDE

O presente estudo registra a experiência brasileira de atenção em CPAL no contexto específico da COVID-19, em pacientes acometidos por formas graves da doença. Até o momento da escrita dessa dissertação, trata-se da maior casuística de pacientes com COVID-19 grave, avaliada sob a ótica dos CPAL no Brasil.

Para esse fim, é inovador ao utilizar um protocolo de triagem e tomada de decisão (PALI-COVID), elaborado especificamente para categorizar os pacientes, de forma objetiva e simples, baseado em uma ferramenta para identificação de critérios de CPAL validada para a língua portuguesa e estabelecida na literatura⁽⁵⁰⁾, em grupos de risco de má evolução e

necessidades de CPAL no contexto da COVID -19. Outro aspecto inovador foi a avaliação comparativa desses grupos, considerando o perfil clínico e os critérios de terminalidade atribuídos a doença avançada prévia, contribuindo para a composição de dados epidemiológicos úteis no conhecimento global da doença⁽⁵¹⁾.

Além disso, avaliar a prevalência e necessidades de pacientes em CPAL hospitalizados com COVID-19 pode ter implicações para a melhoria do planejamento dos cuidados de saúde. O encaminhamento precoce para uma equipe de CPAL, melhoria do controle sintomático e planejamento do cuidado podem otimizar os recursos do sistema de saúde durante a pandemia⁽⁵²⁾.

4.3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pandemia de COVID-19 que se iniciou nos primeiros meses do ano de 2020 afetou toda a população mundial, com perdas de vidas e aumento de morbidade decorrente da doença. Com o evento da vacina, alterou-se a morbimortalidade pela COVID-19, mas a doença continua fazendo parte da realidade atual. Com isso, permanece a necessidade de dados que ajudem o sistema de saúde a enfrentar esse desafio. O presente estudo se propôs a descrever a experiência brasileira de atendimento a pacientes internados com COVID-19 em sua forma grave, sob a ótica dos CPAL. Os pacientes foram avaliados quanto à presença de doença crônica avançada e necessidade de CPAL, utilizando a ferramenta SPICT-BR, e quanto ao risco de morte na internação atual, avaliando sinais clínicos de menor sobrevida.

Os dados obtidos sugerem que a atuação de equipes especializadas em CPAL pode fazer grande diferença na organização de prioridades assistenciais em instituições, de forma a contribuir com a alocação racional de recursos finitos, principalmente em situações de crise. Desta forma, o estreitamento de parcerias e trabalhos de cunho assistencial e científico das equipes de CPAL com outras especialidades médicas tem potencial para trazer melhorias na assistência e melhores resultados pela integração de conhecimentos complementares.

A integração dos CPAL no planejamento e enfrentamento da pandemia é crucial para estruturar as instituições e equipes de saúde para o aumento repentino da demanda e das necessidades dos pacientes e familiares. O Brasil permanece entre os países com maior

número de casos e vítimas de COVID-19. Assim sendo, é de extrema importância que os profissionais de saúde estejam familiarizados com os conceitos e critérios de elegibilidade para CPAL. Os profissionais devem ser treinados para identificar de forma eficaz os pacientes com necessidades paliativas, bem como receber orientações baseadas em evidências sobre recomendações de CPAL, garantindo a utilização racional dos recursos, o suporte adequado em relação aos sintomas e a atenção à dignidade do paciente durante a pandemia.

CAPÍTULO 5 CONCLUSÃO

Utilizando o protocolo PALI-COVID foi possível categorizar apropriadamente em grupos de risco de óbito, estratificando em grupos de menor risco, risco intermediário e alto risco na pandemia da COVID-19, o que permitiu ações racionais da equipe especializada em CPAL neste contexto. Uma delas foi a redução da internação em UTI de pacientes sob maior risco de óbito por doenças avançadas crônicas preexistentes à COVID-19.

A estratificação de risco desenvolvida pelo protocolo PALI-COVID, à luz dos resultados aqui apresentados, abre interessantes perspectivas no que diz respeito ao reconhecimento das necessidades paliativas de pacientes em internação hospitalar e em outros cenários de assistência à saúde. Devido à simplicidade e fácil aplicação do protocolo, há possibilidade de avaliar de forma preditiva as necessidades de CPAL dos pacientes, antes mesmo da ocorrência de uma injúria aguda. Também pode ser utilizado no planejamento de ações estratégicas em saúde, visando a inclusão de forma mais efetiva da prática de CPAL na organização de políticas de saúde que envolvam populações em diferentes contextos. O protocolo PALI-COVID pode ser útil como ferramenta para padronização da classificação dos pacientes em grandes áreas, permitindo que os dados possam ser comparados e que decisões possam ser tomadas a partir disto.

Como desenvolvimento acadêmico a partir deste estudo, propõe-se a realização de análise de sobrevivência na população estudada, visando entender melhor os desfechos pós-pandemia nos pacientes recuperados da fase aguda. Mais estudos que avaliem desfechos e impactos da atuação dos CPAL na prática clínica são desejáveis e necessários, dada a alta prevalência de doenças crônicas avançadas na população, que tem se tornado mais envelhecida de maneira acelerada nas últimas décadas.

Finalmente, é importante salientar que se trata da maior amostra descrita no Brasil de casos graves de COVID-19 com dados sobre CPAL, e que puderam ser assistidos por equipe especializada em CPAL. Com esse registro, abre-se a oportunidade de aprendizado para melhorar a assistência paliativa aos que dela necessitam no presente e no futuro.

REFERÊNCIAS

1. Zhu N, Zhang D, Wang W, Li X, Yang B, Song J, et al. A Novel Coronavirus from Patients with Pneumonia in China, 2019. *N Engl J Med* [Internet]. 20 de fevereiro de 2020 [citado 7 de abril de 2021];382(8):727–33. Disponível em: <http://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMoa2001017>
2. WHO Director-General’s remarks at the media briefing on 2019-nCoV on 11 February 2020 [Internet]. [citado 19 de abril de 2021]. Disponível em: <https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-remarks-at-the-media-briefing-on-2019-ncov-on-11-february-2020>
3. WHO Director-General’s opening remarks at the media briefing on COVID-19 - 11 March 2020 [Internet]. [citado 19 de abril de 2021]. Disponível em: <https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>
4. WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard | WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard With Vaccination Data [Internet]. [citado 9 de abril de 2021]. Disponível em: <https://covid19.who.int/>
5. DATASUS Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. Painel de casos de doença pelo coronavírus 2019 (COVID-19) no Brasil pelo Ministério da Saúde [Internet]. 2022 [citado 3 de julho de 2022]. Disponível em: <https://covid.saude.gov.br/>
6. The Lancet. Palliative care and the COVID-19 pandemic. *Lancet*. 11 de abril de 2020;395(10231):1168.
7. Radbruch L, Knaut FM, de Lima L, de Joncheere C, Bhadelia A. The key role of palliative care in response to the COVID-19 tsunami of suffering. *The Lancet* [Internet]. maio de 2020 [citado 7 de abril de 2021];395(10235):1467–9. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673620309648>
8. Santi DB, Cavalcante LSB, Franck EM, Carvalho RT. Cuidados Paliativos na Prática Clínica em Tempos de COVID-19. 1º ed. Rio de Janeiro: Editora Atheneu; 2021.
9. Argenziano MG, Bruce SL, Slater CL, Tiao JR, Baldwin MR, Barr RG, et al. Characterization and clinical course of 1000 patients with coronavirus disease 2019 in New York: retrospective case series. *BMJ* [Internet]. 2020 [citado 7 de abril de 2021];369:m1996. Disponível em: <https://www.bmj.com/lookup/doi/10.1136/bmj.m1996>
10. Bone AE, Finucane AM, Leniz J, Higginson IJ, Sleeman KE. Changing patterns of mortality during the COVID-19 pandemic: Population-based modelling to understand palliative care implications. *Palliat Med*. 2020;34(9):1193–201.
11. Academia Nacional de Cuidados Paliativos. História dos Cuidados Paliativos [Internet]. Academia Nacional de Cuidados Paliativos - ANCP. Disponível em: <https://www.paliativo.org.br/cuidados-paliativos/historia-dos-cuidados-paliativos/>
12. Francelino LCC. Entre o cuidar e o curar: as Irmãs de Jesus na Santíssima Eucaristia e a Santa Casa de Misericórdia de Cachoeiro de Itapemirim (1929-1950). Cachoeiro de Itapemirim: Editora Cachoeiro Cult LTDA; 2021.

13. Moulin A. Santa Casa de Misericórdia de Cachoeiro de Itapemirim, 1900-2010. Cachoeiro de Itapemirim: Editora Gracal; 2011.
14. Cherny NI, Fallon M, Kaasa S, Portenoy RK, Currow D, organizadores. Oxford textbook of palliative medicine. Fifth edition. Oxford: Oxford University Press; 2015. 1254 p.
15. Radbruch L, De Lima L, Knaul F, Wenk R, Ali Z, Bhatnagar S, et al. Redefining Palliative Care—A New Consensus-Based Definition. *J Pain Symptom Manage* [Internet]. outubro de 2020 [citado 5 de julho de 2022];60(4):754–64. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0885392420302475>
16. World Health Organization. Palliative Care [Internet]. World Health Organization. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>
17. Direção Geral de Saúde. Rede Nacional de Cuidados Continuados e Integrados [Internet]. Disponível em: <https://eportugal.gov.pt/cidadaos/cuidador-informal/rede-nacional-de-cuidados-continuados-integrados-rncci>
18. Lake MA. What we know so far: COVID-19 current clinical knowledge and research. *Clin Med* [Internet]. março de 2020 [citado 7 de abril de 2021];20(2):124–7. Disponível em: <https://www.rcpjournals.org/lookup/doi/10.7861/clinmed.2019-coron>
19. COVID-19 Treatment Guidelines [Internet]. National Institutes of Health; 2021 [citado 25 de maio de 2021]. Disponível em: <https://www.covid19treatmentguidelines.nih.gov/>
20. Niquini RP, Lana RM, Pacheco AG, Cruz OG, Coelho FC, Carvalho LM, et al. SRAG por COVID-19 no Brasil: descrição e comparação de características demográficas e comorbidades com SRAG por influenza e com a população geral. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2020 [citado 7 de abril de 2021];36(7):e00149420. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2020000705013&tlng=pt
21. Ranzani OT, Bastos LSL, Gelli JGM, Marchesi JF, Baião F, Hamacher S, et al. Characterisation of the first 250 000 hospital admissions for COVID-19 in Brazil: a retrospective analysis of nationwide data. *Lancet Respir Med* [Internet]. abril de 2021 [citado 5 de julho de 2022];9(4):407–18. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2213260020305609>
22. Resolução SS - 28, de 17-3-2020. Diário Oficial do Estado de São Paulo. Seq. I mar 19, 2020 p. 24.
23. World Health Organization. Integrating palliative care and symptom relief into responses to humanitarian emergencies and crises: a WHO guide [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2018 [citado 6 de julho de 2022]. 107 p. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/274565>
24. Nouvet E, Sivaram M, Bezanson K, Krishnaraj G, Hunt M, de Laat S, et al. Palliative care in humanitarian crises: a review of the literature. *J Int Humanit Action* [Internet]. dezembro de 2018 [citado 6 de julho de 2022];3(1):5. Disponível em: <https://jhumanitarianaction.springeropen.com/articles/10.1186/s41018-018-0033-8>
25. Downar J, Seccareccia D. Palliating a Pandemic: “All Patients Must Be Cared For”. *J*

- Pain Symptom Manage [Internet]. fevereiro de 2010 [citado 6 de julho de 2022];39(2):291–5. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0885392409011439>
26. Oliveira ASV de, Machado JC, Dadalto L. Cuidados paliativos e autonomia de idosos expostos à covid-19. *Rev Bioét* [Internet]. dezembro de 2020 [citado 6 de julho de 2022];28(4):595–603. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-80422020000400595&tIng=pt
27. Fadul N, Elsayem AF, Bruera E. Integration of palliative care into COVID-19 pandemic planning. *BMJ Support Palliat Care* [Internet]. março de 2021 [citado 6 de julho de 2022];11(1):40–4. Disponível em: <https://spcare.bmj.com/lookup/doi/10.1136/bmjspcare-2020-002364>
28. Borasio GD, Gamondi C, Obrist M, Jox R, for the COVID-19 task force of palliative ch. COVID-19: decision making and palliative care. *Swiss Med Wkly* [Internet]. 24 de março de 2020 [citado 7 de abril de 2021]; Disponível em: <https://doi.emh.ch/smw.2020.20233>
29. Le Dorze M, Kentish-Barnes N, Beloucif S, Azoulay E. A Letter to Denise. *Intensive Care Med* [Internet]. maio de 2021 [citado 6 de julho de 2022];47(5):638–9. Disponível em: <https://link.springer.com/10.1007/s00134-020-06343-5>
30. Santos AFJ, Ferreira EAL, Guirro UB do P. Atlas dos cuidados paliativos no Brasil 2019. São Paulo: Academia Nacional de Cuidados Paliativos; 2019.
31. Carvalho RT de, Crispim DH, Franck EM, Dei Santi DB, Anagusko SS, Fukuda MV, et al. Palliative care in the COVID-19 pandemic: Strategy of HCFMUSP. *Clinics* [Internet]. janeiro de 2022 [citado 6 de julho de 2022];77:100050. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1807593222004999>
32. Hight G, Crawford D, Murray SA, Boyd K. Development and evaluation of the supportive and palliative care indicators tool (SPICT): A mixed-methods study. *BMJ Support Palliat Care*. 2014;4(3):285–90.
33. Corrêa SR, Mazuko C, Mitchell G, Pastrana T, De Lima L, Murray S. Identifying patients for palliative care in primary care in Brazil: Project Estar ao Seu Lado's experience. *Rev Bras Med Fam E Comunidade*. 2017;12(39):1–8.
34. The National Hospice Organization. Medical Guidelines for Determining Prognosis in Selected Non-Cancer Diseases. *Hosp J* [Internet]. junho de 1996 [citado 6 de julho de 2022];11(2):47–63. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/0742-969X.1996.11882820>
35. Ribeiro SCC, Tavares De Carvalho R, Aparecida Rocha J, Daglius Dias R. Criterion validity and inter-rater reliability of a palliative care screening tool for patients admitted to an emergency department intensive care unit. *Palliat Support Care*. 2018;16(6):685–91.
36. Coutinho AAP, Cecílio LC de O, Mota JAC. Classificação de risco em serviços de emergência: uma discussão da literatura sobre o Sistema de Triagem de Manchester. *Rev Med Minas Gerais*. 2012;2(22):188–98.
37. Patino CM, Ferreira JC. Escores de propensão: uma ferramenta para ajudar a

quantificar os efeitos de tratamento em estudos observacionais. *J Bras Pneumol*. 2017;2(43):86.

38. Gavriatopoulou M, Ntanasis-Stathopoulos I, Korompoki E, Fotiou D, Migkou M, Tzanninis IG, et al. Emerging treatment strategies for COVID-19 infection. *Clin Exp Med* [Internet]. maio de 2021 [citado 7 de julho de 2022];21(2):167–79. Disponível em: <https://link.springer.com/10.1007/s10238-020-00671-y>

39. Moriyama D, Scherer JS, Sullivan R, Lowy J, Berger JT. The Impact of COVID-19 Surge on Clinical Palliative Care: A Descriptive Study From a New York Hospital System. *J Pain Symptom Manage* [Internet]. março de 2021 [citado 7 de abril de 2021];61(3):e1–5. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0885392420309349>

40. Sun H, Lee J, Meyer BJ, Myers EL, Nishikawa MS, Tischler JL, et al. Characteristics and Palliative Care Needs of COVID -19 Patients Receiving Comfort-Directed Care. *J Am Geriatr Soc* [Internet]. junho de 2020 [citado 7 de abril de 2021];68(6):1162–4. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jgs.16507>

41. Almeida LKR, Avelino-Silva TJ, de Lima e Silva DC, Campos BA, Varela G, Fonseca CMB, et al. Palliative care in Hospitalized Middle-Aged and Older Adults With COVID-19. *J Pain Symptom Manage* [Internet]. maio de 2022 [citado 7 de julho de 2022];63(5):680–8. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0885392422000045>

42. Lopez S, Finuf KD, Marziliano A, Sinvani L, Burns EA. Palliative Care Consultation in Hospitalized Patients With COVID-19: A Retrospective Study of Characteristics, Outcomes, and Unmet Needs. *J Pain Symptom Manage* [Internet]. agosto de 2021 [citado 6 de julho de 2022];62(2):267–76. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0885392420309465>

43. Lovell N, Maddocks M, Etkind SN, Taylor K, Carey I, Vora V, et al. Characteristics, Symptom Management, and Outcomes of 101 Patients With COVID-19 Referred for Hospital Palliative Care. *J Pain Symptom Manage* [Internet]. julho de 2020 [citado 7 de abril de 2021];60(1):e77–81. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0885392420302116>

44. Blinderman CD, Adelman R, Kumaraiah D, Pan CX, Palathra BC, Kaley K, et al. A Comprehensive Approach to Palliative Care during the Coronavirus Pandemic. *J Palliat Med* [Internet]. 1º de julho de 2021 [citado 7 de julho de 2022];24(7):1017–22. Disponível em: <https://www.liebertpub.com/doi/10.1089/jpm.2020.0481>

45. Harasym P, Brisbin S, Afzaal M, Sinnarajah A, Venturato L, Quail P, et al. Barriers and facilitators to optimal supportive end-of-life palliative care in long-term care facilities: a qualitative descriptive study of community-based and specialist palliative care physicians' experiences, perceptions and perspectives. *BMJ Open* [Internet]. agosto de 2020 [citado 7 de julho de 2022];10(8):e037466. Disponível em: <https://bmjopen.bmj.com/lookup/doi/10.1136/bmjopen-2020-037466>

46. Weiss P, Murdoch DR. Clinical course and mortality risk of severe COVID-19. *The Lancet* [Internet]. março de 2020 [citado 7 de julho de 2022];395(10229):1014–5. Disponível em:

em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673620306334>

47. Sanyaolu A, Okorie C, Marinkovic A, Patidar R, Younis K, Desai P, et al. Comorbidity and its Impact on Patients with COVID-19. *SN Compr Clin Med* [Internet]. agosto de 2020 [citado 7 de abril de 2021];2(8):1069–76. Disponível em: <http://link.springer.com/10.1007/s42399-020-00363-4>
48. Burlá C, Camarano AA, Kanso S, Fernandes D, Nunes R. Panorama prospectivo das demências no Brasil: um enfoque demográfico. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. outubro de 2013 [citado 7 de julho de 2022];18(10):2949–56. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013001000019&lng=pt&tlng=pt
49. Hanson LC, Kistler CE, Lavin K, Gabriel SL, Ernecoff NC, Lin FC, et al. Triggered Palliative Care for Late-Stage Dementia: A Pilot Randomized Trial. *J Pain Symptom Manage* [Internet]. janeiro de 2019 [citado 7 de julho de 2022];57(1):10–9. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0885392418310017>
50. Corrêa SR, Mazuko C, Mitchell G, Pastrana T, De Lima L, Murray S. Identifying patients for palliative care in primary care in Brazil: Project Estar ao Seu Lado's experience. *Rev Bras Med Fam E Comunidade* [Internet]. 17 de novembro de 2017 [citado 7 de abril de 2021];12(39):1–8. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1507>
51. Lovell N, Maddocks M, Etkind SN, Taylor K, Carey I, Vora V, et al. Characteristics, Symptom Management, and Outcomes of 101 Patients With COVID-19 Referred for Hospital Palliative Care. *J Pain Symptom Manage*. 2020;60(1):e77–81.
52. Fausto J, Hirano L, Lam D, Mehta A, Mills B, Owens D, et al. Creating a Palliative Care Inpatient Response Plan for COVID-19—The UW Medicine Experience. *J Pain Symptom Manage*. 2020;60(1):e21–6.

ANEXO II – Ferramenta Supportive and Palliative Care Indicators Tool (SPICT), validada para Língua Portuguesa do Brasil (SPICT-BR)



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



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

Procure por indicadores gerais de piora da saúde.

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

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

Câncer	Doença cardiovascular	Doença renal
Capacidade funcional em declínio devido a progressão do câncer. Estado físico muito debilitado para tratamento do câncer ou tratamento para controle dos sintomas.	Classe funcional III/IV de NYHA- insuficiência cardíaca ou doença coronariana extensa e intratável com: • falta de ar ou dor precordial em repouso ou aos mínimos esforços.	Estágios 4 e 5 de doença renal crônica (TFG < 30ml/mi) com piora clínica. Insuficiência renal complicando outras condições limitantes ou tratamentos. Decisão de suspender a diálise devido à piora clínica ou intolerância ao tratamento.
Demencia/ fragilidade Incapaz de vestir-se, caminhar ou comer sem ajuda. Redução da ingestão de alimentos e líquidos e dificuldades na deglutição. Incontinência urinária e fecal. Incapaz de manter contato verbal; pouca interação social. Fratura de fêmur, múltiplas quedas. Episódios frequentes de febre ou infecções; pneumonia aspirativa.	Doença vascular periférica grave e inoperável.	Doença hepática Cirrose avançada com uma ou mais complicações no último ano: • Ascite resistente a diuréticos • Encefalopatia hepática • Síndrome hepatorenal • Peritonite bacteriana • Sangramentos recorrentes de varizes esofágicas Transplante hepático é contraindicado.
Doença neurológica Deterioração progressiva da capacidade física e/ou da função cognitiva mesmo com terapia otimizada. Problemas da fala com dificuldade progressiva de comunicação e/ou deglutição. Pneumonia aspirativa recorrente; falta de ar ou insuficiência respiratória.	Doença respiratória Doença respiratória crônica grave com: • falta de ar em repouso ou aos mínimos esforços entre as exacerbações. Necessidade de oxigenioterapia por longo prazo. Já precisou de ventilação para insuficiência respiratória ou ventilação é contraindicada. Deterioração e sob o risco de morrer de qualquer outra condição ou complicação que não seja reversível.	
Revisar o cuidado atual e planejar o cuidado para o futuro.		
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Reavaliar o tratamento atual e medicação para que o paciente receba o cuidado otimizado. ▪ Considere o encaminhamento para avaliação de um especialista se os sintomas ou necessidades forem complexos e difíceis de manejar. ▪ Acordar sobre objetivos do cuidado atual e futuro e planejar o cuidado com a pessoa e sua família. ▪ Planejar com antecedência caso a pessoa esteja em risco de perda cognitiva. ▪ Registre em prontuário, comunique e coordene o plano geral de cuidados. 		

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

SPICT™, abril 2016

ANEXO III – Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ESTRUTURA DE ASSISTÊNCIA DOS CUIDADOS PALIATIVOS NA PANDEMIA COVID-19 EM HOSPITAL DE REFERÊNCIA NA CIDADE DE SÃO PAULO

Pesquisador: Ricardo Tavares de Carvalho

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 31385420.6.0000.0068

Instituição Proponente: Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

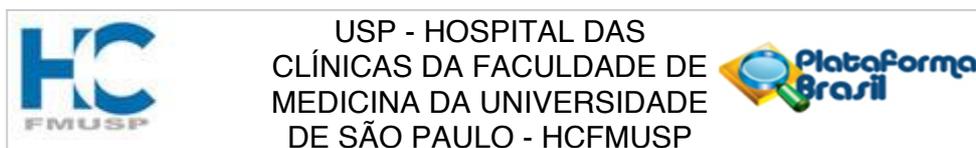
DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.015.153

Apresentação do Projeto:

Trata-se da implementação de um programa estratégico de assistência, em situação de crise humanitária global, desenvolvida pelo NCP-HCFMUSP com atuação em 2 cenários: COVID-19 e não COVID-19. O objetivo principal do estudo é a implementação de uma estrutura de assistência para manejo de pacientes, familiares e profissionais de saúde envolvidos em situação de calamidade deflagrada pela pandemia COVID-19. Tendo em vista a situação de crise humanitária global e a iminência de caos no sistema de saúde pública, além de que as intervenções serão inerentes a prática habitual dos médicos e equipe multiprofissional adequadas a este cenário, com objetivo terapêutico e de acolhimento do sofrimento baseado em preceitos éticos de cada classe profissional, não entendemos a necessidade de aplicação do TCLE neste contexto. Nas pesquisas através de questionário, esta ferramenta será desenvolvida através do google forms onde estará embutido o consentimento de cada participante. Estudo Emergencial para avaliar estratégias e protocolos de assistência farmacológica e não farmacológica adotadas por equipe de cuidados paliativos na vigência da pandemia COVID-19 -Serão estudados os cenários COVID e não COVID com relação as variáveis: estrutura de assistência, perfil sócio demográfico e clínico epidemiológico de pacientes, controle de sintomas, estratégia de comunicação virtual, tomada de decisão, limitação de suporte avançado de vida, uso adequado de recursos tecnológicos de alto custo, parâmetros ventilatórios, protocolo de uso de opióide, protocolo de sedação paliativa,

Endereço: Rua Ovídio Pires de Campos, 225 5º andar
Bairro: Cerqueira Cesar **CEP:** 05.403-010
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)2661-7585 **Fax:** (11)2661-7585 **E-mail:** cappelq.adm@hc.fm.usp.br



Continuação do Parecer: 4.015.153

síndrome de burnout na equipe assistente, sofrimento psíquico e luto complicado em pacientes e familiares, fluxograma para triagem de pacientes em consonância com o sistema de regulação do Estado de São Paulo (CROSS). Isso possibilitará o levantamento de demandas e a elaboração de estratégias que visem a implantação de uma estratégia de assistência em vigência de pandemia, sugerindo melhor atendimento prestado aos usuários, bem como melhor gerenciamento de recursos financeiros e materiais da instituição.

Objetivo da Pesquisa:

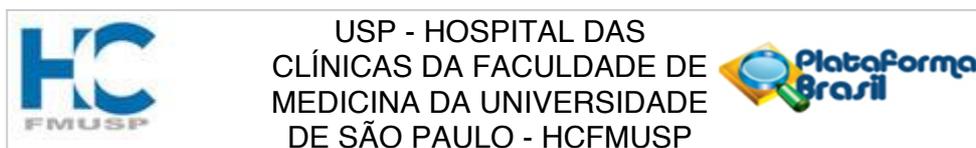
Objetivo primário: Implementação de uma estrutura de assistência para manejo de pacientes, familiares e profissionais de saúde envolvidos em situação de calamidade deflagrada pela pandemia COVID-19. Objetivo secundário: 1) Avaliar perfil clínico epidemiológico de pacientes portadores de COVID-19 e não COVID-19 atendidos pelo NCP-HCFMUSP, com análise situacional da pandemia 2) Promover efetivo controle de sintomas aos pacientes contaminados atendidos pelo grupo interconsultor do Núcleo de Cuidados Paliativos HCFMUSP 3) Promover suporte e acolhimento presencial e on-line a equipe de assistência, que trabalha em situação de pandemia e possível colapso da saúde, aos pacientes portadores de COVID-19 e não COVID-19. 4) Avaliar estratégias de comunicação virtual entre familiares em isolamento social e pacientes COVID-19 e não COVID-19 em final de vida. 5) Deliberação sobre limitação de suporte avançado de vida e possível alocação adequada do paciente com funcionalidade ruim e multimorbidades prévias em situação de pandemia. 6) Deliberação sobre o uso adequado de recursos em paciente de melhor prognóstico. 7) Correlação entre tempo de ventilação mecânica e mortalidade em pacientes COVID-19 atendidos pelo grupo interconsultor. 8) Avaliar uso de opióide, tipo de fármaco, dose e via de administração em pacientes em situação de pandemia. 9) Avaliar uso de sedação paliativa, tipo de fármacos, dose e via de administração em pacientes em situação de pandemia. 10) Identificar a síndrome de burnout nos componentes da equipe.

11) Avaliar o sofrimento psíquico e luto complicado em pacientes, familiares e cuidadores em situação de pandemia, 12) Implementar um fluxograma para triagem de pacientes infectados pelo COVID-19 para cuidados condizentes com suas necessidades e condições clínicas de base, incluindo cuidados paliativos, em consonância com o sistema de regulação do Estado de São Paulo (CROSS).

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Sem riscos visto que o trabalho será norteado em preceitos éticos de pesquisa em humanos e os procedimentos realizados são de indicação médica e inerentes ao quadro clínico do

Endereço: Rua Ovídio Pires de Campos, 225 5º andar
Bairro: Cerqueira Cesar **CEP:** 05.403-010
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)2661-7585 **Fax:** (11)2661-7585 **E-mail:** cappesq.adm@hc.fm.usp.br



Continuação do Parecer: 4.015.153

paciente. Benefícios: A implementação de uma estrutura de assistência emergencial, pela equipe de cuidados paliativos, para manejo de pacientes, familiares e profissionais de saúde envolvidos em situação de calamidade deflagrada pela pandemia COVID-19 visa estabelecer critérios e estratégias alternativas para manejo de pacientes em situação de pandemia visando: aprimorar controle sintomático, deliberar sobre uso adequado de recursos, prestar suporte adicional entre equipes, reduzir danos emocionais e valorizar os vínculos familiares em situação de extrema gravidade na tentativa de evitar-se um luto complicado e traumático.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Estudo relevante, bem desenhado e demonstra elementos necessários ao entendimento e exequibilidade do mesmo.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos de apresentação obrigatória estão claros e bem descritos.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Estudo deve ser aprovado e concordamos com a argumentação apresentada pelo pesquisador quanto à dispensa do TCLE.

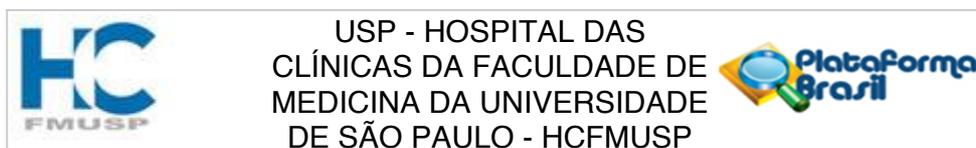
Considerações Finais a critério do CEP:

Em conformidade com a Resolução CNS nº 466/12 – cabe ao pesquisador: a) desenvolver o projeto conforme delineado; b) elaborar e apresentar relatórios parciais e final; c) apresentar dados solicitados pelo CEP, a qualquer momento; d) manter em arquivo sob sua guarda, por 5 anos da pesquisa, contendo fichas individuais e todos os demais documentos recomendados pelo CEP; e) encaminhar os resultados para publicação, com os devidos créditos aos pesquisadores associados e ao pessoal técnico participante do projeto; f) justificar perante ao CEP interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1542719.pdf	05/05/2020 09:06:10		Aceito
Folha de Rosto	FolhadeRosto.pdf	05/05/2020 09:05:34	Ricardo Tavares de Carvalho	Aceito

Endereço: Rua Ovídio Pires de Campos, 225 5º andar
Bairro: Cerqueira Cesar **CEP:** 05.403-010
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)2661-7585 **Fax:** (11)2661-7585 **E-mail:** cappesq.adm@hc.fm.usp.br



Continuação do Parecer: 4.015.153

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	IsencaodeTCLE.pdf	05/05/2020 07:06:18	Ricardo Tavares de Carvalho	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETOCORONAVIRUSNCPHCFMU SP.pdf	22/04/2020 10:48:06	Ricardo Tavares de Carvalho	Aceito
Orçamento	FinanciamentoCOVID19.pdf	19/04/2020 11:30:27	Ricardo Tavares de Carvalho	Aceito
Cronograma	CronogramaCOVID19.pdf	19/04/2020 11:29:34	Ricardo Tavares de Carvalho	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO PAULO, 08 de Maio de 2020

Assinado por:
ALFREDO JOSE MANSUR
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Ovídio Pires de Campos, 225 5º andar
Bairro: Cerqueira Cesar **CEP:** 05.403-010
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)2661-7585 **Fax:** (11)2661-7585 **E-mail:** cappesq.adm@hc.fm.usp.br

ANEXO IV – Aprovação pelo Comitê Científico do Mestrado de Cuidados Paliativos da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa

De: Formação Avançada avancada@medicina.ulisboa.pt 
Assunto: Aprovação do Projeto de Dissertação em Conselho Científico Mestrado em Cuidados Paliativos! Dr.ª Licia Stanzani
Data: 3 de agosto de 2021 08:41
Para: licia.stanzani@edu.ulisboa.pt
Cc: [Paulo Reis-Pina paulopina@medicina.ulisboa.pt](mailto:Paulo.Reis-Pina_paulopina@medicina.ulisboa.pt), ricardotavaresfw@uol.com.br

FA

Cara Dr.ª Licia Stanzani,
Senhores Professores,

Cumpre-nos informar que o projeto de dissertação submetido à apreciação do Conselho Científico da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa foi aprovado em reunião de 20 de julho de 2021.

Mais se informa que de acordo com as atuais disposições regulamentares internas constantes no art.º 29.º do regulamento geral para os 2.º ciclos o período regulamentar para entrega da dissertação é de 12 meses, até ao dia 20 de julho de 2022.

O regulamento geral dos 2.º ciclos está disponível no portal da FMUL em <https://www.medicina.ulisboa.pt/wpcontent/uploads/RegulamentoGeral-2-2%C2%BAciclo.pdf>

Para informações sobre a comissão de Ética do Centro Académico de Medicina de Lisboa pode consultar a página em <https://www.medicina.ulisboa.pt/comissao-de-etica-do-cam/>

Encontramo-nos ao dispor para eventuais esclarecimentos.

Com os melhores cumprimentos.



Isabel Cruz

INSTITUTO DE FORMAÇÃO AVANÇADA
T: +351 21 798 5100 // E: 47057
@: isabelcruz@medicina.ulisboa.pt
Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa
Av. Prof. Egas Moniz | 1649-028 Lisboa
www.medicina.ulisboa.pt

