

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MATO GROSSO DO SUL
INSTITUTO INTEGRADO DE SAÚDE
CURSO DE FISIOTERAPIA

VITÓRIA TAISE DA CRUZ

**IDENTIFICAÇÃO DE NECESSIDADES PALIATIVAS, ASPECTOS CLÍNICOS
E FUNCIONAIS DE PACIENTES COM DPOC**

CAMPO GRANDE, MS
2023

VITÓRIA TAISE DA CRUZ

**IDENTIFICAÇÃO DE NECESSIDADES PALIATIVAS, ASPECTOS CLÍNICOS E
FUNCIONAIS DE PACIENTES COM DPOC**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Fisioterapia, do Instituto Integrado de Saúde, da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, como parte dos requisitos para obtenção do título de Bacharel em Fisioterapia.

Orientadora: Prof. Dra. Karla Luciana Magnani Seki

CAMPO GRANDE, MS
2023



Serviço Público Federal
Ministério da Educação

Fundação Universidade Federal de Mato Grosso do Sul



ATA DE DEFESA DE TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

Ao dia 10 de novembro de 2023, reuniu-se nas dependências do Campus Universitário da UFMS, na sala de videoconferência do INISA, bloco 12, a banca examinadora composta por: Karla Luciana Magnani Seki (Orientador), Rosangela Silva Rigo (Examinador 1) e Caroline Torres Augusto (Examinador 2), para a defesa pública do Trabalho de Conclusão de Curso em Fisioterapia da UFMS intitulado: "**IDENTIFICAÇÃO DE NECESSIDADES PALIATIVAS, CARACTERIZAÇÃO E CAPACIDADE FUNCIONAL DE PACIENTES COM DPOC**" da aluna Vitória Taise da Cruz. Após a exposição oral, a aluna foi arguida pelos componentes da banca que se reuniram reservadamente, e decidiram pela:

(x) APROVAÇÃO () REPROVAÇÃO

Para constar, eu Karla Luciana Magnani Seki (Orientador), redigi a presente Ata, que após aprovada será assinada pelos demais membros da banca.

Campo Grande, 10 de novembro de 2023.

NOTA
MÁXIMA
NO MEC

UFMS
É 10!!!



Documento assinado eletronicamente por **Karla Luciana Magnani Seki, Professora do Magistério Superior**, em 10/11/2023, às 14:32, conforme horário oficial de Mato Grosso do Sul, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).

NOTA
MÁXIMA
NO MEC

UFMS
É 10!!!



Documento assinado eletronicamente por **Caroline Torres Augusto, Professora do Magistério Superior**, em 17/11/2023, às 15:33, conforme horário oficial de Mato Grosso do Sul, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).

NOTA
MÁXIMA
NO MEC

UFMS
É 10!!!



Documento assinado eletronicamente por **ROSANGELA SILVA RIGO, Usuário Externo**, em 28/11/2023, às 15:49, conforme horário oficial de Mato Grosso do Sul, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ufms.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **4437579** e o código CRC **A31FB7E5**.

Dedico à minha querida avó, minha eterna companheira de vida, que me criou, me inspirou a sonhar e a ser a pessoa que sou hoje. Sua orientação e amor moldaram a essência que reside em meu interior

AGRADECIMENTOS

Agradeço à minha querida professora Karla Luciana Magnani Seki por sua incrível dedicação, apoio e orientação ao longo deste projeto. Seus ensinamentos foram inestimáveis e sua excelência como professora é exemplar. Agradeço por ser uma pessoa tão esplêndida e uma professora tão inspiradora.

À Dra. Caroline Torres Augusto, minha sincera gratidão pelo seu apoio e ajuda durante os dias de coleta e por permitir que eu conduzisse este estudo com seus pacientes. Seu incentivo foi fundamental.

À Dra. Rosângela Rigo por desde o início deste projeto propor apoio, orientação e disponibilidade para ajudar. Sua orientação iluminou meus caminhos, principalmente durante a fase inicial deste trabalho.

À minha família, amigos e a todos que de alguma forma estiveram ao meu lado durante essa jornada, meu sincero agradecimento.

O presente trabalho foi realizado com o apoio da Fundação Universidade Federal de Mato Grosso do Sul – UFMS/MEC-Brasil.

RESUMO

Introdução: o progresso na medicina levou a uma compreensão de que nem todas as doenças são curáveis, tornando essencial uma abordagem mais humanizada para pacientes com doenças ameaçadoras à vida. A Organização Mundial da Saúde (OMS) define Cuidados Paliativos como um meio de melhorar a qualidade de vida de pacientes e suas famílias, aliviando o sofrimento através do tratamento da dor e de problemas físicos, psicossociais e espirituais. Isso se torna relevante para pacientes com DPOC, que enfrentam deterioração progressiva. **Objetivos:** identificar pacientes diagnosticados com DPOC que necessitam de cuidados paliativos, analisar suas características clínicas e capacidade funcional. **Método:** estudo transversal, observacional e prospectivo, com pacientes com DPOC, maiores de 18 anos, de ambos os sexos, acompanhados regularmente no Ambulatório de Pneumologia do Humap/Ebserh/UFMS. Para a identificação dos pacientes com necessidades paliativas foi utilizado o NECPAL; na identificação do comprometimento da funcionalidade foi aplicada a escala PPS (Palliative Performance Scale); quanto a classificação da gravidade da DPOC foi utilizada a classificação GOLD; e identificamos os principais sintomas por meio da ferramenta ESAS (Instrumento Edmonton Symptom Assessment System). **Resultados:** participaram do estudo 57 pacientes com DPOC, dos quais 41 apresentavam necessidades paliativas. O grupo com necessidades paliativas (Grupo 1) era predominantemente composto por mulheres. Além disso, esse grupo apresentou maior gravidade na classificação GOLD e comprometimento da capacidade funcional em comparação com o grupo sem necessidades paliativas. Os principais achados no perfil dos pacientes considerados com necessidades paliativas foram os sintomas de dor, cansaço, apetite reduzido, dispneia, ansiedade e estado geral de saúde insatisfatório. O estudo também revelou uma predominância da fé católica entre os participantes, com maior prevalência no grupo de DPOC com indicação de necessidades paliativas. **Considerações finais:** Na amostra estudada houve indicação expressiva de necessidades paliativas e tal necessidade esteve associada ao sexo feminino, DPOC grave e muito grave, sintomas de cansaço, apetite reduzido, dispneia, ansiedade e estado geral de saúde insatisfatório, além de redução da capacidade funcional.

Descritores: Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC); Cuidados Paliativos; Necessidades Paliativa; Dispneia; DPOC; Capacidade Funcional

ABSTRACT

Introduction: Progress in medicine has led to an understanding that not all diseases are curable, making a more humanized approach essential for patients with life-threatening illnesses. The World Health Organization (WHO) defines Palliative Care as a means of improving the quality of life of patients and their families, alleviating suffering through the treatment of pain and physical, psychosocial and spiritual problems. This becomes relevant for COPD patients, who face progressive deterioration. Objectives: identify patients diagnosed with COPD who require palliative care, analyze their clinical characteristics and functional capacity. Method: cross-sectional, observational and prospective study, with patients with COPD, over 18 years of age, of both sexes, regularly monitored at the Humap/Ebserh/UFMS Pulmonology Outpatient Clinic. To identify patients with palliative needs, the NECPAL was used ; to identify functional impairment, the PPS scale (Palliative Performance Scale) was applied; regarding the classification of COPD severity, the GOLD classification was used; and we identified the main symptoms using the ESAS tool (Edmonton Symptom Assessment System). Results: Initially, eligible patients were identified, 57 patients with COPD participated in the study, of which 41 had palliative needs, while 16 did not. The group with palliative needs (Group 1) was predominantly composed of women. Furthermore, this group presented greater severity in the GOLD classification and impairment of functional capacity compared to the group without palliative needs. The main findings in the profile of patients considered to have palliative needs were symptoms of pain, tiredness, reduced appetite, dyspnea, anxiety and unsatisfactory general health status. The study also revealed a predominance of the Catholic faith among the participants, with a higher prevalence in the COPD group with indication of palliative needs. Final considerations: In the sample studied, there was a significant indication of palliative needs and this need was associated with the female gender, severe and very severe COPD, symptoms of tiredness, reduced appetite, dyspnea, anxiety and unsatisfactory general health status, in addition to reduced functional capacity.

Descriptors: Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD); Palliative care; Palliative Needs; Dyspnea; COPD; Functional capacity

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	9
2. OBJETIVOS.....	14
2.1. Objetivo geral.....	14
2.2. Análise específico.....	14
3. JUSTIFICATIVA.....	15
4. MATERIAL E MÉTODOS.....	16
4.1. Delineamento do estudo.....	16
4.2. Amostra e critérios.....	16
4.2.1 Amostra.....	16
4.2.2 Critérios de seleção.....	16
4.3. Parâmetros avaliados.....	16
4.4. Análise estatística.....	17
4.5. Aspectos éticos.....	17
5. RESULTADOS.....	18
6. DISCUSSÃO.....	22
7. LIMITAÇÕES DO ESTUDO.....	27
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	27
9. REFERÊNCIAS.....	28
ANEXO A	33
ANEXO B	34
ANEXO C	35
APÊNDICE A – Termo de consentimento Livre e esclarecido	36

INTRODUÇÃO

A evolução e o progresso da medicina nos últimos tempos modificou a forma de ver e cuidar dos pacientes, assim como a forma de compreender que nem todas as doenças podem ser curáveis ou tratáveis, necessitando-se de uma nova prática para abordar e cuidar desses pacientes de modo mais humanizado. Segundo a OMS, publicada em 1990 e revisada em 2017, Cuidados Paliativos é “uma abordagem que melhora a qualidade de vida de pacientes (adultos e crianças) e suas famílias, que enfrentam problemas associados a doenças que ameaçam a vida. Previne e alivia o sofrimento, através da identificação precoce, avaliação correta e tratamento da dor e de outros problemas físicos, psicossociais ou espirituais” (ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS, 2018). Resume-se a uma modalidade de assistência multidisciplinar a pacientes que estão enfrentando problemas associados a doenças terminais, direcionada ao alívio do sofrimento e da dor, mediante a identificação precoce e avaliação correta (FLORIANI et al., 2021).

Antes de promover a inserção de uma abordagem paliativa, requer-se uma identificação e prognóstico do paciente, a fim de reconhecer os sinais de piora progressiva e a necessidade de executar ações particularizadas de forma precoce. A indicação precoce e não apenas na fase avançada, é essencial para estabelecer metas terapêuticas e um melhor acompanhamento (ISGH, 2014).

De acordo com a progressão da doença e a avaliação individual, a classificação do paciente em relação à intensidade dos cuidados é determinada pelo estágio da doença. Existem várias categorizações do paciente paliativo. Inicialmente temos o estágio de Cuidado Paliativo Precoce, quando o paciente enfrenta uma doença que ameaça sua vida, mas mantém uma boa capacidade funcional, em que é priorizando o tratamento curativo ou restaurativo, seguindo os princípios da beneficência. Em seguida temos o Cuidado Paliativo Complementar, pacientes com doenças ameaçadoras à vida e status funcional intermediário, com poucas chances de resposta completa ao tratamento curativo, mas com possibilidade de se beneficiar de procedimentos invasivos que aliviam sintomas. Em casos mais graves, classifica-se o Cuidado Paliativo Predominante, pacientes com doenças ameaçadoras à vida e baixa capacidade funcional, quando critérios de irreversibilidade da doença de base são identificados e as intervenções visam

princípios da não maleficência e qualidade de vida. E por fim, o Cuidado Pleno quando o paciente possui um rápido e irreversível declínio no estado geral com comprometimento do nível de consciência e instabilidade cardiopulmonar, neste cenário, todas as terapias fúteis são suspensas. Sendo essa, uma estratégia de estratificação com o objetivo de organizar as ações paliativas em diferentes fases, para aprimorar a comunicação entre os membros da equipe e estabelecer diretrizes gerais para cuidar do paciente em um determinado momento (ISGH, 2014).

No entanto, a realização deste prognóstico é frequentemente mal interpretado pelas equipes médicas, devido a dificuldade em reconhecer o limite terapêutico, pois ainda se confunde o atendimento paliativo com o abandono. A inabilidade médica, preconceito e o desconhecimento dos profissionais da saúde relacionado ao cuidado paliativo, leva a utilização obstinada de abordagens que visam uma cura ou tratamento em doenças terminais e crônicas. Resultando em sucessivas intervenções e tratamentos excessivos, acarretando o paciente à morte, sem atingir os objetivos aos quais se destinam, que seriam recuperar a saúde e oferecer qualidade de vida (FLORIANI et al., 2021).

O cuidado paliativo tem o propósito de identificar as pessoas que necessitam dessa abordagem, fornecê-las meios e oportunidades de discutir e identificar melhores condutas de acordo com as suas preferências, proporcionando uma melhora na qualidade de vida, reduzindo qualquer desconforto, evitando tratamentos excessivos e fúteis. Dessa forma, os profissionais da saúde têm o dever de auxiliar nessa identificação, pois quanto mais precoce a indicação para o cuidado paliativo, maior será o benefício para o paciente e assim menor será a exposição a tratamentos desnecessários, promovendo uma melhor qualidade de vida (DUTRA, 2020).

Na literatura encontram-se estudos e instrumentos utilizados para realizar a identificação de pacientes necessitados de atenção paliativa, um recurso muito abordado para esta identificação é o instrumento: Necessidades de Cuidados Paliativos (NECPAL). O instrumento NECPAL é uma escala desenvolvida no Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde, utilizado para prever a mortalidade de pacientes crônicos. Este instrumento inclui a pergunta surpresa (PS), que é o primeiro parâmetro da ferramenta, na pergunta surpresa é interrogado ao profissional médico: "Você se surpreenderia se o seu paciente morresse nos próximos 6 meses ou 1 ano?" Esta ferramenta surgiu como uma forma fácil de identificar os pacientes que estão se encaminhando para o final de vida e que poderiam se beneficiar dos cuidados paliativos. Se a resposta for não, o paciente poderá ser indicado aos cuidados paliativos. Se a resposta for sim, o instrumento possui outros domínios clínicos, uso de recursos e indicadores específicos da doença de base, onde é considerado NECPAL positivo se houver de 1 a 13 respostas sim, e NECPAL negativo se nenhuma alternativa for preenchida, conforme o 'Manual de cuidados paliativos' (D'ALESSANDRO et al., 2023); (DUTRA, 2020).

Não há necessidade do médico definir se o paciente está morrendo, porém a pergunta fará ele considerar se o paciente está em fase final e repensar sobre a conduta utilizada, se está sendo oferecido um tratamento diferenciado e adequado. Após a identificação do paciente, a equipe multidisciplinar poderá iniciar a sua atuação de cuidado paliativo. No Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian (Humap) da Rede Hospitalar Ebserh da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul a equipe é representada pelo Núcleo de Ensino, Pesquisa, Assistência e Extensão em Cuidados Paliativos (Nepae CP). O Nepae CP atua há 5 anos, é um grupo multidisciplinar, onde todos atuam em seus setores para amenizar a dor e todos os outros sintomas causados pela doença ou tratamento, objetivando uma melhora na qualidade de vida do enfermo e de seus familiares. O núcleo tem como objetivo trabalhar suas condutas para amenização da dor total do paciente, que seria a dor física, emocional, social e espiritual, pois compreende-se que a dor do paciente não resume-se apenas na dor física, e este cuidado integral engloba todas as

outras dimensões ligadas ao sofrimento, e por este motivo, a equipe é formada por enfermeiros, fisioterapeutas, psicólogos, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais, nutricionistas e entre outros profissionais, visando um atendimento de forma completa, em que o paciente é cuidado de forma integral e com o propósito de promover dignidade e conforto até os últimos dias de vida (MORAIS, 2023). Atualmente a atuação do Nepae CP concentra-se no ambiente do Humap/Ebserh/UFMS, mas pretende-se com o desenvolvimento da presente pesquisa expandir sua atuação para a assistência de pacientes atendidos no Ambulatórios de Pneumologia do Humap/Ebserh/UFMS.

A razão para a atuação no Ambulatório de Pneumologia está fundamentada na progressão e gravidade das doenças respiratórias crônicas não curáveis diagnosticadas nos pacientes atendidos nesse ambiente. Acreditamos que a atuação precoce do Nepae-CP, a nível ambulatorial, resultará em uma abordagem multidisciplinar de qualidade, com enfoque no controle dos principais sintomas, visando uma comunicação e compreensão das perspectivas, esperanças e medos causados pela doença (OLIVEIRA et al., 2019; ORZECOWSKI et al., 2019).

O fato de pacientes com DPOC (Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica) constituírem uma parcela significativa desse grupo, torna-os particularmente relevantes como público alvo para os cuidados paliativos. Segundo a Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia (2021) a Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) é uma enfermidade caracterizada por uma persistente limitação do fluxo expiratório, geralmente de caráter progressivo, envolvendo o desenvolvimento de enfisema pulmonar e bronquite crônica. A DPOC está intrinsecamente relacionada a uma resposta inflamatória crônica das vias aéreas, desencadeada pela exposição a partículas ou gases prejudiciais. Sendo o principal fator de risco associado à DPOC o ato de fumar, considerado o causador da maioria dos casos. Além do tabagismo, a exposição à fumaça gerada pelo cozimento ou aquecimento de alimentos em ambientes fechados, usando fogão à lenha, também contribui para o desenvolvimento da patologia (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA, 2021).

A fisiopatologia da DPOC é descrita como uma interação entre processos inflamatórios e mudanças estruturais nos pulmões. A exposição contínua a partículas inaláveis, como a fumaça de tabaco e outras substâncias atmosféricas,

desencadeia uma resposta inflamatória persistente nas vias aéreas e nos pulmões. Essa inflamação crônica é caracterizada pela chegada de células inflamatórias, incluindo neutrófilos e macrófagos, nas vias aéreas. A liberação de mediadores inflamatórios, como citocinas pró-inflamatórias e metaloproteinases, contribui para a remodelação das vias aéreas e a manipulação do tecido pulmonar, resultando na perda de elasticidade e no colapso das pequenas vias aéreas durante a expiração (WISE, 2022). A característica central na fisiopatologia da DPOC, é a restrição do fluxo de ar devido ao estreitamento e/ou obstrução das vias respiratórias, juntamente com a perda de elasticidade. Isso ocorre devido à inflamação, superprodução de muco, espasmo brônquico, fibrose peribrônquica e remodelação das vias respiratórias. Além disso, os septos alveolares são danificados, o que reduz as conexões do tecido pulmonar com as vias respiratórias, facilitando o fechamento das vias durante a expiração. A hiperinsuflação pulmonar e a perda de elasticidade resultam em maior trabalho respiratório devido ao aumento da resistência das vias aéreas, e a hiperinsuflação, embora possa reduzir a resistência das vias aéreas, também aumenta o esforço respiratório, o que pode levar à hipoventilação alveolar, hipóxia e hipercapnia. Além disso, o desequilíbrio na ventilação e perfusão (V/Q) que também pode contribuir para a hipoxemia e hipercapnia em pacientes com DPOC. Pacientes com DPOC enfrentam um declínio progressivo na função pulmonar e frequentemente sofrem sintomas debilitantes, incluindo tosse crônica e produção excessiva de muco. Essa progressão pode ser incapacitante, levando à dispneia e fadiga ao realizar atividades simples do dia a dia, resultando em uma redução da capacidade funcional. A capacidade funcional refere-se à habilidade de uma pessoa executar atividades físicas ou funcionais de forma eficaz e sem dificuldades excessivas, o que está diretamente relacionado à saúde e ao condicionamento físico, influenciando sua qualidade de vida (CARVALHO et al., 2023; LANGE et al., 2015).

Segundo a Organização Mundial de Saúde, cerca de 210 milhões de pessoas em todo o mundo sofrem de DPOC, com aproximadamente 3,2 milhões de mortes atribuídas a essa condição a cada ano, tornando-a a terceira principal causa de óbitos globalmente. De acordo com a Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia (SBPT, 2021) cerca de 15% da população com mais de 40 anos no Brasil convive com o diagnóstico de DPOC evidenciando um notável crescimento na sua ocorrência, destacando sua importância como um tópico de relevância na saúde

pública.

A iniciativa global de combate à DPOC (GOLD) apresenta uma classificação dos pacientes em quatro estágios com base em resultados de espirometria, incluindo a relação VEF1/CVF (Volume Expiratório Forçado no primeiro segundo/Capacidade Vital Forçada). A depender do percentual da relação entre os dois, o diagnóstico pode ser classificado como leve, moderado, grave e muito grave. As diretrizes da GOLD são elaboradas por um comitê científico internacional. No Brasil, fazem parte da Assembleia o presidente da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia (SBPT), onde se confirma que as formas de classificação do risco da doença, a terapia e o follow-up do tratamento ajudam a nortear o trabalho diário dos profissionais de saúde e melhorar a qualidade de vida do paciente (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA, 2018).

Devido à evolução gradual e clínica da DPOC, associada ao aumento do risco de morte e à piora da qualidade de vida, a integração precoce dos cuidados paliativos no cuidado desses pacientes se torna uma das melhores opções para controlar sintomas e melhorar a qualidade de vida. Portanto, a atuação precoce do Núcleo de Cuidados Paliativos (Nepae CP) a nível ambulatorial é fundamental para abordar as necessidades complexas dos pacientes com DPOC, visando o controle dos principais sintomas, como a dispneia, proporcionando alívio e melhorando a qualidade de vida dos pacientes. Além disso, os cuidados paliativos criam um espaço para uma comunicação mais eficaz e uma compreensão profunda das perspectivas, esperanças e medos causados pela doença, contribuindo para uma abordagem mais humanizada e centrada no paciente. A atuação do Nepae CP poderá desempenhar um papel crucial na promoção do bem-estar e na redução do sofrimento de pacientes com DPOC e outras doenças respiratórias crônicas não curáveis.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

O propósito deste estudo foi identificar pacientes diagnosticados com DPOC que necessitam de cuidados paliativos, realizar a análise das características clínicas e da capacidade funcional desses indivíduos que estão em acompanhamento no Ambulatório de Pneumologia do Humap/Ebserh/UFMS.

2.2 Objetivos específicos

Caracterização clínica, avaliação da capacidade funcional e comparação dos principais sintomas entre os pacientes diagnosticados com DPOC atendidos no Ambulatórios de Pneumologia do Humap/Ebserh/UFMS com e sem indicação de necessidades paliativas.

Implementação de ações de acompanhamento do Nepae CP (Núcleo de Cuidados Paliativos) para os pacientes que participaram desta pesquisa.

3 JUSTIFICATIVA

As tradicionais condutas e abordagens médicas em casos de doenças terminais, não emergem resultados suficientes para otimizar o cuidado no avanço de doenças crônicas. Ainda que tenha ocorrido o aumento dos estudos relacionados aos cuidados paliativos, percebe-se muita inabilidade e desconhecimento dos profissionais da saúde sobre este assunto.

Encontra-se em muitos hospitais, pacientes em seus últimos meses de vida acompanhados por uma equipe médica que possui uma resistência ou preconceito em falar sobre a terminalidade. De acordo com os casos e gravidades das doenças, a especialidade de Pneumologia concentra um percentual expressivo de pacientes em terminalidade, em razão da sua evolução e progressão dos sintomas.

Conseqüentemente o resultado desta incompreensão e desconhecimento dos profissionais da saúde sobre essas áreas e outras, dificulta ainda mais o processo da terminalidade, tanto do paciente quanto de seus familiares, impossibilitando-o de ter a oportunidade de entender e discutir sobre esse processo. Por ser um problema atual e pouco estudado no contexto da oferta de serviços na realidade do Mato Grosso do Sul, esta pesquisa trará dados e discussões ainda não realizadas de forma sistematizada, seus resultados trarão conforto e qualidade de vida a estes pacientes que estão em estado terminal, evitando condutas invasivas e excessivas. O estudo dos sintomas, da capacidade física e posterior acompanhamento dos pacientes com o núcleo poderá ofertar condutas mais adequadas, acarretando numa melhora na qualidade de vida.

4. MÉTODO

4.1 Delineamento do estudo

Estudo transversal, observacional e prospectivo, que foi realizado no município de Campo Grande - Mato Grosso do Sul, no Ambulatório de Pneumologia do Humap/Ebserh/UFMS.

4.2 Amostra e critérios

4.2.1 Amostra

A população-alvo foi constituída por pacientes com DPOC acompanhados no do Ambulatório de Pneumologia do Humap/Ebserh/UFMS.

4.2.2 Critérios de Inclusão

Pacientes com idade superior a 18 anos, de ambos os sexos, acompanhados regularmente no Ambulatório de Pneumologia do Humap/Ebserh/UFMS, com diagnóstico clínico de DPOC que aceitaram participar da pesquisa através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

4.2.3 Critérios de exclusão

Pacientes que não apresentavam capacidade cognitiva para responder aos questionários ou aqueles que mencionaram qualquer desconforto anormal ao respondê-lo.

4.3 Parâmetros avaliados

Inicialmente foram identificados os pacientes elegíveis para participarem da presente pesquisa (pacientes com DPOC em acompanhamento médico no Ambulatório de Pneumologia do Humap/Ebserh/UFMS). A seguir, os pacientes elegíveis foram abordados na sala de espera do Ambulatório (conforme o dia agendado para retorno médico) quanto aos objetivos e interesse em participarem da pesquisa. Inicialmente foi realizada a anamnese com os participantes da pesquisa e aplicação dos instrumentos: PPS e ESAS. APPS consiste num instrumento de comunicação que descreve rapidamente o estado de funcionalidade

atual do paciente, em que são analisados cinco parâmetros: mobilidade, autocuidado, ingestão, estado de consciência, atividade e evidências de doenças, atribui valores de 0% a 100%, sendo que 0% significa a morte, 100% que o doente não possui alteração funcional.

A seguir foi aplicada a Escala de Avaliação e Sintomas de Edmonton (ESAS). A ESAS foi traduzida e adaptada no Brasil, em 2013 e é considerada adequada para controlar e monitorar os sintomas e progressão da doença. É composta por 10 escalas visuais numéricas que variam entre zero e dez pontos, sendo zero a ausência do sintoma e 10 o sintoma em sua mais forte intensidade. A seguir foi aplicado o NECPAL. O NECPAL é um instrumento traduzido e adaptado para uso no Brasil, que tem como finalidade a identificação dos pacientes com doenças crônicas avançadas e em fase terminal. O NECPAL foi aplicado da seguinte forma: primeiramente os médicos responsáveis pelos participantes foram submetidos quanto à “Pergunta Surpresa” do NECPAL. A pergunta surpresa refere-se a uma pergunta feita ao médico sobre a expectativa de vida do paciente em que perguntado ao profissional: “Você ficaria surpreso se o paciente morresse nos próximos 12 meses?” Os pacientes para quem o médico responde “não” são considerados PS positiva. Porém, se a resposta for sim, o instrumento possui outros domínios clínicos e indicadores específicos da doença de base, em que foi considerado NECPAL positivo se houvesse de uma a 13 respostas sim, e NECPAL negativo se nenhuma alternativa fosse preenchida. Desta forma, a aplicação do NECPAL permitiu a divisão da amostra estudada em dois grupos: Grupo 01- Pacientes que possuem necessidades paliativas e Grupo 02- Pacientes que não possuem necessidades paliativas.

4.4 Análise estatística

A análise estatística foi realizada pelo programa estatístico Jamovi, versão 2.4.8. Para a análise dos resultados, os dados foram submetidos à análise estatística descritiva, seguido de testes de associação com o emprego do teste qui-quadrado, para variáveis categóricas (sexo, classificação da DPOC -GOLD e religião) e de comparação com o uso do teste t Student (idade e cansaço) ou de Mann-Whitney (PPS e variáveis do ESAS com exceção da variável cansaço), para comparação das variáveis contínuas. O nível de significância estatístico utilizado foi $p < 0,05$.

4.5 Aspectos éticos

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul – UFMS, respeitando a resolução Nº 466 de 12 de dezembro de 2012 sob o número de protocolo: 66034322.0.0000.0021 e do Parecer: 5.961.705.

5. RESULTADOS

Participaram deste estudo um número total de 57 pacientes com DPOC, com média de idade de 68.9 ± 8.89 anos, de ambos os sexos (26 homens/ 31 mulheres) acompanhados no Ambulatório de Pneumologia.

Inicialmente foi aplicado o Necpal em todos os participantes do estudo a fim de identificar pacientes diagnosticados com DPOC que necessitavam de cuidados paliativos: Grupo 01- pacientes com necessidades paliativas; Grupo 02- pacientes sem necessidades paliativas. Os participantes incluídos com necessidades paliativas foram os pacientes que tiveram a pergunta surpresa do Necpal positiva (30 pacientes) ou aqueles que preencheram os critérios clínicos estabelecidos pelo Necpal (11 pacientes), totalizando 41 pacientes (26 mulheres/ 15 homens). Vale ressaltar que a pergunta surpresa foi aplicada pelo médico ou residente médico responsável pelo acompanhamento do paciente e a análise dos critérios clínicos foi realizada pelos responsáveis pela presente pesquisa. Já os pacientes que não tiveram a pergunta surpresa do Necpal positiva e que não preencheram os critérios clínicos estabelecidos pelo Necpal foram incluídos no Grupo 02 (Pacientes sem necessidades paliativas), totalizando 16 pacientes (5 mulheres e 11 homens).

Os resultados em relação às características gerais de ambos os grupos estudados

estão sumarizados na Tabela 01. Em relação à distribuição de sexo observou-se predomínio do sexo feminino no Grupo 1 ($p < 0,01$) e homogeneidade em relação à idade relatada por ambos os grupos estudados.

Tabela 01 - Análise estatística das características gerais dos dois grupos estudados

PARÂMETROS	GRUPO	n	Média/ Desvio-padrão	p
Sexo	G1	26(F) 15(M)	-	< .001*
	G2	5(F) 11(M)		
Idade	G1	41	68.9 ± 9.38	0.790 ^Δ
	G2	16	69.0 ± 7.36	

*Teste Qui-Quadrado; ^ΔTeste t-Student. G1= Pacientes com necessidades paliativas; G2= Pacientes sem necessidades paliativas; M= Masculino F=Feminino.

Os resultados em relação à classificação da gravidade da DPOC (Escala Global Initiative For Chronic Obstructive Lung Disease: GOLD) e da capacidade funcional (Palliative Performance Scale: PPS) de ambos os grupos, estão descritos na tabela 02. No que concerne à classificação GOLD, no Grupo-1 houve predomínio de pacientes classificados como graves (19 casos) e muito graves (14 casos). Já no Grupo-2 houve predomínio de pacientes com DPOC leve (5 casos) e moderado (11 casos). Em relação a capacidade funcional, o Grupo-1 apresentou uma média de $58 \pm 16,8$ na PPS, enquanto o Grupo-2 a média foi de $76 \pm 10,9$. Observou-se que, além de apresentar uma maior gravidade na classificação GOLD, o Grupo 1 também apresentou maior comprometimento da capacidade funcional em relação ao Grupo 2 ($p=0.010$).

Tabela 02 - Análise estatística da gravidade da DPOC e da capacidade funcional (PPS) dos dois grupos estudados.

PARÂMETROS (escalas)	GRUPO	n	Média/ Desvio-padrão	p
GOLD	G1	Leve n=0 (0%) Moderado n=8 (19,51%) Grave n=19 (46,34%) Muito Grave n=14 (34,15%)	-	< .001*
	G2	Leve n=5 (31,25%) Moderado n=11 (68,75%) Grave n=0 (0%) Muito Grave n=0 (0%)	-	
PPS	G1	41	58.5(%) ±16.8	0.001°
	G2	16	76.3(%) ± 10.9	

*Teste Qui-Quadrado; °U de Mann-Whitney. esta parte é na legend; G1= Pacientes com necessidades paliativas; G2= Pacientes sem necessidades paliativas; GOLD (Global Initiative For Chronic Obstructive Lung Disease); PPS (Palliative Performance Scale).

Os resultados em relação à análise dos principais sintomas relatados pelos pacientes (aplicação da Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton- ESAS) estão descritos na tabela 03. Pôde-se observar que o Grupo 01 apresentou sintomatologia mais significativa para as seguintes variáveis: dor (p=0,020); cansaço (p< .001); apetite (p=0,050); dispnéia (p= 0,09); ansiedade (p= 0,040) e estado geral (p=0,090).

Tabela 03 - Análise estatística das variáveis relacionadas aos principais sintomas relatados pelos dois grupos estudados.

PARÂMETROS (ESAS)	GRUPO	n	Média/ Desvio-padrão	p
DOR	G1	41	3.76 ± 3.37	0.020°
	G2	16	1.44 ± 2.25	

CANSAÇO	G1	41	6.37 ± 2.88	< .001[△]
	G2	16	3.19 ± 3.64	
SONOLÊNCIA	G1	41	2.29 ± 2.99	0.300[°]
	G2	16	1.0 ± 1.67	
NÁUSEA	G1	41	1.29 ± 2.33	0.830[°]
	G2	16	1.0 ± 2.07	
APETITE	G1	41	3.24 ± 3.04	0.005[°]
	G2	16	0.9 ± 1.84	
DISPNEIA	G1	41	7.12 ± 2.54	0.009[°]
	G2	16	4.27 ± 3.58	
DEPRESSÃO	G1	41	4.54 ± 3.81	0.070[°]
	G2	16	2.31 ± 2.89	
ANSIEDADE	G1	41	6.34 ± 3.71	0.040[°]
	G2	16	4.0 ± 3.46	
ESTADO GERAL	G1	41	6.39 ± 2.53	0.009[°]
	G2	16	3.75 ± 3.40	

Teste [°]U de Mann-Whitney; [△]Teste t-Student G1= Pacientes com necessidades paliativas; G2= Pacientes sem necessidades paliativas; ESAS (Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton)

A presente pesquisa também analisou as afiliações religiosas de cada participante, um fator de relevância considerável no contexto dos cuidados paliativos. Considerando que os cuidados paliativos englobam não apenas a gestão da doença, mas abrangem um conjunto de ações de natureza biopsicossocial. Dessa forma, na Tabela 04, nota-se uma predominância da fé católica, com 33 dos 57 pacientes que

participaram da pesquisa aderindo a essa religião, evidenciando uma maior prevalência no Grupo-1 ($p=0,500$).

Tabela 04 - Análise estatística das afiliações religiosas dos dois grupos estudados

PARÂMETROS	GRUPO	n	p
Religião	G1	Católico n=25 (60,97%) Evangélico n= 8 (19,51%) Cristão n= 7 (17,07%) Batista n= 1 (2%)	0.500*
	G2	Católico n=8 (50%) Evangélico n=4 (25%) Cristão n=3 (18.75%) Batista n=1 (6.25%)	

G1= Pacientes com necessidades paliativas; G2= Pacientes sem necessidades paliativas; *Teste Qui-Quadrado.

6. DISCUSSÃO

Os resultados obtidos neste estudo revelam que na amostra estudada houve uma média de idade de 68.9 ± 8.89 anos. Essa faixa etária é consistente com a tendência observada na literatura, que descreve que a DPOC é mais prevalente em idosos. O estudo de Bastos (2018) corrobora com esses achados, identificando que mais de um terço da amostra em seu estudo apresentavam idade acima de 60 anos (38,9%). Já a Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia (2021) confirma que a doença é mais comum em pessoas com mais de 50 anos de idade. Essa predominância pode ser explicada pela redução progressiva na capacidade de regeneração e divisão celular associada ao envelhecimento, pela imunossenescência que resulta em um declínio gradual da imunidade relacionado à idade, bem como pelo aumento na expectativa de vida decorrente do processo de transição demográfica, que está intrinsecamente relacionado ao aumento das doenças crônicas degenerativas (ANTUNES et al., 2015; MARTORANA et al., 2012). Ademais, os avanços tecnológicos e o acesso a cuidados de saúde têm contribuído para o aumento da expectativa de vida na população (KALACHE, 2008; CARMO et al., 2014). No entanto, mesmo com os avanços na área da saúde, é crucial compreender que a morte permanece como um ciclo natural da vida, em que não deve ser nem

prolongado nem antecipado, conforme preconizado por organizações como a ONU (2012), e profissionais da saúde, como Matsumoto (2012).

É relevante também destacar a prevalência do sexo feminino, porém o estudo epidemiológico de Varmaghani et al. (2019) relata que a prevalência global de DPOC é de 15.7% em homens e 9.93% em mulheres. Contudo, é interessante notar que, apesar da menor prevalência da doença, o sexo feminino (54,8%) recebe mais indicações para cuidados paliativos (VIDAL et al., 2020). Esse padrão é consistente com os resultados de um estudo realizado em uma enfermaria de Cuidados Paliativos no Recife, conduzido por Oliveira et al. (2018), no qual mais da metade dos pacientes com necessidades paliativas eram do sexo feminino (53%) (OLIVEIRA et al., 2018). Essa disparidade pode ser explicada pelo fato de que, embora as mulheres vivam, em média, mais tempo do que os homens, elas têm uma probabilidade maior de adoecer em comparação com o sexo masculino. Além disso, as mulheres têm uma expectativa de vida mais longa (ONU, 2019), o que significa que têm mais oportunidades de desenvolver doenças crônicas ou progressivas que podem exigir cuidados paliativos. É essencial salientar que fatores sociais e culturais desempenham um papel fundamental nessa diferença de gênero na utilização de cuidados paliativos, incluindo a disposição para buscar ajuda médica. Segundo dados do Programa Nacional de Saúde (PNS), a proporção de mulheres (82,3%) que consultaram um médico em 2019 foi superior à dos homens (69,4%) (PNS, 2019). Portanto, a discrepância de gênero nesta amostra pode ser um resultado de uma interação complexa entre diversos fatores.

No âmbito deste estudo, destaca-se também o predomínio de pacientes classificados como DPOC grave (19 casos) e muito grave (14 casos) no Grupo de pacientes identificados com necessidades paliativas. Isso ressalta a urgência de abordar as questões relacionadas aos cuidados paliativos na DPOC. Pacientes que enfrentam DPOC avançada frequentemente têm poucas oportunidades para discutir seus objetivos de cuidados, mesmo nos estágios finais da doença (ROCKER et al., 2015). Estudos demonstram que o papel dos cuidados paliativos na DPOC não deve se limitar apenas aos estágios mais avançados (D'ALESSANDRO, 2020). O estudo realizado por Iyer et al. (2019) aponta que as variações nas habilidades de enfrentamento dos pacientes ao longo dos estágios de gravidade da DPOC podem moderar a relação entre a função pulmonar e a qualidade de vida. Ou seja, a

redução do VEF1 não necessariamente se traduz em uma pior qualidade de vida. Isso sugere que o início dos cuidados paliativos não deve ser restrito apenas aos estágios mais avançados da doença.

Conforme o estudo de Iyer et al. (2019) pacientes que necessitavam de cuidados paliativos abrangiam os estágios GOLD, com 30% no estágio GOLD II (moderado), 30% no estágio GOLD III (grave) e 40% no estágio GOLD IV (muito grave). Observou-se também uma predominância de pacientes nos estágios GOLD grave e muito grave, apresentando concordância com as descobertas do estudo atual. No entanto, pacientes e seus cuidadores familiares enfatizaram que esperar até a DPOC atingir um estágio grave ou muito grave pode ser tarde demais para iniciar os cuidados paliativos. Os mesmos sugerem que os cuidados paliativos precoces deveriam começar já na DPOC em estágio moderado (GOLD II). Mesmo que a indicação desses cuidados, muitas vezes, esteja mais relacionada aos pacientes em estágios GOLD grave e muito grave, é importante reconhecer a necessidade de uma abordagem mais abrangente que inclui diferentes estágios da doença (IYER et al., 2019). Conforme demonstrado pelo Instituto de Saúde e Gestão Hospitalar (ISGH, 2014), dependendo da progressão da doença e da avaliação individual, classifica-se o paciente em relação à intensidade dos cuidados, podendo ser um cuidado precoce, complementar, predominante ou pleno.

A prevalência de pacientes nos estágios GOLD grave e muito grave que necessitam de cuidados paliativos é justificada pelo fato de que, nesses estágios, a progressão da DPOC é significativa. A função pulmonar está gravemente comprometida, levando a sintomas graves, como dispneia e dificuldade respiratória, que limitam a capacidade de realizar atividades cotidianas. Além disso, pacientes com DPOC nos estágios GOLD III e GOLD IV têm uma expectativa de vida reduzida devido à gravidade da doença e à presença de comorbidades. Portanto, a identificação nos estágios GOLD grave e muito grave é um reflexo das necessidades clínicas desses pacientes, mas a importância dos cuidados paliativos precoces não deve ser subestimada, como destacado pelas descobertas do estudo de Iyer et al. (2019). Conclui-se que a abordagem ideal dos cuidados paliativos deve considerar a individualidade de cada paciente, independentemente do estágio da DPOC, para proporcionar uma melhoria na qualidade de vida e no conforto dos pacientes.

Ao analisar a capacidade funcional dos pacientes em nossa amostra, observou-se que o Grupo 1, composto por pacientes indicados para cuidados paliativos,

apresentou um comprometimento significativo da capacidade funcional. Isso foi evidenciado pelo fato de 41 pacientes deste grupo terem obtido uma média de $58.5\% \pm 16.8$ na escala PPS (Palliative Performance Scale). Esse comprometimento da capacidade funcional é um achado relevante, pois indica a gravidade da condição dos pacientes nesse contexto.

Esses resultados estão em consonância com outros estudos (BUŽGOVÁ et al., 2023) e com o estudo conduzido por Scottini et al. (2018) que avaliou a funcionalidade e a presença de sintomas em pacientes em cuidados paliativos e observou um predomínio de pacientes com comprometimento da funcionalidade. Além disso, o estudo de Zênia et al. (2010) demonstrou que um índice de mortalidade mais elevado estava associado a pacientes com um VEF1 inferior a 50%, enfatizando a relação direta entre o VEF1 e a mortalidade na DPOC. Isso sugere que pacientes com obstrução pulmonar mais acentuada podem experimentar limitações significativas em suas atividades físicas, o que está de acordo com as descobertas deste estudo. Outro estudo que avaliou pacientes com doenças crônico-degenerativas, tanto neoplásicas quanto não neoplásicas, indicou uma expectativa de vida de aproximadamente 90 dias para aqueles com um PPS inferior a 50% (LAU, 2009). Esse achado está em sintonia com o estudo de Hamouche (2021), em que foi observado comprometimento da funcionalidade assim como os achados do presente estudo.

Conforme o estudo de Santos et al. (2018) através do Karnofsky Performance Status (KPS) e da Medida de Independência Funcional (MIF), a capacidade funcional dos pacientes está intimamente relacionada ao prognóstico e à maior sobrevida de cada paciente. Essa interação entre o prognóstico fornecido pela escala NECPAL e a capacidade funcional, associada à PPS, é crucial na identificação e no planejamento dos cuidados paliativos.

Esse comprometimento da capacidade funcional em pacientes com DPOC indicados para cuidados paliativos pode ser explicado por diversos fatores fisiológicos. A obstrução das vias aéreas e a destruição dos alvéolos pulmonares resultam na diminuição da capacidade dos pulmões de transportar oxigênio para o sangue, o que impacta a realização de funções normais pelo corpo. Além disso, pacientes com DPOC em estágios avançados têm um risco aumentado de exacerbações agudas da doença, que resultam em uma piora significativa dos sintomas, levando a uma redução substancial na capacidade funcional. Em resumo,

a diminuição da capacidade funcional em pacientes com DPOC indicados para cuidados paliativos é uma consequência direta da progressão da doença, da obstrução das vias aéreas, da limitação no transporte de oxigênio, do acúmulo de muco, da presença de comorbidades, das exacerbações frequentes e da fragilidade (SANDELOWSKY et al., 2021; CARVALHO et al., 2023).

Na amostra estudada na presente pesquisa foi evidenciada uma prevalência de dor, cansaço, perda de apetite, dispneia, ansiedade e comprometimento do estado geral no grupo com indicação de necessidades paliativas. A prevalência de sintomas como dor, dispneia e outros problemas emocionais tem sido amplamente documentada na literatura (IYER et al., 2019). Além disso, um estudo sobre "Cognição, funcionalidade e sintomas em pacientes sob cuidados paliativos" relatou que pacientes com DPOC possuíam a cognição preservada, baixa funcionalidade e sintomas de dor e dispneia intensos (SCOTTINI et al., 2018).

A progressão da DPOC é caracterizada pelo declínio gradual da capacidade respiratória, dispnéia persistente e exacerbações recorrentes, o que aumenta o risco de morte e compromete a qualidade de vida dos pacientes (OLIVEIRA et al., 2020). Indivíduos com DPOC avançada em cuidados paliativos geralmente enfrentam uma baixa qualidade de vida, experimentando sintomas como dispneia intratável, fadiga, incapacidade funcional, isolamento social, ansiedade e depressão em níveis elevados (GOODRIDGE, 2009). O resultado da dor explica-se pela inflamação crônica das vias aéreas e dos pulmões, bem como de infecções recorrentes. Além disso, os pacientes com DPOC avançada podem desenvolver dores musculares e articulares devido à falta de oxigenação adequada nos tecidos. Já a fadiga extrema é uma característica comum da DPOC avançada devido à dificuldade respiratória persistente, relacionado à obstrução das vias aéreas e à dificuldade na troca de oxigênio, fazendo com que o corpo tenha um esforço maior para obter o oxigênio necessário, resultando na sensação constante de cansaço. A perda de apetite pode ser influenciada pela ansiedade e pela dispneia, que diminuem o interesse do paciente pela alimentação, demonstrando que as emoções desempenham um papel importante nas escolhas alimentares, na quantidade de alimentos ingeridos e na frequência das refeições (LEMOS et al., 2022). A dispneia, um sintoma central da DPOC avançada, ocorre devido à obstrução das vias aéreas e à diminuição da capacidade dos pulmões de oxigenar o sangue. Isso resulta em uma sensação angustiante de não conseguir respirar adequadamente, está diretamente relacionada

à gravidade da DPOC e é mais intensa em estágios avançados da doença, quando a obstrução das vias aéreas é mais acentuada e a função pulmonar está significativamente comprometida. Assim, a presença e a inter-relação desses sintomas nos pacientes com DPOC indicados para cuidados paliativos impactam significativamente a qualidade de vida dos pacientes e justificam a identificação como pacientes com necessidades paliativas.

Na análise dos dados sociodemográficos dos pacientes participantes da pesquisa, notou-se uma expressiva predominância da fé católica, com 33 dos 57 pacientes identificados como adeptos dessa religião. Esse resultado está em consonância com o estudo de Bastos et al. (2018) que também identificou a religião católica como a mais comum entre os participantes de seu estudo, demonstrando que essa crença e busca por um ser transcendente são características frequentes na população identificada com necessidades paliativas.

A religiosidade desempenha um papel significativo na vida das pessoas, especialmente em momentos de enfrentamento de doenças graves e do processo de cuidados paliativos (D'ALESSANDRO, 2020). A religiosidade pode oferecer respostas e significados para os desafios e questionamentos que surgem ao longo da jornada da vida, incluindo o enfrentamento de doenças, possibilitando a reconstrução de um contexto para conviver com uma enfermidade, proporcionando suporte espiritual e emocional aos pacientes e suas famílias (SAPORETTI et al., 2012). Nesse contexto, a prevalência da fé católica entre os pacientes em cuidados paliativos destaca a importância da dimensão espiritual no contexto do cuidado. A religião e a espiritualidade desempenham um papel crucial no apoio emocional, na busca de significado e na promoção do conforto espiritual durante o processo de enfrentamento da doença e da aproximação com o fim da vida.

Portanto, compreender e respeitar a dimensão espiritual dos pacientes em cuidados paliativos, independentemente de sua filiação religiosa, é fundamental para oferecer um cuidado holístico e de qualidade, atendendo às necessidades emocionais e espirituais dos indivíduos nesse momento sensível de suas vidas.

7. LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Como limitações do estudo, considerou-se os desafios relacionados à ausência de alguns pacientes nas consultas agendadas e a dificuldades de comunicação na sala de espera do ambulatório de pneumologia devido a grande quantidade de pacientes.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na amostra estudada houve indicação expressiva de necessidades paliativas e tal necessidade esteve associada ao sexo feminino, DPOC grave e muito grave, sintomas de cansaço, apetite reduzido, dispneia, ansiedade e estado geral de saúde insatisfatório, além de redução da capacidade funcional.

9. REFERÊNCIAS

1. ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS. Análise situacional e recomendações da ANCP para estruturação de programas de cuidados paliativos no Brasil. São Paulo: ANCP, 2018. Disponível em: <https://paliativo.org.br/wp-content/uploads/2018/12/ANALISE-SITUACIONAL_ANC18_122018.pdf>. Acesso em: 08 jun. 2022.
2. ANTUNES, Y. P. P. V.; BUGANO, D. D. G.; GIGLIO, A. D.; KALIKS, R. A.; KARNAKIS, T.; PONTES, L. B. Características clínicas e de sobrevida global em pacientes oncológicos idosos num centro oncológico terciário. *Einstein*, São Paulo, v. 13, n. 4, p. 487-91, 2015.
3. ARAUJO ZTS, HOLANDA G. Does the BODE index correlate with quality of life in patients with COPD?. *J Bras Pneumol*. 2010;36(4).
4. BASTOS, B. R.; PEREIRA, A. K. S.; CASTRO, C. C.; CARVALHO, M. M. C. Perfil sociodemográfico dos pacientes em cuidados paliativos em um hospital de referência em oncologia do estado do Pará, Brasil. *Revista Pan-Amazônica de Saúde*, v. 9, n. 2, p. 31-36, 2018.
5. BUZGOVA R, KOZAKOVA R, BAR MPAIN, physical symptoms and functional assessment in progressive neurological disease in palliative care. *BMJ Supportive & Palliative Care* 2023;13:e136-e143.
6. CARVALHO, S. C.; SCOPEL, N. S.; ANDRE, A. M. E.; NAGAO, N. Y. A.; SANTOS, Y. S.; TAVARES, A. L. M. P.; PENNAFORTE, J. G.; COSTALONGA, A. C.; CARVALHO, L. S. S.; SCOPEL, G. S. Particularidades da doença pulmonar obstrutiva crônica e suas exacerbações. *Brazilian Journal of Development*, [S. l.], v. 9, n. 2, p. 6460–6473, 2023. DOI: 10.34117/bjdv9n2-022. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/57030>.
7. CASTRO, Maria et al. Dor total e teoria do conforto: implicações no cuidado ao paciente em cuidados paliativos oncológicos. 2021. Revisão de literatura (Acadêmico em Ciências do Cuidado em Saúde.) - Universidade Federal Fluminense, Niterói, Rio de Janeiro, Brasil. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200311>.
8. Comissão Científica de DPOC da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia (SBPT). 2021.

9. CARVALHO, S. C.; SCOPEL, N. S.; ANDRÉ, A. M. E.; NAGAO, N. Y. A.; SANTOS, Y. S.; TAVARES, A. L. M. P.; PENNAFORTE, J. G.; COSTALONGA, A. C.; CARVALHO, L. S. S.; SCOPEL, G. S. Particularidades da doença pulmonar obstrutiva crônica e suas exacerbações. *Brazilian Journal of Development*, [S. l.], v. 9, n. 2, p. 6460–6473, 2023. DOI: 10.34117/bjdv9n2-022. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/57030>.
10. DUTRA, Paula Leite et al. Percepção dos profissionais de saúde sobre terminalidade e indicação de cuidados paliativos em um hospital privado de Porto Alegre. 2020. Dissertação de Mestrado (Pós-Graduação em Gerontologia Biomédica) - Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, [S. l.], 2020. Disponível em: <https://hdl.handle.net/10923/16904>. Acesso em: 14 ago. 2022.
11. FLORIANI, C. A. Bioethical considerations on models for end-of-life care. *Cad Saude Publica*, 2021; 37(9): e00264320. Published 2021 Sep 22. doi:10.1590/0102-311X0026432.
12. Goodridge DM, Marciniuk DD, Brooks D, et al. End-of-life care for persons with advanced chronic obstructive pulmonary disease: report of a national interdisciplinary consensus meeting. *Can Respir J*. 2009; doi:10.1155/2009/987616
13. Hamouche, L.; Barbosa de Carvalho, L.; Cunha Nascimento Amaral, T. .; Wagner, D.; Barbosa de Almeida, L.; Fernandes Trevizan, P. . Avaliação física e funcional de pacientes em cuidados paliativos em um hospital universitário. *HU Revista*, [S. l.], v. 47, p. 1–10, 2021. DOI: 10.34019/1982-8047.2021.v47.34119. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/hurevista/article/view/34119>.
14. IBGE. Pesquisa Nacional de Saúde 2019. Agência IBGE Notícias. Disponível em: [URL]. Acesso em: [data de acesso]
15. Iyer AS, Dionne-Odom JN, Ford SM, et al. A Formative Evaluation of Patient and Family Caregiver Perspectives on Early Palliative Care in Chronic Obstructive Pulmonary Disease across Disease Severity. *Ann Am Thorac Soc*. 2019;16(8):1024-1033. doi:10.1513/AnnalsATS.201902-112OC.
16. Instituto de Saúde e Gestão Hospitalar (ISGH). 2014. Autores: Patrícia Mauriz – Médica UCE | HRC, Penélope Matos Wirtzbiki – Consultora Técnica - Clínica Médica | ISGH, Úrsula Wille Campos – Diretora do SAD | ISGH.

17. KALACHE, A. O mundo envelhece: é imperativo criar um pacto de solidariedade social. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, p. 1107-11, 2008.
18. Lemos, A. F. .; Silva, A. da S. e .; Coutinho, G. da C. .; Ferreira, J. C. de S. .; Figueiredo, R. S. Diet in the treatment of anxiety disorder. *Research, Society and Development*, [S. l.], v. 11, n. 14, p. e547111436897, 2022. DOI: 10.33448/rsd-v11i14.36897. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/36897>.
19. Lau F, Maida V, Downing M, Lesperance M, Karlson N, Kuziemy C. Use of the Palliative Performance Scale (PPS) for end-of-life prognostication in a palliative medicine consultation service. *J Pain Symptom Manage*. 2009;37(6):965-972. doi:10.1016/j.jpainsymman.2008.08.003.
20. LANGE, P., Celli, B., Agusti, A., et al. Lung-function trajectories leading to chronic obstructive pulmonary disease. *N Engl J Med*, 373(2), 111–122, 2015.
21. Martorana, A.; Bulati, M.; Buffa, S.; Pellicanò, M.; Caruso, C.; Candore, G.; Colonna-Romano, G. Immunosenescence, inflammation and Alzheimer's disease. *Longevity & Healthspan*, v. 1, n. 1, p. 1-8, 2012.
22. MORAIS, Danielle; CAMPOS, Danielle. Por Danielle Moraes com revisão de Danielle Campos. Ministério da Educação. Publicado em 17/10/2023. Portal Gov.br.
23. Manual de Cuidados Paliativos. Organizado por Maria Perez Soares D'Alessandro et al. 2. ed. São Paulo: Hospital Sírio-Libanês; Ministério da Saúde, 2023. 424p.
24. Matsumoto, D. Y. Cuidados Paliativos: conceito, fundamentos e princípios. In: CARVALHO, R. T.; PARSONS, H. A. (Org.). Manual de cuidados paliativos. São Paulo: Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP), 2012, p. 23-30.
25. ONU. Envelhecimento no século XXI: celebração e desafio - resumo executivo. Nova York: Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA): Help Age International, 2012.
26. Oliveira, A. G.; Ribeiro, S. Z. R. S.; Silva, M. I. C.; Vidal, S. A.; Lopes, L. G. F. Perfil das internações em cuidados paliativos: uma ferramenta à gestão.

Revista de Enfermagem UFPE, Recife, v. 12, n. 8, p. 2082-8, 2018.

27. OLIVEIRA, Ellen et al. Patologias dos pacientes acompanhados pelo serviço de Cuidados Paliativos de um hospital universitário. 2019. Artigo de revisão (Graduação em Medicina) - Universidade de São Paulo, A.C. Camargo Cancer Center e no Instituto do Coração, Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, 2020. Disponível em: <http://www.jornaldepneumologia.com.br/details/3381/pt-BR/cuidados-paliativos-em-pneumologia>
28. ORZECOWSKI, Roman et al. Prevalência de necessidade de cuidados paliativos em pacientes com insuficiência cardíaca avançada internados em um hospital terciário. 2019. Dissertação (Pós-Graduação em Cardiologia e Ciências Cardiovasculares) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Medicina., [S. I.], 2019. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10183/195701>.
29. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. World health statistics overview 2019: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals. Geneva: World Health Organization, 2019. WHO/DAD/2019.1. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
30. Rocker GM, Simpson AC, Horton R. Palliative Care in Advanced Lung Disease: The Challenge of Integrating Palliation Into Everyday Care. *Chest*. 2015; doi:10.1378/chest.14-2593.
31. Santos DZ, Leite ICG, Guerra MR. Functional status of patients with metastatic spinal cord compression. *Support Care Cancer*. 2018; 26(9):3225-31.
32. Sandelowsky H, Weinreich UM, Aarli BB, et al. COPD - do the right thing. *BMC Fam Pract*. 2021;22(1):244. Published 2021 Dec 11. doi:10.1186/s12875-021-01583-w.
33. Saporetti, L. A.; Silva, A. M. O. P. Aspectos particulares e ritos de passagem nas diferentes religiões. In: CARVALHO, R. T.; PARSONS, H. A. Manual de cuidados paliativos – ANCP. 2. ed. ampl. atual. [S.I.]: ANCP, 2012.
34. Scottini MA, Moritz RD, Siqueira JE. Cognition, functionality and symptoms in patients under home palliative care. *Rev Assoc Med Bras*. 2018; 64(10):922-927. doi:10.1590/1806-9282.64.10.922.

35. SANDELOWSKY, H. et al. COPD - do the right thing. *BMC Fam Pract*, v. 22, n. 1, p. 244, 2021. Publicado em 11 dez. 2021. DOI: 10.1186/s12875-021-01583-w].
36. Varmaghani M, Dehghani M, Heidari E, et al. Global prevalence of chronic obstructive pulmonary disease: systematic review and meta-analysis. *East Mediterr Health J*. 2019 Mar 19;25(1):47-57.
37. Vidal Bravalhieri, A. A.; Miziara Barbosa, S. R.; Bregolato Rubira de Assis, M. de F.; Moraes Penha, R. Características de pacientes com indicação de cuidados paliativos em uma unidade de cuidados prolongados em Campo Grande, Mato Grosso do Sul. *Multitemas*, [S. l.], v. 21, n. 59, p. 211–226, 2020. DOI: 10.20435/multi.v21i59.2878. Disponível em: <https://multitemasucdb.emnuvens.com.br/multitemas/article/view/2878>.
38. WISE, R. A. Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) (Chronic Obstructive Bronchitis; Emphysema). Johns Hopkins Asthma and Allergy Center. Reviewed/Revised Jun 2022 | Modified Sep 2022

ANEXO A - INSTRUMENTO NECPAL-BR (Necessidades Paliativas)

Pergunta surpresa	Você ficaria surpreso se este paciente morresse ao longo do próximo ano?		[] Sim [] Não
Demanda ou necessidade	Demanda: Tem havido alguma manifestação explícita ou implícita, de limitação de esforço terapêutico ou pedido de atenção paliativa por parte do(a) paciente, sua família ou membros da equipe?		[] Sim [] Não
	Necessidade: Identificada por profissionais da equipe de saúde.		[] Sim [] Não
Indicadores clínicos gerais: nos últimos 6 meses -Graves, persistentes, progressivos, não relacionados com processo intercorrente recente. -Combinar gravidade COM progressão	Declínio nutricional	Perda de peso >10%	[] Sim [] Não
	Declínio funcional	<ul style="list-style-type: none"> • Piora do Karnofsky ou Barthel > 30% • Perda de mais que duas ABVDs 	[] Sim [] Não
	Declínio cognitivo	Perda ≥ 5 minimal ou ≥ 3 Pfeiffer	[] Sim [] Não
Dependência grave	Karnofsky < 50 ou Barthel < 20		[] Sim [] Não
Síndromes geriátricas	<ul style="list-style-type: none"> • Lesão por pressão • Infecções de repetição • Delírium • Disfagia • Quedas 	Dados clínicos da anamnese ≥ 2 recorrentes ou persistentes	[] Sim [] Não
Sintomas persistentes	Dor, cansaço, náusea, depressão, ansiedade, sonolência, inapetência, mal-estar, dispneia e insônia.	≥2 sintomas (ESAS) recorrentes ou persistentes	[] Sim [] Não
Aspectos psicossociais	Sofrimento emocional ou transtorno adaptativo grave	deteção de mal-estar emocional (DME >9)	[] Sim [] Não
	Vulnerabilidade social grave	avaliação social e familiar	[] Sim [] Não
Multi-morbidade	≥ 2 doenças ou condições crônicas avançadas (da lista de indicadores específicos em anexo)		[] Sim [] Não
Uso de recursos	Avaliação da demanda ou intensidade de intervenções	<ul style="list-style-type: none"> • Mais que duas admissões urgentes (não programadas) em seis meses • Aumento da demanda ou intensidade das intervenções (cuidado domiciliar, intervenções de enfermagem) 	[] Sim [] Não
Indicadores específicos	Câncer, DPOC, ICC, insuficiência hepática, insuficiência renal, AVC, demência, doenças neurodegenerativas, SIDA e outras doenças avançadas.	<ul style="list-style-type: none"> • Em anexo*: avaliação dos critérios de gravidade e progressão 	[] Sim [] Não

Fonte: SANTANA, M. T. E. A. Adaptação transcultural e validação semântica do instrumento NECPAL CCOMS-ICO® para a Língua Portuguesa. 2018. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Escola Paulista de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo.

Acesso: <https://repositorio.unifesp.br/bitstream/handle/11600/52986/INSTRUMENTO%20NECPAL-BR.pdf?sequence=2&isAllowed=>

ANEXO B - PPS Palliative Performance Scale (escala de funcionalidade)



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

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

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

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

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

Acesso: <https://victoriahospice.org/wp-content/uploads/2019/07/pps - port uquese brazilian - sample.pdf>

ANEXO C- Instrumento Edmonton Symptom Assessment System (ESAS-r)

Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton (ESAS-r)		
Por favor, circule o número que melhor descreve como você está se sentindo agora		
Sem Dor	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior Dor Possível
Sem Cansaço Cansaço = falta de energia	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior Cansaço Possível
Sem Sonolência Sonolência = sentir-se com sono	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior Sonolência Possível
Sem náusea	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior náusea possível
Com apetite	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior Falta de Apetite Possível
Sem Falta de Ar	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior Falta de Ar Possível
Sem Depressão Depressão = sentir-se triste	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior Depressão Possível
Sem Ansiedade Ansiedade = sentir-se nervoso	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior Ansiedade Possível
Com Bem-Estar Bem-Estar/Mal-Estar = como você se sente em geral	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior Mal-estar Possível
Sem _____ Outro problema (por exemplo, prisão de ventre)	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior _____ possível

Quadro 3 – ESAS-r na versão brasileira. Porto Alegre, RS, 2011.

Fonte: <https://doi.org/10.1590/S1983-14472010000400024>

APÊNDICE A - TCLE PARTICIPANTE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)**Participante da Pesquisa***Esclarecimentos*

O(A) senhor(a), está sendo convidado a participar de uma pesquisa. E este documento, chamado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, assegura seus direitos como participante de pesquisa e foi elaborado em duas vias, assinadas pelos pesquisadores e por você, sendo que uma via será sua e outra ficará com as pesquisadoras. Por favor, não se apresse em tomar a decisão, pois terá o período de três dias para poder decidir. Leia cuidadosamente o que se segue e pergunte ao responsável pelo estudo qualquer dúvida que você tiver. Este estudo está sendo conduzido pela pesquisadora responsável Karla Luciana Magnani Seki (CREFITO: 33613-F) .

A pesquisa intitulada: **“IDENTIFICAÇÃO DE NECESSIDADES PALIATIVAS, CARACTERIZAÇÃO CLÍNICA E CAPACIDADE FUNCIONAL DE PACIENTES COM DPOC”**

Os resultados desta pesquisa trarão benefícios, como conforto e qualidade de vida aos pacientes, evitando condutas invasivas e excessivas de forma desnecessária. O estudo dos sintomas, das capacidades físicas e a aplicação de encontros com o núcleo, poderá beneficiar os pacientes com condutas mais adequadas, acarretando uma melhora na qualidade de vida e do atendimento, pois a pesquisa visa entender melhor quais as particularidades dos pacientes atendidos neste serviço, e com isso promover maior atenção no acompanhamento das suas enfermidades. Ao final da pesquisa será elaborado um resumo das condições de saúde e as demais variáveis analisadas na nossa pesquisa, para que seja entregue a todos os participantes.

Esta pesquisa não trará riscos imediatos ou futuros. Os riscos/limitações envolvidos com a participação na pesquisa são possíveis desconfortos ao falar sobre assuntos delicados. São mínimos, envolvendo constrangimento e desconforto ao responder às questões (referente a sua condição de saúde, de vida e medos). Diante da ocorrência de constrangimento e/ou desconforto causado pelo teor das questões da entrevista, esta será interrompida e a assistência será oferecida pelos profissionais do Núcleo de Ensino, Pesquisa, Assistência e Extensão em Cuidados Paliativos (Nepae CP) que é formado por uma equipe multidisciplinar, que tem por objetivo a melhoria da qualidade de vida do paciente e seus familiares, por meio da prevenção, alívio do sofrimento, avaliação adequada e tratamento de dor e demais sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais de forma empática, solidária. Atentando-se também para o cuidado à família, sanando as dúvidas e entendendo a necessidade de compreensão.

Os riscos relacionados ao material gerado com a pesquisa (TCLEs, arquivos físicos e digitais, contendo as informações da pesquisa e dos participantes da pesquisa) serão evitados utilizando as seguintes estratégias: evitar links desconhecidos e instalar programas e extensões desconhecidas nos dispositivos (computador ou celular) usados para pesquisa, para maior segurança, nos comprometemos a utilizar antivírus de confiança nos aparelhos. Referente às outras situações de risco (roubo, incêndio e furto) nos responsabilizamos em mantê-los sob nossos domínios, minimizando qualquer tipo de dano. Os participantes da pesquisa que vierem a sofrer qualquer tipo de dano resultante de sua participação na pesquisa, previsto ou não no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, têm direito à indenização, por parte do pesquisador. Caso o participante tenha algum gasto pela participação nessa pesquisa, ele será assumido pelos pesquisadores e reembolsado para o participante.

Sua participação nesta pesquisa é totalmente voluntária, ou seja, não é obrigatória. Caso o(a) Sr.(a) decida não participar, ou ainda, desistir de participar e retirar seu consentimento durante a realização da pesquisa, não haverá nenhum prejuízo ao atendimento que você recebe ou possa vir a receber na instituição. Além disso, os testes

poderão ser imediatamente suspensos de acordo com o desejo do participante ou dos pesquisadores, prevalecendo o desejo do participante.

Em caso de algum problema que você possa ter relacionado com a pesquisa, você terá direito a assistência gratuita que será prestada com a indenização de algum dano ou perda através do coordenador da pesquisa e colaboradores. Quanto às informações pessoais, você tem o direito de se recusar a responder as perguntas que lhe causarem constrangimento de qualquer natureza. Os dados que você irá nos fornecer serão confidenciais e serão divulgados apenas em congressos ou publicações científicas, não havendo divulgação de nenhum dado que possa lhe identificar. Esses dados serão mantidos em arquivos físicos e digitais, sob a responsabilidade do pesquisador principal por período de cinco anos e após serão destruídos para que não permita a sua identificação. As informações obtidas (na coleta de dados) não serão utilizadas em prejuízo das pessoas e/ou comunidades, sendo assim o material e os dados obtidos na pesquisa serão utilizados exclusivamente para a finalidade prevista por este protocolo, conforme o seu consentimento. Se você tiver algum gasto pela sua participação nessa pesquisa, ele será assumido pelos pesquisadores e reembolsado para você.

Ao concordar em participar do estudo, seu nome e outros dados que possam identificá-lo serão mantidos em sigilo. A menos que requerido por lei, somente o pesquisador, a equipe do estudo e o Comitê de Ética terão acesso aos dados para verificar as informações do estudo. Caso ocorra algum dano comprovadamente decorrente da participação no estudo, seja de forma direta ou indireta, o participante será indenizado conforme determina a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, objetivando a assistência integral ao participante da pesquisa.

Em caso de dúvidas ou caso necessite de mais informações, entre em contato com a pesquisadora responsável Karla Luciana Magnani Seki (CREFITO: 33613-F), no endereço: Cidade Universitária, s/n Universitário -900, Bloco 12 (INISA- Instituto Integrado de Saúde) sala 01, primeiro andar, Campo Grande -MS, contato: (67) 33457832 e e-mail: klmagnani@gmail.com ou entre em contato com a faculdade: endereço: Campus da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, prédio das Pró-Reitorias 'Hércules Maymone' – 1º andar, CEP: 79070900. Campo Grande – MS. e-mail: cepconeppropp@ufms.br; telefone: 3345-7187; atendimento ao público: 07:30-11:30 no período matutino e das 13:30 às 17:30 no período vespertino.

Consentimento Livre e Esclarecido

Eu, _____, declaro que li todas as páginas deste formulário, fui informado(a) sobre o que os pesquisadores querem fazer e porque precisa da minha colaboração, e entendi a explicação. Por isso, eu concordo em participar desta pesquisa, sabendo que não vou ter nenhuma compensação financeira e que é possível desistir da participação quando eu quiser. Este documento é emitido em duas vias que serão ambas assinadas por mim e pelo pesquisador, ficando uma via com cada um de nós.

Rubrica do participante da pesquisa

Rubrica do Pesquisador