

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

**A QUEM SERVE A BOA MORTE? INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO CLÍNICA E
REFLEXÃO AUTOETNOGRÁFICA NO ENTENDIMENTO DO CUIDADO
PALIATIVO EM CENÁRIO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA**

DAVID DE SOUZA MENDES

Uberlândia - MG

2024

DAVID DE SOUZA MENDES

**A QUEM SERVE A BOA MORTE? INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO CLÍNICA E
REFLEXÃO AUTOETNOGRÁFICA NO ENTENDIMENTO DO CUIDADO
PALIATIVO EM CENÁRIO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde.
Área de concentração: Ciências da Saúde.
Orientador: Gustavo Antonio Raimondi

UBERLÂNDIA

2024

Ficha Catalográfica Online do Sistema de Bibliotecas da UFU
com dados informados pelo(a) próprio(a) autor(a).

M538 2024	<p>Mendes, David de Souza, 1993- A quem serve a boa morte? Instrumentos de avaliação clínica e reflexão autoetnográfica no entendimento do cuidado paliativo em cenário de urgência e emergência. [recurso eletrônico] / David de Souza Mendes. - 2024.</p> <p>Orientador: Gustavo Antonio Raimondi. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Uberlândia, Pós-graduação em Ciências da Saúde. Modo de acesso: Internet. Disponível em: http://doi.org/10.14393/ufu.di.2024.794 Inclui bibliografia.</p> <p>1. Ciências médicas. I. Raimondi, Gustavo Antonio, 1989-, (Orient.). II. Universidade Federal de Uberlândia. Pós-graduação em Ciências da Saúde. III. Título.</p> <p style="text-align: right;">CDU: 61</p>
--------------	--

Bibliotecários responsáveis pela estrutura de acordo com o AACR2:

Gizele Cristine Nunes do Couto - CRB6/2091
Nelson Marcos Ferreira - CRB6/3074


UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA

Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde - Profissional

Av. Maranhão, 1784, Bloco 2H, Sala 11 - Bairro Umarama, Uberlândia-MG, CEP 38405-318

Telefone: (34) 3225-8632 - ppgpcs@famed.ufu.br


ATA DE DEFESA - PÓS-GRADUAÇÃO

Programa de Pós-Graduação em:	Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde - Profissional				
Defesa de:	Dissertação de Mestrado Profissional Nº 11/PPGPCS				
Data:	16.12.2024	Hora de início:	14:00	Hora de encerramento:	16:00
Matrícula do Discente:	12312PSC003				
Nome do Discente:	David de Souza Mendes				
Título do Trabalho:	A quem serve a boa morte? Instrumentos de avaliação clínica e reflexão autoetnográfica no entendimento do cuidado paliativo em cenário de urgência e emergência				
Área de concentração:	Ciências da Saúde				
Linha de pesquisa:	PROMOÇÃO DA SAÚDE				
Projeto de Pesquisa de vinculação:	A Autoetnografia Performática Nas Ciências Da Saúde: Estudando Corpos E Decolonialidades Para A Promoção Da Justiça Social				

Reuniu-se em web conferência pela plataforma Mconf-RnP, pela Universidade Federal de Uberlândia, a Banca Examinadora, designada pelo Colegiado do Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde - Profissional, assim composta: Professores Doutores: Djenane Ramalho de Oliveira (UFMG), Erika Kiyomi Yuyama (UFU) e Gustavo Antônio Raimondi(UFU) orientador do candidato.

Iniciando os trabalhos o presidente da mesa, Dr. Gustavo Antônio Raimondi, apresentou a Comissão Examinadora e o candidato, agradeceu a presença do público, e concedeu ao Discente a palavra para a exposição do seu trabalho. A duração da apresentação do Discente e o tempo de arguição e resposta foram conforme as normas do Programa.

A seguir o senhor presidente concedeu a palavra, pela ordem sucessivamente, às examinadoras, que passaram a arguir o candidato. Ultimada a arguição, que se desenvolveu dentro dos termos regimentais, a Banca, em sessão secreta, atribuiu o resultado final, considerando o candidato:

Aprovado.

Esta defesa faz parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre.

O competente diploma será expedido após cumprimento dos demais requisitos, conforme as normas do Programa, a legislação pertinente e a regulamentação interna da UFU.

Nada mais havendo a tratar foram encerrados os trabalhos. Foi lavrada a presente ata que após lida e achada conforme foi assinada pela Banca Examinadora.



Documento assinado eletronicamente por **Gustavo Antônio Raimondi, Professor(a) do Magistério Superior**, em 16/12/2024, às 15:44, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Erika Kiyomi Yuyama, Professor(a) do Magistério Superior**, em 16/12/2024, às 15:48, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Djenane Ramalho de Oliveira, Usuário Externo**, em 16/12/2024, às 16:08, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://www.sei.ufu.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **5964865** e o código CRC **CC9DE7A7**.

APRESENTAÇÃO / DEDICATÓRIA

Nesta dissertação de Mestrado, busquei da forma mais completa discutir sobre como avaliar um paciente que se apresenta em um atendimento de urgência e emergência para fins de incluí-lo precocemente em um programa de cuidado paliativo. Tarefa essa difícil tanto na prática, quanto na teoria, uma vez que conversa com o médico que comecei a me tornar nos primeiros meses de graduação, no início do ano de 2014, em que meu interesse por cuidado paliativo começou a aparecer, e conversa também com o médico que tenho me tornado, trabalhando principalmente em departamentos de urgência e emergência e cuidado de paciente crítico.

Dedico esta dissertação às mesmas pessoas a quem agradeço: aos pacientes. Estes que se dispõem em seu momento de maior vulnerabilidade, o adoecimento, e me permitem participar de sua vida, mesmo que momentaneamente. Como médico, oferecer um atendimento associado a cuidado paliativo é proporcionar dignidade ao paciente e desenvolver a humanidade do profissional que sou e que pretendo continuar sendo.

David de Souza Mendes

RESUMO

Introdução: Doenças crônicas não transmissíveis são a principal causa de óbito no mundo, levando seus portadores a buscar atendimento em emergências diversas vezes, muitas destas em fase avançada de doença, ou ainda muito próximo da finitude. Por questões como dificuldade de avaliar adequada e globalmente os pacientes, pode-se perder a oportunidade de promover um cuidado clínico e um planejamento terapêutico com elementos de cuidados paliativos. Apesar de haver diversas ferramentas disponíveis para avaliar pacientes em cuidados paliativos, há uma carência de estudos que investiguem a aplicabilidade destas em situações de urgência. Neste sentido, é importante identificar quais ferramentas de avaliação clínica já foram estudadas para aplicar em pacientes em uma abordagem de emergência sob a ótica dos cuidados paliativos. **Objetivo:** revisar informações acerca dos principais instrumentos de avaliação clínica de pacientes em cuidados paliativos aplicáveis em um contexto de urgência e emergência, integrando a experiências do autor durante seu período de residência médica, como elementos de problematização de práticas médicas consolidadas. **Material e métodos:** realizar uma revisão integrativa com dados encontrados em buscas de alta sensibilidade nas principais bases de dados, integrando-os a metodologia da autoetnografia, por meio de relatos do autor durante o período de especialização. **Resultados:** ao total, foram encontrados 436 estudos que, após adequada avaliação, foram reduzidos a um número de oito publicações que trouxeram os instrumentos KPSI, PPS, ECOG, PS, ESAS, MSAS, IPOS, SPEED, NEST, MVQOLI, FACT-G e EQ5D5L, os quais foram estudados e analisados quanto a sua aplicabilidade em um contexto de emergência clínica. Quanto aos resultados da discussão autoetnográfica, têm-se reflexões sobre dificuldades de abordar um paciente de forma multidimensional, em reconhecer a indicação de cuidados paliativos em todo paciente com doença ameaçadora de vida e em enxergar a morte como um processo natural da vida a ser trabalhado junto de paciente e familiar. **Conclusão:** após discutir características e aplicações dos múltiplos instrumentos encontrados, é possível reconhecer que alguns têm fortes indicações, podendo ser promissores na avaliação em pronto atendimento. Quanto à conclusão da reflexão etnográfica, identifica-se que muitas dessas dificuldades decorrem do afastamento do médico e do paciente e do afastamento do profissional de sua humanidade, comprometendo o cuidado proporcionado a paciente e família. **Palavras-chave:** cuidado paliativo; emergência médica; autoetnografia; ferramenta de avaliação.

ABSTRACT

Introduction: Chronic non-communicable diseases are the main cause of death in the world, leading patients to seek emergency care several times, many of these at an advanced stage of the disease, or even very close to death. Due to issues such as the difficulty in adequately and globally assessing patients, the opportunity to promote clinical care and therapeutic planning with elements of palliative care can be lost. Although there are several tools available to evaluate patients in palliative care, there is a lack of studies that investigate their applicability in emergency situations. In this sense, it is important to identify which clinical assessment tools have already been studied applying to patients in an emergency department from the perspective of palliative care. **Objective:** to review information about the main instruments for clinical assessment of patients in palliative care applicable in an emergency context, integrating the author's experiences during his medical residency period, as elements of problematization of consolidated medical practices. **Material and methods:** carry out an integrative review with data found in high-sensitivity searches in the main databases, integrating them with concepts of autoethnography, through reports from the author during the period of medical specialization. **Results:** in total, 436 studies were found which, after adequate evaluation, were reduced to a number of eight publications that brought the instruments KPSI, PPS, ECOG, PS, ESAS, MSAS, IPOS, SPEED, NEST, MVQOLI, FACT-G and EQ5D5L, which were studied and analyzed regarding their applicability in a clinical emergency context. Regarding the results of the autoethnographic discussion, there are reflections on the difficulties of approaching a patient in a multidimensional way, in recognizing the indication of palliative care in every patient with a life-threatening illness and in seeing death as a natural process of life to be worked on. with the patient and family. **Conclusion:** after discussing characteristics and applications of these multiple instruments, it's possible to recognize that some of them have strongest indications, and its use can be promissor in evaluating patients in the emergency room. As for the conclusion of the ethnographic reflection, it is identified that many of these difficulties arise from the distance between the doctor and the patient and the professional's separation from their humanity, compromising the care provided to the patient and family.

Keywords: palliative care; medical emergency; autoethnography; assessment tool

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CP	Cuidado paliativo
DCNT	Doenças crônicas não transmissíveis
ECOG	Eastern Cooperative Oncology Group
ESAS	Edmonton Symptom Assessment Scale
EQ5D5L	European Quality of Life Questionnaire 5-Dimensions 5-Levels
EQVAS	European Quality of Life Questionnaire Visual Analogue Scale
IPOS	Functional Assessment of Cancer Therapy - General measure
IPOS	Integrated Palliative care Outcome Scale
KPSI	Karnofsky Performance Scale Index
MSAS	Memorial Symptom Assessment Scale
MVQoLI	Missoula Vitas Quality of Life Index
NEST	Needs at the End-of-Life Screening Tool
OMS	Organização Mundial da Saúde
PPS	Palliative Performance Scale
PRM	Programa de residência médica
PS	Pergunta surpresa
SPEED	Screening for Palliative Care Needs in the Emergency Department
SPICT	Supportive and Palliative Care Indicators Tool
QDV	Qualidade de vida

SPICT Supportive and Palliative Care Indicators Tool

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	12
3 OBJETIVOS	17
4 MATERIAIS E MÉTODOS	18
5 RESULTADOS	21
6 CONCLUSÃO	58
REFERÊNCIAS.....	59
ANEXO 1.....	71
ANEXO 2.....	78

1 - INTRODUÇÃO

Doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), sejam elas doenças cardiovasculares, cânceres, doenças respiratórias crônicas, compõem a principal causa de óbito no mundo (1), e suas exacerbações ou complicações levam a situações clínicas que motivam a procura de um atendimento de urgência (2). Nestes ambientes de pronto-atendimento, frequentemente os profissionais não têm acesso a um prontuário completo para pleno entendimento da doença e de sua evolução, raramente há contato com o médico responsável pela assistência longitudinal e há a necessidade de tomar uma decisão rápida (3). Infelizmente, no contexto brasileiro, ainda é muito comum que pacientes portadores de DCNT sejam informados da gravidade (ou ainda terminalidade) de suas condições em um atendimento de urgência (1).

Neste contexto, o cuidado paliativo (CP) se apresenta como importante ferramenta na condução do cuidado clínico de pacientes com DCNT. Com uma abordagem multiprofissional e foco em proporcionar qualidade de vida ao paciente assistido, o CP tem potencial de atuar em sintomas físicos, psíquicos e sociais, aliviando e prevenindo o sofrimento do paciente e de sua família (3, 4). Idealmente, esta modalidade de cuidado deveria ser introduzida no momento do diagnóstico de uma doença grave e ter seu papel progressivamente intensificado conforme a evolução da doença (3). Sabemos, contudo, que muitos pacientes entram em paliatividade apenas quando em fase avançada de doença (4).

Uma forma de validar a inclusão de CP no cuidado de pacientes que buscam atendimento em um serviço de urgência é fazer uso de instrumentos de avaliação clínica, tais como a escala de Karnofsky e a Palliative Care Performance, os quais auxiliam na identificação tanto de pacientes mais fragilizados por suas doenças de base, quanto de condições e situações em que a atuação do profissional é demandada. A utilização de recursos como estes confere benefícios não apenas clínicos, mas também segurança quanto a confiabilidade das condutas tomadas, bem como confere uma uniformidade nas condutas aplicadas (5).

No contexto das práticas clínicas hospitalares e extra-hospitalares em que me insiro, desde a graduação, residência médica, até o presente momento, atuando como especialista em Clínica Médica, foi possível notar uma dificuldade das equipes médicas em avaliar integral e adequadamente os pacientes quanto às queixas que motivaram a busca ao serviço de emergência, assim como aplicar terapêuticas adequadas, quando estes apresentam uma DCNT em fase avançada. Lançar mão de instrumentos de avaliação, além da análise clínica do paciente, pode auxiliar na tomada de decisões clínicas, especialmente quando estamos frente a

um paciente com potencial evolução para a terminalidade. Neste ponto, opto por problematizar o escasso conhecimento dentro dos sistemas de saúde em que estou inserido sobre tais instrumentos aplicáveis à avaliação de pacientes em cuidados paliativos.

Identificar instrumentos de avaliação de paciente em Cuidados Paliativos faz-se necessário e analisar a aplicabilidade destes em um cenário de urgência e emergência, uma vez que estes podem auxiliar a equipe médica na tomada de decisões clínicas, podendo, assim, modificar o planejamento de cuidado de um paciente admitido em uma emergência, principalmente no que tange avaliação de prognóstico e de sinais e sintomas que exijam manejo clínico, proporcionando maior qualidade de vida e um cuidado de melhor qualidade.

2 - FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A incidência e a mortalidade mundiais por doenças crônicas não transmissíveis vêm aumentando devido ao envelhecimento populacional, distribuição e prevalência de fatores de risco e questões associadas ao desenvolvimento socioeconômico. Estima-se que 71% dos óbitos globais e 15 milhões de mortes prematuras decorrem de DCNT. Além disso, este grupo de doenças demanda a maior parte dos atendimentos em saúde, estimando um gasto de US \$7 trilhões durante o período de 2011 e 2025 em países de baixa e média renda (6).

Segundo o Atlas Global de Cuidados Paliativos da OMS de 2020, mundialmente, mais de 56,8 milhões de pessoas demandaram cuidado paliativo, sendo que a maioria destas demandas ocorreu no último ano de vida. As principais doenças e condições que geram sofrimento e requerem cuidado paliativo são DCNT (como doenças cerebrovasculares, demências e doenças pulmonares) (6).

Em 1990, a OMS publicou a primeira definição de Cuidados Paliativos, revisada em 2020 para o seguinte: “Cuidado Paliativo é uma abordagem que promove a qualidade de vida de pacientes e seus familiares, que enfrentam doenças que ameacem a continuidade da vida, através da prevenção e alívio do sofrimento. Requer a identificação precoce, avaliação e tratamento da dor e outros problemas de natureza física, psicossocial e espiritual” (5). Não apenas com a proximidade do fim de vida, como também na progressão e nas exacerbações das doenças de base, o sofrimento se faz presente e implica em significativo deterioro na qualidade de vida e bem estar dos pacientes. É abordando este sofrimento, prioritariamente de forma multidimensional, que o CP atua (7).

Contudo, quanto de sofrimento é deixado de ser abordado no cuidado em saúde? Como médico atuante desde minha formação em cenário de urgência e emergência, reconheço na prática o que identifico na literatura de que o sofrimento do doente é muito reduzido ao sofrimento físico, apesar de haver fatores psicológicos, sociais, familiares e espirituais, que interagem entre si, levando a uma experiência única, complexa e multidimensional, que falha em ser abordada (7). Pouco é abordado com o paciente sobre seus desejos, frente ao deterioro clínico e à perda de funcionalidade decorrente de suas comorbidades. O médico, como muitas vezes eu fiz, foca na doença e na sua atuação vigorosa em revertê-la que pouco é abordado com o paciente sobre suas preferências frente à terminalidade com relação ao tratamento. Estudos apontam que este fenômeno ocorre com frequência, principalmente por falha de comunicação entre médico e paciente, levando a uma atenção e cuidado falhos oferecidos a paciente e família (8).

Estatísticas mostram que a grande maioria dos pacientes irão procurar atendimento hospitalar no último ano de sua vida, principalmente nos últimos meses de vida, e que muitos pacientes vão evoluir a óbito durante internação hospitalar (9). É, assim, reconhecível que assistir a um paciente em fase final de vida está presente na prática de cuidados de um profissional de saúde, inclusive em um cenário de urgência e emergência. O fato de existirem diversas evidências apontando benefício da instituição precoce de CP como uma forma de reduzir visitas à emergência (10), corrobora o benefício de esta ser uma abordagem a ser incluída inclusive durante este atendimento.

Equipes de pronto atendimento, por serem uma porta de entrada do sistema de saúde e/ou se encontrarem em um ponto intermediário entre cuidado ambulatorial e cuidado hospitalar, podem atuar benéficamente em pacientes de alto risco para evolução desfavorável, ao avaliar riscos e benefícios das possibilidades terapêuticas e instituir intervenções de Cuidados Paliativos precocemente (1). Embora não seja um ambiente ideal para aplicar CP, estas equipes enfrentam o desafio de receber um grande número de pacientes em evolução para fim de vida (10). De fato, um estudo de coorte mostrou que pelo menos 66% dos pacientes buscaram o pronto-atendimento em seus seis últimos meses de vida, e 50% buscaram em seu último mês (11). Infelizmente, há poucos estudos que trazem a discussão sobre a indicação de CP em um ambiente de urgência e emergência.

A assistência a um paciente em terminalidade apresenta diversas nuances que tornam esta prática difícil aos profissionais de saúde, seja por questões relacionadas à formação profissional, seja por questões envolvendo o impasse científico frente à aceitação da morte, quando se deveria buscar a cura do paciente a todo custo (6). Conforme o Atlas Global de Cuidado Paliativo, divulgado pela OMS no ano de 2020, o CP é relativamente novo em muitos sistemas de saúde, especialmente em países em desenvolvimento (13).

Tais evidências vão ao encontro com o identificado por mim, autor desta pesquisa, durante o meu PRM, o qual foi realizado integralmente em uma instituição pública, que fornece atendimento pelo Sistema Único de Saúde, e conta com um departamento de urgência e emergência com altíssimo fluxo de pacientes. São muitos os casos em que pacientes portadores de DCNT, em fase avançada de doença, são abordados quanto a medidas de reversão de sua doença, sem uma abordagem conjunta de cuidados paliativos. Além disso, muitos pacientes são identificados em fase avançada de doença, evoluindo para falência terapêutica e síndrome de terminalidade, sem haver uma abordagem de cuidados holística, com foco em sua qualidade de vida ou desejos frente a iminência da morte. Frases como “esse

paciente ainda não precisa de cuidado paliativo” ou “a gente tem muita coisa pra fazer antes de paliativar” são frequentes e apontam a desinformação da equipe assistencial em questão. Fatos como estes me provocavam um misto de sentimentos. Por vezes era uma lástima por perceber um paciente que estava em claro sofrimento psíquico por compreender que estava próximo da finitude, mas que não recebia uma escuta acolhedora por parte dos médicos, tampouco era solicitada avaliação por parte da equipe de Psicologia Hospitalar para fins de atendimento. Outras vezes, sentia um quê de frustração por, em condição de profissional em formação, notar o tom de desdém vindo dos professores quando eu trazia discussões voltadas demandas psíquicas, sociais e até familiares dos pacientes frente ao adoecimento e a proximidade do óbito, na tentativa de incluir uma abordagem multidimensional, tal como defendido pelo cuidado paliativo.

Frequentemente, pacientes são identificados muito tardiamente no processo de adoecimento, e muitos profissionais encontram dificuldade na avaliação precoce dos sintomas, inclusive pelo fato de que alguns instrumentos de avaliação clínica são limitados por não abordar pacientes com multimorbidades (2). A predição de prognóstico por médicos é pouco acurada e usualmente otimista, geralmente influenciada por elementos como treinamento, experiência e nível de relacionamento com o paciente. Ainda assim, esta forma de predição é muito usada (5). Uma avaliação mais fidedigna para elaborar um prognóstico ajuda o médico a ajustar os cuidados de um paciente em fim de vida (2).

Nesse sentido, desde o surgimento do cuidado paliativo, foram desenvolvidas diversas ferramentas, como o Palliative Performance Scale e Karnofsky Performance Scale, que avaliam pacientes quanto a prognóstico e sintomas apresentados (como dor, dispneia, insônia). A utilização de instrumentos para avaliar pacientes em cuidados paliativos facilita o manejo clínico adequado dessa população (10). Além disso, a utilização destes recursos auxilia a comunicação entre equipes de saúde, impactando diretamente na organização do cuidado e na programação de intervenções cabíveis em cada cenário e a cada paciente (9).

Infelizmente, a despeito da existência destes instrumentos e de evidências científicas que servem para embasar a sua aplicação, estes ainda são subutilizados, mesmo aqueles que são validados para uso em um cenário de urgência e emergência, como o SPICT (Supportive and Palliative Care Indicators Tool). Além disso, pesquisas que abordem a aplicabilidade destes instrumentos em contexto de internação em unidades de emergência são escassas (10), o que pode colaborar para a baixa frequência com que estes são utilizados na prática clínica,

como foi notado pelo autor em seu dia a dia como residente do PRM de um hospital terciário com alta demanda de atendimento em emergência clínica.

Julgo importante, neste momento, destacar o recorte profissional em que me encontro como autor, pesquisador e médico. Reconheço que há uma significativa mitificação do profissional médico, por vezes como um herói infalível, com grande expectativa profissional, sendo a doença e a morte inimigos a serem combatidos (12). Neste sentido, devemos reconhecer saúde e doença não apenas como fenômenos biológicos, mas também como rótulos socialmente criados com base em sintomas e experiências culturais, os quais mudam conforme as normas e experiências sociais, o conhecimento médico e a disponibilidade de recursos envolvendo, mas não restrito a, cuidados de saúde, conhecimento médico e diagnóstico (14). Além disso, da mesma forma como o adoecer é um evento social frequentemente visto apenas sob a visão medicalocêntrica, há uma forte tendência em ver o morrer como um inimigo a ser vencido, deixando o bem estar do paciente e de sua família em segundo plano. Lembro-me da primeira ocasião em que presenciei a morte de um paciente, junto de um grupo de colegas e uma professora, a qual discursou posteriormente sobre “a infelicidade de termos presenciado a morte, sendo que estamos em formação pela vida”. Percebi, nesta ocasião, que essa imagem do médico como um herói não é apenas um construto social, uma vez que dentro do meio acadêmico ela é reforçada e ensinada, perpetuando a ideia de monomito, defendido por Campbell (15).

Na prática, percebo esta problemática da subutilização de instrumentos clínicos como um evento sociocultural frequente no binômio pacientes e profissionais de saúde (desde a formação até a prática clínica diária). Em um cenário de Emergência Clínica, em que o foco é identificar situações ameaçadoras de vida e atuar rapidamente para revertê-las, uma avaliação superficial de um paciente portador de DCNT, já sabidamente avançada, pode levar a uma série de intervenções inadequadas, que podem inclusive direcionar a distanásia, motivo pelo qual, uma adequada avaliação prognóstica, além da identificação de sintomas que demandam atuação clínica, são de extrema importância. Evocando memórias do meu período como médico residente, reconheço o reforço que recebemos para utilizar instrumentos clínicos para avaliar pacientes admitidos em unidade de terapia intensiva (como a Simplified Acute Physiology Score 3, que prediz mortalidade intra-hospitalar no momento da admissão na unidade), ou pacientes cardiopatas que precisam ser submetidos a terapia anticoagulante (a famosa escala CHA₂DS₂-VASc). Contudo, foram poucas as ocasiões em que era incluída na discussão de casos clínicos o status performance dos pacientes (por meio de escalas como

Palliative Performance Scale), ou ainda sua funcionalidade em atividades diárias (por meio do índice de Katz).

No ano de 2024 tivemos no Brasil um grande avanço no sentido de incentivar a prática de CP com a Política Nacional de Cuidados Paliativos. Contudo, sabemos que ainda levará um tempo até que um número considerável de pacientes sejam atingidos positivamente por esta política. Nesse sentido, esta pesquisa se presta como uma ferramenta de auxiliar na de auxiliar e de incentivar uma prática mais humana, em que o bem estar e a qualidade de vida seja o foco desde o início da abordagem do profissional da saúde, incluindo práticas e conceitos do CP associados ao cuidado tradicional. Além disso, desde o ano de 2022, a temática do CP foi inserida nas directivas curriculares nacionais, para inclusão deste assunto na formação médica brasileira (16).

Quanto à abordagem autoetnográfica, este método de pesquisa é relativamente novo no Brasil e está fundamentado como uma forma de questionar práticas e rotinas presentes no cuidado e no pensamento médico, como uma forma de problematizá-las e questionar sua aplicabilidade e viabilidade (17). Abordar o mundo do cuidado paliativo sob esta óptica é uma forma de questionar o paradigma científico dominante, para dar espaço a novos conhecimentos, além de vocalizar as experiências que contribuam para o entendimento do mundo social e a reflexão do que podemos fazer diferente (14). Pesquisas sobre Cuidado Paliativo devem ir além do foco no método científico hegemônico, buscando avaliar o poder social da pesquisa, bem como seu efeito moral sobre a formação médica, atuação em equipes multi/interprofissionais e a difusão de conhecimentos ainda incipientes (18).

Além disso, a autoetnografia permite a produção de novos conhecimentos por pesquisadores situados de forma única, oferecendo conhecimento, a partir do microcosmo em que o autor está envolvido em direção ao coletivo-político-cultural, que pode informar sobre problemáticas em situações específicas (18). Indo ao encontro a isso, a colocação do autor como médico residente permite o registro de uma riqueza de casos e discussões clínicas que se teve contato ao longo dos dois anos de especialização, potencializando a análise sociocultural do fenômeno de cuidado em estudo.

3 - OBJETIVOS

3.1 - Objetivo geral

Tendo em mente a cultura medicalocêntrica que encara as demandas de pacientes que buscam atendimento de urgência predominantemente sob o viés biológico, é necessário reconhecer os processos de adoecimento e morte como fenômenos também sociais e psicológicos, especialmente quando se trata de pacientes com DCNT, as quais muitas vezes se apresentam em evolução para fim de vida. Assim, tem-se como objetivo do presente estudo sintetizar na literatura instrumentos aplicáveis à avaliação clínica de pacientes em contexto de urgência e emergência, sejam eles já sob cuidados paliativos ou não, que apresentem demandas complexas, cujo atendimento pode ser facilitado quando abordado sob a óptica do CP. Associado a este objetivo, também se buscou refletir, por meio de uma análise autoetnográfica, sobre práticas arraigadas no meio médico quanto ao manejo de pacientes com DCNT com indicação de CP, e questionar a manutenção destas práticas frente aos dados encontrados na literatura.

3.2 Objetivos específicos

- Registrar sob a forma de um caderno de campo relatos do autor durante o PRM de Clínica Médica sobre experiências envolvendo pacientes com demandas compatíveis com CP em cenário de urgência e emergência;
- Avaliar como os relatos trazidos se relacionam com achados na literatura;
- Discutir e problematizar a prática médica envolvendo CP em contexto de urgência e repercussões ao paciente, sua família, sistema de saúde e equipe assistente;
- Construir estratégia de busca de alta sensibilidade na literatura capaz de identificar instrumentos utilizados na avaliação de pacientes em cuidados paliativos em contexto de urgência e emergência;
- Sumarizar instrumentos capazes de avaliar pacientes em cuidados paliativos no contexto desejado;
- Analisar e eleger instrumentos capazes de avaliar pacientes em cuidados paliativos no contexto de serviços de emergência clínica e sua aplicabilidade.

4 - MATERIAL E MÉTODOS

4.1 - Tipos de estudo

Trata-se de uma revisão integrativa de literatura, método amplamente utilizado na prática baseada em evidência. Representa uma metodologia com possibilidade de inclusão de fontes empíricas e teóricas, experimentais e não experimentais (19), sumarizando literatura que provide um entendimento mais compreensivo de um fenômeno particular ou problema de saúde (19).

Este tipo de revisão tem a finalidade de reunir e sintetizar resultados de pesquisas sobre um delimitado tema ou questão, de maneira sistemática e ordenada, contribuindo para o aprofundamento do conhecimento do tema investigado.

Desde 1980 a revisão integrativa é relatada na literatura como um método de pesquisa que inclui a análise de pesquisas relevantes que dão suporte para a tomada de decisão e a melhoria da prática clínica, possibilitando a síntese do estado do conhecimento de um determinado assunto, além de apontar lacunas do conhecimento que precisam ser preenchidas com a realização de novos estudos. Este método de pesquisa permite a síntese de múltiplos estudos publicados e possibilita conclusões gerais a respeito de uma particular área de estudo. É um método valioso para a área da saúde, pois muitas vezes os profissionais não têm tempo para realizar a leitura de todo o conhecimento científico disponível.

Associada à revisão integrativa, foi realizada uma pesquisa autoetnográfica do tipo reflexiva e diádica (*reflexive, dyadic interviews*, em tradução livre pelo autor). Esta forma de autoetnografia foca nos significados e dinâmicas emocionais produzidas de forma interativa na entrevista em si (20). No caso desta revisão, a entrevista se dá entre o pesquisador/autor/eu e o meio em que o mesmo se insere, principalmente durante seu período de especialização dentro da residência médica. Sendo assim, o foco do autor não é a descrição exata das experiências, mas sim as reflexões delas derivadas e a intersecção com o assunto revisado.

4.2 - Etapas de execução

4.2.1 - Pesquisa autoetnográfica

Serão utilizadas as experiências vivenciadas pelo pesquisador principal que a partir das reflexões corporificadas (auto) buscará compreender a cultura (etno) relacionado a este processo de cuidado em saúde ao longo de sua escrita (grafia). Registradas em um caderno de campo, as situações e reflexões das várias experiências de cuidado em saúde e de avaliação de pacientes com DCNT e potencial de paliatividade constituirão parte da análise temática, com

um núcleo de sentido pertinente ao assunto estudado (21). A presente pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humano pelo número CAAE 59241722.9.0000.5152, estando em conformidade com a Resolução nº 510, datada de 7 de abril de 2016, emitida pelo Conselho Nacional de Saúde.

4.2.2 - Elaboração da revisão integrativa

Inicialmente foi realizada revisão nas principais bases de dados de estudos secundários (Trip Database, Cochrane Library, Center for Review and Dissemination, Pubmed Clinical Queries, UpToDate e The Centre for Evidence-Based Medicine da Universidade de Oxford) na busca de estudos que pudessem já responder à pergunta de pesquisa. Embora encontrados instrumentos de avaliação de CP, poucos estudos avaliavam a aplicabilidade destes em atendimentos de emergência.

Para dar início à revisão integrativa, esta foi estruturada em seis fases: seleção da questão de pesquisa; busca na literatura; categorização de dados; análise dos estudos incluídos na revisão; interpretação e síntese dos resultados e apresentação da revisão (22).

A pergunta elaborada foi “quais são os instrumentos disponíveis para avaliação clínica de pacientes em cuidados paliativos em cenário de urgência e emergência?”. Para elaboração da pergunta de pesquisa, foi utilizada a estratégia PICO, em que a população (P) consiste em instrumentos de avaliação, a intervenção (I) consiste na aplicabilidade em cuidados paliativos, não há grupo de controle ou comparação (C), e o desfecho (O) consiste na avaliação clínica (incluindo avaliação de necessidades, de prognóstico e de sintomas) em urgência e emergência.

Para a busca na literatura, foi adotada estratégia de alta sensibilidade, no intuito de aumentar o rigor e a qualidade dos resultados encontrados. Os termos utilizados na busca foram identificados no Medical Subjects Headings (MeSH) e/ou no Descritores de Ciências da Saúde (DeCS). Os termos foram então adaptados de acordo com o dicionário de cada base, associados aos operadores booleanos AND, para ocorrência simultânea de assuntos, e OR, para ocorrência de um ou outro assunto.

Foram utilizadas as bases de dados eletrônicas altamente recomendáveis na literatura, a saber: PubMed/MEDLINE, Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), EMBASE, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Cochrane Library, Web of Science, Scopus e Scielo. Além disso, utilizamos pesquisas manuais para verificar as listas de referências dos estudos selecionados para

verificar se essas referências incluíam relatórios de outros estudos que poderiam ser elegíveis para esta revisão. A estratégia de busca de alta sensibilidade desenvolvida a partir dos descritores supracitados é apresentada no Anexo 1.

Posteriormente à busca, realizada por dois revisores independentes, as evidências encontradas foram exportadas ao software Endnote® versão online, para a realização das possíveis exclusões de artigos indexados em duplicidade, e ao aplicativo Rayyan QCRI, para a triagem inicial de resumos e títulos usando um processo automatizado (23).

Os critérios de elegibilidade foram estabelecidos com base na questão de revisão. Assim, foram incluídos: estudo observacionais (incluindo prospectivos e retrospectivos), estudos coorte do tipo caso controle, estudos transversais, estudos experimentais e quase-experimentais que abordassem instrumentos de avaliação de pacientes em cuidados paliativos, no que tange prognóstico e sintomatologia apresentada, sem restrição de idioma e sem restrição em data de publicação. Os critérios de exclusão foram os seguintes: estudos que não envolvam instrumentos de avaliação clínica; estudos abordando avaliação de pacientes em contextos que não de urgência e emergência; instrumentos de avaliação de população pediátrica; e outros tipos de publicação que não artigos, como resumos de conferências, resenhas, cartas, editoriais, teses, revisões, dissertações e capítulos de livros. A busca ocorreu em setembro de 2024.

Dois revisores independentes extraíram as informações dos artigos selecionados usando um formulário padronizado (23), baseado na estratégia PICO, coletando dados sobre: autor(es), data do artigo, país, tipo de pesquisa, definição da amostra, mensuração de variáveis e análise estatística, principais resultados e conclusões. Assim, os dados de todos os estudos selecionados foram duplamente extraídos para verificação da consistência e quaisquer discrepâncias surgidas foram discutidas e resolvidas pelos pesquisadores, ou então encaminhadas ao terceiro revisor para decisão final.

5 - RESULTADOS

5.1 - Artigo 1:

“PARA QUEM SERVE A BOA MORTE? UMA REFLEXÃO AUTOETNOGRÁFICA DE UM MÉDICO EM BUSCA DE RESPOSTA.”

Este artigo será submetido à revista Interfaces.

5.2 - Artigo 2:

“AVALIAÇÃO CLÍNICA DE PACIENTES EM CUIDADOS PALIATIVOS EM AMBIENTE DE EMERGÊNCIAS CLÍNICAS: REVISÃO INTEGRATIVA”

Este artigo foi submetido à revista BMJ Supportive and Palliative Care. Esta revista é publicada em língua inglesa, motivo pelo qual o artigo a seguir está em Inglês. A versão correspondente do artigo em Português encontra-se no Anexo 2.

5.1 Artigo 1

Para quem serve a boa morte? Uma reflexão autoetnográfica de um médico em busca de resposta.

Resumo

A boa morte é um conceito abstrato que, mais do que uma prática, é um objetivo dos profissionais da saúde que cuidam de pacientes com doenças graves ameaçadoras de vida. Com o avanço das práticas envolvendo cuidados paliativos, emergem diversos embates e questionamentos, dos quais destaco principalmente dificuldades de se avaliar pacientes de forma multidimensional, dificuldades de se identificar pacientes com indicação de cuidado paliativo e dificuldade em reconhecer a morte como um fim comum e natural. Lançando mão da abordagem autoetnográfica, discuto estas dificuldades com as quais me deparei (e sigo me deparando) desde o meu processo de formação como médico, até o presente momento, ao estudar cuidado paliativo como parte da tese de mestrado em ciências da saúde.

Palavras-chave: cuidado paliativo; autoetnografia.

Introdução

Tomando de base as inúmeras evidências demográficas sobre longevidade e mortalidade, temos que doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) compõem a principal causa de óbito no mundo (1). Estatísticas mostram que a grande maioria dos pacientes buscarão atendimento hospitalar no último ano de sua vida, principalmente nos últimos meses de vida, e que muitos pacientes evoluirão a óbito durante sua internação hospitalar (2). É, assim, reconhecível que assistir a um paciente em fase final de vida está presente na prática de cuidados de um profissional de saúde, inclusive em um cenário de urgência e emergência. O fato de existirem diversas evidências apontando benefício da instituição precoce de cuidados paliativos (CP) como uma forma de reduzir visitas à emergência (3), corrobora o benefício de esta ser uma abordagem a ser incluída inclusive durante este atendimento.

Esta linha de raciocínio foi a que desenvolvi durante minha pesquisa de mestrado, à qual dei início junto à residência médica, em que eu revisei a literatura em busca de dados sobre instrumentos de avaliação clínica que se prestam a auxiliar o profissional médico a identificar pacientes que podem se beneficiar de cuidados paliativos em um atendimento de urgência. Afinal, muitas evidências apontam que existe uma boa janela de oportunidade para

proporcionar um cuidado multidisciplinar, abordando o paciente de forma multidimensional, tal como preconiza o cuidado paliativo (4).

Em paralelo a esta revisão, busquei enriquecer a produção com algumas reflexões que fui desenvolvendo, associado a situações que me vi enfrentando, muitas inerentes ao processo de formação e especialização médico. Para este fim, registrei em um caderno de campo minhas experiências como médico residente em clínica médica em um grande hospital do sudeste brasileiro, em que fiquei imerso em atendimentos de urgência e emergência, entrando em contato com a realidade de inúmeros pacientes com doenças graves, ameaçadoras de vida, muitas vezes já em fase avançada.

Em contraponto ao que encontrei em inúmeras publicações que usei de referência teórica para meu projeto de mestrado, na prática clínica diária não somente não encontrava o cuidado paliativo sendo abordado em um atendimento de urgência e emergência, como também via grandes dificuldades em incluí-lo ao longo do processo de cuidado. *Por que estes pacientes não são acompanhados por uma equipe de cuidados paliativos? Por que estamos insistindo em encaminhar um paciente em fase ativa de morte para a unidade de cuidado intensivo? Por que não conseguimos proporcionar uma boa morte a este paciente?* Estes e inúmeros outros questionamentos me motivaram a refletir o sobre o seguinte tema: a serviço de quem o cuidado paliativo está na prática médica em que me insiro, e a quem devemos proporcionar uma boa morte - ao paciente e sua família, ou ao médico-herói, combatente da finitude?

A abordagem autoetnográfica e o percurso metodológico

Neste artigo, valho-me da abordagem autoetnográfica, um método de pesquisa relativamente novo no Brasil, que vem sendo aplicado à saúde como uma forma de questionar práticas e rotinas presentes no cuidado e no pensamento médico, como uma forma de problematizá-las (5). Abordar o mundo do cuidado paliativo sob esta óptica é uma forma de questionar o paradigma científico dominante, para dar espaço a novos conhecimentos, além de vocalizar as experiências que contribuam para o entendimento do mundo social e a reflexão do que podemos fazer diferente (6). Pesquisas sobre Cuidado Paliativo devem ir além do foco no método científico hegemônico, buscando avaliar o poder social da pesquisa, bem como seu efeito moral sobre a formação médica, atuação em equipes multi/interprofissionais e a difusão de conhecimentos ainda incipientes (6).

Além disso, a autoetnografia permite a produção de novos conhecimentos por pesquisadores situados de forma única, oferecendo conhecimento, a partir do microcosmo em que o autor está envolvido em direção ao coletivo-político-cultural, que pode informar sobre problemáticas em situações específicas (6). Indo ao encontro disso, minha colocação como médico residente permitiu o registro de uma riqueza de casos e discussões clínicas que se teve contato ao longo dos dois anos de especialização, potencializando a análise sociocultural do fenômeno de cuidado em estudo. Associa-se a esta experiência durante o programa de residência médica, memórias durante meu processo de formação médica, desde a graduação, até o presente momento, trabalhando como especialista em clínica médica em cenários de urgência e emergência e cuidados intensivos.

Esta abordagem autoetnográfica é do tipo “entrevista” reflexiva e diádica (*reflexive, dyadic interviews*, em tradução livre) e foca nos significados e dinâmicas emocionais produzidas de forma interativa na entrevista em si (5). No caso deste artigo, a “entrevista” se dá entre o pesquisador/autor/eu e o meio em que estou inserido, especialmente (mas não unicamente) durante o período de especialização dentro da residência médica. Sendo assim, o foco não é a descrição exata das experiências, mas sim as reflexões delas derivadas e a intersecção com o assunto revisado. Foram registrados em um “caderno de campo” as experiências presenciadas, bem como as reflexões delas derivadas. Ao longo do presente artigo, trago estes registros e aprofundo as discussões sobre as reflexões deles derivadas.

A presente pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humano pelo número CAAE 59241722.9.0000.5152, estando em conformidade com a Resolução nº 510, datada de 7 de abril de 2016, emitida pelo Conselho Nacional de Saúde.

O paciente e a falha em ver o indivíduo como um todo

“Sei, irmãos, que todos já existimos, antes, neste ou em diferentes lugares, e que o que cumprimos agora, entre o primeiro choro e o último suspiro, não seria mais que o equivalente de um dia comum, senão que ainda menos, ponto e instante efêmeros na cadeia movente: todo homem ressuscita ao primeiro dia.” (7)

Recentemente, realizei um procedimento em uma paciente portadora de hepatopatia crônica avançada, com ascite volumosa, que buscou atendimento devido a dispneia devido ao volume abdominal. Uma colega médica me chamou: “estou com uma ‘cirrótica’ para fazer paracentese, você pode fazer?”. Respondi que sim, prontamente posicionei a paciente e iniciei o procedimento de paracentese (retirada de líquido ascítico por meio de um cateter transcutâneo). Foi durante o silêncio do procedimento que percebi que sequer sabia o nome da

paciente, sua idade, suas demandas que precisavam de acolhimento. Foi quando eu questionei sobre sua falta de ar, sobre a doença, sobre os impactos desta em seu cotidiano e sua qualidade de vida que a paciente começou a chorar, trazendo seu sofrimento frente ao adoecimento e a falência terapêutica. Finalizado o procedimento, questionei à paciente sobre como vinha sendo seu acompanhamento. "Doutor, fui num 'médico do fígado' que me disse que tenho cirrose e que preciso parar de comer sal, mas não sabia que ia ser tão difícil essa doença", ela respondeu.

O adoecimento é um processo complexo, tal como a experiência do paciente e de seus próximos, envolvendo desde sintomas físicos, até questões psicológicas e mudanças na dinâmica familiar (8). Dialogando com isso, temos inclusive o termo cunhado por Cicely Saunders de "dor total", em que a dor de um paciente frente a uma doença grave é composta por elementos biológicos, psicológicos, sociais, familiares e espirituais (9). Não à toa que vemos o cuidado paliativo sendo defendido como uma área de atuação multiprofissional em que precisamos de um time de profissionais da saúde para poder identificar precocemente, avaliar e tratar a dor e outros problemas de natureza física, psicossocial e espiritual (5).

Sinto, contudo, que esta forma de olhar para o paciente, típica do cuidado paliativo, por si só pode ser problemática, uma vez que até pouco tempo, o paciente era visto como uma máquina e a questão psicológica não era incluída no planejamento de cuidado, distanciando do cotidiano do profissional da saúde o exercício da ética e suas implicações (10). Há inclusive evidências que apontam dificuldade por parte da equipe médica em realizar uma avaliação global, integral e adequada de pacientes candidatos a cuidado paliativo (11).

Em meu caderno de campo, tenho uma anotação simples: a palavra "surpresa". Esta veio em diversos momentos em que, no meio de uma discussão clínica, eu trazia reflexões sobre demandas existenciais do paciente, como sofrimento frente ao diagnóstico de uma doença crônica já avançada, e demandas familiares, como uma reunião entre os filhos de uma paciente idosa, com funcionalidade comprometida devido a progressão de uma neoplasia de mama não tratada, pois a paciente omitiu da família (e de si mesma) sinais e sintomas da doença. A surpresa era dos professores e preceptores, que por vezes mostravam-se surpresos por eu dar esta atenção a demandas não puramente biológicas do paciente, outras vezes mostravam-se indiferentes, como se estas questões não fossem importantes de serem discutidas naquele momento.

João Guimarães Rosa, escritor e médico, em seu conto "Páramo" (7), traz o seguinte trecho: "(morrer) é um obscuro finar-se, continuando, um trespassamento que não põe termo

natural à existência, mas em que a gente se sente o campo de operação profunda e desmanchadora, de íntima transmutação precedida de certa parada; sempre com uma destruição prévia, um dolorido esvaziamento; nós mesmos, então, nos estranhamos.” “Transmutação”, “destruição”, “esvaziamento”, “trespassamento”. Palavras ligadas às mudanças que o indivíduo passa ao longo do morrer, mas também passa ao longo do adoecer. Por não estarem ligadas diretamente a alterações biológicas e físicas, estas sensações podem ser deixadas de lado em uma avaliação de um paciente crônico e gravemente enfermo? Por que a surpresa em auxiliar o paciente em lidar com todas as sensações que o “trespassam”?

No Brasil, a busca por uma visão mais holística do paciente é muito recente, remontando inclusive ao processo de estruturação do Sistema Único de Saúde ao final do século XX, com seus princípios e diretrizes que incluem a integralidade, reforçando a visão multidimensional daqueles que cuidamos (9). Por mais que exista um esforço por meio de diretivas nacionais para educação para um ensino do modelo bio-psico-social e de cuidado centrado na pessoa (12), devo reconhecer que foi o contato precoce durante minha formação com o cuidado paliativo, que pude não apenas compreender a importância de se ter um olhar do paciente como um todo, como também desenvolver a sensibilidade de compreender onde e como atuar para um cuidado humano.

Neste momento, trago luz à forma como vejo pacientes tendo sua identificação resumida a suas comorbidades - *“vou admitir uma hemorragia digestiva”, “estou com um glioblastoma multifome que está me demandando muito da família”, “estou organizando uma reunião com a família daquele câncer metastático para iniciar paliatividade”*. Parece-me muito significativa esta troca: opta-se por valorizar única e exclusivamente a doença do paciente, o motivo pelo qual como médicos nos vemos necessários em sua vida, ignorando a identidade daquele que nos pede ajuda, que nos pede socorro. Seria esse distanciamento médico-indivíduo uma forma de se proteger frente a inevitabilidade do desfecho de óbito? Ou reflete meramente uma insuficiência sistêmica da academia em formar profissionais que estejam a par da ciência que temos para corroborar a importância de desenvolver nosso lado humano no atendimento à saúde?

A literatura científica confirma e registra que o sofrimento do “doente” é muito reduzido ao sofrimento físico, de que a identidade do “paciente” é reduzida a seu diagnóstico, apesar de haver fatores psicológicos, sociais, familiares e espirituais, que interagem entre si, levando a uma experiência única, complexa e multidimensional, que falha em ser abordada (13). Estudos apontam que este fenômeno ocorre com frequência, principalmente por falha de

comunicação entre médico e paciente, levando a uma atenção e cuidado falhos oferecidos a paciente e família (14). Pouco é abordado com o paciente sobre seus desejos, frente ao deterioro clínico e à perda de funcionalidade decorrente de suas comorbidades. O médico, como muitas vezes eu mesmo fiz, foca na doença e atua de forma vigorosa para revertê-la, mas pouco é abordado com o paciente sobre suas preferências com relação ao tratamento, frente à terminalidade.

Muito se discute sobre o distanciamento entre paciente e profissional, e esse distanciamento também ocorre nesse sentido do distanciamento de identidades. O paciente perde sua identidade, torna-se uma doença. O paciente perde suas características humanas, tal como o profissional se afasta de sua humanidade. Com esses afastamentos, o paciente perde a oportunidade de um cuidado adequado, o que pode ser ainda mais trágico se estivermos falando de um doente frente à finitude.

Não foram poucas as vezes em que me questionei sobre o que estava deixando passar ao fazer uma avaliação clínica, centrada puramente nos sintomas físicos e nas queixas "explicadas biologicamente". Quanto desta fraqueza não deveria ser avaliada por um psicólogo, como um sintoma de um quadro depressivo? Quanto desta falta de apetite não poderia ser um sinal de dificuldade de adaptar a dieta ao que o paciente consegue e deseja ingerir, após uma avaliação fonoaudiológica? Reconhecia em mim, nestes casos que presenciei durante a residência, sentimentos de temor por ultrapassar as orientações dos preceptores e solicitar avaliação multiprofissional de psicólogos, fonoaudiólogos e enfermeiros especialistas em feridas, conforme oportuno e necessário, para poder proporcionar um cuidado completo para os pacientes. Preferi, contudo, aceitar este temor e o risco do rótulo de "insubordinado", em vez de me conformar com a impunidade, ou ainda com a insuficiência de perceber o tanto de cuidado que eu deixaria de proporcionar a estes pacientes.

O paliativo e a falha em inserir o cuidado paliativo quando este indicado.

*"[...] Eu não tinha estas mãos tão sem força,
Tão paradas e frias e mortas;
Eu não tinha este coração
Que nem se mostra.
Eu não dei por esta mudança,
Tão simples, tão certa, tão fácil [...]" (15)*

Há cerca de 4 meses, encontrei um colega médico que passou pela residência de clínica médica comigo e, no momento, está fazendo uma especialização em oncologia clínica.

"Nossa, eu descobri que a gente 'paliativava' muito paciente que não era paliativo. Tem muito tratamento moderno para câncer, mesmo metastático, que o paciente tem uma sobrevida muito boa e não precisa 'paliativar' tão cedo". Há 4 meses, esta fala ecoa em minha mente. Qual seria este paciente com câncer metastático que não deveria receber cuidado paliativo? O que significa "paliativar tão cedo" um paciente com diagnóstico de uma doença grave, com altíssima morbidade, com grandes impactos na sua qualidade de vida? Que tipo de cuidado está sendo ensinado na residência de oncologia?

Pacientes portadores de doenças crônicas, não somente as não oncológicas, estão sujeitos a modelos de atenção à saúde fortemente orientados para condições e eventos agudos (16). Contudo, do ponto de vista da Saúde Coletiva, tem-se que a prevenção e o alívio do sofrimento são desafios ao aperfeiçoamento dos sistemas de saúde (96), não sendo o cuidado paliativo dedicado exclusivamente ao cuidado de paciente em fase de terminalidade, mas também para identificação das demandas dos pacientes ao longo do processo de adoecimento (17).

Equipes de pronto atendimento, por serem porta de entrada do sistema de saúde e/ou se encontrarem em um ponto intermediário entre cuidado ambulatorial e cuidado hospitalar, podem atuar beneficentemente em pacientes de alto risco para evolução desfavorável, ao avaliar riscos e benefícios das possibilidades terapêuticas e instituir intervenções de Cuidados Paliativos precocemente (1). Embora seja um ambiente desafiador para a prática do cuidado paliativo, essas equipes recebem um grande número de pacientes em evolução para fim de vida (2). De fato, um estudo de coorte mostrou que pelo menos 66% dos pacientes buscaram o pronto-atendimento em seus seis últimos meses de vida, e 50% buscaram em seu último mês (18). Infelizmente, há poucos estudos que trazem a discussão sobre a indicação de CP em um ambiente de urgência e emergência.

Idealmente, o CP deveria ser introduzido no momento do diagnóstico de uma doença grave e ter seu papel progressivamente intensificado conforme a evolução da doença (3). Contudo, muitos pacientes iniciam seu acompanhamento por especialistas desta área apenas quando em fase avançada de doença, ou próximo da terminalidade (4). Percebo dois fatores envolvidos nesse caso: um destes é a desinformação, no sentido de que o cuidado paliativo ainda está em crescimento e sendo difundido entre equipes de saúde; outro é o fato de que, os poucos pacientes que recebem acompanhamento por equipe de cuidado paliativo, passam a ser rotulados, muitos de forma pejorativamente, com o termo "paciente paliativo". Mas o que isso significa, o paciente "ser paliativo"? O que essa expressão denota? Isso diferencia o

paciente, sinaliza seu tipo de cuidado ou meramente o discrimina por implicar em um paciente com evolução para terminalidade? (19)

Nesses momentos, penso sobre a frequência com que pacientes portadores de doenças graves, já em fase avançada de vida, eram abordados unicamente sob a ótica da terapêutica modificadora de doença, com medidas de reversibilidade do quadro, sem uma abordagem holística ou paliativista. Muitas vezes, se considerava que o paciente estava longe da terminalidade e, por isso, não teria indicação de ser acompanhado por uma equipe multiprofissional dedicada ao cuidado paliativo. Contudo, seria isso meramente desconhecimento do benefício do paciente receber este cuidado diferenciado, ou também medo e preconceito de incluir o rótulo “paciente paliativo”?

Encontro notas em meu caderno de registros rememorando discursos que presenciei durante a residência médica, como *"este paciente ainda não é paliativo, não precisamos chamar a equipe de consultoria"* e *"esse paciente é terminal, não precisamos chamar o paliativista, isso a gente resolve"*, ambos durante atendimento de pacientes com doenças graves, em fase avançada, que buscavam atendimento por queixas sub-agudas. Recordo-me que em ambas as situações, os pacientes eram extremamente frágeis, debilitados devido a doença de base e a efeitos colaterais dos tratamentos curativos previamente instituídos. Ambos estavam buscando atendimento devido a sintomas físicos, como falta de ar, dor, fraqueza, falta de apetite. Ao discutir esses casos com os preceptores da ocasião, fui orientado a solicitar exames e procedimentos invasivos e com possível efeito nocivo, para buscar explicações biológicas para os sintomas apresentados aos pacientes. Afinal, *"o paciente tem um insuficiência cardíaca grave, temos que ver como está o perfil de ferro dele"*, como se anemia fosse a única explicação plausível para um paciente queixar-se de fraqueza, como se não houvesse todo um aspecto psicossocial que pudesse estar por trás desta queixa.

Qual a dificuldade de reconhecer que estes pacientes tinham indicação de ser abordados por uma equipe de cuidado paliativo? Era uma falha de percepção da equipe assistente, ou de fato o paciente precisaria apresentar algum dado clínico diferente para que esta indicação ficasse mais evidente ou mais robusta? Por mais que tenhamos diversas referências apontando que todo paciente portador de doença grave, com potencial ameaçador de vida, tem indicação em receber uma abordagem de cuidado paliativo desde seu diagnóstico (20), não é isto que ocorre.

Muitas vezes, contudo, a falha na inclusão do paciente em um programa de cuidado paliativo, seja complementar a terapêutica padrão da equipe assistente ou não, está na

dificuldade técnica dos profissionais em compreender a demanda e vencer resistências corporativas (16), não de utilizando do cuidado paliativo apenas para facilitar a tomada de decisões frente ao fim de vida. O cuidado paliativo aplicado unicamente ao paciente em fase avançada de vida, para fins de rotulá-lo como “paciente paliativo” e não candidato a medidas invasivas de manutenção ou resgate de vida não serve a ninguém além do profissional da saúde, que se apoia na associação do cuidado paliativo a terminalidade e a restrições de medidas, para se proteger de acusações de negligência médica.

Tal como a poetisa brasileira Cecília Meireles reflete em seu poema "Retrato" de 1939 (15), o processo de viver é repleto de mudanças. Enfim, em algum momento, nos deparamos com nossas "mãos sem força" e nosso “coração que nem se mostra”. O cuidado paliativo conversa com estas mudanças, que podem ser ainda mais impactantes durante o processo de adoecimento. Nesta linha de reflexão, percebe-se que é difícil conceber o conceito de se inserir o paciente em cuidado paliativo muito precocemente, ou ainda dizer que um paciente é ou não “paliativo”. A etimologia do termo cuidado paliativo, oriundo do termo “pallium”, *manto*, mostra que esta modalidade de cuidado está intrinsecamente ligada ao conforto do paciente, a proteção de sua dignidade e respeito a sua autonomia.

O fim e a falha em reconhecer a morte como o fim comum e natural

“— Acabou! — disse alguém por cima dele.

Ele escutou e disse para si: “A morte terminou. Ela não existe mais”. Aspirou ar, deteve-se em meio do suspiro, contraiu-se e morreu.” (21)

Neste momento, faz-se necessário incluir um último tema, pois sinto que é o elo que conecta e integraliza o que foi problematizado até agora: a morte.

Discuti até aqui minha percepção sobre nossa falha, como médicos, em abordar o paciente em sua integralidade, em reconhecer sua individualidade e as nuances de seu sofrimento, e em indicar ao paciente o cuidado paliativo, como uma abordagem que se presta a proporcionar esta atenção multidimensional por meio da atenção multiprofissional. Contudo, por detrás disso, reconheço que há algo mais profundo: falhamos em reconhecer a morte, por si só.

Lembro-me da primeira ocasião em que presenciei a morte de um paciente. Na ocasião, cursava o segundo ano da faculdade de medicina e estava à beira do leito de um paciente, junto de um grupo de colegas. Percebemos que a acompanhante do paciente ao lado do que estávamos entrevistando saiu em disparada para solicitar atendimento. A enfermeira do setor chegou, avaliou o paciente em questão e, ao identificar o óbito, olhou para a familiar,

pôs a mão em seu ombro e disse "ele descansou". A isso, seguiram-se choro, lamento e alguns gritos. Frente à situação, eu e meu grupo de colegas pedimos licença ao paciente que entrevistávamos e fomos ao encontro da professora, a qual, descobrindo o que ocorreu, discursou sobre “a infelicidade de termos presenciado a morte, sendo que estamos em formação pela vida”. Até certo ponto, concordo com ela: estamos nos formando médicos para cuidar da vida dos pacientes. Mas eles vão morrer, e essa é a única certeza que temos, atuando de maneira satisfatória ou não, acolhendo seus sofrimentos ou não, sabendo fazer o diagnóstico da forma mais precisa ou não, o fim será o mesmo: morrer. Então por que ser relutante em discutir esse assunto? Por que não reconhecer nossa pequenez frente a esse destino? Por que deixamos de buscar uma boa morte para nossos pacientes? Ou só podemos reconhecer a morte quando há o rótulo do “paciente paliativo”?

A forma como a sociedade ocidental contemporânea lida com a morte está bem registrada na obra de Liev Tolstói, “A morte de Ivan Ilitch” de 1886. Na referida produção, temos um personagem, Ivan Ilitch, que descobre uma doença abdominal, referida por diferentes médicos de diferentes formas, e evolui com emagrecimento, perda de forças e dor importantes. O personagem aborda sua esposa sobre a doença, ela recusa e se afasta. Questiona os médicos sobre diagnósticos e prognóstico, estes respondem que não é o paciente quem deve se preocupar com isso. A morte, percebida por Ivan, não é o momento, mas é o processo de adoecer e enfrentar a terminalidade sozinho, sem a chance de compreender e buscar respostas aos questionamentos que tanto faz. E com o fim, não “ocorre” a morte, mas sim “a morte termina”. A boa morte permanece não como um procedimento padronizado, mas como uma esperança, em que se evitam procedimentos fúteis e sofrimentos desnecessários.

Quando trago luz a esta reflexão, não me ateno única e exclusivamente a nossa dificuldade em reconhecer a morte quando esta está em iminência de ocorrer. O fato é que recebemos um treinamento muito falho em reconhecê-la como o final comum de todo ser vivo, ao qual, invariavelmente, todos chegaremos. Durante a formação médica, escrevemos nossa história pessoal e profissional como heróis se preparando para a guerra que será travada contra a doença e a morte, em analogia direta à Jornada do Herói (22).

Contudo, devemos fazer o esforço de reconhecer saúde e doença não apenas como fenômenos biológicos, mas também como rótulos socialmente criados com base em sintomas e experiências culturais, os quais mudam conforme as normas e experiências sociais, o conhecimento médico e a disponibilidade de recursos envolvendo, mas não restrito a, cuidados de saúde, conhecimento médico e diagnóstico (12). Retomando o conceito da

jornada do herói (22), podemos identificar que é durante a “iniciação” acadêmica que entramos em contato com conceitos teóricos e práticos do processo de saúde e doença, momento em que é fundamental a exposição dos acadêmicos a visão ampla de saúde, sob o modelo biopsicossocial, não apenas biomédico. Assim, o processo de “transformação” do herói não perpassa apenas na “provação” frente à morte, mas também frente ao abandono familiar, à dor emocional e ao sofrimento existencial. Da mesma forma como o adoecer é um evento social frequentemente visto apenas sob a visão medicalocêntrica biológica, há uma forte tendência em ver o morrer como um inimigo a ser vencido, deixando o bem estar do paciente e de sua família em segundo plano.

Neste momento, evoco uma memória do período da residência médica. Em discussão sobre pacientes que acompanhava na internação, eu trouxe à tona o fato de que a equipe assistente do paciente ao qual estava prestando consultoria alegou que o mesmo estava “em cuidados paliativos”. Com choque, a preceptora reagiu a essa informação dizendo “bom, se ele está em cuidado paliativo, vamos parar a diálise, e a equipe assistente tem que iniciar a sedação e esperar o fim, tem que dar essa dignidade”. Qual seria esse “fim” ao qual a colega fez referência? O que é essa dignidade que ela vê como certa e adequada para o paciente? Essa era a ideia de boa morte a ser proporcionada ao paciente? Se sim, sob o ideal de quem, a quem ela estaria se prestando? Neste exemplo, sinto que tanto o “fim” quanto a “dignidade” estão mais relacionadas ao médico do que ao paciente. Com a decisão de encerrar procedimentos invasivos, chega-se ao fim das possibilidades de cuidado e atenção que muitos médicos se veem disponibilizando ao paciente em fase avançada de doença. Sedar um paciente em fase de terminalidade para que este fique artificial e propositalmente ausente durante este processo não é respeitar sua dignidade, mas sim permitir ao médico que se afaste e se ausente de forma “digna” durante o processo de óbito, sem lidar com dor, sofrimento emocional e questionamentos do paciente e da família.

Considerações finais

“[...] Parece que não vês que as palavras são rótulos que se pegam às coisas, não são as coisas, nunca saberá como são as coisas, nem sequer que nomes são na realidade os seus, porque os nomes que lhes deste não são mais que isso [...]” (23)

Em uma reflexão “mais” tanatológica “do que” paliativista, “mais” sociológica “do que” médica, neste momento trago luz à necessidade de reconhecermos, como profissionais da saúde, dois limites: o limite da vida e o limite do nosso alcance técnico e médico. Explico: com “reconhecer o limite da vida” do paciente, me refiro a olhar para a morte como ela é, um

evento natural e inerente a todo ser vivo, mas repleto de valores e significados sociais, psicológicos e religiosos dos mais diversos, conforme os núcleos em que paciente, família, cuidador e até mesmo profissionais assistentes se inserem. Reconhecer o limite técnico da medicina, por sua vez, significa entender que a morte faz parte do processo de cuidado, sendo um fim em si, e não um sinal de falha técnica. Para a sociedade como um todo, a morte pode ter valor ansiogênico, sendo ainda um assunto culturalmente proibido, que causa embaraço e desconforto social muitas vezes (24). Para o profissional médico, contudo, este valor é acrescido de frustração, pela imagem de herói que perdeu uma batalha (22).

Nesse sentido, recobro o questionamento de a quem a boa morte se presta - ao paciente e sua família, ou ao conceito biomédico e heroico do combatente da finitude? A resposta que vislumbro é: a todos.

O paciente é a figura que passa pela morte. Por mais entrelaçado que seja o núcleo familiar em que o paciente está inserido, e por mais que precisemos reconhecer que a morte também perpassa esse núcleo, ainda assim, o agente (ou paciente, aqui no sentido mais amplo da palavra) principal da morte é o “doente”. Reconheço que a boa morte se presta a ele no sentido de buscar dignidade e respeito no processo, desviar de sofrimentos desnecessários e evitar tanto abreviar a vida, quanto prolongar o processo de morte. De fato, isso vai ao encontro do que hoje é chamado de "ortotanásia". Etimologicamente, "a morte correta" (25) é simples e puramente a morte digna, a morte com o mínimo de sofrimentos. Unindo minhas experiências clínicas aos dados encontrados na literatura, percebo que muito do afastamento que ocorre entre o paciente e a ideia da boa morte ocorre pela força do pensar biomédico que domina os serviços de saúde, e também o imaginário coletivo. Identifico, assim, que a visão do paciente como uma máquina e do profissional da saúde como um técnico a serviço do "conserto" desta máquina acaba deturpando a humanidade do binômio cuidador-paciente.

Nesse sentido, vejo que a busca por uma boa morte entre os profissionais da saúde se presta como um importante elemento humanizador desta categoria profissional. Encarar a fragilidade daquele que cuidamos e prestar este cuidado nos auxilia a compreender melhor a morte e pode nos fortalecer emocionalmente, inclusive (26). O profissional que consegue lançar mão de seus conhecimentos técnicos sobre cuidado paliativo, aplicar suas habilidades de comunicação e pôr em prática sua capacidade de empatia acaba assumindo um papel que vai além do estipulado pela meio acadêmico - este profissional fica mais próximo do humano, mais próximo do paciente e de sua família.

Contudo, o cuidado paliativo implica inquestionavelmente na interação clara, ética e humana entre os indivíduos em diferentes condições dentro de um contexto de sofrimento (19). Ou seja, para que este seja aplicado de forma adequada, para fins de ser possível cobrir o paciente com o “manto do cuidado”, é necessário que o profissional também esteja nesta posição de ser humano, reconhecendo suas limitações, reconhecendo o sofrimento do paciente e de sua família, e colocando-se a serviço destes para objetivar uma boa morte.

Felizmente, vemos este campo em expansão no contexto de saúde pública do Brasil, seja a nível assistencial, seja a nível educacional. Ainda há muito trabalho a ser feito, incluindo reflexões como esta que proponho aqui. Tenho esperanças de fazer parte desta expansão, horizontal e verticalmente, entre colegas e professores, entre pacientes e familiares.

“Faço estas promessas solenemente, livremente e sob palavra de honra.” (27)

5.2 Artigo 2:

Clinical evaluation of palliative care patients at the emergency room: integrative review

Key messages box

1. What was already known? There are tools for assessing patients in palliative care, but few are designed for the emergency room.

2. What are the new findings? There are many tools that can be helpful.

3. What is their significance?

A) Clinical: Identifying demands in CP in the emergency room and improving quality of life and satisfaction of healthcare.

B) Research: Providing references for future researches

Abstract

Introduction: Chronic diseases are the main cause of death worldwide, leading patients to seek emergency care several times, many of these at an advanced stage of the disease, or even very close to death. Due to issues such as the difficulty in adequately and globally assessing patients, the opportunity to promote clinical care and therapeutic planning with elements of palliative care can be lost. Although there are several tools available to evaluate patients in palliative care, there is a lack of studies that investigate their applicability in emergency situations. In this sense, it is important to identify which clinical assessment tools have already been studied applying to patients in an emergency department from the perspective of palliative care. **Objective:** to review information about the main instruments for clinical assessment of patients in palliative care applicable in an emergency context. **Material and methods:** carry out an integrative review with data found in high-sensitivity searches in the main databases, and study and analyze the findings regarding its applicability in clinical emergency context. **Results:** in total, 436 studies were found which, after adequate evaluation, were reduced to a number of eight publications that brought the instruments KPSI, PPS, ECOG, PS, ESAS, MSAS, IPOS, SPEED, NEST, MVQoLI FACT-G and EQ5D5L, which were studied and analyzed. **Conclusion:** after discussing characteristics and applications of these multiple instruments, it's possible to recognize that some of them have strongest indications, and its use can be promissor in evaluating patients in the emergency room.

Keywords: surveys and questionnaires; palliative care; Emergency Service, Hospital; Patient Outcome Assessment

Introduction

Chronic non-communicable diseases (CNCDs) are the main cause of death in the world (1), and their exacerbations lead to conditions that motivate patients to seek emergency care (2). In this context, palliative care (PC) presents itself as an important strategy in conducting clinical care for patients with CNCDs, due to its potential to act on physical, psychological and social symptoms, alleviating and preventing the suffering of the patient and their family and providing better quality of life (3).

Since the emergence of PC, several screening methods have been developed that evaluate patients regarding their prognosis and symptoms (such as pain, dyspnea and insomnia). These instruments help conducting and direct the therapeutic plan, by recognizing the individualities of each patient, enable the standardization of clinical procedures and provide security regarding the assessment carried out (4). Despite the availability of these instruments, there is little research that evaluates the applicability of these operational methods in specific care contexts, such as hospital emergencies (5), combining data provided by the instruments and their practical applicability, sensitivity and specificity, difficulties and facilities.

Therefore, it is understood that although there are instruments that can identify patients who are indicated for palliative care when consulted in an emergency. However, there are many other instruments that can be used to assist in clinical decision-making and promote more appropriate care, such as the Palliative Performance Scale (PSS) and the Edmonton Symptom Assessment Scale (ESAS), promoting better quality of life and greater satisfaction in care.

In this sense, the objective of this study is to search the literature for assessment instruments for patients undergoing palliative care in urgent and emergency environments, as well as to investigate their clinical applicability, data provided, advantages and disadvantages of their use in these contexts.

Methods

This is an integrative literature review, a method widely used in evidence-based practice. It represents a methodology with the possibility of including empirical and

theoretical, experimental and non-experimental sources (6), summarizing literature that provides a more comprehensive understanding of a particular phenomenon or health problem (7). This type of review aims to gather and synthesize research results on a defined topic or issue, contributing to deepening knowledge of the topic investigated (8).

Initially, a review was carried out in the main databases of secondary studies (Trip Database, Cochrane Library, Center for Review and Dissemination, Pubmed Clinical Queries, UpToDate and The Center for Evidence-Based Medicine at the University of Oxford) in the search for studies that could already answer the research question. Although PC assessment instruments were found, few studies evaluated their applicability in emergency care.

To begin the integrative review, it was structured into six phases: selection of the research question; literature search; data categorization; analysis of studies included in the review; interpretation and synthesis of results and presentation of the review (6-7).

To prepare the research question, the PICO strategy was used, in which the population (P) consists of assessment instruments, the intervention (I) consists of applicability in palliative care, there is no control or comparison group (C), and the outcome (O) consists of clinical assessment (including assessment of needs, prognosis and symptoms) in urgency and emergency. Therefore, the question asked was “What are the instruments available for clinical assessment of patients in palliative care in urgent and emergency settings?”.

For the literature search, a high sensitivity strategy was adopted, in order to increase the rigor and quality of the results found. The terms used in the search were identified in the Medical Subjects Headings (MeSH) and/or in the Health Sciences Descriptors (DeCS). The terms were then adapted according to the dictionary of each base, associated with the Boolean operators AND, for the simultaneous occurrence of subjects, and OR, for the occurrence of one or another subject.

Electronic databases highly recommended in the literature were used, namely: PubMed/MEDLINE, Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), EMBASE, Latin American and Caribbean Literature in Health Sciences (LILACS), Cochrane Library, Web of Science, Scopus and Scielo. Additionally, we used manual searches to check the reference lists of selected studies to verify that these references included reports of other studies that might be eligible for this review.

After the search, carried out by two independent reviewers, the evidence found was exported to the Endnote® software online version, to carry out possible exclusions of articles

indexed in duplicate, and to the Rayyan QCRI application, for the initial screening of abstracts and titles using an automated process (9).

Eligibility criteria were established based on the review question. Thus, the following were included: observational studies (including prospective and retrospective), case-control cohort studies, cross-sectional studies, experimental and quasi-experimental studies that addressed assessment instruments for patients in palliative care, regarding prognosis and symptomatology presented, without language restriction and no restriction on publication date. The exclusion criteria were as follows: studies that do not involve clinical assessment instruments; studies addressing patient assessment in contexts other than urgency and emergency; pediatric population assessment instruments; and types of publications other than articles, such as conference abstracts, reviews, letters, editorials, theses, reviews, dissertations and book chapters. The search took place in September 2024.

Two independent reviewers extracted information from the selected articles using a standardized form (9), based on the PICO strategy, collecting data on: author(s), article date, country, type of research, sample definition, measurement of variables and analysis statistics, main results and conclusions. Thus, data from all selected studies were double extracted to check consistency and any discrepancies that emerged were discussed and resolved by the researchers, or forwarded to the third reviewer for a final decision.

The present study did not need to be submitted to a Research Ethics Committee as it was an integrative review of the literature and used public domain sources to carry it out. Ethical care was strictly followed in the search, discussion and presentation of results.

Results

After high-sensitivity search steps, 689 articles were found. Subsequently, after excluding duplicates, automated screening and evaluation of inclusion criteria, the final sample of this review comprised a total of eight studies. The results of each step are shown in the image below (Image 1)

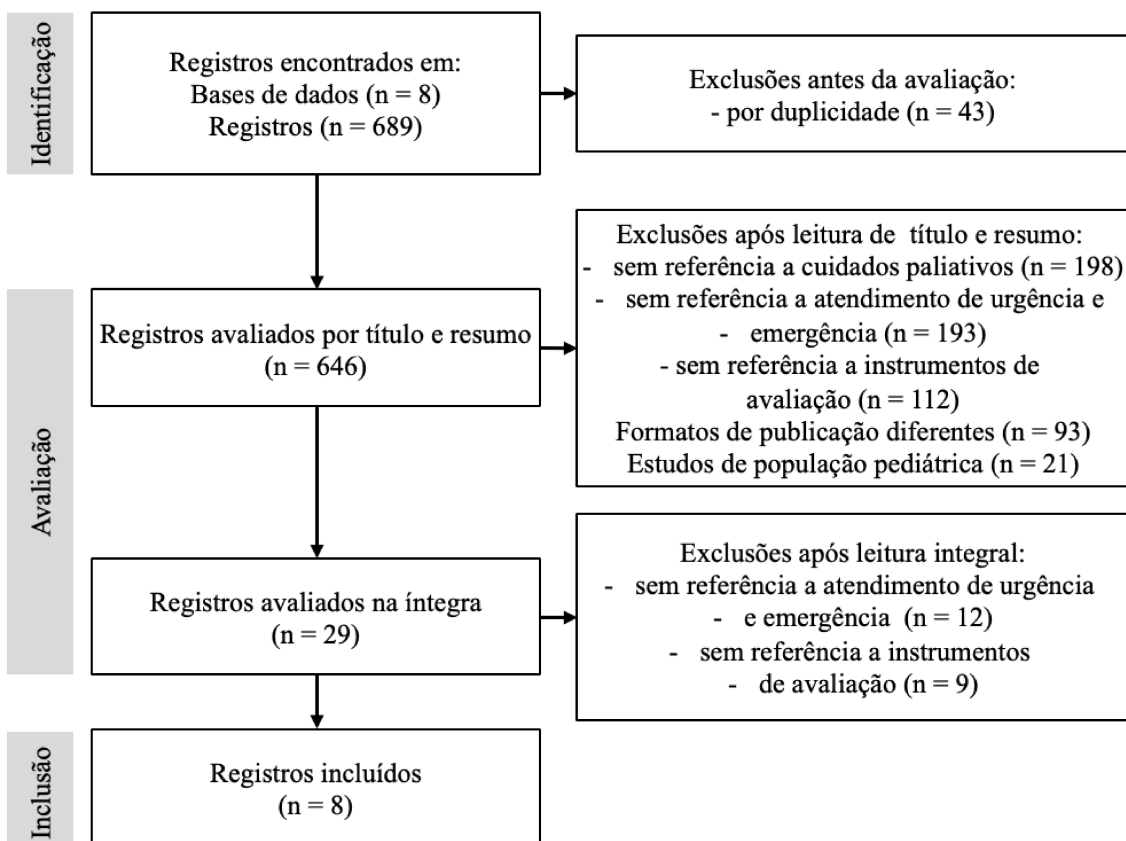


Image 1. Presentation of the article selection and exclusion flowchart.

From the full reading of the eight studies found, the information relevant to this review was extracted as set out in Table 1.

Title and authors.	Country and year.	Objective.	Instrument.	Application of the instrument in the study.
Palliative care needs and barriers in an urban Ugandan Emergency Department: A mixed-methods survey of emergency	Uganda. 2023.	To evaluate palliative care demands of patients with incurable diseases and barriers perceived by health professionals in the Emergency Department of the Kiruddu National	IPOS – Integrated Palliative Outcome Assessment	The scale was used to collect sociodemographic data and evaluate multidimensional demands of patients with chronic diseases, including the burden

healthcare workers and patients (10). Reid et al		Reference Hospital, in Kampala, Uganda		of symptoms such as pain
Palliative Care Integration Project (PCIP) Quality Improvement Strategy Evaluation (11). Dudgeon et al.	Canada. 2008.	To evaluate the outcomes of continuity of care, greater uniformity in care, greater efficiency and easier access for patients in PC with the implementation of the Palliative Care Integration Project (PCIP), a program proposed to link levels of care	ESAS – Edmonton Symptom Assessment Scale PPS – Palliative Performance Scale	The ESAS scale was used to evaluate patients' symptoms at the time of inclusion in the studied project (PCIP), and at the end of it, as a measure of the effect of participation. The PPS scale was used as medical record data to inform the functionality of the included patient in a timely manner.
A Rapid Two-Stage Screening Protocol for Palliative Care in the Emergency Department: A Quality	United States of America 2011.	To evaluate the implementation of a protocol called BriefPal for assessing unmet needs of patients aged 65 and over and their caregivers in an emergency department	KPSI – Karnofsky Performance Scale Index MSAS – Memorial	The KPSI scale, as it assesses functionality, was used in this study for the purpose of stratifying patients and recording their <i>performance status</i> . The MSAS scale, as it assesses symptoms

Improvement Initiative (12). Glajchen et al.			Symptom Assessment Scale	and their levels, was used in the study as a way of identifying and directing actions to alleviate symptoms.
Emergency Department–Initiated Palliative Care in Advanced Cancer A Randomized Clinical Trial (13). Grudzen et al.	United States of America . 2016.	To compare quality of life, level of depression, health demand and survival in patients treated in the hospital's emergency department, between those who received usual care and those who were consulted by palliative care specialists already in the emergency room.	ECOG – Eastern Cooperative Oncology Group FACT-G – Functional Assessment of Cancer Therapy - General measure	The ECOG scale was used to stratify the patients' <i>performance status</i> . The FACT-G scale was used at two moments: at the beginning, to assess the quality of life reported by these patients before receiving care, and at the end of the period in which they were either subjected to usual care, or already associated with palliative care.
Preliminary Report of a Palliative Care and Case Management Project in an Emergency	United States of America . 2014.	To present initial data from a project that started a palliative care service in the emergency department at the Montefiore Medical	PPS – Palliative Performance Scale MSAS - Memoria	The PPS scale was used as an initial screening tool, evaluating the patient's <i>performance status</i> .

<p>Department for Chronically Ill Elderly Patients (14).</p> <p>O'Mahony et al.</p>		<p>Center, with the intention of evaluating the effectiveness of the project in improving quality of life and impacting the use of emergency services.</p>	<p>1 Symptom Assessment Scale</p> <p>MVQoLI - Missoula Vitas Quality of Life Index</p>	<p>The MSAS scale was used to evaluate the main symptoms presented by patients, with the intention of directing conduct, also at an initial stage of screening demands.</p> <p>The MVQoLI scale assesses the patient's quality of life at the end of the period of care in the emergency department.</p>
<p>Palliative Care Symptom Assessment for Patients with Cancer in the Emergency Department: Validation of the Screen for Palliative and End-of-Life Care Needs in the Emergency Department Instrument (15).</p>	<p>United States of America . 2011.</p>	<p>To develop and validate an instrument to assess palliative care demands for cancer patients in the emergency department.</p>	<p>NEST - Needs at the End-of-Life Screening Tool</p> <p>SPEED - Screen for Palliative and End-of-life care needs in the</p>	<p>The NEST instrument served, in this study, as the basis for the elaboration of the SPEED instrument, with questions being adapted by a panel of experts in emergency and palliative care, with subsequent validation of SPEED by pairing its questions with those from NEST, applying Cronbach's coefficient.</p>

Richards et al.			Emergency Department	
Characteristics and Outcomes of Patients Admitted to the Acute Palliative Care Unit From the Emergency Center (16). Shin et al.	United States of America . 2013.	To retrospectively compare the intensity of symptoms and survival rate in patients admitted to the palliative care sector from the emergency department and from transfer.	ESAS - Edmonton Symptom Assessment Scale	The ESAS scale was used to evaluate patients' symptoms at the time of admission to the palliative care department, in order to compare the emergency group and the transfer group.
Primary data on symptom burden and quality of life among elderly patients at risk of dying during unplanned admissions to an NHS hospital: a cohort study using EuroQoL and the integrated palliative care	Ireland. 2024.	To evaluate symptoms presented and quality of life reported by patients over 75 years of age, likely to die during unscheduled hospitalization,	IPOS – Integrated Palliative Outcome Assessment - EQ5D5L - European Quality of Life Questionnaire 5-Dimen	The IPOS was used to analyze patients' general demands and symptoms. The EQ5D5L and EQVAS scales were used to assess the patient's quality of life at both moments of the research. The three scales were paired with Spearman's rank

outcome scale (17). Johnston et al.			sions 5-Levels EQVAS - European Quality of Life Visual Analogue Scale	correlation coefficient (ρ).
---	--	--	---	--

Table 1. Presentation of the synthesis of studies included in the review.

Of the studies included, the following notes are made: two publications were published after 2020 (10, 17), four were published between 2020 and 2010 (12, 13, 15, 16) and two before 2010 (11, 14). Regarding the country of publication, one publication is Irish (17), one is Canadian (11), one is Ugandan (10) and five are North American (12, 13, 14, 15, 16). Regarding methodology, six descriptive studies were included (10, 11, 12, 16, 17), a methodological study validating a new scale (15) and a randomized clinical trial (13).

Of the instruments described in the selected studies, the following notes are made: two instruments have their development described in the publications (BriefPal and SPEED) and three instruments are used in two different studies (Palliative Performance Scale, or PPS, Edmonton Symptom Assessment Scale, or ESAS, and Integrated Palliative care Outcome Scale, or IPOS). The other instruments involved in the studies are: 9-item Patient Health Questionnaire (PHQ-9), Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG), Functional Assessment of Cancer Therapy - General Measure (FACT-G), Outcome and Assessment Information Set (OASIS), Missoula Vitas Quality of Life Index (MVQoLI), Memorial Symptom Assessment Scale (MSAS), surprise question (PS), Memorial Delirium Assessment Scale (MDAS), European Quality of Life 5 dimensions 5 levels (EQ5D5L) and European Quality of Life Visual Analogue Scale (EQVAS).

A brief summary of the instruments described in the studies is found in table below (Table 2).

Instrument	What it assesses	Structure of the instrument
------------	------------------	-----------------------------

<p>Palliative Performance Scale</p> <p>PPS</p>	<p>It assesses the functionality of patients with serious and limiting illnesses through five dimensions: ambulation, level of activity and evidence of illness, self-care, oral intake and level of consciousness.</p>	<p>The grading is done at 11 levels, from 0% to 100%, with 0% being the patient without functionality (in death) and 100% being the fully functional and healthy patient. The evaluator grades each dimension independently, however, the patient's score is defined by the lowest grade between the dimensions.</p>
<p>Edmonton Symptom Assessment Scale</p> <p>ESAS</p>	<p>It evaluates the presence and intensity of the nine symptoms available on the scale and a tenth symptom reported by the patient. The patient responds, grading the symptom according to his perception in the last 24 hours. It can be applied both punctually and longitudinally, as a way of evaluating the evolution of symptoms and response to established treatments.</p>	<p>Ten numerical scales graduated numerically, from zero to ten, nine for defined symptoms (pain, activity, nausea, depression, anxiety, dizziness, appetite, well-being and shortness of breath), and one for a symptom or complaint that the patient defines when filling out, according to personal demand, such as itching, confusion, insomnia. Each symptom is graduated and evaluated independently</p>
<p>Integrated Palliative care Outcome Scale</p> <p>IPOS</p>	<p>Multidimensional assessment of symptoms, psychological, social and family demands of patients with cancer. It can be answered by the patient himself and the answer must be based on the perceptions of the last three days.</p>	<p>IPOS consists of 12 questions, for which the answers are scored according to a Likert scale. Completing the tool, there is an open space to bring up other various problems during the period and questioning about the patient's ECOG scale score.</p>

Eastern Cooperative Oncology Group ECOG	It evaluates the global clinical performance of cancer patients, for the purpose of defining the therapeutic proposal. Scale applied by the evaluator, according to their perception of the patient.	Scale composed of six gradations, ranging from healthy (zero) to dying patient (five).
Functional Assessment of Cancer Therapy - General measure FACT-G	Assessment of the quality of life of cancer patients. It can be self-applied or administered in the form of an interview. Evaluates general physical health status, family and social environment, emotional state, functional capacity and relationship with the attending physician. Ideally, the patient should respond about each item taking into account their perception over the last seven days.	Consisting of 28 items that assess five interconnected domains. Each item evaluated has five possible answers, graded from zero to four, with zero indicating no commitment to the item evaluated, and four indicating total commitment.
Memorial Symptom Assessment Scale MSAS	Multidimensional assessment of symptoms in cancer patients in the week preceding the application of the questionnaire.	The MSAS is divided into two sections. The first questions the frequency, intensity and level of discomfort or the discomfort generated by 24 symptoms. The second questions the severity and level of discomfort or discomfort generated by 8 other symptoms. At the end, there is a space for the patient to report three other symptoms, at their discretion, if these

		are not in the list of 32 symptoms questioned, and then indicate how uncomfortable or bothered they were by the symptom.
Missoula Vitas Quality of Life Index MVQoLI	Multidimensional assessment of patients' quality of life, questioning psychological, emotional and spiritual issues, in a self-reported manner. It focuses on advanced stages of diseases and allows the patient to point out which symptoms are most important to receive attention at that moment. It assesses general quality of life and quality of life regarding symptoms, their controls, psychological issues, functionality, family perceptions and also transcendental and spiritual issues.	There are 26 questions, the answers to which are marked on a five-point visual scale. Each question is evaluated separately by the patient.
Pergunta Surpresa PS	It was created to evaluate patients who may benefit from palliative care, it estimates patient survival at a cutoff point of 12 months.	This instrument consists of a single question – “would you be surprised if this patient died in the next 12 months?”
Karnofsky Performance Scale Index KPSI	This scale is designed to evaluate the prognosis of patients with cancer, through performance status assessment. On this scale, the patient is	The KPSI is made up of 11 levels, corresponding to percentage scores. The variation is in tens of zero to one hundred, with zero being the patient who died, and one hundred being the

	evaluated globally, and not in isolation in each aspect of their functionality.	patient with no evidence of disease, symptoms or full functionality).
Needs at the End-of-Life Screening Tool NEST	A broad-based instrument that can be applied directly to the patient, either in single visits or serially for monitoring purposes. It is used to assess not only symptoms, but the diverse demands of patients, whether suffering from oncological diseases or not.	Consisting of 13 questions, covering mainly four domains: social demands, existential issues, physical and psychological symptoms and therapeutic issues. To answer each question, there is a scale from 0 to 10, with 0 being a negative answer and 10 being a positive answer.
Screening for Palliative Care Needs in the Emergency Department SPEED	Instrument adapted from NEST for urgency and emergency scenarios, but initially developed for oncology patients.	Like NEST, it consists of 13 items in the domains of physical, spiritual, social, therapeutic and psychological demands, with answers ranging from zero to ten, with zero being a negative answer and ten being a positive answer.
European Quality of Life Questionnaire 5-Dimensions 5-Levels European Quality of Life Questionnaire Visual Analogue Scale	Instruments created by EuroQol, a group dedicated to improving decision-making and health care through the use of validated and consolidated instruments. These instruments were validated in 2019 and are available in more than 150 languages and variables for face-to-face application by an intermediary and answered by the patient themselves.	Five dimensions are evaluated through five levels, on a Likert scale from one to five, with mobility, self-care, usual activities, pain/discomfort and anxiety/depression being the dimensions evaluated. The higher the score reported by the patient, the higher their quality of life. The EQVAS scale, in turn, is a simple visual analogue scale on which the

EQ5D5L e EQVAS		patient scores their quality of life from zero to 100.
----------------------	--	--

Tabela 2. Presentation of the synthesis of the scales found.

The PPS tool was introduced in 1996 by Anderson et al, developed from the KPSI and aimed at oncology patients (18). In the study by Dudgeon et al (11), PPS is cited as an element of the medical record, indicating the patient's clinical performance, but not all medical records contained such information. In the study by O'Mahony et al (14), the PPS was the instrument chosen to evaluate the functionality of the patients involved in the study. Applied by a specialist nurse, this instrument was chosen for application due to its value related to the patient's prognosis. In this study (14), the PPS score was not related to the demand for emergency services, but it modified the outcome of death: the lower the PPS, the greater the likelihood of the patient being referred to hospice, dying at home, and spending less time in hospital. hospital and receive greater support from the palliative care team during hospitalization.

The ESAS scale was initially developed in 1991, but its current version is the result of several adaptations and revisions (19). Regarding the interpretation of its results, there is no consensus as there is significant variability in the patient's interpretation and classification of symptoms. However, most studies consider a value of one to three for a mild symptom, four to six for a moderate symptom and above seven for a severe symptom (19). In the study by Dudgeon et al (11), ESAS was used to assess patient demands throughout follow-up with the palliative care team. A reduction was noted, although not statistically significant, in the ratings given by patients to their symptoms. In the study by Shin et al, this scale was used to evaluate complaints from patients admitted to the palliative care unit, identifying higher levels of pain, fatigue, nausea and insomnia in patients from the emergency department. In this study (11), it was important to apply ESAS as a means of adapting care according to demands. In both studies there is no indication that the study participant administered the questionnaire to the patient.

The IPOS instrument, developed in 1999 from the POS (Palliative care Outcome Scale) (10), was used in the research by Reid et al (10) to collect sociodemographic data and assess the demands of participating patients and was applied by an assistant researcher. In the research by Johnston et al (17), the aforementioned instrument was applied to participants

face-to-face, with the mediation of a research nurse, for the purpose of evaluating health-related quality of life.

In their study, Grudzen et al (13) used the ECOG, FACT-G and PHQ-9 instruments, applied by a group of research assistants to evaluate the patient's outcome after an approach by a palliative care team. FACT-G is a tool developed and validated by Cella and collaborators in 1993 for the purpose of assessing the quality of life of cancer patients (20). The PHQ-9 is an instrument developed to identify common mental disorders in primary health care, being applied in the context of the study to screen for depression (21). ECOG is a tool very present in studies that evaluate the performance status of cancer patients, but as it is very subjective and dependent on the evaluator, there are strong reservations for its use (24).

In the study by O'Mahony et al (14), three instruments were used, all applied by a specialist nurse: OASIS, PPS, MSAS and Missoula MVQoLI. OASIS is a questionnaire that collects information from home care patients benefiting from the North American Medicare and Medicaid programs (23). MSAS is a tool designed to multidimensionally assess the main symptoms that can be reported by cancer patients, and a lean version, previously validated (24), with 28 items was used by O'Mahony. Finally, the MVQoLI is a scale developed incorporating principles from other quality of life assessment tools (being self-reported, assessing both physical, psychological, emotional and spiritual issues in a multidimensional way), but with the difference of focusing on advanced stages disease, use response categories and scores that allow the patient to weigh the most important dimensions, use subjective language and be applicable for planning care and interventions (25).

Although it is not described in the study by O'Mahony et al as a patient assessment tool itself, there is also the surprise question (PS). This corresponds to the initial screening phase of the study in question and basically consists of the evaluator, in this case, a trained nurse, asking "Would you be surprised if this patient died in the next 12 months?" and subsequently follow with an assessment of health demands. If the answer is positive, the patient is referred to an evaluation by a specialist PC team (26). PS was originally developed as a method of identifying patients who could benefit from palliative care, and is present in several clinical guidelines for this purpose (26).

Shin et al (16) used two scales in their study: ESAS and MDAS. There are no details about the reason for choosing to assess the presence of delirium among the patients studied (using the MDAS scale), but the value of this scale is recognizable, since delirium is a

common clinical condition in patients in an advanced stage of the disease, reaching a prevalence of 88% in the weeks preceding death (27).

Developed to serve as communication between the emergency department and palliative care service, the BriefPal project, described in the study by Glajchen et al (12), consists of a standardized protocol with the purpose of identifying unmet demands by elderly patients in the emergency sector, whether these patients are already in palliative care or not. Among various clinical data, the KPSI scales, Functional Assessment Staging Tool (FAST), Memorial Symptom Assessment Scale (MSAS), Katz's index of independence of activities of daily living and Brief Assessment Scale for Caregivers (BASC) were also applied. In the aforementioned study (12), the person who applied BriefPal to patients was a social worker associated with the project. The FAST scale is used to assess the severity of functional impairment due to dementia (28), the Katz index is a simplified score that punctuates the patient's functionality according to activities they can perform (29) and the BASC is an instrument that assesses overload of caregivers (30). The KPSI is a tool developed in 1949 to assess the functionality of cancer patients and, thus, estimate prognosis (22). This is one of the most used scales in studies that address clinical patient assessment, since many scales, such as ECOG and PPS, were derived from the KPSI (22).

Richards et al (15) describe the validation of the SPEED instrument in their 2011 study, adapted from the NEST instrument already validated in 2001 (31). The researchers' intention was to develop an instrument aimed at the emergency department, since in this scenario, the need for brief, quick and easy-to-apply instruments is recognized, covering the same dimensions and evaluating them in the same way.

In the publication by Jhonston et al (17), the use of the IPOS and the EQ5D is described, a scale that consists of two parts: an assessment in five intensities of five dimensions (EQ5D5L) and a visual analogue (EQVAS). Both of these scales were developed by EuroQol, a group dedicated to improving decision-making in health and healthcare through the use of validated and consolidated instruments, and introduced in 2019 (32). Both IPOS and EQ5D5L were applied face-to-face to patients, with the help of a research nurse.

Discussion

Given the expected increase in the prevalence of CNCDs and, proportionally, in emergency and palliative care demands (1), it is important to study clinical tools capable of assisting in this type of care. With this intention, the objective of this study was to integrate

information already described about these instruments, peculiarities, specificities and advantages and disadvantages of their application (2). Through this review, it was identified that there are many instruments that assess the patient regarding the same outcome, but in different ways, these outcomes being performance status, quality of life and clinical symptoms.

KPSI, PPS and ECOG are instruments that evaluate performance status (SP), information related to a patient's general well-being and their ability to perform usual activities, being linked to quality of life and directly influencing the therapeutic decision, which is why their assessment is very important in palliative care (33). They are subjective tools, dependent on the evaluator and their experience, and the same patient, at the same time, can be evaluated with different scores, by different professionals (34). For this reason, the choice of the best tool to assess SP must involve analyzing the professional's experience and the patient's main comorbidities.

KPSI and ECOG were instruments created primarily for application to oncology patients (34). Although there are studies involving patients with other diseases, this use is not consolidated, since there are signs of insufficiency of these scales, as they do not take into account issues such as frailty and multimorbidities (35). In several studies, KPSI and ECOG have been shown to be interchangeable, with the former being preferred due to its simplicity and inter-observer reproducibility, especially because it has fewer options and response variables (34).

The PPS, in turn, differs from the ECOG and KPSI scales by dividing the patient's score into more levels, which may have greater response variability (18). In a study involving CP specialists, this scale produced consistent results among its users, proving to be a reliable tool (36). However, there are studies showing that experts have difficulty in objectively interpreting the scale's results, which can be resolved as practice is gained in application (37). Furthermore, a study by Ho et al demonstrated that the inter-examiner reliability of the PPS was between 0.67 and 0.71 (through the Cohen kappa coefficient), but this value could probably be higher, since in the study in question, only 11 cases were discussed (36).

Assessing the prognosis is a difficult and inaccurate task, but there is evidence that favors the use of these scales for this purpose (37), as they relate poor performance status to low survival. It is noteworthy, however, that there is no consensus regarding the relationship between SP values and survival, since there is great variability among the studies available on this association. For example, Harrold et al reported survival of 7, 30, 90 and 180 days

according to PPS intervals, while Lau et al demonstrated survival at intervals of 1, 3, 5, 7, 14, 30 days, progressively (37, 38). A 2013 Canadian study (38), involving more than 10 thousand cancer patients, sought to correlate the PPS score with average survival in days. It was identified that patients with a PPS of 40% had a mean survival of 154 days, while patients with a PPS of 50% had a mean survival of 231 days, reaching a survival of over 800 days when considering patients with a PPS of 90%.

The Surprise Question (PS), in turn, is used to assess the patient's prognosis (39) as it identifies patients with an important level of clinical fragility, where a small decompensation could lead to death (39). It is important to highlight that there are few studies that stratify the use of PS, meaning there is no clear information about the performance of this tool (40). For predicting mortality, the overall mean sensitivity of PS is 63% (CI 38%-78%), while the mean specificity is 75% (CI: 57%-84%). The sensitivity for predicting mortality in 30 days was lower than that in 12 months (12%-43%, compared to 57%-89%), while the specificity was higher for 30 days than for 12 months (82%-95%, compared to 40%-79%) (40).

The ESAS, MSAS, IPOS, SPEED and NEST scales are related because they assess patients' symptoms and demands. This assessment is fundamental, since from diagnosis to disease progression, different symptoms appear, with different loads and intensities (19). Regarding emergency care, many PC patients report uncertainty and anxiety regarding symptom management (38), in addition to seeking care not only for physical symptoms, but also complaints related to family overload, social isolation and depression (41) . In this sense, it is essential to remember the concept of total pain, very important in PC, based on the knowledge of pain and suffering in a multidimensional way (38), which leads us to the first consideration to be made: the ESAS scale specifically assesses physical symptoms and their intensity, and the other scales also assess the spiritual, social and family demands of these patients.

Despite the limitations of ESAS, it is known that patients undergoing clinical evaluation with this tool are more likely to be followed up by a palliative care service, as it helps to identify demands and to direct actions (18). Furthermore, recent studies showed that patients who classified symptoms with high scores on the ESAS scale had more visits to the Emergency Room in the following seven days and shorter survival rates (18). A 2020 study that compared two groups of patients, one including ESAS in routine clinical consultation, the other without, identified that the cumulative incidence in five years of inclusion in palliative care was 27.9% (95% CI : 27.5% to 28.2%) in the group evaluated with ESAS and 20.7%

(95% CI: 20.4% to 21%) in the group without ESAS. In this same study, comparing mortality, it was lower in the group evaluated with ESAS (6.2%) than in the group without ESAS (10.4%) (42).

The MSAS scale was one of the first instruments created for multidimensional symptom assessment. Widely used in cases of cancer patients, but with studies reporting use in other populations, such as patients with HIV infection (human immunodeficiency virus), advanced obstructive pulmonary disease and heart failure (24). An advantage of this scale is that, as it is extensive, derivations were created, with the MSAS-SF (MSAS-short format) being the main one, already validated previously, but still in need of a more adequate psychometric assessment (24). Also derived from the MSAS, there are scales such as the Global Distress Index (in which symptoms were reduced to a total of 10 items), the Physical Symptom Subscale Score (a scale that evaluates 12 prevalent physical symptoms) and the Psychological Symptom Subscale Score (a scale that assesses six prevalent psychological symptoms) (24).

As for the IPOS scale, it was developed in 1999 and has proven to be excellent for evaluating patients with advanced diseases, as it discriminates between patients at different stages of disease and with low performance status (43). However, it is important to take into account that this scale has a low correlation with scales such as ESAS, since ESAS assesses the severity of symptoms and IPOS assesses how and to what level the person is affected by symptoms, individually and together, associated diagnosis and limitations related to it (43). The advantage of the IPOS is that many patients report that it is an easy scale to answer, covering demands and concerns related to different symptoms (7). In a study that evaluated the IPOS applied to patients with heart failure, 95% of patients considered the scale easy to understand, as well as accessible and appropriate in qualitative consultations, helping to rank symptoms and concerns in terms of priority, and can contrast with external perceptions. (44). Another potential of IPOS was presented by Schildmann et al, in a 2016 publication (45) in which they evaluated the inclusion of a digital version of this scale in routine consultations with PC patients, with good adherence by patients and reduction in the occurrence of unexpected visits to health services, when patients' demands are assessed by this instrument.

The SPEED scale, validated in a 2011 study by Richards et al, was an adaptation of the NEST scale, a scale that assesses the general demands of PC patients, for the emergency context (15). NEST itself is an instrument that differs from the others because it has a broad, valid, reliable approach that requires little for its application. Its creation was motivated

mainly by the need for an instrument that can be applied directly to the patient, whether in single visits to the bedside, whether serially in periodic consultations, in addition to comprising patients with different diagnoses, whether oncological or not (31). Kirkland et al, in a 2021 review, identified that SPEEd is one of the most used tools to identify patients with unmet palliative care demands in the emergency department, showing an effectiveness of up to 62% in this context (40). Among its differences, the fact that there are no predetermined criteria to be applied stands out (it is not limited to a patient profile or a specific disease, for example), an obvious advantage when we realize that most patient assessment instruments in PC are aimed at cancer patients (40). However, as it is a relatively new scale, more studies that analyze its effectiveness are important.

Designed to assess quality of life (QOL), the MVQoLI, FACT-G and EQ5D5L scales were found in this review. While functionality refers to a state of health more related to performance and autonomy, and the effects of symptoms such as pain when performing daily activities (46), QOL is a broader and more subjective concept as it covers not only physical but also psychological domains, spiritual and emotional (46). There are studies that defend QOL as the most appropriate outcome to evaluate in patients at an advanced stage of the disease, as they focus on the effects of physiological changes, at a psychological or functional level, and not on the changes themselves (25). Thus, it is clear that even patients with low functionality can have good QOL (25). Therefore, using scales that assess QOL helps to identify specific dimensions that require actions and will guide the holistic and multidisciplinary treatment required (46).

The FACT-G scale, already validated for Portuguese, is a scale more aimed at use in clinical research, as it compares the QOL of patients before and after oncological treatments, punctually or serially (46). In contrast, MVQoLI is not targeted at specific pathologies, but rather at patients in an advanced stage of the disease (25). This proposes to evaluate QOL in a multidimensional way and complement other tools, including an assessment of transcendental and existential issues (47). Despite the study by Namisango et al from 2007 that studied it for the Ugandan population, showing such promising adaptation (47), the MVQoLI is not yet validated for the Brazilian population.

EQ5D5L, in turn, is a scale that has received attention for its simplicity (46). Having resolved the “ceiling effect” that reduced the sensitivity of the EQ3D scale, and allowing evaluation at more levels than the EQ5D3L scale (49), the EQ5D5L has shown a strong correlation with scales targeted at specific diseases, without differences with other clinical and

demographic variables. (40). Another important information is that this scale already has validated versions in more than 150 languages and with different variations, such as self-reported and applied by an evaluator (32).

Relevant data is the study by Hagiwara et al from 2020 (47), which developed an algorithm for transcribing two QOL scales in cancer patients, the FACT-G and the EORTC QLQ-C30, into the EQ5D5L scale. The relevance of this study lies not only in its results, but also in what motivated its elaboration, but also in the purpose of evaluating the cost-effectiveness of oncological treatments, quality of life data related to health and longevity are fundamental, given these which are provided in a sensitive and specific way by the EQ5D5L scale, even though it is not an exclusive scale for oncology patients, or aimed at resource allocation studies.

Conclusion

It is not uncommon for patients who present at an emergency room to present serious illnesses and demands on which a palliative care approach could have a significantly positive impact. However, due to incomplete or quick assessments, sometimes inherent to service in this sector, this opportunity is often missed. In the present research, a review was carried out to integrate available information on clinical assessment tools that can assist in this assessment.

To assess performance status, the PPS scale, as it can be applied at different stages of the disease and is known to be easy to apply, once the professional is familiar with the scale, is an excellent choice. To assess the patient's symptoms, the IPOS scale stands out for its multidimensionality, including existential and transcendental questions, as well as for being a scale that the patient and caregiver themselves can respond to. Furthermore, it is a scale that is currently widely studied, showing robust results that reinforce its indication. Finally, to assess quality of life, the EQ5D5L scale proves to be a good alternative for evaluating patients, since it is not restricted to a specific pathology and its "dual" application, with a Likert-type scale and a visual analogue scale, can facilitate the patient's response.

It is also important to give credit to the Surprise Question, a simple-to-use tool that, despite being related to prognostic assessment, can be a great ally in identifying the patient's frailty, as a screening method for the application of broader scales such as those mentioned above.

However, the discussion about these scales does not end at this point. Furthermore, the insufficiency of Brazilian and Latin American studies in this area must be recognized. Considering that palliative care is a growing area in scientific and practical terms, it is recommended to study these scales in the Brazilian scenario, and it is essential, for an adequate result, the analysis and linguistic adaptation of the instruments. Furthermore, palliative care itself is closely related to the culture of the patient, their family and their caregiver, which is why the value of cross-cultural adaptation of these tools cannot be ignored.

6 - CONCLUSÃO

O cuidado paliativo é uma área de atuação em saúde em franco crescimento, no sentido de que muitos estudos têm demonstrado sua importância e relevância no planejamento de cuidado. No contexto brasileiro, a inclusão do cuidado paliativo tanto em políticas públicas de assistência à saúde, quanto na grade curricular obrigatória do curso de medicina, demonstram a necessidade de se incentivar o estudo e a pesquisa nesta área.

Deve-se apontar, neste momento, duas importantes limitações dos artigos aqui apresentados. Quanto ao artigo 1, a principal limitação reside no fato de que o ato de questionar formas de pensar hegemônicas (neste caso, questionar dificuldades em incluir cuidado paliativo na atenção ao paciente, em desenvolver uma avaliação holística do paciente e em reconhecer a terminalidade como um processo natural) é um processo árduo e longo. Sendo assim, os questionamentos e as reflexões dispostas no artigo 1 não se encerram com o fim do artigo, devendo ser levadas adiante para fomentar este processo de questionamento e evolução.

Quanto ao artigo 2, retomo a limitação apontada no próprio artigo, sobre a insuficiência de produções brasileiras e a importância de se desenvolver mais pesquisas sobre cuidado paliativo dentro do contexto sociocultural brasileiro. Deve-se reconhecer a importância de estudos de adaptação transcultural de instrumentos de avaliação clínica de pacientes em cuidados paliativos, bem como de pesquisas que discutam a difusão e a consolidação de equipes de cuidado paliativo nos mais diversos níveis de atenção à saúde, seja em setores de emergência, seja na atenção primária, por exemplo.

Por meio da presente dissertação e da produção dos artigos desta derivados, espera-se colaborar para o incentivo do estudo do cuidado paliativo. É importante discutir formas de inseri-lo nos mais diversos níveis de atenção à saúde, como atendimento de emergência, foco desta pesquisa. Da mesma forma, avaliar barreiras culturais envolvendo a valorização do cuidado paliativo como uma importante ferramenta em prol da qualidade de vida do paciente, bem como o reconhecimento do processo de terminalidade e as demandas específicas que esta fase de vida demanda, são necessárias.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS DA TESE

1. Ministério da Saúde, Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Estimativa de 2020: Incidência de Câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA. p 212. 2019. Disponível em <<https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//estimativa-2020-incidencia-de-cancer-no-brasil.pdf>>
2. SALES, C. A. et al. Sobrevivi ao câncer: análise fenomenológica da linguagem dos sobreviventes. **Texto & Contexto-Enfermagem**, Florianópolis, v. 23, p. 880-888, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/QbbRttLqKGq7wdX4nXgPrnC/?lang=pt>. Acesso em: 24 jun. 2024.
3. ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS. **Manual de cuidados paliativos**. Rio de Janeiro: ANCP. 2. ed.; p. 592, 2012.
4. KAISER, U. et al. Use of symptom-focused oncological cancer therapies in hospices: a retrospective analysis. **BMC Palliative Care**, [s. l.], v. 19, n. 1, p. 1-11, 2020. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1186/s12904-020-00648-4>. Acesso em: 24 jun. 2024. <https://doi.org/10.1186/s12904-020-00648-4>
5. GARDONA, R. G. B; BARBOSA, D. A. Importância da prática clínica sustentada por instrumentos de avaliação em saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [s. l.], v. 71, p. 1815-1816, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/wJNmGt9cQmmgPjrWfJFTmGQ/?lang=pt>. Acesso em: 24 jun. 2024.
6. World Health Organization. **Palliative care**. Disponível em <<https://www.who.int/health-topics/palliative-care>>. Genebra: WHO. Acessado em XXX
7. KRIKORIAN, A.; LIMONERO, J.T.; COREY, M. T. Suffering assessment: a review of available instruments for use in palliative care. **Journal of palliative medicine**, v. 16, n. 2, p. 130-142, 2013. Disponível em: <https://www.liebertpub.com/doi/abs/10.1089/jpm.2012.0370>. Acesso em: 20 out. 2024. <https://doi.org/10.1089/jpm.2012.0370>
8. KNAUS, W.; LYNN, J.. Study to Understand Prognoses and Preferences for Outcomes and Risks of Treatment (SUPPORT) and Hospitalized Elderly Longitudinal Project (HELP), 1989-1997. **Inter-university Consortium for Political and Social Research** [distribuidor], 2020-02-20. Disponível em: <https://www.icpsr.umich.edu/web/HMCA/studies/2957>. Acesso em: 20 out. 2024.

9. LING, M. et al. A review of the current state of hospice care in China. **Current Oncology Reports**, [s. l.], v. 22, n. 10, p. 1-7, 2020. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11912-020-00959-y>. Acesso em: 24 jun. 2024. <https://doi.org/10.1007/s11912-020-00959-y>

10. LUTA, X; DIERNBERGER, K; BOWDEN, J; DRONEY, J; HALL, P; MARTI, J. Intensity of care in cancer patients in the last year of life: a retrospective data linkage study. **British journal of cancer**, [s. l.], v. 127, n. 4, p. 712-719, 2022. Disponível em: <https://www.nature.com/articles/s41416-022-01828-0>. Acesso em: 24 jun. 2024. <https://doi.org/10.1038/s41416-022-01828-0>

11. SMITH, A. K. et al. Half of older Americans seen in emergency department in last month of life; most admitted to hospital, and many die there. **Health Affairs**, v. 31, n. 6, p. 1277-1285, 2012. Disponível em: <https://www.healthaffairs.org/doi/abs/10.1377/hlthaff.2011.0922>. Acesso em: 20 out. 2024. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2011.0922>

12. O'CONNOR, M.; DAVITT, J. K. The Outcome and Assessment Information Set (OASIS): A Review of Validity and Reliability. **Home Health Care Services Quarterly**, [s. l.], v. 31, n. 4, p. 267–301, 2012. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/01621424.2012.703908>. Acesso em: 24 jun. 2024. <https://doi.org/10.1080/01621424.2012.703908>

13. World Health Organization. **Global Atlas of Palliative Care**, 2nd edition Disponível em: <https://thewhpc.org/resources/global-atlas-of-palliative-care-2nd-ed-2020>. Genebra: WHO. Acesso em: 24 jun. 2024.

14. CARDOSO, D. H. et al. El cuidado en la fase terminal: dificultades de un equipo multidisciplinario en la atención hospitalaria. **Avances en enfermería**, [s. l.], v. 31, n. 2, p. 83-91, 2013. Disponível em: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&%20pid=S0121-45002013000200009&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 24 jun. 2024.

15. ARAGÃO, J. C. S.; ROSSI, H. R.; CASIRAGHI, B.. A jornada do acadêmico de Medicina-Um modelo simbólico da formação Médica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, [s. l.], v. 42, p. 40-46, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/h5YzW3cYMJWYGpsRdzf5KWj/?format=html&lang=pt>. Acesso em: 24 jun. 2024. <https://doi.org/10.1590/1981-52712018v42n1rb20170037>

16. Alteração da Resolução CNE/CES nº 3, de 20 de junho de 2014, que institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. Maurício Eliseu Costa Romão (Presidente), Marília Ancona Lopez e Robson

Maia Lins (Relatores), Anderson Luiz Bezerra da Silveira, Aristides Cimadon e Luiz Roberto Liza Curi (membros). **Processo nº: 23001.000633/2020-65**. Disponível em: <https://abmes.org.br/arquivos/legislacoes/Parecer-cne-ces-265-2022-03-17.pdf>

17. BAIK, D.; RUSSELL, D.; JORDAN, L.; DOOLEY, F.; BOWLES, K. H.; CREBER, R. M. M (2018). Using the Palliative Performance Scale to Estimate Survival for Patients at the End of Life: A Systematic Review of the Literature. **Journal of palliative medicine**, [s. l.], v. 21, n. 11, p. 1651-1661, 2018. Disponível em: <https://www.liebertpub.com/doi/abs/10.1089/jpm.2018.0141>. Acesso em: 24 jun. 2024. <https://doi.org/10.1089/jpm.2018.0141>

18. BOCHNER, A. P.; RIGGS, N. A. Practicing narrative inquiry. In: LEAVY, P. **The Oxford handbook of qualitative research**. Estados Unidos: Oxford University Press. p. 195-222, 2014. <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780199811755.013.024>

19. SOUZA, M. T.; SILVA, M. D.; CARVALHO, R. Integrative review: what is it? How to do it?. **Einstein**, São Paulo, v. 8, p. 102-106, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/eins/a/ZQTBkVJZqcWrTT34cXLjtBx/?lang=en>. Acesso em: 24 jun. 2024. <https://doi.org/10.1590/s1679-45082010rw1134>

20. WALL, S. An autoethnography on learning about autoethnography. **International journal of qualitative methods**, [s. l.], v. 5, n. 2, p. 146-160, 2006. <https://doi.org/10.1177/160940690600500205>

21. ADAMS, T. E.; ELLIS, C; JONES, S. H. Autoethnography. In: **MATTHES, J.** (ed). The international encyclopedia of communication research methods, [s. l.] p. 1-11, 2017. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/9781118901731.iecrm0011>. Acesso em: 24 jun. 2024. <https://doi.org/10.1002/9781118901731.iecrm0011>

22. CRONIN, M. A.; GEORGE, E. The why and how of the integrative review. **Organizational Research Methods**, v. 26, n. 1, p. 168-192, 2023. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1094428120935507>. Acesso em: 24 jun. 2024. <https://doi.org/10.1177/1094428120935507>

23. OUZZANI, M., HAMMADY, H. FEDOROWICZ, Z., ELMAGARMID, A. Rayyan — a web and mobile app for systematic reviews. **Systematic reviews**, [s. l.], v. 5, p. 1-10, 2016. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1186/s13643-016-0384-4>. Acesso em: 24 jun. 2024. <https://doi.org/10.1186/s13643-016-0384-4>

REFERÊNCIAS DO ARTIGO 1

1. Ministério da Saúde, Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Estimativa 2020: Incidência de Câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA. p 212. 2019. Disponível em <<https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//estimativa-2020-incidencia-de-cancer-no-brasil.pdf>>
2. ALMEIDA, A R et al. Diagnóstico de Enfermagem Síndrome de Terminalidade: validação clínica em cuidados paliativos oncológicos. Dissertação (Mestrado profissional em Enfermagem) - Universidade Federal Fluminense. Niterói, p. 144. 2019. <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2020.v11.n1.2460>
3. KAISER, U. et al. Use of symptom-focused oncological cancer therapies in hospices: a retrospective analysis. *BMC Palliative Care*, [s. l.], v. 19, n. 1, p. 1-11, 2020. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1186/s12904-020-00648-4>. Acesso em: 24 jun. 2024. <https://doi.org/10.1186/s12904-020-00648-4>
4. LING, M. et al. A review of the current state of hospice care in China. *Current Oncology Reports*, [s. l.], v. 22, n. 10, p. 1-7, 2020. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11912-020-00959-y>. Acesso em: 24 jun. 2024. <https://doi.org/10.1007/s11912-020-00959-y>
5. BAIK, D.; RUSSELL, D.; JORDAN, L.; DOOLEY, F.; BOWLES, K. H.; CREBER, R. M. M (2018). Using the Palliative Performance Scale to Estimate Survival for Patients at the End of Life: A Systematic Review of the Literature. *Journal of palliative medicine*, [s. l.], v. 21, n. 11, p. 1651-1661, 2018. Disponível em: <https://www.liebertpub.com/doi/abs/10.1089/jpm.2018.0141>. Acesso em: 24 jun. 2024. <https://doi.org/10.1089/jpm.2018.0141>
6. BOCHNER, A. P.; RIGGS, N. A. Practicing narrative inquiry. In: LEAVY, P. *The Oxford handbook of qualitative research*. Estados Unidos: Oxford University Press. p. 195-222, 2014. <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780199811755.013.024>
7. ROSA, João Guimarães. Páramo. In: *Estas estórias*. 5. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2001, p.261-290.
8. LAWLOR, PETER G. Multidimensional assessment: pain and palliative care. *Cancer pain*, v. 6788, 2003. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511550096.006>
9. PAIM, J. S.; DA SILVA, L. M. V.. Universalidade, integralidade, equidade e SUS. *Boletim do Instituto de Saúde-BIS*, v. 12, n. 2, p. 109-114, 2010.

10. MONTANARI, C. C.. Cuidados paliativos: um comentário sobre o livro A morte de Ivan Ilitch. Rev. Bras. Psicoter.(Online), p. 131-135, 2016.
11. HO, F. et al. A reliability and validity study of the Palliative Performance Scale. BMC palliative care, [s. l.] v. 7, p. 1-10, 2008. Disponível em:
<https://link.springer.com/article/10.1186/1472-684X-7-10>. Acesso em: 24 jun. 2024.
<https://doi.org/10.1186/1472-684X-7-10>
12. BARBOSA, Mírian Santana; RIBEIRO, Maria Mônica Freitas. O método clínico centrado na pessoa na formação médica como ferramenta de promoção de saúde. Rev Med Minas Gerais, v. 26, n. Supl 8, p. S216-S222, 2016.
13. KRIKORIAN, A.; LIMONERO, J.T.; COREY, M. T. Suffering assessment: a review of available instruments for use in palliative care. Journal of palliative medicine, v. 16, n. 2, p. 130-142, 2013. <https://doi.org/10.1089/jpm.2012.0370>
14. KNAUS, W; LYNN, J. Study to Understand Prognoses and Preferences for Outcomes and Risks of Treatment (SUPPORT) and Hospitalized Elderly Longitudinal Project (HELP). 1989-1997. Inter-university Consortium for Political and Social Research, 2020-02-20.
15. MEIRELES, Cecília. Retrato. O Diabo – Semanário de Crítica Literária e Artística, Ano VI, n. 253, 29 jul. 1939. p. 5.
16. GÓMEZ-BATISTE, X. et al. Ethical challenges of early identification of advanced chronic patients in need of palliative care: the Catalan experience. Journal of Palliative Care, v. 33, n. 4, p. 247-251, 2018. <https://doi.org/10.1177/0825859718788933>
17. MONTEIRO, Daiane da Rosa; KRUSE, Maria Henriqueta Luce; ALMEIDA, Miriam de Abreu. Avaliação do instrumento Edmonton Symptom Assessment System em cuidados paliativos: revisão integrativa. Revista Gaúcha de Enfermagem, v. 31, p. 785-793, 2010. <https://doi.org/10.1590/S1983-14472010000400024>
18. SMITH, A. K.; MCCARTHY, E.; WEBER, E.; CENZER, I.S.; BOSCARDIN J.; FISHER, J. et al. Half of older Americans seen in emergency department in last month of life; most admitted to hospital, and many die there. Health Aff (Millwood). 2012;31(6):1277-85. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2011.0922>
19. MENDES, Ernani Costa; DE VASCONCELOS, Luiz Carlos Fadel; DOS SANTOS, Ana Paula Menezes Bragança. Cuidados paliativos no Brasil-discutindo o conceito. Cadernos de Saúde, v. 10, n. 2, p. 55-64, 2018.

20. CARVALHO, R. T. de; PARSONS, H. A. Manual de cuidados paliativos ANCP. In: Manual de cuidados paliativos ANCP. 2012. p. 590-590.
21. TOLSTÓI, Liev. A morte de Ivan Ilitch. Editora 34, 2009.
22. ARAGÃO, J. C. S.; ROSSI, H. R.; CASIRAGHI, B.. A jornada do acadêmico de Medicina-Um modelo simbólico da formação Médica. Revista Brasileira de Educação Médica, [s. l.], v. 42, p. 40-46, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/h5YzW3cYMJWYGpsRdzf5KWj/?format=html&lang=pt>. Acesso em: 24 jun. 2024. <https://doi.org/10.1590/1981-52712018v42n1rb20170037>
23. SARAMAGO, José. As intermitências da morte. Lisboa, Portugal: Porto Editora, 2014.
24. CAMPOS, J. P.. Mundos da morte: Representação e transição do morrer em Tolstói. Arquivos do CMD, v. 3, n. 2, p. 57-78, 2015. <https://doi.org/10.26512/cmd.v3i2.8890>
25. FELIX, Z. C. et al. Eutanásia, distanásia e ortotanásia: revisão integrativa da literatura. Ciência & saúde coletiva, v. 18, p. 2733-2746, 2013. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000900029>
26. CARDOSO, D. Habekost et al. O cuidado na terminalidade:: dificuldades de uma equipe multiprofissional na atenção hospitalar. Avances en Enfermería, v. 31, n. 2, p. 83-91, 2013.
27. DUCATTI, Ivan; SOUZA, T. M. S. A história da bioética e direitos humanos. Rio de Janeiro, 2010.

REFERÊNCIAS DO ARTIGO 2

1. Ministério da Saúde, Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Estimativa 2020: Incidência de Câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA. p 212. 2019. Disponível em <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//estimativa-2020-incidencia-de-cancer-no-brasil.pdf>
2. ALMEIDA, A R et al. **Diagnóstico de Enfermagem Síndrome de Terminalidade: validação clínica em cuidados paliativos oncológicos**. Dissertação (Mestrado profissional em Enfermagem) - Universidade Federal Fluminense. Niteroi, p. 144. 2019.

3. ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS. **Manual de cuidados paliativos**. Rio de Janeiro: ANCP. 2. ed.; p. 592, 2012.

4. GARDONA, R. G. B; BARBOSA, D. A. Importância da prática clínica sustentada por instrumentos de avaliação em saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [s. l.], v. 71, p. 1815-1816, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018710401>. Acesso em: 24 jun. 2024.

5. NOWAKOWSKI, A. C. H.; SUMERAU, J. E. Reframing health and illness: a collaborative autoethnography on the experience of health and illness transformations in the life course. **Sociology of health & illness**, [s. l.], v. 41, n. 4, p. 723-739, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/1467-9566.12849>. Acesso em: 24 jun. 2024.

6. KAISER, U. et al. Use of symptom-focused oncological cancer therapies in hospices: a retrospective analysis. **BMC Palliative Care**, [s. l.], v. 19, n. 1, p. 1-11, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12904-020-00648-4>. Acesso em: 24 jun. 2024.

7. SOUZA, M. T.; SILVA, M. D.; CARVALHO, R. Integrative review: what is it? How to do it?. **Einstein**, São Paulo, v. 8, p. 102-106, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1679-45082010RW1134>. Acesso em: 24 jun. 2024.

8. CRONIN, M. A.; GEORGE, E. The why and how of the integrative review. **Organizational Research Methods**, v. 26, n. 1, p. 168-192, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/1094428120935507>. Acesso em: 24 jun. 2024.

9. OUZZANI, M., HAMMADY, H. FEDOROWICZ, Z., ELMAGARMID, A. Rayyan — a web and mobile app for systematic reviews. **Systematic reviews**, [s. l.], v. 5, p. 1-10, 2016. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1186/s13643-016-0384-4>. Acesso em: 24 jun. 2024.

10. REID, E. et al. Palliative care needs and barriers in an urban Ugandan Emergency Department: A mixed-methods survey of emergency healthcare workers and patients. **African Journal of Emergency Medicine**, v. 13, n. 4, p. 339-344, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.afjem.2023.11.005>. Acesso em: 20 set. 2024.

11. DUDGEON, D. J. et al. Palliative Care Integration Project (PCIP) quality improvement strategy evaluation. **Journal of pain and symptom management**, v. 35, n. 6, p. 573-582, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2007.07.013>. Acesso em: 20 set. 2024.

12. GLAJCHEN, M. et al. A rapid two-stage screening protocol for palliative care in the emergency department: a quality improvement initiative. **Journal of pain and symptom management**, v. 42, n. 5, p. 657-662, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2011.06.011>. Acesso em: 20 set. 2024.
13. GRUDZEN, C. R. et al. Emergency department–initiated palliative care in advanced cancer: a randomized clinical trial. **JAMA oncology**, v. 2, n. 5, p. 591-598, 2016. Disponível em: <https://doi:10.1001/jamaoncol.2015.5252>. Acesso em: 20 set. 2024
14. O'MAHONY, S. et al. Preliminary report of a palliative care and case management project in an emergency department for chronically ill elderly patients. **Journal of Urban Health**, v. 85, p. 443-451, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s11524-008-9257-z>. Acesso em: 20 set. 2024.
15. RICHARDS, C. T. et al. Palliative care symptom assessment for patients with cancer in the emergency department: validation of the screen for palliative and end-of-life care needs in the emergency department instrument. **Journal of palliative medicine**, v. 14, n. 6, p. 757-764, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1089/jpm.2010.0456>. Acesso em: 20 set. 2024.
16. SHIN, S. H. et al. Characteristics and outcomes of patients admitted to the acute palliative care unit from the emergency center. **Journal of pain and symptom management**, v. 47, n. 6, p. 1028-1034, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2013.07.015>. Acesso em: 20 set. 2024.
17. JOHNSTON, B. M. et al. Primary data on symptom burden and quality of life among elderly patients at risk of dying during unplanned admissions to an NHS hospital: a cohort study using EuroQoL and the integrated palliative care outcome scale. **BMC palliative care**, v. 23, n. 1, p. 46, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12904-024-01384-9>. Acesso em: 20 set. 2024.
18. HO, F. et al. A reliability and validity study of the Palliative Performance Scale. **BMC palliative care**, [s. l.] v. 7, p. 1-10, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/1472-684X-7-10>. Acesso em: 24 jun. 2024.
19. HUI, D; BRUERA, E. The Edmonton Symptom Assessment System 25 years later: past, present, and future developments. **Journal of pain and symptom management**, [s. l.], v. 53, n. 3, p. 630-643, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2016.10.370>. Acesso em: 24 jun. 2024.

20. SÁNCHEZ, R.; BALLESTEROS, M.; ARNOLD, B. J. (2010). Validation of the FACT-G scale for evaluating quality of life in cancer patients in Colombia. **Quality of Life Research**, [s. l.], v. 20, n. 1, p. 19–29, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s11136-010-9727-0>. Acesso em: 24 jun. 2024.
21. SANTOS, I. S. et al. Sensibilidade e especificidade do Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) entre adultos da população geral. **Cadernos de saúde pública**, [s. l.], v. 29, p. 1533-1543, 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00144612>. Acesso em: 24 jun. 2024.
22. SOK, M.; ZAVRL, M.; GREIF, B.; SRPČIČ, M. (2019). Objective assessment of WHO/ECOG performance status. **Supportive Care in Cancer**, [s. l.], v. 27, p. 3793-3798, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s00520-018-4597-z>. Acesso em: 24 jun. 2024.
23. O’CONNOR, M.; DAVITT, J. K. The Outcome and Assessment Information Set (OASIS): A Review of Validity and Reliability. **Home Health Care Services Quarterly**, [s. l.], v. 31, n. 4, p. 267–301, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/01621424.2012.703908>. Acesso em: 24 jun. 2024.
24. CHANG, V. T.; HWANG, S. S.; THALER, H. T.; KASINIS, B. S.; PORTENOY, R. K. The Memorial Symptom Assessment Scale Short Form (MSAS-SF): Validity and reliability. **Expert Review of Pharmacoeconomics & Outcomes Research**, [s. l.], v. 4, n. 2, p. 171–178, 2004. Disponível em: [https://doi.org/10.1002/1097-0142\(20000901\)89:5<1162::AID-CNCR26>3.0.CO;2-Y](https://doi.org/10.1002/1097-0142(20000901)89:5<1162::AID-CNCR26>3.0.CO;2-Y). Acesso em: 24 jun. 2024.
25. BYOCK, I. R.; MERRIMAN, M. P. Measuring quality of life for patients with terminal illness: the Missoula–VITAS® quality of life index. **Palliative Medicine**, [s. l.], v. 12, n. 4, p. 231–244, 1998. Disponível em: <https://doi.org/10.1191/026921698670234618>. Acesso em: 24 jun. 2024.
26. MORONI, M.; ZOCCHI, D.; BOLOGNESI, D.; ABERNETHY, A.; RONDELLI, R.; SAVORANI, G. et al. The ‘surprise’ question in advanced cancer patients: a prospective study among practitioners. **Palliative Medicine**, [s. l.], v. 28, n. 7, p. 959-964, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/0269216314526273>. Acesso em: 24 jun. 2024.
27. RECCHIA, A. et al. Prevalence of delirium in end-of-life palliative care patients: an observational study. **Medical Principles and Practice**, [s. l.], v. 31, n. 2, p. 118-124, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1159/000521994>. Acesso em: 24 jun. 2024.

28. NA, H. R.; KIM, S. Y.; CHANG, Y. H.; PARK, M. H.; CHO, S. T.; HAN, I. W.; HWANG, S. A. Functional Assessment Staging (FAST) in Korean Patients with Alzheimer's Disease. **Journal of Alzheimer's Disease**, [s. l.], v. 22, n. 1, p. 151–158, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.3233/JAD-2010-100072>. Acesso em: 24 jun. 2024.
29. DUARTE, Y, A, O; ANDRADE, C. L.; LEBRÃO, M. L. O Índice de Katz na avaliação da funcionalidade dos idosos. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 41, p. 317-325, 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342007000200021>. Acesso em: 24 jun. 2024.
30. CHOI, S.; SEO, J. Analysis of caregiver burden in palliative care: An integrated review. **Nursing Forum**, [s. l.], v. 54, n. 2, p. 280-290, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/nuf.12328>. Acesso em: 24 jun. 2024.
31. EMANUEL, L. L.; ALPERT, H. R.; & EMANUEL, E. E. Concise Screening Questions for Clinical Assessments of Terminal Care: The Needs Near the End-of-Life Care Screening Tool. **Journal of Palliative Medicine**, [s. l.], v. 4, n. 4, p. 465–474, 2001. Disponível em: <https://doi.org/10.1089/109662101753381601>. Acesso em: 24 jun. 2024.
32. EuroQol, helping the world make better health decisions. **EuroQol**, Roterdão, Holanda. Disponível em: <https://euroqol.org/>. Acesso em: 20 out. 2024.
33. ÇELTEK, N. Y. et al. Karnofsky Performance Scale validity and reliability of Turkish palliative cancer patients. **Turkish journal of medical sciences**, Turquia, v. 49, n. 3, p. 894-898, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.3906/sag-1810-44>. Acesso em: 24 jun. 2024.
34. KELLY, C, M.; SHAHROKNI, A. Moving beyond Karnofsky and ECOG performance status assessments with new technologies. **Journal of oncology**, v. 2016, n. 1, p. 1-13, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1155/2016/6186543>. Acesso em: 24 jun. 2024.
35. SIMCOCK, R.; WRIGHT, J. Beyond performance status. **Clinical Oncology**, v. 32, n. 9, p. 553-561, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.clon.2020.06.016>. Acesso em: 24 jun. 2024.
36. RAMANAYAKE, R. P. J. C.; DILANKA, G. V. A.; PREMASIRI, L. W. S. S. Palliative care; role of family physicians. **Journal of family medicine and primary care**, [s. l.], v. 5, n. 2, p. 234-237, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.4103/2249-4863.192356>. Acesso em: 24 jun. 2024.

37. BAIK, D.; RUSSELL, D.; JORDAN, L.; DOOLEY, F.; BOWLES, K. H.; CREBER, R. M. M (2018). Using the Palliative Performance Scale to Estimate Survival for Patients at the End of Life: A Systematic Review of the Literature. **Journal of palliative medicine**, [s. l.], v. 21, n. 11, p. 1651-1661, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1089/jpm.2018.0141>. Acesso em: 24 jun. 2024.
38. SEOW, H. et al. The association of the palliative performance scale and hazard of death in an ambulatory cancer population. **Journal of Palliative Medicine**, v. 16, n. 2, p. 156-162, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1089/jpm.2012.0239>. Acesso em: 24 jun. 2024.
39. MORONI, M.; ZOCCHI, D.; BOLOGNESI, D.; ABERNETHY, A.; RONDELLI, R.; SAVORANI, G. et al. The ‘surprise’ question in advanced cancer patients: a prospective study among practitioners. **Palliative Medicine**, [s. l.], v. 28, n. 7, p. 959-964, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/0269216314526273>. Acesso em: 24 jun. 2024.
40. KIRKLAND, S. W. et al. Screening tools to identify patients with unmet palliative care needs in the emergency department: A systematic review. **Academic Emergency Medicine**, [s. l.], v. 29, n. 10, p. 1229-1246, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/acem.14492>. Acesso em: 24 jun. 2024.
41. DE SOUZA, F. N.; DA SILVA, V. G.; DA SILVA, A. S. Factors associated with emergency room visit or hospitalization in care oncology home care: an integrative review. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, [s. l.], v. 15, n. 1, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v15.12000>. Acesso em: 24 jun. 2024.
42. MURTAGH, F. E.; RAMSENTHALER, C.; FIRTH, A. et al. A brief, patient- and proxy-reported outcome measure in advanced illness: Validity, reliability and responsiveness of the Integrated Palliative care Outcome Scale (IPOS). **Palliative Medicine**, [s. l.], v. 33, n. 8, p. 1045-1057, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/0269216319854264>. Acesso em: 24 jun. 2024.
43. ROCH, C.; PALZER, J.; ZETZL, T.; STÖRK S, FRANTZ S, VAN OORSCHOT B. Utility of the integrated palliative care outcome scale (IPOS): a cross-sectional study in hospitalised patients with heart failure. **European Journal of Cardiovascular Nursing**, [s. l.], v. 19, n. 8, p. 702-710, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/1474515120919386>. Acesso em: 24 jun. 2024.
44. HEARN, J.; HIGGINSON, I. J; Development and validation of a core outcome measure for palliative care: the palliative care outcome scale. **Quality and Safety in Health Care**, [s. l.], v. 8, n. 4, p. 219–227, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/qshc.8.4.219>. Acesso em: 24 jun. 2024.

45. COLOMBO, R. et al. Implementation and preliminary analysis of FACT-G quality of life questionnaire within an oncology survivorship clinic. **Cureus**, [s. l.], v. 10, n. 3, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.7759/cureus.2272/>. Acesso em: 24 jun. 2024.
46. HAGIWARA, Y. et al. Mapping EORTC QLQ-C30 and FACT-G onto EQ-5D-5L index for patients with cancer. **Health and quality of life outcomes**, v. 18, p. 1-10, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12955-020-01611-w>. Acesso em: 24 out. 2024.
47. RAMOS-GOÑI, J. M.; OPPE, M., SLAAP, B.; BUSSCHBACH, J. J. V.; STOLK, E. Quality Control Process for EQ-5D-5L Valuation Studies. **Value in Health**, v. 20, n. 3, p. 466–473, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jval.2016.10.012>. Acesso em: 24 out. 2024.
48. ROCH, C.; PALZER, J.; ZETZL, T.; STÖRK S, FRANTZ S, VAN OORSCHOT B. Utility of the integrated palliative care outcome scale (IPOS): a cross-sectional study in hospitalised patients with heart failure. **European Journal of Cardiovascular Nursing**, [s. l.], v. 19, n. 8, p. 702-710, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/1474515120919386>. Acesso em: 24 jun. 2024.
out. 2024.

ANEXOS

ANEXO 1 - Relação da estratégia de busca para cada base de dados.

PUBMED:

1 "Surveys and Questionnaires"[Mesh] OR (Questionnaires and Surveys) OR (Survey Methods) OR (Methods, Survey) OR (Survey Method) OR (Methodology, Survey) OR (Survey Methodology) OR (Surveys) OR (Survey) OR (Questionnaires) OR (Questionnaire)

2 "Palliative Care"[Mesh] OR (Care, Palliative) OR (Treatment, Palliative) OR (Treatments, Palliative) OR (Therapy, Palliative) OR (Palliative Therapy) OR (Palliative Supportive Care) OR (Supportive Care, Palliative) OR (Hospice Care) OR (Care, Hospice)

3 "Patient Outcome Assessment"[Mesh] OR (Assessments, Patient Outcome) OR (Outcome Assessments, Patient) OR (Patient Outcome Assessments) OR (Patient-Centered Outcomes Research) OR (Patient Centered Outcomes Research) OR (Research, Patient-Centered Outcomes) OR (Outcome Assessment, Patient) OR (Outcomes Assessments, Patient) OR (Assessment, Patient Outcome) OR (Assessment, Patient Outcomes) OR (Patient Outcomes Assessment)

4 "Emergency Service, Hospital"[Mesh] OR (Emergency Services, Hospital) OR (Hospital Emergency Services) OR (Services, Hospital Emergency) OR (Service, Hospital Emergency) OR (Emergency Hospital Servic*) OR (Hospital Service, Emergency) OR (Hospital Services, Emergency) OR (Service, Emergency Hospital) OR (Services, Emergency Hospital) OR (Hospital Service Emergency) OR (Emergencies, Hospital Service) OR (Emergency, Hospital Service) OR (Hospital Service Emergencies) OR (Service Emergencies, Hospital) OR (Service Emergency, Hospital) OR (Hospital Emergency Room) OR (Emergency Room, Hospital) OR (Emergency Rooms, Hospital) OR (Hospital Emergency Roo*) OR (Room, Hospital Emergency) OR (Rooms, Hospital Emergency) OR (Accident and Emergency Department) OR (Emergency War*) OR (Ward, Emergency) OR (Wards, Emergency) OR (Emergency Departmen*) OR (Department, Emergency) OR (Departments, Emergency) OR (Emergency Uni*) OR (Unit, Emergency) OR (Units, Emergency) OR (Hospital Emergency Service) OR (Emergency Roo*) OR (Room, Emergency) OR (Rooms, Emergency)

5 “Emergency Medical Services”[Mesh] OR (Emergency Services, Medical) OR (Emergency Service, Medical) OR (Medical Emergency Servic*) OR (Service, Medical Emergency) OR (Services, Medical Emergency) OR (Medical Services, Emergency) OR (Emergency Medical Service) OR (Medical Service, Emergency) OR (Service, Emergency Medical) OR (Services, Emergency Medical) OR (Prehospital Emergency Care) OR (Emergency Care, Prehospital) OR (Emergicente*) OR (Emergency Care) OR (Emergency Health Servi*) OR (Health Service, Emergency) OR (Health Services, Emergency) OR (Service, Emergency Health) OR (Services, Emergency Health)

PORTAL BVS:

1 MH:"Inquéritos e Questionários" OR (Enquetes e Questionários) OR (Levantamentos e Questionários) OR (Pesquisas e Questionários) OR (Inquéritos) OR (Inquérito) OR (Enquete) OR (Enquetes) OR (Questionários) OR (Questionário) OR (Surveys and Questionnaires) OR (Encuestas y Cuestionarios) OR (Enquêtes et questionnaires) OR MH:E05.318.308.980\$ OR MH:N05.715.360.300.800\$ OR MH:N06.850.520.308.980\$

2 MH:"Cuidados Paliativos" OR (Tratamento Paliativo) OR (Cuidado Paliativo de Apoio) OR (Cuidado Paliativo) OR (Assistência Paliativa) OR (Palliative Care) OR (Cuidados Paliativos) OR (Soins palliatifs) OR MH:E02.760.666\$ OR MH:N02.421.585.666\$

3 MH:"Cuidados Paliativos na Terminalidade da Vida" OR (Programas de Cuidados Paliativos) OR (Cuidados a Doentes Terminais) OR (Cuidado Paliativo a Doentes Terminais) OR (Programas de Cuidados Intermitentes) OR (Cuidados de Conforto) OR (Hospice Care) OR (Cuidados Paliativos al Final de la Vida) OR (Accompagnement de la fin de la vie) OR MH:E02.760.905.400\$ OR MH:N02.421.585.905.400\$

4 MH:"Avaliação em Saúde" OR (Health Evaluation) OR (Evaluación en Salud) OR (Évaluation de la Santé) OR MH:SP1.101.450\$

5 MH:"Serviço Hospitalar de Emergência" OR (Emergency Service, Hospital) OR (Servicio de Urgencia en Hospital) OR (Service hospitalier d'urgences) OR

MH:N02.278.216.500.968.336 OR MH:N02.421.297.195 OR MH:N04.452.442.452.422.336
OR MH:VS3.002.001.001.008.005\$

6 MH:”Serviços Médicos de Emergência” OR (Emergency Medical Services) OR (Servicios Médicos de Urgencia) OR (Services des urgences médicales) OR MH:N02.421.297 OR MH:SP8.570.498.526.628.660.191.840 OR MH:VS3.002.001.001.009\$

7 MH:”Tratamento de Emergência” OR (Emergency Treatment) OR (Tratamiento de Urgencia) OR (Traitement d'urgence) OR MH:E02.365 OR MH:VS3.003.001.006.001\$

COCHRANE LIBRARY:

1 (Surveys and Questionnaires) OR (Designs, Questionnaire) OR (Design, Questionnaire) OR (Questionnaire Design) OR (Questionnaire Designs) OR (Questionnaires and Surveys) OR (Questionnaires) OR (Questionnaire)

2 (Palliative Care) OR (Palliative Supportive Care) OR (Palliative Therapy) OR (Supportive Care, Palliative) OR (Treatments, Palliative) OR (Palliative Treatments) OR (Treatment, Palliative) OR (Therapy, Palliative) OR (Palliative Treatment) OR (Care, Palliative) OR (Hospice Care) OR (Care, Hospice)

3(Patient Outcome Assessment) OR (Assessments, Patient Outcome) OR (Outcome Assessments, Patient) OR (Patient Outcome Assessments) OR (Patient-Centered Outcomes Research) OR (Patient Centered Outcomes Research) OR (Research, Patient-Centered Outcomes) OR (Outcome Assessment, Patient) OR (Outcomes Assessments, Patient) OR (Assessment, Patient Outcome) OR (Assessment, Patient Outcomes) OR (Patient Outcomes Assessment)

4 (Emergency Medical Services) OR (Emergency Services, Medical) OR (Emergency Service, Medical) OR (Medical Emergency Servic*) OR (Service, Medical Emergency) OR (Services, Medical Emergency) OR (Medical Services, Emergency) OR (Emergency Medical Service) OR (Medical Service, Emergency) OR (Service, Emergency Medical) OR (Services, Emergency Medical) OR (Prehospital Emergency Care) OR (Emergency Care, Prehospital) OR (Emergicente*) OR (Emergency Care) OR (Emergency Health Servi*) OR (Health

Service, Emergency) OR (Health Services, Emergency) OR (Service, Emergency Health) OR (Services, Emergency Health)

SCOPUS:

1 "Surveys and Questionnaires" OR "Questionnaires and Surveys" OR "Survey Methods" OR "Methods, Survey" OR "Survey Method" OR "Methodology, Survey" OR "Survey Methodology" OR "Surveys" OR "Survey" OR "Questionnaires" OR "Questionnaire"

2 "Palliative Care" OR "Care, Palliative" OR "Treatment, Palliative" OR "Treatments, Palliative" OR "Therapy, Palliative" OR "Palliative Therapy" OR "Palliative Supportive Care" OR "Supportive Care, Palliative" OR "Hospice Care" OR "Care, Hospice"

3 "Patient Outcome Assessment" OR "Assessments, Patient Outcome" OR "Outcome Assessments, Patient" OR "Patient Outcome Assessments" OR "Patient-Centered Outcomes Research" OR "Patient Centered Outcomes Research" OR "Research, Patient-Centered Outcomes" OR "Outcome Assessment, Patient" OR "Outcomes Assessments, Patient" OR "Assessment, Patient Outcome" OR "Assessment, Patient Outcomes" OR "Patient Outcomes Assessment"

4 "Emergency Medical Services" OR "Emergency Services, Medical" OR "Emergency Service, Medical" OR "Medical Emergency Servic*" OR "Service, Medical Emergency" OR "Services, Medical Emergency" OR "Medical Services, Emergency" OR "Emergency Medical Service" OR "Medical Service, Emergency" OR "Service, Emergency Medical" OR "Services, Emergency Medical" OR "Emergicente*" OR "Emergency Care" OR "Emergency Health Servi*" OR "Health Service, Emergency" OR "Health Services, Emergency" OR "Service, Emergency Health" OR "Services, Emergency Health"

EMBASE:

1 'questionnaire'/exp 'OR questionnaires' OR 'surveys and questionnaires' OR 'questionnaire' OR 'clinical assessment tool'

2 'palliative therapy'/exp OR 'palliation' OR 'palliative care' OR 'palliative consultation' OR 'palliative medicine' OR 'palliative treatment' OR 'symptomatic treatment' OR 'palliative therapy' OR 'hospice care'

3 'clinical evaluation'/exp

4 'emergency healthcare service'/exp OR 'emergency center' OR 'emergency centre' OR 'emergency health care service' OR 'emergency healthcare service' OR 'emergency medical service' OR 'emergency medical services' OR 'emergency service' OR 'health service, emergency' OR 'emergency health service'

WEB OF SCIENCE:

1 ALL=(Surveys and Questionnaires) OR ALL=(Questionnaires and Surveys) OR ALL=(Survey Methods) OR ALL=(Methods, Survey) OR ALL=(Survey Method) OR ALL=(Methodology, Survey) OR ALL=(Survey Methodology) OR ALL=(Surveys) OR ALL=(Survey) OR ALL=(Questionnaires) OR ALL=(Questionnaire)

2 ALL=(Palliative Care) OR ALL=(Care, Palliative) OR ALL=(Treatment, Palliative) OR ALL=(Treatments, Palliative) OR ALL=(Therapy, Palliative) OR ALL=(Palliative Therapy) OR ALL=(Palliative Supportive Care) OR ALL=(Supportive Care, Palliative) OR ALL=(Hospice Care) OR ALL=(Care, Hospice)

3 ALL=(Patient Outcome Assessment) OR ALL=(Assessments, Patient Outcome) OR ALL=(Outcome Assessments, Patient) OR ALL=(Patient Outcome Assessments) OR ALL=(Patient-Centered Outcomes Research) OR ALL=(Patient Centered Outcomes Research) OR ALL=(Research, Patient-Centered Outcomes) OR ALL=(Outcome Assessment, Patient) OR ALL=(Outcomes Assessments, Patient) OR ALL=(Assessment, Patient Outcome) OR ALL=(Assessment, Patient Outcomes) OR ALL=(Patient Outcomes Assessment)

4 ALL=(Emergency Care) OR ALL=(Emergency Health Care) OR ALL=(Emergency Hospital Service) OR ALL=(Emergency Health Services) OR ALL=(Emergency Medical Services) OR ALL=(Emergency Department) OR ALL=(Emergency Center)

CINAHL:

1 (MH “Clinical Assessment Tools”) OR (Questionnaires) OR (Surveys)

2 (MH "Terminal Care") OR (Palliative Care) OR (Hospice Care)

3 (MH “Patient Assessment”) OR (Symptom Burden) OR (Signs and Symptoms) OR (Symptoms)

4 (MH "Outcome Assessment") OR (Assessment, Outcome) OR (Assessment, Outcomes) OR (Assessments Outcome) OR (Assessments Outcomes) OR (Measurements Outcome) OR (Measurements, Outcome) OR (Outcome Assessments) OR (Outcome Measurement) OR (Outcome Measurements) OR (Outcomes Analysis) OR (Outcomes Assessment) OR (Outcomes Measurement) OR (Patient Outcome Assessment) OR (Patient Outcome Assessment)

OR (Patient Outcome Measurement) OR (Patient Outcome Measurements)

5 (MH “Emergencies”) OR (Emergency Service) OR (Emergency Care)

SCIELO:

1 (Inquéritos e Questionários) OR (Enquetes e Questionários) OR (Levantamentos e Questionários) OR (Pesquisas e Questionários) OR (Inquéritos) OR (Inquérito) OR (Enquete) OR (Enquetes) OR (Questionários) OR (Questionário) OR (Surveys and Questionnaires) OR (Encuestas y Cuestionarios) OR (Enquêtes et questionnaires) OR (Avaliação em Saúde) OR (Health Evaluation) OR (Evaluación en Salud) OR (Évaluation de la Santé)

2 (Cuidados Paliativos) OR (Tratamento Paliativo) OR (Cuidado Paliativo de Apoio) OR (Cuidado Paliativo) OR (Assistência Paliativa) OR (Palliative Care) OR (Cuidados Paliativos) OR (Soins palliatifs) OR (Cuidados Paliativos na Terminalidade da Vida) OR (Programas de Cuidados Paliativos) OR (Cuidados a Doentes Terminais) OR (Cuidado Paliativo a Doentes Terminais) OR (Programas de Cuidados Intermitentes) OR (Cuidados de Conforto) OR

(Hospice Care) OR (Cuidados Paliativos al Final de la Vida) OR (Accompagnement de la fin de la vie)

3 (Serviço Hospitalar de Emergência) OR (Emergency Service, Hospital) OR (Servicio de Urgencia en Hospital) OR (Service hospitalier d'urgences) OR (Serviços Médicos de Emergência) OR (Emergency Medical Services) OR (Servicios Médicos de Urgencia) OR (Services des urgences médicales) OR (Tratamento de Emergência) OR (Emergency Treatment) OR (Tratamiento de Urgencia) OR (Traitement d'urgence)

ANEXO 2 - Artigo 2, em português:

AVALIAÇÃO CLÍNICA DE PACIENTES EM CUIDADOS PALIATIVOS EM AMBIENTE DE EMERGÊNCIAS CLÍNICAS: REVISÃO INTEGRATIVA

1 INTRODUÇÃO

Doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), são a principal causa de óbito no mundo (1), e suas agudizações levam a condições que motivam pacientes a procurar atendimento de urgência (2). Neste contexto, o cuidado paliativo (CP) se apresenta como importante estratégia na condução do cuidado clínico de pacientes com DCNT, pelo seu potencial de atuar em sintomas físicos, psíquicos e sociais, aliviando e prevenindo o sofrimento do paciente e de sua família e proporcionando melhor qualidade de vida (3).

Desde o surgimento do CP, foram desenvolvidos diversos métodos de rastreio que avaliam pacientes quanto ao prognóstico e sintomas apresentados (como dor, dispneia e insônia). Estes instrumentos auxiliam na condução e direcionamento do plano terapêutico, por reconhecer individualidades de cada paciente, possibilitando uma uniformização das condutas clínicas e proporcionando segurança quanto à avaliação realizada (4). Apesar da disponibilidade destes instrumentos, são escassas pesquisas que avaliem a aplicabilidade destes métodos operacionais em contextos específicos de cuidado, como em emergências hospitalares (5), unindo dados fornecidos pelos instrumentos e sua aplicabilidade prática, sensibilidade e especificidade, dificuldades e facilidades.

Dessa forma, compreende-se que por mais que existam instrumentos que se prestam a identificar pacientes que têm indicação de cuidados paliativos quando consultados em uma emergência. Contudo, há muitos outros instrumentos que podem ser utilizados para auxiliar na tomada de decisões clínicas e promover uma assistência mais adequada, como o *Palliative Performance Scale* (PSS) e o *Edmonton Symptom Assessment Scale* (ESAS), promovendo melhor qualidade de vida e maior satisfação no cuidado.

Neste sentido, o objetivo deste estudo é buscar na literatura instrumentos de avaliação de pacientes em cuidados paliativos em ambientes de urgência e emergência, assim como investigar suas aplicabilidades clínicas, dados fornecidos, vantagens e desvantagens de seu uso nesses contextos.

2 MÉTODO

Trata-se de uma revisão integrativa de literatura, método amplamente utilizado na prática baseada em evidência. Representa uma metodologia com possibilidade de inclusão de fontes empíricas e teóricas, experimentais e não experimentais (6), resumizando literatura que proporcione um entendimento mais compreensivo de um fenômeno particular ou problema de saúde (7). Este tipo de revisão tem a finalidade de reunir e sintetizar resultados de pesquisas sobre um delimitado tema ou questão, contribuindo para o aprofundamento do conhecimento do tema investigado (8).

Inicialmente foi realizada revisão nas principais bases de dados de estudos secundários (Trip Database, Cochrane Library, Center for Review and Dissemination, Pubmed Clinical Queries, UpToDate e The Centre for Evidence-Based Medicine da Universidade de Oxford) na busca de estudos que pudessem já responder à pergunta de pesquisa. Embora encontrados instrumentos de avaliação de CP, poucos estudos avaliavam a aplicabilidade destes em atendimentos de emergência.

Para dar início à revisão integrativa, esta foi estruturada em seis fases: seleção da questão de pesquisa; busca na literatura; categorização de dados; análise dos estudos incluídos na revisão; interpretação e síntese dos resultados e apresentação da revisão.

Para elaboração da pergunta de pesquisa, foi utilizada a estratégia PICO, em que a população (P) consiste em instrumentos de avaliação, a intervenção (I) consiste na aplicabilidade em cuidados paliativos, não há grupo de controle ou comparação (C), e o desfecho (O) consiste na avaliação clínica (incluindo avaliação de necessidades, de prognóstico e de sintomas) em urgência e emergência. Dessa forma, a pergunta elaborada foi “Quais são os instrumentos disponíveis para avaliação clínica de pacientes em cuidados paliativos em cenário de urgência e emergência?”.

Para a busca na literatura, foi adotada estratégia de alta sensibilidade, no intuito de aumentar o rigor e a qualidade dos resultados encontrados. Os termos utilizados na busca foram identificados no *Medical Subjects Headings* (MeSH) e/ou no Descritores de Ciências da Saúde (DeCS). Os termos foram então adaptados de acordo com o dicionário de cada base, associados aos operadores booleanos AND, para ocorrência simultânea de assuntos, e OR, para ocorrência de um ou outro assunto.

Foram utilizadas as bases de dados eletrônicas altamente recomendáveis na literatura, a saber: PubMed/MEDLINE, *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL), EMBASE, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Cochrane Library*, *Web of Science*, *Scopus* e Scielo. Além disso, utilizamos

pesquisas manuais para verificar as listas de referências dos estudos selecionados para verificar se essas referências incluíam relatórios de outros estudos que poderiam ser elegíveis para esta revisão.

Posteriormente à busca, realizada por dois revisores independentes, as evidências encontradas foram exportadas ao software Endnote® versão online, para a realização das possíveis exclusões de artigos indexados em duplicidade, e ao aplicativo Rayyan QCRI, para a triagem inicial de resumos e títulos usando um processo automatizado (9).

Os critérios de elegibilidade foram estabelecidos com base na questão de revisão. Assim, foram incluídos: estudo observacionais (incluindo prospectivos e retrospectivos), estudos coorte do tipo caso controle, estudos transversais, estudos experimentais e quase-experimentais que abordassem instrumentos de avaliação de pacientes em cuidados paliativos, no que tange prognóstico e sintomatologia apresentada, sem restrição de idioma e sem restrição em data de publicação. Os critérios de exclusão foram os seguintes: estudos que não envolvam instrumentos de avaliação clínica; estudos abordando avaliação de pacientes em contextos que não de urgência e emergência; instrumentos de avaliação de população pediátrica; e outros tipos de publicação que não artigos, como resumos de conferências, resenhas, cartas, editoriais, teses, revisões, dissertações e capítulos de livros. A busca ocorreu em setembro de 2024.

Dois revisores independentes extraíram as informações dos artigos selecionados usando um formulário padronizado (9), baseado na estratégia PICO, coletando dados sobre: autor(es), data do artigo, país, tipo de pesquisa, definição da amostra, mensuração de variáveis e análise estatística, principais resultados e conclusões. Assim, os dados de todos os estudos selecionados foram duplamente extraídos para verificação da consistência e quaisquer discrepâncias surgidas foram discutidas e resolvidas pelos pesquisadores, ou então encaminhadas ao terceiro revisor para decisão final.

O presente estudo não necessitou ser submetido a um Comitê de Ética em Pesquisa por tratar-se de uma revisão integrativa da literatura e ter utilizado fontes de domínio público para sua realização. Foram seguidos rigorosamente os cuidados éticos na busca, discussão e apresentação dos resultados.

3 RESULTADOS

Após seguidas etapas de busca de alta sensibilidade, foram encontrados 689 artigos. Posteriormente, após exclusão de duplicidade, triagem automatizada e avaliação de critérios

de inclusão, compuseram a amostra final desta revisão um total de oito estudos. Os resultados de cada etapa se encontram na imagem abaixo.

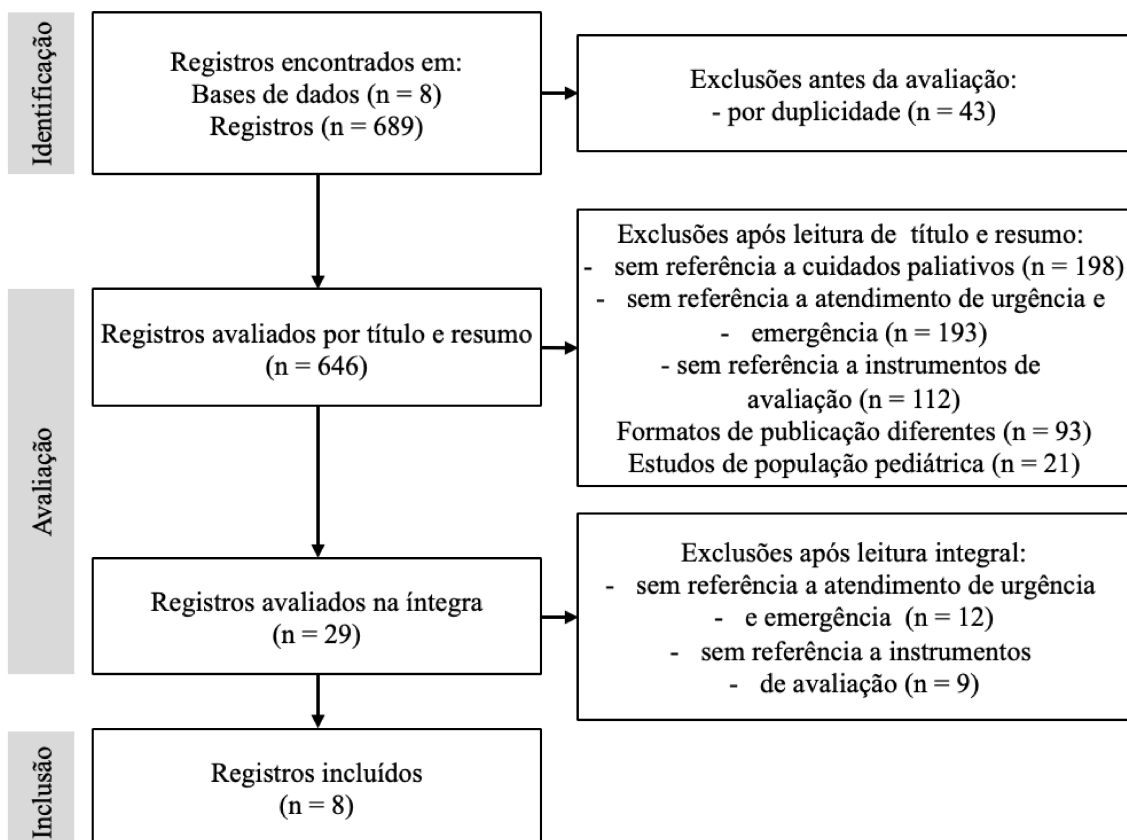


Imagem 1. Apresentação do fluxograma de seleção e exclusão de artigos.

A partir da leitura integral dos oito estudos encontrados, foram extraídas as informações pertinentes à presente revisão conforme disposto na Tabela 1.

Título do estudo. Autores.	País. Ano.	Objetivo	Instru-mento utilizado	Aplicação do instrumento no estudo
Palliative care needs and barriers in an urban Ugandan Emergency	Uganda. 2023.	Avaliar demandas em cuidado paliativo de pacientes com doenças incuráveis e barreiras percebidas	IPOS – Integrate d Palliative Outcome	A escala foi utilizada para coletar dados sociodemográficos e avaliar demandas multidimensionais de

<p>Department: A mixed-methods survey of emergency healthcare workers and patients (10).</p> <p>Reid et al</p>		<p>por profissionais da saúde no Departamento de Emergência do Hospital de Referência Nacional Kiruddu, em Kampala, Uganda</p>	<p>Assessm ent</p>	<p>pacientes com doenças crônicas, incluindo a carga de sintomas como dor</p>
<p>Palliative Care Integration Project (PCIP) Quality Improvement Strategy Evaluation (11).</p> <p>Dudgeon et al.</p>	<p>Canadá. 2008.</p>	<p>Avaliar os desfechos de continuidade de cuidado, maior uniformidade em cuidado, maior eficiência e mais fácil acesso de pacientes em CP com a implementação do Palliative Care Integration Project (PCIP), um programa proposto para interligar níveis de cuidado</p>	<p>ESAS – Edmonton Symptom Assessment Scale PPS – Palliative Performance Scale</p>	<p>A escala ESAS foi utilizada para avaliar sintomas dos pacientes no momento de inclusão no projeto estudado (PCIP), e ao final do mesmo, como uma medida de efeito da participação.</p> <p>A escala PPS foi utilizada como um dado de prontuário para informar a funcionalidade do paciente incluído de forma pontual.</p>
<p>A Rapid Two-Stage Screening Protocol for Palliative Care</p>	<p>Estados Unidos. 2011.</p>	<p>Avaliar a implementação de um protocolo chamado BriefPal para avaliação de</p>	<p>KPSI – Karnofsky Performance</p>	<p>A escala KPSI, por avaliar funcionalidade, foi utilizada neste estudo para fins de estratificação dos</p>

<p>in the Emergency Department: A Quality Improvement Initiative (12). Glajchen et al.</p>		<p>necessidades não atendidas de pacientes de 65 anos ou mais e seus cuidadores em um departamento de emergência</p>	<p>nice Scale Index MSAS – Memoria l Symptom Assessm ent Scale</p>	<p>pacientes e registro de seu <i>status</i> <i>performance</i>. A escala MSAS, por avaliar sintomas e seus níveis, foi utilizada no estudo como uma forma de identificar e direcionar condutas para alívio de sintomas.</p>
<p>Emergency Department–Ini tiated Palliative Care in Advanced Cancer A Randomized Clinical Trial (13). Grudzen et al.</p>	<p>Estados Unidos. 2016.</p>	<p>Comparar qualidade de vida, nível de depressão, demanda em saúde e sobrevida em pacientes atendidos no setor de emergência do hospital, entre os que receberam cuidados usuais e os que foram já na emergência consultados por especialistas em cuidados paliativos</p>	<p>ECOG – Eastern Cooperat ive Oncolog y Group FACT-G – Function al Assessm ent of Cancer Therapy - General measure</p>	<p>A escala ECOG foi utilizada para estratificação do <i>status</i> <i>performance</i> dos pacientes. A escala FACT-G foi utilizada em dois momentos: no início, para avaliar a qualidade de vida referida por estes pacientes antes de receber cuidados, e ao final do período em que foram, ou submetidos a cuidados usuais, ou já associado a cuidados paliativos</p>

<p>Preliminary Report of a Palliative Care and Case Management Project in an Emergency Department for Chronically Ill Elderly Patients (14).</p> <p>O'Mahony et al.</p>	<p>Estados Unidos. 2014.</p>	<p>Apresentar dados iniciais de um projeto que iniciou no Centro Médico Montefiore um serviço de cuidados paliativos no departamento de emergência, na intenção de avaliar efetividade do projeto em melhorar a qualidade de vida e impactar na utilização de serviços de urgência</p>	<p>PPS – Palliative Performance Scale</p> <p>MSAS - Memoria l Symptom Assessm ent Scale</p> <p>MVQoLI - Missoula Vitas Quality of Life Index</p>	<p>A escala PPS é utilizada como uma ferramenta de triagem inicial, avaliando o <i>status performance</i> do paciente.</p> <p>A escala MSAS é utilizada para avaliar principais sintomas apresentados pelos pacientes, na intenção de direcionar condutas, também em um momento inicial de triagem de demandas.</p> <p>A escala MVQoLI avalia a qualidade de vida do paciente ao final do período de atendimento no departamento de emergência.</p>
<p>Palliative Care Symptom Assessment for Patients with Cancer in the Emergency Department:</p>	<p>Estados Unidos. 2011.</p>	<p>Desenvolver e validar um instrumento de avaliação de demandas em cuidados paliativos para pacientes com câncer em</p>	<p>NEST – Needs at the End-of-Life Screening Tool</p>	<p>O instrumento NEST serviu, neste estudo, como base para a elaboração do instrumento SPEED, sendo feita adaptação das questões por um</p>

<p>Validation of the Screen for Palliative and End-of-Life Care Needs in the Emergency Department Instrument (15).</p> <p>Richards et al.</p>		<p>departamento de emergência</p>	<p>SPEED - Screen for Palliative and End-of-life care needs in the Emergency Department</p>	<p>painel de especialistas em emergência e cuidados paliativos, com posterior validação do SPEED pareando suas questões com as do NEST, aplicando coeficiente de Cronbach</p>
<p>Characteristics and Outcomes of Patients Admitted to the Acute Palliative Care Unit From the Emergency Center (16).</p> <p>Shin et al.</p>	<p>Estados Unidos. 2013.</p>	<p>Comparar, de forma retrospectiva, intensidade de sintomas e taxa de sobrevivência em pacientes admitidos em setor de cuidados paliativos oriundos da emergência e oriundos de transferência.</p>	<p>ESAS - Edmonton Symptom Assessment Scale</p>	<p>A escala ESAS foi utilizada para avaliar sintomas dos pacientes apresentados no momento de admissão no departamento de cuidados paliativos, de maneira a comparar grupo oriundo de emergência e grupo oriundo de transferência.</p>
<p>Primary data on symptom burden and quality of life among elderly</p>	<p>Irlanda. 2024.</p>	<p>Avaliar sintomas apresentados e qualidade de vida reportada por pacientes acima de 75</p>	<p>IPOS - Integrated Palliative Outcome</p>	<p>A IPOS foi usada para analisar demandas e sintomas gerais dos pacientes.</p>

<p>patients at risk of dying during unplanned admissions to an NHS hospital: a cohort study using EuroQoL and the integrated palliative care outcome scale (17).</p> <p>Johnston et al.</p>		<p>anos de idade, com probabilidade de óbito durante internação não programada,</p>	<p>Assessm ent</p> <p>EQ5D5L</p> <p>-</p> <p>European Quality of Life Question naire</p> <p>5-Dimen sions</p> <p>5-Levels</p> <p>EQVAS - European Quality of Life Visual Analogue Scale</p>	<p>As escalas EQ5D5L e EQVAS foram utilizadas para avaliar a qualidade de vida do paciente nos dois momentos da pesquisa.</p> <p>As três escalas foram pareadas com coeficiente de correlação de postos Spearman's (ρ).</p>
---	--	---	---	---

Tabela 1. Apresentação da síntese dos estudos incluídos na revisão.

Dos estudos incluídos, faz-se os seguintes apontamentos: duas publicações são posteriores ao ano de 2020 (10, 17), quatro foram publicadas entre 2020 e 2010 (12, 13, 15, 16) e duas antes de 2010 (11, 14). Quanto ao país de publicação, uma publicação é irlandês (17), uma é canadense (11), uma é ugandense (10) e cinco são norte-americanas (12, 13, 14, 15, 16). Quanto à metodologia, foram incluídos seis estudos descritivos (10, 11, 12, 16, 17), um estudo metodológico de validação de uma nova escala (15) e um ensaio clínico randomizado (13).

Dos instrumentos de avaliação descritos nos estudos selecionados, faz-se os seguintes apontamentos: dois instrumentos têm sua criação descrita nas publicações (BriefPal e

SPEED) e três instrumentos são utilizados em dois estudos diferentes (Palliative Performance Scale, ou PPS, Edmonton Symptom Assessment Scale, ou ESAS, e Integrated Palliative care Outcome Scale, ou IPOS). Os demais instrumentos envolvidos nos estudos são: 9-item Patient Health Questionnaire (PHQ-9), Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG), Functional Assessment of Cancer Therapy - General measure (FACT-G), Outcome and Assessment Information Set (OASIS), Missoula Vitas Quality of Life Index (MVQoLI), Memorial Symptom Assessment Scale (MSAS), pergunta surpresa (PS), Memorial Delirium Assessment Scale (MDAS), European Quality of Life 5-dimensions 5-levels (EQ5D5L) e European Quality of Life Visual Analogue Scale (EQVAS).

Um resumo breve dos instrumentos descritos nos estudos encontra-se na tabela 2.

Ferramenta/ Escala	O que avalia	Estrutura da escala
Palliative Performance Scale PPS	Avalia funcionalidade de pacientes com doenças graves e limitadoras por meio de cinco dimensões: deambulação, nível de atividade e evidência de doença, autocuidado, ingestão oral e nível de consciência. O avaliador quem gradua e define a pontuação do paciente avaliado.	A escala gradua os cinco itens de forma independente, mas com escore global final definido pela pontuação mais baixa dentre as designadas a cada item. A graduação é feita em 11 níveis, de 0% a 100%, sendo 0% o paciente sem funcionalidade (em óbito) e 100% o paciente plenamente funcional e saudável.
Edmonton Symptom Assessment Scale ESAS	Avalia presença e intensidade dos sintomas disponíveis na escala e um sintoma referido pelo paciente. O paciente responde, graduando o sintoma de acordo com sua percepção nas últimas 24 horas. Pode ser aplicada tanto pontualmente, quanto de forma longitudinal,	Dez escalas numéricas graduadas numericamente, de zero a dez, sendo nove para sintomas definidos (dor, atividade, náusea, depressão, ansiedade, tontura, apetite, bem-estar e falta de ar), e uma para um sintoma ou queixa que o paciente define no momento do preenchimento, de

	como uma maneira de avaliar a evolução de sintomas e resposta a tratamentos instituídos.	acordo com demanda pessoal, como prurido, confusão, insônia.
Integrated Palliative care Outcome Scale IPOS	Avaliação multidimensional de sintomas, demandas psicológicas, sociais e familiares de pacientes portadores de neoplasia. Pode ser respondida pelo próprio paciente e a resposta deve ter como base as percepções dos últimos três dias.	12 perguntas, sendo dez delas envolvendo questionamentos sobre os últimos três dias anteriores à resposta. As respostas são pontuadas conforme escala Likert. Completando a ferramenta, há um espaço aberto para trazer outros problemas diversos no período e o questionamento sobre a pontuação na escala ECOG do paciente.
Eastern Cooperative Oncology Group ECOG	Avalia performance clínica global de pacientes portadores de câncer, para fins de definição da proposta terapêutica. Escala aplicada pelo avaliador, conforme sua percepção do paciente.	Escala composta de seis graduações, variando de hígido (zero) a paciente em óbito (5).
Functional Assessment of Cancer Therapy - General measure FACT-G	Avaliação de qualidade de vida de pacientes oncológicos, podendo ser auto aplicado, ou aplicado sob a forma de uma entrevista. Avalia estado de saúde física geral, ambiente familiar e social, estado emocional, capacidade funcional e relação com médico assistente. Idealmente, o paciente deve responder	Composta por 28 itens que avaliam cinco domínios interligados. Cada item avaliado dispõe de cinco respostas possíveis, graduados de zero a 4, sendo zero indicando ausência do comprometimento no item avaliado, e quatro indicando total comprometimento.

	sobre cada item levando em conta sua percepção ao longo dos últimos sete dias.	
Memorial Symptom Assessment Scale MSAS	Avaliação multidimensional de sintomas em pacientes oncológicos na semana que antecede a aplicação do questionário.	Dividida em duas seções. A primeira, questiona frequência, intensidade e nível de desconforto ou incômodo gerados por 24 sintomas. A segunda, questiona a severidade e o nível de desconforto ou incômodo gerados por outros 8 sintomas. Ao final, há um espaço para o paciente relatar três outros sintomas, a seu critério, caso estes não estejam na relação de 32 sintomas questionados, e então indicar quão desconfortável ou incomodado ele ficou pelo sintoma.
Missoula Vitas Quality of Life Index MVQoLI	Avaliação multidimensional da qualidade de vida de pacientes, questionando questões psicológicas, emocionais e espirituais, de forma auto reportada. Foca em fases avançadas de doenças e permite ao paciente apontar quais sintomas são mais importantes de receberem atenção no referido momento.	São 26 perguntas, cujas respostas são marcadas em uma escala visual de cinco pontos. A primeira pergunta é global, questionando como o paciente classifica sua qualidade de vida - a melhor possível, ou a pior possível -; seguida de perguntas sobre sintomas, seus controles, questões psicológicas associadas aos sintomas; perguntas sobre sua funcionalidade e percepções do paciente quanto a mudanças na sua funcionalidade; perguntas sobre relacionamentos do paciente com seus familiares, seus próximos e suas repercussões na qualidade de vida do paciente;

		perguntas sobre bem estar; e, por fim, perguntas sobre questões transcendentais e espirituais, como sentido de vida.
Pergunta Surpresa PS	Criada para avaliar pacientes que podem se beneficiar de cuidados paliativos, estima a sobrevida do paciente em um ponto de corte de 12 meses.	Ferramenta constituída por uma única pergunta – “você se surpreenderia se este paciente morresse nos próximos 12 meses?”
Karnofsky Performance Scale Index KPSI	Escala desenhada para avaliar o prognóstico de pacientes portadores de neoplasia, por meio da avaliação de <i>status performance</i> .	Composta por 11 pontos relacionando valores percentuais de 100% (sem evidência de doença, sintomas ou perda de funcionalidade) a 0% (óbito). Nesta escala, o paciente é avaliado de forma global, e não isoladamente em cada aspecto de sua funcionalidade.
Needs at the End-of-Life Screening Tool NEST	Instrumento de abordagem ampla, podendo ser aplicado diretamente ao paciente, seja em visitas únicas, seja de forma seriada para fins de acompanhamento. Presta-se a avaliação não apenas de sintomas, mas de demandas diversas de pacientes, portadores de doenças oncológicas ou não.	Composta por 13 questões, abrangendo principalmente quatro domínios: demandas sociais, questões existenciais, sintomas físicos e psicológicos e questões terapêuticas. Para responder cada pergunta, há uma escala de 0 a 10, sendo 0 uma resposta negativa, e 10, positiva
Screening for Palliative Care Needs in the	Instrumento adaptado do NEST para cenário de urgência e emergência, mas	Tal como NEST, é composto por 13 itens nos domínios de demandas físicas, espirituais, sociais, terapêuticas e psicológicas, com

Emergency Department SPEED	desenvolvido inicialmente para pacientes oncológicos.	respostas variando de 0 a 10, sendo 0 uma resposta negativa, e 10, positiva.
European Quality of Life Questionnaire 5-Dimensions 5-Levels e European Quality of Life Questionnaire Visual Analogue Scale EQ5D5L e EQVAS	Instrumentos criados pelo EuroQol, grupo dedicado a melhorar a tomada de decisões e cuidado em saúde por meio do uso de instrumentos validados e consolidados. Estes instrumentos foram validados em 2019 e estão disponíveis em mais de 150 idiomas e variáveis de aplicação face por intermediário e respondido pelo próprio paciente.	São avaliadas cinco dimensões por meio de cinco níveis, em escala de Likert de 1 a 5, sendo mobilidade, autocuidado, atividades usuais, dor/desconforto e ansiedade/depressão as dimensões avaliadas. Quanto maior a pontuação relatada pelo paciente, maior sua qualidade de vida. A escala EQVAS, por sua vez, é uma escala visual analógica simples em que o paciente pontua, de 0 a 100, a sua qualidade de vida

Tabela 2. Apresentação da síntese das escalas encontradas.

A ferramenta PPS foi introduzida em 1996 por Anderson et al, desenvolvida a partir da KPSI e direcionada a pacientes oncológicos (18). No estudo de Dudgeon et al (11), a PPS é citada como um elemento de prontuário, indicando a performance clínica do paciente, mas não foram todos os prontuários que continham tal informação. Já no estudo de O'Mahony et al (14), a PPS foi o instrumento escolhido para avaliar a funcionalidade dos pacientes envolvidos no estudo. Aplicado por uma enfermeira especialista, este instrumento foi escolhido para aplicação por seu valor relacionado ao prognóstico do paciente. Neste estudo (14), o escore de PPS não estava relacionado a demanda por serviços de urgência, mas modificou o desfecho óbito: quanto menor o PPS, maior probabilidade do paciente ser encaminhado a hospice, falecer em seu domicílio, permanecer menos tempo em internação hospitalar e receber maior apoio da equipe de cuidados paliativos durante internação.

A escala ESAS foi inicialmente desenvolvida em 1991, mas sua versão atual decorre de diversas adaptações e revisões (19). Quanto à interpretação dos seus resultados, não há um consenso por haver variabilidade significativa na interpretação do paciente e na classificação dos sintomas. Contudo, a maioria dos estudos consideram valor de 1 a 3 para sintoma leve, 4 a 6 para sintoma moderado e acima de 7 para sintoma severo (19). No estudo de Dudgeon et al (11), ESAS foi utilizado para avaliar demandas dos pacientes ao longo do acompanhamento com equipe de cuidados paliativos. Foi notada redução, ainda que não estatisticamente significativa, nas notas dadas pelos pacientes aos seus sintomas. Já no estudo de Shin et al, esta escala foi utilizada para avaliar queixas dos pacientes admitidos na unidade de cuidados paliativos, sendo identificado maiores níveis de dor, fadiga, náusea e insônia nos pacientes oriundos do departamento de emergência. Neste estudo (11), foi importante a aplicação do ESAS como um meio de adequar os cuidados conforme as demandas. Em ambos estudos não há indicação de que o participante do estudo aplicou o questionário ao paciente.

O instrumento IPOS, desenvolvida em 1999 a partir da POS (Palliative care Outcome Scale) (10), foi utilizado na pesquisa de Reid et al para fins de coletar dados sociodemográficos e acessar demandas dos pacientes participantes e foi aplicada por um pesquisador assistente. Já na pesquisa de Johnston et al (17), o referido instrumento foi aplicado aos participantes face-a-face, com intermediação de uma enfermeira pesquisadora, para fins de avaliar qualidade de vida relacionada à saúde.

Grudzen et al (13) utilizaram em seu estudo os instrumentos ECOG, FACT-G e PHQ-9, aplicados por um grupo de pesquisadores assistentes para avaliar o desfecho do paciente após abordagem por equipe de cuidados paliativos. FACT-G é uma ferramenta desenvolvida e validada por Cella e colaboradores em 1993 para fins de avaliação de qualidade de vida de pacientes oncológicos (20). O PHQ-9 é um instrumento desenvolvido para identificar transtornos mentais comuns em atenção primária à saúde, sendo aplicado no contexto do estudo para rastreio de depressão (21). ECOG é uma ferramenta muito presente em estudos que avaliam *status performance* de pacientes oncológicos, mas por ser muito subjetiva e dependente do avaliador, há fortes ressalvas para seu uso (24).

No estudo de O'Mahony et al (14) são utilizados três instrumentos, todos aplicados por um profissional enfermeiro especialista: OASIS, PPS, MSAS e Missoula MVQoLI. OASIS é um questionário de coleta de informações de pacientes em cuidado domiciliar beneficiados pelos programas norte-americanos Medicare e Medicaid (23). MSAS é uma ferramenta designada para avaliar de forma multidimensional os principais sintomas que

podem ser relatados por pacientes oncológicos, e foi utilizada por O'Mahony uma versão enxuta, validada previamente (24), com 28 itens. Por fim, a MVQoLI é uma escala desenvolvida incorporando princípios de outras ferramentas de avaliação de qualidade de vida (ser auto-reportada, avaliar de forma multidimensional questões tanto físicas, quanto psicológicas, emocionais e espirituais), mas com diferencial de focar em fases avançadas de doença, usar categorias de resposta e escores que permitem ao paciente pesar dimensões mais importantes, usar linguagem subjetiva e ser aplicável para planejamento de cuidado e intervenções (25).

Apesar de não estar descrita no estudo de O'Mahony et al como uma ferramenta de avaliação do paciente em si, há também a pergunta surpresa (PS). Esta corresponde à fase inicial de triagem do estudo em questão e consiste basicamente em o avaliador, neste caso, um enfermeiro capacitado, questionar “Você se surpreenderia se este paciente morresse nos próximos 12 meses?” e posteriormente seguir com uma avaliação sobre demandas em saúde. Se a resposta for positiva, o paciente é encaminhado a uma avaliação de equipe especialista em CP (26). A PS foi originalmente desenvolvida como um método de identificar pacientes que possam se beneficiar de cuidado paliativo, estando presente em diversos guidelines clínicos para este fim (26).

Shin et al (16) lançam mão de duas escalas em seu estudo: ESAS e MDAS. Não há detalhes sobre o motivo da escolha por avaliar presença de delirium entre os pacientes estudados (pelo uso da escala MDAS), mas é reconhecível o valor desta escala, uma vez que delirium é uma condição clínica frequente em pacientes em fase avançada de doença, chegando a uma prevalência de 88% nas semanas que antecedem o óbito (27).

Desenvolvido para servir de comunicação entre departamento de emergência e serviço de cuidado paliativo, o projeto BriefPal, descrito no estudo de Glajchen et al (12), consiste em um protocolo padronizado com finalidade de identificar demandas não atendidas por pacientes idosos no setor de emergência, sejam estes pacientes já em cuidados paliativos ou não. Dentre dados clínicos diversos, era também aplicadas as escalas KPSI, Functional Assessment Staging Tool (FAST), Memorial Symptom Assessment Scale (MSAS), índice de independência de atividades de vida diária de Katz e Brief Assessment Scale for Caregivers (BASC). No referido estudo (12), quem aplicou o BriefPal nos pacientes foi um assistente social associado ao projeto. A escala FAST é utilizada para avaliar severidade do comprometimento funcional devido a quadros demenciais (28), o índice de Katz é um escore simplificado que pontua a funcionalidade do paciente conforme atividades que consegue

performar (29) e o BASC é um instrumento que avalia sobrecarga de cuidadores (30). A KPSI é uma ferramenta desenvolvida em 1949 para avaliar a funcionalidade de pacientes com câncer e, assim, estimar prognóstico (22). Esta é uma das escalas mais utilizadas em estudos que abordam avaliação clínica de paciente, uma vez que muitas escalas, tais como ECOG e PPS, surgiram derivadas da KPSI (22).

Richards et al (15) descrevem a validação do instrumento SPEED em seu estudo de 2011, adaptado do instrumento NEST já validado em 2001 (31). A intenção dos pesquisadores é desenvolver um instrumento direcionado ao departamento de emergência, uma vez que neste cenário, reconhece-se a necessidade de instrumentos breves, rápidos e de fácil aplicação, abrangendo as mesmas dimensões e avaliando-as da mesma forma.

Na publicação de Jhonston et al (17), está descrito o uso do IPOS e da EQ5D, escala esta que consiste em duas partes: uma avaliação em cinco intensidades de cinco dimensões (EQ5D5L) e uma visual analógica (EQVAS). Ambas estas escalas foram desenvolvidas pelo EuroQol, grupo dedicado a melhorar a tomada de decisões em saúde e cuidados em saúde por meio do uso de instrumentos validados e consolidados, e introduzidas em 2019 (32). Tanto o IPOS quanto o EQ5D5L foram aplicados face-a-face aos pacientes, com intermédio de um(a) enfermeiro(a) pesquisador(a).

4 DISCUSSÃO

Tendo em vista aumento previsto da prevalência de DCNT e, proporcionalmente, de demandas de emergência e cuidados paliativos (1), é importante estudar ferramentas clínicas capazes de auxiliar neste tipo de atendimento. Nesta intenção, objetivou-se integrar informações já descritas sobre estes instrumentos, peculiaridades, especificidades e vantagens e desvantagens de sua aplicação (2). Pela presente revisão, foi identificado que há muitos instrumentos que avaliam o paciente quanto ao mesmo desfecho, mas de maneiras diferentes, sendo estes desfechos o *status performance*, qualidade de vida e sintomas clínicos.

KPSI, PPS e ECOG são instrumentos que avaliam *status performance* (SP), informação relacionada ao bem estar geral de um paciente e sua habilidade de realizar atividades usuais, estando ligado à qualidade de vida e influenciando diretamente a decisão terapêutica, motivo pelo qual sua avaliação é muito importante no cuidado paliativo (33). São ferramentas subjetivas, dependentes do avaliador e de sua experiência, podendo um mesmo paciente, em um mesmo momento, ser avaliado com escores diferentes, por profissionais

diferentes (34). Por este motivo, a escolha pela melhor ferramenta para avaliar SP deve percorrer a análise da experiência do profissional e as principais comorbidades do paciente.

KPSI e ECOG foram instrumentos criados primariamente para aplicação em pacientes oncológicos (34). Apesar de haver estudos envolvendo pacientes com outras doenças, este uso não está consolidado, uma vez que há sinais de insuficiência destas escalas, por não levar em consideração questões como fragilidade e multimorbidades (35). Em diversos estudos, KPSI e ECOG têm se mostrado intercambiáveis, sendo preferida a primeira por sua simplicidade e reprodutibilidade inter-observador, especialmente por ter menos opções e variáveis de resposta (34).

O PPS, por sua vez, diferencia-se das escalas ECOG e KPSI por dividir o escore do paciente em mais níveis, podendo ter maior variabilidade de resposta (18). Em estudo envolvendo especialistas em CP, esta escala produziu resultados consistentes entre seus usuários, mostrando-se uma ferramenta confiável (36). Contudo, ainda assim, há estudos apontando dificuldade de especialistas em interpretar objetivamente os resultados da escala, o que pode se resolver conforme se adquire prática na aplicação (37). Além disso, um estudo de Ho et al demonstrou que a confiabilidade inter-examinador do PPS entre 0,67 e 0,71 (por meio do coeficiente Cohen kappa), mas que provavelmente este valor pode ser maior, uma vez que no estudo em questão foram discutidos apenas 11 casos (36).

Avaliar o prognóstico é uma tarefa difícil e pouco precisa, mas há evidências que favorecem o uso destas escalas para este fim (37), por relacionar um *status performance* pobre a uma sobrevida baixa. Destaca-se, contudo, que não há consenso quanto à relação entre valores do SP com sobrevida, uma vez que há grande variabilidade entre os estudos disponíveis sobre essa associação. Por exemplo, Harrold et al reportou sobrevida de 7, 30, 90 e 180 dias de acordo com intervalos de PPS, já Lau et al demonstrou sobrevida em intervalos de 1, 3, 5, 7, 14, 30 dias, progressivamente (37, 38). Já um estudo canadense de 2013 (38), envolvendo mais de 10 mil pacientes oncológicos, buscou correlacionar a pontuação do PPS com média de sobrevida em dias. Foi identificado, que pacientes com PPS de 40% apresentavam sobrevida média de 154 dias, enquanto que pacientes com PPS de 50% apresentavam sobrevida média de 231 dias, chegando a uma sobrevida superior a 800 dias quando considerados pacientes com PPS de 90%.

A Pergunta Surpresa (PS), por sua vez, tem aplicação voltada à avaliação prognóstica do paciente (39) por identificar pacientes em um nível de fragilidade clínica importante, que uma descompensação pequena pode levá-lo a óbito (39). Importante destacar que há poucos

estudos que estratificam o uso da PS, no sentido de não haver informações claras sobre a performance desta ferramenta (40). Para prever mortalidade, a sensibilidade média global da PS é de 63% (IC 38%-78%), enquanto a especificidade média é de 75% (IC: 57%-84%). Já a sensibilidade para prever mortalidade em 30 dias mostrou-se inferior a mortalidade em 12 meses (12%-43%, comparado a 57%-89%), enquanto a especificidade foi mais alta para 30 dias, do que para 12 meses (82%-95%, comparado a 40%-79%) (40).

As escalas ESAS, MSAS, IPOS, SPEED e NEST estão relacionadas por avaliarem sintomas e demandas dos pacientes. Esta avaliação é fundamental, uma vez que do diagnóstico à evolução da doença, diferentes sintomas surgem, em diferentes cargas e intensidades (19). No que tange ao atendimento de emergência, muitos pacientes em CP relatam incerteza e ansiedade quanto ao manejo de sintomas (38), além de buscarem atendimentos não apenas por sintomas físicos, como também queixas relacionadas a sobrecarga familiar, isolamento social e depressão (41). Neste sentido, é fundamental lembrar do conceito de dor total, muito importante no CP, pautado no conhecimento da dor e do sofrimento de forma multidimensional (38), o que nos leva à primeira ponderação a ser feita: a escala ESAS avalia especificamente sintomas físicos e a intensidade dos mesmos, e as demais escalas avaliam também demandas espirituais, sociais e familiares destes pacientes.

Apesar das limitações da ferramenta ESAS, sabe-se que pacientes submetidos a avaliação clínica com esta ferramenta têm maior probabilidade de serem acompanhados por serviço de cuidado paliativo, por auxiliar na identificação de demandas e no direcionamento das condutas (18). Além disso, estudos recentes mostraram que pacientes que classificaram sintomas com escores altos pela escala ESAS apresentaram mais visitas a Emergência nos sete dias seguintes e menor sobrevida (18). Um estudo de 2020 que comparou dois grupos de pacientes, um deles incluindo a ESAS na consulta clínica de rotina, outro sem, foi identificado que, a incidência cumulativa em cinco anos de inclusão em cuidados paliativos foi de 27,9% (IC 95%: 27,5% a 28,2%) no grupo avaliado com ESAS e de 20,7% (IC 95%: 20,4% a 21%) no grupo sem ESAS. Neste mesmo estudo, comparando mortalidade, esta foi menor no grupo avaliado com ESAS (6,2%) do que no grupo sem ESAS (10,4%) (42).

A escala MSAS foi um dos primeiros instrumentos criados para avaliação multidimensional de sintomas. Muito usada em casos de pacientes oncológicos, mas com estudos relatando uso em outras populações, como pacientes com infecção por HIV (vírus da imunodeficiência humana), doença pulmonar obstrutiva avançada e insuficiência cardíaca (24). Uma vantagem desta escala é que, por ser extensa, foram elaboradas derivações, sendo a

MSAS-SF (MSAS-short format) a principal, já validada previamente, mas ainda com necessidade de uma avaliação psicométrica mais adequada (24). Também derivadas da MSAS, há escalas como a Global Distress Index (em que se reduziram os sintomas a um total de 10 itens), a Physical Symptom Subscale Score (uma escala que avalia 12 prevalentes sintomas físicos) e a Psychological Symptom Subscale Score (uma escala que avalia seis prevalentes sintomas psicológicos) (24).

Quanto à escala IPOS, esta foi desenvolvida em 1999 e tem se mostrado excelente para avaliar pacientes com doenças avançadas, uma vez que discrimina pacientes em diferentes fases de doenças e com *status performance* baixa (43). Contudo, é importante levar em consideração esta escala apresenta baixa correlação com escalas como a ESAS, uma vez que a ESAS avalia a severidade dos sintomas e a IPOS avalia como e em que nível a pessoa é afetada pelos sintomas, individualmente e em conjunto, associado ao diagnóstico e limitações relacionadas a ele (43). Vantagem da IPOS é que muitos pacientes referem ser uma escala fácil de responder, contemplando demandas e preocupações relacionadas a sintomas diversos (7). Em estudo que avaliou a IPOS aplicada a pacientes com insuficiência cardíaca, 95% dos pacientes consideraram a escala fácil de compreender, além de acessível e apropriada em consultas qualitativas, auxiliando no ranqueamento dos sintomas e preocupações em termos de prioridade, podendo contrastar com percepções externas (44). Outro potencial da IPOS foi apresentado por Schildmann et al, em publicação de 2016 (45) em que avaliaram a inclusão de uma versão digital desta escala na rotina de consultas com pacientes em CP, com boa adesão por parte dos pacientes e redução da ocorrência de visitas não esperadas a serviços de saúde, quando as demandas dos pacientes são avaliadas por este instrumento.

A escala SPEED, validada em estudo de Richards e colaboradores de 2011, foi uma adaptação da escala NEST, escala que avalia demandas gerais de pacientes em CP, para o contexto de emergência (15). NEST em si é um instrumento que difere das demais por ter uma abordagem ampla, válida, confiável e que demanda pouco para sua aplicação, teve sua criação motivada principalmente pela necessidade de um instrumento que possa ser aplicado diretamente ao paciente, seja em visitas únicas à beira do leito, seja de forma seriada em consultas periódicas, além de compreender pacientes com diversos diagnósticos, oncológicos ou não (31). Kirkland et al, em revisão de 2021 identificou que a SPEEd é uma das ferramentas mais utilizadas para identificar pacientes com demandas em cuidados paliativos não atendidas no departamento de emergência, apresentando uma eficácia de até 62% neste contexto (40). Dentre seus diferenciais, destacam-se o fato de não haver critérios

predeterminados para ser aplicada (não se limita a um perfil de pacientes ou a uma doença específica, por exemplo), uma vantagem evidente quando percebemos que grande parte dos instrumentos de avaliação de pacientes em CP são direcionados a pacientes oncológicos (40). Contudo, por ser uma escala relativamente nova, faz-se importante mais estudos que analisem sua efetividade.

Direcionadas à avaliação de qualidade de vida (QDV), foram encontradas nesta revisão as escalas MVQoLI, FACT-G e EQ5D5L. Enquanto funcionalidade se refere a um estado de saúde mais relacionado a performance e autonomia, e efeitos de sintomas como dor na execução de atividades diárias (46), QDV é um conceito mais amplo e subjetivo por abranger domínios não apenas físicos, mas também psicológicos, espirituais e emocionais (46). Há estudos que defendem a QDV como o desfecho mais adequado de se avaliar em pacientes em fase avançada de doença, por focar nos efeitos de mudanças fisiológicas, a nível psicológico ou funcional, e não nas mudanças em si (25). Assim, tem-se que mesmo pacientes com baixa funcionalidade podem apresentar boa QDV (25). Sendo assim, utilizar escalas que avaliam QDV auxilia na identificação de dimensões específicas que demandam ações e guiarão o tratamento holístico e multidisciplinar demandado (46).

A escala FACT-G, já validada para o português, é uma escala mais direcionada a uso em pesquisas clínicas, por comparar a QDV dos pacientes antes e após tratamentos oncológicos, pontualmente ou de forma seriada (46). Em contrapartida, a MVQoLI não é direcionada a patologias específicas, mas sim a pacientes em fase avançada de doença (25). Esta propõe avaliar QDV de forma multidimensional e complementar a outras ferramentas, tendo inclusive uma avaliação sobre questões transcendentais e existenciais (47). Apesar do estudo de Namisango et al de 2007 que a estudou para a população ugandense, mostrando tal adaptação promissora (47), a MVQoLI ainda não está validada para a população brasileira.

EQ5D5L, por sua vez, é uma escala que tem recebido destaque por sua simplicidade (46). Resolvido o “efeito teto” que reduzia a sensibilidade da escala EQ3D, e permitindo avaliação em mais níveis do que a escala EQ5D3L (49), a EQ5D5L tem apresentado forte correlação com escalas direcionadas a doenças específicas, sem diferenças com outras variáveis clínicas e demográficas (40). Outra informação importante é de que esta escala já tem versões validadas em mais de 150 idiomas e com diferentes variações, como autorreferida e aplicada por avaliador (32).

Dado relevante é o estudo de Hagiwara et al de 2020 (47), que elaborou um algoritmo de transcrição de duas escalas de QDV em pacientes oncológicos, a FACT-G e a EORTC

QLQ-C30, para a escala EQ5D5L. A relevância deste estudo está não apenas em seu resultado, mas sim no que motivou a sua elaboração, mas também na finalidade para avaliar custo-efetividade de tratamentos oncológicos, dados de qualidade de vida relacionados à saúde e relacionados à longevidade são fundamentais, dados estes que fornecidos de forma sensível e específica pela escala EQ5D5L, mesmo não sendo uma escala exclusiva para pacientes oncológicos, ou direcionada a estudos de alocação de recurso.

5 CONCLUSÃO

Não raro, pacientes que se apresentam em um pronto atendimento apresentam doenças graves e demandas às quais uma abordagem de cuidado paliativo poderia ter um impacto significativamente positivo. Contudo, devido a avaliações incompletas ou rápidas, por vezes inerentes ao atendimento neste setor, muitas vezes se perde esta oportunidade. Na presente pesquisa, foi feita uma revisão para fins de integrar informações disponíveis sobre ferramentas de avaliação clínica que podem auxiliar nesta avaliação.

Para avaliar o *status performance*, a escala PPS, por poder ser aplicada em diversas fases de doença e por ser reconhecidamente fácil de se aplicar, uma vez o profissional tendo intimidade com a escala, mostra-se uma excelente escolha. Para avaliar a sintomatologia do paciente, destaca-se a escala IPOS por sua multidimensionalidade, abrangendo inclusive questões existenciais e transcendentais, bem como por ser uma escala que o próprio paciente e cuidador podem responder. Além disso, é uma escala muito estudada atualmente, mostrando resultados robustos que reforçam sua indicação. Por fim, para avaliar qualidade de vida, a escala EQ5D5L mostra-se uma boa alternativa para avaliar os pacientes, uma vez que não se restringe a uma patologia específica e sua aplicação "dupla", com escala tipo Likert e uma escala visual analógica pode facilitar a resposta por parte do paciente.

É importante dar crédito também à Pergunta Surpresa, ferramenta de simples uso que, apesar de estar relacionada à avaliação prognóstica, pode ser uma grande aliada na identificação da fragilidade do paciente, como um método de rastreio para a aplicação de escalas mais amplas como as citadas acima.

Não se encerra neste ponto, contudo, a discussão sobre as referidas escalas. Além disso, deve-se reconhecer a insuficiência de estudos brasileiros e latinoamericanos nesta área. Tendo em vista que o cuidado paliativo é uma área em crescimento em termos científicos e práticos, recomenda-se o estudo destas escalas no cenário brasileiro, sendo imprescindível, para um resultado adequado, a análise e adaptação linguística dos instrumentos. Além disso, o

cuidado paliativo por si só tem muita relação com a cultura do paciente, de sua família e do seu cuidador, motivo pelo qual não se pode ignorar o valor da adaptação transcultural destas ferramentas.