



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA**  
**FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA**  
Fundada em 18 de fevereiro de 1808



---

## **Monografia**

# **Perfil dos pacientes que morreram em terminalidade num hospital de referência da rede privada de Salvador - Bahia**

**Alex Miranda de Oliveira**

Salvador (Bahia)  
Outubro, 2018



**FICHA CATALOGRÁFICA**

(elaborada pela Bibl. **SONIA ABREU**, da Bibliotheca Gonçalo Moniz: Memória da Saúde Brasileira/SIBI-UFBA/FMB-UFBA)

Número de Cutter	Oliveira, Alex Miranda de Perfil dos pacientes que morreram em terminalidade num hospital de referência da rede privada de Salvador - BA/ Alex Miranda de Oliveira. (Salvador, Bahia): AM, Oliveira, 2018
VII + 42 p. : il	
Monografia, como exigência parcial e obrigatória para conclusão do Curso de Medicina da Faculdade de Medicina da Bahia (FMB), da Universidade Federal da Bahia (UFBA)	
Professor orientador: Lara de Araújo Torreão	
Palavras chaves: 1. Terminalidade; 2. Cuidados Paliativos; 3. Doença Crônica; 4. Doença Terminal; 5. Equipe Multiprofissional. I. Torreão, Lara de Araújo II. Universidade Federal da Bahia. Faculdade de Medicina da Bahia. III. Título.	
CDU: 61	



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA**  
**FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA**

Fundada em 18 de fevereiro de 1808



## **Monografia**

# **Perfil dos pacientes que morreram em terminalidade num hospital de referência da rede privada de Salvador - Bahia**

**Alex Miranda de Oliveira**

Professora orientadora: **Lara de Araújo Torreão**

Monografia de Conclusão do Componente Curricular MEDB60/2018.2, como pré-requisito para conclusão do curso médico da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia, apresentada ao Colegiado do Curso de Graduação em Medicina.

Salvador (Bahia)  
Outubro, 2018

**Monografia:** *Perfil dos pacientes que morreram em terminalidade num hospital de referência da rede privada de Salvador - Bahia*, de **Alex Miranda de Oliveira**

Professora Orientadora: **Lara de Araújo Torreão**

**COMISSÃO REVISORA:**

- **Lara de Araújo Torreão**, (Presidente, Professora Orientadora), Professora do Departamento de Pediatria da Faculdade de Medicina da Bahia, Universidade Federal da Bahia.
- **Camila Vasconcelos de Oliveira**, Professora do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina da Bahia, Universidade Federal da Bahia.
- **Manuela Oliveira de Cerqueira Magalhães**, Professora do Departamento de Medicina Interna e Apoio Diagnóstico da Faculdade de Medicina da Bahia, Universidade Federal da Bahia.

**TERMO DE REGISTRO ACADÊMICO:**  
Monografia avaliada pela Comissão Revisora, e julgada apta à apresentação pública no Seminário Estudantil de Pesquisa da Faculdade de Medicina da Bahia/UFBA, com posterior homologação do conceito final pela coordenação do Núcleo de Formação Científica e de MED-B60 (Monografia IV). Salvador (Bahia), em \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2018.

*Talvez a morte tenha mais  
segredos para nos revelar que a  
vida.* **Gustave Flaubert**

**EQUIPE**

- Alex Miranda de Oliveira, Faculdade de Medicina da Bahia/UFBA. Correio-e: alex.miranda12@hotmail.com
- Professora orientadora: Lara de Araújo Torreão, Faculdade de Medicina da Bahia/UFBA.
- Pesquisador Auxiliar: Vitor Carlos Santos da Silva, Hospital Aliança

**INSTITUIÇÕES PARTICIPANTES****UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA**

- Faculdade de Medicina da Bahia (FMB)

**HOSPITAL ALIANÇA****FONTES DE FINANCIAMENTO**

Recursos próprios
-------------------

## AGRADECIMENTOS

À memória dos pacientes do estudo, maior fonte de inspiração para a realização deste trabalho.

À minha família, em especial aos meus pais, Hélio e Lucileide, minhas fontes de inspiração, força, coragem e uma vida inteira de abnegação.

À minha orientadora, Professora Lara Torreão, pela dedicação, pela paciência e por todas as orientações fundamentais para a construção desse trabalho.

Ao Doutor Vitor Carlos Santos da Silva, por dar todo o suporte necessário para a coleta dos dados e seleção dos prontuários, pela disponibilidade e exemplo na prática médica.

À comissão revisora, Professoras Camila Vasconcelos e Manuela Magalhães, pelos ensinamentos durante o curso e pelo exemplo de seres humanos e profissionais que são.

A LANACC, Liga Acadêmica de Anatomia Clínico-Cirúrgica, que me trouxe o sentimento de que a construção de conhecimento pode (e deve) ser feita de maneira horizontal.

Ao grupo HAA, História da Alegria Atual, por me fazer ver pessoas nos leitos das enfermarias sentirem-se cuidadas; por me fazer ver pessoas com suas histórias sendo contadas e ouvidas; por me fazer ver pessoas com sorriso no rosto apesar de todas as adversidades da vida; por me fazer a ver pessoas e não me deixar esquecer que pessoas devem sempre ser vistas.

A todas as amigas conquistadas na vida, no IFBA e em especial aos da FMB/UFBA, por estarem sempre comigo, tornando essa árdua jornada mais leve e feliz.



## SUMÁRIO

<b>ÍNDICE DE GRÁFICOS E TABELAS</b>	<b>2</b>
<b>LISTA DE SIGLAS</b>	<b>3</b>
<b>I. RESUMO</b>	<b>4</b>
<b>II. OBJETIVOS</b>	<b>5</b>
<b>III. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA</b>	<b>6</b>
<b>IV. METODOLOGIA</b>	<b>10</b>
<b>V. RESULTADOS</b>	<b>13</b>
<b>VI. DISCUSSÃO</b>	<b>20</b>
<b>VII. CONCLUSÕES</b>	<b>25</b>
<b>VIII. SUMMARY</b>	<b>26</b>
<b>IX. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>27</b>
<b>X. APÊNDICE</b>	<b>31</b>
Apêndice: Ficha de coleta de dados de prontuários	32
<b>XI. ANEXOS</b>	<b>34</b>
Anexo 1: Parecer de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa	35
Anexo 2: Carta de anuência da direção do Hospital Aliança	40
Anexo 3: Termo de Compromisso do Pesquisador	41
Anexo 4: Termo de Sigilo e Confidencialidade	42

## ÍNDICE DE GRÁFICOS E TABELAS

### GRÁFICOS

Gráfico 1. Proporção de indivíduos acompanhados pela CMCP dos 147 óbitos.	<b>13</b>
Gráfico 2. Doenças de base nos óbitos do período de maio/17 a dezembro/17 (n=147).	<b>14</b>
Gráfico 3. Frequência da realização de manifestação prévia sobre limitação terapêutica pelos 147 óbitos.	<b>17</b>
Gráfico 4. Medidas terapêuticas utilizadas nas últimas 48 horas de vida dos 147 óbitos.	<b>18</b>
Gráfico 5. Frequência absoluta e relativa do local de morte dos 147 óbitos.	<b>19</b>
Gráfico 6. <i>Causa mortis</i> dos 147 pacientes do estudo.	<b>19</b>

### TABELAS

Tabela 1. Características demográficas dos 147 óbitos, estratificado por acompanhamento, ou não, pela CMCP.	<b>13</b>
Tabela 2. Prevalência absoluta e relativa das variáveis clínicas dos 147 óbitos, estratificado por acompanhamento, ou não, pela CMCP.	<b>14</b>
Tabela 3. Frequência absoluta e relativa dos sinais/sintomas presentes nas 48 últimas horas de vida dos 147 óbitos, estratificado por acompanhamento, ou não, pela CMCP.	<b>15</b>
Tabela 4. Frequência absoluta e relativa dos sinais/sintomas presentes nas 48 últimas horas de vida dos 147 óbitos, estratificado por acompanhamento, ou não, pela CMCP.	<b>16</b>
Tabela 5. Frequência absoluta e relativa do tipo de nutrição ofertada aos 147 óbitos.	<b>17</b>
Tabela 6. Frequência relativa das medidas terapêuticas utilizadas nas últimas 48 horas de vida dos 147 óbitos	<b>18</b>

## LISTA DE SIGLAS

AVCi – Acidente Vascular Cerebral isquêmico  
CFM – Conselho Federal de Medicina  
CMCP – Comissão Multidisciplinar de Cuidados Paliativos  
CM – Centro Médico  
CP – Cuidados Paliativos  
DAC – Doença Arterial Coronariana  
DM2 – *Diabetes Mellitus* tipo 2  
HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica  
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística  
IRC – Insuficiência Renal Crônica  
MASV – Medidas Artificias Sustentadoras de Vida  
PA – Pronto Atendimento  
UCI – Unidade de Cuidados Intermediários  
UTI – Unidade de Terapia Intensiva

## I. RESUMO

**Perfil dos pacientes que morreram em terminalidade num hospital de referência da rede privada em Salvador - Bahia. Introdução:** O desenvolvimento da Medicina moderna trouxe consigo mudanças epidemiológicas importantes, entre elas o aumento da prevalência de neoplasias e doenças crônicas. O avanço de tecnologias teve papel fundamental na manutenção da vida, porém surgiram condições para o prolongamento artificial do processo de morte do paciente através de terapêuticas desproporcionais em contraposição à qualidade do viver. Os cuidados paliativos (CP) ganham protagonismo nesse panorama, visando o cuidado centrado na pessoa, sem fins curativos. **Objetivo:** descrever o perfil demográfico e clínico dos pacientes que morreram em terminalidade no Hospital Aliança em Salvador – Bahia. **Metodologia:** Estudo observacional de caráter descritivo, retrospectivo, com análise secundária de dados, acerca do perfil dos pacientes em terminalidade de uma instituição hospitalar. Os dados foram coletados de registros prontuários e foram analisadas variáveis demográficas e clínicas, através de medidas de tendência central e frequências relativas. **Resultados:** Foram avaliados 147 pacientes adultos, com média de idade 79,1 anos, sendo 51% do sexo feminino. Dos pacientes com indicação para palição, 60,5% estavam acompanhados pela Comissão Multidisciplinar de Cuidados Paliativos (CMCP). A dispneia esteve frequente em 40,8% dos casos e a dor em 9,5%. Os pacientes acompanhados pela CMCP foram, nas 48 horas antecedentes ao óbito, menos submetidos à nutrição parenteral, ventilação mecânica, drogas vasoativas, procedimentos cirúrgicos, hemodiálise, hemotransfusão e reanimação cardiopulmonar. **Conclusões:** cerca de metade da população do estudo tem mais de 80 anos, composta majoritariamente por mulheres e tem como doença de base alguma neoplasia. O principal sintoma no fim de vida foi a dispneia. A menor frequência no uso de medidas artificiais sustentadoras de vida nos pacientes acompanhados pela CMCP sugere menor obstinação terapêutica nestes pacientes.

Palavras chaves: 1. Terminalidade; 2. Cuidados Paliativos; 3. Doença Crônica; 4. Doença Terminal; 5. Equipe Multiprofissional.

## **II. OBJETIVOS**

### PRINCIPAL

Descrever o perfil demográfico e clínico dos pacientes que morreram em terminalidade no Hospital Aliança em Salvador – Bahia.

### SECUNDÁRIO

Identificar as diferenças nos aspectos clínicos dos pacientes com diagnóstico de terminalidade que estavam ou não acompanhados pela comissão multidisciplinar de cuidados paliativos.

### III. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A transição etária no Brasil iniciada em meados do século XX, graças, principalmente, à diminuição da taxa de fecundidade e aumento da expectativa da vida, tem trazido consigo importantes mudanças na epidemiologia da morte em nosso país. Segundo dados estimados pelo IBGE, a expectativa de vida dos brasileiros nos anos 1950 era de 43,3 anos, enquanto que em 2010 passou a ser de 73,4 anos. Segundo Schmidt e col.<sup>1</sup>, este novo perfil da população brasileira fez com que as doenças crônicas, conhecidamente mais prevalentes em idosos, fossem responsáveis por 72% das causas de morbimortalidade no Brasil no ano de 2009. Para Floriani e col.<sup>2</sup>, a maior proporção de doenças crônicas em idosos põe luz acerca da vulnerabilidade a qual estes estão sujeitos e os autores questionam a viabilidade de tratamentos considerados fúteis em pacientes em terminalidade.

Esta mudança na epidemiologia da morte trouxe consigo grande influência no modelo de medicina praticado atualmente. Para Feio e col.<sup>3</sup>, na passagem da pré-modernidade a medicina baseava-se em uma arte na qual os médicos observavam e ouviam atentamente seus pacientes, mas que, na contemporaneidade, acabou se transformado numa área em que o que predomina é a ciência e a técnica, dando início ao paradigma científico-tecnológico através da evolução da bioengenharia, da ciência da computação, da nanotecnologia e dos progressos da indústria química farmacêutica<sup>4</sup>. A partir disso, o conceito de saúde passa a ser considerado sinônimo para ausência de doenças e a morte uma inimiga a se vencer a qualquer custo<sup>4</sup>. Nesse contexto de avanço de tecnologias na ajuda de manutenção da vida, surgem as condições para o advento da distanásia, definida como o prolongamento artificial do processo de morte do paciente através de terapêuticas desproporcionais, que conduzem o paciente a um final de vida medicalizado e carregado de sofrimento, em contraposição à qualidade do viver<sup>5</sup>.

O conceito da sacralidade da vida, principalmente na sociedade Ocidental, que visa combater a morte a qualquer custo, acaba por ecoar fortemente na prática médica e toda a ética em seu entorno. Muito influenciado pela visão hipocrática de cuidado, o papel do médico toma forte caráter paternalista, sendo o foco principal de sua atuação voltado para a cura do paciente a qualquer custo<sup>6</sup>.

Porém a morte não deve ser vista nem considerada sinônimo de sofrimento. Ela faz parte do processo de vida do ser humano e deve ser visto como algo natural do

ponto de vista biológico, mesmo que os seus aspectos simbólicos difiram entre as diferentes culturas humanas<sup>6</sup>.

Os cuidados paliativos (CP), onde o cuidado é voltado para a dignidade humana, tendo a solidariedade entre o paciente e profissional de saúde grande importância em tal processo, vêm como contrapontos a essa maneira intervencionista de “cuidar” do paciente<sup>7</sup>.

Quando a doença não tem mais possibilidades de cura ou reversibilidade, é definida como terminal. Neste momento, o paciente apresenta-se mais vulnerável e, para Kubler-Ross<sup>8</sup>, o indivíduo começa a agir de acordo a um padrão de reações psicológicas enquanto se aproxima da morte.

Este padrão de reações é descrito por cinco diferentes fases, que podem ocorrer simultaneamente umas com as outras<sup>8</sup>. A primeira fase é observada através da negação e isolamento, em que o paciente nega a verdade que lhe foi dada como forma de defesa frente à morte<sup>8</sup>; na segunda fase temos a raiva, na qual o paciente pode se tornar agressivo contra aqueles ao seu redor<sup>8</sup>; na terceira fase de negociação ou barganha, em que o doente negocia com entidades divinas, por exemplo, mais tempo de vida através de mudanças de comportamento<sup>8</sup>; na quarta fase, a depressão, o paciente já se encontra bastante debilitado e não consegue mais negar a sua doença<sup>8</sup>; e a última fase, a aceitação, na qual há a rendição do doente perante a iminência da morte<sup>8</sup>.

Ao estar de frente com um paciente cuja medicina não é mais capaz de deter o avanço fatal da doença, sujeito aos efeitos negativos diretos da patologia de base e efeitos psicológicos envolvendo a sua morte, é preciso utilizar de novas ferramentas no ato de cuidar. Constitui-se, desta forma, a necessidade da adoção dos CP, uma percepção diferente de cuidado<sup>9</sup>.

A Organização Mundial de Saúde define como pacientes elegíveis para CP aqueles portadores de doenças graves, progressivas e incuráveis<sup>7</sup>, em destaque patologias como: doenças cardiovasculares, doença de Alzheimer e outras demências, neoplasias, cirrose hepática, doença pulmonar obstrutiva crônica, *Diabetes Mellitus*, HIV/AIDS e insuficiência renal crônica<sup>10</sup>.

Segundo Floriani e col.<sup>2</sup>, “a terapêutica dos CP é construída dentro de um modelo de cuidados totais, ativos e integrais oferecidos ao paciente com doença avançada e terminal, e à sua família, legitimados pelo direito do paciente de morrer com dignidade”. Esta nova abordagem terapêutica percorre um difícil campo de

intervenções, mas que acabam por trazer notória influência na qualidade de morte do paciente e de seu entorno.

É ainda bastante difícil falar sobre o processo de terminalidade, principalmente pela falta de conhecimento acerca desse, até mesmo dentre os profissionais de saúde<sup>11</sup>. Práticas relacionadas ao processo de morrer, como a distanásia, eutanásia e ortotanásia ainda geram bastantes dúvidas e levantam uma série de dilemas éticos.

A eutanásia é entendida como uma prática para abreviar a vida, a fim de aliviar ou evitar sofrimento para os pacientes<sup>12</sup>, mas no Brasil é um crime previsto como homicídio pelo código penal. A distanásia, já citada anteriormente como o prolongamento artificial do processo de morte do paciente através de terapêuticas desproporcionais, que conduzem o paciente a um final de vida medicalizado e carregado de sofrimento<sup>5</sup>, e por outro lado, a ortotanásia é definida como a limitação ou suspensão de procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente em fase terminal, de enfermidade grave e incurável, respeitada a vontade da pessoa ou de seu representante legal<sup>12</sup>.

Está conduta está prevista na legislação brasileira. No parágrafo único do Art. 41 do Código de Ética Médica<sup>13</sup>, encontramos que: *“nos casos de doença incurável e terminal, deve o médico oferecer todos os cuidados paliativos disponíveis sem empreender ações diagnósticas ou terapêuticas inúteis ou obstinadas, levando sempre em consideração a vontade expressa do paciente ou, na sua impossibilidade, a de seu representante legal.”* Nesse contexto, a ortotanásia torna-se sinônimo do ato de morrer bem, que é objetivo primordial dos CP.

Mesmo em condições de enfermidade, os pacientes devem ter sua autonomia preservada e serem capazes de atuar como agentes autônomos no que diz respeito às decisões a serem tomadas, a fim de que os CP abranjam as questões subjetivas que permeiam aquele ser e melhorem a qualidade de vida do paciente, no que se refere a quantidade de sintomas, a funcionalidade e bem-estar psicológico<sup>14</sup>.

O direito a autonomia do paciente é garantida através das Diretivas Antecipadas de Vontade, que consta nos artigos 1º e 2º da Resolução CFM n. 1995, de 9 de agosto de 2012<sup>15</sup>, nos quais os desejos manifestados pelo paciente acerca de tratamentos a que quer, ou não, ser submetido, especialmente quando incapacitado para se expressar, devem ser respeitados, a fim de garantir a dignidade da pessoa humana e qualidade final de vida em seu leito de morte.

A qualidade de vida é um instrumento de difícil aferição, pois pode facilmente ser influenciada por inúmeras variáveis clínicas. Apesar disso, algumas conclusões podem ser inferidas em pacientes internados<sup>14</sup>.



Através da análise de prontuários, traçamos o perfil dos pacientes que tinham diagnóstico de doença terminal, vieram a óbito e que estavam, ou não, acompanhados pela comissão multiprofissional de cuidados paliativos no Hospital Aliança.

## IV. METODOLOGIA

### Desenho do Estudo

O presente trabalho trata-se de um estudo de caráter descritivo, retrospectivo, baseado na análise secundária de registros em prontuários de pacientes que vieram a óbito.

### Local e população do estudo

A amostra foi constituída pela análise de prontuários de pacientes que tinham diagnóstico de terminalidade, de ambos os sexos, de diversas faixas etárias e idade mínima de 18 anos, admitidos no Hospital Aliança, e que vieram a óbito no período entre maio de 2017 e dezembro de 2017. Esse hospital está situado no bairro do Rio Vermelho. Trata-se de um hospital privado e é considerado um hospital referência em serviços de alta complexidade e humanização.

### Critérios de seleção

#### ✓ Inclusão

1. Pacientes com diagnóstico de alguma doença terminal;
2. Pacientes que tiveram como *causa mortis* a doença terminal de base ou consequência direta de tal; e
3. Pacientes que vieram a óbito entre maio e dezembro de 2017.

#### ✓ Exclusão

1. Pacientes cujos prontuários estivessem indisponíveis e/ou com informações insuficientes
2. Pacientes com idade inferior a 18 anos;

### Variáveis pesquisadas:

A Ficha de Coleta de Dados de Prontuário (**APÊNDICE 1**) levou em conta os seguintes dados:

1. Sexo;
2. Idade, em anos, de quando veio a óbito;
3. Estava em acompanhamento com a comissão multiprofissional de cuidados paliativos?;

4. Doença de base;
5. Comorbidades;
6. Principais sinais/sintomas clínicos nas 48 horas antecedentes ao óbito\*;
7. Medidas terapêuticas adotados no internamento\*\*;
8. Manifestou o desejo de limitação terapêutica no fim de vida?;
9. Fez uso de nutrição enteral nas 48 horas antecedentes ao óbito?;(caso não tenha utilizado nutrição enteral, desconsidere a questão 10);
10. Qual via utilizada para nutrição enteral?;
11. Fez uso de nutrição parenteral nas 48 horas antecedentes ao óbito?;
12. Fez uso de opioides nas 48 horas antecedentes ao óbito?;
13. Fez uso de ansiolíticos nas 48 horas antecedentes ao óbito?;
14. Foi submetido a ventilação mecânica nas 48 horas antecedentes ao óbito?;
15. Fez uso de antibióticos nas 48 horas antecedentes ao óbito?;
16. Fez algum procedimento cirúrgico nas 48 horas antecedentes ao óbito?;
17. Foi submetido a ventilação mecânica nas 48 horas antecedentes ao óbito?;
18. Fez uso de drogas vasoativas nas 48 horas antecedentes ao óbito?;
19. Foi submetido a diálise nas 48 horas antecedentes ao óbito?;
20. Foi submetido a hemotransfusão nas 48 horas antecedentes ao óbito?;
21. Foi submetido a reanimação cardiopulmonar?;
22. Local de Morte;
23. *Causa mortis*.

\* O uso do termo *delirium* foi feito para descrever qualquer sintoma relacionado à alteração de atenção, orientação ou consciência, com exceção do estado comatoso.

\*\*Medidas terapêuticas adotados no internamento: definimos, neste trabalho, quatro formas de se classificar as medidas adotadas no internamento: a não indicação de submeter os pacientes a medidas artificiais sustentadoras de vida\*\*\* (MASV); a indicação de submeter o paciente a MASV, mas com recomendação de retirada do suporte oferecido, a indicação de submeter o paciente a MASV, mas com recomendação de não progredir suporte; e a indicação de submeter o paciente a MASV sob medidas plenas.

\*\*\*Entende-se por medidas artificiais sustentadoras de vida a ventilação mecânica, uso de drogas vasoativas, hemodiálise (ou terapia substitutiva renal), e neste nicho, também

incluídos manobras de reanimação cardiorrespiratória, reposição de hemoderivados e nutrição parenteral.

#### Análise estatística:

Os dados foram tabulados e analisados com uso do *software* Excel 2013 (Aplicativo integrante do Microsoft Office 2013, desenvolvido pela Microsoft, lançada em 29 de janeiro de 2013, versão estável n.º 15.0.4420.1017 RTM, de propriedade comercial da EULA). As variáveis descritas no **APÊNDICE 1** foram codificadas em banco de dados, usando a planilha do *software* Excel. A análise estatística constituiu em cálculos de frequência e de medidas de tendência central (média e mediana).

#### Considerações éticas, bioéticas e deontológicas:

Este trabalho, por se caracterizar um estudo envolvendo seres humanos, foi cadastrado na Plataforma Brasil e submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP), com parecer consubstanciado de número 2.697.705 (**ANEXO 1**) e anuência do diretor do hospital onde o estudo foi realizado (**ANEXO 2**). Não houve necessidade de aplicação de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), por se tratar de um estudo com dados extraídos de prontuários médicos, sem contato direto com o paciente.

As informações componentes do banco de dados foram acessíveis somente aos pesquisadores e à orientadora da pesquisa, conforme assegurado no Termo De Compromisso Do Pesquisador (**ANEXO 3**) e Termo de Sigilo e Confidencialidade (**ANEXO 4**). Tais informações coletadas tiveram como finalidade compor o presente estudo, não oferecendo risco aos pacientes, uma vez que todos os dados estão seguramente armazenados em um armário com chave, no Hospital Aliança, sob a responsabilidade da pesquisadora Dr.<sup>a</sup> Lara de Araújo Torreão, e estarão guardados num período de até 5 anos, de acordo com a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

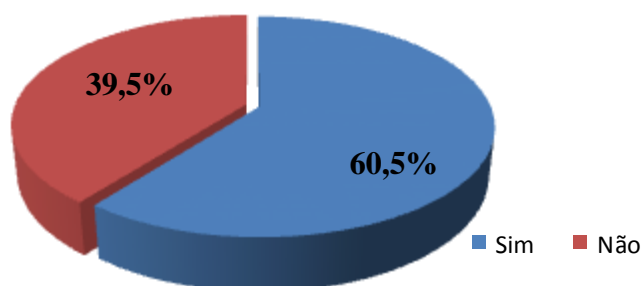
Não houve nenhum ganho financeiro envolvendo ambos os lados.

A divulgação dos dados será realizada na apresentação da monografia, com cópia para o Hospital Aliança, como também em congressos e/ou publicações de área médica, que possam vir a acontecer, sempre zelando pela não identificação dos pacientes.

## V. RESULTADOS

Dos 147 pacientes analisados, a maior parte foi acompanhada pela Comissão Multiprofissional de Cuidados Paliativos (CMCP) (**Gráfico 1**). 51% corresponderam ao sexo feminino, cuja faixa etária mais prevalente foi entre de 81-90 anos, e com uma média de idade ( $\pm$  DP) de  $79,1 \pm 12,3$  anos e mediana de 80 anos (**Tabela 1**).

**Gráfico 1.** Proporção de indivíduos acompanhados pela CMCP dos 147 óbitos.



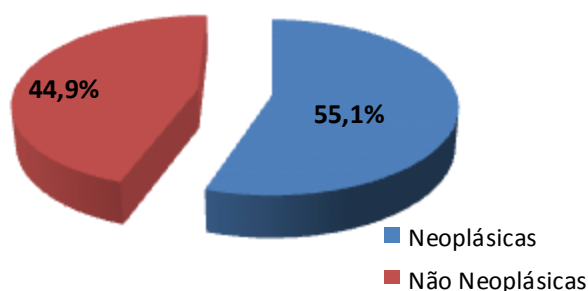
**Tabela 1.** Características demográficas dos 147 óbitos, estratificado por acompanhamento, ou não, pela CMCP.

Variáveis	Acompanhados pela CMCP (n=89) n(%)	Não acompanhados pela CMCP (n=58) n(%)	Total (n=147) n(%)
<b>Sexo</b>			
Feminino	43 (48,3)	32 (55,2)	75 (51)
Masculino	46 (51,7)	26 (44,8)	72 (49)
<b>Idade</b>			
<40 anos	0 (0)	0 (0)	0 (0)
41-50 anos	1 (1,1)	1 (1,7)	2 (1,4)
51-60 anos	5 (5,6)	8 (13,8)	13 (8,8)
61-70 anos	16 (18,0)	5 (8,6)	21 (14,3)
71-80 anos	25 (28,1)	14 (24,1)	39 (26,5)
81-90 anos	28 (31,5)	19 (32,8)	47 (32)
91-100 anos	12 (13,5)	10 (17,2)	22 (15)
>100 anos	2 (2,2)	1 (1,7)	3 (2)
Média Geral ( $\pm$ DP)	$79,4 \pm 11,9$	$78,6 \pm 13,7$	$79,1 \pm 12,3$
Mediana	80	82,5	80

CMCP, Comissão Multidisciplinar de Cuidados Paliativos; DP, desvio padrão.

A média de dias entre o início do internamento e do óbito foi de  $21 \pm 23,9$  (de 1 até 163 dias) e mediana de 15 dias. As doenças de base que influenciaram diretamente no óbito foram agrupadas em dois grupos principais, sendo as causas neoplásicas mais prevalentes, responsáveis por 55,1% de todos os diagnósticos (**Gráfico 2**). Dentre as principais comorbidades dos pacientes do estudo, a hipertensão arterial sistêmica (HAS) foi a mais prevalente, estando presente em 62,6% dos casos, seguidas por *Diabetes Mellitus* tipo 2 (DM2) (24,5%); e dislipidemia com 22,4%. As principais características clínicas dos pacientes estão expostas na **Tabela 2**.

**Gráfico 2.** Doenças de base nos óbitos do período de maio/17 a dezembro/17 (n=147).



**Tabela 2.** Prevalência absoluta e relativa das variáveis clínicas dos 147 óbitos, estratificado por acompanhamento, ou não, pela CMCP.

Variáveis	Acompanhados pela CMCP (n=89)	Não acompanhados pela CMCP (n=58)	Total (n=147)
<b>Tempo de Internação em dias</b>			
Intervalo	1 a 163	1 a 150	1 a 163
Média ( $\pm$ DP)	$22,3 \pm 24,9$	$19 \pm 22,5$	$21 \pm 23,9$
Mediana	15	14,5	15
<b>Doença de base (por grupo)</b>			
	n(%)	n(%)	n(%)
Neoplásicas	51 (57,3)	30 (51,7)	81 (55,1)
Não Neoplásicas	38 (42,7)	28 (48,3)	66 (44,9)
<b>Principais doenças de base</b>			
Neoplasia de pulmão	14 (15,7)	5 (8,6)	19 (12,9)
Insuficiência cardíaca	7 (7,9)	4 (6,9)	11 (7,5)
AVCi	5 (5,6)	5 (8,6)	10 (6,8)
Neoplasia de cólon	3 (3,4)	5 (8,6)	8 (5,4)

Doença de Alzheimer	3 (3,4)	4 (6,9)	7 (4,8)
Demência não especificada	3 (3,4)	3 (5,2)	6 (4,1)
Neoplasia de mama	4 (4,5)	1 (1,7)	5 (3,4)

### Principais comorbidades

HAS	58 (65,2)	34 (58,6)	92 (62,6)
DM2	21 (23,6)	15 (25,9)	36 (24,5)
Dislipidemia	20 (22,5)	13 (22,4)	33 (22,4)
IRC	19 (21,3)	8 (13,8)	27 (18,4)
DAC	16 (18)	11 (19)	27 (18,4)
Hipotireoidismo	14 (15,7)	11 (19)	25 (17)

CMCP, Comissão Multidisciplinar de Cuidados Paliativos; DP, desvio padrão; AVCi, acidente vascular cerebral isquêmico; HAS, hipertensão arterial sistêmica; DM2, Diabetes Mellitus tipo 2; IRC, insuficiência renal crônica; DAC, doença arterial coronariana.

Os principais sintomas nas 48 horas antecedentes ao óbito foram o estado comatoso, presente em 46,3% dos casos; a dispneia (40,8%); a hipotensão (24,5%) e o *delirium*, em 20,4% dos casos (**Tabela 3**).

**Tabela 3.** Frequência absoluta e relativa dos sinais/sintomas presentes nas 48 últimas horas de vida dos 147 óbitos, estratificado por acompanhamento, ou não, pela CMCP.

Variáveis	Acompanhados pela CMCP (n=89) n(%)	Não acompanhados pela CMCP (n=58) n(%)	Total (n=147) n(%)
Estado comatoso	41 (46,1)	27 (46,6)	68 (46,3)
Dispneia	42 (47,2)	18 (31,0)	60 (40,8)
Hipotensão	24 (27)	12 (20,7)	36 (24,5)
<i>Delirium</i>	15 (16,9)	15 (25,9)	30 (20,4)
Hipersecreção respiratória	12 (13,5)	6 (10,3)	18 (12,2)
Oligoanúria	12 (13,5)	13 (22,4)	15 (10,2)
Dor	9 (10,1)	5 (8,6)	14 (9,5)
Taquicardia	9 (10,1)	5 (8,6)	14 (9,5)
Obstipação	9 (10,1)	3 (5,2)	12 (8,2)
Gemência	7 (7,9)	4 (6,9)	11 (7,5)
Febre	6 (6,7)	4 (6,9)	10 (6,8)
Hipotermia	5 (5,6)	5 (8,6)	10 (6,8)

CMCP, Comissão Multidisciplinar de Cuidados Paliativos.

Em relação às medidas artificiais sustentadoras de vida (MASV) nas 48 antecedentes ao óbito, observamos que 51% dos pacientes possuíam a indicação de não ser submetidos a tais medidas e 7% dos pacientes foram submetidos a MASV com indicação de elevar doses quando possível e introdução de mais tipos de meios artificiais. Em 3,4% não havia nenhuma indicação explícita sobre qual seria o plano terapêutico adotado (**Tabela 4**).

**Tabela 4.** Frequência absoluta e relativa das medidas terapêuticas adotadas no internamento dos 147 pacientes do estudo, estratificado por acompanhamento, ou não, pela CMCP.

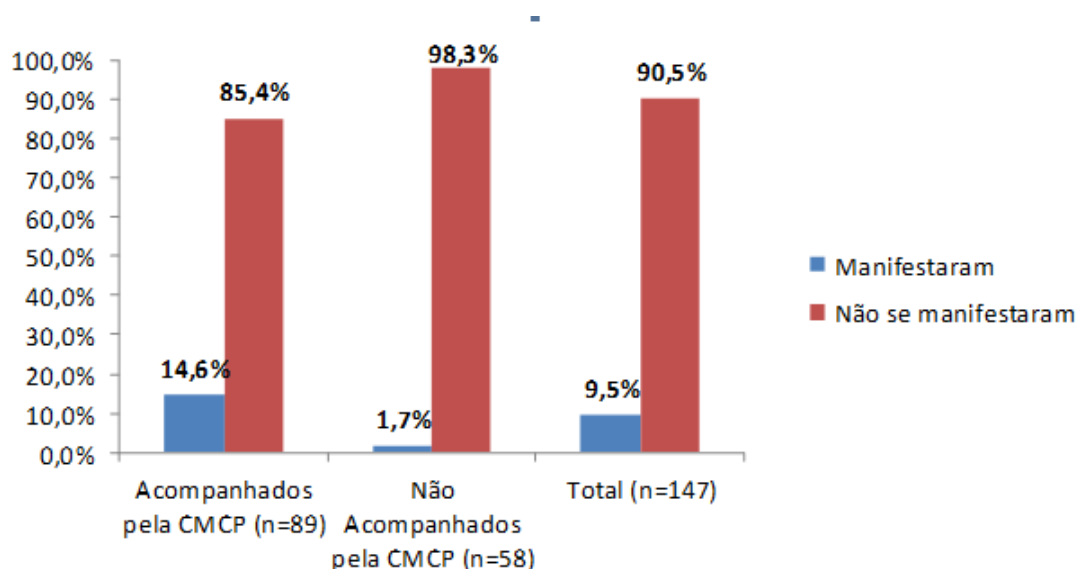
Variáveis	Acompanhados pela CMCP (n=89) n(%)	Não acompanhados pela CMCP (n=58) n(%)	Total (n=147) n(%)
Não submetido a MASV	52 (58,4)	23 (39,7)	75(51)
Submetido a MASV e indicada a retirada do suporte oferecido	15 (16,9)	1 (1,7)	16 (10,9)
Submetido a MASV e indicado não progredir suporte	15 (16,9)	8 (13,8)	23 (15,6)
Submetido a MASV sob medidas plenas	6 (6,7)	22 (37,9)	28 (19)
Ausência de informações no prontuário sobre qual plano terapêutico utilizado	1 (1,1)	4 (6,9)	5 (3,4)

CMCP, Comissão Multiprofissional de Cuidados Paliativos; MASV, medidas artificiais sustentadoras de vida

Em relação ao desejo de limitação terapêutica no estágio final da doença terminal, 9,5% dos pacientes manifestaram-se previamente e de forma autônoma para a equipe médica que os acompanhava, ou para os familiares, quais seriam os procedimentos que eles gostariam de se submeter, ou não, no final de sua vida, e não há tais registros em 90,5% dos casos. A frequência de realização de manifestação prévia sobre os desejos no fim de vida dentre os acompanhados pela CMCP foi maior do que dentre os pacientes não acompanhados pela comissão fez (**Gráfico 3**).

Ao analisar o tipo de nutrição nas 48 horas antecedentes ao óbito, observamos a maior parte dos pacientes foi alimentada por via enteral (67,3%); e 32,7% destes não tiveram suporte nutricional, apenas hidratação mínima e reposição de eletrólitos (**Tabela 5**).



**Gráfico 3.** Frequência da realização de manifestação prévia sobre limitação terapêutica pelos 147 óbitos.**Tabela 5.** Frequência absoluta e relativa do tipo de nutrição ofertada aos 147 óbitos.

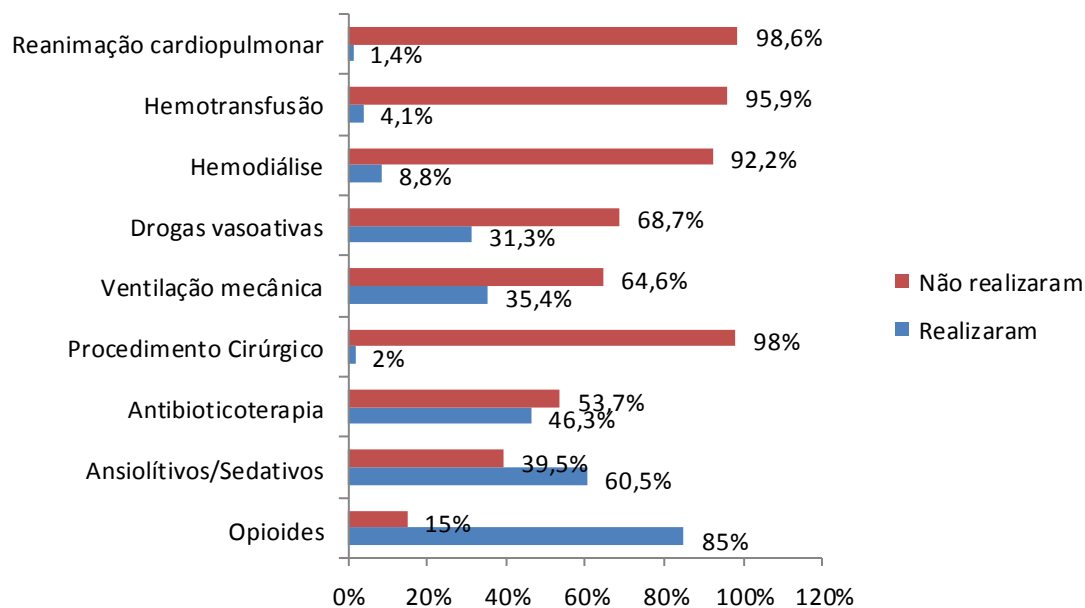
Variáveis	Acompanhados pela CMCP (n=89) n(%)	Não acompanhados pela CMCP (n=58) n(%)	Total (n=147) n(%)
<b>Enteral</b>	<b>56 (62,9)</b>	<b>43 (74,1)</b>	<b>99 (67,3)</b>
Via oral	19 (21,3)	16 (27,6)	35 (23,8)
Via sonda nasoesférica	30 (33,7)	5 (8,6)	35 (23,8)
Via gastrostomia	7 (7,9)	23 (39,7)	30 (20,4)
<b>Parenteral</b>	<b>1 (1,1)</b>	<b>4 (6,9)</b>	<b>5 (3,4)</b>
<b>Sem suporte nutricional</b> (apenas hidratação mínima e eletrólitos)	<b>33 (37,1)</b>	<b>14 (25,9)</b>	<b>47 (32)</b>

CMCP, Comissão Multiprofissional de Cuidados Paliativos

Em relação ao grau de investimento terapêutico nas 48 horas finais de vida dos pacientes analisados, 1,4% destes foram submetidos a reanimação cardiopulmonar; 4,1% foram hemotransfundidos; 8,8% foram submetidos à hemodiálise; 31,3% fizeram uso de drogas vasoativas; 35,4% foram submetidos à ventilação mecânica; 2% passaram por algum procedimento cirúrgico; 46,3% fizeram uso de antibióticos; 60,5% fizeram uso de ansiolíticos/sedativos; 85% fizeram uso de opioides (**Gráfico 4**). No Tabela 6

detalha-se a frequência dos investimentos terapêuticos dentre grupo de pacientes acompanhados, ou não, pela CMCP.

**Gráfico 4.** Medidas terapêuticas utilizadas nas últimas 48 horas de vida dos 147 óbitos.



**Tabela 6.** Frequência relativa das medidas terapêuticas utilizadas nas últimas 48 horas de vida dos 147 óbitos

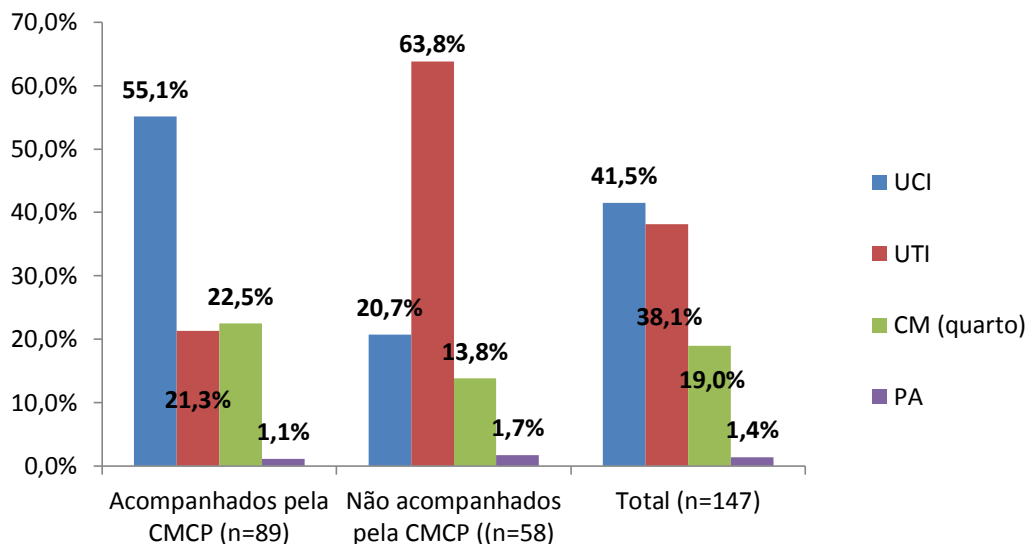
Variáveis	Acompanhados pela CMCP (n=89) n(%)	Não acompanhados pela CMCP (n=58) n(%)
Opioides	82 (92,1)	43 (74,1)
Ansiolíticos/Sedativos	51 (57,3)	38 (65,5)
Antibioticoterapia	26 (29,2)	42 (72,4)
Procedimentos cirúrgicos	0 (0)	3 (5,2)
Ventilação mecânica	18 (20,2)	34 (58,6)
Drogas vasoativas	15 (16,9)	31 (53,4)
Hemodiálise	5 (5,6)	8 (13,8)
Hemotransusão	0 (0)	6 (10,3)
Reanimação cardiopulmonar	0 (0)	2 (3,4)

CMCP, Comissão Multiprofissional de Cuidados Paliativos

Em relação ao local de morte, 41,5% dos pacientes morreram na Unidade de Cuidados Intermediários (UCI); 38,1% na Unidade de Terapia Intensiva (UTI); 19% no

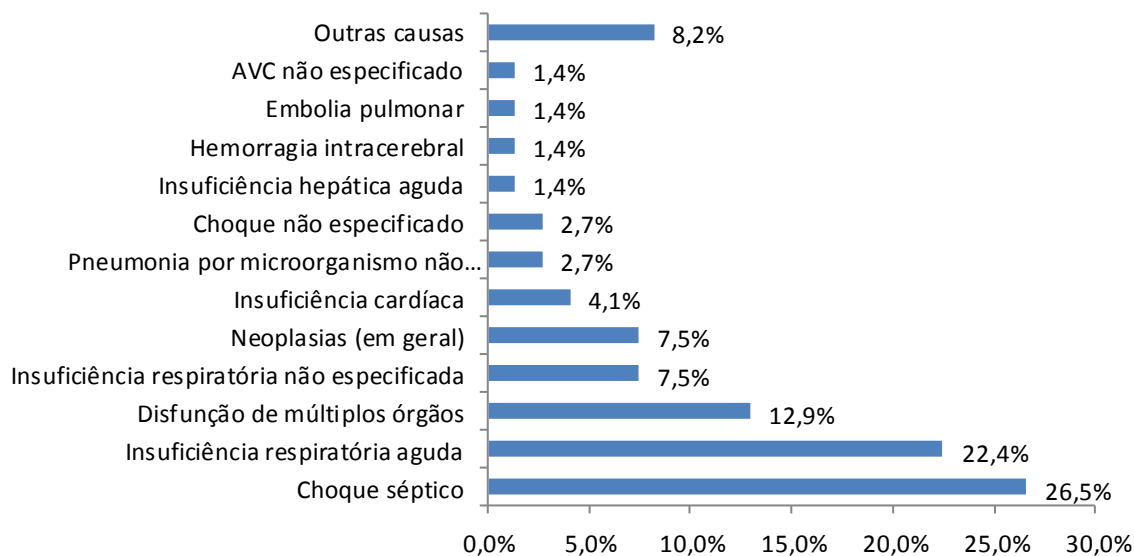
CM (quarto); e 1,4% no Pronto Atendimento (PA)(**Gráfico 5**). Observa-se que o padrão de local de morte é distinto nos dois grupos do estudo. Enquanto o predomínio do local de morte daqueles que estavam sob intervenção da CMCP é na UCI (55,1%), no grupo dos não acompanhados o local de morte mais frequente foi na UTI (63,8%)(**Gráfico 5**).

**Gráfico 5.** Frequência absoluta e relativa do local de morte dos 147 óbitos.



Sobre a causa básica de morte, o choque séptico foi o mais prevalente, acometendo 26,5% dos pacientes, vindo logo atrás a insuficiência respiratória aguda (22,4%) e as causas não definidas (12,9%)(**Gráfico 6**).

**Gráfico 6.** Causa mortis dos 147 pacientes do estudo.



## VI. DISCUSSÃO

Dos 147 pacientes selecionados, 51% eram do sexo feminino, sendo o mesmo observado em estudos semelhantes<sup>12,16,17</sup>, além de ser compatível com a proporção entre mulheres e homens na população brasileira<sup>18</sup>.

No que diz respeito à idade dos pacientes, a média foi de 79,1 anos, com grande proporção de indivíduos acima de 80 anos (49%), faixa etária em que observamos maior prevalência de doenças em fase avançada e/ou sem possibilidade de cura<sup>16, 19</sup>. Além disso, por se tratar de um hospital de referência de rede privada, ressalta-se que o nível socioeconômico dos indivíduos e maior facilidade no acesso aos serviços de saúde podem interferir em uma maior expectativa de vida em relação ao restante da população brasileira<sup>20,21,22</sup>, confirmado também pelo estudo epidemiológico de Chetty e col.<sup>23</sup> que revela que mulheres de baixa renda vivem menos que mulheres de alta renda, relação esta também observada entre os homens<sup>23</sup>.

Por consequência, é possível notar a grande quantidade de comorbidades presentes nos indivíduos, como a HAS (62,6%) e a DM2 (24,5%), maior que a prevalência destas doenças em idosos de estudo epidemiológico de Pilger e col.<sup>24</sup> realizado no Brasil. Estes valores também são muito superiores à prevalência destas doenças na população brasileira e também diverge de estudo com público semelhante com médias de idade mais baixas<sup>25</sup>, o que sugere que quanto maior a média de idade da população, como a observada no nosso estudo, maior a prevalência de doenças crônico-degenerativas, como *Diabetes Mellitus* tipo 2, doenças cerebrovasculares, pulmonares, neoplásicas, hepáticas e renais<sup>26</sup>.

Dos pacientes com indicação para palição, 60,5% foram formalmente acompanhados pela CMCP, número muito acima do que é descrito na literatura<sup>17,27</sup>, o que demonstra grande avanço na abordagem do tipo de cuidado estabelecido no fim de vida dos pacientes através dessa comissão. Apesar disso, ainda existem dificuldades em abranger todos os pacientes elegíveis à palição. A falta de cobertura de todos os pacientes pela CMCP parece ser justificada por questões envolvendo impasses familiares e da equipe hospitalar sobre a qualidade de comunicação<sup>27</sup>; o processo de não aceitação da perda do ente querido; a impotência em ver a evolução da doença e não poder fazer nada para modificar o curso irreversível desta; e a ideia de que palição

acelera o processo natural da morte<sup>28, 29</sup>. Além disso, o fato de o acionamento da comissão só seja feito após solicitação pelo médico assistente, pressupõe-se que pode haver também alguma resistência ou desconhecimento por parte dos médicos. Por muito tempo se associou cuidados paliativos a uma ausência de condutas, “não ter mais nada fazer”<sup>30</sup>, o que leva a um entendimento equivocado das inúmeras possibilidades de melhorar o cuidado com foco na qualidade de vida.

Ao analisar as doenças de base que influenciaram diretamente no óbito, observamos as causas neoplásicas como responsáveis por 55,1% dos óbitos. Esses valores são superiores a prevalência das doenças com indicação para palição descritas na literatura<sup>17, 31, 32</sup>, o que reforça a ideia de que ainda pode haver desconhecimento das equipes de saúde no reconhecimento de critérios de elegibilidade para adoção de CP para as doenças não neoplásicas que também não possuem tratamento modificador do curso natural da doença. Dessa forma, fica relegado às doenças de causas neoplásicas, prioritariamente, a indicação para a adoção de medidas paliativas, ou não, frente ao final de vida dos pacientes. Tal dado pode ser confirmado ao se observar que a maioria dos estudos sobre pacientes em palição é voltado para as doenças de etiologia oncológica<sup>18, 25, 32</sup>.

Em relação à prevalência de sintomas no fim de vida, são frequentemente relatados dor, dispneia, astenia/fraqueza, vômitos e hiporexia, que acabam prejudicando a qualidade restante de vida desses pacientes<sup>22</sup>. Nos dados analisados no presente estudos, a frequência de dispneia nas 48 horas antecedentes ao óbito, encontra-se bastante consoante com a literatura<sup>33</sup>, porém observamos que a ocorrência de dor (9,5% dos casos) diverge de grande parte dos estudos<sup>7, 25, 34</sup>, na qual a ocorrência de tal sintoma chega a 51% dos pacientes em terminalidade<sup>35, 36</sup>. Aliado a isso, temos que o estado comatoso é observado em quase a metade dos pacientes. Tais dados podem ser justificados pelo alto índice de uso de opioides (85% dos casos), que diminuem e controlam a dor, além de auxiliar no desconforto e mecânica respiratória; e também pela sedação paliativa com o uso de ansiolíticos/sedativos (60,5% dos casos) nos casos em que os sintomas relatados acima são refratários ao uso de opioides.

Alterações resultantes da deterioração global no final de vida também podem ocorrer, sinalizando a falência dos mais diversos órgãos e sistemas<sup>37</sup>. Essas alterações

fisiopatológicas podem ser notadas através de sinais como o *delirium*, febre, hipotensão, oligoanúria, taquicardia e hipotermia<sup>37</sup>, como demonstrado no nosso estudo.

Apesar de já existir na legislação brasileira a possibilidade de o paciente escolher quais medidas gostaria de ser submetido, ou não, no final de sua vida, apenas 9,5% dos pacientes do nosso estudo deixaram expressos para a equipe médica ou para os familiares sobre seus desejos no fim da vida, confirmadas através do registro em prontuário médico. Observa-se que o índice de manifestação prévia sobre essa limitação terapêutica foi muito maior dentre pacientes acompanhados pela CMCP. Aliado a isso, temos que 58,4% dos pacientes acompanhados pela CMCP possuíam a indicação de não serem submetido a medidas invasivas sustentadoras de vida (MASV), enquanto que esse número não chegou nem a 40% nos pacientes não acompanhados pela CMCP, grupo cuja predominância foi a de indicação de submeter os pacientes a MASV sob medidas plenas. Estes dados sugerem a ideia de que o indivíduo que se manifesta de forma autônoma, previamente ao agravo de sua doença, pode vir a ter menos chances de ser submetido, a tratamentos que prolonguem o seu sofrimento e não mais tragam quaisquer benefícios<sup>38</sup>, ou seja, promovendo distanásia. Assim, o cumprimento à autonomia do paciente no fim de vida parece estar diretamente relacionado ao respeito à dignidade humana e oposição à obstinação terapêutica.

Estudos mostram que com a proximidade do momento da morte os pacientes apresentam declínio progressivo de suas mais diversas capacidades, dentre elas o estado nutricional do paciente<sup>35,39</sup>. O alimento, como substância essencial para manutenção da vida, torna-se cada vez menos necessária para o paciente em terminalidade, tanto pela ausência da fome quanto pela ausência da necessidade fisiológica<sup>35</sup>. Nesse contexto, alimentar um doente terminal faz parte da própria evolução tecnológica da medicina<sup>40</sup>, embora não haja evidências na recomendação de alimentação artificial no fim de vida do paciente<sup>35</sup>. Tal recomendação diverge da prática observada no nosso estudo, na qual se observa que metade dos pacientes não acompanhados pela CMCP foi alimentada por via enteral não oral ou por via parenteral nas 48 horas antecedentes ao óbito, ao passo que esse número foi ligeiramente inferior nos pacientes acompanhados pela CMCP. Tais dados confirmam que a alimentação possui, em nossa sociedade, um papel social, religioso, biológico e simbólico<sup>41</sup> muito importantes, o que dificulta a retirada de tal suporte no fim de vida do paciente e acaba, dessa forma, exercendo um papel na manutenção da esperança para a família e equipe profissional. Além disso, o não

conhecimento da equipe médica acerca da não indicação de alimentar pode ser ainda um fator que estimule a alimentação no fim de vida. Assim, a tarefa de restringir a suporte nutricional aos pacientes em terminalidade constitui-se uma difícil tarefa, porém necessária, em grande parte das vezes, a fim de garantir uma morte mais digna aos pacientes<sup>42</sup>.

Nas 48 horas antecedentes ao óbito, a maioria dos pacientes fez uso opioides, na qual a frequência dos pacientes acompanhados pela CMCP chega a 92,1% dos casos, número muito superior aos descritos na literatura<sup>34</sup>. Tais dados sugerem que as equipes de saúde estão cada vez mais preparadas com o controle de sintomas dos pacientes, em especial a dor e dispneia, frente à “opiofobia” e seus possíveis efeitos colaterais.

A melhora do panorama frente ao medo no uso de opioides parece ser justificada pelos avanços na bioética, no que se refere ao princípio da beneficência e não maleficência, visando ao controle dos sintomas e prevenção de outros danos. Além disso, toma-se foco outro instrumento da bioética que modifica tal panorama: a doutrina do duplo efeito, pautada na filosofia moral tomista, no qual se define as condições em que uma ação pode produzir efeitos desejados ou não desejados, desde que o fim do primeiro seja maior que o do segundo<sup>43</sup>. Sendo assim, temos que o benefício do controle da dor ou dispneia com o uso de opioides, por exemplo, seja maior que a eventual depressão respiratória causada por este<sup>44</sup>. Já dentre os principais motivos para a não administração de opioides aos pacientes em terminalidade, além do medo dos efeitos adversos, levanta-se a possibilidade da ausência da demonstração ou queixa de dor pelo paciente; a presença de doença terminal que não cause, necessariamente, dor no fim de vida, como a demência, por exemplo; e o não conhecimento da equipe médica na indicação da administração de tais fármacos.

Alguns fatores estão muito associados às decisões de limitar o MASV, como idade avançada, déficit cognitivo, presença de comorbidades, além dos desejos e das preferências dos pacientes e familiares<sup>17</sup>. Em relação à limitação terapêutica, os dois grupos do estudo diferiram bastante em seus resultados. Embora este estudo não tenha tido o tratamento estatístico para analisar se houve uma diferença estatística significativa entre os grupos, a pura comparação dos dados sugere que o acompanhamento pela CMCP trouxe muitos benefícios relativos a não realização de medidas invasivas, já que os pacientes do grupo não acompanhado pela CMCP foram, em maior frequência, mais

alimentados por via parenteral; usaram mais antibióticos; foram mais submetidos a algum tipo de procedimento cirúrgico; foram mais submetidos à ventilação mecânica; fizeram mais uso de drogas vasoativas; foram mais submetidos à hemodiálise, hemotransfusão e reanimação cardiopulmonar. Destaca-se que dentre os acompanhados pela CMCP, nenhum deles fora submetido a procedimentos cirúrgicos, hemotransfusão ou reanimação cardiopulmonar.

A partir disso, observamos que medidas desproporcionais que porventura trouxessem algum benefício, mas que adveio à custa de grande sofrimento<sup>45</sup>, foram mais realizadas em pacientes não acompanhados pela CMCP, prolongando assim o sofrimento no fim de vida. Além disso, sabe-se que falecer na UTI ou no hospital, mesmo com CP integrados, ainda é sinal de maior desconforto, dor, ansiedade, e pior qualidade de vida<sup>17</sup>, além da ausência da família nesta hora. Dessa forma, infere-se que as chances de haver distanásia ou uma pior qualidade de vida entre os pacientes não acompanhados são maiores, já que cerca de 63% dos pacientes não acompanhados pela CMCP morreram na UTI, enquanto que dentre o grupo dos acompanhados pela comissão a frequência de morte nesse local foi três vezes menor.

O presente trabalho, assim como todos os trabalhos de cunho observacional retrospectivo, apresenta limitações. Por se tratar de um estudo descrito não analítico, e também pelo fato de ser uma amostra por conveniência, não é possível fazer inferências estatísticas acerca do acompanhamento ou não pela comissão como sendo um fato de risco para sofrer distanásia no fim de vida. Apesar disso, observam-se discrepâncias quanto à frequência no uso de medidas de alto grau de investimento terapêutico dentre os grupos do estudo, o que nos leva a pensar que estar acompanhado pela CMCP, em geral, é um fator de proteção para a não ocorrência da obstinação terapêutica nos pacientes.



## VII. CONCLUSÕES

Os pacientes do estudo são, em sua maioria, mulheres, o que condiz com a porcentagem de mulheres que compõem a população brasileira. Possuem idade maior que 80 anos, provavelmente devido ao alto nível socioeconômico, já que renda parece estar intimamente relacionada à expectativa de vida. As principais doenças de base são as de causa neoplásicas e os pacientes têm, em geral, muitas comorbidades, cuja prevalência é bem maior que a do restante da população brasileira e maior, inclusive, que a prevalência destas doenças entre os idosos.

Os principais sinais/sintomas nas 48 horas antecedentes ao óbito foram o estado comatoso e a dispneia, enquanto a frequência da dor foi muito abaixo do descrito na literatura. A manifestação prévia dos pacientes sobre limitação terapêutica parece ir de encontro com a obstinação terapêutica, e mostra ser, ainda, um recurso bastante subutilizado.

O uso de opioides foi bastante elevado (>74%) no fim de vida da população do estudo, principalmente nos pacientes acompanhados pela CMCP. A maior parte dos indivíduos do estudo foi alimentada por via enteral não oral e parenteral nas 48 horas antecedentes ao óbito e os pacientes acompanhados pela CMCP foram menos submetidos à nutrição parenteral, antibioticoterapia, ventilação mecânica, drogas vasoativas, procedimentos cirúrgicos, hemodiálise, hemotransfusão e reanimação cardiopulmonar. Logo, sugere-se então que houve menos obstinação terapêutica em tal grupo.

Como perspectiva futura, julga-se de grande relevância a realização de estudos analíticos a fim de avaliar se há diferença estatística na realização de medidas artificiais sustentadoras de vida realizadas no fim de vida de pacientes em estágio terminal, acompanhados, ou não, por uma comissão multiprofissional de cuidados paliativos. Dessa forma, espera-se a validação do estabelecimento de uma comissão formal de CP como um fator de proteção para a ortotanásia, propiciando, assim, à criação de políticas públicas mais consistentes para a implementação de equipes multiprofissionais de cuidados paliativos nos mais diversos níveis de atenção à saúde a fim de atender as novas necessidades de cuidado da população.

## 1. VIII. SUMMARY

### **Profile of patients who died in terminal care at a private referral hospital in**

**Salvador - Bahia. Introduction:** The development of modern medicine has brought with it important epidemiological changes, among them the increase in the prevalence of neoplasias and chronic diseases. The advancement of technologies played a fundamental role in the maintenance of life, but conditions arose for the artificial prolongation of the patient's death process through disproportionate therapies as opposed to the quality of life. Palliative care gains prominence in this panorama, aiming at the care centered in the person, without curative ends. **Objective:** describe the demographic and clinical profile of the patients who died in the Hospital Aliança in Salvador - Bahia. **Methodology:** Observational retrospective descriptive study with secondary data analysis on the profile of patients in a hospital institution. Data were collected from medical records and demographic and clinical variables were analyzed through measures of central tendency and relative frequencies. **Results:** A total of 147 adult patients were evaluated, with a mean age of 79.1 years, of which 51% were female. Of the patients with indication for palliation, 60.5% were followed up by the Multidisciplinary Committee on Palliative Care (MCPC). Dyspnoea was frequent in 40.8% of cases and pain in 9.5%. Patients followed by MCPC were, at 48 hours prior to death, less submitted to parenteral nutrition, mechanical ventilation, vasoactive drugs, surgical procedures, hemodialysis, hemotransfusion and cardiopulmonary resuscitation. **Conclusions:** Half of the study population is over 80 years old, composed mostly of women and has as its base disease some kind of neoplasia. The main symptom at the end of life was dyspnea. The lower frequency in the use of artificial life sustaining measures in the patients followed by MCPC suggests less therapeutic obstinacy in these patients.

**Key Words:** 1. Terminality of life; 2. Palliative Care; 3. Chronic Disease; 4. Terminal Disease; 5. Patient Care Team.

## IX. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Schmidt MI, Duncan BB, Silva GA, Menezes AM, Monteiro CA, Barreto SM, Chor D, et al. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. *The Lancet* 2011; 377 (9781): 1949-61.
2. Floriani CA, Schramm FR. Cuidados paliativos: interfaces, conflitos e necessidades. *Ciência & Saúde Coletiva* 2008; 13 (supl. 2): 2123-31.
3. Feio AGO, Oliveira CC. Responsabilidade e tecnologia: a questão da distanásia. *Rev. bioét (Impr.)* 2011; 19(3): 615-30.
4. Hilknner M, Hilknner RR. A questão da terminalidade. *Saúde, Ética & Justiça*. 2012;17(2):75-81.
5. Paiva FCL, Almeida-Júnior JJ d, Damásio AC. Ética Em Cuidados Paliativos: Concepções Sobre O Fim Da Vida. *Rev Bioética*. 2014;22(3):550–60.
6. Combinato DS, Queiroz MDS. Morte: uma visão psicossocial. *Estudos de Psicologia* 2006;11(2):209–16.
7. Matsumoto DY. Cuidados Paliativos: conceito, fundamentos e princípios. Carvalho RT, Parsons HF, organizadores. *Manual de Cuidados Paliativos ANCP Ampliado e atualizado*. Acad Nac Cuid Paliativos. 2012; 23–30.
8. Kübler-Ross E. *Sobre a Morte e o Morrer: o que os doentes terminais têm para ensinar a médicos, enfermeiras, religiosos e aos próprios parentes*. 9 ed. São Paulo: Martins Fontes, 2008.
9. Silva EP, Sudigursky D. Concepções sobre cuidados paliativos: revisão bibliográfica. *Acta Paul Enferm* 2008; 21(3): 504-508.
10. World Health Organization. *Global Atlas of Palliative Care at the End of Life*. 2014.
11. Paranhos T. *Cuidados paliativos sob a perspectiva dos profissionais da saúde*. Tese [Bacharelado em Enfermagem] – Universidade de Santa Cruz do Sul, 2016.
12. Batista KT, Barreto FSC, Miranda A, Garrafa V. Reflexões bioéticas nos dilemas do fim da vida. *Brasília méd* 2009;46(1):54-62.
13. Código de Ética Médica (Resolução CFM nº 1.931/09).
14. Matos GDR, Pulschen AC. Qualidade de Vida de Pacientes Internados em uma Unidade de Cuidados Paliativos: um Estudo Transversal. *Rev Bras Cancerol*. 2015;61(2):123–9.
15. Conselho Federal de Medicina do Brasil. (Resolução CFM nº 1.995/2002).

16. Venegas ME, Alvarado OS. Fatores relacionados à qualidade do processo de morrer na pessoa com câncer. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2010;18(4).
17. Mazutti SRG, Nascimento AF, Fumis RRL. Limitação de Suporte Avançado de Vida em pacientes admitidos em unidade de terapia intensiva com cuidados paliativos integrados. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2016;28(3):294-300
18. Brasil, IBGE. Censo demográfico, 2010. Disponível em: <www.ibge.gov.br>. Acesso em: 10 set. 2018.
19. Marcucci FCI, Perilla AB, Brun MM, Cabrera MAS. Identificação de pacientes com indicação de Cuidados Paliativos na Estratégia Saúde da Família: estudo exploratório. Identification of patients referred to Palliative Care in the Brazilian Family Health Strategy: an exploratory study. *Cad. Saúde Colet.*, 2016, Rio de Janeiro, 24 (2): 145-152
20. Brasil, IBGE. Expectativa de Vida do brasileiro, 2016. Disponível em: <www.ibge.gov.br>. Acesso em: 10 set. 2018.
21. Health, United States, 2011: With Special Feature on Socioeconomic Status and Health. Hyattsville, MD. 2012.
22. Aron L, Dubay L, Simon SM, Zimmerman E. How Are Income and Wealth Linked to Health and Longevity ? 2015;(April)
23. Chetty R, Stepner M, Abraham S, Lin S, Scuderi B, Turner N, Bergeron A, Cutler D. The Association Between Income and Life Expectancy in the United States, 2001-2014. *Journal of the American Medical Association*. 2016;315(16):1750-1766. doi:10.1001/jama.2016.4226.
24. Pilger C, Menon MH, Mathias TAF. Características sociodemográficas e de saúde de idosos: contribuições para os serviços de saúde. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 19(5):[09 telas]. set.-out. 2011
25. Antonechen AC, Dóro MP. Qualidade de vida, ansiedade e depressão em pacientes da hemato-onco com dor crônica. Quality of life , anxiety and depression in hemato-oncology patients with chronic pain. *Santa Maria*, v. 42, n.1, p. 225-234, jan./jun. 2016.
26. Zaslavsky C, Gus I. Idoso. Doença Cardíaca e Comorbidades. *Arq Bras Cardiol*, volume 79 (nº 6), 635-9, 2002.
27. Coelho CBT, Yankaskas JR. Novos conceitos em cuidados paliativos na unidade de terapia intensiva. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2017;29(2):222-230.

28. Reigada C, Pais-Ribeiro HJ, Novellas A, Pereira JL. O Suporte à Família em Cuidados Paliativos. *Textos & Contextos (Porto Alegre)*, v. 13, n. 1, p. 159 - 169, jan./jun. 2014 States U, Status S. Health, United States, 2011.
29. Braga FC, Queiroz E. Introdução. Cuidados paliativos: o desafio das equipes de saúde. *Psicologia USP, São Paulo*, 2013 24(3), 413-429.24(3):413–29
30. Manual de cuidados paliativos. Academia Nacional de Cuidados Paliativos. - Rio de Janeiro : Diagraphic, 2009.
31. Faria JAM, Ferreira LG, Vieira MAB, Cosenza NN, Alvarenga PP, Figueiredo PL. Perfil dos pacientes com indicação de cuidados paliativos internados no Hospital Júlia Kubistchek – FHEMIG. *Rev Med Minas Gerais* 2015; 25(1): 25-29.
32. Santos MCL, Marlena L, Pagliuca LMF, Fernandes AFC. Cuidados paliativos ao portador de câncer: reflexões sob o olhar de Paterson e Zderad. *Rev Latino-am Enfermagem* 2007 março-abril; 15(2)
33. Rema JM. Opióides no tratamento da dispneia: uma revisão sistemática da literatura. Tese [Mestrado em Cuidados Paliativos] – Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, 2013.
34. Cella IF, Trindade LCT, Sanvido LC, Skare TL. Prevalence of opiophobia in cancer pain treatment. *Rev Dor. São Paulo*, 2016 out-dez;17(4):245-7.
35. Hui D, Dev R, Bruera E. The Last Days of Life: Symptom Burden and Impact on Nutrition and Hydration in Cancer Patients. *Current opinion in supportive and palliative care*. 2015;9(4):346-354.
36. Gonçalves, J. F., Alvarenga, M., & Silva, A. (2003). The Last Forty-Eight Hours of Life in a Portuguese Palliative Care Unit: Does it Differ from Elsewhere? *Journal of Palliative Medicine*, 6(6), 895–900.
37. Roque CMO. Agonia - últimos momentos de um doente terminal: artigo de revisão. Tese [Mestrado em Medicina Interna] – Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, 2010.
38. Dadalto L. Aspectos registrais das diretivas antecipadas de vontade. *Civilistica.com*, a. 2. n. 4. 2013.
39. Esquível S, Sampaio JF, Silva CT. Alimentar a vida ou sustentar a morte? Uma reflexão em equipa partindo de um caso clínico. *Rev Port Med Geral Fam* vol.30 no.1 Lisboa fev. 2014.
40. Pinto FJC. Alimentação em final de vida: a opinião dos enfermeiros. Tese [Mestrado em Cuidados Paliativos] – Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, 2012.

41. American Geriatrics Society Ethics Committee and Clinical Practice and Models of Care Committee. American Geriatrics Society Feeding Tubes in Advanced Dementia Position Statement. *J Am Geriatr Soc* 62:1590–1593, 2014.
42. Reiriz AB, Motter C, Buffon VR, Scatola RP, Fay AS, Manzinni M. Cuidados Paliativos: há benefícios na nutrição do paciente em fase terminal. *Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica*, 2008; 6(4): 150-155
43. Torreão, LA. Uso de opióides em pacientes terminais: sedação ou entanásia?. *Rev. Assoc. Med. Bras.* vol.49 no.2 São Paulo Apr./June 2003
44. Silva RS, Chequetto TPP. Palestra e manual sobre tratamento da dor, não alteraram a prescrição de analgésicos no pós-operatório de cirurgias ginecológicas. *Rev. Dor* vol.14 no.1 São Paulo. Jan./Mar. 2013
45. Pereira MT, Reis TCS. A não-ressuscitação, do ponto de vista do médico, em uma Unidade de Cuidados Paliativos Oncológicos. *Revista Brasileira de Cancerologia* 2007; 53(2): 225-229.

## **X. APÊNDICE**

**APÊNDICE**

**FICHA DE COLETA DE DADOS DE PRONTUÁRIOS**

<b>IDENTIFICAÇÃO</b>	
1. Sexo;	
2. Idade, em anos, de quando veio a óbito;	
<b>DADOS CLÍNICOS</b>	
3. Estava em acompanhamento com a comissão multiprofissional de cuidados paliativos?;	
4. Doença de base;	
5. Comorbidades/antecedentes médicos;	
6. Principais sinais/sintomas clínicos nas 48 horas antecedentes ao óbito;	
7. Medidas terapêuticas adotados no internamento;	
8. Fez diretivas antecipadas de vontade?	
9. Fez uso de nutrição enteral nas 48 horas antecedentes ao óbito?(caso não tenha utilizado nutrição enteral, desconsidere a questão 10);	
10. Qual via utilizada para nutrição enteral?;	
11. Fez uso de nutrição parenteral nas 48 horas antecedentes ao óbito?;	
12. Fez uso de opioides nas 48 horas antecedentes ao óbito?;	
13. Fez uso de ansiolíticos nas 48 horas antecedentes ao óbito?;	
14. Foi submetido a ventilação mecânica nas 48 horas antecedentes ao óbito?;	
15. Fez uso de antibióticos nas 48 horas antecedentes ao óbito?;	
16. Fez algum procedimento cirúrgico nas 48	

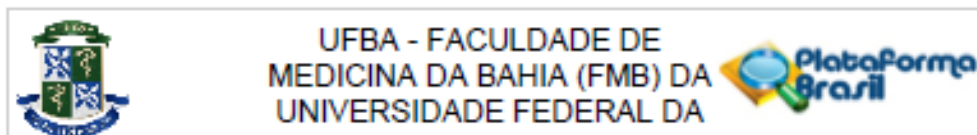


horas antecedentes ao óbito?	
17. Foi submetido a ventilação mecânica nas 48 horas antecedentes ao óbito?;	
18. Fez uso de drogas vasoativas nas 48 horas antecedentes ao óbito?;	
19. Foi submetido a diálise nas 48 horas antecedentes ao óbito?;	
20. Foi submetido a hemotransfusão nas 48 horas antecedentes ao óbito?;	
21. Foi submetido à reanimação cardiorrespiratória?;	
22. Local de Morte;	
23. <i>Causa mortis</i> .	

## **IX. ANEXOS**

## ANEXO 1

## PARECER DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA (CEP)



## PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

## DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Perfil dos pacientes que morreram em terminalidade num hospital de referência da rede privada em Salvador - Bahia

**Pesquisador:** Lara de Araújo Torreão

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 78559717.2.0000.5577

**Instituição Proponente:** FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

## DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 2.697.705

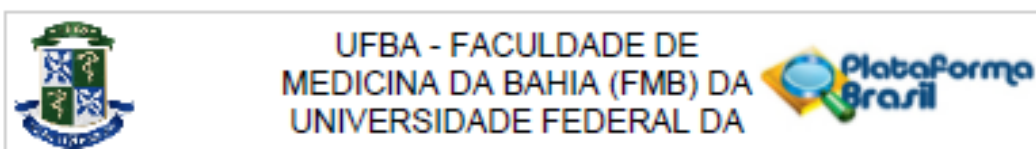
## Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma monografia do curso de graduação em medicina, cujo tema central se refere aos cuidados paliativos, na especificidade das características dos pacientes em terminalidade que evoluíram a óbito no hospital aliança em Salvador. Será executado com dados secundários, por meio da consulta aos prontuários.

"O desenvolvimento da Medicina moderna e da tecnologia atual trouxe consigo mudanças epidemiológicas importantes, entre elas o aumento da prevalência de neoplasias, com aumento das morbidades e doenças crônicas. O avanço de tecnologias teve papel fundamental na manutenção da vida, porém com ele surgiram condições para o prolongamento artificial do processo de morte do paciente através de terapêuticas desproporcionais em contraposição à qualidade do viver. Questões éticas envolvendo este novo perfil populacional traz o foco para o ato de morrer bem, sem prolongar a vida de forma artificialmente. Os cuidados paliativos, uma forma especial de cuidado, ganham protagonismo nesse novo panorama, pois objetivam o cuidado centrado na pessoa, sem fins curativos. Estudos mostram que os cuidados paliativos tendem a diminuir o impacto da doença e melhorar a qualidade de vida dos pacientes."

Trata-se de um estudo observacional, descritivo, de caráter retrospectivo, no qual os dados virão a partir da análise de cerca de 200 prontuários de pacientes de ambos os sexos, de diversas faixas

Endereço: Largo do Terreiro de Jesus, s/n  
 Bairro: PELOURINHO CEP: 40.026-010  
 UF: BA Município: SALVADOR  
 Telefone: (71)3283-5564 Fax: (71)3283-5567 E-mail: cepfmb@ufba.br



Continuação do Parecer: 2.697.705

etárias, admitidos no Hospital Alliança, que tiveram o diagnóstico de terminalidade e que vieram a óbito entre janeiro de 2016 e janeiro de 2018. A análise dos dados será feita através de tabelas e gráficos no Excel 2013 (Aplicativo Integrante do Microsoft Office 2013). Os dados serão obtidos pela revisão de prontuários médicos, após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, e serão identificados por códigos, não havendo qualquer contato direto com os pacientes, ficando armazenados em um armário com chave, no Hospital Alliança, sob a responsabilidade dos pesquisadores.

#### Objetivo da Pesquisa:

##### GERAL

Analisar o perfil social, demográfico e clínico dos pacientes que morreram em terminalidade no Hospital Alliança em Salvador – Bahia.

##### SECUNDÁRIO

Comparar a diferença nos aspectos clínicos dos pacientes com diagnóstico de terminalidade que estavam, daqueles que não, acompanhados pela comissão multidisciplinar de cuidados paliativos.

#### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

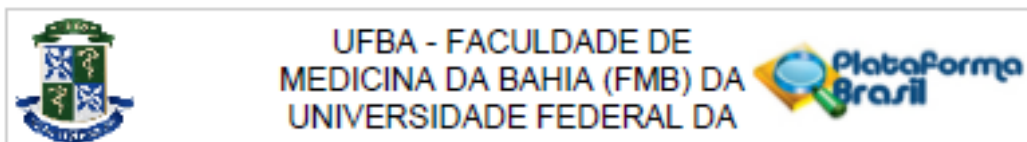
##### RISCOS:

"Destaca-se como um possível risco nesse tipo de pesquisa a quebra de sigilo e confidencialidade das informações pela identificação dos participantes da pesquisa. Assim, para preservar a identidade e diminuir esse risco, os nomes dos pacientes em questão não serão divulgados ou, quando necessário qualquer tipo de divulgação, tais nomes serão substituídos por códigos. Todas as informações componentes do banco de dados serão acessíveis somente ao pesquisador e ao orientador da pesquisa".

##### BENEFÍCIOS:

"Acredita-se que esse estudo traga benefícios a população a medida que, ao conhecer melhor o perfil do paciente que morre em terminalidade, será possível direcionar um suporte mais direcionado e eficaz para tais pacientes, além de quantificar a relevância da intervenção dos cuidados paliativos na qualidade de vida destes enfermos".

Endereço: Largo do Terreiro de Jesus, s/n  
 Bairro: PELOURINHO CEP: 40.026-010  
 UF: BA Município: SALVADOR  
 Telefone: (71)3283-5564 Fax: (71)3283-5567 E-mail: cepfmb@ufba.br



Continuação do Parecer: 2.897.705

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

A pesquisa apresenta relevância social por se compreender que, com a transição demográfica e epidemiológica em curso no Brasil, é crescente o número de pessoas que vivem a terminalidade das doenças crônicas. Revisão bibliográfica adequada, bem argumentado. Ético.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

TCUD: Informa os membros da equipe da pesquisa e o tempo de guarda dos dados.

CARTA DE ANUÊNCIA: a carta de anuência do hospital aliança está assinada pelo coordenador técnico da Instituição ADEQUADO

FOLHA DE ROSTO: devidamente preenchida e assinada.

RISCOS E BENEFÍCIOS: adequados à proposta do projeto.

CRONOGRAMA: A coleta de dados só é iniciada após a aprovação do cep. ADEQUADO

ORÇAMENTO: ADEQUADO.

PUBLICIDADE DOS RESULTADOS: ADEQUADO

**Recomendações:**

Não há recomendações.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Não há pendências.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

-O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou (Res. 466/12 CNS/MS), aguardando seu parecer, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa que requeiram ação imediata. No cronograma, observar que o início do estudo somente poderá ser realizado após aprovação pelo CEP, conforme compromisso do pesquisador com a resolução 466/12 CNS/MS.

Endereço: Largo do Terreiro de Jesus, s/n  
 Bairro: PELOURINHO CEP: 40.026-010  
 UF: BA Município: SALVADOR  
 Telefone: (71)3283-5564 Fax: (71)3283-5567 E-mail: cepfmb@ufba.br



UFBA - FACULDADE DE  
MEDICINA DA BAHIA (FMB) DA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DA



Continuação do Parecer: 2.897.705

-O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo.

-Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

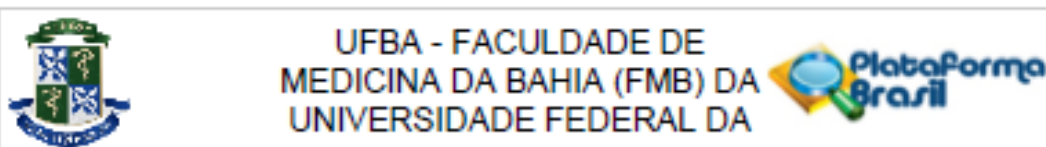
-Relatórios PARCIAIS devem ser apresentados ao CEP SEMESTRALMENTE e FINAL na conclusão do projeto.

-Assegurar aos participantes da pesquisa os benefícios resultantes do projeto, seja em termos de retorno social, acesso aos procedimentos, produtos ou agentes da pesquisa (466/12 CNS/MS).

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_753696.pdf	05/05/2018 15:12:32		Aceito
Recurso Anexado pelo Pesquisador	Correcoes_parecer_previo.pdf	05/05/2018 14:54:19	Lara de Araújo Torreão	Aceito
Parecer Anterior	Parecer_consustanciado.pdf	05/05/2018 14:54:01	Lara de Araújo Torreão	Aceito
Cronograma	Cronograma.docx	05/05/2018 14:51:28	Lara de Araújo Torreão	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_de_Pesquisa.docx	05/05/2018 14:50:59	Lara de Araújo Torreão	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Carta_de_Anuencia.pdf	05/10/2017 15:46:29	Lara de Araújo Torreão	Aceito
Orçamento	Orcamento.docx	03/10/2017 13:31:01	Lara de Araújo Torreão	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Termo_de_sigilo_e_confidencialidade.jpg	03/10/2017 13:28:17	Lara de Araújo Torreão	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Termo_de_compromisso_do_pesquisador.jpg	03/10/2017 13:28:03	Lara de Araújo Torreão	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto_Assinada.pdf	03/10/2017	Lara de Araújo Torreão	Aceito

Endereço: Largo do Terreiro de Jesus, s/n  
 Bairro: PELOURINHO CEP: 40.028-010  
 UF: BA Município: SALVADOR  
 Telefone: (71)3283-5554 Fax: (71)3283-5567 E-mail: cepfmb@ufba.br



Continuação do Parecer: 2.697.705

Folha de Rosto	Folha_de_Rosto_Assinada.pdf	13:22:54	Torreão	Aceito
----------------	-----------------------------	----------	---------	--------

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SALVADOR, 07 de Junho de 2018

---

Assinado por:  
Eduardo Martins Netto  
(Coordenador)

Endereço: Largo do Terreiro de Jesus, s/n  
Bairro: PELOURINHO CEP: 40.026-010  
UF: BA Município: SALVADOR  
Telefone: (71)3283-5564 Fax: (71)3283-5567 E-mail: cepfmb@ufba.br

**ANEXO 2**

**CARTA DE ANUÊNCIA DA DIREÇÃO DO HOSPITAL ALIANÇA**



*Of. DIMED 030 / 2017 - Carta de Anuência para realização de Trabalho Científico*

Salvador, 05 de outubro de 2017.

Ilma. Sra.

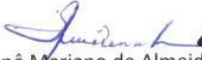
Profa. Dra. LARA DE ARAÚJO TORREÃO

Prezada Professora,

Em atenção à solicitação de 04 de setembro p.p. sobre a realização do projeto de pesquisa para monografia do Acadêmico de Medicina Alex Miranda de Oliveira, da Faculdade de Medicina da Bahia – UFBA, intitulado **“Perfil dos pacientes que morreram em terminalidade num hospital de referência da rede privada em Salvador – Bahia”**, temos a satisfação de informar a V. S. que a *Comissão de Ética e Compliance do Hospital Aliança* aprovou a indicação de anuência e de suporte necessário do Hospital para a coleta de dados e sua realização.

Por não dispormos de um *Comitê de Ética em Pesquisa* (CEP/CONEP) funcionando em nossa instituição e como habitualmente após essa anuência para início da pesquisa, recomendamos à Coordenação do trabalho científico que nos apresente, tão logo possível, o documento de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa. Estamos certos da qualidade do trabalho a ser realizado e solicitamos também que, antes da publicação da monografia, nos seja apresentado as conclusões para conhecimento da Comissão.

Cordialmente,

  
 René Mariano de Almeida  
 S.A. Hospital Aliança  
 Dr. René Mariano de Almeida  
 Médico-CRM-BA 5.301  
 Responsável Técnico  
 CRM-BA 5301.

Coordenador Médico – Responsável Técnico HA.



## ANEXO 3

## TERMO DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA

FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA

Fundada em 18 de fevereiro de 1808



## TERMO DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR

Eu, Vitor Carlos Santos da Silva, declaro estar ciente das Normas e Resoluções que norteiam a pesquisa envolvendo seres humanos e que o projeto intitulado “*Perfil dos pacientes que morreram em terminalidade num hospital de referência da rede privada em Salvador - Bahia*”, sob minha responsabilidade, será desenvolvido em conformidade com a Resolução 446/12, do Conselho Nacional de Saúde, respeitando a autonomia do indivíduo, a beneficência, a não maleficência, a justiça e equidade. Garantindo assim o zelo das informações e o total respeito aos indivíduos pesquisados. Ainda, nestes termos, assumo o compromisso de:

- Apresentar os relatórios e/ou esclarecimentos que forem solicitados pelo Comitê de Ética (CEP) da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia;
- Tornar os resultados desta pesquisa públicos quer sejam eles favoráveis ou não;
- Comunicar ao CEP/FMB/UFBA qualquer alteração no projeto de pesquisa e encaminhadas via Plataforma Brasil, sob a forma de relatório ou comunicação protocolada;
- Apresentar os resultados da pesquisa nas instituições proponente e coparticipante, ao CEP/FMB/UFBA, após o seu término conforme exigência da Resolução 466/12.

Salvador, 04 de setembro de 2017

Vitor Carlos Santos da Silva

Assinatura do responsável pelo projeto

## ANEXO 4

## TERMO DE SIGILO E CONFIDENCIALIDADE



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA

FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA

Fundada em 18 de fevereiro de 1808



## TERMO DE SIGILO E CONFIDENCIALIDADE

**Título do projeto:** Perfil dos pacientes que morrem sob cuidados paliativos em um hospital de referência da rede privada em Salvador - Bahia

**Pesquisador responsável:** Lara de Araújo Torreão

**Demais pesquisadores:** Vitor Carlos Santos da Silva e Alex Miranda de Oliveira

**Instituição/Departamento:** Faculdade de Medicina da Bahia – UFBA / Departamento de Pediatria

Os pesquisadores do projeto intitulado “*Perfil dos pacientes que morreram em terminalidade num hospital de referência da rede privada em Salvador - Bahia*” se comprometem a garantir o mais absoluto sigilo dos dados e a privacidade dos sujeitos da pesquisa, cujos dados serão coletados por meio de análise de prontuários. Além disso, a utilização dos dados se dará única e exclusivamente para execução do presente projeto, sendo os dados coletados mantidos em local seguro na Faculdade de Medicina da Bahia, da Universidade Federal da Bahia. Informam que divulgação das informações só será realizada de forma anônima, sob a responsabilidade do Prof.(a) Pesquisadora Dr<sup>a</sup>. Lara de Araújo Torreão.

Salvador, 04 de setembro de 2017

Nome do Membro da Equipe Executora	Assinatura
Vitor Carlos Santos da Silva	
Lara de Araújo Torreão	
Alex Miranda de Oliveira	