



CENTRO UNIVERSITÁRIO CHRISTUS
MESTRADO PROFISSIONAL EM ENSINO NA SAÚDE E TECNOLOGIAS
EDUCACIONAIS

LUCIANA LEITE DE FIGUEIREDO MAGALHÃES

FERRAMENTA PARA ENSINO DE TRIAGEM DE PACIENTES IDOSOS NA
EMERGÊNCIA COM INDICAÇÃO DE AVALIAÇÃO PELOS CUIDADOS
PALIATIVOS

FORTALEZA

2025

LUCIANA LEITE DE FIGUEIREDO MAGALHÃES

FERRAMENTA PARA ENSINO DE TRIAGEM DE PACIENTES IDOSOS NA
EMERGÊNCIA COM INDICAÇÃO DE AVALIAÇÃO PELOS CUIDADOS
PALIATIVOS

Dissertação apresentada ao Centro
Universitário Christus para obtenção de
título de Mestrado em Ensino na Saúde e
Tecnologias Educacionais. Área de
concentração: Educação em saúde. Linha
de pesquisa: Processo de Ensino e
aprendizagem e Tecnologias Educacionais
em saúde.

Orientador: Prof. Dr. Arnaldo Aires Peixoto
Junior

FORTALEZA

2025

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Centro Universitário Christus - Unichristus
Gerada automaticamente pelo Sistema de Elaboração de Ficha Catalográfica do
Centro Universitário Christus - Unichristus, com dados fornecidos pelo(a) autor(a)

M188f Magalhães, Luciana Leite de Figueiredo.
 Ferramenta para ensino de triagem de pacientes idosos na
 emergência com indicação de avaliação pelos cuidados paliativos /
 Luciana Leite de Figueiredo Magalhães. - 2025.
 134 f. : il. color.

 Dissertação (Mestrado) - Centro Universitário Christus -
 Unichristus, Mestrado em Ensino na Saúde e Tecnologias
 Educação, Fortaleza, 2025.

 Orientação: Prof. Dr. Arnaldo Aires Peixoto Junior.
 Área de concentração: Ensino em Saúde.

 1. Cuidados Paliativos. 2. Serviço Hospitalar de Emergência. 3.
 Geriatria. 4. Educação Médica. 5. Programas de Rastreamento. I.
 Título.

CDD 610.7

LUCIANA LEITE DE FIGUEIREDO MAGALHÃES

FERRAMENTA PARA ENSINO DE TRIAGEM DE PACIENTES IDOSOS NA
EMERGÊNCIA COM INDICAÇÃO DE AVALIAÇÃO PELOS CUIDADOS
PALIATIVOS

Dissertação apresentada ao Centro
Universitário Christus de Fortaleza para
obtenção do título de Mestrado em Ensino
na Saúde e Tecnologias Educacionais.
Área de concentração: Educação em
saúde. Linha de pesquisa: Processo de
Ensino e aprendizagem e Tecnologias
Educacionais em saúde.

Orientador: Prof. Dr. Arnaldo Aires Peixoto
Junior.

Aprovado em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Arnaldo Aires Peixoto Junior (Orientador)
Centro Universitário Christus (UNICHRISTUS)

Profa. Dra. Deborah Pedrosa Moreira
Centro Universitário Christus (UNICHRISTUS)

Profa. Dra. Manuela Vasconcelos de Castro Sales
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Dedico este trabalho a Deus, que é Aquele que é, e aos pacientes em cuidados paliativos.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, Ele que é o Ser Supremo, a Bondade e a Sabedoria. À Santíssima Virgem Maria, que me transmite paz interior e esperança, através da sua doçura e submissão a Deus. Ao meu Anjo da Guarda, por sua proteção e companhia ao longo da minha vida.

Ao meu orientador Dr. Arnaldo Aires, por sua generosidade, humildade, paciência, sabedoria e também por ser exemplo de excelência profissional e de ética.

Ao meu esposo Filipe e aos meus filhos João e Nina, que tiveram resiliência e paciência ao longo do mestrado devido a minhas ausências. Ao meu pai João, "*In Memoriam*", e minha mãe Rosa, por sua doçura e seu cuidado com a família. Aos meus irmãos Aline, Junior e Wagner, "*In Memoriam*", por fazerem parte da minha memória afetiva e ajudarem a moldar os meus valores de vida.

Aos demais professores e alunos do Mested, pelo aprendizado e companheirismo durante esses anos de mestrado.

Aos meus amigos e colegas de trabalho que tanto me incentivaram e me deram apoio nos momentos difíceis.

Aos médicos que contribuíram para a elaboração e validação da ferramenta da pesquisa.

“Enquanto levavam Jesus, agarraram um certo Simão de Cirene, que voltava do campo, e puseram-lhe a cruz aos ombros, para que a carregasse atrás de Jesus”.

(Lucas 23:26)

RESUMO

Pacientes idosos atendidos no setor de emergência (SE), que é a principal forma de internamento hospitalar, frequentemente são portadores de doenças avançadas e requerem decisões complexas sobre diagnóstico e prognóstico. O presente trabalho buscou desenvolver e validar uma ferramenta de triagem de pacientes idosos com indicação de cuidados paliativos (CP) atendidos no SE para orientar e ensinar médicos assistentes a solicitar avaliação precoce de equipe de CP. Este é um estudo de abordagem quantitativa realizado entre fevereiro de 2023 a julho de 2024 na cidade de Fortaleza, Ceará, Brasil. Para a escolha e adaptação dos quesitos da ferramenta, foi feita uma oficina de elaboração com *experts*. Em seguida, o método e-Delphi modificado foi utilizado para a validação da ferramenta. Nesta etapa, foi utilizada uma escala tipo Likert de 4 pontos sobre a importância de cada quesito adaptado. Analisou-se o Índice de validade de Conteúdo (IVC) a partir das respostas à escala Likert e o quesito foi considerado aprovado se o IVC > 0,8. Os registros nos campos abertos foram analisados pelo autor e usados para adaptação dos quesitos, antes da segunda rodada, até obtenção do consenso. Um total de 13 *experts*, especialistas em CP e/ou Geriatria, participaram do estudo. Dos 13 *experts* que concordaram em participar, 4 compuseram a oficina de elaboração (3 geriatras e 1 paliativista), e 9 foram painelistas (todos paliativistas e com experiência em emergência). A oficina de elaboração realizou discussão das questões extraídas da literatura e selecionou uma lista de 8 quesitos, os quais foram avaliados e modificados, resultando em 7 quesitos com respostas binárias, validadas após duas rodadas pelo método e-Delphi. Este trabalho conseguiu desenvolver e validar uma ferramenta de triagem para a identificação de pacientes idosos atendidos no SE com benefício de avaliação por equipe de CP, a qual pode ser utilizada no treinamento de médicos assistentes. A partir dessa ferramenta, foram criados um guia para ensinar a sua aplicação e um aplicativo móvel.

Palavras-chave: cuidados paliativos; serviço hospitalar de emergência; geriatria; educação médica; programas de rastreamento.

ABSTRACT

Elderly patients treated in the emergency department (ED), which is the main form of hospital admission, often have advanced diseases and require complex decisions regarding diagnosis and prognosis. This study aimed to develop and validate a screening tool for elderly patients with indication for palliative care (PC) treated in the ED to guide and teach attending physicians to request early evaluation by the PC team. This is a quantitative study carried out between February 2023 and July 2024 in the city of Fortaleza, Ceará, Brazil. To select and adapt the tool's items, a development workshop with experts was held. Then, the modified e-Delphi method was used to validate the tool. In this stage, a 4-point Likert-type scale was used to assess the importance of each adapted item. The Content Validity Index (CVI) was analyzed based on the responses to the Likert scale, and the item was considered approved if the CVI > 0.8. The records in the open fields were analyzed by the author and used to adapt the questions before the second round, until consensus was reached. A total of 13 experts, specialists in PC and/or Geriatrics, participated in the study. Of the 13 experts who agreed to participate, 4 participated in the development workshop (3 geriatricians and 1 palliative care specialist), and 9 were panelists (all palliative care specialists with experience in emergency care). The development workshop discussed the questions extracted from the literature and selected a list of 8 questions, which were evaluated and modified, resulting in 7 questions with binary answers, validated after two rounds using the E-Delphi method. This study was able to develop and validate a screening tool for identifying elderly patients treated in the ED who benefit from evaluation by a PC team, which can be used in the training of attending physicians. From this tool, a guide to teach its application and a mobile application were created.

Keywords: palliative care; hospital emergency service; geriatrics; medical education; mass screening.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Fluxograma com as fases do estudo de desenvolvimento e validação da ferramenta.....	29
Figura 2 - Fluxograma da revisão integrativa de literatura	31
Figura 3 - Fluxograma das atividades realizadas pela entrevista semiestruturada em grupo para o desenvolvimento da ferramenta	33
Figura 4 - Fluxograma da primeira rodada de validação da ferramenta pelos painelistas através do Método e-Delphi	35
Figura 5 - Fluxograma da segunda rodada de validação da ferramenta pelos painelistas através do método e-Delphi	36
Figura 1 (artigo 1) - Fluxograma do processo de seleção de estudos	46
Quadro 1 (artigo 1) - Sumário dos estudos coletados com ferramentas relacionadas ao tema ..	46
Quadro 2 (artigo 1) - Ferramentas mais relevantes identificadas nos estudos	47
Figura 1 (artigo 2) - Etapas da elaboração e validação de conteúdo da Ferramenta de triagem para pacientes idosos no setor de emergência com benefício de avaliação de equipe de Cuidados Paliativos	58
Quadro 1 (artigo 2) - Artigos selecionados com ferramentas de rastreamento de pacientes internados na emergência com necessidade de cuidados paliativos não atendidas	59
Quadro 2 (artigo 2) - Itens traduzidos, avaliados e adaptados pelo grupo de entrevista semiestruturada	64
Quadro 3 (artigo 2) - Modificações dos quesitos baseadas nas sugestões dos painelistas	67
Quadro 4 (artigo 2) - Análise quantitativa dos quesitos pelos painelistas através do cálculo do Índice de Validade de Conteúdo quanto aos domínios clareza, pertinência e abrangência	78
Figura 2 (artigo 2) - Ferramenta para Ensino de Triagem de pacientes idosos na emergência com indicação de avaliação pelos Cuidados Paliativos	69

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Artigos e ferramentas selecionadas para composição do material inicial ..	31
Tabela 1 (artigo 2) -	Caracterização dos painelistas participantes da validação dos quesitos através do Método e-Delphi	66
Tabela 2 (artigo 2) -	Análise quantitativa dos quesitos pelos painelistas através do cálculo do Índice de Validade de Conteúdo quanto aos domínios clareza, pertinência e abrangência	68
Tabela 3 (artigo 2) -	Resumo da análise sobre a usabilidade pelo questionário <i>System Usability Scale</i> do aplicativo Palitrack Sênior (N= 13 médicos residentes)	70

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABCP	Associação Brasileira de Cuidados Paliativos
ANCP	Academia Nacional de Cuidados Paliativos
CES	Câmara de Educação Superior
CFM	Conselho Federal de Medicina
CNE	Conselho Nacional de Saúde
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CNRM	Comissão Nacional de Residência Médica
CP	Cuidados paliativos
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
DE	Departamento de Emergência
DMO	Disfunção de Múltiplos Órgãos
DOU	Diário Oficial da União
ECOG	<i>Eastern Cooperative Oncology Group</i>
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INPI	Instituto Nacional da Propriedade Industrial
IVC	Índice de Validade de Conteúdo
LIT	Laboratório de Inovação Tecnológica
MP	Medicina Paliativa
NECPAL	Necessidades paliativas
PCA	Plano de Cuidados Avançados
P-CaRES	<i>Palliative Care and Rapid Emergency Screening Tool</i>
PNCP	Política Nacional de Cuidados Paliativos
PRM	Programa de Residência Médica
PRIMM-ER	<i>Primary Palliative Care for Emergency Medicine</i>
OS	Pronto-Socorro
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RQE	Registro de Qualificação de Especialista
SE	Serviço de Emergência
SOFA	Avaliação Sequencial de Falência de Órgãos
SPEED	<i>Screen for Palliative and End-of-life Care Needs in the Emergency Department</i>
SPICT	<i>Supportive and palliative care indicators tool</i>

SST	Ferramenta de Triagem Simples
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	15
2 OBJETIVOS	18
2.1 Objetivo geral	18
2.2 Objetivos específicos	18
3 REFERENCIAL TEÓRICO	19
3.1 História dos Cuidados Paliativos no Brasil e no mundo	19
3.2 Ensino de Cuidados Paliativos no Brasil	20
3.3 Epidemiologia do envelhecimento	21
3.4 Cuidados Paliativos na Geriatria	22
3.5 Cuidados Paliativos na emergência	24
3.6 Ferramentas de rastreio de Cuidados Paliativos na emergência ...	25
4 MATERIAL E MÉTODOS	29
4.1 Tipo de estudo	29
4.2 População	29
4.3 Experimento (fases do estudo)	29
4.3.1 Levantamento das ferramentas e preparação do material	29
4.3.2 Desenvolvimento da ferramenta pela entrevista semiestruturada ...	32
4.3.3 Validação da ferramenta com Método e-Delphi	33
4.4 Elaboração de um guia que ensina a aplicação da ferramenta	36
4.5 Desenvolvimento da ferramenta digital	36
4.6 Análise estatística	38
4.7 Aspectos éticos	39
5 RESULTADOS	40
5.1 Artigo 1	40
5.2 Artigo 2	54
6 CONCLUSÃO	79
REFERÊNCIAS	80
APÊNDICES	87
APÊNDICE A - QUESTIONÁRIO DE VALIDAÇÃO PARA PRIMEIRA RODADA PELO MÉTODO E-DELPHI	87

APÊNDICE B - QUESTIONÁRIO DE VALIDAÇÃO PARA SEGUNDA RODADA PELO MÉTODO E-DELPHI	104
APÊNDICE C - CARTA DE ANUÊNCIA – UNICHRISTUS	110
APÊNDICE D - AUTORIZAÇÃO INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA	111
APÊNDICE E - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA	112
APÊNDICE F - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - PAINELISTA	114
APÊNDICE G - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - RESIDENTES	116
APÊNDICE H - APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA.	118
APÊNDICE I - PRODUTO EDUCACIONAL 1	121
APÊNDICE J - PRODUTO EDUCACIONAL 2	122
APÊNDICE L - PRODUTO EDUCACIONAL 3	126
APÊNDICE M - CASOS CLÍNICOS	127
APÊNDICE N - RESPOSTAS AO QUESTIONÁRIO <i>SYSTEM USABILITY SCALE</i>	130
ANEXO	132
ANEXO A – ESCALA DE AVALIAÇÃO DA USABILIDADE	132

1 INTRODUÇÃO

A compreensão sobre cuidados paliativos (CP) evoluiu ao longo do tempo, embora ainda seja um tema amplamente debatido, ele permanece desconhecido ou mal interpretado por grande parte da população. Os princípios e a filosofia que sustentam os CP nem sempre são claramente entendidos e aplicados na hora certa por profissionais de saúde, incluindo médicos. Hoje em dia, o conceito de CP é bastante amplo e abrange pacientes com doenças ameaçadoras à vida em diferentes estágios, desde o diagnóstico até os cuidados de fim de vida, além de oferecer suporte aos familiares e considerar aspectos psicossociais, físicos e espirituais. Portanto, é uma atenção em saúde que demanda a colaboração de diversas categorias profissionais em um trabalho transdisciplinar, visando proporcionar condições para um cuidado digno e para aliviar o sofrimento do paciente, da família e da equipe de saúde. As decisões terapêuticas são tomadas conforme o estágio da doença e levam em conta as prioridades no acompanhamento clínico, abrangendo desde o manejo dos sintomas físicos (como dor, dispneia, náuseas e vômitos) até questões psicossociais (como conflitos familiares, insuficiência familiar ou dificuldades financeiras), assim como a comunicação de notícias difíceis e apoio na tomada de decisões. A abordagem do CP exige a observância dos princípios da bioética, que incluem autonomia, beneficência e não maleficência, considerando o grau da doença grave, o prognóstico e os valores tanto da família quanto do paciente. (Castilho *et al.*, 2021; Sousa *et al.*, 2022).

Médicos experientes e recém-formados admitem que enfrentam dificuldades para lidar com as diversas situações que envolvem pacientes com doenças terminais, pois, dependendo do estágio da doença, nem sempre os protocolos clínicos se adequam, sendo necessário que o profissional esteja disponível para conhecer o paciente de maneira mais aprofundada. Para isso é necessário além de confiança e autocontrole emocional, dispor de tempo para conversas e acolhimento, ter experiência clínica (devido à grande variedade de doenças) e capacidade para dialogar com diversas especialidades (Atreya *et al.*, 2022; Sapeta *et al.*, 2022; Masotti *et al.*, 2021). Pieters *et al.* (2019) realizaram um estudo multicêntrico na Holanda e concluíram que habilidades fornecidas pela disciplina de CP, como comunicação, questões psicossociais, espirituais e éticas, aumentam a autoconfiança do médico e

o tornam mais bem preparado para atender esse perfil de paciente. Diante disso, observa-se uma tendência mundial em incluir CP no currículo médico.

Uma revisão integrativa analisou o cenário do ensino de CP em escolas médicas brasileiras e revelou lacunas a serem preenchidas. Destacam-se a dificuldade em desenvolver habilidades de comunicação e atitudes médicas diante do processo de morte. O estudo evidenciou ainda que a maioria dos professores tem dificuldade em abordar o tema e até o evitam (Guimarães *et al.*, 2023).

No mundo, há carência de profissionais com especialização em CP capacitados para o ensino e assistência. Nos Estados Unidos, com o aumento da demanda, surgiu a necessidade de treinar médicos de outras áreas em CP para atuarem como não especialistas (Pennarola *et al.*, 2023), com o intuito de iniciar uma abordagem mais precoce e menos impactante para as famílias pelo próprio médico assistente. O CP realizado por médicos não especialistas é chamado de CP primário e tem como objetivo iniciar uma abordagem mais precoce de casos relacionados à determinada especialidade, com sintomas mais fáceis de manejar, a fim de reservar o especialista em CP para casos mais complexos.

Nos atuais Programas de Residência Médica (PRM), identificam-se dificuldades que envolvem o aprendizado em CP, como a falta de experiência, conhecimento e interesse dos preceptores, assim como o desinteresse dos próprios residentes. No entanto, há uma discrepância quando se analisa a importância da especialidade para a condução adequada dos pacientes em relação ao que é realizado na prática (Kraus *et al.*, 2016). O investimento em programas de educação continuada para profissionais e a contratação de docentes com experiência em CP parecem ser eficazes para aumentar o conhecimento, interesse, confiança e melhorar as condutas realizadas nesse perfil de paciente (Li; Chhabra; Singh, 2021; Head *et al.*, 2016). Com esse intuito, nos Países Baixos, foi desenvolvida uma plataforma de educação online e realizou-se uma interligação de centros de ensino e pesquisa em CP para melhorar a educação de enfermeiros e médicos nessa área de atuação e influenciar novos profissionais. (Zuilekon *et al.*, 2024).

O treinamento em comunicação é necessário, pois os familiares frequentemente não compreendem bem os objetivos de tratamento quando profissionais sem a formação adequada iniciam abordagem paliativa, o que gera preocupação quanto ao abandono e à possibilidade de que situações agudas não recebam a terapêutica adequada. Essa falta de entendimento também é observada

entre os profissionais da saúde, que muitas vezes desconhecem os benefícios do CP precoce. Destaca-se ainda que no Brasil há poucos profissionais com formação em CP (Gonçalves *et al.*, 2024).

Os pacientes idosos são os que mais se beneficiam de abordagem paliativa, pois são portadores de múltiplas comorbidades, dentre elas doenças crônicas, neurodegenerativas e oncológicas, que resultam em declínio funcional e fragilidade. Esses pacientes frequentemente buscam o setor de emergência com descompensação das doenças de base e precisam ser avaliados quanto à necessidade de CP para um melhor planejamento do tratamento e cuidado. O Setor de Emergência (SE) é um ambiente caótico, os profissionais dispõem de pouco tempo para conversas e acolhimentos. Portanto, a equipe de CP desempenha um papel essencial nesse contexto, atuando como uma parceira da equipe de emergência para proporcionar acolhimento, entender a dinâmica familiar, respeitar as preferências pessoais e reunir informações sobre a funcionalidade anterior do paciente, o histórico do adoecimento e resposta às terapias já realizadas (Gunaga; Zygowiec, 2023; Bright *et al.*, 2022). Além das questões estruturais do SE, as deficiências de conhecimento dessa área de atuação não supridas, durante a graduação e a pós-graduação em medicina, geram prejuízos para muitos pacientes idosos que necessitam de CP e não recebem a atenção adequada no momento certo (Bright *et al.*, 2022).

Diante dessas dificuldades, é fundamental contar com ferramentas que ensinam médicos não paliativistas a identificar rapidamente e precisamente quais pacientes podem se beneficiar de uma abordagem paliativa ainda no pronto-socorro. Além de ser viável o desenvolvimento dessas ferramentas (George *et al.*, 2016), a detecção precoce permitirá que o plano de tratamento esteja mais alinhado com as preferências do paciente, aprimorando a qualidade do cuidado (Yen *et al.*, 2022) e estabelecendo metas terapêuticas conforme o estágio da doença, evitando intervenções inadequadas, otimizando o uso dos recursos na saúde, favorecendo a desospitalização precoce e articulação com a rede.

Existem muitas ferramentas que auxiliam na identificação de pacientes com necessidade de CP não atendidas na literatura internacional, porém nenhuma delas foi desenvolvida e validada para população brasileira, com a pertinência para aplicação na população de pessoas idosas e com a abrangência específica para aplicação no SE. Diante disso, foi realizado um estudo para o desenvolvimento e validação de uma ferramenta com potencial para o uso nesta população.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Elaborar uma ferramenta que possa auxiliar no ensino de profissionais médicos que trabalham em emergência a identificar pacientes idosos com benefício de avaliação de equipe especializada de CP.

2.2 Objetivos específicos

2.2.1 Validar esta ferramenta por profissionais *experts*;

2.2.2 Elaborar um guia que ensina a aplicar a ferramenta; e

2.2.3 Desenvolver e avaliar a usabilidade um aplicativo móvel baseado na ferramenta validada.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 História dos Cuidados Paliativos no Brasil e no mundo

Há registros históricos de que, no século V, Cristãos fundaram hospedarias em Roma que abrigavam peregrinos advindos da África e Ásia, dando-lhes comida e conforto. No mundo árabe, os Mouros criaram os primeiros abrigos, onde mulçumanos doentes eram acolhidos e recebiam cuidados (Shepard, 2005; Castilho *et al.*, 2021). O termo Hospice, que não tem tradução exata para o português, modernamente é utilizado para definir locais que recebem pacientes na fase avançada de doença terminal e seus familiares, proporcionando-lhes conforto, bem-estar, apoio emocional e espiritual em ambiente acolhedor e com profissionais especializados em CP. Os primeiros Hospices datam da Idade Média, a partir do final do Século XIX, no mundo bizantino, e acolhiam pacientes moribundos. Nessa época, devido às novas descobertas terapêuticas, houve uma mudança na atuação dos médicos que se concentraram prioritariamente no tratamento das doenças, assumindo um papel paternalista. Em consequência disso, pacientes moribundos perderam a importância médica e morriam em casa acompanhados de familiares e cuidadores (De Oca Lomelí, 2006).

A filosofia dos CP como conhecemos atualmente foi inspirada na biografia e no trabalho de *Dame Cicely Mary Saunders*, que fundou, em 1967 na cidade de Londres, o St. Christopher's Hospice, instituição que foi idealizada para acolher pacientes com doenças terminais e oferecer dignidade nos cuidados de fim de vida (Castilho *et al.*, 2021).

No Brasil, o primeiro serviço de CP foi criado em 1983 no Hospital das Clínicas de Porto Alegre, desde então, vários serviços foram surgindo sem políticas organizacionais em comum (Mgmca, 2013). Somente em 1997, foi fundada a Associação Brasileira de Cuidados Paliativos (ABCP), que publicou a primeira revista científica da América Latina especializada em CP em 2009. A ABCP foi encerrada em 2014 e, em 2005, foi fundada a Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP). A ANCP atua em todo o Brasil e tem como missão promover a qualidade de vida de pacientes e familiares através de assistência, educação e pesquisa (Castilho *et al.*, 2021).

Vem ocorrendo um crescimento exponencial desse setor no Brasil nos últimos anos. De acordo com dados da ANCP, houve registro de 128 novos serviços em 2022, totalizando 234 serviços assistenciais de CP, isso equivale a um aumento de 32,2% se comparado a 2018. Com relação a médicos especialistas em Medicina Paliativa (MP) (aprovados em prova de área de atuação e/ou com residência médica), 146 serviços (62,3%) dispõem desse profissional. A região Sudeste concentra o maior número de equipes de CP, 41,8%, seguida pela região Nordeste, 25,7%. Com relação ao financiamento, 52,6% são exclusivamente públicos, 32% privados e 15,4% públicos e privados (Prado *et al.*, 2023).

Em 2018, a Resolução número 41 da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), publicada em Diário Oficial da União (DOU), estabeleceu que os CP devem ser oferecidos pela Rede de Atenção à Saúde (RAS) do Sistema Único de Saúde (SUS) (Brasil, 2018). No dia 7 de maio de 2024 (Portaria Gabinete do Ministro / Ministério da Saúde nº 3.681, 07/05/2024), foi instituída a Política Nacional de Cuidados Paliativos (PNCP) no âmbito do SUS. Ela tem como objetivo integrar os CP a RAS, melhorar a qualidade de vida do paciente em CP, ampliar a disponibilidade de medicamentos, estimular a formação, educação continuada e valorização profissional, promover a conscientização e educação sobre CP na sociedade (Brasil, 2024a). A consolidação dos CP no SUS foi um passo importante para o seu aprimoramento no Brasil, gerando maior integração entre atenção básica, domiciliar e hospitalar.

3.2 Ensino de Cuidados Paliativos no Brasil

Desde 2011, a Resolução do Conselho Federal de Medicina (CFM) n. 1973/2011 reconheceu a MP como área de atuação no Brasil de seis especialidades: Anestesiologia, Pediatria, Geriatria, Oncologia, Clínica Médica e Medicina de Família e Comunidade. Os PRM precisaram adaptar-se para formação prática e teórica dos médicos, então começaram a surgir residências multiprofissionais na área e cursos de especialização. Atualmente, outras especialidades como Cirurgia de Cabeça e Pescoço, Cirurgia Oncológica, Medicina Intensiva, Neurologia e Nefrologia também podem atuar em CP.

De acordo com dados da ANCP, até 2022, havia 234 serviços de CP no Brasil, destes 46,6% tinham atividades de educação em CP para graduação, 64,1% para

residência médica e multiprofissional, 26,9% para pós-graduação *lato sensu* (Prado *et al.*, 2023).

Em abril de 2022, a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) aprovou a matriz de competências do PRM para a Área de Atuação em MP no Brasil (Resolução CNRM nº 10, de 29 de abril de 2022). Tendo como objetivos capacitar médicos especialistas na prevenção, diagnóstico e tratamento de pacientes com doença ameaçadora à vida, através do domínio de competências (conhecimento teórico, habilidades e atitudes) específicas como conceitos em CP e bioética, trabalho em equipe multiprofissional, habilidade de comunicação em situação crítica e gerenciamento de sintomas físicos, psíquicos, sociais e espirituais.

Até dezembro de 2018, de um total de 315 escolas de Medicina no Brasil, somente 44 (14%) dispunham de disciplina de CP em suas matrizes curriculares, sendo obrigatória em 27 e eletiva em 17 delas. A disciplina era oferecida durante ciclo clínico (entre terceiro e quarto ano), com mediana de carga horária de 46,9 horas e predomínio de conteúdo teórico (Castro; Marques, 2021).

No dia 3 de novembro de 2022, o Conselho Nacional de Educação (CNE) tornou obrigatório o ensino de CP nos currículos médicos do Brasil. A resolução entrou em vigor no dia 1º de dezembro de 2022 e alterou os artigos 6º, 12 e 13 da Resolução CNE/CES (Câmara de Educação Superior) nº 3/2014 que institui as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) dos cursos de Medicina do Brasil. Ela reconheceu os conhecimentos, competências e habilidades da assistência ao paciente em CP, no âmbito da formação e desenvolvimento de competências específicas de relacionamento interpessoal, de comunicação de más notícias, com valorização da biografia do paciente, gerenciamento da dor e outros sintomas, identificação dos critérios para CP precoce nas doenças ameaçadoras a vida e manejo de cuidados de fim de vida.

3.3 Epidemiologia do envelhecimento

O envelhecimento rápido da população ocorrido em escala mundial trouxe mudanças abruptas nas relações sociais, além de necessidade de maior investimento em saúde, devido ao aumento da prevalência de doenças crônicas e degenerativas, reabilitação, instituições para o cuidado e amparo dessa população funcionalmente mais dependente ou com rede de apoio precária. Dessa forma, é necessário aumentar

o aporte em sistemas de saúde mais complexos que contemplem equipes multiprofissionais, que sejam mais acessíveis, com infraestrutura adaptada, mais tecnologia, cuidados preventivos e de reabilitação. O gerenciamento desses serviços deve ter o propósito de oferecer oportunidades de bem-estar para essa população crescente (Zhao, 2024). Diversos fatores tornam desafiador o avanço de políticas públicas, como a complexidade do envelhecimento, que se deve à diversidade encontrada em subpopulações em termos de idade cronológica, múltiplas condições de saúde, funcionalidade e outros aspectos (Beard; Bloom, 2015).

A expectativa é de que a população idosa mundial mais do que dobre nos próximos 25 anos (Pearson *et al.*, 2024). No Brasil, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), já vem ocorrendo um crescimento acelerado da quantidade de idosos, que quase se duplicou nos últimos 23 anos (Brasil, 2024b). Este cenário traz consigo desafios significativos para uma rápida adaptação do sistema de saúde, já que o aumento das doenças crônicas e neurodegenerativas demanda profissionais de saúde qualificados para atender esse grupo (Xue *et al.*, 2024), além de uma necessidade crescente por especializações em reabilitação, CP e cuidados domiciliares.

3.4 Cuidados Paliativos na Geriatria

A transição demográfica, resultante dos progressos na saúde e melhoria nas condições hidrossanitárias, trouxe crescimento das doenças crônicas, oncológicas e neurodegenerativas, que podem representar riscos sérios à vida e estão ligadas ao declínio das funções (Vera, 2009). Assim, o cuidado paliativo em pacientes idosos reflete uma mudança em sua compreensão: ele não se limita apenas aos cuidados no final da vida, mas abrange também o suporte em todas as etapas das doenças crônicas, em conjunto com tratamentos que visam modificar a progressão da enfermidade (Moraes *et al.*, 2014). Dessa forma, é importante entender que, mesmo em doenças com prognóstico ruim, a idade não deve ser fator completamente limitante para algumas condutas, portanto se deve identificar em qual estágio da doença o paciente se encontra, a fim de se elaborar o plano terapêutico de forma individualizada (Babu *et al.*, 2016), além do Plano de Cuidados Antecipados (PCA).

O PCA é um processo que envolve o esclarecimento ao paciente e seus familiares por parte da equipe médica sobre a condição clínica atual, prognóstico,

possíveis dilemas e opções de condutas que devem estar em máximo alinhamento com as preferências do paciente (Driller *et al.*, 2024). O ideal é que esse processo ocorra enquanto o paciente ainda possui capacidade de decisão, permitindo sua participação ativa na elaboração (Fritz *et al.*, 2016).

A criação de um PCA deve ocorrer gradualmente e requer comunicação eficaz, levando em consideração o conhecimento mais profundo sobre o paciente e seus valores. Isso resultará em um melhor controle de sintomas físicos, maior aceitação e conhecimento do declínio funcional e complicações decorrentes das comorbidades, além de facilitar a elaboração do luto. Todos esses tópicos devem ser discutidos de maneira aberta e sincera com o paciente e seus familiares. Um dos principais objetivos desse processo é garantir um cuidado de fim de vida digno e de qualidade, evitar tratamentos desproporcionais e oferecer a oportunidade de óbito no local de preferência (Kojer; Heimerl, 2009; Berthold, 2022).

Além de doenças crônicas, oncológicas e neurodegenerativas, qualquer situação que provoque deteriorações físicas, emocionais, sociais ou espirituais durante o envelhecimento também pode receber CP (Kojer; Heimerl, 2009), inclusive enfermidades agudas, que frequentemente descompensam as doenças de base e podem evoluir com Disfunção de Múltiplos Órgãos (DMO).

Pacientes idosos frágeis que evoluem com DMO estão associados a internamento prolongado e mortalidade aumentada (Cole *et al.*, 2022). Uma pontuação maior ou igual a 6 na Avaliação Sequencial de Falência de Órgãos (SOFA), calculada em 24 horas, pode ser utilizada para definir DMO na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) ou na Emergência (Sakr, 2012).

Na população idosa, há um aumento na probabilidade de não se reconhecer sinais e sintomas de sofrimento em razão de dificuldades na comunicação e exame clínico, devido ao comprometimento cognitivo, fragilidade e apresentações atípicas (Scherder, 2000). Geralmente, durante o internamento, esses pacientes enfrentam uma piora das condições físicas, emocionais e espirituais que não são devidamente gerenciadas nas últimas horas de vida, além de diminuir a oportunidade de falecer em casa ou conforme suas preferências (Hunt *et al.*, 2014). Na prática, apesar de os CP serem um suporte essencial para essa faixa etária, com muita frequência, esses pacientes não são direcionados para equipes especialistas ou são encaminhados tardiamente (Burt; Haine, 2006; Halani *et al.*, 2017).

Existem diversas dificuldades enfrentadas para assegurar a oferta de CP especializados e apropriados a pacientes muito idosos, principalmente em emergências. Entre essas dificuldades, destacam-se a ênfase no tratamento curativo, a maior aceitação e normalização de diagnósticos terminais, o suporte social e familiar restrito (ausência de pressão familiar por cuidados), doenças não relacionadas ao câncer (ainda persiste uma forte associação entre CP e oncologia) e a escassez de recursos (Gardiner *et al.*, 2011).

3.5 Cuidados Paliativos na emergência

A emergência é a principal porta de entrada para o internamento (Gunaga, 2023), e os hospitais que possuem SE concentram a maior parte de óbitos, devido à gravidade dos pacientes admitidos. Neste cenário, os pacientes idosos têm um elevado risco de morte, devido à sua fragilidade física associada a enfermidades crônicas descompensadas. Portanto, o médico emergencista deve ser capaz de discernir quais pacientes se beneficiam de CP, seja no diagnóstico de uma condição aguda ou descompensação da enfermidade crônica (Gardiner *et al.*, 2011).

A análise desse perfil de paciente é bastante complexa, requer tempo e habilidade comunicativa para reunir dados detalhados. Na emergência, a comunicação é muito prejudicada, devido à falta de tempo e ambiente caótico, soma-se ainda que a preocupação da equipe assistente está mais centrada na resolução do insulto agudo. Além disso, os profissionais de saúde encontram obstáculos para definir quem é o responsável em fornecer CP nesse local (Gardiner *et al.*, 2011).

Ao contrário do que muitos pensam, a instituição de CP não significa a ausência de implementação de suportes invasivos ou sua retirada com oferecimento apenas de controle de sintomas. Em pacientes com doença crônica descompensada, a abordagem paliativa visa transferir a atenção global para diferentes estágios da doença, inclusive em situações de emergência. Os pacientes que já iniciaram abordagem paliativa durante algum estágio da doença, provavelmente terão uma conduta mais personalizada nos estágios finais, e isso facilita a tomada de decisão em situações agudas e na terminalidade (Mendonza *et al.*, 2024).

Um ensaio clínico randomizado comparando pacientes portadores de câncer avançado que receberam CP na emergência versus cuidados usuais, concluiu que a abordagem precoce com equipe de CP melhora a qualidade de vida sem reduzir a

sobrevida (Grudzen *et al.*, 2016). Além disso, os custos com internamento hospitalar de pacientes com doença avançada em UTI que recebem CP são menores se comparados com cuidados usuais (Penrod *et al.*, 2010).

Apesar dos benefícios associados à abordagem paliativa precoce, a maioria dos médicos de emergência não se sentem seguros com os métodos de triagem disponíveis e encaminham menos de 10% dos pacientes atendidos para equipes especialistas em CP (Bowman *et al.*, 2016).

3.6 Ferramentas de rastreio de Cuidados Paliativos na emergência

Existem muitas ferramentas para identificação de pacientes com necessidade de CP não atendidas em emergência, porém o seu desempenho não é bem estabelecido e falta precisão para o reconhecimento (Kirkland *et al.*, 2022; Tan *et al.*, 2020).

Nem sempre os pacientes com necessidade de CP, que são identificados na emergência com essas ferramentas, recebem avaliação precoce de equipe de CP, observa-se que o encaminhamento para equipe de CP aumenta na medida que são internados ou após a alta hospitalar (Kirkland *et al.*, 2022).

Uma revisão sistemática realizada em 2022, que avaliou ferramentas de triagem para identificação de pacientes com necessidade de CP na emergência, mostrou que as ferramentas mais estudadas foram a Pergunta Surpresa, P-CaRES (*Palliative Care and Rapid Emergency Screening Tool*) e SPEED (*Screen for Palliative and End-of-life Care Needs in the Emergency Department*) (Kirkland *et al.*, 2022).

A Pergunta Surpresa original (você ficaria surpreso se o paciente morresse nos próximos 12 meses?) foi a ferramenta mais estudada e mostrou-se mais sensível em prever mortalidade do que a Pergunta Surpresa modificada (você ficaria surpreso se o paciente morresse nos próximos 30 dias?). A resposta negativa significava que o paciente tinha necessidade de CP não atendida. De acordo com essa revisão sistemática, a ferramenta foi aplicada em diversas condições clínicas, não só oncológicas, em locais variados (pacientes internados ou UTI) e em pacientes adultos, incluindo idosos com mais de 65 ou 70 anos (Kirkland *et al.*, 2022).

A ferramenta P-CaRES é composta por 2 etapas: primeiramente, deve-se identificar se o paciente é portador de doença ameaçadora à vida (câncer avançado, Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica avançada, Demência avançada, Insuficiência

Renal Crônica, Insuficiência Cardíaca Congestiva, Doença Hepática em fase terminal, Choque Séptico, Falência de Múltiplos Órgãos) e posteriormente, deve-se avaliar se há 2 ou mais necessidades de CP não atendidas (visitas ao Pronto-Socorro ou hospitalizações nos últimos 6 meses, sintomas de difícil controle, sintomas novos agravados, declínio funcional, incertezas quanto ao tratamento e sofrimento do cuidador, resposta negativa à pergunta surpresa). Essa ferramenta é validada para uso em emergência e, além de identificar pacientes com necessidade de CP não atendidas em emergência, consegue prever a sobrevivência de pacientes idosos em 6 meses (Paske *et al.*, 2021).

A ferramenta SPEED original é composta de 13 itens que avaliam as dimensões física, espiritual, social, terapêutica e psicológica de pacientes com câncer utilizando a escala Likert de 10 pontos. Diferente da ferramenta P-CaRES, a ferramenta SPEED não identifica a “necessidade de CP não atendida”, mas sim qual a necessidade específica de CP do paciente com câncer assistido na emergência (Richards *et al.*, 2011; Kirkland *et al.*, 2022).

Uma Ferramenta de Triagem Simples (SST) foi desenvolvida para identificar pacientes com doenças ameaçadoras à vida com necessidade de CP não atendidas. Para isso, primeiramente o médico deve avaliar pontos que envolvem funcionalidade, progressão da doença de base e nível de consciência, posteriormente verificar se há pelo menos uma necessidade de CP não atendida, o objetivo era encaminhar esses pacientes para equipe especialista em CP. Essa ferramenta não é específica para nenhuma doença e mostrou-se útil na identificação de pacientes com qualquer doença crônica que estavam aguardando serem internadas no pronto socorro (PS) (Kirkland *et al.*, 2022, Cotogni *et al.*, 2017).

O escore de risco A-qCPR é uma ferramenta de triagem que avalia o prognóstico do paciente na emergência (mortalidade em 1 ano). São identificados 5 fatores de risco independentes (idade, SOFA > ou igual a 2, câncer, Pontuação de *Eastern Cooperative Oncology Group* - ECOG > ou igual a 2, ordem de não ressuscitar), dando-lhes pontuação proporcional. Essa ferramenta foi desenvolvida para auxiliar médicos a iniciar comunicação precoce sobre necessidade de CP e Hospice na emergência, mas também pode ajudar na identificação de pacientes com necessidade de CP não atendida (Wang *et al.*, 2021; Kirkland *et al.*, 2022).

Crítérios CARING é uma ferramenta prognóstica com alta sensibilidade e especificidade (79% e 75%) em prever mortalidade em 1 ano. Deve ser aplicada na

admissão hospitalar com objetivo de se identificar pacientes com doenças graves que se beneficiem de discussões sobre cuidados de fim de vida e gerenciamento de sintomas. É um instrumento simples que se baseia em 5 indicadores: câncer, mais de 2 admissões hospitalares por doença crônica no último ano, residência em casa de repouso, admissão em UTI com falência de múltiplos órgãos, mais de 2 critérios para CP não oncológicos. Não há necessidade de dados laboratoriais, o que facilita sua aplicação. A pontuação dada ao indicador é maior de acordo com seu valor preditor de morte (Fischer *et al.*, 2006).

O estudo PRIM-MER (*Primary Palliative Care for Emergency Medicine*) desenvolveu uma ferramenta eletrônica denominada Support-ED. Utilizou-se como base a P-CaRES, onde seus critérios de triagem foram modificados e adaptados para aumentar a precisão na identificação de pacientes portadores de doenças graves com benefício de encaminhamento para serviços especializados em CP (Tan *et al.*, 2020).

Existem ferramentas de triagem que não foram estudadas em pacientes de emergência, mas que podem ser utilizadas em outros setores para identificar pacientes com necessidade de CP não atendida, dentre elas podemos exemplificar: SPICT (*Supportive and Palliative Care Indicators Tool*), NECPAL (Necessidades Paliativas), RADPAC (Indicadores RADboud para Necessidades de Cuidados Paliativos), TW-PCST (versão taiwanesa da *Palliative Care Screening Tool*) e GSF-PIG (*Gold Standards Framework Prognostic Indicator Guidance*). Dessas ferramentas, a SPICT tem a melhor sensibilidade em ambiente hospitalar (XIE, 2023).

A ferramenta SPICT foi desenvolvida para ser utilizada tanto em ambiente hospitalar (paciente já internado), como na atenção primária, baseia-se em indicadores clínicos de doenças avançadas (câncer, demência e fragilidade, doenças neurológicas, cardiovasculares, respiratórias, renais e hepáticas) e indicadores gerais de piora da saúde. Esse instrumento não foi projetado para encaminhar pacientes para equipe especializada de CP, mas sim para ajudar na identificação de pacientes com necessidade de CP, auxiliando no planejamento do cuidado. Um estudo concluiu que a ferramenta SPICT tem especificidade semelhante a Pergunta Surpresa e mais sensibilidade em prever mortalidade em 1 ano, principalmente quando realizada em cenário de atenção primária, onde há mais pacientes saudáveis (Wijmen *et al.*, 2020).

A ferramenta NECPAL é utilizada para avaliar pacientes oncológicos internados ou em ambulatórios. Inicia-se com a Pergunta Surpresa e prossegue com as necessidades e demandas do paciente, funcionalidade, síndromes geriátricas,

sintomas físicos, aspectos psicossociais, multimorbidades, uso de recursos de saúde e indicadores específicos de outras doenças. Se houver pelo menos uma resposta sim, é considerado positivo para necessidade de CP (Marques; Cordeiro, 2021). Essa ferramenta foi adaptada e validada para língua portuguesa.

A ferramenta RADPAC identifica a necessidade de CP em pacientes com câncer, insuficiência respiratória e insuficiência cardíaca utilizando indicadores específicos para cada categoria de doença. Já a ferramenta TW-PCST identifica pacientes com diversas doenças ameaçadoras à vida e consiste na soma da pontuação de 4 categorias ao escore final (Marques; Cordeiro, 2021).

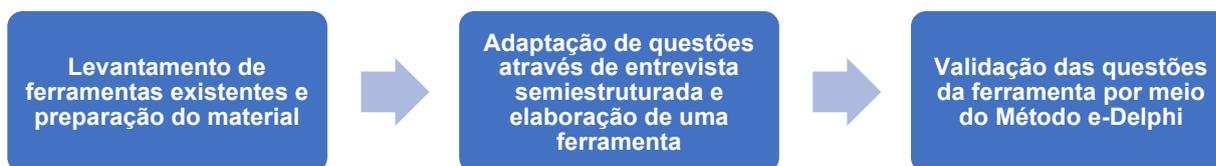
Dentre as ferramentas, as que têm uso em emergência são, portanto, Pergunta Surpresa, P-CaRES, SPEED, SST, escore de risco AqCPR e Support-ED. A ferramenta Critérios CARING é utilizada na admissão hospitalar, ou seja, também é aplicável em emergência. Outras ferramentas muito conhecidas como a SPICT são mais indicadas para atenção primária e a NECPAL em pacientes oncológicos no ambulatório ou já internados.

4 MATERIAL E MÉTODOS

4.1 Tipo de estudo

Este é um estudo metodológico de elaboração e validação de ferramenta que utilizou abordagem quantitativa, dividido em três etapas: (1) a primeira etapa foi de levantamento das ferramentas existentes na literatura e preparação de material para oficina de desenvolvimento com especialistas, (2) a segunda etapa foi de adaptação de questões para a elaboração de uma ferramenta através de uma entrevista semiestruturada em grupo composto por especialistas, e (3) a terceira etapa foi a validação das questões da ferramentas adaptadas por meio do Método e-Delphi com painelistas. O fluxograma com as fases do estudo está ilustrado na Figura 1.

Figura 1 - Fluxograma com as fases do estudo de desenvolvimento e validação da ferramenta.



Fonte: Elaborada pela autora.

4.2 População

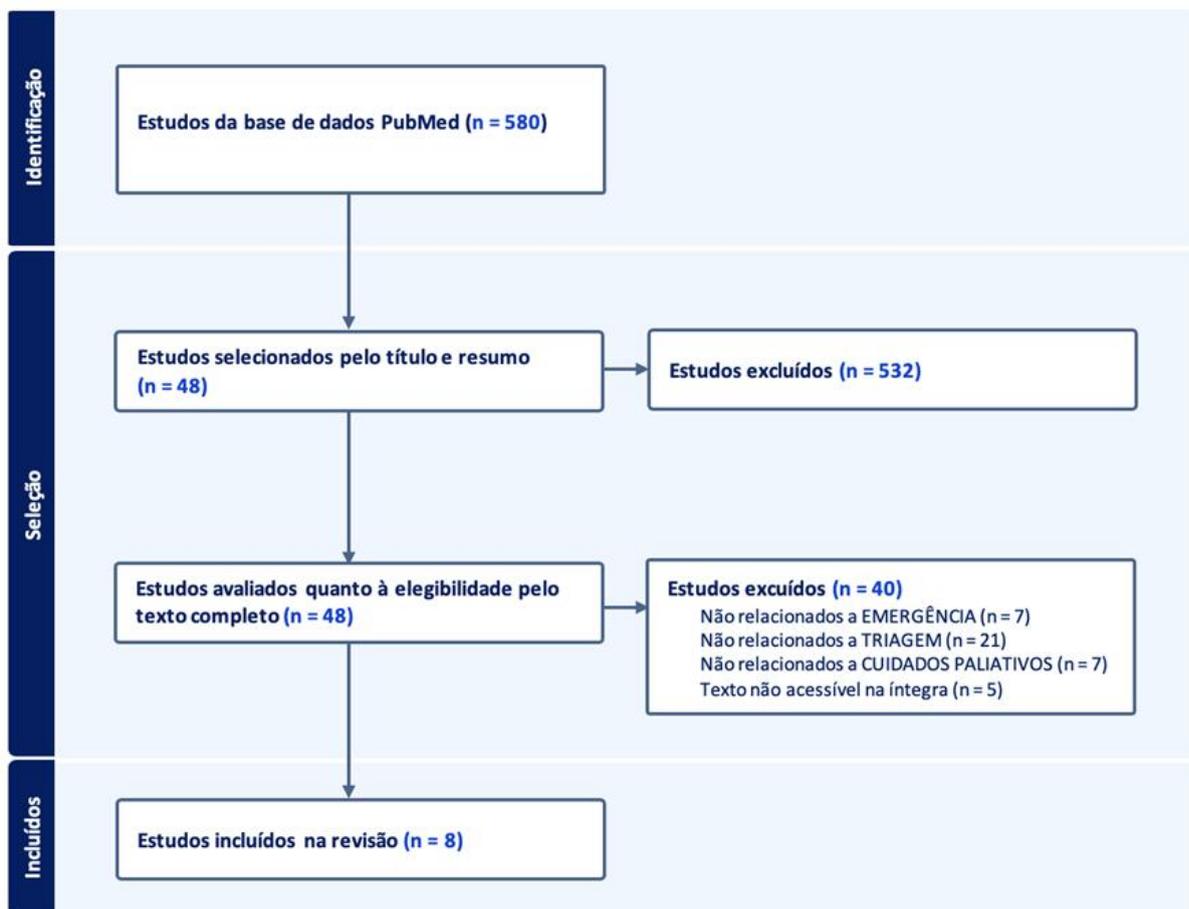
O estudo foi composto por médicos especialistas em MP ou Geriatria que participaram da segunda e da terceira etapas. As amostras foram selecionadas através da técnica *Snowball*; utilizou-se contato pessoal por telefone, e-mail ou *WhatsApp* para o convite. Após a indicação do especialista, houve a comprovação da titulação através da pesquisa do Registro de Qualificação de Especialidade (RQE) através do site do CFM e averiguação do tempo de experiência de trabalho em equipe de CP por no mínimo 2 anos.

4.3 Experimento (fases do estudo)

4.3.1 Levantamento das ferramentas e preparação de material

Nesta fase, foi realizada uma revisão integrativa da literatura publicada em busca de ferramentas previamente utilizadas com esta finalidade. Foi realizada a busca de artigos científicos na base de dados PubMed. Os artigos foram selecionados a partir das seguintes palavras-chave indexadas nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): “*advance care planning*” (planejamento antecipado de cuidados), “*aged*” (idoso), “*Clinical decision support*” (apoio à decisão clínica), “*diagnosis*” (diagnósticos), “*emergency medicine*” (medicina de emergência), “*end of life*” (final de vida), “*hospital emergency service*” (serviço hospitalar de emergência), “*mass screening*” (programas de rastreamento), “*palliative care*” (cuidados paliativos) e “*prognosis*” (prognóstico), sendo utilizadas diversas combinações dessas palavras-chave junto com o booleano AND. A busca resultou em 580 artigos publicados de 2006 a 2025. Após a leitura do título e do resumo, foram excluídos 532 artigos, pois eram referentes a estudos em população pediátrica ou que não continham ferramentas de rastreio em CP. Os 48 artigos restantes foram avaliados quanto à elegibilidade pelo texto completo, sendo ao final selecionados 8 artigos para a revisão integrativa. Ao final da análise dos artigos, foram selecionadas três ferramentas de rastreio para identificar pacientes com necessidade de CP na emergência e uma ferramenta eletrônica para auxiliar no encaminhamento para consulta de equipe de CP na emergência. Após, foram escolhidos 4 artigos, dentro da revisão integrativa, que melhor descreviam as ferramentas selecionadas. Os outros 4 artigos foram excluídos, pois traziam ferramentas ainda não validadas ou porque se tratava de estudos comparativos de ferramentas, sem descrição detalhada do instrumento e sua aplicação. Os quesitos dessas ferramentas foram traduzidos de forma livre para a língua portuguesa e compuseram o material utilizado na discussão da entrevista semiestruturada. O fluxograma da revisão integrativa da literatura está ilustrado na Figura 2.

Figura 2 - Fluxograma da revisão integrativa de literatura.



Fonte: Elaborada pela autora.

Os artigos e ferramentas selecionadas estão na Tabela 1.

Tabela 1 - Artigos e ferramentas selecionadas para composição do material inicial.

Artigo	Ferramenta
MORONI, M. <i>et al.</i> The 'surprise' question in advanced cancer patients: a prospective study among general practitioners. Palliative medicine , v. 28, n. 7, p. 959-964, 2014.	"Surprise Question" (1 QUESITO)
FISCHER, Stacy M. <i>et al.</i> A practical tool to identify patients who may benefit from a palliative approach: the CARING criteria. <i>Journal of pain and symptom management</i> ,	"The CARING criteria" (5 QUESITOS)

v. 31, n. 4, p. 285-292, 2006 MORONI, M.
et al. The 'surprise' question in advanced
 cancer patients: a prospective study among
 general practitioners. **Palliative medicine**,
 v. 28, n. 7, p. 959-964, 2014.

RICHARDS, Christopher 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.

“SPEED” (13 QUESITOS)

TAN, Audrey *et al.* Design and
 implementation of a clinical decision
 support tool for primary palliative Care for
 Emergency Medicine (PRIM-ER). **BMC
 medical informatics and decision
 making**, v. 20, p. 1-11, 2020.

“ESTUDO PRIM-ER” (7 QUESITOS)

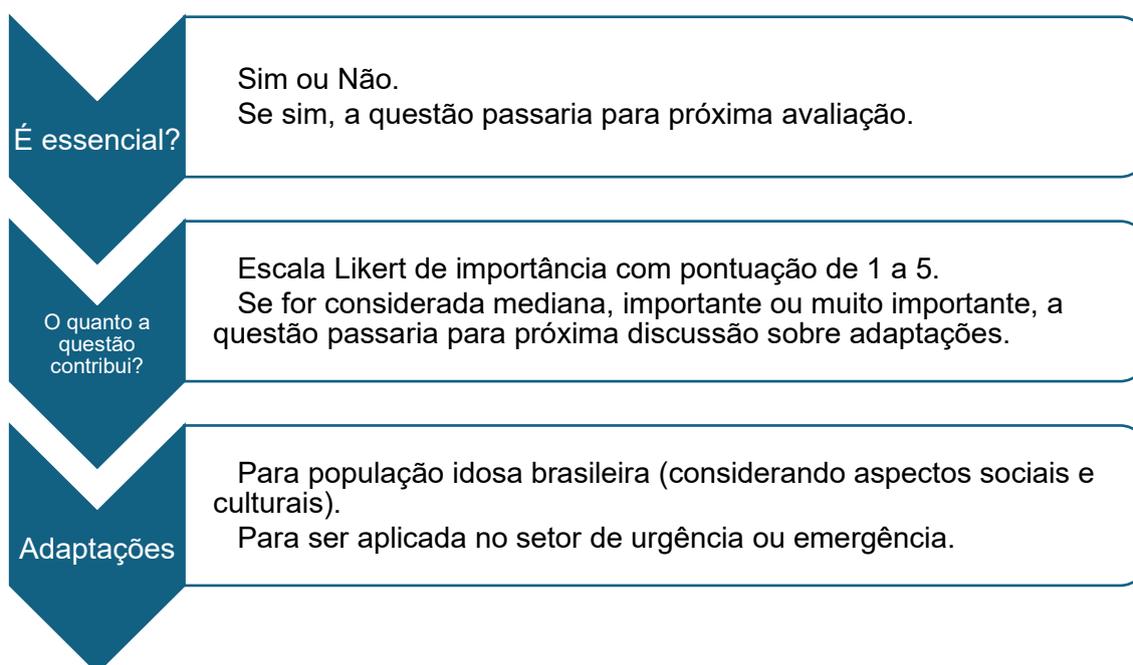
Fonte: Elaborada pela autora.

4.3.2 Desenvolvimento da ferramenta através de uma entrevista semiestruturada

A entrevista em grupo foi composta por 4 médicos, os quais assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE E), escolhidos pela técnica *Snowball*, e teve como objetivo selecionar e adaptar questões que, posteriormente, passaram por um processo de validação por painelistas. Os quesitos extraídos da revisão de literatura foram apresentados isoladamente ao grupo de 4 médicos, que receberam um roteiro sobre a sequência da avaliação e a necessidade de entrarem em consenso para a adaptação das questões. Somente as questões consideradas essenciais passaram para próxima discussão, na qual os especialistas entraram em concordância sobre a contribuição da pergunta ao instrumento. Para isso, utilizaram a Escala Likert de importância com pontuação de 1 a 5, onde 1 foi considerada muito importante, 2 considerada importante, 3 considerada mediano, 4 considerada às

vezes é importante, e 5 considerada não é nada importante. Somente as questões consideradas medianas, importantes ou muito importantes passaram por uma nova discussão para adaptá-las à população idosa brasileira atendida em emergência. O fluxograma das atividades realizadas pela entrevista semiestruturada está ilustrado na Figura 3.

Figura 3 - Fluxograma das atividades realizadas pela entrevista semiestruturada em grupo para o desenvolvimento da ferramenta.



Fonte: Elaborada pela autora.

A atividade ocorreu no dia 23 de março de 2024, no Centro Universitário Christus, campus Parque Ecológico, localizado na cidade de Fortaleza, estado do Ceará, no Brasil. A sua duração foi de 1 hora e 19 minutos e a coleta de informações foi realizada através de gravação de áudios e por meio escrito.

4.3.3 Validação da ferramenta com Método e-Delphi

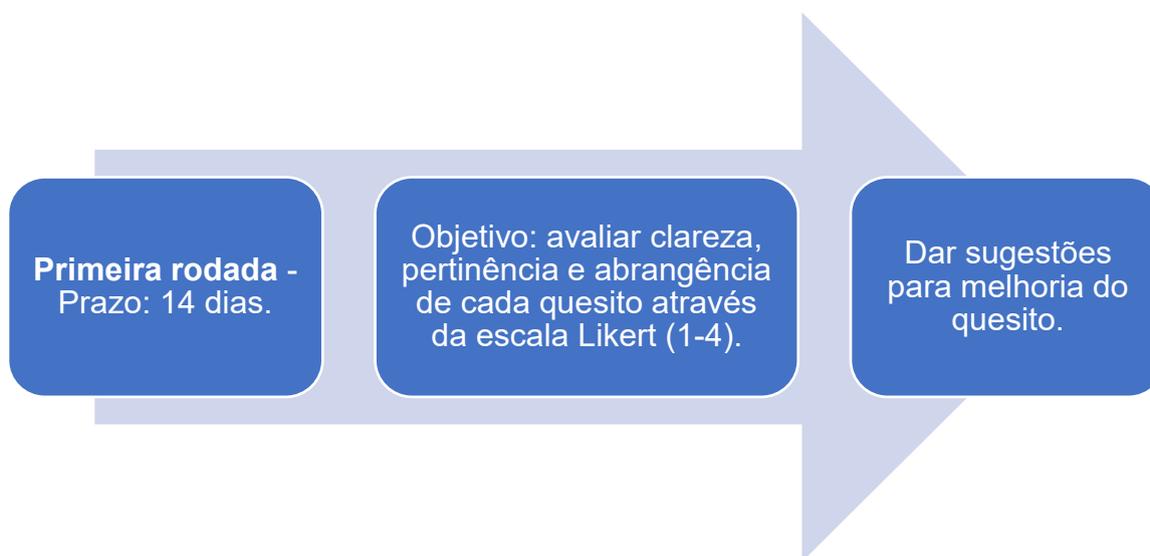
A validação dos quesitos adaptados pela entrevista semiestruturada foi realizada através do Método e-Delphi com profissionais especialistas em MP ou Geriatria denominados painelistas. Antes de se iniciar a terceira etapa, os painelistas foram selecionados através da técnica *Snowball*, e, posteriormente, receberam um

convite por e-mail ou *WhatsApp*, quando foi explicado o objetivo da pesquisa, sua metodologia e forma de aplicação, assim como o tempo e prazo para o preenchimento dos formulários. Os profissionais que aceitaram participar da pesquisa, receberam os formulários por meio do aplicativo *WhatsApp*.

Foram necessárias duas rodadas para se obter o consenso sobre as questões adaptadas pela entrevista semiestruturada. Os questionários foram elaborados por meio da plataforma “Formulários Google” e foram enviados para os painelistas.

O formulário da primeira rodada (APÊNDICE A) era composto por 6 seções obrigatórias e uma seção de agradecimento pela participação. A primeira seção trazia as considerações éticas e era composta pelo TCLE (APÊNDICE F), além da coleta de dados pessoais do profissional e da confirmação da participação no estudo. A segunda seção trazia uma nota de esclarecimento que explicava o objetivo da pesquisa e como o painalista deveria avaliar cada quesito. A terceira seção era composta pela caracterização dos painelistas, incluindo seu grau de titulação acadêmica, área de atuação, tempo de experiência em CP ou Geriatria ou outra especialidade, estado do Brasil onde residia e se já trabalhou em unidade de urgência ou emergência. Na quarta, quinta e sexta seções, o painalista avaliou isoladamente cada quesito, estimando respectivamente a clareza, a pertinência e a abrangência, utilizando a escala Likert de importância com pontuação de 1 a 4, onde 1 foi considerado definitivamente não, 2 considerado provavelmente não, 3 considerado provavelmente sim e 4 considerado definitivamente sim. Após a avaliação de cada questão foram colhidas sugestões de melhoria, caso julgasse necessário, através de um campo no formulário para escrita livre. Foram definidas as características clareza como facilidade do entendimento do quesito, pertinência como importância do quesito para realização da triagem de pacientes com benefício de avaliação por equipe especializada de CP e abrangência como adequação da questão para ser aplicada em paciente idoso atendido em unidade de urgência ou emergência. O tempo estimado de resposta do formulário digital da primeira rodada foi de aproximadamente 20 minutos com prazo de 14 dias para que o formulário fosse respondido pelo painalista. O fluxograma da primeira rodada de validação pelo Método e-Delphi está ilustrado na Figura 4.

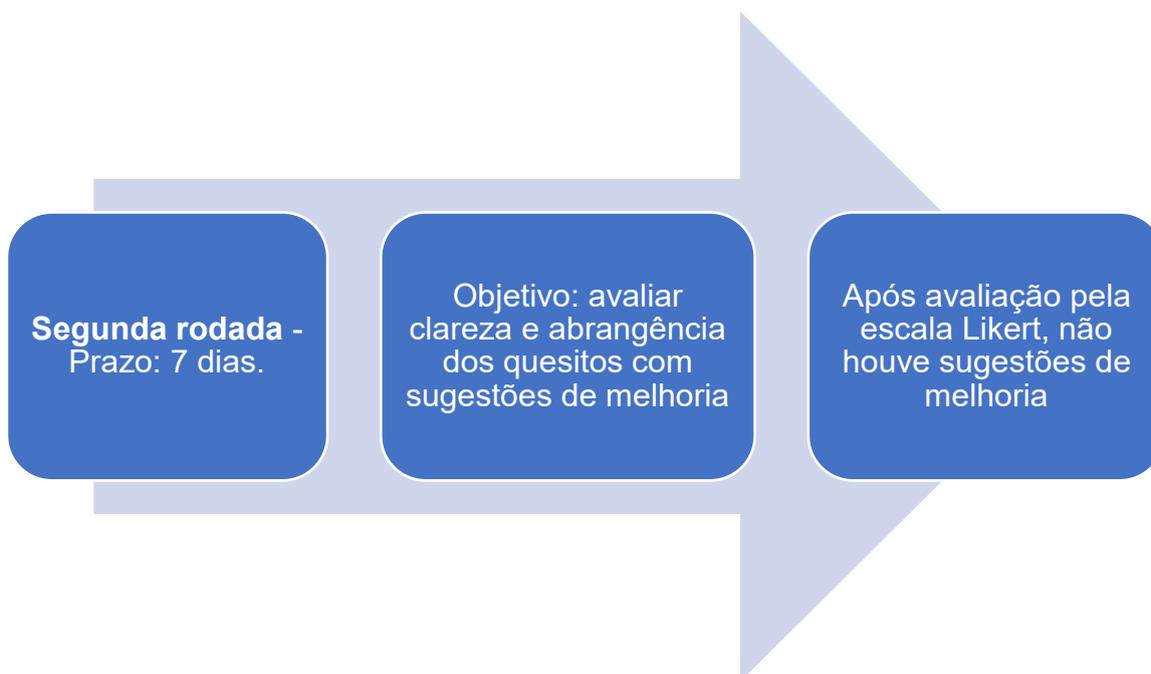
Figura 4 - Fluxograma da primeira rodada de validação da ferramenta pelos painelistas através do Método e-Delphi.



Fonte: Elaborada pela autora.

Antes de iniciar a segunda rodada (APÊNDICE B), foi enviado um novo convite aos painelistas que concluíram a primeira rodada dentro do prazo de 14 dias. O formulário da segunda rodada foi composto por 4 seções obrigatórias e uma seção de agradecimento pela participação. A primeira seção, além da identificação do painalista, trouxe o objetivo da segunda rodada, que era o de atingir grau de concordância sobre alguns quesitos, nos quais houve sugestões de melhoria na primeira rodada, com relação às características clareza, pertinência e abrangência. Na segunda seção, o painalista deveria avaliar, utilizando a escala Likert de importância com pontuação de 1 a 4, os quesitos nos quais houve sugestões de melhoria com relação a clareza. A terceira seção trouxe a explicação de que se atingiu o consenso dos quesitos com relação a pertinência, portanto essa característica não precisou ser reavaliada. Na quarta seção, o painalista avaliou, através da escala Likert de importância com pontuação de 1 a 4, os quesitos nas quais houve sugestões de melhoria com relação a abrangência. O tempo estimado de resposta do questionário da segunda rodada foi de aproximadamente 5 minutos. O fluxograma da segunda rodada de validação pelo Método e-Delphi está ilustrado na Figura 5.

Figura 5 - Fluxograma da segunda rodada de validação da ferramenta pelos painelistas através do Método e-Delphi.



Fonte: Elaborada pela autora.

A primeira e segunda rodadas do Método e-Delphi ocorreram entre os meses de junho a julho de 2024.

4.4 Elaboração de um guia que ensina a aplicação da ferramenta

Após o desenvolvimento e validação da ferramenta, foi elaborado um guia pela autora e por uma designer, como um dos produtos do trabalho do mestrado profissional, denominado Guia de Uso: Ferramenta para Ensino de Triage de Pacientes Idosos na Emergência com Indicação de Avaliação pelos Cuidados Paliativos. Esse foi composto por 9 capítulos: (1) Apresentação; (2) O que são cuidados paliativos?; (3) Por que essa ferramenta é importante?; (4) Qual o objetivo desse guia?; (5) Como foi desenvolvida a ferramenta?; (6) Como aplicar e interpretar?; (7) Quesitos válidos para a ferramenta; (8) Considerações finais; e (9) Referências bibliográfica. (APÊNDICE I).

O guia foi registrado na plataforma eduCAPES e está acessível através do link: <http://educapes.capes.gov.br/handle/capes/972095>.

4.5 Desenvolvimento da ferramenta digital

A partir da ferramenta desenvolvida e validada pelos painelistas, foi desenvolvido o protótipo de uma ferramenta digital do tipo aplicativo móvel, no Laboratório de Inovação Tecnológica (LIT) do Centro Universitário Christus.

Para o desenvolvimento do aplicativo móvel, foi realizado o método de *CoDesign* modificado, com a participação de uma equipe multidisciplinar, composta por uma profissional médica com formação em Geriatria e MP, um profissional médico com formação em Geriatria e na área de Educação Médica e experiência em ensino médico, um professor da área de analista de sistemas, um profissional da área de programação e uma designer de interfaces. Para a construção do aplicativo foi estabelecido um fluxo de atividades, de acordo com o método de *Co-Design* modificado, composto por cinco fases: (I) escopo – visão geral dos objetivos; (II) compreensão compartilhada – troca de experiências entre *stakeholders*, tipos de tecnologias e metodologias pedagógicas que poderiam embasar a plataforma; (III) *brainstorming* – esboço das primeiras interfaces do aplicativo; (IV) refinamento – modelagem das telas do aplicativo, imagens, *links* e diagramação das atividades; (V) implementação – desenvolvimento iterativo da plataforma, com entregas incrementais. Durante esse processo, as fases III, IV e V foram revisitadas de forma cíclica, através de reuniões entre a equipe de desenvolvimento para aprimorar o aplicativo (Millard; Gilbert, 2010). Foram necessárias três reuniões entre a equipe de desenvolvimento para a criação da versão inicial do protótipo.

A plataforma para dispositivos móveis foi desenvolvida utilizando a linguagem Dart, juntamente com a ferramenta e framework Flutter em sua versão 3.27.3, que é um kit de desenvolvimento de interface de usuário, de código aberto, criado pelo Google. Foram usados kits de desenvolvimento de software (SDK) especificamente para o Flutter, que é voltado a criação de aplicativos multiplataformas. Para ambas as plataformas. Android e iOS, foi usada a ferramenta IDE (Integrated Development Environment) Visual Studio Code, além de APIs (Application Programming Interface) desenvolvidas pela Google, porém todos foram programados em Flutter versão 3.27.3 e linguagem Dart na versão 3.6.1. Após finalização de uma versão, a versão para iOS ainda passava por um tratamento e emulação nativa em um iMac utilizando a IDE proprietária da Apple de nome Xcode, após esse tratamento, ocorria o upload do projeto para a Apple avaliar e liberar os testes em celulares iOS.

Para a finalização do protótipo e lançamento do produto, o qual estará futuramente disponível na plataforma iOS e Android, para uso *offline*, foi realizada

avaliação da usabilidade através da ferramenta *System Usability Scale* (Sauro, 2011). Para identificação da concordância ou discordância da ideia de cada item, foi utilizada a escala Likert de 5 pontos, distribuídos como: 5 - concordo fortemente, 4 - concordo, 3 – nem concordo e nem discordo, 2 - discordo, 1 - discordo fortemente. As 10 questões que compõem esse instrumento consistem em uma versão traduzida para o português do questionário *System Usability Scale* por Tenório *et al.* (2010) (APÊNDICE M).

O experimento de avaliação da usabilidade foi realizado no Hospital Instituto Dr. José Frota (IJF), após a anuência do mesmo (APÊNDICE D) e aprovação no comitê de ética em pesquisa (APÊNDICE H). Este é o hospital terciário de referência na área de emergência e trauma do estado do Ceará, e no qual existe a formação de recursos humanos através de PRM na área de Emergência e Terapia Intensiva. Um total de 13 médicos residentes de Emergência ou Terapia Intensiva avaliaram o aplicativo, após leitura de casos clínicos ilustrativos e uso do protótipo digital do aplicativo móvel, através do questionário *System Usability Scale*.

A partir desse protótipo digital de aplicativo móvel desenvolvido e avaliado quanto a usabilidade, o mesmo recebeu a denominação de Palitrack Sênior (APÊNDICE J), e será lançado em uma versão finalizada, após registro no Instituto Nacional da Propriedade Industrial (INPI).

4.6 Análise estatística

Os dados foram tabulados e avaliados no software Excel (Microsoft®). Os dados quantitativos foram expostos sob a forma de números absolutos e percentuais, e variáveis de dispersão média, desvio-padrão.

Para a análise quantitativa, foi calculado o Índice de Validade de Conteúdo (IVC). Esse score é encontrado a partir da somatória do número de avaliações “3” e “4” da escala Likert de pontuação de 1 a 4 dividida pelo número total de respostas da questão. O consenso entre painelistas foi definido como IVC superior a 80%. Ou seja, essas questões foram validadas para compor a ferramenta do estudo, conforme Rocha-Filho, Cardoso e Dewulf (2019). Resultados de IVC inferiores a 80% sugerem a revisão do item por meio das opiniões dos painelistas ou sua exclusão da ferramenta (Rocha-Filho; Cardoso; Dewulf, 2019). Os itens revisados compuseram o questionário da segunda rodada e foram avaliados da mesma forma através do IVC.

O cálculo do escore de usabilidade *System Usability Scale* foi obtido por meio da soma da contribuição individual de cada item, obtidos através da escala Likert. Para os itens ímpares, foi subtraído um ponto do valor atribuído à resposta. Para os itens pares, foi subtraído o valor atribuído à resposta do total de cinco pontos. Para o cálculo do escore total, os valores obtidos a partir dos itens pares e ímpares foram somados e multiplicados por 2,5 (Sauro; Lewis, 2012). De acordo com essa metodologia, ao final, o escore de usabilidade total varia entre 0 e 100 pontos (Brooke, 1996). De acordo com a literatura, foi adotado o limite inferior de 68 pontos para identificar como de uma usabilidade aceitável (Bangor; Kortum; Miller, 2009).

Para atestar a confiabilidade dos dados obtidos na escala *System Usability Scale*, utilizou-se o coeficiente alfa de Cronbach (Bonett; Wright, 2015). O maior valor possível para esse coeficiente é 1,00, sendo 0,70 considerado o limite inferior para uma confiabilidade interna aceitável (Landis; Koch, 1977).

4.7 Aspectos éticos

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob o número de parecer 6.326.241 (CAAE: 71271823.0.0000.8367) (APÊNDICE H). Os sujeitos da pesquisa participaram voluntariamente, com o TCLE aplicado presencialmente para grupo da entrevista semiestruturada (APÊNDICE E), digitalmente para participantes da validação pelo método e-Delphi (APÊNDICE F), e presencialmente para os residentes (APÊNDICE G).

5 RESULTADOS

5.1 ARTIGO 1

Artigo publicado na revista CUADERNOS DE EDUCACIÓN Y DESARROLLO, Editora EUMED (Servicios Académicos Intercontinentales S.L), Espanha. ISSN: 1989-4155. Indexação: nas bases científicas internacionais como: Latindex, IDEAS, EconPapers, Dialnet, Miar e Indices CSIC. Índice H = 37 | Índice i10 = 171 | Índice H5 = 10 Índice H5 mediano = 22. Qualis CAPES 2017-2020: ENSINO - A4 (ANEXO L).

Ferramentas de Ensino de Triagem de Pacientes Idosos em Emergência para Avaliação pelos Cuidados Paliativos: Uma Revisão Integrativa

Educational Tools for Screening Elderly Patients in Emergency Care for Palliative Care Assessment: An Integrative Review

Herramientas de Enseñanza para el Cribado de Pacientes Ancianos en Urgencias para la Evaluación por Cuidados Paliativos: Una Revisión Integradora

Luciana Leite de Figueiredo Magalhães

Médica Especialista em Geriatria e Medicina Paliativa

Instituição de atuação atual: Centro Universitário Christus (Unichristus)

Endereço completo institucional: Ruas João Adolfo Gurgel, 133 - Cocó, Fortaleza - CE, CEP-60190-180.

E-mail: dra.lucianaleite@gmail.com

Arnaldo Aires Peixoto Junior

Doutorado em Farmacologia

Instituição de atuação atual: Centro Universitário Christus (Unichristus)

Endereço completo institucional: Ruas João Adolfo Gurgel, 133 - Cocó, Fortaleza - CE, CEP-60190-180.

E-mail: arnaldoapj@gmail.com

RESUMO

O objetivo desta revisão integrativa foi responder às perguntas norteadoras: “quais ferramentas de triagem de Cuidados Paliativos (CP) são ou podem ser utilizadas no setor de emergência?”, “quais ferramentas de triagem de CP são ou podem ser utilizadas em pacientes idosos?”, “quais são os objetivos das ferramentas de triagem de CP existentes?”. A pesquisa foi realizada na base de dados PubMed para artigos publicados até maio de 2025, utilizando as palavras-chave indexadas nos Descritores de Ciências da Saúde (DeCS): “*advance care planning*” (planejamento antecipado de cuidados), “*aged*” (idoso), “*Clinical decision support*” (apoio à decisão clínica), “*diagnosis*” (diagnósticos), “*emergency medicine*” (medicina de emergência), “*end of life*” (final de vida), “*hospital emergency service*” (serviço hospitalar de emergência), “*mass screening*” (programas de rastreamento), “*palliative care*” (cuidados paliativos) e “*prognosis*” (prognóstico). Das ferramentas indentificadas, foram extraídas as informações: finalidade da ferramenta; população; setor onde a ferramenta foi aplicada; e quesitos. Um total de 580 estudos foram identificados. Após a leitura do título e do resumo, foram excluídos 532 artigos. Um total restante de 48 artigos foi submetido a leitura do texto completo, com inclusão de 8 artigos seguidos de análise e extração dos dados. Foi possível identificar um número pequeno de ferramentas de ensino de triagem de pacientes idosos atendidos na emergência que necessitam de avaliação por equipe de cuidados paliativos, sendo estas restritas a apenas alguns países. Este dado aponta para a necessidade de estudos de elaboração, tradução e validação destas ferramentas para uso em outros países com Brasil.

Palavras-chave: Cuidados Paliativos, Programas de Rastreamento, Serviço Hospitalar de Emergência, Idoso, Sistemas de Apoio a Decisões Clínicas, Ensino.

ABSTRACT

The aim of this integrative review was to answer the guiding questions: “which Palliative Care (PC) screening tools are or can be used in the emergency sector?”, “which PC screening tools are or can be used in elderly patients?”, “what are the objectives of existing PC screening tools?”. The search was carried out in the PubMed database for articles published until may 2025, using the keywords indexed in the

Health Sciences Descriptors (DeCS): “advance care planning”, ‘aged’, ‘Clinical decision support’, ‘diagnosis’, ‘emergency medicine’, ‘end of life’, ‘hospital emergency service’, ‘mass screening’, ‘screening programs’, ‘palliative care’ and ‘prognosis’. The following information was extracted from the tools identified: purpose of the tool; population; sector in which the tool was applied; and questions. A total of 580 studies were identified. After reading the title and abstract, 532 articles were excluded. A total of 48 articles were submitted for full-text reading, with the inclusion of 8 articles followed by data analysis and extraction. It was possible to identify a small number of teaching tools for screening elderly patients treated in the emergency department who require assessment by a palliative care team, and these are restricted to just a few countries. This data points to the need for studies to develop, translate and validate these tools for use in other countries, including Brazil.

Keywords: Palliative Care, Mass Screening, Hospital Emergency Service, Aged, Clinical Decision Support Systems, Teaching.

RESUMEN

El objetivo de esta revisión integradora fue responder a las preguntas guía: «¿qué herramientas de cribado de Cuidados Paliativos (CP) se utilizan o se pueden utilizar en el sector de urgencias?», «¿qué herramientas de cribado de CP se utilizan o se pueden utilizar en pacientes ancianos?», «¿cuáles son los objetivos de las herramientas de cribado de CP existentes?». La búsqueda se realizó en la base de datos PubMed de artículos publicados hasta mayo de 2025, utilizando las palabras clave indexadas en los Descriptores de Ciencias de la Salud (DeCS): «advance care planning», “aged”, “Clinical decision support”, “diagnosis”, “emergency medicine”, “end of life”, “hospital emergency service”, “mass screening”, “screening programmes”, “palliative care” y “prognosis”. De las herramientas identificadas se extrajo la siguiente información: finalidad de la herramienta; población; sector en el que se aplicó la herramienta; y preguntas. Se identificaron un total de 580 estudios. Tras leer el título y el resumen, se excluyeron 532 artículos. Un total de 48 artículos fueron sometidos a lectura de texto completo, con la inclusión de 8 artículos seguidos de análisis y extracción de datos. Fue posible identificar un pequeño número de herramientas didácticas para el triaje de pacientes ancianos atendidos en urgencias que requieren

evaluación por un equipo de cuidados paliativos, y éstas se restringen a pocos países. Estos datos apuntan a la necesidad de estudios para desarrollar, traducir y validar estas herramientas para su uso en otros países, incluido Brasil.

Palabras clave: Cuidados Paliativos, Tamizaje Masivo, Servicio de Urgencia en Hospital, Anciano, Sistemas de Apoyo a Decisiones Clínicas, Enseñanza.

1 INTRODUÇÃO

O conceito de Cuidados Paliativos (CP) atualmente é amplo e envolve uma abordagem realizada por equipe transdisciplinar que visa proporcionar condições para um cuidado digno e aliviar o sofrimento físico, psicossocial e espiritual do paciente portador de doença ameaçadora à vida e de seus familiares nos diversos estágios do adoecimento. Deve-se iniciar o mais precocemente possível, a fim de se estabelecer vínculos com a família e elaborar um plano terapêutico individualizado (Castilho *et al.*, 2021; Sousa *et al.*, 2022).

O aumento da expectativa de vida está associado ao aumento da prevalência de doenças crônicas, oncológicas e degenerativas (Zhao, 2024). Diante disso, os pacientes idosos são os que mais se beneficiam dessa abordagem, no entanto, com muita frequência, não são direcionados para equipes especialistas em CP ou são encaminhados tardiamente (Burt, 2006; Halani, 2017). Isso ocorre devido à falta de habilidades e atitudes médicas diante do processo de morte (Guimarães *et al.*, 2023). No Brasil e no mundo há carência de profissionais especializados em CP capacitados para ensino e assistência (Pennarola *et al.*, 2023; Gonçalves *et al.*, 2024).

Esses pacientes buscam frequentemente o setor de emergência (SE) com descompensação das doenças de base e precisam ser avaliados quanto a necessidade de CP para um melhor planejamento do tratamento e cuidado (Gunaga; Zygowiec, 2023; Bright *et al.*, 2022). A equipe de cuidados paliativos pode ser uma parceira da equipe assistente durante o internamento desses pacientes.

Existem muitas ferramentas que ensinam médicos não paliativistas a identificar pacientes com necessidade de CP não atendidas, no entanto não são muito utilizadas na prática e seu desempenho não é bem estabelecido no SE (Kirkland, 2022; Tan, 2020). Diante disso, o presente trabalho tem como objetivo realizar uma revisão integrativa da literatura sobre ferramentas utilizadas para triagem de pacientes idosos

atendidos em emergência que necessitam de abordagem paliativa, buscando identificar instrumentos, cujos quesitos podem ser adaptados para serem utilizados na população idosa brasileira atendida em emergência.

2 MATERIAL E MÉTODOS

Foi realizada uma revisão integrativa de literatura publicada sobre ferramentas utilizadas para triagem de pacientes idosos atendidos em emergência com necessidade de abordagem paliativa. Para a elaboração dessa revisão seguiram-se as seguintes etapas: reflexão e elaboração da pergunta norteadora; seleção e busca de artigos; definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados; avaliação crítica dos trabalhos selecionados; discussão dos resultados e apresentação da revisão integrativa.

2.1 PERGUNTA NORTEADORA

Foram utilizadas as seguintes perguntas norteadoras: “quais ferramentas de triagem de CP são ou podem ser utilizadas no setor de emergência?”, “quais ferramentas de triagem de CP são ou podem ser utilizadas em pacientes idosos?”, “quais são os objetivos das ferramentas de triagem de CP existentes?”.

2.2 ESTRATÉGIA DE BUSCA E SELEÇÃO DE ARTIGOS

Foi realizada a busca de artigos científicos na base de dados PubMed até maio de 2025. Os artigos foram selecionados a partir das seguintes palavras-chave indexadas nos Descritores de Ciências da Saúde (DeCS): “*advance care planning*” (planejamento antecipado de cuidados), “*aged*” (idoso), “*Clinical decision support*” (apoio à decisão clínica), “*diagnosis*” (diagnósticos), “*emergency medicine*” (medicina de emergência), “*end of life*” (final de vida), “*hospital emergency service*” (serviço hospitalar de emergência), “*mass screening*” (programas de rastreamento), “*palliative care*” (cuidados paliativos) e “*prognosis*” (prognóstico), sendo utilizadas diversas combinações dessas palavras-chave junto com o booleano AND.

2.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Após a busca de artigos conforme a estratégia descrita, foram selecionados estudos que continham em seu título ou resumo informações sobre ferramentas utilizadas na triagem de pacientes com necessidade de cuidados paliativos ou para ajudar nessa finalidade.

Foram excluídos artigos com estudos em população pediátrica.

2.4 INFORMAÇÕES EXTRAÍDAS

Dados extraídos dos estudos:

- a) Tipo de estudo;
- b) País
- c) Ferramenta; e
- d) População;

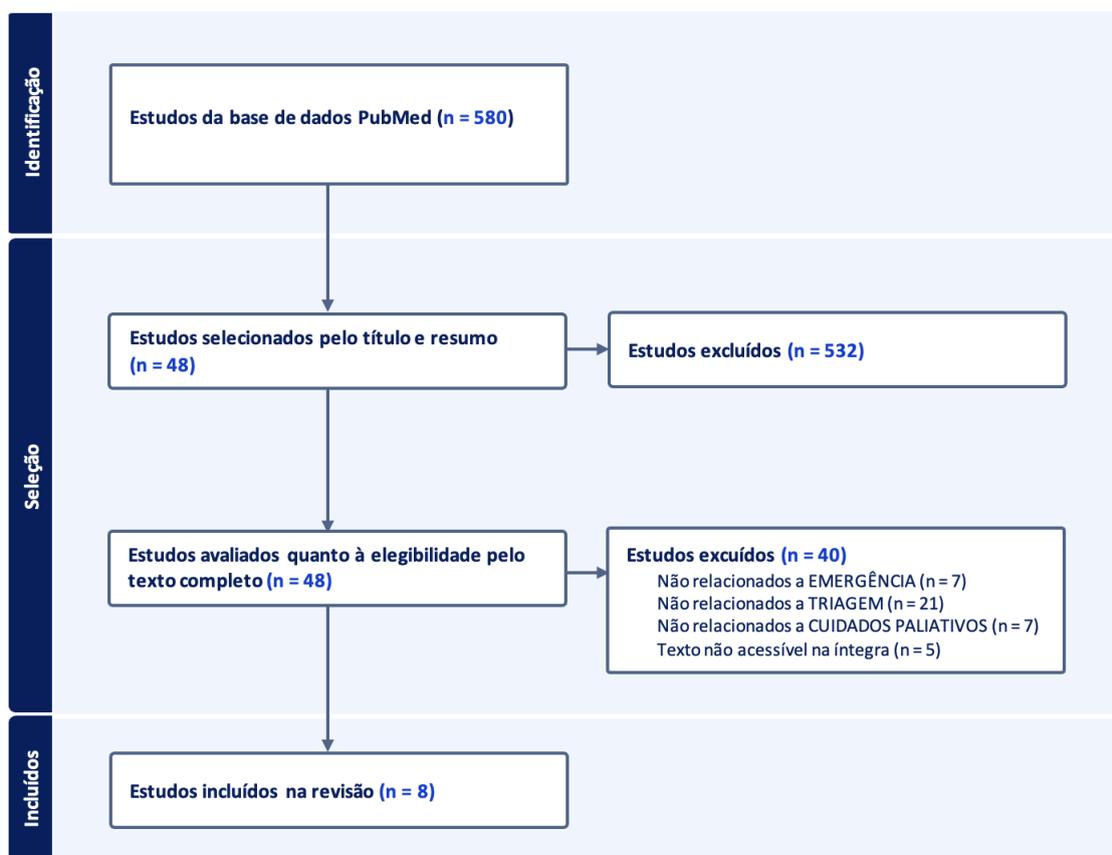
Dados extraídos das ferramentas mais relevantes identificadas:

- a) Quesitos.

3 RESULTADOS

Um total de 580 estudos publicados de 2006 a 2025 foram identificados na busca realizada na base de dados. Após a leitura do título e do resumo, foram excluídos 532 artigos, pois não contemplavam os critérios de inclusão e de exclusão. Os 48 artigos restantes foram avaliados quanto à elegibilidade pelo texto completo, sendo ao final selecionados 8 artigos para essa revisão integrativa. A Figura 1 descreve o fluxograma do processo de seleção de estudos.

Figura 1. Fluxograma do processo de seleção de estudos.



Fonte: Elaborado pelos autores

Para facilitar o entendimento, foram elaborados 2 quadros. O quadro 1 contém dados dos estudos por ano de publicação, país onde o estudo foi realizado, tipo de estudo, ferramenta utilizada para triagem e as características específicas da população para a qual foi aplicada.

Quadro 1 - Sumário dos estudos coletados com ferramentas relacionadas ao tema.

Autor, ano (País)	Tipo de estudo	Ferramentas	População
Fisher, 2006 (EUA)	Revisão retrospectiva de prontuários	Critérios CARING	Pacientes idosos
Richards, 2011 (EUA)	Desenvolvimento e validação de ferramenta	SPEED (Screen for Palliative and end-of-life care needs in the Emergency Department)	Pacientes com câncer
Moroni, 2014 (Itália)	Estudo coorte prospectivo	SQ	Pacientes com câncer avançado
Cotogni, 2017 (Itália)	Estudo observacional prospectivo	Ferramenta de triagem da SIAARTI - Sociedade Italiana de Anestesia, Analgesia, Ressuscitação e Terapia Intensiva.	Pacientes gravemente enfermos

Aaronson, 2019 (EUA)	Estudo coorte prospectivo	SQ (Pergunta Surpresa)	Pacientes adultos com insuficiência cardíaca
Tan, 2020 (EUA)	Revisão de escopo	Support-ED (Ferramenta de Suporte à Decisão Clínica em Cuidados de Suporte ao Departamento de Emergência)	Pacientes idosos
Kirkland, 2022 (Canadá)	Revisão sistemática	SQ modificado P-CaRES (Palliative Care and Rapid Emergency Screening Tool) SPEED SPEED de 5 itens SST (Ferramenta de Triagem Simplificada) Pontuação de risco A-qCPR	Pacientes adultos e / ou idosos
Koyavatin, 2023 (Tailândia)	Estudo longitudinal	SQ P-CaRES	Pacientes idosos

Fonte: Elaborado pelos autores

O Quadro 2 contém os quesitos das ferramentas mais relevantes identificadas nesses estudos.

Quadro 2 - Ferramentas mais relevantes identificadas nos estudos.

Ferramenta	Quesitos
Support-ED	Sinais de alerta: 1. Paciente tem documento de DAV. 2. Paciente tem disposição anterior para CP. 3. Paciente é portador de doença ameaçadora à vida e não possui DAV.
SQ	Você ficaria surpreso se esse paciente morresse nos próximos 12 meses?
SQ modificado	Você ficaria surpreso se esse paciente morresse nos próximos 30 dias?
P-CaRES	Dois domínios: ● Rastrear pacientes com doença ameaçadora à vida. ● Avaliar se há necessidade de CP não atendida
SPEED	13 itens que avaliam as dimensões física, espiritual, social, terapêutica e psicológica de pacientes com câncer utilizando a escala Likert de 10 pontos
SPEED de 5 itens	Usa somente 5 itens para fazer a avaliação
SST	Dois domínios: ● Escala de 11 pontos (funcionalidade, diagnóstico, gravidade) ● Avalia necessidade de CP não atendida

Pontuação de risco A-qCPR	Identificam-se 5 fatores de risco independentes, dando-lhes pontuação proporcional
Ferramenta de triagem da SIAARTI - Sociedade Italiana de Anestesia, Analgesia, Ressuscitação e Terapia Intensiva.	Paciente com falências crônicas de órgãos ou doença neurológica progressiva terão necessidade de cuidados paliativos se atenderem aos quatro critérios <ul style="list-style-type: none"> ● Presença de pelo menos 1 indicador clínico de doença crônica; ● PPS < 50; ● SQ negativa; e ● Pelo menos um indicador clínico fornecido pela SIAARTI.
Critérios CARING	<ul style="list-style-type: none"> ● Câncer; ● Admissões hospitalares; ● Residência em casa de repouso; ● FMO em UTI; e ● Critérios para CP não oncológico.

Nota: DAV (Diretivas Antecipadas de Vida); CP (Cuidados Paliativos);

Fonte: Elaborado pelos autores

4 DISCUSSÕES

A presente revisão integrativa evidenciou a diversidade de ferramentas de triagem que podem ser utilizadas para identificação de pacientes idosos em emergência com necessidade de CP, destacando variações metodológicas, contextos de aplicação e desafios de implementação. Instrumentos como a Pergunta Surpresa (SQ), P-CaRES e SPEED demonstraram utilidade em países como EUA, Canadá e Itália, porém com lacunas em validação transcultural e adaptação a realidades de baixa e média renda (Kirkland *et al.*, 2022). Essa disparidade geográfica reflete a necessidade de estudos que considerem particularidades socioeconômicas e culturais, como as do Brasil, onde a carência de protocolos padronizados agrava a subidentificação de pacientes paliativos (Guimarães *et al.*, 2023; Pennarola *et al.*, 2023).

A SQ e suas variações, como a SQ modificada, destacam-se pela simplicidade e rapidez, baseando-se na percepção prognóstica do profissional (Aaronson *et al.*, 2019; Moroni *et al.*, 2014). Entretanto, sua dependência da experiência clínica individual pode gerar vieses, especialmente em serviços de emergência com alta rotatividade de equipes (Fischer *et al.*, 2006). Estudos como o de Koyavatin *et al.* (2023) apontam sensibilidade moderada da SQ em prever mortalidade em 12

meses, mas sua especificidade varia conforme o contexto, limitando sua confiabilidade em populações heterogêneas.

Ferramentas multidimensionais, como o SPEED e o P-CaRES, buscam superar essas limitações ao integrar avaliações físicas, psicológicas e sociais. O SPEED, originalmente desenvolvido para pacientes oncológicos, mostrou sensibilidade de 82% em emergências ao utilizar seus 13 itens, porém demanda tempo e treinamento, o que restringe sua aplicação em cenários de alta demanda (Richards *et al.*, 2011; Tan *et al.*, 2020). Já o P-CaRES, estruturado em duas etapas, combina rastreamento de doenças ameaçadoras à vida com avaliação de necessidades não atendidas, alcançando especificidade superior a 90% em contextos tailandeses (Koyavatin *et al.*, 2023). Contudo, sua complexidade operacional exige infraestrutura e recursos humanos qualificados, frequentemente indisponíveis em regiões periféricas.

A aplicabilidade dessas ferramentas em países como o Brasil enfrenta desafios estruturais, como a sobrecarga crônica dos serviços de emergência e a escassez de equipes especializadas em CP (Gonçalves *et al.*, 2024; Castilho *et al.*, 2021). A falta de integração entre níveis assistenciais e a fragmentação do sistema de saúde dificultam a continuidade do cuidado, essencial para pacientes paliativos (Bright *et al.*, 2022). Adicionalmente, a carência de políticas públicas que priorizem a formação em CP na graduação médica perpetua lacunas no reconhecimento precoce desses casos (Guimarães *et al.*, 2023).

Fatores culturais também influenciam a efetividade das ferramentas. No Brasil, a resistência em discutir diretivas antecipadas de vontade (DAV) e o tabu em torno da morte limitam o uso de instrumentos como o Support-ED, que depende da documentação prévia do paciente (Tan *et al.*, 2020). Estratégias de educação comunitária e capacitação profissional são urgentes para normalizar conversas sobre prognóstico e planejamento de cuidados, conforme defendido por Souza *et al.* (2022) em revisão sobre a evolução histórica dos CP.

A adaptação transcultural emerge como etapa crítica para a validação dessas ferramentas. O estudo de Cotogni *et al.* (2017), que adaptou critérios da SIAARTI para a população italiana, exemplifica a importância de ajustar quesitos a realidades epidemiológicas locais. No contexto brasileiro, indicadores como fragilidade, multimorbidade e acesso limitado a serviços de saúde devem ser incorporados, dada sua prevalência em idosos (Zhao, 2024). Além disso, a inclusão de marcadores

sociais, como vulnerabilidade econômica e suporte familiar, poderia aumentar a sensibilidade dos instrumentos.

A integração de sistemas de apoio à decisão clínica (CDSS) apresenta-se como solução promissora para otimizar a triagem. Estudos destacam que algoritmos digitais podem gerar alertas automatizados para pacientes de alto risco, reduzindo a subjetividade. No entanto, a infraestrutura tecnológica desigual no Brasil exige abordagens híbridas, combinando plataformas digitais em centros urbanos com versões simplificadas em papel para áreas remotas, conforme sugerido por Tan *et al.* (2020) no estudo PRIM-ER.

A formação profissional é outro pilar essencial. Programas educacionais baseados em simulações e estudos de caso, como os descritos por Pennarola *et al.* (2023), podem fortalecer habilidades diagnósticas e éticas em emergências. A inserção de módulos sobre CP nos currículos de residência médica e a certificação de profissionais em ferramentas validadas são medidas necessárias para superar o atual despreparo relatado por Guimarães *et al.* (2023).

As limitações deste estudo incluem a restrição da busca ao PubMed, possivelmente excluindo ferramentas validadas em outras bases, e a heterogeneidade metodológica dos artigos incluídos, que dificulta comparações diretas (Burt *et al.*, 2006).

As implicações práticas desta revisão ressaltam a necessidade de políticas públicas que incentivem a implementação de protocolos padronizados e a alocação de recursos para equipes multiprofissionais. Modelos de financiamento baseados em resultados, como pagamento por desempenho em CP, poderiam estimular hospitais a priorizarem essa abordagem, conforme discutido por Gunaga e Zygowiec (2023). Paralelamente, a criação de redes regionais de CP, integrando emergências, atenção primária e serviços especializados, facilitaria a referência e contrarreferência de pacientes.

Por fim, lacunas na literatura destacam a escassez de estudos sobre custo-efetividade das ferramentas e seu impacto em desfechos como qualidade de vida, satisfação familiar e redução de reinternações. Pesquisas futuras devem priorizar a validação transcultural de instrumentos, a avaliação de implementação em larga escala e o desenvolvimento de métricas que capturem a complexidade do cuidado paliativo em emergências. A combinação de métodos quantitativos e qualitativos,

incluindo perspectivas de pacientes e cuidadores, enriqueceria a compreensão das barreiras e facilitadores para uma triagem eficaz.

5 CONCLUSÃO

Esta revisão integrativa compilou informações sobre o uso de ferramentas para o ensino de triagem de pacientes idosos atendidos na emergência com necessidade de abordagem paliativa. Até o momento, este é o primeiro estudo a fornecer uma revisão sobre o assunto. Além desse fato, esta revisão é relevante pois descreve ferramentas que podem ensinar e melhorar a atuação de profissionais médicos na emergência no atendimento aos pacientes idosos e na identificação de pacientes com esta necessidade. Foi possível identificar um número ainda pequeno de ferramentas de ensino de triagem, além disso, estas são restritas a apenas alguns países e idiomas. Este dado aponta para a necessidade de estudos de elaboração, tradução e validação destas ferramentas para uso em outros países como o Brasil.

REFERÊNCIAS

AARONSON, E. L. *et al.* The surprise question can be used to identify heart failure patients in the emergency department who would benefit from palliative care. **Journal of pain and symptom management**, v. 57, n. 5, p. 944-951, 2019.

BRIGHT, Leah *et al.* A missed opportunity in the ED: Palliative care consult delays during inpatient admission. **The American Journal of Emergency Medicine**, v. 51, p. 325-330, 2022.

BURT, J.; RAINE, R. The effect of age on referral to and use of specialist palliative care services in adult cancer patients: a systematic review. **Age and Ageing**, v. 35, n. 5, p. 469-476, 2006.

CASTILHO, R. K.; DA SILVA, V. C. S.; PINTO, C. S. **Manual de Cuidados Paliativos**. 3.ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2021.

COTOGNI, P. *et al.* A simplified screening tool to identify seriously ill patients in the Emergency Department for referral to a palliative care team. **Minerva anesthesiologica**, v. 83, n. 5, p. 474-484, 2017.

FISCHER, S. M. *et al.* A practical tool to identify patients who may benefit from a palliative approach: the CARING criteria. **Journal of pain and symptom management**, v. 31, n. 4, p. 285-292, 2006.

GONÇALVES, M. V. *et al.* The importance of the multidisciplinary team for outpatient cancer patients in palliative care. **Research, Society and Development**, v. 13, n. 11, p. e142131147492-e142131147492, 2024. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v13i11.47492>. Acesso em: maio 2025.

GUIMARÃES, L. G. *et al.* Cuidados paliativos: o ensino na graduação é suficiente para a atuação na atenção primária à saúde no Brasil?. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 18, n. 45, p. 3626-3626, 2023.

GUNAGA, S.; ZYGOWIEC, J. Primary Palliative Care in the Emergency Department and Acute Care Setting. *In*: BANERJEE, C (org.). **Understanding End of Life Practices: Perspectives on Communication, Religion and Culture**. Duarte-California: Springer, 2023. p. 115-135.

HALANI, S. H. *et al.* Management of glioblastoma multiforme in elderly patients: a review of the literature. **World Neurosurgery**, v. 105, p. 53-62, 2017.

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**, v. 29, n. 10, p. 1229-1246, 2022.

KOYAVATIN, S.; LIU, S. W.; SRI-ON, J. A comparison of palliative care and rapid emergency screening (P-CARES) tool, broad and narrow criteria, and surprise questions to predict survival of older emergency department patients. **BMC Palliative Care**, v. 22, n. 1, p. 81, 2023.

MORONI, M. *et al.* The 'surprise' question in advanced cancer patients: a prospective study among general practitioners. **Palliative medicine**, v. 28, n. 7, p. 959-964, 2014.

PENRAROLA, A. *et al.* Primary Palliative Care Education for Graduate Medical Trainees: Impacts and Needs. **Am J Hosp Palliat Care**. [s.l.], v. 40, n. 4, p. 587-395, 2023.

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.

SOUZA, L. C. *et al.* Analysis of the historical evolution of the concept of palliative care: a scoping review. *Acta Paul Enferm*, v. 35, eAPE01806, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2022AR018066>. Acesso em: maio 2025.

TAN, A. *et al.* Design and implementation of a clinical decision support tool for primary palliative Care for Emergency Medicine (PRIM-ER). **BMC medical informatics and decision making**, v. 20, p. 1-11, 2020.

ZHAO, Y. The Impact of Population Ageing on the Economy. **International Journal of Social Sciences and Public Administration**, v. 2, n. 2, p. 108-121, 2024.

5.2 ARTIGO 2 (ARTIGO A SER SUBMETIDO)

Desenvolvimento e validação de conteúdo de uma ferramenta de triagem para pacientes idosos do departamento de emergência com necessidade de avaliação da equipe de cuidados paliativos

Development and content validation of a screening tool for elderly emergency department patients in need of assessment by the palliative care team

Autores

Luciana Leite de Figueiredo Magalhães

Mestrado Profissional em Ensino na Saúde e Tecnologias Educacionais, Centro Universitário Christus. E-mail: dra.lucianaleite@gmail.com

Arnaldo Aires Peixoto Junior

Mestrado Profissional em Ensino na Saúde e Tecnologias Educacionais, Centro Universitário Christus. E-mail: arnaldoapj@gmail.com

Autor correspondente: Luciana Leite de Figueiredo Magalhães. E-mail: dra.lucianaleite@gmail.com.

Conflitos de interesse: Os autores declaram não haver conflito de interesses.

Financiamento: Não houve financiamento.

Contribuição dos autores

Luciana Leite de Figueiredo Magalhães: concepção, metodologia, coleta de dados, análise dos dados, curadoria dos dados, elaboração e aprovação do manuscrito.
Arnaldo Aires Peixoto Júnior: coordenação do estudo, concepção, metodologia, análise dos dados, elaboração e aprovação do manuscrito.

Resumo

O departamento de emergência (DE) é a principal porta de entrada para internações, onde muitos pacientes apresentam sintomas que demandam cuidados paliativos (CP). Para aprimorar a assistência paliativa e o cuidado no fim de vida é essencial a colaboração contínua entre as equipes de emergência e de CP, devido à complexidade dos cenários clínicos e das decisões a serem tomadas. Pacientes idosos, frequentemente atendidos no DE, enfrentam doenças avançadas e requerem decisões complexas sobre diagnósticos e intervenções. Objetivo: Desenvolver e validar ferramenta de triagem para avaliação paliativa de pacientes idosos no DE. Método: Estudo quantitativo realizado em 3 etapas com participação de experts em Medicina Paliativa e Geriatria utilizando o método E-Delphi para validação da ferramenta. Resultado e conclusão: Foi possível elaborar e validar um questionário contendo sete quesitos, com respostas binárias, para orientar profissionais médicos que trabalham em emergência a identificar rapidamente pacientes idosos com indicação para avaliação por equipe de CP. A partir desse foi possível elaborar um guia para aplicação da ferramenta validade, e uma versão digital, sob a forma de aplicativo móvel.

Palavras-chave:

Cuidados Paliativos, Departamento de Emergência, Geriatria, Educação Médica

Abstract

The emergency department (ED) is the primary gateway for hospitalizations, where many patients present with symptoms that require palliative care (PC). Continuous collaboration between emergency and palliative care teams is essential to improve palliative care and end-of-life care, due to the complexity of clinical scenarios and decisions to be made. Elderly patients, often treated in the ED, face advanced diseases and require complex decisions about diagnoses and interventions. Objective: To develop and validate a triage tool for palliative evaluation of elderly patients in the ED. Method: A quantitative study carried out in 3 stages with the participation of experts in Palliative Medicine and Geriatrics using the E-Delphi method to validate the tool. Results and conclusion: It was possible to develop and validate a questionnaire containing seven questions, with binary answers, to guide medical professionals working in emergency to quickly identify elderly patients who are indicated for

evaluation by a PC team. From this, it was possible to draw up a guide for applying the valid tool, and a digital version in the form of a mobile app.

Keywords:

Palliative Care, Emergency Department, Geriatrics, Medical Education

1 Introdução

O departamento de emergência (DE) é a principal porta de entrada para internação hospitalar¹. Estudo realizado na Áustria concluiu que mais de 1 em cada 10 pacientes que procuravam o DE sofriam de sintomas que necessitavam de abordagem paliativa². Uma revisão retrospectiva realizada no Hospital John Hopkins entre 2015 e 2018 para identificar pacientes com indicação de cuidados paliativos (CP) que morreram internados observou que houve uma grande diferença entre a porcentagem dos pacientes com indicação de CP e os que realmente receberam os cuidados adequados. Este estudo concluiu que a medicina de emergência deve assumir a liderança na indicação inicial de CP nesses pacientes desde a admissão³.

Segundo alguns autores, para melhorar a abordagem paliativa e a assistência ao fim de vida, há necessidade de interação contínua entre equipe da emergência e de CP, pois os cenários clínicos podem ser complexos e as tomadas de decisões delicadas^{4,5}. Uma revisão sistemática que avaliou o impacto das intervenções de CP no DE concluiu que a abordagem paliativa é viável de ser realizada na emergência, pode melhorar a qualidade de vida e parece não interferir na sobrevivência⁶.

A população de pacientes idosos busca frequentemente o DE portando doenças avançadas e necessitando de decisões complexas quanto a investigação diagnóstica e condutas⁷. Em um estudo realizado, verificou-se que os médicos de emergência têm dificuldade em realizar CP na demência avançada, pois consideram que seus conhecimentos, atitudes e crenças impedem que façam essa abordagem no DE⁸.

Em um modelo introduzido para melhoria de processos no DE no Mount Sinai Medical Center da cidade de Nova York, enfermeiros foram treinados e educados em princípios de CP para identificar pacientes idosos com alto risco de idas à emergência e reinternações. Com isso, o encaminhamento desses pacientes para UTI caiu significativamente de 2,3% para 0,9%, gerando economia estimada de mais de US\$

3 milhões para o Medicare. Além disso, foi identificado que muitos desses pacientes desejavam receber CP ou serem encaminhados para *hospices*⁹.

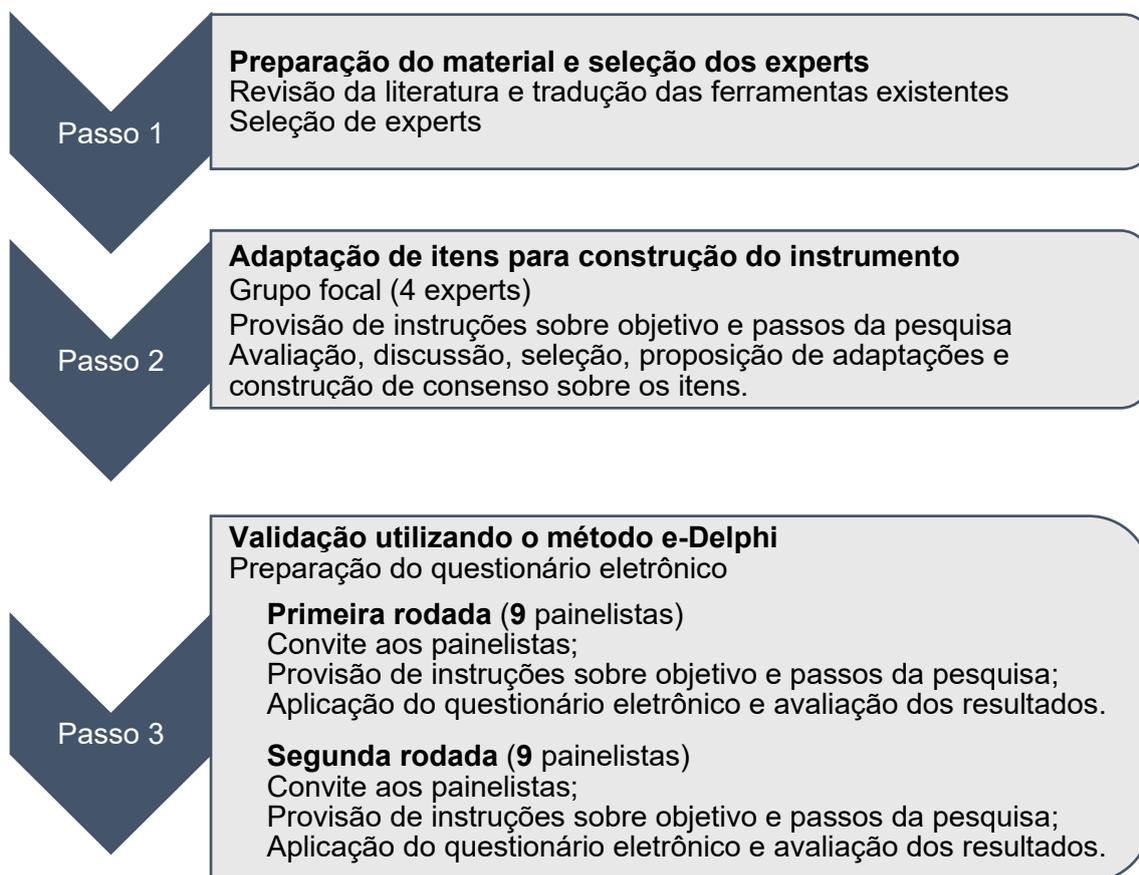
Na literatura, existem algumas ferramentas de triagem que podem ser utilizadas para identificar pacientes com necessidade de CP na emergência ou internados. A ferramenta de suporte para decisões médicas elaborada a partir do estudo *Primary Palliative Care for Emergency Medicine* (PRIM-ER) visa otimizar o uso do prontuário eletrônico para auxiliar na decisão clínica, com objetivo de identificar pacientes com doenças graves que limitam a vida e orientar o encaminhamento para equipe de CP ou serviço social². A pergunta surpresa: “*você ficaria surpreso se esse paciente morresse nos próximos 12 meses?*” auxilia na educação de médicos para conscientização e identificação precoce de pacientes com indicação de CP, e tem sensibilidade e especificidade moderadas para prever mortalidade¹⁰⁻¹³. A ferramenta CP e triagem rápida de emergência (P-CaRES) conseguiu prever sobrevida em 3 meses desses pacientes¹¹. Em uma revisão sistemática que buscou avaliar ferramentas de triagem de pacientes com necessidade de CP, foram identificadas 14 ferramentas, sendo a mais utilizada a pergunta surpresa, seguida pela P-CaRES e pelo instrumento de triagem para necessidades de CP e de fim de vida no DE chamado SPEED¹⁰.

Apesar da existência destas ferramentas na literatura internacional, nenhuma delas foi desenvolvida e validada para população brasileira, com a pertinência para aplicação na população de pessoas idosas e com a abrangência específica para aplicação no DE. Diante disso, foi realizado um estudo para o desenvolvimento e validação de uma ferramenta com potencial para o uso nesta população.

2 Método

Este é um estudo metodológico de desenvolvimento de ferramenta e validação de conteúdo de uma ferramenta, utilizando uma abordagem quantitativa. Este aconteceu em três etapas: (1) tradução livre das ferramentas de rastreamento existentes na literatura, (2) adaptação de itens para a construção do instrumento, através de uma entrevista semiestruturada em grupo composta por especialistas, e (3) validação de conteúdo dos itens adaptados utilizando o Método e-Delphi modificado com painelistas especialistas. Estas etapas estão ilustradas na Figura 1.

Figura 1 - Etapas da elaboração e validação de conteúdo de ferramenta de triagem para pacientes idosos do departamento de emergência com necessidade de avaliação da equipe de cuidados paliativos.



Fonte: Elaborada pelos autores.

2.1 Seleção inicial e tradução livre dos itens

Nesta fase, foi realizada uma revisão integrativa da literatura em busca de ferramentas previamente utilizadas com esta finalidade. Foi realizada a busca de artigos científicos na base de dados PubMed. Os artigos foram selecionados a partir das seguintes palavras-chave indexadas nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): “*advance care planning*” (planejamento antecipado de cuidados), “*aged*” (idoso), “*Clinical decision support*” (apoio à decisão clínica), “*diagnosis*” (diagnósticos), “*emergency medicine*” (medicina de emergência), “*end of life*” (final de vida), “*hospital emergency service*” (serviço hospitalar de emergência), “*mass screening*” (programas de rastreamento), “*palliative care*” (cuidados paliativos) e “*prognosis*” (prognóstico),

sendo utilizadas diversas combinações dessas palavras-chave junto com o booleano AND. Após leitura dos títulos e resumos, foram analisados 8 artigos completos e selecionados 4 artigos contendo descrição das ferramentas escolhidas para a pesquisa, os outros 4 artigos foram excluídos, pois traziam ferramentas ainda não validadas ou porque se tratavam de estudos comparativos de ferramentas, sem descrição detalhada do instrumento e sua aplicação. Os artigos selecionados estão apresentados no Quadro 1.

Quadro 1 - Artigos selecionados com ferramentas de rastreamento de pacientes internados na emergência com necessidade de cuidados paliativos não atendidas.

Artigo	Ferramenta	Método	Validação
Moroni et al., 2014	“ <i>Surprise Question</i> ” (1 item)	Estudo prospectivo	42 clínicos selecionados aleatoriamente classificaram 231 pacientes com câncer avançado de acordo com a pergunta 'surpresa'. Houve correlação significativa com sobrevivência em 1 ano.
Fischer et al., 2006	“ <i>The CARING criteria</i> ” (5 itens)	Coorte retrospectiva	Regressão logística revelou alta sensibilidade e especificidade para mortalidade em 1 ano.
Richards et al., 2011	“SPEED” (13 itens)	Adaptação e validação de ferramenta por painel de experts	53 experts. Validação através da análise de confiabilidade das respostas pelo coeficiente α de Cronbach, seguida de análise de correlação outra ferramenta de avaliação previamente validada em outros cenários.
Tan et al., 2020	Estudo “PRIMER” Support ED (7 itens)	Revisão de escopo das ferramentas existentes, seguida de identificação dos itens de triagem por grupo multidisciplinar	Teste inicial de design e usabilidade. Monitoramento do uso e <i>feedback</i> da força de trabalho selecionada para o uso.

Fonte: Elaborada pelos autores.

Após esta seleção, foi realizada uma tradução livre para a língua portuguesa dos quesitos dos instrumentos de triagem identificados na literatura. Estes então foram levados para o desenvolvimento de uma nova ferramenta através de uma entrevista semiestruturada em grupo com *experts*.

2.2 Desenvolvimento da ferramenta através de entrevista semiestruturada

Uma oficina composta por 4 profissionais médicos, com experiência e titulação em CP, participantes em programas de formação na área de Medicina Paliativa (MP), foram convidados para participar de uma entrevista semiestruturada. Toda a discussão do grupo foi gravada em arquivo de áudio, além da realização de registros escritos pelo condutor do grupo, sendo mantido o sigilo sobre a autoria das contribuições.

Os participantes da oficina receberam inicialmente as orientações quanto aos objetivos do estudo e a sequência do desenvolvimento e validação. Em seguida, os itens extraídos das ferramentas identificadas na revisão da literatura e traduzidos foram apresentados isoladamente ao grupo, os quais passaram para as fases de avaliação, discussão, seleção, proposição de adaptações e construção de consenso para compor a construção da ferramenta a ser proposta. Primeiramente, somente os itens considerados essenciais pela concordância entre os especialistas foram selecionados para construção da ferramenta. Para auxiliar na avaliação da importância dos itens pelo grupo, foi utilizada uma escala Likert, com pontuação de 1 a 5, e somente as questões com pontuações consideradas mediana (3), importantes (4) ou muito importantes (5) passaram para fase de adaptação. Em seguida, uma nova discussão para construção de ferramenta com os itens adaptados foi realizada.

2.3 Fase de validação de conteúdo

Após a adaptação dos itens pela entrevista semiestruturada em grupo, foi aplicado o Método e-Delphi para validação de conteúdo por consenso de opinião de painelistas, especialistas em MP e/ou Geriatria. Os painelistas foram selecionados através da técnica *Snowball*, seguida de aplicação dos critérios de inclusão (especialidade registrada no CFM e atuação em equipe de CP por no mínimo 2 anos). Os painelistas incluídos receberam, um convite via e-mail e aplicativo de comunicação *WhatsApp*, através do qual foi comunicado o objetivo da pesquisa, a metodologia, a

forma e o tempo de participação, e o prazo para o preenchimento e envio do formulário.

Os painelistas que aceitaram participar da pesquisa, receberam um formulário eletrônico de pesquisa, construído na plataforma “Formulários Google”, também através de e-mail e *WhatsApp*. O formulário eletrônico era composto por 6 seções obrigatórias e uma seção de agradecimento pela participação. A primeira seção trazia as considerações éticas, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e a confirmação do aceite de participação no estudo. A segunda seção trazia uma nota de esclarecimento que explicava o objetivo da pesquisa e como o painalista deveria avaliar cada quesito. A terceira seção era composta pela caracterização dos painelistas, incluindo seu grau de titulação acadêmica, área de atuação, tempo de experiência em CP, em Geriatria ou em outra especialidade, estado do Brasil onde residia e se já trabalhou em unidade de urgência ou emergência. Na quarta, quinta e sexta seções, o painalista avaliou isoladamente cada quesito, estimando respectivamente a clareza (quanto claro estava o quesito), a pertinência (o quanto o quesito era aplicável para esta população) e a abrangência (o quanto o quesito abrangia a população atendida na emergência), utilizando a escala Likert de importância, com pontuação de 1 a 4, seguida de espaço para sugestões de melhoria do item, caso julgasse necessário. Foram necessárias duas rodadas de avaliação pelos painelistas para se obter um consenso sobre os itens adaptados pelo grupo da entrevista semiestruturada. Na segunda rodada, não houve espaço para sugestões. O tempo médio de aplicação do questionário foi de 20 minutos na primeira rodada e 5 minutos na segunda rodada. O prazo para a realização do preenchimento pelos painelistas, após enviado o convite de cada rodada, foi de 14 dias para primeira rodada e de 7 dias para segunda rodada. Sugestões semelhantes, enviadas pelos painelistas através campo aberto do questionário, foram consideradas como concordância entres estes, sendo incorporadas nas modificações para a próxima rodada de avaliação.

2.4 Elaboração do guia de uso e da versão digital da ferramenta

Após o desenvolvimento e validação da ferramenta, foi elaborado um de uso da mesma, a qual foi registrada na plataforma eduCAPES e está acessível através do link: <http://educapes.capes.gov.br/handle/capes/972095>.

Uma versão digital foi elaborada, sob o formato do protótipo de um aplicativo, utilizando o método de *Co-Design* modificado, com a participação de uma equipe multidisciplinar, composta por uma profissional médica com formação em Geriatria e MP, um profissional médico com formação em Geriatria e na área de Educação Médica e experiência em ensino médico, um professor da área de analista de sistemas, um profissional da área de programação e uma designer de interfaces¹⁴. Foi realizada avaliação da usabilidade através da ferramenta *System Usability Scale*¹⁵, por 13 médicos residentes de Emergência ou Terapia Intensiva de um hospital terciário de referência, após experimento com leitura de cinco casos clínicos escritos (APÊNDICE M) e, logo em seguida, uso da ferramenta na avaliação de cada um dos casos.

2.4 Análise estatística

Os dados quantitativos, obtidos com as respostas a cada pergunta realizada no grupo de painelistas do Método e-Delphi, foram colhidos através do Google Formulários e exportados para planilha em Excel (Microsoft®). Variáveis contínuas foram expressas em média ou mediana, e variáveis categóricas em números absolutos e percentis. Os registros nos campos abertos foram analisados pelo autor e utilizados para adaptações das questões para segunda rodada.

Para análise dos itens a serem utilizados na construção final da ferramenta, foi calculado o Índice de validade de Conteúdo (IVC) das respostas dadas pelos painelistas sobre clareza, pertinência e abrangência de cada item, utilizando a escala Likert de 4 pontos, sendo 1 (definitivamente não), 2 (provavelmente não), 3 (provavelmente sim) e 4 (definitivamente sim). Esse índice foi obtido a partir da somatória do número de respostas “3” e “4” da escala Likert, dividida pelo número total de respostas da questão. O consenso entre painelistas foi definido como IVC superior a 80%, conforme estudo semelhante¹⁴. Itens com IVC iguais ou inferiores a 80% foram revisados ou excluídos, baseado nas sugestões de melhoria dos painelistas. Após a revisão, os itens foram submetidos a uma nova rodada de análise pelos painelistas.

O cálculo do escore de usabilidade *System Usability Scale* foi obtido por meio da soma da contribuição individual de cada item, obtidos através da escala Likert. Para os itens ímpares, foi subtraído um ponto do valor atribuído à resposta. Para os itens pares, foi subtraído o valor atribuído à resposta do total de cinco pontos. Para o cálculo

do escore total, os valores obtidos a partir dos itens pares e ímpares foram somados e multiplicados por 2,5¹⁶. De acordo com essa metodologia, ao final, o escore de usabilidade total varia entre 0 e 100 pontos¹⁷. De acordo com a literatura, foi adotado o limite inferior de 68 pontos para identificar como de uma usabilidade aceitável¹⁸.

2.5 Aspectos éticos

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob o número de parecer 6.326.241 (CAAE: 71271823.0.0000.8367). Os sujeitos da pesquisa participaram voluntariamente, com o TCLE aplicado digitalmente, e não foram identificados, para garantir a confidencialidade das respostas.

3 Resultados

O grupo de entrevista semiestruturada, formado utilizando-se o método *Snowball*, iniciou-se com a escolha do primeiro especialista, a partir dos critérios de inclusão, estando este atuando ativamente na equipe de CP em um hospital terciário de referência em emergências e traumatologia do estado do Ceará - Brasil. Em sequência, 5 especialistas com experiência em CP foram convidados, sendo possível o comparecimento de 4 profissionais médicos com atuação em MP.

Um total de 26 itens foram traduzidos pelos autores e avaliados por esse grupo. Os itens considerados não essenciais foram excluídos. Dentre os itens essenciais, 8 itens foram considerados como de importância mediana (3), importantes (4) ou muito importantes (5) pela escala Likert. Estes foram selecionados e discutidos para construção de consenso quanto a adaptação para uso na população-alvo: idosos atendidos na emergência. Na discussão, as ideias que predominaram foram que os itens que deveriam compor a ferramenta final necessariamente precisavam contemplar as características socioeconômicas e culturais da população brasileira atendida em ambiente de emergência, que fossem objetivos, de fácil compreensão e de rápida aplicação. Os itens estão descritos no Quadro 2.

Quadro 2 - Itens traduzidos, avaliados e adaptados pelo grupo de entrevista semiestruturada.

Item	Avaliação e adaptação
Ficaria surpreso se esse paciente morresse nos próximos 12 meses?	Não houve adaptação
Diagnóstico primário de câncer?	O paciente tem diagnóstico confirmado atual de câncer?
Duas ou mais internações por doença crônica no último ano?	O paciente teve mais de 2 internamentos hospitalares no último ano?
Residente em uma casa de repouso?	Excluído
Admissão na UTI com Falência de Múltiplos Órgãos?	O paciente tem, nessa internação na unidade de urgência/emergência, falência de múltiplos órgãos (pelo menos 2 órgãos)?
Hospice Não-câncer?	Excluído
Quanto tempo você está sofrendo de dor?	Excluído
Quanto tempo você sofre de falta de ar?	Excluído
Quanto tempo você sofre de outros sintomas físicos?	Excluído
Até que ponto essa doença parece sem sentido ou sem significado?	Excluído
Quanta dificuldade você está tendo para atender às suas necessidades de cuidados em casa (tomar banho, vestir-se, fazer refeições)?	O paciente é previamente dependente para atividades básicas de vida diária? Parcialmente dependente, independente ou totalmente dependente
Quanta dificuldade você está tendo com suas medicações? (obter medicamentos, saber como ou quando os tomares, controlar os efeitos colaterais).	Excluído
Quanta dificuldade você está tendo em conseguir atendimento	Excluído

ambulatorial? (transporte, marcação ou esquecimento das consultas).	
Quanta dificuldade você está tendo para conseguir atendimento médico adequado aos seus objetivos?	Excluído
Quanta dificuldade você está tendo para comunicar os seus médicos sobre as preferências de tratamento?	Excluído
Quanta dificuldade você está tendo com o atendimento que sua equipe clínica está prestando?	Excluído
Quanto você sofre de ansiedade?	Excluído
Quanto você sofre de depressão?	Excluído
Quanto você está sofrendo por se sentir sobrecarregado?	Excluído
Identificar condição que limite a vida: doença em estágio terminal, choque séptico, câncer avançado, falência de múltiplos sistemas.	Excluído
Documento de planejamento antecipado de vontades?	Existe documento de manifestação do próprio paciente, podendo este estar com familiar, de planejamento antecipado de vontades?
Você acha que esse paciente poderá morrer durante essa internação?	Excluído
Piora do estado funcional?	O paciente tem perspectivas de declínio funcional a médio ou longo prazo?
Sintomas não controlados devido a uma doença que limite a vida?	Excluído
Objetivo de cuidado pouco claro?	Excluído
Disposição prévia para alta?	Há conflitos na comunicação entre familiares e equipe assistente quanto ao plano de cuidados?

Fonte: Elaborada pelos autores.

Os 8 itens adaptados pelo grupo de entrevista semiestruturada foram submetidos à validação pelos painelistas usando o Método e-Delphi. Dos 15 painelistas convidados, um total de 9 concordaram em participar e concluíram o formulário no tempo proposto. Todos os painelistas trabalhavam ou já haviam trabalhado em serviços de urgência e emergência. A Tabela 1 traz as características dos painelistas.

Tabela 1 - Caracterização dos painelistas participantes da validação dos quesitos através do Método e-Delphi.

Características	N (%)
Maior titulação acadêmica (N=9)	
Doutorado	2 (22,2)
Mestrado	4 (44,4)
Residência Médica	3 (33,3)
Área de atuação (N=9)	
Geriatria e Medicina Paliativa	8 (88,9)
Medicina Paliativa	1 (11,1)
Tempo de experiência em Cuidados Paliativos (N=9)	
Mais de 10 anos	4 (44,4)
Entre 5 e 10 anos	3 (33,3)
Entre 2 e 5 anos	2 (22,2)
Tempo de experiência em Geriatria (N=8)	
Mais de 10 anos	5 (62,5)
Entre 5 e 10 anos	3 (37,5)
Tempo de experiência em outras áreas da Medicina (N=7)	
Mais de 10 anos	4 (57,1)
Entre 5 e 10 anos	2 (14,3)
Entre 2 e 5 anos	1 (8,6)

Fonte: Elaborada pelos autores.

Foram necessárias duas rodadas para se obter a validação pelos painelistas. Na primeira rodada, foi realizada análise quantitativa, através do cálculo do IVC dos

quesitos quanto às características clareza, pertinência e abrangência, e adaptação de alguns quesitos nos quais houve sugestões propostas pelos painelistas para sua melhoria. Na segunda rodada, não houve espaço para sugestões, foi realizada novamente análise quantitativa, através do cálculo do IVC para as características nas quais houve sugestão de melhoria ou nos quesitos com IVC menor do que 0,8 na primeira rodada. As propostas de modificações, conforme análise das sugestões, estão descritas no Quadro 3.

Quadro 3 - Modificações nos quesitos baseadas nas sugestões dos painelistas.

Quesitos	Modificações baseadas nas sugestões dos painelistas
Quesito 1 Ficaria surpreso se esse paciente morresse nos próximos 12 meses? Sim ou não.	Ficaria surpreso se esse paciente morresse nos próximos 6 meses? Sim ou não.
Quesito 2 O paciente tem diagnóstico confirmado atual de câncer? Sim ou não.	O paciente tem diagnóstico de câncer ou está em investigação com alta possibilidade de diagnóstico de câncer? (não é obrigatório anatomopatológico) Sim ou não.
Quesito 3 Duas ou mais internações por doença crônica no último ano? Sim ou não.	O paciente teve mais de 2 internamentos hospitalares (maior do que 24 horas) no último ano por descompensação ou evolução de suas doenças de base? Sim ou não.
Quesito 4 O paciente tem, nessa internação na unidade de urgência / emergência, falência de múltiplos órgãos (pelo menos 2 órgãos)? Sim ou não.	O paciente tem, nesta admissão na unidade de urgência / emergência, disfunção orgânica que ameace sua vida (pelo menos 2 órgãos)? Pode ser disfunção aguda ou crônica agudizada: ($PaO_2/FiO_2 < 400$. Bilirrubinas $> 1,1$ mg/dl; plaquetas < 150.000 ; PAM < 70 ou uso de droga vasoativa; Glasgow < 15 ; Creatinina $> 1,1$ mg/dl e/ou diurese < 500 ml/dia). Sim ou não.
Quesito 5	Considerando 2 semanas antes do atual internamento, o paciente era previamente

O paciente é previamente dependente para atividades básicas de vida diária (ABVDs)? Parcialmente dependente, independente ou totalmente dependente.	dependente para 3 ou mais Atividades Básicas de Vida Diária (tomar banho, vestir-se, usar banheiro para necessidades fisiológicas, levantar-se ou sentar-se da cama ou cadeira, controlar esfíncteres urinário ou fecal, alimentar-se sem ajuda? Sim ou não.
Quesito 6 Existe documento de manifestação do próprio paciente, podendo este estar com familiar, de planejamento antecipado de vontades? Sim ou não.	Há alguma manifestação do próprio paciente a respeito de planejamento antecipado de vontades realizada para algum familiar ou procurador de saúde ou médico assistente? (não há necessidade obrigatória de registro em cartório, nem documento escrito). Sim ou não.
Quesito 7 O paciente tem perspectivas de declínio funcional a médio ou longo prazo? Sim ou não.	O paciente tem risco de declínio funcional a médio ou longo prazo? Sim ou não.
Quesito 8 Há conflitos na comunicação entre familiares e equipe assistente quanto ao plano de cuidados? Sim ou não.	Há conflitos na comunicação entre familiares / cuidadores com equipe assistente quanto ao plano terapêutico ou prognóstico? Sim ou não.

Fonte: Elaborada pelos autores.

A análise quantitativa, através do cálculo do IVC, após a primeira e segunda rodada de validação com painelistas através do Método e-Delphi está representada na Tabela 2.

Tabela 2 - Análise quantitativa dos quesitos pelos painelistas através do cálculo do Índice de Validade de Conteúdo quanto aos domínios clareza, pertinência e abrangência.

Ques.	Primeira rodada (IVC)			Segunda rodada (IVC)		
	Clareza	Pertinência	Abrangência	Clareza	Pertinência	Abrangência

01	1	1	1	1	-	-
02	1	1	1	1	-	-
03	1	1	0,889	1	-	1
04	1	0,889	1	1	-	-
05	0,778	0,889	1	0,889	-	-
06	0,666	1	1	0,889	-	-
07*	0,777	1	0,778	0,666	-	0,777
08	1	1	1	1	-	1

Nota: Ques.: Quesito, IVC: Índice de validade de conteúdo, *Excluído.

Fonte: Elaborada pelos autores.

A ferramenta elaborada após avaliação dos resultados da pesquisa foi denominada “Ferramenta para ensino de triagem de pacientes idosos na emergência com indicação de avaliação pelos cuidados paliativos” e está representada na Figura 2.z

Figura 2 - Ferramenta para ensino de triagem de pacientes idosos na emergência com indicação de avaliação pelos cuidados paliativos.

1. Ficaria surpreso se esse paciente morresse nos próximos 6 meses?	SIM	NÃO	NÃO SEI
2. O paciente tem diagnóstico de câncer ou está em investigação com alta possibilidade de diagnóstico de câncer? (não é obrigatório anatomopatológico)	SIM	NÃO	NÃO SEI
3. O paciente teve mais de 2 internamentos hospitalares (maior do que 24 horas) no último ano por descompensação ou evolução de sua doença de bases?	SIM	NÃO	NÃO SEI
4. O paciente tem, nesta admissão na unidade de urgência / emergência, disfunção orgânica que ameace sua vida (pelo menos 2 órgãos)? Pode ser disfunção aguda ou crônica agudizada (PaO ₂ /FiO ₂ <400. Bilirrubinas>1,1mg/dl; plaquetas<150.000; PAM<70 ou uso de droga vasoativa; Glasgow<15; Creatinina>1,1mg/dl e/ou diurese<500ml/dia)	SIM	NÃO	NÃO SEI
5. Considerando 2 semanas antes do atual internamento, o paciente era previamente dependente para 3 ou mais Atividades Básicas de Vida Diária (tomar banho, vestir-se, usar banheiro para necessidades fisiológicas, levantar-se ou sentar-se da cama ou cadeira, controlar esfíncteres urinário ou fecal, alimentar-se sem ajuda)?	SIM	NÃO	NÃO SEI
6. Há alguma manifestação do próprio paciente a respeito de planejamento antecipado de vontades realizada para algum familiar ou procurador de saúde ou médico assistente? (não há necessidade obrigatória de registro em cartório, nem documento escrito).	SIM	NÃO	NÃO SEI
7. Há conflitos na comunicação entre familiares / cuidadores com equipe assistente quanto ao plano terapêutico ou prognóstico?	SIM	NÃO	NÃO SEI
<p>Avaliação: considerar 1(um) ponto para cada resposta cinza. Interpretação: Pontuação de 1 a 7: o(a) paciente poderá se beneficiar da avaliação pela equipe de cuidados paliativos. Pontuação 0: a avaliação pela equipe de cuidados paliativos não é sugerida, porém pode ser indicada, de acordo com o julgamento do(a) profissional médico(a).</p>			

Fonte: Elaborada pelos autores.

A partir dessa ferramenta, foi desenvolvido o protótipo de aplicativo móvel denominado Pallitrack Sênior (APÊNDICE J), que ficará disponível para plataformas Android e iOS. Um total de 13 médicos residentes de Emergência ou Terapia Intensiva avaliaram o aplicativo quanto à usabilidade, após leitura de casos clínicos ilustrativos, apresentado sob o formato escrito.

3.1 Avaliação de usabilidade

A Tabela 3 apresenta um resumo da análise sobre as questões baseadas na escala SUS para verificação da facilidade de uso do sistema. Os resultados demonstram que a aplicação recebeu uma ótima avaliação de usabilidade, obtendo escore SUS médio igual a 91,0. Estudos apontam o valor 70,0 como sendo o escore médio SUS mínimo para se considerar um sistema com um bom nível de usabilidade^{16,18}. Além disso, também se pode afirmar, com 95% de confiança, que o escore SUS para essa população está entre 85,9 e 96,1 (considerando margem de erro obtida igual a 5,1).

Tabela 3 - Resumo da análise sobre a usabilidade pelo questionário *System Usability Scale* do aplicativo Palitrack Sênior (N= 13 médicos residentes).

Variável	Valor
Escore médio SUS	91,0
Intervalo de confiança 95%	85,9 – 96,1
Margem de erro	5,1
Desvio padrão	8,4
Confiabilidade	0,72

Fonte: Elaborada pelos autores.

Para atestar a confiabilidade dos dados obtidos, utilizou-se o coeficiente alfa de Cronbach¹⁹. O maior valor possível para esse coeficiente é 1,00, sendo 0,70 considerado o limite inferior para uma confiabilidade interna aceitável¹⁵. Como se pode observar na Tabela 6, o coeficiente alfa de Cronbach obtido nesse estudo foi de 0,72, caracterizando a amostra com um bom nível de confiabilidade.

4 Discussão

Foi possível elaborar e validar uma ferramenta contendo 7 quesitos, com respostas binárias, para orientar profissionais médicos que trabalham em emergência a identificar rapidamente idosos com indicação para avaliação por equipe de CP.

Existem muitas evidências que justificam estratégias para melhorar a abordagem paliativa em emergência. Em um grupo de trabalho na conferência de 2009 da *Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)/American College of Emergency Physicians (ACEP)* surgiram quatro questões relativas a isso: (1) quais pacientes têm maior necessidade de CP na emergência? (2) qual o papel dos clínicos na abordagem desses pacientes em emergência? (3) como deve ser feita a integração dos CP com a emergência? (4) quais as prioridades educacionais para clínicos emergencistas com relação aos CP?⁴.

No presente estudo, durante a fase de adaptação das questões extraídas dos artigos, o grupo de entrevista semiestruturada da pesquisa levou em consideração a dificuldade que médicos não-paliativistas tinham na identificação rápida desses pacientes. Foi considerado essencial o quesito que auxiliasse na identificação através da indicação clínica, declínio funcional e valores expressos pela família ou paciente, já que a ida de idosos com doenças crônicas em estágio de fim-de-vida para emergências ainda é uma realidade da nossa população, assim como continua sendo vista nas emergências americanas¹. A adaptação das questões buscou objetivar e facilitar a compreensão tanto do médico, quanto do paciente ou familiar ou cuidador que a respondesse. Além disso, o ambiente de emergência costuma ser hostil, e isso dificulta essa abordagem devido a limitação de tempo e privacidade²¹. O grupo de especialistas entrou em consenso sobre a reescrita das questões de modo que isso facilitasse sua aplicação de forma rápida e clara nesse setor.

Na fase de validação das questões, a pergunta surpresa²² proposta pela oficina de especialistas foi modificada pelos juízes. Segundo a literatura, educar os médicos que trabalham em emergência para utilizarem a pergunta surpresa pode aumentar a indicação de pareceres da equipe de CP, refletindo numa melhora do atendimento do paciente e diminuindo os custos, pois se evitam intervenções desproporcionais¹².

A pergunta surpresa inicialmente proposta tinha como tempo de vida máximo estimado de 12 meses: “*ficaria surpreso se esse paciente morresse nos próximos 12 meses?*”. Os especialistas do grupo de entrevista semiestruturada consideraram esse quesito essencial, muito importante e não sugeriram adaptações. No entanto, na fase

de validação, modificou-se o tempo estimado de vida de 12 para 6 meses, pois com essa mudança a pergunta provavelmente continuaria com a mesma acurácia e facilitaria a previsão prognóstica. Em uma revisão sistemática, realizada em 2022, sobre ferramentas de triagem disponíveis para identificar pacientes com necessidades não atendidas de CP em emergência foi evidenciada que a pergunta surpresa era a mais comumente utilizada, sendo sua sensibilidade (63%, IQR 38%-78%) e especificidade (75%, IQR 57%-84%) na previsão de mortalidade em 1 ou 12 meses consideradas moderadas, com valor preditivo positivo baixo (32%, IQR 16%-40%) e valor preditivo negativo alto (91%, IQR 88%-95%)¹⁰.

Dois quesitos dos cinco que compõem a ferramenta “The CARING criteria” não foram considerados essenciais pelo grupo de entrevista semiestruturada: “identificar pacientes moradores de instituição de longa permanência (ILP)” e “pacientes com indicação *hospice nocancer*”²³. Além de a residência em ILP não ser uma prática comum na sociedade brasileira²⁴, os especialistas entraram em consenso que era mais importante na emergência avaliar a gravidade da intercorrência aguda, independentemente de o paciente idoso ser morador ou não de ILP, e que esse dado deveria ser melhor explorado durante o internamento hospitalar. Com relação à indicação “*hospice nocancer*”, ela foi considerada como um tema pouco conhecido entre médicos brasileiros e que poderia gerar interpretações errôneas. Os outros três quesitos da ferramenta “The CARING criteria” foram considerados essenciais e passaram por adaptações gramaticais.

Um estudo avaliou 1497 pacientes portadores de doença crônica (insuficiência cardíaca, doença hepática ou renal crônica, doenças neurológicas progressivas ou câncer avançado) atendidos em emergência, utilizando a ferramenta de triagem da Sociedade Italiana de Anestesia, Analgesia, Ressuscitação e Cuidados Intensivos (SIAARTI), demonstrou que, com apenas 4 critérios clínicos fáceis de serem aplicados, foi possível a identificação de pacientes desse perfil que se beneficiaram de CP²⁵. Um dos indicadores clínicos mais frequentemente positivos dessa ferramenta foi: “*mais de 1 admissão nos últimos 12 meses em pacientes*”, sendo esse um dos quesitos considerados essenciais pelo grupo de entrevista semiestruturada do presente estudo. No quesito sobre falência orgânica, entrou-se em consenso sobre a necessidade de se acrescentar, na pergunta, a expressão “*pelo menos 2 órgãos acometidos*”, para que não houvesse dúvida sobre a gravidade do insulto agudo. Na validação desse quesito, os juízes modificaram o termo “*falências orgânicas*” por

“*disfunções orgânicas*”, além de acrescentar critérios de gravidade, baseados na Avaliação Sequencial de Falência de Órgãos (SOFA), para auxiliar na identificação das disfunções de forma objetiva²⁶.

Com relação à ferramenta SPEED²⁷, de acordo com a literatura, foi identificada uma boa confiabilidade e validade em identificar necessidade de CP na emergência, em pacientes com câncer²⁷. No presente estudo, somente o quesito sobre funcionalidade foi considerado essencial para ser utilizado em pacientes idosos no DE. O grupo de entrevista semiestruturada adaptou o quesito, incluindo o termo “*atividades básicas de vida diária*” e sua classificação de acordo com escala geriátrica amplamente utilizada. Na fase de validação, levou-se em consideração que médicos não-geriatras podem desconhecer detalhes da classificação de funcionalidade, então o quesito passou por novas modificações que resultaram numa questão mais objetiva e clara, buscando-se somente a identificação de pacientes totalmente dependentes de cuidados previamente ao internamento e utilizando resposta binária. Isso tornou o quesito mais simples e rápido de ser aplicado. De acordo com a literatura, nas ferramentas de triagem, a funcionalidade é um critério importante para prognosticar risco de morte e identificar pacientes com indicação de CP^{2, 21, 8, 28, 29}.

O declínio funcional é utilizado como critério para triagem de pacientes idosos em algumas ferramentas²⁹, no entanto, na validação dos quesitos, os juízes consideraram que seu conceito era confuso e pouco objetivo para médicos de emergência, obtendo IVC abaixo de 0,8 e foi excluído da ferramenta após o experimento de validação.

Com relação aos quesitos da ferramenta PRIM-ER², as duas questões relacionadas à autonomia: documento de planejamento de vontade e alta a pedido, foram consideradas essenciais pelo grupo de entrevista semiestruturada. Nesses casos, a autonomia, a alta a pedido e as diretivas antecipadas de vontade (DAV) se mostram importantes para elaboração do plano de cuidados, pois levam em consideração os valores de vida do paciente³⁰. Um estudo australiano concluiu que as DAV foram benéficas na tomada de decisões quando havia concordância entre paciente, família e equipe da emergência. Também eram úteis para iniciar conversas sobre objetivos de plano de cuidados, fim de vida e evitar condutas obstinadas^{26, 27}. As DAV melhoram a qualidade no cuidado do paciente com doença terminal, respeitam a sua autonomia, tranquiliza a família e equipe assistente com relação a questões legais e conflitos³².

Durante o desenvolvimento da ferramenta, o grupo de entrevista semiestruturada refletiu sobre a necessidade de haver um quesito sobre conflitos gerados por problemas de comunicação entre equipe médica e familiares a respeito do plano terapêutico. De acordo com a literatura, não comunicar o plano de cuidados avançados ou quando as metas de tratamento estão em conflito pode resultar em sofrimento significativo para a família e equipe médica, principalmente quando as metas estão em desacordo com o desejado pelas famílias em ambiente de emergência³². Este quesito foi elaborado pelo grupo de entrevista semiestruturada, submetido à validação pelos painelistas e acrescido na ferramenta.

Como limitações do presente estudo, podem ser listados o fato de que a ferramenta foi validada por um grupo pequeno de painelistas, apesar da literatura sobre a técnica e-Delphi legitimar este quantitativo, e não ter sido testada ainda por profissionais do DE durante o atendimento de pacientes idosos.

Apesar destas limitações, o presente estudo é relevante, pois se mostrou original na população brasileira, e importante, tendo em vista que o produto gerado foi validado por profissionais com formação e experiência na implementação de CP e no atendimento de emergência. Além disso, a ferramenta validada tem potencial para o amplo uso no auxílio de tomada de decisões por médicos não especialistas, atuantes no DE, para a indicação de CP de forma precoce e assertiva, com potencial impacto direto na qualidade do cuidado e nos custos hospitalares.

5 Conclusão

Foi possível o desenvolvimento e a validação de uma ferramenta de triagem para a identificação de pacientes idosos atendidos no DE com indicação da necessidade de avaliação pela equipe de CP, disponibilizada na forma impressa através de um guia, e na forma digital através de um aplicativo móvel. Esta ferramenta poderá futuramente ser avaliada quanto a benefícios diretos como melhora na qualidade de vida e no incremento da implementação dos cuidados adequados a estes pacientes. Além disso, poderá ser avaliada também quanto a benefícios indiretos como redução de custos com exames, de terapêuticas fúteis e de internamentos hospitalares desnecessários.

Referências

1. Gunaga S, Zygowiec J. Primary Palliative Care in the Emergency Department and Acute Care Setting. *Cancer Treat Res.* 2023;187:115-135. doi: 10.1007/978-3-031-29923-0_9. PMID: 37851223.
2. Tan A, Durbin M, Chung FR, Rubin AL, Cuthel AM, McQuilkin JA, Modrek AS, Jamin C, Gavin N, Mann D, Swartz JL, Austrian JS, Testa PA, Hill JD, Grudzen CR; Group Authorship: Corita R. Grudzen on behalf of the PRIM-ER Clinical Informatics Advisory Board. Design and implementation of a clinical decision support tool for primary palliative Care for Emergency Medicine (PRIM-ER). *BMC Med Inform Decis Mak.* 2020 Jan 28;20(1):13. doi: 10.1186/s12911-020-1021-7. PMID: 31992301; PMCID: PMC6988238.
3. Bright L, Zink K, Klein E, Wright R, Kelen G. A missed opportunity in the ED: Palliative care consult delays during inpatient admission. *Am J Emerg Med.* 2022 Jan;51:325-330. doi: 10.1016/j.ajem.2021.11.002. Epub 2021 Nov 8. PMID: 34800905.
4. Quest TE, Asplin BR, Cairns CB, Hwang U, Pines JM. Research priorities for palliative and end-of-life care in the emergency setting. *Acad Emerg Med.* 2011 Jun;18(6):e70-6. doi: 10.1111/j.1553-2712.2011.01088.x. PMID: 21676052; PMCID: PMC3368013.
5. Zattoni D, Christoforidis D. How best to palliate and treat emergency conditions in geriatric patients with colorectal cancer. *Eur J Surg Oncol.* 2020 Mar;46(3):369-378. doi: 10.1016/j.ejso.2019.12.020. Epub 2020 Jan 2. PMID: 31973923.
6. Wilson JG, English DP, Owyang CG, Chimelski EA, Grudzen CR, Wong HN, Aslakson RA; AAHPM Research Committee Writing Group. End-of-Life Care, Palliative Care Consultation, and Palliative Care Referral in the Emergency Department: A Systematic Review. *J Pain Symptom Manage.* 2020 Feb;59(2):372-383.e1. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2019.09.020. Epub 2019 Oct 3. PMID: 31586580.
7. George N, Phillips E, Zaurova M, Song C, Lamba S, Grudzen C. Palliative Care Screening and Assessment in the Emergency Department: A Systematic Review. *J Pain Symptom Manage.* 2016 Jan;51(1):108-19.e2. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2015.07.017. Epub 2015 Aug 31. PMID: 26335763.
8. Ouchi K, Wu M, Medeiros R, Grudzen CR, Balsells H, Marcus D, Whitson M, Ahmad D, Duprey K, Mancherje N, Bloch H, Jaffrey F, Liberman T. Initiating palliative care consults for advanced dementia patients in the emergency department. *J Palliat*

Med. 2014 Mar;17(3):346-50. doi: 10.1089/jpm.2013.0285. Epub 2014 Jan 4. PMID: 24387752.

9. Grudzen CR, Richardson LD, Morrison M, Cho E, Morrison RS. Palliative care needs of seriously ill, older adults presenting to the emergency department. *Acad Emerg Med*. 2010 Nov;17(11):1253-7. doi: 10.1111/j.1553-2712.2010.00907.x. PMID: 21175525; PMCID: PMC3058630.

10. Kirkland SW, Yang EH, Garrido Clua M, Kruhlak M, Campbell S, Villa-Roel C, Rowe BH. Screening tools to identify patients with unmet palliative care needs in the emergency department: A systematic review. *Acad Emerg Med*. 2022 Oct;29(10):1229-1246. doi: 10.1111/acem.14492. Epub 2022 Jun 14. PMID: 35344239.

11. Koyavatin S, Liu SW, Sri-On J. A comparison of palliative care and rapid emergency screening (P-CaRES) tool, broad and narrow criteria, and surprise questions to predict survival of older emergency department patients. *BMC Palliat Care*. 2023 Jun 27;22(1):81. doi: 10.1186/s12904-023-01205-5. PMID: 37370078; PMCID: PMC10294465.

12. Zeng H, Eugene P, Supino M. Would You Be Surprised if This Patient Died in the Next 12 Months? Using the Surprise Question to Increase Palliative Care Consults From the Emergency Department. *J Palliat Care*. 2020 Oct;35(4):221-225. doi: 10.1177/0825859719866698. Epub 2019 Aug 8. PMID: 31394970.

13. Aaronson EL, George N, Ouchi K, Zheng H, Bowman J, Monette D, Jacobsen JJackson V. The Surprise Question Can Be Used to Identify Heart Failure Patients in the Emergency Department Who Would Benefit From Palliative Care. *J Pain Symptom Manage*. 2019 May;57(5):944-951. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2019.02.007. Epub 2019 Feb 16. PMID: 30776539; PMCID: PMC6713219.

14. Millard D, Howard Y, Gilbert L, Wills G. Co-design and co-deployment methodologies for innovative m-learning systems. In: Goh TT, editor. *Multiplatform E-Learning Systems and Technologies: Mobile Devices for Ubiquitous ICT-Based Education*. New York: IGI Global; 2010. P. 147-63.

15. Sauro J. *A practical guide to the system usability scale: background, benchmarks e best practices*. Measuring Usability LLC; 2011.

16. Sauro J, Lewis JR. Standardized usability questionnaires. In: Sauro J, Lewis JR, editors. *Quantifying the user experience*. 1st ed. Amsterdam: Elsevier; 2012.p. 143-98.

17. Brooke J. SUS: a quick and dirty usability scale. *Usability Eval Ind.* 1996; 189 (194):4-7.
18. Bangor A, Kortum P, Miller J. Determining what individual SUS scores mean: adding na adjective rating scale. *J Usability Stud.* 2009;4(3):114-23.
19. Bonett DG, Wright TA. Confiabilidade do alfa de Cronbach: estimativa de intervalo, teste de hipóteses e planejamento de tamanho amostral. *J Organ Behav.* 2015;36(1):3-15.
20. George N, Barrett N, McPeake L, Goett R, Anderson K, Baird J. Content Validation of a Novel Screening Tool to Identify Emergency Department Patients With Significant Palliative Care Needs. *Acad Emerg Med.* 2015 Jul;22(7):823-37. doi: 10.1111/acem.12710. PMID: 26171710.
21. Paske JRT, DeWitt S, Hicks R, Semmens S, Vaughan L. Palliative Care and Rapid Emergency Screening Tool and the Palliative Performance Scale to Predict Survival of Older Adults Admitted to the Hospital From the Emergency Department. *Am J Hosp Palliat Care.* 2021 Jul;38(7):800-806. doi: 10.1177/1049909120960713. Epub 2020 Sep 29. PMID: 32990021.
22. Moroni M, Zocchi D, Bolognesi D, Abernethy A, Rondelli R, Savorani G, Salera M, Dall'Olio FG, Galli G, Biasco G; on behalf of the SUQ-P group. The 'surprise' question in advanced cancer patients: A prospective study among general practitioners. *Palliat Med.* 2014 Jul;28(7):959-964. doi: 10.1177/0269216314526273. Epub 2014 Mar 24. PMID: 24662237.
23. Fischer SM, Gozansky WS, Sauaia A, Min SJ, Kutner JS, Kramer A. A practical tool to identify patients who may benefit from a palliative approach: the CARING criteria. *J Pain Symptom Manage.* 2006 Apr;31(4):285-92. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2005.08.012. PMID: 16632076.
24. Camarano AA, Kanso S. As instituições de longa permanência para idosos no Brasil. *Rev Bras Estud Popul.* 2010;27(1):232-235.
25. Cotogni P, DE Luca A, Evangelista A, Filippini C, Gili R, Scarmozzino A, Ciccone G, Brazzi L. A simplified screening tool to identify seriously ill patients in the Emergency Department for referral to a palliative care team. *Minerva Anestesiol.* 2017 May;83(5):474-484. doi: 10.23736/S0375-9393.16.11703-1. Epub 2017 Jan 17. PMID: 28094484.

26. Ferreira FL, Bota DP, Bross A, Mélot C, Vincent JL. Serial evaluation of the SOFA score to predict outcome in critically ill patients. *JAMA*. 2001 Oct 10;286(14):1754-8. doi: 10.1001/jama.286.14.1754. PMID: 11594901.
27. Richards CT, Gisondi MA, Chang CH, Courtney DM, Engel KG, Emanuel L, Quest T. 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. *J Palliat Med*. 2011 Jun;14(6):757-64. doi: 10.1089/jpm.2010.0456. Epub 2011 May 6. PMID: 21548790; PMCID: PMC3107583.
28. Mahony SO, Blank A, Simpson J, Persaud J, Huvane B, McAllen S, Davitt M, McHugh M, Hutcheson A, Karakas S, Higgins P, Selwyn P. Preliminary report of a palliative care and case management project in an emergency department for chronically ill elderly patients. *J Urban Health*. 2008 May;85(3):443-51. doi: 10.1007/s11524-008-9257-z. PMID: 18363108; PMCID: PMC2329741.
29. Glajchen M, Lawson R, Homel P, Desandre P, Todd KH. A rapid two-stage screening protocol for palliative care in the emergency department: a quality improvement initiative. *J Pain Symptom Manage*. 2011 Nov;42(5):657-62. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2011.06.011. PMID: 22045368.
30. Cogo SB, Lunardi VL, Quintana AM, Girardon-Perlini NM, Silveira RS. Challenges to implementation of advance directives of will in hospital practice. *Rev Bras Enferm*. 2016 Nov-Dec;69(6):1031-1038. Portuguese, English. doi: 10.1590/0034-7167-2016-0085. PMID: 27925077.
31. Omoya O, De Bellis A, Breaden K. Experiences of Australian emergency doctors and nurses using advance care directives in the provision of care at the end of life. *Emerg Med Australas*. 2024 Apr;36(2):231-242. doi: 10.1111/1742-6723.14343. Epub 2023 Nov 8. PMID: 37940110.
32. Cogo SB, Lunardi VL, Quintana AM, Girardon-Perlini NMO, Silveira RSD. Terminal patient care: advantages on the applicability of anticipated will directives in the hospital context. *Rev Gaucha Enferm*. 2018 Jun 7;38(4):e65617. English, Portuguese. doi: 10.1590/1983-1447.2017.04.65617. PMID: 29933423.
33. Ouchi K, Aaronson EL, Engel KG, Wang D, Grudzen CR. Emergency Palliative Care: Nongoal Concordant Care and Time-Limited Trials in the Emergency Department. *J Palliat Med*. 2024 Jun;27(6):823-826. doi: 10.1089/jpm.2023.0371. Epub 2023 Nov 21. PMID: 38935487; PMCID: PMC11339546.

6 CONCLUSÃO

Foi viável desenvolver e validar, por meio do método E-Delphi modificado, uma ferramenta educacional destinada a orientar médicos que atuam em emergências na identificação rápida e precisa dos pacientes idosos que podem se beneficiar de CP ainda no pronto-socorro. Essa ferramenta pode ser valiosa para acelerar a solicitação de pareceres da equipe de CP, oferecendo uma avaliação mais aprofundada sobre o paciente, seus valores, a adequação do plano terapêutico às suas preferências e o alinhamento com os familiares. Adicionalmente, também traz benefícios indiretos, como a diminuição de custos com exames, tratamentos ineficazes e internações hospitalares desnecessárias.

REFERÊNCIAS

ATREYA, S.; DATTA, S. S.; SALINS, N. Views of general practitioners on end-of-life care learning preferences: a systematic review. **BMC Palliative Care**, v. 21, n. 1, p. 162, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12904-022-01053-9>. Acesso em: 15 maio 2025.

BABU, R. *et al.* Glioblastoma in the elderly: the effect of aggressive and modern therapies on survival. **Journal of Neurosurgery**, v. 124, n. 4, p. 998-1007, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.3171/2015.4.jns142200>. Acesso em: 15 maio 2025.

BANGOR, A.; KORTUM, P.; MILLER, J. Determining what individual SUS scores mean: Adding an adjective rating scale. **Journal of Usability Studies**, v. 4, n. 3, p. 114-123, 2009. Disponível em: <https://dl.acm.org/doi/10.5555/2835587.2835589>. Acesso em: 15 maio 2025.

BEARD, J. R.; BLOOM, D. E. Towards a comprehensive public health response to population ageing. **The Lancet**, v. 385, n. 9968, p. 658-661, 2015. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61461-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61461-6). Acesso em: 15 maio 2025.

BERTHOLD, D. *et al.* Palliative care of older glioblastoma patients in neurosurgery. **Journal of Neuro-Oncology**, v. 157, n. 2, p. 297-305, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s11060-022-03985-x>. Acesso em: 15 maio 2025.

BONETT, D. G.; WRIGHT, T. A. Cronbach's alpha reliability: Interval estimation, hypothesis testing, and sample size planning. **Journal of Organizational Behavior**, v. 36, n. 1, p. 3-15, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/job.1960>. Acesso em: 15 maio 2025.

BOWMAN, J. *et al.* Acceptability and reliability of a novel palliative care screening tool among emergency department providers. **Academic Emergency Medicine**, v. 23, n. 6, p. 694-702, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/acem.12963>. Acesso em: 15 maio 2025.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação (CNE). **Resoluções do CNE**. 2025. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/conselho-nacional-de-educacao/atos-normativos--sumulas-pareceres-e-resolucoes?id=12816>. Acesso em: 15 mar. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Comissão Intergestores Tripartite. Resolução nº 41, de 31 de outubro de 2018. Dispõe sobre as diretrizes dos cuidados paliativos, à luz dos cuidados continuados integrados no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 23 nov. 2018. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2018/res0041_23_11_2018.html. Acesso em: 20 abr. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 3.681, de 7 de maio de 2024. Institui a Política Nacional de Cuidados Paliativos no âmbito do Sistema Único de

Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 22 maio 2024. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt3681_22_05_2024.html. Acesso em: 20 abr. 2025.

BRASIL. Ministério do Planejamento e Orçamento. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **A população do país vai parar de crescer em 2041**. Brasília, DF: IBGE, 2 dez. 2024. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/41056-populacao-do-pais-vai-parar-de-crescer-em-2041>. Acesso em: 20 abr. 2025.

BRIGHT, L. *et al.* A missed opportunity in the ED: Palliative care consult delays during inpatient admission. **The American Journal of Emergency Medicine**, v. 51, p. 325-330, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ajem.2021.11.002>. Acesso em: 15 mar. 2025.

BROOKE, J. SUS - A quick and dirty usability scale. **Usability Evaluation in Industry**, v. 189, n. 194, p. 4-7, 1996.

BURT, J.; RAINE, R. The effect of age on referral to and use of specialist palliative care services in adult cancer patients: a systematic review. **Age and Ageing**, v. 35, n. 5, p. 469-476, 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/ageing/afl001>. Acesso em: 15 maio 2025.

CASTILHO, R. K.; DA SILVA, V. C. S.; PINTO, C. S. **Manual de Cuidados Paliativos**. 3. ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2021.

CASTRO, A. A.; TAQUETTE, S. R.; MARQUES, N. I. Cuidados paliativos: inserção do ensino nas escolas médicas do Brasil. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 45, p. e056, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-5271v45.2-20200162>. Acesso em: 20 maio 2025.

CHAPMAN, A. E. *et al.* Modelos de cuidado em oncologia geriátrica. **Journal of Clinical Oncology**, v. 39, n. 19, p. 2195-2204, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1200/JCO.21.00118>. Acesso em: 15 maio 2025.

COLE, E. *et al.* Multiple organ dysfunction in older major trauma critical care patients: a multicenter prospective observational study. **Annals of Surgery Open**, v. 3, n. 2, p. e174, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/AS9.0000000000000174>. Acesso em: 20 maio 2025.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução CFM nº 1.973, de 14 de julho de 2011**. Dispõe sobre a nova redação do Anexo II da Resolução CFM nº 1.805/2006, que celebra o Código de Ética Médica. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 1 ago. 2011, Seção 1, p. 144.

COTOGNI, P. *et al.* A simplified screening tool to identify seriously ill patients in the Emergency Department for referral to a palliative care team. **Minerva Anestesiologica**, v. 83, n. 5, p. 474-484, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.23736/S0375-9393.16.11703-1>. Acesso em: 15 maio 2025.

DE OCA LOMELI, G. A. M. Historia de los cuidados paliativos. **Revista Digital Universitaria**, v. 7, n. 4, p. 1-9, 2006. Disponível em: https://www.revista.unam.mx/vol.7/num4/art23/abr_art23.pdf. Acesso em: 15 maio 2025.

DRILLER, B. *et al.* Cancer patients have a reduced likelihood of dying in hospital with advance care planning in primary health care and a summarizing palliative plan: a prospective controlled non-randomized intervention trial. **Scandinavian Journal of Primary Health Care**, v. 42, n. 3, p. 471-482, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/02813432.2024.2346131>. Acesso em: 15 maio 2025.

FIGUEIREDO, M. G. M. C. A. **Cuidados paliativos no currículo de formação médica: o ensino como lugar de comunidades de aprendizagem**. 2013. 148 f. Dissertação (Mestrado em Ensino de Ciências – Profissional) – Universidade Federal de Itajubá, Itajubá, 2013.

FISCHER, S. M. *et al.* A practical tool to identify patients who may benefit from a palliative approach: the CARING criteria. **Journal of Pain and Symptom Management**, v. 31, n. 4, p. 285-292, 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2005.08.012>. Acesso em: 15 maio 2025.

FRITZ, L. *et al.* Advance care planning in glioblastoma patients. **Cancers**, v. 8, n. 11, p. 102, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/cancers8110102>. Acesso em: 15 maio 2025.

GARDINER, C. *et al.* Barriers to providing palliative care for older people in acute hospitals. **Age and Ageing**, v. 40, n. 2, p. 233-238, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/ageing/afq172>. Acesso em: 15 maio 2025.

GEORGE, N. *et al.* Palliative care screening and assessment in the emergency department: a systematic review. **Journal of Pain and Symptom Management**, v. 51, n. 1, p. 108-119, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2015.07.017>. Acesso em: 20 maio 2025.

GONÇALVES, M. V. *et al.* The importance of the multidisciplinary team for outpatient cancer patients in palliative care. **Research, Society and Development**, v. 13, n. 11, p. e142131147492, 2024. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v13i11.47492>. Acesso em: 20 maio 2025.

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.org/10.1001/jamaoncol.2015.5252>. Acesso em: 15 maio 2016.

GUIMARÃES, L. G. *et al.* Cuidados paliativos: o ensino na graduação é suficiente para a atuação na atenção primária à saúde no Brasil?. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 18, n. 45, p. 3626, 2023. Disponível em: [https://doi.org/10.5712/rbmfc18\(45\)3626](https://doi.org/10.5712/rbmfc18(45)3626). Acesso em: 15 maio 2025.

GUNAGA, S.; ZYGOWIEC, J. Primary Palliative Care in the Emergency Department and Acute Care Setting. In: BANERJEE, C. (Org.). **Understanding End of Life Practices: Perspectives on Communication, Religion and Culture**. Duarte: Springer, 2023. p. 115-135.

HALANI, S. H. *et al.* Management of glioblastoma multiforme in elderly patients: a review of the literature. **World Neurosurgery**, v. 105, p. 53-62, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.wneu.2017.04.153>. Acesso em: 15 maio 2025.

HEAD, B. A. *et al.* Improving medical graduates' training in palliative care: advancing education and practice. **Advances in Medical Education and Practice**, v. 7, p. 99-113, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.2147/AMEP.S94550>. Acesso em: 15 maio 2025.

HERMES, H. R.; LAMARCA, I. C. R. Cuidados paliativos: uma abordagem a partir de categorias profissionais de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 18, p. 2577-2588, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000900012>. Acesso em: 15 maio 2025.

HUNT, K. J. *et al.* End-of-life care and preferences for place of death among the oldest old: results of a population-based survey using VOICES—short form. **Journal of Palliative Medicine**, v. 17, n. 2, p. 176-182, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1089/jpm.2013.0385>. Acesso em: 15 maio 2025.

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**, v. 29, n. 10, p. 1229-1246, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/acem.14492>. Acesso em: 15 maio 2025.

KOJER, M.; HEIMERL, K. Palliative Care is an Approach for Aged Persons – An Enhanced View to the WHO Definition of Palliative Care. **Zeitschrift für Palliativmedizin**, v. 10, n. 3, p. 154-161, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1055/s-0029-1220406>. Acesso em: 15 maio 2025.

KRAUS, C. K. *et al.* Palliative care education in emergency medicine residency training: a survey of program directors, associate program directors, and assistant program directors. **Journal of Pain and Symptom Management**, v. 51, n. 5, p. 898-906, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2015.12.334>. Acesso em: 15 maio 2025.

LANDIS, J. R.; KOCH, G. G. The measurement of observer agreement for categorical data. **Biometrics**, v. 33, p. 159-174, 1977.

LI, W. W.; CHHABRA, J.; SINGH, S. Palliative care education and its effectiveness: a systematic review. **Public Health**, v. 194, p. 96-108, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2021.02.033>. Acesso em: 15 maio 2025.

MARQUES, R. S; CORDEIRO, F. R. Instrumentos para identificação da necessidade de cuidados paliativos: revisão integrativa. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 13,

n. 4, p. e7051, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.25248/reas.e7051.2021>. Acesso em: 20 maio 2025.

MASOTTI, L. *et al.* Burden of an educational program on end of life management in an Internal Medicine ward: a real life report. **La Clínica Terapeútica**, v. 172, n. 2, p. 120-125, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.7417/CT.2021.2303>. Acesso em: 15 maio 2025.

MENDONZA, L. N. *et al.* Nomenclature in Palliative and Kidney Supportive Care: Not Just at the End-of-Life. **Revista de la Sociedad Española de Nefrología**, v. 44, n. 4, p. 475-485, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.nefro.2024.07.005>. Acesso em: 15 maio 2025.

MILLARD D. *et al.* Co-design and co-deployment methodologies for innovative m-learning systems. In: Goh TT, (Ed). **Multiplatform E-Learning Systems and Technologies: Mobile Devices for Ubiquitous ICT -Based Education**. New York: IGI Global, 2010. p.147-163.

MORAES, N. S. *et al.* **Cuidados Paliativos com enfoque geriátrico: a assistência multidisciplinar**. São Paulo: Atheneu, 2014.

MORONI, M. *et al.* The ‘surprise’ question in advanced cancer patients: a prospective study among general practitioners. **Palliative Medicine**, v. 28, n. 7, p. 959-964, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/0269216314526273>. Acesso em: 15 maio 2025.

OLIVEIRA, T. C. *et al.* Diferenciais de mortalidade por causas nas faixas etárias limítrofes de idosos. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 18, n. 1, p. 85-94, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1809-9823.2015.14203>. Acesso em: 15 maio 2025.

PASKE, J. R. T. *et al.* Palliative care and rapid emergency screening tool and the palliative performance scale to predict survival of older adults admitted to the hospital from the emergency department. **American Journal of Hospice and Palliative Medicine**, v. 38, n. 7, p. 800-806, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/1049909120960713>. Acesso em: 15 maio 2025.

PEARSON, G. M. E. *et al.* A narrative overview of undergraduate geriatric medicine education worldwide. **European Geriatric Medicine**, v. 15, n. 5, p. 1533–1540, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s41999-024-01055-1>. Acesso em: 17 jun. 2025.

PENNAROLA, A. *et al.* Primary Palliative Care Education for Graduate Medical Trainees: Impacts and Needs. **American Journal of Hospice and Palliative Care**, v. 40, n. 4, p. 387-395, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/10499091221102141>. Acesso em: 15 maio 2025.

PENROD, J. D. *et al.* Hospital-based palliative care consultation: effects on hospital cost. **Journal of Palliative Medicine**, v. 13, n. 8, p. 973-979, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1089/jpm.2010.0038>. Acesso em: 15 maio 2025.

PIETERS, J. *et al.* Palliative care education in the undergraduate medical curricula: students' views on the importance of, their confidence in, and knowledge of palliative care. **BMC Palliative Care**, v. 18, n. 72, p. 1-7, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12904-019-0458-x>. Acesso em: 15 maio 2025.

PRADO, U. B. *et al.* **Atlas dos Cuidados Paliativos no Brasil**. 1. ed. São Paulo: Academia Nacional de Cuidados Paliativos, 2023.

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: 15 maio 2025.

ROCHA-FILHO, C. R.; CARDOSO, T. C.; DEWULF, N. L. S. **Método e-Delphi Modificado: um guia para validação de instrumentos avaliativos na área da saúde**. Curitiba: Brazil Publishing, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.31012/978-65-5016-268-9>. Acesso em: 15 maio 2025.

ROSTOFT, S. *et al.* Geriatric assessment and management in cancer. **Journal of Clinical Oncology**, v. 39, n. 19, p. 2058-2067, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1200/JCO.21.00089>. Acesso em: 15 maio 2025.

SAKR, Y. *et al.* Patterns and early evolution of organ failure in the intensive care unit and their relation to outcome. **Critical Care**, v. 16, p. 1-9, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/cc11868>. Acesso em: 15 maio 2025.

SAPETA, P. *et al.* Adaptation and continuous learning: integrative review of coping strategies of palliative care professionals. **Palliative Medicine**, v. 36, n. 1, p. 15-29, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/02692163211047149>. Acesso em: 15 maio 2025.

SAURO, J. **A Practical Guide to the System Usability Scale: Background, Benchmarks & Best Practices**. Denver: Measuring Usability LLC, 2011.

SAURO, J.; LEWIS, J. R. Standardized usability questionnaires. In: SAURO, J.; LEWIS, J. R. **Quantifying the User Experience**. 1. ed. Burlington: Morgan Kaufmann, 2012. p. 185-204.

SCHERDER, E. J. A. Low use of analgesics in Alzheimer's disease: possible mechanisms. **Psychiatry**, v. 63, n. 1, p. 1-12, 2000. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/00332747.2000.11024887>. Acesso em: 15 maio 2025.

SHEPARD, J. A Corte dos Califas: A Ascensão e Queda da Maior Dinastia do Islã. **The English Historical Review**, v. 120, n. 489, p. 1415-1416, 2005.

SOUZA, L. C. *et al.* Analysis of the historical evolution of the concept of palliative care: a scoping review. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 35, eAPE01806, 2022.

Disponível em: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2022AR018066>. Acesso em: 20 maio 2025.

TAN, A. *et al.* Design and implementation of a clinical decision support tool for primary palliative Care for Emergency Medicine (PRIM-ER). **BMC Medical Informatics and Decision Making**, v. 20, p. 1-11, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12911-020-1021-7>. Acesso em: 15 maio 2025.

TENÓRIO, J. M. *et al.* Desenvolvimento e avaliação de um protocolo eletrônico para atendimento e monitoramento do paciente com doença celíaca. **Revista de Informática Teórica e Aplicada**, v. 17, n. 2, p. 210-220, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.22456/2175-2745.12119>. Acesso em: 15 maio 2025.

VAN W., M. P. S. *et al.* Identifying patients who could benefit from palliative care by making use of the general practice information system: the surprise question versus the SPICT. **Family Practice**, v. 37, n. 5, p. 641-647, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/fampra/cmaa049>. Acesso em: 15 maio 2025.

VERA, R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Revista de Saúde Pública**, v. 43, p. 548-554, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102009005000025>. Acesso em: 15 maio 2025.

WANG, R. F. *et al.* A-qCPR risk score screening model for predicting 1-year mortality associated with hospice and palliative care in the emergency department. **Palliative Medicine**, v. 35, n. 2, p. 408-416, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/0269216320972041>. Acesso em: 15 maio 2025.

XIE, Z. *et al.* Screening instruments for early identification of unmet palliative care needs: a systematic review and meta-analysis. **BMJ Supportive & Palliative Care**, v. 14, n. 3, p. 256-268, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/spcare-2023-004465>. Acesso em: 15 maio 2025.

XUE, Y. *et al.* Supply and Geographic Distribution of Geriatric Physicians and Geriatric Nurse Practitioners. **JAMA Network Open**, v. 7, n. 11, p. e2444659, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2024.44659>. Acesso em: 15 maio 2025.

YEN, Y. F. *et al.* Early palliative care: the surprise question and the palliative care screening tool - better together. **BMJ Supportive & Palliative Care**, v. 12, n. 2, p. 211-217, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bmjspcare-2019-002116>. Acesso em: 15 maio 2025.

ZHAO, Y. The Impact of Population Ageing on the Economy. **International Journal of Social Sciences and Public Administration**, v. 2, n. 2, p. 108-121, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.62051/ijsspa.v2n2.18>. Acesso em: 15 maio 2025.

ZUILEKON, I. V. *et al.* Optimizing palliative care education nationwide: a practice example from The Netherlands. **Palliative Care & Social Practice**, v. 18, p. 1-15, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/26323524241298288>. Acesso em: 15 maio 2025.

APÊNDICES

APÊNDICE A - QUESTIONÁRIO DE VALIDAÇÃO PARA PRIMEIRA RODADA PELO MÉTODO E-DELPHI

Seção 1 de 8

FORMULÁRIO ELABORADO PARA OBTER INFORMAÇÕES PARA VALIDAÇÃO DOS QUESITOS DO QUESTIONÁRIO POR JUÍZES ESPECIALISTAS.

B *I* U ↻ ✕

PESQUISA: "Desenvolvimento e validação de ferramenta para orientação de médicos para iniciar abordagem paliativa de idosos em emergência"

SEÇÃO 1 - CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.

Essa pesquisa foi aprovada pelo CEP (parecer número: 6.326.241). O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi elaborado de acordo com preceitos do CEP. Seu anonimato será garantido.

NOME COMPLETO: *

Texto de resposta longa

ENDEREÇO DE EMAIL: *

Texto de resposta curta

CELULAR: *

Texto de resposta curta

VOCÊ ACEITA PARTICIPAR DA PESQUISA? *

SIM

NÃO

Seção 2 de 8

SEÇÃO 2 - NOTA DE ESCLARECIMENTO.

O objetivo da pesquisa é desenvolver uma ferramenta (questionário com perguntas) para auxiliar e ensinar médicos(as) não-paliativistas, que trabalham em unidade de urgência/emergências, a identificar rapidamente pacientes idosos com benefício de iniciar abordagem paliativa precoce e acionamento de equipe de cuidados paliativos, ainda na unidade de urgência/emergência. Como painalista (juiz com expertise), você vai avaliar cada quesito da ferramenta isoladamente, através de escala Likert, quanto a cada uma das seguintes características: **CLAREZA**, **PERTINÊNCIA** e **ABRANGÊNCIA**. No final de cada quesito, você poderá dar sugestões (opinião) de melhoria, caso considere pertinente.

O OBJETIVO DA PESQUISA FICOU CLARO? *

Sim

Não

SEÇÃO 3 - CARACTERIZAÇÃO DOS PAINELISTAS

SEÇÃO OBRIGATÓRIA.

MAIOR GRAU DE TITULAÇÃO ACADÊMICA? *

- ESPECIALIZAÇÃO
- RESIDÊNCIA MÉDICA
- MESTRADO
- DOUTORADO
- PÓS-DOUTORADO
- Outros...

ÁREA DE ATUAÇÃO? *

- GERIATRIA
- CUIDADOS PALIATIVOS
- AS DUAS

TEMPO DE EXPERIÊNCIA EM CUIDADOS PALIATIVOS?

- ENTRE 2 A 5 ANOS
- ENTRE 5 A 10 ANOS
- MAIS DE 10 ANOS

TEMPO DE EXPERIÊNCIA EM GERIATRIA?

- ENTRE 2 A 5 ANOS
- ENTRE 5 A 10 ANOS
- MAIS DE 10 ANOS



TEMPO DE EXPERIÊNCIA EM OUTRA ÁREA?

- ENTRE 2 A 5 ANOS
- ENTRE 5 A 10 ANOS
- MAIS DE 10 ANOS

QUAL ÁREA?

Texto de resposta longa



ESTADO DO BRASIL EM QUE RESIDE? *

Texto de resposta curta

JÁ TRABALHOU OU TRABALHA EM UNIDADE DE URGÊNCIA / EMERGÊNCIA? *

- SIM
- NÃO

Seção 4 de 8

SEÇÃO 4 - VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO PARA PRIMEIRA RODADA.

Você deverá avaliar a **CLAREZA (FACILIDADE DE ENTENDIMENTO)** do quesito que irá compor um questionário que vai auxiliar médicos(as) não paliativistas que trabalham em unidade de urgência/emergência para a identificação precoce de idosos para abordagem paliativa. Você poderá dar sugestões após cada avaliação.

QUESITO 1 - Ficaria surpreso se esse paciente morresse nos próximos 12 meses? *

Sim () Não ()

A pergunta é clara, fácil de ser compreendida, pelo(a) médico(a) da unidade de urgência / emergência?

- Definitivamente não
- Provavelmente não
- Provavelmente sim
- Definitivamente sim



SUGESTÃO:

Texto de resposta longa

QUESITO 2 - O paciente tem diagnóstico confirmado atual de câncer? *

Sim () Não ()

A pergunta é clara, fácil de ser compreendida, pelo(a) médico(a) da unidade de urgência / emergência?

- Definitivamente não
- Provavelmente não
- Provavelmente sim
- Definitivamente sim

SUGESTÃO:

Texto de resposta longa



QUESITO 3 - O paciente teve mais de 2 internações hospitalares no último ano? *

Sim () Não ()

A pergunta é clara, fácil de ser compreendida, pelo(a) médico(a) da unidade de urgência / emergência?

- Definitivamente não
- Provavelmente não
- Provavelmente sim
- Definitivamente sim

SUGESTÃO:

Texto de resposta longa

QUESITO 4 - O paciente tem, nesta admissão na unidade de urgência / emergência, falência de múltiplos órgãos (pelo menos 2 órgãos)? *

Sim () Não ()

A pergunta é clara, fácil de ser compreendida, pelo(a) médico(a) da unidade de urgência / emergência?

- Definitivamente não
- Provavelmente não
- Provavelmente sim
- Definitivamente sim

SUGESTÃO:

Texto de resposta longa

QUESITO 5 - O paciente é previamente dependente para Atividades Básicas de Vida Diária (ABVDs)? *

Parcialmente dependente ()

Independente ()

Totalmente dependente ()

A pergunta é clara, fácil de ser compreendida, pelo(a) médico(a) da unidade de urgência / emergência?

Definitivamente não

Provavelmente não

Provavelmente sim

Definitivamente sim

SUGESTÃO:

Texto de resposta longa

QUESITO 6 - Existe documento de manifestação do próprio paciente, podendo este estar com familiar, de planejamento antecipado de vontades? *

Sim () Não ()

A pergunta é clara, fácil de ser compreendida, pelo(a) médico(a) da unidade de urgência / emergência?

Definitivamente não

Provavelmente não

Provavelmente sim

Definitivamente sim

SUGESTÃO:

Texto de resposta longa

QUESITO 7 - O paciente tem perspectivas de declínio funcional a médio ou longo prazo? *

Sim () Não ()

A pergunta é clara, fácil de ser compreendida, pelo(a) médico(a) da unidade de urgência / emergência?

- Definitivamente não
- Provavelmente não
- Provavelmente sim
- Definitivamente sim

SUGESTÃO:

Texto de resposta longa

QUESITO 8 - Há conflitos na comunicação entre familiares e equipe assistente quanto ao plano de cuidados? *

Sim () Não ()

A pergunta é clara, fácil de ser compreendida, pelo(a) médico(a) da unidade de urgência / emergência?

- Definitivamente não
- Provavelmente não
- Provavelmente sim
- Definitivamente sim

Seção 5 de 8

SEÇÃO 5 - VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO PARA PRIMEIRA RODADA.

Você deverá avaliar a **PERTINÊNCIA (IMPORTÂNCIA PARA A REALIZAÇÃO DA TRIAGEM PROPOSTA)** do quesito que irá compor um questionário que vai auxiliar médicos(as) não paliativistas que trabalham em unidade de urgência/emergência para a identificação precoce de idosos para abordagem paliativa. Você poderá dar sugestões após cada avaliação.

QUESITO 1 - Ficaria surpreso se esse paciente morresse nos próximos 12 meses? *

Sim () Não ()

A pergunta é pertinente, importante, portanto, para fazer a triagem proposta?

- Definitivamente não
- Provavelmente não
- Provavelmente sim
- Definitivamente sim

SUGESTÃO:

Texto de resposta longa



QUESITO 2 - O paciente tem diagnóstico confirmado atual de câncer? *

Sim () Não ()

A pergunta é pertinente, importante, portanto, para fazer a triagem proposta?

- Definitivamente não
- Provavelmente não
- Provavelmente sim
- Definitivamente sim

SUGESTÃO:

QUESITO 3 - O paciente teve mais de 2 internações hospitalares no último ano? *

Sim () Não ()

A pergunta é pertinente, importante, portanto, para fazer a triagem proposta?

- Definitivamente não
- Provavelmente não
- Provavelmente sim
- Definitivamente sim

SUGESTÃO:

Texto de resposta longa

QUESITO 4 - O paciente tem, nesta admissão na unidade de urgência / emergência, falência de múltiplos órgãos (pelo menos 2 órgãos)? *

Sim () Não ()

A pergunta é pertinente, importante, portanto, para fazer a triagem proposta?

- Definitivamente não
- Provavelmente não
- Provavelmente sim
- Definitivamente sim

SUGESTÃO:

Texto de resposta longa

QUESITO 5 - O paciente é previamente dependente para Atividades Básicas de Vida Diária (ABVDs)? *

Parcialmente dependente ()

Independente ()

Totalmente dependente ()

A pergunta é pertinente, importante, portanto, para fazer a triagem proposta?

Definitivamente não

Provavelmente não

Provavelmente sim

Definitivamente sim

SUGESTÃO:

Texto de resposta longa

QUESITO 6 - Existe documento de manifestação do próprio paciente, podendo este estar com familiar, de planejamento antecipado de vontades? *

Sim () Não ()

A pergunta é pertinente, importante, portanto, para fazer a triagem proposta?

Definitivamente não

Provavelmente não

Provavelmente sim

Definitivamente sim

⋮

SUGESTÃO:

Texto de resposta longa

QUESITO 7 - O paciente tem perspectivas de declínio funcional a médio ou longo prazo? *

Sim () Não ()

A pergunta é pertinente, importante, portanto, para fazer a triagem proposta?

- Definitivamente não
- Provavelmente não
- Provavelmente sim
- Definitivamente sim

⋮

SUGESTÃO:

Texto de resposta longa

QUESITO 8 - Há conflitos na comunicação entre familiares e equipe assistente quanto ao plano de cuidados? *

Sim () Não ()

A pergunta é pertinente, importante, portanto, para fazer a triagem proposta?

- Definitivamente não
- Provavelmente não
- Provavelmente sim
- Definitivamente sim

SUGESTÃO:

Texto de resposta longa

Seção 6 de 8

SEÇÃO 6 - VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO PARA PRIMEIRA RODADA.

Você deverá avaliar a **ABRANGÊNCIA (SE ADEQUADA PARA APLICAR EM PACIENTE IDOSO ADMITIDO EM UNIDADE DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA)** do quesito que irá compor um questionário que vai auxiliar médicos(as) não paliativistas que trabalham em unidade de urgência/emergência para a identificação precoce de idosos para abordagem paliativa. Você poderá dar sugestões após cada avaliação.



QUESITO 1 - Ficaria surpreso se esse paciente morresse nos próximos 12 meses? *

Sim () Não ()

A pergunta abrange aspectos aplicáveis a paciente idoso(a), estando ele(a) admitido(a) em unidade de urgência / emergência?

- Definitivamente não
- Provavelmente não
- Provavelmente sim
- Definitivamente sim

SUGESTÃO:

Texto de resposta longa

QUESITO 2 - O paciente tem diagnóstico confirmado atual de câncer? *

Sim () Não ()

A pergunta abrange aspectos aplicáveis a paciente idoso(a), estando ele(a) admitido(a) em unidade de urgência / emergência?

- Definitivamente não
- Provavelmente não
- Provavelmente sim
- Definitivamente sim

SUGESTÃO:

QUESITO 3 - O paciente teve mais de 2 internações hospitalares no último ano? *

Sim () Não ()

A pergunta abrange aspectos aplicáveis a paciente idoso(a), estando ele(a) admitido(a) em unidade de urgência / emergência?

- Definitivamente não
- Provavelmente não
- Provavelmente sim
- Definitivamente sim

⋮

SUGESTÃO:

QUESITO 4 - O paciente tem, nesta admissão na unidade de urgência / emergência, falência de múltiplos órgãos (pelo menos 2 órgãos)? *

Sim () Não ()

A pergunta abrange aspectos aplicáveis a paciente idoso(a), estando ele(a) admitido(a) em unidade de urgência / emergência?

- Definitivamente não
- Provavelmente não
- Provavelmente sim
- Definitivamente sim

SUGESTÃO:

QUESITO 5 - O paciente é previamente dependente para Atividades Básicas de Vida Diária (ABVDs)? *

Parcialmente dependente ()

Independente ()

Totalmente dependente ()

A pergunta abrange aspectos aplicáveis a paciente idoso(a), estando ele(a) admitido(a) em unidade de urgência / emergência?

Definitivamente não

Provavelmente não

Provavelmente sim

Definitivamente sim

SUGESTÃO:

QUESITO 6 - Existe documento de manifestação do próprio paciente, podendo este estar com familiar, de planejamento antecipado de vontades? *

Sim () Não ()

A pergunta abrange aspectos aplicáveis a paciente idoso(a), estando ele(a) admitido(a) em unidade de urgência / emergência?

Definitivamente não

Provavelmente não

Provavelmente sim

Definitivamente sim

SUGESTÃO:

QUESITO 7 - O paciente tem perspectivas de declínio funcional a médio ou longo prazo? *

Sim () Não ()

A pergunta abrange aspectos aplicáveis a paciente idoso(a), estando ele(a) admitido(a) em unidade de urgência / emergência?

- Definitivamente não
- Provavelmente não
- Provavelmente sim
- Definitivamente sim

SUGESTÃO:

QUESITO 8 - Há conflitos na comunicação entre familiares e equipe assistente quanto ao plano de cuidados? *

Sim () Não ()

A pergunta abrange aspectos aplicáveis a paciente idoso(a), estando ele(a) admitido(a) em unidade de urgência / emergência?

- Definitivamente não
- Provavelmente não
- Provavelmente sim
- Definitivamente sim

SUGESTÃO:

Seção 7 de 8

OBRIGADA POR SUA PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA!



PODERÃO SER NECESSÁRIAS NOVAS RODADAS PARA A VALIDAÇÃO FINAL DOS QUESITOS.

Após a seção 7 Continuar para a próxima seção



Seção 8 de 8

OBRIGADA!



Descrição (opcional)

APÊNDICE B - QUESTIONÁRIO DE VALIDAÇÃO PARA SEGUNDA RODADA PELO MÉTODO E-DELPHI

Seção 1 de 5

2º RODADA: FORMULÁRIO ELABORADO PARA OBTER INFORMAÇÕES PARA VALIDAÇÃO DOS QUESITOS DO QUESTIONÁRIO POR JUÍZES ESPECIALISTAS. Para atingir grau de concordância e adequação sobre alguns itens do questionário, de acordo com sugestões dos juízes obtidas na 1º rodada.

B *I* U ↻ ✕

PESQUISA: "Desenvolvimento e validação de ferramenta para orientação de médicos para iniciar abordagem paliativa de idosos em emergência"

Nome *

Texto de resposta longa

Após a seção 1 Continuar para a próxima seção

Seção 2 de 5

VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO PARA SEGUNDA RODADA: SOMENTE OS QUESITOS QUE NÃO HOVE CONSENSO ENTRE JUÍZES.

Você deverá avaliar a **CLAREZA (FACILIDADE DE ENTENDIMENTO)** do quesito que irá compor um questionário que vai auxiliar médicos(as) não paliativistas que trabalham em unidade de urgência/emergência para a identificação precoce de idosos para abordagem paliativa. Você poderá dar sugestões após cada avaliação.

QUESITO 1 - Ficaria surpreso se esse paciente morresse nos próximos 6 meses? *

Sim () Não ()

A pergunta é clara, fácil de ser compreendida, pelo(a) médico(a) da unidade de urgência / emergência?

- Definitivamente não.
- Provavelmente não.
- Provavelmente sim.
- Definitivamente sim.

QUESITO 2 - O paciente tem diagnóstico de câncer ou está em investigação com alta possibilidade de diagnóstico de câncer? (não é obrigatório anatomopatológico) *

Sim () Não ()

A pergunta é clara, fácil de ser compreendida, pelo(a) médico(a) da unidade de urgência / emergência?

- Definitivamente não.
- Provavelmente não.
- Provavelmente sim.
- Definitivamente sim.

QUESITO 3 - O paciente teve mais de 2 internamentos hospitalares (maior do que 24h) no último ano por descompensação ou evolução de sua doença de base? *

Sim () Não ()

A pergunta é clara, fácil de ser compreendida, pelo(a) médico(a) da unidade de urgência / emergência?

- Definitivamente não.
- Provavelmente não.
- Provavelmente sim.
- Definitivamente sim.

⋮

QUESITO 4 - O paciente tem, nesta admissão na unidade de urgência / emergência, disfunção orgânica que ameace sua vida (pelo menos 2 órgãos)? Pode ser disfunção aguda ou crônica agudizada (PaO₂/FiO₂<400; bilirrubinas >1,1mg/dl; plaquetas < 150.000; PAM<70 ou uso de droga vasoativa; Glasgow<15; Cr>1,1mg/dl e/ou diurese<500ml/dia). *

Sim () Não ()

A pergunta é clara, fácil de ser compreendida, pelo(a) médico(a) da unidade de urgência / emergência?

- Definitivamente não.
- Provavelmente não.
- Provavelmente sim.
- Definitivamente sim.

QUESITO 5 - Considerando 2 semanas antes do atual internamento, o paciente era previamente dependente para 3 ou mais Atividades Básicas de Vida Diária (tomar banho, vestir-se, usar banheiro para necessidades fisiológicas, levantar-se ou sentar-se da cama ou cadeira, controlar esfíncteres urinário ou fecal, alimentar-se sem ajuda)? *

Sim () Não ()

A pergunta é clara, fácil de ser compreendida, pelo(a) médico(a) da unidade de urgência / emergência?

- Definitivamente não.
- Provavelmente não.
- Provavelmente sim.
- Definitivamente sim.

QUESITO 6 - Há alguma manifestação do próprio paciente a respeito de planejamento antecipado de vontades realizada para algum familiar ou procurador de saúde ou médico assistente? (não há necessidade obrigatória de registro em cartório, nem documento escrito). *

Sim () Não ()

A pergunta é clara, fácil de ser compreendida, pelo(a) médico(a) da unidade de urgência / emergência?

- Definitivamente não.
- Provavelmente não.
- Provavelmente sim.
- Definitivamente sim.

QUESITO 7 - O paciente tem risco de declínio funcional a médio ou longo prazo? *

Sim () Não ()

A pergunta é clara, fácil de ser compreendida, pelo(a) médico(a) da unidade de urgência / emergência?

- Definitivamente não.

- Provavelmente não.
- Provavelmente sim.
- Definitivamente sim.

⋮

QUESITO 8 - Há conflitos na comunicação entre familiares / cuidadores com equipe assistente quanto ao plano terapêutico ou prognóstico? *

Sim () Não ()

A pergunta é clara, fácil de ser compreendida, pelo(a) médico(a) da unidade de urgência / emergência?

- Definitivamente não.
- Provavelmente não.
- Provavelmente sim.
- Definitivamente sim.

Seção 3 de 5

VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO PARA SEGUNDA RODADA: SOMENTE OS QUESITOS QUE NÃO HOUVE CONSENSO ENTRE JUÍZES. ✕ ⋮

Você deverá avaliar a **PERTINÊNCIA (IMPORTÂNCIA PARA A REALIZAÇÃO DA TRIAGEM PROPOSTA)** do quesito que irá compor um questionário que vai auxiliar médicos(as) não paliativistas que trabalham em unidade de urgência/emergência para a identificação precoce de idosos para abordagem paliativa. Você poderá dar sugestões após cada avaliação.

HOUVE CONSENSO ENTRE JUÍZES COM RELAÇÃO A PERTINÊNCIA.

Após a seção 3 Continuar para a próxima seção ▼

Seção 4 de 5

VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO PARA SEGUNDA RODADA: SOMENTE OS QUESITOS QUE NÃO HOUVE CONSENSO ENTRE JUÍZES. ✕ ⋮

Você deverá avaliar a **ABRANGÊNCIA (SE ADEQUADA PARA APLICAR EM PACIENTE IDOSO ADMITIDO EM UNIDADE DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA)** do quesito que irá compor um questionário que vai auxiliar médicos(as) não paliativistas que trabalham em unidade de urgência/emergência para a identificação precoce de idosos para abordagem paliativa. Você poderá dar sugestões após cada avaliação.

QUESITO 3 - O paciente teve mais de 2 internamentos hospitalares (maior do que 24h) no último ano por descompensação ou evolução de sua doença de base? *

Sim () Não ()

A pergunta abrange aspectos aplicáveis a paciente idoso(a), estando ele(a) admitido(a) em unidade de urgência / emergência?

- Definitivamente não.
- Provavelmente não.
- Provavelmente sim.
- Definitivamente sim.

QUESITO 7 - O paciente tem risco de declínio funcional a médio ou longo prazo? *

Sim () Não ()

A pergunta abrange aspectos aplicáveis a paciente idoso(a), estando ele(a) admitido(a) em unidade de urgência / emergência?

- Definitivamente não.
- Provavelmente não.
- Provavelmente sim.
- Definitivamente sim.

QUESITO 8 - Há conflitos na comunicação entre familiares / cuidadores com equipe assistente quanto ao plano terapêutico ou prognóstico? *

Sim () Não ()

A pergunta abrange aspectos aplicáveis a paciente idoso(a), estando ele(a) admitido(a) em unidade de urgência / emergência?

- Definitivamente não.
- Provavelmente não.
- Provavelmente sim.
- Definitivamente sim.

Seção 5 de 5

OBRIGADA POR SUA PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA!



Descrição (opcional)

APÊNDICE C – CARTA DE ANUÊNCIA - UNICHRISTUS**CARTA DE ANUÊNCIA**

Declaro, em nome do Centro Universitário Christus – UNICHRISTUS, estar ciente e de acordo com a parceria no projeto de pesquisa denominado: **“Desenvolvimento, validação e usabilidade de ferramenta para orientação de médicos para iniciar abordagem paliativa em idosos na emergência”**, tendo como pesquisadora responsável (mestranda) Luciana Leite de Figueiredo Magalhães sob orientação do Professor Dr Arnaldo Aires Peixoto Júnior do curso Mestrado Profissional em Ensino na Saúde e Tecnologias Educacionais.

Conheço as responsabilidades como instituição coparticipante no presente projeto de pesquisa contribuindo com a estrutura física, ficando os insumos e materiais de consumo sob a responsabilidade do Pesquisador.

Declaro, ainda, conhecer e cumprir com as resoluções éticas brasileiras, em especial a Resolução nº 446 de 11 de agosto de 2011 e a Resolução 510, de 07 de abril de 2016. Estou ciente que o referido projeto de pesquisa está sendo submetido, e somente poderá ser iniciado após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa.

Danielle Barbosa
Supervisão de Campus
Centro Universitário Christ
UNICHRISTUS

Fortaleza, 27 de junho de 2023.

A handwritten signature in blue ink that reads 'Danielle Barbosa'.

Danielle Pinto Bardawil Barbosa
Supervisora Acadêmica e Operacional do
Centro Universitário Christus - Campus Parque Ecológico

APÊNDICE D - AUTORIZAÇÃO INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA



**Prefeitura de
Fortaleza**
Secretaria Municipal de Saúde

Instituto Dr. José Frota

CARTA DE ANUÊNCIA

Solicitamos autorização para a realização da pesquisa intitulada “**Desenvolvimento, validação e usabilidade de ferramenta para orientação de médicos para iniciar abordagem paliativa em idosos na emergência**”, a ser realizada no Instituto Dr. José Frota no Setor Emergência, tendo como pesquisador responsável (mestranda) Luciana Leite de Figueiredo Magalhães sob orientação do Professor Dr Arnaldo Aires Peixoto Junior do Curso Mestrado Profissional de Ensino na saúde e tecnologias educacionais do Centro Universitário Christus. O estudo tem como objetivo geral: Desenvolver uma ferramenta que possa orientar profissionais médicos que trabalham em emergência a identificar idosos com indicação para acompanhamento de equipe de cuidados paliativos. Informamos que não iremos interferir na operacionalização e/ou nas atividades cotidianas da referida unidade.

Estamos cientes de que, a anuência está condicionada ao cumprimento do pesquisador aos requisitos da Resolução 466/12 e suas complementares, comprometendo-se, desde já, a utilizar os dados e materiais coletados, exclusivamente para fins da pesquisa, como também enviar um relatório final ao término do estudo, e que a mesma só poderá ser realizada após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa.

Fortaleza, 28/06/2023.

NOME DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL:

Luciana Leite de Figueiredo Magalhães

ASSINATURA: *Luciana Leite de Figueiredo Magalhães*

Diretor Médico - IJF (X) Ciente e de acordo

NOME: Roberto César Pontes Ibiapina

ASSINATURA: *Roberto Cesar Pontes Ibiapina*

CARIMBO:

Dr. Roberto Cesar Pontes Ibiapina
Diretor Médico - IJF
CRM 5612

APÊNDICE E - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – GRUPO ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

Você está sendo convidado a participar do projeto de pesquisa intitulado “Desenvolvimento, validação e usabilidade de ferramenta para orientação de médicos para iniciar abordagem paliativa em idosos na emergência” coordenado por LUCIANA LEITE DE FIGUEIREDO MAGALHÃES. A pesquisa tem como objetivo desenvolver e validar uma ferramenta para orientar médicos que trabalham em emergência para iniciar precocemente abordagem paliativa de idosos. Caso aceite o convite, sua participação consistirá em participar de um grupo focal com médicos experts em Medicina Paliativa ou Geriatria para analisar e reestruturar itens de um questionário de triagem para abordagem paliativa de idosos em emergência de forma individual e coletiva. A oficina contará com auxílio de um moderador e facilitador. A atividade será realizada em um único momento, presencialmente, em local ainda a ser definido. Estima-se que sua participação deva durar cerca de 60 minutos. Sua contribuição será de grande valia para o estudo, visto que o seu conhecimento, experiência e/ou domínio acerca do assunto pode favorecer a fidedignidade dos dados coletados, promovendo melhoria na assistência aos pacientes, aumentando a satisfação, a segurança e a melhoria na atenção à saúde destes. O estudo apresenta benefício direto aos participantes, pois auxiliará profissionais que trabalham em emergência na identificação precoce de idosos para acompanhamento de equipe de cuidados paliativos, melhorando a assistência ao paciente e às famílias. Portanto, acredita-se que as informações analisadas por meio de sua colaboração possam vir a contribuir para melhorar a atuação. Os riscos da pesquisa são mínimos, sendo necessária apenas a disponibilidade de tempo por parte dos convidados para participar das atividades, contribuir com seu conhecimento e experiência na elaboração e validação dos itens da ferramenta. Sua participação é voluntária, você não receberá nenhum ressarcimento monetário por participar do estudo e tem a liberdade de desistir ou interromper a participação nesta pesquisa no momento em que desejar, assim como não aceitar participar do estudo, sem que isto lhe traga nenhum prejuízo. Caso deseje retirar seu consentimento, você deve informar imediatamente sua decisão ao pesquisador responsável ou a qualquer outro membro da equipe da pesquisa. Os registros que possam identificar sua identidade serão mantidos em sigilo por parte dos pesquisadores. Todas as informações serão utilizadas exclusivamente para fins de pesquisa científica, sendo as mesmas destinadas somente a publicações de trabalhos em eventos e periódicos científicos. Os dados que você irá nos fornecer serão analisados em conjunto com as informações dos demais participantes. Os dados coletados serão utilizados exclusivamente para os fins explicitados anteriormente e o pesquisador responsável pelo estudo será responsável pelo armazenamento de suas informações por um período máximo de cinco anos, após o qual irá, responsabilmente, eliminá-los. Deixarei com você uma via deste termo de esclarecimento, que comprova sua participação na pesquisa e me coloco à disposição para resolver quaisquer dúvidas relacionadas ao estudo que possam vir ocorrer.

Pesquisador: Luciana Leite de Figueiredo Magalhães Endereço: Rua Maria Tomásia, 855 apt 602 cep: 60150-170 Aldeota. Fortaleza-Ceará. Fone: (85) 991732202 E-mail: dralucianaleite@gmail.com. Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o CEP/Unipitagoras – Rua: Rua Barão de Aratanha, 51, bloco A, térreo. Telefone (085) 3402-0901. Email: cep.fortaleza@kroton.com.br. Casa você se sinta suficientemente informado a respeito das informações que leu ou que foram lidas para você sobre os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes e que sua participação é voluntária, que não há remuneração para participar do estudo e se você concordar em participar solicitamos que assine no espaço abaixo.

TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-INFORMADO

Eu, _____, RG _____ por meio da assinatura deste termo de consentimento, declaro que, após convenientemente esclarecido, autorizo, voluntariamente, a minha participação na pesquisa “Desenvolvimento, validação e usabilidade de ferramenta para orientação de médicos para iniciar abordagem paliativa em idosos na emergência”. Assim, autorizo o uso das minhas informações pelos membros da equipe de pesquisadores, nas condições estabelecidas descritas nos itens acima. Declaro que li cuidadosamente todo este documento denominado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e que tive oportunidade de fazer perguntas sobre o conteúdo do mesmo e também sobre o referido estudo, recebendo explicações que responderam por completo minhas dúvidas e reafirmando estar livre e espontaneamente decidido a participar do estudo, ficando munido de uma via do documento assinado pelo pesquisador responsável.

Fortaleza, _____ de _____ de 20____.

Assinatura do participante da pesquisa

Assinatura do Pesquisador Responsável

APÊNDICE F - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – PAINELISTA

Você está sendo convidado a participar do projeto de pesquisa intitulado “Desenvolvimento, validação e usabilidade de ferramenta para orientação de médicos para iniciar abordagem paliativa em idosos na emergência” coordenado por LUCIANA LEITE DE FIGUEIREDO MAGALHÃES. A pesquisa tem como objetivo desenvolver e validar uma ferramenta para orientar médicos que trabalham em emergência para iniciar precocemente abordagem paliativa de idosos. Caso aceite o convite, sua participação consistirá em avaliar itens que foram selecionados pelos pesquisadores e discutidos em um grupo focal. Você deverá utilizar a escala disponível no instrumento para julgar cada um dos itens do questionário e poderá fazer as considerações que julgar pertinente. A avaliação em questão será realizada em um único momento, presencialmente, em local ainda a ser definido. Estima-se que sua participação deva durar cerca de 40 minutos. Sua contribuição será de grande valia para o estudo, visto que o seu conhecimento, experiência e/ou domínio acerca do assunto pode favorecer a fidedignidade dos dados coletados, promovendo melhoria na assistência aos pacientes, aumentando a satisfação, a segurança e a melhoria na atenção à saúde destes. Os riscos da pesquisa são mínimos, sendo necessária apenas a disponibilidade de tempo por parte dos convidados para participar das atividades, contribuir com seu conhecimento e experiência na elaboração e validação dos itens da ferramenta. Os benefícios da pesquisa serão melhorar a qualidade de vida do paciente atendido com a ferramenta, diminuir internação em UTI, diminuir o tempo de internação hospitalar, melhorar o gerenciamento de sintomas, reduzir custos e conflitos familiares. Sua participação é voluntária, você não receberá nenhum ressarcimento monetário por participar do estudo e tem a liberdade de desistir ou interromper a participação nesta pesquisa no momento em que desejar, assim como não aceitar participar do estudo, sem que isto lhe traga nenhum prejuízo. Caso deseje retirar seu consentimento, você deve informar imediatamente sua decisão ao pesquisador responsável ou a qualquer outro membro da equipe da pesquisa. Os registros que possam identificar sua identidade serão mantidos em sigilo por parte dos pesquisadores. Todas as informações serão utilizadas exclusivamente para fins de pesquisa científica, sendo as mesmas destinadas somente a publicações de trabalhos em eventos e periódicos científicos. Os dados que você irá nos fornecer serão analisados em conjunto com as informações dos demais participantes. Os dados coletados serão utilizados exclusivamente para os fins explicitados anteriormente e o pesquisador responsável pelo estudo será responsável pelo armazenamento de suas informações por um período máximo de cinco anos, após o qual irá, responsabilmente, eliminá-los. Deixarei com você uma via deste termo de esclarecimento, que comprova sua participação na pesquisa e me coloco à disposição para resolver quaisquer dúvidas relacionadas ao estudo que possam vir ocorrer. Pesquisador: Luciana Leite de Figueiredo Magalhães Endereço: Rua Maria Tomásia, 855 apt 602 cep: 60150-170 Aldeota. Fortaleza-Ceará. Fone: (85) 991732202 E-mail:

dralucianaleite@gmail.com. Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o CEP/Unipitagoras – Rua: Rua Barão de Aratanha, 51, bloco A, térreo. Telefone (085) 3402-0901. Email: cep.fortaleza@kroton.com.br. Caso você se sinta suficientemente informado a respeito das informações que leu ou que foram lidas para você sobre os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes e que sua participação é voluntária, que não há remuneração para participar do estudo e se você concordar em participar solicitamos que assine no espaço abaixo.

TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-INFORMADO

Eu, _____, RG _____ por meio da assinatura deste termo de consentimento, declaro que, após convenientemente esclarecido, autorizo, voluntariamente, a minha participação na pesquisa “Desenvolvimento, validação e usabilidade de ferramenta para orientação de médicos para iniciar abordagem paliativa em idosos na emergência”. Assim, autorizo o uso das minhas informações pelos membros da equipe de pesquisadores, nas condições estabelecidas descritas nos itens acima. Declaro que li cuidadosamente todo este documento denominado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e que tive oportunidade de fazer perguntas sobre o conteúdo do mesmo e também sobre o referido estudo, recebendo explicações que responderam por completo minhas dúvidas e reafirmando estar livre e espontaneamente decidido a participar do estudo, ficando munido de uma via do documento assinado pelo pesquisador responsável.

Fortaleza, _____ de _____ de 20____.

Assinatura do participante da pesquisa

Assinatura do Pesquisador Responsável

APÊNDICE G - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – RESIDENTES

Você está sendo convidado a participar do projeto de pesquisa intitulado “Desenvolvimento, validação e usabilidade de ferramenta para orientação de médicos para iniciar abordagem paliativa em idosos na emergência.” coordenado por LUCIANA LEITE DE FIGUEIREDO MAGALHÃES. A pesquisa tem como objetivo desenvolver e validar uma ferramenta para orientar médicos que trabalham em emergência para iniciar precocemente abordagem paliativa de idosos. Caso aceite o convite, sua participação consistirá em participar da análise da ferramenta que será aplicada em idosos no setor de emergência do IJF, além do preenchimento de pré e pós testes que tem a duração aproximada de 5 minutos. A aplicação da ferramenta tem a proposta de ser rápida e auxiliar na abordagem do paciente idoso na emergência. O estudo apresenta benefício direto aos participantes, pois são profissionais que trabalham em Emergência. Portanto, acredita-se que as informações analisadas por meio de sua colaboração possam vir a contribuir para melhorar a atuação. Os riscos da pesquisa são mínimos, sendo necessária apenas a disponibilidade de tempo por parte dos convidados para participar das atividades, contribuir com seu conhecimento e experiência na elaboração e validação dos itens da ferramenta. Sua participação é voluntária, você não receberá nenhum ressarcimento monetário por participar do estudo e tem a liberdade de desistir ou interromper a participação nesta pesquisa no momento em que desejar, assim como não aceitar participar do estudo, sem que isto lhe traga nenhum prejuízo. Caso deseje retirar seu consentimento, você deve informar imediatamente sua decisão ao pesquisador responsável ou a qualquer outro membro da equipe da pesquisa. Os registros que possam identificar sua identidade serão mantidos em sigilo por parte dos pesquisadores. Todas as informações serão utilizadas exclusivamente para fins de pesquisa científica, sendo as mesmas destinadas somente a publicações de trabalhos em eventos e periódicos científicos. Os dados que você irá nos fornecer serão analisados em conjunto com as informações dos demais participantes. Os dados coletados serão utilizados exclusivamente para os fins explicitados anteriormente e o pesquisador responsável pelo estudo será responsável pelo armazenamento de suas informações por um período máximo de cinco anos, após o qual irá, responsavelmente, eliminá-los. Deixarei com você uma via deste termo de esclarecimento, que comprova sua participação na pesquisa e me coloco à disposição para resolver quaisquer dúvidas relacionadas ao estudo que possam vir ocorrer. Pesquisador: Luciana Leite de Figueiredo Magalhães Endereço: Rua Maria Tomasia, 855 apt 602 cep: 60150-170 Aldeota. Fortaleza-Ceará. Fone: (85) 991732202 E-mail: dralucianaleite@gmail.com Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o CEP/Unipitagoras – Rua: Rua Barão de Aratanha, 51, bloco A, térreo. Telefone (085) 3402-0901. Email: cep.fortaleza@kroton.com.br Caso você se sinta suficientemente informado a respeito das informações que leu ou que foram lidas para você sobre os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de

confidencialidade e de esclarecimentos permanentes e que sua participação é voluntária, que não há remuneração para participar do estudo e se você concordar em participar solicitamos que assine no espaço abaixo.

TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-INFORMADO

Eu, _____, RG _____ por meio da assinatura deste termo de consentimento, declaro que, após convenientemente esclarecido, autorizo, voluntariamente, a minha participação na pesquisa “Desenvolvimento, validação e usabilidade de ferramenta para orientação de médicos para iniciar abordagem paliativa em idosos na emergência”. Assim, autorizo o uso das minhas informações pelos membros da equipe de pesquisadores, nas condições estabelecidas descritas nos itens acima. Declaro que li cuidadosamente todo este documento denominado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e que tive oportunidade de fazer perguntas sobre o conteúdo do mesmo e também sobre o referido estudo, recebendo explicações que responderam por completo minhas dúvidas e reafirmando estar livre e espontaneamente decidido a participar do estudo, ficando munido de uma via do documento assinado pelo pesquisador responsável.

Fortaleza, _____ de _____ de 20____.

Assinatura do participante da pesquisa

Assinatura do Pesquisador Responsável

APÊNDICE H - APROVAÇÃO NO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Desenvolvimento, validação e usabilidade de ferramenta para orientação de médicos para iniciar abordagem paliativa em idosos na emergência.

Pesquisador: Luciana Leite de Figueiredo Magalhães

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 71271823.0.0000.8367

Instituição Proponente: Unichristus

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.326.241

Apresentação do Projeto:

Com o envelhecimento da população, houve um aumento da prevalência de idosos com doenças crônicas degenerativas, assim como sua procura por emergências devido a intercorrências agudas relacionadas a complicações de doenças terminais. Por isso, nesse contexto, há necessidade de que o médico da emergência tenha capacidade de avaliar os idosos de forma rápida e precisa, definindo o acionamento precoce da equipe de cuidados paliativos. Objetivo: desenvolver, validar e avaliar usabilidade de uma ferramenta que oriente profissionais do setor de emergência a detectar de forma rápida quais idosos se beneficiam do acompanhamento de equipe de cuidados paliativos. Metodologia: o estudo será realizado em quatro etapas incluindo revisão de literatura, grupo focal para seleção de questões, validação de itens do questionário por juízes e teste de usabilidade da ferramenta final. O grupo focal e a validação dos itens do questionário serão realizados por médicos experts em medicina paliativa ou geriatria, e o teste de usabilidade será realizado por médicos residentes de emergência ou terapia intensiva no setor de emergência do Instituto Dr José Frota.

Objetivo da Pesquisa:

Desenvolver, validar e avaliar usabilidade de uma ferramenta que oriente profissionais do setor de emergência a detectar de forma rápida quais idosos se beneficiam do acompanhamento de equipe

Endereço: Rua Barão de Aratanha, 51 - Bloco A, térreo, sala próxima as coordenações.

Bairro: CENTRO

CEP: 60.035-110

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3402-0901

E-mail: cep.fortaleza@kroton.com.br



Continuação do Parecer: 6.326.241

de cuidados paliativos.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos e benefícios provenientes desta pesquisa são bem descritos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa é relevante para a avaliação precoce de pessoas que se beneficiam da medicina paliativa. O método a ser utilizado se mostra adequado.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

TCLE: sem pendências após ajustes.

Folha de rosto: sem pendências.

Carta de Anuência: sem pendências após ajustes.

Cronograma e orçamento: ajustados.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto está apto para ser iniciado pelo pesquisador.

Considerações Finais a critério do CEP:

Ressalta-se que cabe ao pesquisador responsável encaminhar os relatórios da pesquisa, por meio da plataforma Brasil, via notificação do tipo "relatório" para que sejam devidamente apreciadas no CEP, conforme Resolução CNS nº 466/12, item XI.2.d e Resolução CNS nº 510/16, art. 28, item V.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2169678.pdf	17/08/2023 13:59:05		Aceito
Recurso Anexado pelo Pesquisador	CARTA_RESPOSTA.pdf	17/08/2023 13:58:42	Luciana Leite de Figueiredo Magalhães	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_CORRIGIDO.pdf	17/08/2023 13:28:09	Luciana Leite de Figueiredo Magalhães	Aceito
Outros	CARTA_ANUENCIA_CORRIGIDA_UNI CHRISTUS.pdf	17/08/2023 13:27:49	Luciana Leite de Figueiredo Magalhães	Aceito
Outros	CARTA_ANUENCIA_CORRIGIDA_UJF.pdf	17/08/2023 13:27:28	Luciana Leite de Figueiredo Magalhães	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento /	TCLE_CORRIGIDO.pdf	17/08/2023 13:21:55	Luciana Leite de Figueiredo	Aceito

Endereço: Rua Barão de Aratanha, 51 - Bloco A, térreo, sala próxima as coordenações.

Bairro: CENTRO

CEP: 60.035-110

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3402-0901

E-mail: cep.fortaleza@kroton.com.br



Continuação do Parecer: 6.326.241

Justificativa de Ausência	TCLE_CORRIGIDO.pdf	17/08/2023 13:21:55	Magalhães	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_ROSTO.pdf	30/06/2023 17:09:43	Luciana Leite de Figueiredo Magalhães	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	29/06/2023 21:38:39	Luciana Leite de Figueiredo Magalhães	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	29/06/2023 21:37:54	Luciana Leite de Figueiredo Magalhães	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FORTALEZA, 26 de Setembro de 2023

Assinado por:
FRANCISCO LUCAS FAUSTINO DO NASCIMENTO
(Coordenador(a))

APÊNDICE I – PRODUTO EDUCACIONAL 1

Guia de Uso Ferramenta para Ensino de Triagem de Pacientes Idosos na Emergência com Indicação de Avaliação pelos Cuidados Paliativos (capa e página 6).

Disponível em: <http://educapes.capes.gov.br/handle/capes/972095>.



FERRAMENTA PARA ENSINO DE TRIAGEM DE PACIENTES IDOSOS NA EMERGÊNCIA COM INDICAÇÃO DE AVALIAÇÃO PELOS CUIDADOS PALIATIVOS.

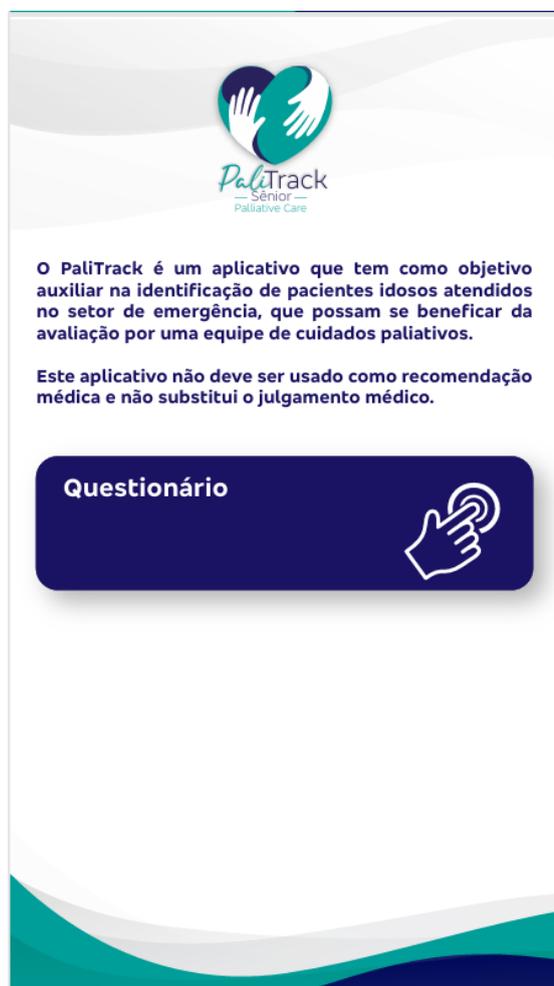
1. Ficaria surpreso se esse paciente morresse nos próximos 6 meses?	SIM	NÃO	NÃO SEI
2. O paciente tem diagnóstico de câncer ou está em investigação com alta possibilidade de diagnóstico de câncer? (não é obrigatório anatomopatológico)	SIM	NÃO	NÃO SEI
3. O paciente teve mais de 2 internamentos hospitalares (maior do que 24 horas) no último ano por descompensação ou evolução de sua doença de base?	SIM	NÃO	NÃO SEI
4. O paciente tem, nesta admissão na unidade de urgência / emergência, disfunção orgânica que ameace sua vida (pelo menos 2 órgãos)? Pode ser disfunção aguda ou crônica agudizada (PaO ₂ /FIO ₂ < 400; Bilirrubinas > 1,1mg/dl; plaquetas < 150.000; PAM < 70 ou uso de droga vasoativa; Glasgow < 15; Creatinina > 1,1mg/dl e/ou diurese < 500ml/dia)	SIM	NÃO	NÃO SEI
5. Considerando 2 semanas antes do atual internamento, o paciente era previamente dependente para 3 ou mais Atividades Básicas de Vida Diária (tomar banho, vestir-se, usar banheiro para necessidades fisiológicas, levantar-se ou sentar-se da cama ou cadeira, controlar esfíncteres urinário ou fecal, alimentar-se sem ajuda)?	SIM	NÃO	NÃO SEI
6. Há alguma manifestação do próprio paciente a respeito de planejamento antecipado de vontades realizada para algum familiar ou procurador de saúde ou médico assistente? (não há necessidade obrigatória de registro em cartório, nem documento escrito).	SIM	NÃO	NÃO SEI
7. Há conflitos na comunicação entre familiares / cuidadores com equipe assistente quanto ao plano terapêutico ou prognóstico?	SIM	NÃO	NÃO SEI

Avaliação: considerar 1(um) ponto para cada resposta hachurada.
Interpretação:
Pontuação de 1 a 7: o(a) paciente poderá se beneficiar da avaliação pela equipe de cuidados paliativos.
Pontuação 0: a avaliação pela equipe de cuidados paliativos não é sugerida, porém pode ser indicada, de acordo com o julgamento do(a) profissional médico(a).

06

APÊNDICE J - PRODUTO EDUCACIONAL 2

Aplicativo PALLITRACK SÊNIOR (Telas)



← Questionário

SOBRE ESTE APLICATIVO

Este aplicativo foi desenvolvido a partir de um estudo realizado através da tradução e adaptações por experts de quesito de instrumentos disponíveis na literatura para o rastreio de pacientes que se beneficiariam da avaliação pela equipe de cuidados paliativos.

As adaptações foram realizadas com objetivo de torna-las aplicáveis para o rastreio de pacientes idosos(as) atendidos no departamento de emergência e que poderiam se beneficiar da avaliação de equipe de cuidados paliativos.

Os quesitos deste aplicativo foram validados por experts para este objetivo através do método e-Delphi.

ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS

O resultado obtido com o uso deste aplicativo não substitui o julgamento do profissional médico, o qual é soberano quanto a tomada de decisões.

O resultado obtido com o uso deste aplicativo não deve ser usado como recomendação médica. Em caso de dúvidas, procure seu médico(a).



← Questionário

QUESITO 1/7

Ficaria surpreso se esse(a) paciente morresse nos próximos 6 meses?

SIM

NÃO

NÃO SEI



← Questionário

QUESITO 2/7

O(A) paciente tem diagnóstico de câncer ou está em investigação com alta possibilidade de diagnóstico de câncer? (não é obrigatório anatomopatológico).

SIM

NÃO

NÃO SEI



← Questionário

QUESITO 3/7

O(A) paciente teve mais de 2 internamentos hospitalares (maior do que 24 horas) no último ano por descompensação ou evolução de uma doença de base?

SIM

NÃO

NÃO SEI



← Questionário

QUESITO 4/7

O(A) paciente tem, nesta admissão na unidade de urgência/ emergência, funções orgânica que ameace sua vida (pelo menos 2 órgãos)? Pode ser disfunção aguda ou crônica agudizada (PaO₂/FIO₂ < 400; Bilirrubinas > 1,1 mg/ dl; plaquetas < 150.000; PAM < 70mmHg ou uso de droga vasoativa; Glasgow < 15; creatinina > 1,1mg/dl e/ou diurese < 500ml/dia).

SIM

NÃO

NÃO SEI



← Questionário

QUESITO 5/7

Considerando 2 semanas antes do atual internamento, o(a) paciente era previamente dependente para 3 ou mais Atividades Básicas de Vida Diária (tomar banho, vestir-se, usar banheiro para necessidades fisiológicas, levantar-se ou sentar-se da cama ou cadeira, controlar esfínteres urinário ou fecal, alimentar-se sem ajuda)?

SIM

NÃO

NÃO SEI



← Questionário

QUESITO 6/7

Há algumas manifestações do(a) próprio(a) paciente a respeito de planejamento antecipado de vontades realizada para algum familiar ou procurador de saúde ou médico assistente? (Não há necessidade obrigatória de registro em cartório, nem documento escrito).

SIM

NÃO

NÃO SEI



← Questionário

QUESITO 7/7

Há conflitos na comunicação entre familiares/ cuidadores com equipe assistente quanto ao plano terapêutico ou prognóstico?

SIM

NÃO

NÃO SEI



Possíveis recomendações de acordo com respostas



APÊNDICE L - PRODUTO EDUCACIONAL 3

Declaração de publicação de artigo em revista científica

Cuadernos de Educación y Desarrollo

DECLARAÇÃO

Cuadernos de Educación y Desarrollo, ISSN 1989-4155, declara para os devidos fins, que o artigo intitulado Ferramentas de ensino de triagem de pacientes idosos em emergência para avaliação pelos cuidados paliativos: uma revisão integrativa de autoria de Luciana Leite de Figueiredo Magalhães, Arnaldo Aires Peixoto Junior, foi publicado no v.17, n.5, de 2025.

A revista é on-line, e os artigos podem ser encontrados ao acessar o link:

<https://ojs.cuadernoseducacion.com/ojs/index.php/ced/issue/view/119>

DOI: <https://doi.org/10.55905/cuadv17n5-095>

Por ser a expressão da verdade, firmamos a presente declaração.

Curitiba, May 23, 2025.

Equipe Editorial



APÊNDICE M - CASOS CLÍNICOS

CASO CLÍNICO 1: Mulher, 78 anos, conduzida a emergência devido a queda da própria altura, sendo diagnosticada com fratura de colo de fêmur a esquerda.

Comorbidades: HAS e Osteoporose. Fazia uso de losartana 50mg, Calcio 500mg + Vitamina D 2.000ui + Alendronato de sódio 75mg 1 x por semana.

Funcionalidade: totalmente independente para Atividades Básicas de Vida Diária, robusta e lúcida.

Social: viúva, 3 filhos, boa relação e suporte familiar, aposentada (professora) e pensionista, católica.

Lab: Hb= 12 Leucócitos= 7560 sem desvio Plaquetas= 160.000 Ur= 30 Cr= 0,9

Ao exame:

EG Regular (fascies de dor), FC= 98 PA= 130x88 Sat= 98% em ar ambiente / confortável.

Diurese: 1500ml / 24h. Escala Verbal Numérica de Dor: 5.

AC: RCR 2T

AP: MVU sem RA, eupneica.

ABD: inocente.

EXT: dor em MIE, sem edemas.

CASO CLÍNICO 2: Homem, 88 anos, conduzido à emergência por rebaixamento do sensório.

Comorbidades: Doença de Alzheimer com diagnóstico há 8 anos, faz uso de quetiapina 50mg a noite + memantina 10mg 2 x ao dia.

Funcionalidade: faz uso de fraldas geriátricas, acamado, alimenta-se com auxílio de terceiros, via oral, assistida (faz uso de espessante), deambulava com auxílio.

Social: casado, 07 filhos, aposentado (bancário), ateu. Há conflitos entre filhos.

Ao exame:

Glasgow 10, FC= 110, PAM= 63, Sat= 94% (máscara de venturi 50%).

Diurese diminuída e concentrada.

AC: RCR 2T.

AP: Crepitos em base direita + sibilos, FR= 20, hiperssecutivo.

ABD: inocente.

Lab: Hb= 10 Leucócitos= 13.500 6%bastões Plaquetas= 98.000 PCR elevada.

Rx tórax: consolidação em HTD.

CASO CLÍNICO 3: Mulher, 86 anos, encaminhada para emergência por insuficiência respiratória.

Comorbidades: câncer de mama com metástase em pulmões, óssea e cerebral + fragilidade + desnutrição + sarcopênica. Faz uso de morfina 10mg 6/6h. Tratamento quimioterápico foi suspenso devido a fragilidade.

Funcionalidade: maior parte do tempo acamada, auxílio para o banho e para alimentar-se (colheradas via oral).

Social: viúva, 1 filha, pensionista, evangélica. Já expressou diretiva de não ser intubada para filha.

Ao exame:

EGR, FR= 30, FC= 120, PAM= 55, Glasgow= 12

AC: RCI 2T.

AP: MV diminuído em bases, dispneica, Cateter de O₂: 3L/min, Sat= 88%.

ABD: flácido.

EXT: edema assimétrico em MMII (D>E).

Rx de tórax: derrame bilateral moderado + consolidação em base D.

CASO CLÍNICO 4: Mulher, 99 anos, encaminhada para emergência por AVC hemorrágico extenso com desvio da linha média.

Sem comorbidades, não fazia uso de medicamentos. Mas provavelmente era frágil (familiares muito nervosos, não conseguem entrar em consenso sobre o status físico prévio).

Boa funcionalidade prévia, familiares não percebiam sinais de fragilidade e demência.

Social: viúva, 5 filhos, pensionista, católica. Morava com cuidadoras, boas condições sociais.

Ao exame:

Glasgow 9, FC= 88, PA= 180x110, Sat= 93% com cateter de O₂ – 2L / min

Boa diurese.

ACP fisiológica.

Familiares não concordam com a conduta conservadora da neurocirurgia. Não aceitam limitações terapêuticas.

CASO CLÍNICO 5: Homem, 77 anos, procurou emergência cansaço.

Comorbidades: cirrose hepática alcóolica (acompanhado no ambulatório de transplante hepático) + HAS + Diabetes + DAC (angioplastia há 5 anos).

Tempo de abstinência: 5 meses.

Social: casado, 3 filhos, recebe BPC, condições sociais precárias. Pouco suporte dos filhos.

Esposa com sobrecarga do cuidador. Católicos.

Ao exame:

EGR, FR= 30, FC= 99, PAM= 60 (noradrenalina 10ml/h), Sat= 92% com máscara de venturi 35%, Glasgow 13 / desorientado e sonolento. Diurese diminuída e concentrada.

AC: RCI 2T

AP: MV diminuído em bases

ABD: ascite moderada

EXT: edema simétrico 3+/4

Lab: Hb= 8,3 Leuco= 16.000 com 10%bastões PlaQ= 100.000

Ur= 95 Cr= 1,4 Na= 120 K= 3,1 BT= 2,1 BD= 1,7 BI= 0,4

APÊNDICE N - RESPOSTAS AO QUESTIONÁRIO *SYSTEM USABILITY SCALE*.

RES.	PERGUNTA 1	PERGUNTA 2	PERGUNTA 3
1	CONCORDO FORTEMENTE	DISCORDO	CONCORDO FORTEMENTE
2	CONCORDO FORTEMENTE	DISCORDO FORTEMENTE	CONCORDO FORTEMENTE
3	CONCORDO FORTEMENTE	DISCORDO	CONCORDO
4	CONCORDO	DISCORDO	CONCORDO
5	CONCORDO	DISCORDO	CONCORDO
6	CONCORDO FORTEMENTE	DISCORDO FORTEMENTE	CONCORDO FORTEMENTE
7	CONCORDO FORTEMENTE	DISCORDO FORTEMENTE	CONCORDO FORTEMENTE
8	CONCORDO FORTEMENTE	DISCORDO FORTEMENTE	CONCORDO FORTEMENTE
9	CONCORDO	DISCORDO	CONCORDO FORTEMENTE
10	CONCORDO FORTEMENTE	DISCORDO FORTEMENTE	CONCORDO FORTEMENTE
11	CONCORDO FORTEMENTE	DISCORDO FORTEMENTE	CONCORDO FORTEMENTE
12	CONCORDO FORTEMENTE	DISCORDO FORTEMENTE	CONCORDO FORTEMENTE
13	CONCORDO FORTEMENTE	DISCORDO FORTEMENTE	CONCORDO FORTEMENTE
	PERGUNTA 4	PERGUNTA 5	PERGUNTA 6
1	DISCORDO	CONCORDO FORTEMENTE	DISCORDO FORTEMENTE
2	DISCORDO FORTEMENTE	CONCORDO FORTEMENTE	DISCORDO FORTEMENTE
3	DISCORDO FORTEMENTE	CONCORDO	DISCORDO FORTEMENTE
4	NEM CONCORDO, NEM DISCORDO	CONCORDO	DISCORDO FORTEMENTE
5	DISCORDO	CONCORDO	DISCORDO
6	DISCORDO FORTEMENTE	CONCORDO FORTEMENTE	DISCORDO FORTEMENTE
7	DISCORDO	CONCORDO FORTEMENTE	DISCORDO FORTEMENTE
8	DISCORDO FORTEMENTE	DISCORDO FORTEMENTE	DISCORDO FORTEMENTE
9	DISCORDO FORTEMENTE	CONCORDO	DISCORDO
10	DISCORDO FORTEMENTE	CONCORDO FORTEMENTE	DISCORDO FORTEMENTE
11	DISCORDO	CONCORDO FORTEMENTE	DISCORDO FORTEMENTE
12	DISCORDO FORTEMENTE	CONCORDO	DISCORDO FORTEMENTE
13	DISCORDO FORTEMENTE	CONCORDO FORTEMENTE	DISCORDO FORTEMENTE
	PERGUNTA 7	PERGUNTA 8	PERGUNTA 9
1	CONCORDO FORTEMENTE	DISCORDO	CONCORDO FORTEMENTE
2	CONCORDO FORTEMENTE	DISCORDO FORTEMENTE	CONCORDO
3	CONCORDO FORTEMENTE	DISCORDO FORTEMENTE	CONCORDO FORTEMENTE
4	CONCORDO FORTEMENTE	DISCORDO	CONCORDO
5	CONCORDO	DISCORDO	CONCORDO
6	CONCORDO FORTEMENTE	DISCORDO FORTEMENTE	CONCORDO
7	CONCORDO FORTEMENTE	DISCORDO FORTEMENTE	CONCORDO FORTEMENTE
8	CONCORDO	DISCORDO FORTEMENTE	CONCORDO FORTEMENTE
9	CONCORDO	DISCORDO FORTEMENTE	NEM CONCORDO, NEM DISCORDO
10	CONCORDO FORTEMENTE	DISCORDO FORTEMENTE	CONCORDO
11	CONCORDO FORTEMENTE	DISCORDO FORTEMENTE	CONCORDO FORTEMENTE
12	CONCORDO FORTEMENTE	DISCORDO FORTEMENTE	CONCORDO FORTEMENTE
13	CONCORDO FORTEMENTE	DISCORDO FORTEMENTE	CONCORDO FORTEMENTE

PERGUNTA 10			
1	CONCORDO	-	-
2	DISCORDO FORTEMENTE	-	-
3	DISCORDO FORTEMENTE	-	-
4	DISCORDO FORTEMENTE	-	-
5	DISCORDO	-	-
6	DISCORDO FORTEMENTE	-	-
7	DISCORDO FORTEMENTE	-	-
8	DISCORDO FORTEMENTE	-	-
9	DISCORDO	-	-
10	DISCORDO	-	-
11	DISCORDO FORTEMENTE	-	-
12	DISCORDO FORTEMENTE	-	-
13	DISCORDO FORTEMENTE	-	-

Nota: Res. (Residente)

ANEXO

ANEXO A - ESCALA DE AVALIAÇÃO DA USABILIDADE

Questionário *System Usability Scale* traduzido para Português

Item	Afirmação
	Acho que gostaria de usar esse sistema com frequência.
01	(1) discordo fortemente - (2) discordo - (3) não concordo nem discordo (4) concordo - (5) concordo fortemente
	Achei o sistema desnecessariamente complexo.
02	(1) discordo fortemente - (2) discordo - (3) não concordo nem discordo (4) concordo - (5) concordo fortemente
	Achei o sistema fácil de usar.
03	(1) discordo fortemente - (2) discordo - (3) não concordo nem discordo (4) concordo - (5) concordo fortemente
	Acredito que precisarei do suporte de um técnico para poder utilizar esse sistema.
04	(1) discordo fortemente - (2) discordo - (3) não concordo nem discordo (4) concordo - (5) concordo fortemente
	Achei que as diversas funções deste sistema estavam bem integradas.
05	(1) discordo fortemente - (2) discordo - (3) não concordo nem discordo (4) concordo - (5) concordo fortemente
	Achei que havia muita inconsistência nesse sistema.
06	(1) discordo fortemente - (2) discordo - (3) não concordo nem discordo (4) concordo - (5) concordo fortemente
	Imagino que a maioria das pessoas aprenderia a usar esse sistema muito rapidamente.
07	(1) discordo fortemente - (2) discordo - (3) não concordo nem discordo (4) concordo - (5) concordo fortemente
	Achei o sistema muito complicado de usar.
08	(1) discordo fortemente - (2) discordo - (3) não concordo nem discordo (4) concordo - (5) concordo fortemente

09	Fiquei muito confiante ao usar o sistema. (1) discordo fortemente - (2) discordo - (3) não concordo nem discordo (4) concordo - (5) concordo fortemente
10	Precisei aprender muitas coisas antes de poder começar a usar esse sistema. (1) discordo fortemente - (2) discordo - (3) não concordo nem discordo (4) concordo - (5) concordo fortemente

Fonte: adaptado de Brooke J. SUS: a quick and dirty usability scale. **Usability Eval Ind.** 1996;189:4-7.