

Universidade Evangélica de Goiás - UniEVANGÉLICA

Curso de Medicina

Amanda Marques Faria Andrei

Davi Pereira

Ilana Rodrigues Tanaka

Leandro Cezar de Brito Carvalho

Rafaella de Magalhães Assis

Sophia Duarte Benício

**Elegibilidade para cuidados paliativos nos pacientes com doença renal crônica terminal em hemodiálise: análise de fatores clínicos e funcionais em centro especializado de nefrologia, Goiânia – GO**

Anápolis - GO

2026

Universidade Evangélica de Goiás - UniEVANGÉLICA

Curso de Medicina

**Elegibilidade para cuidados paliativos em pacientes com doença renal crônica terminal em hemodiálise: análise de fatores clínicos e funcionais em centro especializado de nefrologia, Goiânia – GO**

Trabalho de curso apresentado à de Iniciação Científica do curso de medicina da Universidade Evangélica de Goiás - UniEVANGÉLICA, sob a orientação da Prof. Esp. Rhaisa Ghannam Macedo.

Anápolis - GO

2026



## RESUMO

Inicialmente voltados ao manejo da dor em pacientes com câncer em fase terminal, os cuidados paliativos evoluíram, desde 1967, para um modelo centrado na qualidade de vida e no bem-estar físico, psicológico e social. Apesar desse avanço conceitual, sua aplicação prática ainda é limitada em diversos contextos clínicos. Este estudo teve como objetivo analisar a prevalência de pacientes com Supportive and Palliative Care Indicators Tool – Brazilian version (SPICT-BR) positivo entre portadores de doença renal crônica terminal em uma clínica de hemodiálise em Goiânia-GO. Trata-se de um estudo analítico transversal, realizado na clínica TRS – Nefrologia e Hemodiálise, com 107 pacientes maiores de 18 anos, de ambos os sexos, em tratamento entre agosto e outubro de 2025. Foram excluídos indivíduos sem capacidade cognitiva para compreensão e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A coleta de dados ocorreu ao longo de três meses, por meio de prontuários e aplicação do SPICT-BR. Observou-se predomínio do sexo masculino e alta prevalência de hipertensão arterial e diabetes mellitus. O instrumento classificou 56 pacientes como elegíveis aos cuidados paliativos, sem diferenças clínicas relevantes entre os grupos. Dos 107 pacientes, 79 relataram declínio funcional após o início da hemodiálise. Entre esses, 30 foram elegíveis aos cuidados paliativos, segundo o SPICT-BR. Além disso, observou-se baixo conhecimento sobre cuidados paliativos, predominando a associação à terminalidade entre os que afirmaram conhecê-los. Concluiu-se que houve elevada prevalência de elegibilidade para cuidados paliativos, associada a declínio funcional, bem como importante desconhecimento sobre o tema, reforçando a necessidade de maior integração dessa abordagem na prática clínica e de estratégias educativas.

**Palavras-chave:** Cuidados Paliativos; Hemodiálise; Doença renal crônica; SPICT-BR.

## ABSTRACT

Initially focused on pain management in patients with terminal cancer, palliative care has evolved since 1967 into a model centered on quality of life and physical, psychological, and social well-being. Despite this conceptual advancement, its practical application remains limited in several clinical settings. This study aimed to analyze the prevalence of patients with a positive Supportive and Palliative Care Indicators Tool – Brazilian version (SPICT-BR) among individuals with end-stage chronic kidney disease in a hemodialysis clinic in Goiânia, GO. This is a cross-sectional analytical study conducted at TRS – Nephrology and Hemodialysis Clinic, including 107 patients aged over 18 years, of both sexes, undergoing treatment between August and October 2025. Individuals without cognitive capacity to understand and sign the Informed Consent Form were excluded. Data collection was carried out over three months through medical records and application of the SPICT-BR. There was a predominance of male patients and a high prevalence of hypertension and diabetes mellitus. The instrument classified 56 patients as eligible for palliative care, with no relevant clinical differences between groups. Of the 107 patients, 79 reported functional decline after the initiation of hemodialysis. Among these, 30 were eligible for palliative care according to the SPICT-BR. Additionally, low levels of knowledge about palliative care were observed, with a predominance of its association with terminality among those who reported being familiar with the concept. It was concluded that there was a high prevalence of eligibility for palliative care associated with functional decline, as well as a significant lack of knowledge on the subject, reinforcing the need for greater integration of this approach into clinical practice and for educational strategies.

**Keywords:** Palliative Care; Hemodialysis; Chronic Kidney Disease; SPICT-BR

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	7
--------------------	---

<b>2. REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>9</b>
<b>2.1. Contextualização dos Cuidados Paliativos no Brasil.....</b>	<b>9</b>
<b>2.2. Benefícios dos cuidados paliativos.....</b>	<b>10</b>
<b>2.3. Hemodiálise.....</b>	<b>12</b>
<b>2.4. Indicadores para o suporte em cuidados paliativos na doença renal crônica.....</b>	<b>14</b>
<b>2.5. Ferramenta SPICT-BR (Supportive &amp; Palliative Care Indicators Tool-Brazil).16</b>	
<b>3. OBJETIVOS.....</b>	<b>18</b>
<b>3.1. Objetivo geral.....</b>	<b>18</b>
<b>3.2. Objetivos específicos.....</b>	<b>18</b>
<b>4. METODOLOGIA.....</b>	<b>19</b>
<b>4.1. Delineamento do Estudo.....</b>	<b>19</b>
<b>4.2. Local do Estudo.....</b>	<b>19</b>
<b>4.3. População do Estudo.....</b>	<b>19</b>
<b>4.4. Cálculo Amostral.....</b>	<b>19</b>
<b>4.5. Critérios de Inclusão.....</b>	<b>19</b>
<b>4.6. Critérios de Exclusão.....</b>	<b>19</b>
<b>4.7. Coleta de Dados.....</b>	<b>20</b>
<b>4.8. Ficha de avaliação clínica.....</b>	<b>20</b>
<b>4.9. Questionário SPICT-BR.....</b>	<b>20</b>
<b>4.10. Aspectos Éticos.....</b>	<b>21</b>
<b>4.11. Análise estatística.....</b>	<b>21</b>
<b>5. RESULTADOS.....</b>	<b>22</b>
<b>6. DISCUSSÃO.....</b>	<b>26</b>
<b>7. CONCLUSÃO.....</b>	<b>30</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>31</b>
<b>APÊNDICES.....</b>	<b>36</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>43</b>





## 1. INTRODUÇÃO

O termo “cuidados paliativos” tem origem na palavra “hospice”, utilizada na Idade Média para designar abrigos destinados a viajantes e peregrinos. Com o passar do tempo, essas instituições passaram a acolher pessoas enfermas e evoluíram para locais voltados ao cuidado de pacientes em fase avançada de doença. Em 1967, a inglesa Dame Cicely Saunders fortaleceu o desenvolvimento dos cuidados paliativos ao fundar o instituto “St. Christopher’s Hospice”, cujo principal objetivo era proporcionar alívio da dor a pacientes com câncer em fase terminal<sup>1</sup>.

Com o avanço dessa abordagem ao longo do tempo, os cuidados paliativos passaram a destacar-se pela capacidade de reduzir a carga de sintomas e melhorar a qualidade de vida dos pacientes, ampliando o conceito de cuidado em saúde. Dessa forma, essa modalidade assistencial passou a contemplar não apenas o bem-estar físico, mas também aspectos psicossociais e espirituais do indivíduo. Nesse contexto, pacientes portadores de doença renal crônica em terapia de hemodiálise configuram um grupo potencialmente elegível para a abordagem paliativa, visando à melhoria da qualidade de vida<sup>2</sup>.

A hemodiálise é a terapia de substituição renal mais utilizada no mundo, sendo indicada para pacientes com doença renal terminal devido à sua capacidade de substituir, de forma parcial ou total, às funções exercidas pelos rins<sup>3-4</sup>. Nas últimas décadas, o uso da hemodiálise em pacientes com necessidade de terapia de substituição renal tem se expandido, embora fatores como acesso, custo e resultados apresentem variações de acordo com a localidade<sup>4</sup>.

Pacientes submetidos cronicamente à hemodiálise frequentemente relatam diversos sintomas que interferem negativamente em sua qualidade de vida. Dessa forma, a equipe médica envolvida no tratamento deve estar atenta à identificação desses sintomas e buscar estratégias para gerenciá-los e, quando possível, amenizá-los, considerando as prioridades estabelecidas pelo próprio paciente<sup>5</sup>. Nesse sentido, os cuidados paliativos assumem papel relevante, uma vez que visam ao controle de sintomas e à promoção do bem-estar global.

O processo de cuidados paliativos em pacientes em hemodiálise envolve o estabelecimento de um plano de cuidado a ser adotado até o fim da vida, incluindo decisões relacionadas ao momento de eventual retirada da hemodiálise, ao manejo da dor e ao atendimento das necessidades emocionais, espirituais e sociais do paciente. Nesse contexto, os cuidados paliativos apresentam grande relevância para o alívio de sintomas e para a melhoria da qualidade de vida de pacientes com doença renal crônica avançada<sup>6-7</sup>.

Entretanto, os profissionais de saúde enfrentam diversos desafios na implementação de medidas paliativas no cuidado de pacientes em hemodiálise. Entre essas dificuldades, destacam-se o reconhecimento, em tempo oportuno, dos pacientes que necessitam dessa abordagem, as barreiras na comunicação com pacientes e familiares sobre a terminalidade da doença e as limitações no domínio teórico acerca do tema<sup>8</sup>. Ademais, falhas na comunicação entre a equipe médica, os pacientes e seus familiares podem prejudicar a compreensão e a aceitação das propostas de cuidados paliativos<sup>9-11</sup>.

Apesar de sua relevância, ainda persiste entre pacientes, cuidadores e profissionais de saúde um desconhecimento acerca do conceito, dos objetivos e dos benefícios dos cuidados paliativos. Cercados por estigmas e limitações, esses cuidados enfrentam, além de sua complexidade assistencial, barreiras relacionadas à identificação, abordagem e manejo adequado dos pacientes que deles necessitam<sup>12</sup>.

Diante desse cenário, torna-se necessário o desenvolvimento de estratégias que auxiliem os profissionais de saúde na identificação precoce de pacientes que possam se beneficiar de cuidados paliativos. Nesse contexto, o SPICT-BR consiste em uma ferramenta de indicadores de cuidados paliativos e de suporte adaptada para o português. Esse instrumento foi originalmente desenvolvido no Reino Unido com o objetivo de auxiliar profissionais de saúde na identificação, em tempo oportuno, de pacientes elegíveis para cuidados paliativos<sup>13</sup>.

Apesar da crescente relevância dos cuidados paliativos no manejo de pacientes com doenças crônicas avançadas, observou-se nas buscas realizadas uma lacuna importante quanto à avaliação da prevalência de indivíduos elegíveis para essa abordagem em serviços de hemodiálise. Estudos prévios apontam não apenas a escassez de investigações nesse cenário específico, mas também a limitada utilização de ferramentas estruturadas de identificação, como o SPICT-BR<sup>14-16</sup>, o que dificulta a sistematização do reconhecimento dessas necessidades na prática clínica. Dessa forma, o presente estudo tem como objetivo analisar a prevalência de pacientes com SPICT-BR positivo entre portadores de doença renal crônica terminal em uma clínica de hemodiálise localizada em Goiânia.

## **2. REVISÃO DE LITERATURA**

### **2.1. Contextualização dos Cuidados Paliativos no Brasil**

Historicamente, os primeiros serviços de cuidados paliativos no Brasil foram iniciados entre 1970 e 1980 após o fim da ditadura<sup>17</sup>. Contudo, a disseminação dessa cultura ocorreu apenas nos anos 1990, impulsionada pelo aumento da expectativa de vida da população<sup>18,19</sup>. De acordo com a Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP, 2018)<sup>20</sup>, atualmente há 177

serviços de cuidados paliativos distribuídos nas cinco regiões brasileiras, sendo que 58% estão concentrados na região Sudeste. Essa seletividade de serviços, somada às limitações do Sistema Único de Saúde, contribuiu para a perpetuação de barreiras na prática dos cuidados paliativos<sup>21,22</sup>.

Desde 2018, os cuidados paliativos são definidos como um cuidado ativo, abrangente, oferecido a pessoas de qualquer idade com doença aguda ou crônica, ou qualquer alteração de saúde que implique repercussão funcional, impacto na qualidade de vida ou risco de morte<sup>22</sup>. Além do cuidado físico da pessoa doente, há uma atenção abrangente às necessidades psicológicas, espirituais e sociais, destacando-se a inclusão dos familiares e cuidadores<sup>20-23</sup>.

O objetivo principal dos cuidados paliativos é melhorar a qualidade de vida, focando no alívio de qualquer tipo de sofrimento do paciente e de sua família<sup>24</sup>. A partir disso, afasta-se a crença de que cuidados paliativos são sinônimos de cuidados de fim de vida, estes últimos sendo prestados aos pacientes que estão nos últimos dias de vida, com deterioração clínica irreversível e/ou morte iminente<sup>25</sup>.

De acordo com o mapeamento mundial realizado pela Aliança Mundial de Cuidados Paliativos (Worldwide Hospice Palliative Care Alliance), em colaboração com diversas universidades, o Brasil foi classificado no nível 3b, dentro de uma escala de seis categorias (1, 2, 3a, 3b, 4a e 4b), na qual os níveis mais próximos de 1 indicam melhor fornecimento de cuidados paliativos. Essa classificação evidencia as dificuldades enfrentadas no Brasil para oferecer uma assistência de qualidade no campo dos cuidados paliativos, destacando a falta de recursos físicos, materiais, humanos e financeiros necessários para a prestação de um atendimento adequado<sup>25-26</sup>.

Para melhorar a qualidade da saúde no contexto dos cuidados paliativos, é fundamental enfrentar diversos desafios estruturais e educacionais. Entre eles, a formação teórica, prática e psicológica dos profissionais de saúde se destaca como um ponto crítico. Claramente, grande parte dos profissionais não estão adequadamente preparados para atuar nesse campo, o que limita a qualidade da assistência oferecida<sup>27</sup>.

A capacitação de profissionais de saúde é essencial para superar as barreiras que ainda envolvem a implementação dos cuidados paliativos no Brasil. Acredita-se que a melhoria referida refletiria na melhoria de desafios como: falta de compreensão e de conhecimento sobre esses cuidados, equívocos sobre os conceitos e avaliação da condição do paciente<sup>28-29</sup>.

## 2.2. Benefícios dos cuidados paliativos

Os cuidados paliativos constituem uma abordagem essencial na assistência à saúde de pacientes com doenças crônicas, progressivas e ameaçadoras da vida, com foco no alívio do sofrimento e na melhoria da qualidade de vida de pacientes e familiares. Diferentemente do modelo tradicional centrado exclusivamente na cura, os cuidados paliativos promovem uma assistência integral, contemplando dimensões físicas, psicológicas, sociais e espirituais, devendo ser iniciados precocemente no curso da doença<sup>30</sup>.

Neste contexto, destaca-se um modelo gráfico amplamente descrito na literatura, capaz de exemplificar de forma didática e integrada a dinâmica dos cuidados paliativos ao longo da evolução das doenças crônicas e ameaçadoras da vida. Esse modelo é composto por duas curvas principais, nas quais o eixo horizontal representa o tempo e a progressão da doença, desde o momento do diagnóstico até o óbito do paciente, incluindo ainda o acompanhamento dos familiares no período de luto. O eixo vertical, por sua vez, representa a intensidade dos cuidados ofertados, abrangendo tanto as intervenções com finalidade curativa quanto aquelas voltadas ao cuidado paliativo<sup>30-31</sup>.

O modelo apresenta duas áreas que se sobrepõem ao longo do tempo, simbolizando a integração progressiva entre diferentes abordagens terapêuticas. Inicialmente, observa-se predominância da curva correspondente ao tratamento modificador da doença, refletindo a adoção de intervenções com objetivo curativo ou de controle da patologia de base, como quimioterapia, terapias imunossupressoras, controle glicêmico rigoroso, entre outras estratégias específicas. Nesse período, os cuidados paliativos encontram-se presentes, porém com menor intensidade, atuando de forma complementar no manejo de sintomas e no suporte global ao paciente.

À medida que a doença evolui e ocorre declínio funcional progressivo, há uma redução gradual da eficácia das terapias modificadoras da doença, o que se reflete na diminuição da intensidade dessa curva ao longo do tempo. Esse fenômeno evidencia a limitação das abordagens exclusivamente curativas em fases avançadas da doença, reforçando a necessidade de transição para estratégias centradas no conforto e na qualidade de vida<sup>30</sup>.

Paralelamente, a curva dos cuidados paliativos apresenta comportamento inverso, iniciando-se de forma mais discreta nas fases iniciais, mas com crescimento progressivo conforme o agravamento do quadro clínico e a limitação do prognóstico. Nesse contexto, os cuidados paliativos passam a assumir papel central na assistência, com foco no controle rigoroso

de sintomas físicos, como dor e dispneia, além do suporte psicológico, social e espiritual ao paciente e sua família. Evidências recentes demonstram que essa integração precoce está associada à melhora significativa da qualidade de vida, redução do sofrimento emocional e maior satisfação com o cuidado<sup>32-33</sup>.

Além disso, a sobreposição entre as curvas ao longo do tempo reforça um conceito fundamental da prática contemporânea: os cuidados paliativos não devem ser compreendidos como uma abordagem restrita ao fim da vida, mas sim como uma estratégia que deve ser iniciada precocemente e integrada ao tratamento modificador da doença. Essa perspectiva contribui para a superação de concepções equivocadas ainda presentes na prática clínica, nas quais os cuidados paliativos são erroneamente associados apenas à terminalidade<sup>30</sup>.

Outro aspecto relevante contemplado pelo modelo é a inclusão do período pós-óbito, evidenciando que a assistência paliativa se estende além da morte do paciente. O acompanhamento à família enlutada constitui componente essencial dessa abordagem, oferecendo suporte emocional, psicológico e, quando necessário, espiritual aos familiares e cuidadores. Essa continuidade do cuidado reforça o caráter humanizado, integral e longitudinal dos cuidados paliativos, alinhado aos princípios da medicina centrada na pessoa e na valorização da dignidade humana em todas as fases do ciclo de vida<sup>30-34</sup>.

Dessa forma, o modelo gráfico não apenas ilustra a transição entre diferentes modalidades de cuidado, mas também evidencia a importância da integração precoce e progressiva dos cuidados paliativos, contribuindo para uma assistência mais adequada às necessidades reais do paciente, com foco na qualidade de vida, no alívio do sofrimento e no respeito à autonomia<sup>30-32</sup>.

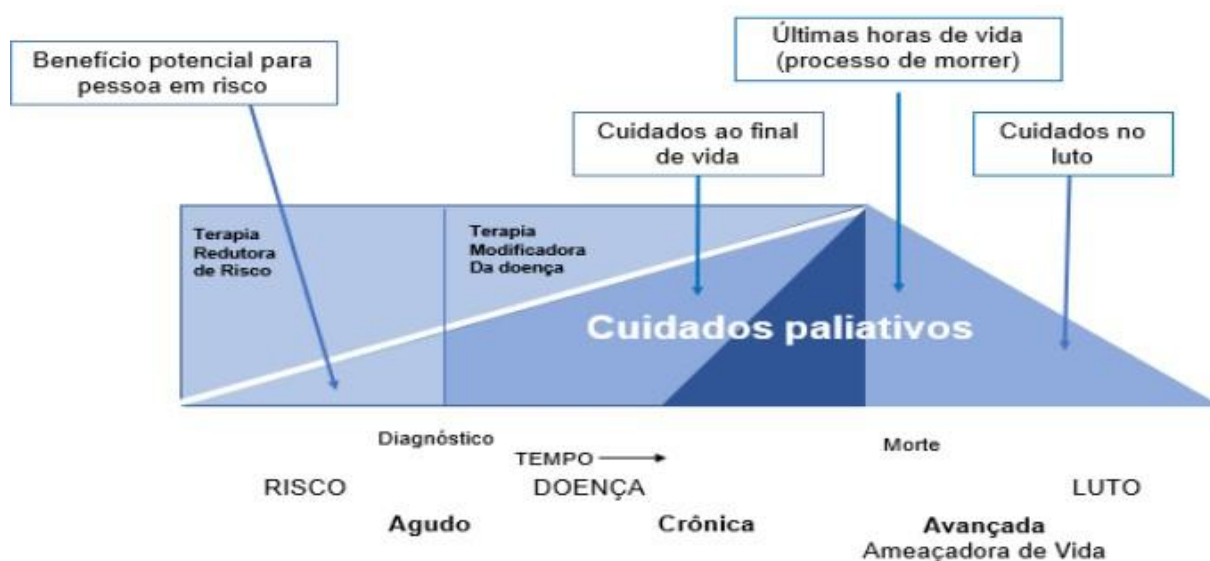


Figura 1 - Gráfico do benefício dos cuidados paliativos de acordo com as fases da doença.

Fonte: SANTOS, L. N.; et al; 2023

### 2.3. Hemodiálise

A doença renal crônica (DRC) caracteriza-se pela perda progressiva, irreversível e, na maioria das vezes, lenta da função renal, comprometendo a capacidade dos rins de realizar funções essenciais, como a excreção de metabólitos nitrogenados, regulação do equilíbrio hidroeletrolítico e manutenção da homeostase ácido-base. Essa condição é classificada em estágios de acordo com a taxa de filtração glomerular, sendo considerada em estágio terminal quando há falência quase completa da função renal, o que torna necessária a implementação de terapias renais substitutivas, como a hemodiálise, diálise peritoneal ou transplante renal. A DRC está frequentemente associada a doenças crônicas não transmissíveis, como hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus, que contribuem para sua progressão e aumentam a morbimortalidade dos pacientes<sup>35-36</sup>.

Nesse contexto, a hemodiálise se destaca como uma das principais modalidades de terapia renal substitutiva. Trata-se de um procedimento extracorpóreo no qual o sangue do paciente é removido temporariamente do organismo e conduzido a um sistema de filtração composto por um dialisador contendo uma membrana semipermeável. Por meio de processos físico-químicos como difusão, convecção e ultrafiltração, ocorre a remoção de substâncias tóxicas acumuladas no organismo, como ureia e creatinina, além da retirada do excesso de líquidos, contribuindo para a manutenção do equilíbrio interno<sup>35</sup>.

A realização da hemodiálise requer um acesso vascular adequado, sendo a fístula arteriovenosa considerada o padrão-ouro devido à sua maior durabilidade e menor taxa de complicações infecciosas. Outras alternativas incluem enxertos vasculares e cateteres venosos centrais, que, embora úteis em situações específicas, apresentam maior risco de infecção, trombose e disfunção. A escolha do tipo de acesso depende de fatores clínicos, urgência do início da terapia e condições vasculares do paciente<sup>40-41</sup>.

As sessões de hemodiálise convencional são geralmente realizadas em centros especializados, com frequência de três vezes por semana e duração média de três a quatro horas. No entanto, com o avanço tecnológico e a busca por maior individualização do cuidado, outras modalidades vêm sendo desenvolvidas, como a hemodiálise diária de curta duração, a hemodiálise noturna prolongada e a hemodiálise domiciliar. Essas abordagens visam melhorar

a eficácia do tratamento, reduzir flutuações metabólicas e proporcionar maior flexibilidade e autonomia ao paciente, embora sua implementação dependa de infraestrutura adequada e capacitação do paciente e familiares<sup>37-39</sup>.

Ao longo das últimas décadas, a hemodiálise passou por importantes transformações, deixando de ser um procedimento restrito ao ambiente hospitalar para se tornar mais acessível e amplamente disponível. Esse avanço contribuiu significativamente para o aumento da sobrevivência de pacientes com doença renal crônica avançada, modificando o curso natural da doença, que anteriormente era fatal. Entretanto, apesar desses progressos, a terapia dialítica não está isenta de limitações, estando associada a elevada morbimortalidade, impacto significativo na qualidade de vida e custos elevados para os sistemas de saúde<sup>37-39</sup>.

Os pacientes submetidos à hemodiálise frequentemente apresentam uma elevada carga sintomática, decorrente tanto da própria doença de base quanto do tratamento. Entre os sintomas mais relatados destacam-se fadiga, dor, prurido, distúrbios do sono, câibras musculares, alterações de humor, ansiedade e depressão. Esses sintomas são frequentemente persistentes e subtratados, contribuindo para redução da qualidade de vida e maior sofrimento físico e emocional<sup>40-41</sup>.

Além disso, complicações relacionadas diretamente ao procedimento dialítico são comuns e podem ocorrer tanto de forma aguda quanto crônica. Durante as sessões, podem ocorrer instabilidade hemodinâmica, hipotensão, náuseas e cefaleia. A longo prazo, a interação contínua entre o sangue e a membrana dialítica pode desencadear processos inflamatórios, contribuindo para complicações cardiovasculares e perda progressiva da função renal residual. Soma-se a isso o aumento do risco de infecções, especialmente em pacientes com cateteres, e a necessidade frequente de terapias adjuvantes, como o uso de eritropoietina para manejo da anemia associada à doença renal crônica<sup>40-41</sup>.

Outro aspecto relevante diz respeito ao impacto psicossocial da hemodiálise. A dependência de um tratamento contínuo, associado a restrições dietéticas, limitações físicas e mudanças na rotina diária, pode levar à perda de autonomia, isolamento social e comprometimento da saúde mental. Muitos pacientes enfrentam dificuldades para manter atividades laborais e relações sociais, o que contribui para piora da qualidade de vida e aumento da vulnerabilidade emocional<sup>38-39</sup>.

Além disso, a mortalidade entre pacientes em terapia dialítica permanece elevada, especialmente em indivíduos idosos e com múltiplas comorbidades. A evolução clínica desses

pacientes é frequentemente marcada por declínio funcional progressivo, hospitalizações recorrentes e aumento da dependência de cuidados. Nesse cenário, torna-se evidente a necessidade de uma abordagem mais abrangente e centrada no paciente, que vá além do tratamento puramente técnico da doença<sup>35-39</sup>.

Dessa forma, a integração dos cuidados paliativos ao tratamento dialítico surge como uma estratégia fundamental para melhorar a qualidade da assistência. A incorporação precoce dessa abordagem permite o manejo adequado de sintomas, suporte psicossocial e espiritual, além de favorecer a comunicação entre equipe de saúde, paciente e familiares. Isso possibilita a tomada de decisões compartilhadas, alinhadas aos valores e preferências do paciente, promovendo maior conforto, dignidade e qualidade de vida ao longo de toda a trajetória da doença<sup>38-39</sup>.

#### **2.4. Indicadores para o suporte em cuidados paliativos na doença renal crônica**

Pacientes em hemodiálise apresentam elevada carga sintomática e importante comprometimento da qualidade de vida, o que os torna candidatos apropriados para a abordagem em cuidados paliativos. Nesse contexto, instrumentos como o SPICT têm sido amplamente utilizados para identificar precocemente indivíduos com doença renal crônica avançada que apresentam maior risco de deterioração clínica e mortalidade, permitindo a implementação oportuna de estratégias voltadas ao alívio de sintomas, conforto e suporte integral ao paciente<sup>38-39</sup>.

O SPICT baseia-se em indicadores clínicos gerais e específicos de doenças, incluindo declínio funcional progressivo, exacerbações frequentes, múltiplas comorbidades e necessidade crescente de suporte assistencial. No contexto da doença renal crônica, esses indicadores auxiliam na identificação de pacientes com pior prognóstico, muitas vezes ainda em acompanhamento regular nas unidades de diálise, favorecendo a antecipação de discussões sobre objetivos de cuidado e planejamento terapêutico<sup>38, 42</sup>.

Entretanto, apesar da disponibilidade de ferramentas validadas para identificação de necessidades paliativas, observa-se que apenas uma parcela reduzida dos pacientes recebe orientações adequadas sobre cuidados paliativos. Muitos não participam ativamente das decisões relacionadas ao seu tratamento, e frequentemente não há planejamento estruturado para o cuidado em fases avançadas da doença. Esse cenário evidencia uma lacuna importante na comunicação entre equipe de saúde e pacientes, o que pode impactar negativamente na qualidade da assistência e na adequação das intervenções terapêuticas<sup>40-41</sup>.

Além disso, a ausência de discussões precoces sobre prognóstico e preferências de cuidado pode levar a decisões não alinhadas aos valores do paciente, incluindo a continuidade de terapias potencialmente fúteis ou indesejadas. Estudos demonstram que uma parcela significativa de pacientes com doença renal crônica em estágio terminal não consegue participar ativamente das decisões no fim da vida, seja por declínio clínico, perda da capacidade funcional ou ausência de planejamento antecipado. Nesse sentido, a utilização de instrumentos como o SPICT também se mostra relevante para sinalizar o momento adequado para iniciar essas discussões e promover a tomada de decisão compartilhada<sup>42-43</sup>.

Adicionalmente, a implementação do SPICT em diferentes contextos de saúde, incluindo unidades de nefrologia, tem demonstrado boa aplicabilidade, auxiliando profissionais, inclusive não especialistas em cuidados paliativos, na identificação de pacientes que se beneficiariam dessa abordagem. Sua utilização contribui para a organização do cuidado, melhor comunicação entre equipe multiprofissional e maior integração entre tratamento curativo e paliativo<sup>40-41</sup>.

Nesse cenário, a incorporação de consultas especializadas em cuidados paliativos nas unidades de hemodiálise representa uma estratégia promissora e bem aceita pelos pacientes.

Evidências recentes indicam que essa integração está associada à melhora no controle de sintomas, maior satisfação com o cuidado, melhor compreensão do prognóstico e redução de intervenções desproporcionais no fim da vida. Dessa forma, a abordagem paliativa, quando integrada de maneira precoce e sistemática, contribui significativamente para a promoção da qualidade de vida, autonomia e dignidade dos pacientes com doença renal crônica avançada<sup>42-44</sup>.

## **2.5. Ferramenta SPICT-BR (Supportive & Palliative Care Indicators Tool- Brazil)**

Com o envelhecimento da população e o aumento de doenças não transmissíveis espera-se que a demanda por cuidados paliativos aumente e, dessa forma, cada vez mais médicos não especialistas podem ser necessários para gerenciar esse cuidado<sup>36-37</sup>. Por isso é essencial que mesmo médicos não especialistas sejam capazes de prever a necessidade de se iniciar os cuidados paliativos com base clínica na deterioração do paciente<sup>36-38</sup>.

Contudo, as evidências relatam que os clínicos se sentem inadequadamente preparados para discutir cuidados de fim de vida ou mesmo não tem certeza do momento adequado para se iniciar essa discussão, muitos relataram desconforto em abordar tal assunto<sup>38</sup>. Mesmo que tal abordagem seja considerada de grande importância para o paciente e para sua qualidade de vida<sup>39-40</sup>.

O SPICT-BR é, portanto, uma ferramenta clínica estruturada criada em 2010 no Reino Unido por um grupo de pesquisa em cuidados paliativos na universidade Edimburgo para ajudar profissionais da saúde, facilitando a avaliação dos pacientes em risco de deterioração e morte, assim como para apoiar os profissionais à iniciar cuidados paliativos em tempo hábil<sup>44-46</sup>.

Essa ferramenta é composta por dois grupos principais de indicadores, o primeiro analisa os indicadores gerais de saúde, os quais refletem sinais de deterioração global do estado de saúde, como internações hospitalares não programadas, declínio funcional progressivo. Seguido por uma análise dos indicadores clínicos específicos relacionados a condições de saúde que limitam a vida, como: câncer, doença respiratória, cardiovascular, renal, hepática, neurológica, demência/fragilidade e outras, focando na análise da extensão da doença, o grau de acometimento e a limitação da funcionalidade<sup>45-47</sup>.

Essa combinação permite uma avaliação sistemática das necessidades paliativas não atendidas, oferecendo um suporte simples e aplicável por profissionais de saúde, inclusive aqueles sem especialização em cuidados paliativos<sup>45-48</sup>.

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1. Objetivo geral**

Analisar a prevalência de pacientes com SPICT-BR positiva entre portadores de doença renal crônica terminal em uma clínica de hemodiálise localizada em Goiânia.

#### **3.2. Objetivos específicos**

Caracterizar o perfil sociodemográfico e clínico dos pacientes com doença renal crônica terminal em hemodiálise.

Comparar o tempo de tratamento hemodialítico e declínio funcional com a positividade do SPICT-BR.

Avaliar o nível de conhecimento dos pacientes em hemodiálise sobre cuidados paliativos e suas percepções quanto a essa abordagem.

### **4. METODOLOGIA**

#### **4.1. Delineamento do Estudo**

Trata-se de um estudo analítico transversal.

#### **4.2. Local do Estudo**

A pesquisa foi realizada na clínica TRS - Nefrologia e Hemodiálise, sendo essa a instituição co-participante. A clínica de Terapia Renal Substitutiva é uma unidade particular em parceria com a rede do Sistema Único de Saúde (SUS), em Goiânia, Goiás, Brasil.

#### **4.3. População do Estudo**

Participaram da pesquisa: pacientes adultos, maiores ou igual a dezoito anos, de ambos os sexos, que estavam em regime de hemodiálise na clínica TRS. Conforme levantamento estatístico de controle de atendimento pelo responsável técnico do estabelecimento, mensalmente, a média de pacientes que realizam efetivamente hemodiálise na clínica é de 147 pacientes entre admissões e óbitos.

#### **4.4. Cálculo Amostral**

Foram avaliados neste estudo 107 pacientes, conforme o cálculo amostral:  $n = N \cdot Z^2 \cdot p \cdot (1-p) / Z^2 \cdot p \cdot (1-p) + e^2 \cdot (N-1)$ , onde, n = amostra calculada, N = população, Z = variável normal padronizada associada ao nível de confiança (95%) , p = verdadeira probabilidade do evento, e = erro amostral (5%)<sup>19</sup>.

#### **4.5. Critérios de Inclusão**

Constituem-se como critérios de inclusão para o estudo, pacientes acima de dezoito anos, de ambos os sexos, que realizarem sessões de hemodiálise na clínica TRS - nefrologia e hemodiálise, independentemente do tempo de início e frequência de sessões realizadas, entre os meses agosto de 2025 a outubro de 2025, e que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A).

#### **4.6. Critérios de Exclusão**

Foram excluídos pacientes que não tinham funções cognitivas plenas necessárias para entendimento e/ou assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) sendo decidido tal capacidade pelo médico plantonista da unidade.

#### **4.7. Coleta de Dados**

A coleta de dados teve duração de três meses, sendo esses agosto, setembro e outubro de 2025, iniciada a partir da aprovação no Comitê de Ética e Pesquisa. Inicialmente o paciente foi abordado em seu posto de hemodiálise para realização da leitura e assinatura do TCLE, além de esclarecimento sobre eventuais dúvidas.

Após a assinatura, foi aplicado o questionário SPICT-BR (ANEXO A) e a ficha clínica. As informações para respostas ao questionário foram coletadas tanto do prontuário quanto dos próprios pacientes em entrevista na clínica.

#### **4.8. Ficha de avaliação clínica**

A ficha de avaliação clínica (APÊNDICE B) tem como informações dos pacientes: código de identificação, sexo, idade, estado civil, escolaridade, comorbidades, profissão, hábitos de vida, local de procedência, diagnóstico clínico, tempo de hemodiálise, internações prévias com motivo da internação e se o paciente saberia definir o que era cuidados paliativos.

#### **4.9. Questionário SPICT-BR (Supportive & Palliative Care Indicators Tool-Brazil)**

O SPICT foi desenvolvido por pesquisadores da University of Edinburgh, no Reino Unido, sob liderança de Kirsty Boyd, com o objetivo de identificar pacientes com necessidades de cuidados paliativos de maneira estruturada. No Brasil, a ferramenta foi adaptada e validada como SPICT-BR por pesquisadores brasileiros, com destaque para Daniela Lacerda Santos e Flávia Tavares Silva Elias, que conduziram o processo de adaptação transcultural e avaliação de validade para uso no contexto nacional <sup>47</sup>

Trata-se de uma ferramenta clínica estruturada composta por dois grupos principais de indicadores. O primeiro refere-se aos indicadores gerais de saúde, os quais refletem sinais de deterioração global do estado de saúde, como internações hospitalares não programadas, declínio funcional progressivo com limitada reversibilidade, dependência de terceiros para os cuidados pessoais devido ao aumento de problemas físicos e/ou saúde mental, perda de peso progressiva, permanência abaixo do peso, baixa massa muscular, sintomas persistentes apesar do tratamento otimizado das condições de base, e ainda, a pessoa ou a família solicita cuidados paliativos, opta por reduzir, parar ou não fazer o tratamento ou deseja focar na qualidade de vida.

O segundo grupo inclui indicadores clínicos específicos relacionados a condições de saúde que limitam a vida, como: câncer, doença respiratória, cardiovascular, renal, hepática, neurológica, demência/fragilidade e outras, focando na análise da extensão da doença, o grau de acometimento, a limitação da funcionalidade, impossibilidade, ineficiência ou ainda decisão por parar ou não iniciar o tratamento.

A elegibilidade do paciente aos cuidados paliativos é considerada pela presença de dois ou mais indicadores gerais associado a pelo menos um indicador específico por condição clínica. Essa combinação permite a identificação sistemática e precoce de pacientes em declínio clínico potencialmente elegíveis para cuidados paliativos.

#### **4.10. Aspectos Éticos**

O projeto de pesquisa foi submetido e aprovado com o número de parecer 7.694.903 pelo Comitê de Ética de referência da Universidade Evangélica de Goiás (ANEXO B) conforme orientação da Resolução CNS n 466/2012. Todos os pacientes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

Os aspectos éticos foram respeitados garantindo a confidencialidade dos dados pessoais. Parte da pesquisa foi realizada com a manipulação de prontuários, conforme autorização do termo de autorização para utilização e manuseio de dados (APÊNDICE C). Foi considerada a Carta Curricular n° 039/2011/CONEP/CNS/GB/MS<sup>49</sup> que trata do uso de dados de prontuários para fins de pesquisa.

#### **4.11. Análise estatística**

Os dados foram tabulados no programa Microsoft Excel® e posteriormente exportados para o software SPSS (Statistical Package for the Social Sciences), versão 23.0, para a realização das análises descritivas e inferenciais.

Inicialmente, foi conduzida uma análise descritiva, com cálculo de média e desvio-padrão para as variáveis quantitativas e de frequência absoluta e relativa (porcentagem) para as variáveis qualitativas. Para a comparação entre os grupos de pacientes elegíveis e não elegíveis, foi utilizado o teste do Qui-quadrado ( $\chi^2$ ). Adotou-se um nível de significância de  $p < 0,05$ .

### **5. RESULTADOS**

A amostra foi composta por 107 pacientes, sendo 63 homens e 44 mulheres, com idades entre 18 e 93 anos. Todos estavam em programa regular de hemodiálise ambulatorial, acompanhados em uma clínica especializada em nefrologia localizada em Goiânia (GO), Brasil.

Em relação à atividade profissional, a maioria dos participantes era aposentado (52%), seguida por pessoas do lar, pensionistas ou sem ocupação remunerada (12%). Aproximadamente 11% exerciam atividades autônomas, como comerciante, barbeiro ou motorista. As demais ocupações, incluindo profissionais liberais, técnicos, funcionários públicos e empresários, tiveram menor representação na amostra.

Em relação às comorbidades, observou-se predomínio de hipertensão arterial sistêmica (83%) e diabetes mellitus (49%) entre os participantes. Doenças cardíacas estavam presentes em aproximadamente um quarto da amostra (25%), seguidas por doenças neurológicas (15%).

Casos de câncer e hepatopatias foram menos frequentes, enquanto HIV e lúpus ocorreram isoladamente. Apenas 11% dos pacientes não apresentaram comorbidades associadas.

A aplicação do questionário SPICT-BR permitiu classificar a amostra em pacientes elegíveis (n=56) e não elegíveis (n=51) aos cuidados paliativos. A Tabela 1 apresenta a caracterização social e clínica dos participantes, incluindo idade, sexo, estado civil e comorbidades.

**Tabela 1** – Dados sociais e clínicos dos pacientes renais crônicos. Média e desvio padrão da idade. Porcentagem de em sexo, estado civil, comorbidades, e diagnóstico etiológico para os pacientes elegíveis e não elegíveis aos cuidados paliativos, Goiânia (GO).

Variáveis	Total (n=107)	Pacient		p*
		Elegíveis (n=56)	Não elegíveis (n=51)	
	Média ± DP	Média ± DP	Média ± DP	
<b>Idade (anos)</b>	59,71±15,85	57,57±16,66	62,24±14,67	0.129
	<b>n (%)</b>	<b>n (%)</b>	<b>n (%)</b>	<b>p*</b>
<b>Sexo</b>				
Masculino	63 (58,9)	28 (50)	35 (68,6)	0,050
Feminino	44 (41,1)	28 (50)	16 (31,4)	
<b>Estado Civil</b>				
Casado(a)	20 (18,7)	12 (21,4)	8 (15,7)	0,777
Solteiro(a)	62 (57,9)	30 (53,6)	32 (62,7)	
Divorciado(a)	10 (9,3)	6 (10,7)	4 (7,8)	
Viúvo(a)	15 (14)	8 (14,3)	7 (13,7)	
<b>Comorbidades</b>				
<i>Apenas hipertensão Arterial</i>				
Sim	40 (76,6)	42 (75)	40 (78,4)	0,675
Não	11 (23,4)	14 (25)	11 (21,6)	
<i>Apenas diabetes</i>				
Sim	42 (39,3)	21 (37,5)	21 (41,2)	0,697
Não	65 (60,7)	35 (62,5)	30 (58,8)	
<i>HAS e DM</i>				
Sim	38 (35,5)	18 (32,1)	20 (39,2)	0,445
Não	69 (64,5)	38 (67,9)	31 (60,8)	

**Diagnóstico Etiológico**

Nefropatia hipertensiva	21 (19,6)	14 (25)	7 (13,7)	0,245
Nefropatia diabética	13 (12,1)	5 (8,9)	8 (15,7)	
Outros	73 (68,2)	37 (66,1)	36 (70,6)	

HAS, Hipertensão Arterial Sistêmica; DM, Diabetes Mellitus; DP, Desvio padrão; Valor de p obtido pelo teste qui-quadrado. Adotou-se um nível de significância de  $p < 0,05$ . **Fonte:** Autores (2025).

A Tabela 2 apresenta a classificação dos pacientes elegíveis e não elegíveis aos cuidados paliativos, conforme o tempo em hemodiálise (HD), declínio funcional e conhecimento sobre cuidados paliativos. Na análise das variáveis clínicas, observou-se que o tempo de hemodiálise não apresentou associação estatisticamente significativa com a elegibilidade segundo o SPICT-BR ( $p = 0,902$ ). A distribuição entre os grupos foi semelhante, com predomínio de pacientes em diálise há 1 a 2 anos (49,5%). Em contrapartida, o declínio funcional apresentou associação significativa ( $p = 0,001$ ), sendo identificado em 46,4% dos pacientes elegíveis e em apenas 3,9% dos não elegíveis. Esses achados sugerem que o comprometimento funcional constitui um marcador clínico relevante para a identificação de pacientes com maior necessidade de cuidados paliativos.

Quando avaliado o conhecimento sobre cuidados paliativos observou-se predominante desconhecimento sobre cuidados paliativos entre os participantes, independentemente da elegibilidade pelo SPICT-BR. Entre os pacientes elegíveis para cuidados paliativos, 64,3% afirmaram não saber o que são cuidados paliativos, e entre os não elegíveis, esse percentual foi ainda maior (82,4%). Apesar disso, verificou-se maior proporção de conhecimento entre os elegíveis quando comparados aos não elegíveis (35,7% vs. 17,6%).

A análise estatística demonstrou associação significativa entre conhecimento sobre cuidados paliativos e elegibilidade ( $p = 0,036$ ), indicando que pacientes potencialmente elegíveis apresentaram maior frequência de relato de conhecimento sobre o tema. Contudo, destaca-se que, mesmo entre os elegíveis, a maioria desconhece o que venha a ser cuidados paliativos, evidenciando uma lacuna importante de informação na população estudada.

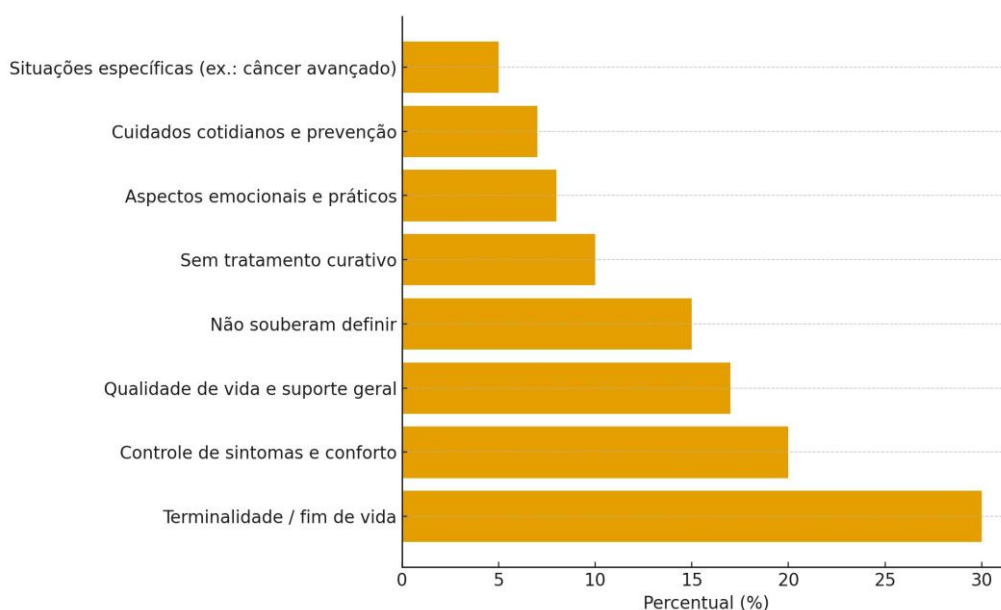
**Tabela 2** – Classificação do tempo de hemodiálise, declínio funcional e conhecimento sobre cuidados paliativos dos pacientes elegíveis e não elegíveis ( $n=107$ ), Goiânia (GO).

Variáveis	Total	Pacient		p*
	(n=107)	Elegíveis (n=56)	Não elegíveis (n=51)	
	n (%)	n (%)	n (%)	
<b>Tempo de Hemodiálise</b>				
1 a 2 anos	53 (49,5)	27 (48,2)	26 (51)	0,902

3 a 5 anos	17 (15,9)	8 (14,3)	9 (17,6)	
5 a 10 anos	17 (15,9)	10 (17,9)	7 (13,7)	
> 10 anos	20 (18,7)	11 (19,6)	9 (17,6)	
<b>Declínio funcional</b>				
Sim	28 (26,2)	26 (46,4)	2 (3,9)	0,001
Não	79 (73,8)	30 (53,6)	49 (96,1)	
<b>Conhecimento sobre cuidados paliativos</b>				
Sim	29 (27,1)	20 (35,7)	9 (17,6)	0,036
Não	78 (72,9)	36 (64,3)	42 (82,4)	

Valor de p obtido pelo teste qui-quadrado. Adotou-se um nível de significância de  $p < 0,05$ . **Fonte:** Autores (2025).

Ao categorizar a percepção dos pacientes sobre cuidados paliativos (Figura 2), entre os 29 que afirmaram conhecer o tema, 4 não conseguiram conceituar. Entre os demais, 9 (30%) associaram à terminalidade ou fim de vida, 5 (20%) ao controle de sintomas e conforto, e 4 (13,3%) à promoção da qualidade de vida e suporte geral. Outros conceitos foram citados em menor proporção: ausência de opções de tratamento curativo (3; 10%), aspectos emocionais e práticos (2; 6,7%), cuidados cotidianos e prevenção (1; 3,3%) e situações específicas, como câncer avançado (1; 3,3%).



**Figura 2** - Percepção do que é cuidados paliativos entre os pacientes que responderam saber o que eram os cuidados paliativos (n=29), Goiânia (GO). **Fonte:** Autores (2025)

## 6. DISCUSSÃO

A aplicação da SPICT-BR identificou 56 dos 107 indivíduos como elegíveis aos cuidados paliativos, evidenciando elevada prevalência nessa população. Observou-se predomínio do sexo masculino, com alta frequência de hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus, sendo a nefropatia hipertensiva e diabética as principais causas de doença renal crônica, sem associações estatisticamente significativas entre elegibilidade e variáveis sociodemográficas ou etiológicas, o que indica homogeneidade da amostra.

O tempo de hemodiálise não se associou à elegibilidade, apesar de quase metade da amostra apresentar duração de 1 a 2 anos, enquanto o declínio funcional mostrou relação significativa, com 26% dos participantes apresentando perda de funcionalidade e mais de 46% desses sendo elegíveis aos cuidados paliativos, configurando-se como importante marcador. Além disso, verificou-se baixo nível de conhecimento sobre cuidados paliativos, inclusive entre os elegíveis, e, entre aqueles que referiram conhecimento, predominou a associação ao fim de vida, apontando para elevada demanda potencial ainda pouco reconhecida na prática clínica e para uma importante lacuna de informação nessa população.

O presente estudo identificou, através da ferramenta SPICT-BR, prevalência de 52,3% de elegibilidade para cuidados paliativos em pacientes com doença renal crônica terminal em programa de hemodiálise. Este achado é relevante e evidencia a necessidade de ampliação da discussão e capacitação sobre o tema, corroborando estudos prévios que destacam a alta carga sintomática e o comprometimento da qualidade de vida nesta população<sup>5,16</sup>.

No contexto brasileiro, estudos que utilizaram o SPICT-BR em diferentes populações têm demonstrado sua aplicabilidade e efetividade<sup>41-44</sup>. A elevada prevalência encontrada no presente estudo pode refletir a complexidade clínica e a carga de comorbidades típicas dos pacientes em hemodiálise crônica, reforçando a importância de estratégias de identificação precoce nesta população específica. Considerando o perfil sociodemográfico e clínico, a amostra estudada apresentou predominância do sexo masculino (58,9%), com idade média de 59,71±15,85 anos, perfil compatível com dados epidemiológicos nacionais sobre doença renal crônica<sup>29</sup>.

A alta prevalência de hipertensão arterial sistêmica (83%) e diabetes mellitus (49%) identificada neste estudo reflete o perfil etiológico esperado para doença renal crônica terminal<sup>4,28</sup>. Estas condições constituem as principais causas de progressão para estágio

terminal da doença renal no Brasil e mundialmente conforme evidenciado por Bello et al. (2022) em análise epidemiológica dos desfechos em hemodiálise<sup>4</sup>.

Importante ressaltar que não foram observadas diferenças estatisticamente significativas entre os grupos elegíveis e não elegíveis quanto às variáveis sociodemográficas e diagnóstico etiológico ( $p>0,05$ ). Este achado sugere que a elegibilidade aos cuidados paliativos, conforme identificada pelo SPICT-BR, transcende características demográficas isoladas e reflete mais adequadamente o estado funcional e a deterioração clínica global do paciente, em consonância com os princípios da ferramenta<sup>38-39</sup>.

Além disso, um dos achados mais significativos deste estudo foi a forte associação entre declínio funcional e elegibilidade aos cuidados paliativos ( $p=0,001$ ). O declínio funcional esteve presente em 46,4% dos pacientes elegíveis, comparado a apenas 3,9% dos não elegíveis, evidenciando ser um marcador clínico robusto para identificação de pacientes com maior necessidade de abordagem paliativa.

Em consonância a isso, o manejo da carga sintomática em diálise de manutenção, ressalta que o comprometimento funcional está intimamente relacionado à qualidade de vida e deve orientar decisões terapêuticas e de suporte<sup>5-6</sup>. A identificação precoce deste declínio permite intervenções que visem preservar a autonomia, otimizar o controle sintomático e promover discussões sobre planejamento avançado de cuidados<sup>36</sup>.

Contudo, diferentemente do esperado, o tempo de tratamento hemodialítico não apresentou associação estatisticamente significativa com a elegibilidade para cuidados paliativos ( $p=0,902$ ). Este achado sugere que a deterioração clínica que justifica cuidados paliativos não é necessariamente tempo-dependente, mas sim relacionada à progressão individual da doença e suas complicações<sup>2</sup>.

Este resultado é particularmente relevante, pois desafia a noção de que cuidados paliativos devem ser considerados apenas em fases avançadas ou após longos períodos de terapia substitutiva. Nessa vertente, propõem uma visão centrada no paciente para o cuidado da doença renal em estágio terminal, questionando se a diálise deve ser vista como tratamento ponte ou destino final, e enfatizando a importância de avaliações individualizadas independentemente do tempo de tratamento<sup>35</sup>.

Ademais, um achado preocupante deste estudo foi o baixo nível de conhecimento sobre cuidados paliativos entre os participantes, com 72,9% da amostra total afirmando desconhecer o tema. Mesmo entre pacientes elegíveis para tais cuidados, 64,3% relataram não saber o que

são cuidados paliativos, embora este grupo tenha apresentado proporção significativamente maior de conhecimento comparado aos não elegíveis (35,7% vs. 17,6%;  $p=0,036$ ).

Este resultado é consistente com estudos prévios que documentam lacunas importantes no conhecimento sobre cuidados paliativos entre pacientes com doença renal crônica<sup>4,22</sup>. Logo, identificaram que apenas uma pequena porcentagem de pacientes com doença renal crônica avançada possuía conhecimento adequado sobre cuidados paliativos, e muitos não haviam discutido questões de planejamento avançado de cuidados com seus médicos.

A análise qualitativa das percepções revelou que, entre aqueles que afirmaram conhecer o tema, predominou a associação com terminalidade ou fim de vida (30%), seguida por controle de sintomas e conforto (20%). Esta visão limitada dos cuidados paliativos reflete estigmas persistentes que os associam exclusivamente aos últimos dias de vida.

Dessa forma, em análise observacional de consultas, evidenciaram que o manejo das compreensões sobre cuidados paliativos como algo além do cuidado imediatamente antes da morte é um desafio comunicacional importante<sup>25</sup>. Assim, identificaram relutância em aceitar cuidados paliativos devido a equívocos conceituais, destacando a necessidade de estratégias educacionais tanto para profissionais quanto para pacientes e familiares<sup>24</sup>.

Os resultados deste estudo têm importantes implicações práticas para o cuidado de pacientes com doença renal crônica em hemodiálise. A elevada prevalência de elegibilidade identificada (52,3%) evidencia que mais da metade dos pacientes em diálise poderiam se beneficiar de uma abordagem paliativa integrada ao cuidado nefrológico convencional. A identificação do declínio funcional como marcador clínico relevante sugere que avaliações funcionais sistemáticas poderiam ser incorporadas à rotina de seguimento dos pacientes em diálise. Ferramentas como o SPICT-BR podem facilitar esta identificação precoce, permitindo discussões oportunas sobre planejamento avançado de cuidados, metas terapêuticas e preferências do paciente<sup>41-44</sup>.

A relevância deste trabalho se fundamenta em sua população homogênea e substancial composta exclusivamente por pacientes em doença renal crônica terminal em hemodiálise ativa, acompanhados em um serviço especializado, reduzindo vieses clínicos e permitindo uma avaliação mais precisa dos critérios de elegibilidade. Além disso, a coleta realizada em cenário clínico real e em tempo oportuno confere maior validade externa aos achados permitindo que os resultados encontrados reflitam a prática clínica cotidiana. Da mesma forma, apesar da

importância dos cuidados paliativos na doença renal crônica terminal, estudos que avaliam sistematicamente a elegibilidade dos pacientes ainda são escassos, especialmente no contexto brasileiro, o que reforça a relevância deste estudo.

Ademais, não foram avaliados desfechos clínicos subsequentes ou a efetividade de intervenções paliativas nesta população, aspectos que mereceriam investigação em estudos prospectivos futuros. A ausência de dados sobre indicadores específicos do SPICT-BR mais prevalentes limita a compreensão detalhada dos padrões de deterioração clínica nesta população. Os achados deste estudo apontam direções importantes para pesquisas e intervenções futuras. Estudos longitudinais acompanhando pacientes identificados como elegíveis pelo SPICT-BR poderiam avaliar a evolução clínica, utilização de serviços de saúde e desfechos de qualidade de vida, fornecendo evidências sobre o valor preditivo da ferramenta<sup>42-44</sup>.

Intervenções educacionais estruturadas direcionadas a pacientes, familiares e profissionais de saúde sobre conceitos e benefícios dos cuidados paliativos são necessárias para superar barreiras de conhecimento identificadas. Nesse sentido, enfatizam a importância das perspectivas dos pacientes sobre tomada de decisão em diálise e cuidados de fim de vida, sugerindo que abordagens centradas no paciente e culturalmente sensíveis são fundamentais<sup>35</sup>.

A implementação de protocolos de rastreamento sistemático utilizando o SPICT-BR em serviços de nefrologia poderia facilitar a identificação precoce e referenciamento oportuno para equipes de cuidados paliativos. Modelos de cuidado integrado, com colaboração estreita entre nefrologistas e especialistas em cuidados paliativos, representam estratégias promissoras para melhoria da qualidade do cuidado.

Finalmente, esforços são necessários para ampliação do acesso a serviços de cuidados paliativos no Brasil, particularmente em regiões com menor disponibilidade. A integração dos cuidados paliativos como componente essencial do cuidado nefrológico, alinhada às diretrizes internacionais contemporâneas, deve ser priorizada nas políticas de saúde renal no país.<sup>17-20</sup>

Este estudo apresenta limitações que devem ser consideradas na interpretação dos resultados. O delineamento transversal impede inferências causais e avaliações longitudinais da evolução clínica dos pacientes. A coleta em uma única clínica de hemodiálise em Goiânia pode limitar a generalização dos achados para outras regiões do país com características demográficas e acesso a serviços de saúde distintos. A avaliação do conhecimento sobre cuidados paliativos foi baseada em autorrelato, podendo estar sujeita a vieses de compreensão

e interpretação. Estudos futuros poderiam empregar instrumentos validados de avaliação de conhecimento para caracterização mais precisa desta dimensão.

## **7. CONCLUSÃO**

A aplicação do questionário SPICT-BR demonstrou que mais da metade dos pacientes em hemodiálise se beneficiariam dos cuidados paliativos. Dessa forma, o questionário evidenciou-se um instrumento viável e útil na identificação de pacientes que seriam beneficiados com a abordagem paliativa integrada ao cuidado nefrológico. Sua adoção rotineira pode contribuir para o planejamento antecipado de cuidados, redução de internações desnecessárias e otimização da comunicação entre equipe, pacientes e familiares.

Os achados também revelaram uma lacuna expressiva no conhecimento sobre cuidados paliativos entre os participantes. O desconhecimento reflete a cultura educacional médica e a necessidade de ações educativas direcionadas a pacientes e profissionais da saúde, visando a desmistificação dos cuidados paliativos e a promoção do cuidado humanizado e centrado na qualidade de vida.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. SILVA, V. B. *et al.* Cuidados paliativos na doença renal crônica: revisão narrativa. **Revista Recien – Revista Científica de Enfermagem**, v. 14, n. 42, p. 609-628, 2024. DOI: 10.24276/rrecien2024.14.42.609628.
2. WORLD HEALTH ORGANIZATION (OMS). **World Health Organization Global Report on Palliative Care 2023 Update**. Genebra: OMS, 2023. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240063313>. Acesso em: 09 mar. 2026.
3. COOPER, A. L. *et al.* A period prevalence study of palliative care need and provision in adult patients attending hospital-based dialysis units. **Journal of Nephrology**, v. 38, p. 687-695, 2025. DOI: 10.1007/s40620-024-02193-2.
4. SILVA, A.; PIMENTA, R.; FRAZÃO, J. Literacia em saúde na pessoa com doença renal crônica em programa regular de hemodiálise. **Revista de Enfermagem Referência**, 2024, 6(3), p. 1-8. Disponível em: <https://revistas.rcaap.pt/referencia/article/view/36239>. Acesso em: 09 mar. 2026.
5. MEHROTRA, R. *et al.* Managing the symptom burden associated with maintenance dialysis: conclusions from a KDIGO Controversies Conference. **Kidney International**, v. 104, n. 3, p. 441-454, 2023. DOI: 10.1016/j.kint.2023.05.019.
6. LEMOS, K. C.; SOUZA, M. C. S.; BORGES, M. S. A dimensão espiritual dos cuidados paliativos na doença renal crônica: revisão integrativa. **Revista Enfermagem UERJ**, 2024.
7. MAHURA, M. *et al.* Use of the Supportive and Palliative Care Indicators Tool (SPICT™) for end-of-life discussions: a scoping review. **BMC Palliative Care**, v. 23, art. 119, 2024. DOI: 10.1186/s12904-024-01445-z.
8. XIE, Z. *et al.* Translation, cross-cultural adaptation and validation of the Supportive and Palliative Care Indicators Tool (SPICT) into Chinese. **BMC Palliative Care**, 24:1641, 2025. DOI: 10.1186/s12904-024-01641-x.
9. CAMPOS, C. L. S.; PINTO, S. C. A.; FERREIRA, I. P. Cuidados paliativos em cardiologia e nefrologia: evidências e lacunas no contexto brasileiro. **Revista JRG de Estudos Acadêmicos**, v. 8, n. 19, 2025. Disponível em: <https://revistajrg.com/index.php/jrg/article/view/2786>. Acesso em: 09 mar. 2026.
10. RODRIGUES, A. C. *et al.* Dying with end stage kidney disease: factors associated with place of death on a palliative care program. **J Bras Nefrol**, 46(1), 93–97, 2024.
11. TAVARES, A. P. S. *et al.* Evaluating palliative care needs in patients with advanced non-malignant chronic conditions: umbrella review. **Healthcare**, v. 14, n. 1, art. 46, 2026. DOI: 10.3390/healthcare14010046.
12. BLAI-D'AVILA, V. L. N. *et al.* Detecção e quantificação de pacientes hematológicos elegíveis para cuidados paliativos por meio da ferramenta de triagem Supportive and Palliative Care Indicators Tool. **Hematologia, Transfusão e Terapia Celular**, v. 45, supl. 4, p. S135, out. 2023. DOI: 10.1016/j.htct.2023.09.315.

*et al.*

13. PACHECO, D. Palliative needs in a list of users of a family health unit from an urban center. **MilleniUM**, v. 23, e34286, abr. 2024. Disponível em: <https://revistas.rcaap.pt/millennium/article/view/34286>. Acesso em: 09 mar. 2026.
14. GONÇALVES, I. *et al.* Avaliação das necessidades paliativas numa Unidade de Saúde Familiar. **Gazeta Médica**, v. 11, n. 4, out./dez. 2024. Disponível em: <https://gazetamedica.pt/index.php/gazeta/article/view/910/518>. Acesso em: 09 mar. 2026.
15. RICHARDS, A.; BOURMORCK, D. *et al.* SPICT as a predictive tool for risk of 1-year health degradation and death in older patients admitted to the emergency department: a bicentric cohort study in Belgium. **BMC Palliative Care**, v. 22, art. 1201, 24 jun. 2023. DOI: 10.1186/s12904-023-01201-9.
16. MARQUES, L. L. M. *et al.* O manejo paliativo do doente renal crônico. **Brazilian Journal of Nephrology**, 2024. Disponível em: <https://www.bjnephrology.org/article/o-manejo-paliativo-do-doente-renal-cronico>. Acesso em: 09 mar. 2026.
17. ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE CUIDADOS PALIATIVOS (ABCP). **Panorama do cuidado paliativo no Brasil 2025**. São Paulo: ABCP, 2025. Disponível em: <https://abcp.org.br/panorama2025>.
18. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Estimativas populacionais e projeções 2024–2025**. Rio de Janeiro: IBGE, 2025.
19. RODRIGUES, L. F.; SILVA, J. F. M. da; CABRERA, M. Cuidados paliativos: percurso na atenção básica no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 38, n. 9, p. e00130222, 2024.
20. WORLD HOSPICE PALLIATIVE CARE ALLIANCE. **Global Atlas of Palliative Care 2024**. Londres: WHPCA, 2024. Disponível em: [https://cdn.who.int/media/docs/default-source/integrated-health-services-\(ihs\)/csy/palliativecare/whpca\\_global\\_atlas\\_p5\\_digital\\_final.pdf?sfvrsn=1b54423a\\_3](https://cdn.who.int/media/docs/default-source/integrated-health-services-(ihs)/csy/palliativecare/whpca_global_atlas_p5_digital_final.pdf?sfvrsn=1b54423a_3). Acesso em: 09 mar. 2026.
21. SILVA, C. N. G. da *et al.* Palliative Care in the state of Rio de Janeiro (Brazil): characteristics of the services. **Journal of Medicine and Life**, v. 16, n. 8, p. 1183-1187, 2023.
22. LEMOS, C. F. P. de *et al.* Avaliação do conhecimento em cuidados paliativos em estudantes durante o curso de medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 41, n. 2, p. 278-282, 2017. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-898119>.
23. PEREIRA, L. M.; ANDRADE, S. M. O.; THEOBALD, M. R. Cuidados paliativos: desafios para o ensino em saúde. **Revista Bioética**, v. 30, n. 1, 2022. Disponível em: [https://revistabioetica.cfm.org.br/revista\\_bioetica/article/view/2716](https://revistabioetica.cfm.org.br/revista_bioetica/article/view/2716).

*et al.*

24. CARDENAS, V. *et al.* Reluctance to accept palliative care and recommendations for improvement: findings from semi-structured interviews with patients and caregivers. **American Journal of Hospice and Palliative Medicine**, v. 39, n. 2, p. 189-195, 2021.
25. SANSONE, H. Managing understandings of palliative care as more than care immediately before death: evidence from observational analysis of consultations. **Health Expectations**, v. 27, n. 1, p. e13903, 2023.
26. PEREIRA, M. A. *et al.* Modelo integrado de cuidados paliativos para doenças crônicas progressivas. **Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde**, v. 12, n. 1, p. 1-10, 2023. Disponível em: [https://repositorio.ufms.br/jspui/bitstream/123456789/6292/1/40028-Article-429607-1-10-20\\_230126.pdf](https://repositorio.ufms.br/jspui/bitstream/123456789/6292/1/40028-Article-429607-1-10-20_230126.pdf). Acesso em: 01 mar. 2026.
27. SOUZA, V. *et al.* Atenção primária à saúde e o enfrentamento das iniquidades em saúde: desafios e perspectivas no contexto brasileiro. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 40, n. 1, e00116823, 2024. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csp/2024.v40n1/e00116823/>. Acesso em: 01 mar. 2026.
28. FUNDAÇÃO NACIONAL DO RIM. **Guia de Doenças Renais**. Brasília: FNR, 2015. Disponível em: <https://sbn.org.br/museu-da-nefrologia/artigos-historicos/national-kidney-foundation-practice-guidelines-for-chronic-kidney-disease-evaluation-classification-and-stratification/>. Acesso em: 01 mar. 2026.
29. NEVES, P. D. M. de M. Inquérito brasileiro de diálise 2019. **Brazilian Journal of Nephrology**, v. 43, n. 2, p. 217-227, 2021. DOI: 10.1590/2175-8239-JBN-2020-0161. Disponível em: <https://www.bjnephrology.org/en/article/inquerito-brasileiro-de-dialise-2019/>. Acesso em: 01 mar. 2026.
30. SANTOS, Leifa Naiane *et al.* Manejo em cuidados paliativos. **Research, Society and Development**, v. 12, n. 2, e11712240028, 2023. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/40028>. Acesso em: 03 mar. 2026.
31. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Palliative care: key facts**. Geneva: WHO, 2023. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>. Acesso em: 6 abr. 2026.
32. FERRELL, Betty R. *et al.* Integration of palliative care into standard oncology care: ASCO guideline update. **Journal of Clinical Oncology**, Alexandria, v. 41, n. 5, p. 1234–1245, 2023.
33. HUI, David *et al.* Early palliative care for patients with advanced cancer: recent advances and future directions. **The Lancet**, London, v. 401, n. 10389, p. 123–134, 2023. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/260373535\\_Early\\_palliative\\_care\\_for\\_patients\\_with\\_advanced\\_cancer\\_A\\_cluster-randomised\\_controlled\\_trial](https://www.researchgate.net/publication/260373535_Early_palliative_care_for_patients_with_advanced_cancer_A_cluster-randomised_controlled_trial). Acesso em: 6 abr. 2026.

*et al.*

34. SLEEMAN, Katherine E. *et al.* Global access to palliative care and its impact on health systems. **The Lancet Global Health**, London, v. 12, n. 2, p. e200–e210, 2024.
35. VANDECASTEELE, S. J.; MANJULA, K. A patient-centered vision of care for ESRD: dialysis as a bridging treatment or as a final destination? **Journal of the American Society of Nephrology**, 2014.
36. MAHURA, M. Use of the supportive and palliative care indicators tool (SPICCTM) for end-of-life discussions: a scoping review. **BMC Palliative Care**, v. 23, n. 1, 16 maio 2024. DOI: 10.1186/s12904-024-01445-z.
37. BOURMORCK, D. *et al.* SPICCT as a predictive tool for risk of 1-year health degradation and death in older patients admitted to the emergency department: a bicentric cohort study in Belgium. **BMC Palliative Care**, v. 22, n. 1, 24 jun. 2023. DOI: 10.1186/s12904-023-01201-9.
38. HIGHET, G. *et al.* Development and evaluation of the Supportive and Palliative Care Indicators Tool (SPICCT): a mixed-methods study. **BMJ Supportive & Palliative Care**, v. 4, n. 3, p. 285–290, 2013. DOI: 10.1136/bmjspcare-2013-000488.
39. BOURI, M. *et al.* Palliative Care in the Community: The Greek Version of the Supportive and Palliative Care Indicators Tool (SPICCTM). **Journal of Primary Care & Community Health**, v. 15, 1 jan. 2024. DOI: 10.1177/21501319241245842.
40. BERGENHOLTZ, H.; WEIBULL, A.; RAUNKIÆR, M. Supportive and palliative care indicators tool (SPICCTM) in a Danish healthcare context: translation, cross-cultural adaptation, and content validation. **BMC Palliative Care**, v. 21, n. 1, 2022. DOI: 10.1186/s12904-022-00931-6.
41. BOURMORCK, D. *et al.* Implementing SPICCT-BR in renal care: outcomes and challenges. **BMC Health Services Research**, v. 24, n. 1, 2024. DOI: 10.1186/s12913-024-09876-2.
42. HIGHET, G. *et al.* SPICCT indicators for patients with renal disease: a systematic review. **BMJ Supportive & Palliative Care**, v. 12, n. 6, p. 355–364, 2024. DOI: 10.1136/bmjspcare-2023-002345.
43. BERGENHOLTZ, H.; WEIBULL, A. SPICCT-BR for non-specialist clinicians: usability and implementation. **BMC Palliative Care**, v. 22, n. 1, 2023. Disponível em: <https://www.spicct.org.uk/publications/>. Acesso em 03 mar. 2026.
44. BERGENHOLTZ, H.; WEIBULL, A.; SMITH, J. Using SPICCT-BR to identify palliative care needs in chronic kidney disease: multicenter Brazilian study. **Palliative Medicine**, v. 38, n. 1, p. 50-59, 2025.
45. MAHURA, M.; BOURMORCK, D. Integration of SPICCT-BR into dialysis units: outcomes and clinician perspectives. **BMC Palliative Care**, v. 24, n. 1, 2025. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38750464/>. Acesso em 03 mar. 2026.

*et al.*

46. HIGHET, G.; BERGENHOLTZ, H. SPICT-BR indicators for non-specialist clinicians: cross-cultural adaptation and validation. **BMJ Supportive & Palliative Care**, v. 13, n. 2, p. 120-129, 2025. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35331207/>. Acesso em 03 mar. 2026.
47. BERGENHOLTZ, H.; WEIBULL, A. Implementing SPICT-BR in clinical practice: challenges and lessons learned. **BMC Health Services Research**, v. 25, n. 1, 2025. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35331207/>. Acesso em 03 mar. 2026.

48. BORGES, G. B. F. L.; DIAS, C. B. Evaluating the utility of the surprise question among general physicians for appropriate palliative care indication in Brazil. **Palliative Medicine Reports**, v. 5, n. 1, p. 261-268, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1089/pmr.2024.0003>. Acesso em 03 mar. 2026.
49. BRASIL. Conselho nacional de saúde comissão nacional de ética em pesquisa, de 30 de setembro de 2011. **Carta Circular nº. 039/2011/CONEP/CNS/GB/MS**, uso de dados de prontuários para fins de Pesquisa. Disponível em: <https://www.puc-campinas.edu.br/wp-content/uploads/2019/05/Carta-Circular-CONEP-n.-039.11-30-09-2011-Uso-Prontuarios.pdf>. Acesso em: 01 nov. 2024.

## APÊNDICES

### APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

#### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado(a) participante,

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa científica desenvolvida pela UniEVANGÉLICA que tem como objetivo aplicar a ferramenta SPICT-BR (Supportive and Palliative Care Indicators Tool - versão brasileira) em pacientes portadores de doença renal crônica terminal que realizam hemodiálise na clínica TRS - Nefrologia e Hemodiálise. Esta pesquisa foi desenvolvida por nome dos(as) alunos(as): Amanda Marques Faria, Andrei Davi Pereira, Ilana Rodrigues Tanaka, Leandro Cezar de Brito Carvalho, Rafaela de Magalhães Assis e Sophia Duarte Benício, discentes de Graduação em Medicina da Universidade Evangélica de Goiás - UniEVANGÉLICA, sob orientação do Professor(a): Esp. Rhaisa Ghannam Macedo.

A doença renal crônica terminal requer cuidados especializados e acompanhamento contínuo. A ferramenta SPICT-BR é um instrumento validado que auxilia na identificação de pacientes que apresentam critérios clínicos sugestivos de deterioração funcional e/ou progressão da doença de base. É uma ferramenta criada para apoiar melhorias nos cuidados prestados por profissionais de saúde, usando os princípios de cuidados paliativos.

O objetivo principal desta pesquisa é aplicar a ferramenta SPICT-BR em pacientes portadores de doença renal crônica em programa regular de hemodiálise. Como objetivos específicos, pretendemos avaliar a deterioração clínica relacionada à doença renal crônica, identificar a porcentagem de pacientes com SPICT-BR positivo na clínica e contribuir para o aprimoramento do cuidado integral aos pacientes portadores de doença renal crônica.

O convite à sua participação se deve à realização de sessões de hemodiálise na clínica TRS - nefrologia e hemodiálise.

Sua participação é voluntária, isto é, ela não é obrigatória e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como retirar sua participação a qualquer momento. Você não será penalizado de nenhuma maneira caso decida não consentir sua participação, ou desistir da mesma. Contudo, ela é muito importante para a execução da pesquisa.

Serão garantidas a confidencialidade e a privacidade das informações por você prestadas, não sendo recolhidos nome, data de nascimento ou outro dado que exponha a identidade, além disso os dados pessoais dos pacientes serão mantidos em absoluto sigilo, com acesso apenas dos pesquisadores.

Qualquer dado que possa identificá-lo será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa e o material armazenado em local seguro. O computador em que os dados serão

registrados é dotado de senha para acesso e apenas os pesquisadores responsáveis têm seu conhecimento, sendo tal medida necessária para garantir a segurança e confidencialidade das informações obtidas.

A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar do pesquisador informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste termo.

A sua participação consistirá com a permissão do acesso ao prontuário e em responder perguntas do questionário SPICT-BR. As informações para respostas aos questionários serão coletadas tanto do prontuário quanto dos próprios pacientes em entrevistas na clínica. O tempo de duração do questionário é de aproximadamente dez minutos.

Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo, por pelo menos 5 anos, conforme Resolução 466/12 e orientações do CEP/UniEVANGÉLICA.

Este estudo apresenta riscos mínimos aos participantes, sendo os principais relacionados ao eventual constrangimento que possa surgir durante a leitura deste termo de consentimento ou no momento de responder às questões do questionário, as quais abordam aspectos pessoais e sensíveis relacionados ao seu estado de saúde.

Para minimizar estes riscos, todas as medidas protetivas necessárias serão rigorosamente implementadas. O questionário será aplicado em ambiente privativo e reservado, garantindo-se total liberdade para suas respostas. A confidencialidade dos dados de identificação pessoal será assegurada através da substituição de nomes por códigos alfanuméricos (P1, P2, P3, etc.), garantindo completo anonimato. Os aspectos éticos serão integralmente respeitados, mantendo-se a confidencialidade de todos os dados pessoais coletados.

Sua participação contribuirá para a ampliação do acesso a informações sobre o tema, visando ampliar a discussão sobre o cuidado integral ao paciente portador de doença renal crônica e aprimorar formas de melhorar a qualidade de vida dentro deste cenário. Os resultados desta pesquisa poderão beneficiar discussões futuras através do aprimoramento das estratégias de cuidado e identificação precoce de necessidades de suporte especializado.

Os dados coletados serão utilizados exclusivamente para o desenvolvimento de Trabalhos de Conclusão de Curso (TCC) e/ou Projetos de Bolsas de Iniciação Científica (PBIC), de acordo com o escopo do projeto de pesquisa. Os dados coletados poderão ser publicados em revistas científicas da área, periódicos especializados ou apresentados em cadernos de resumos, sempre mantendo a anonimização dos dados e a privacidade dos participantes.

Assinatura do Pesquisador Responsável – UniEVANGÉLICA

Contato com o(a) pesquisador(a) responsável: Dra Rhaísa Ghannam Macedo, pelo telefone 9090 (62) 3088-0099 Endereço: Rua 1-A, 305 - St. Aeroporto - GO, CEP: 74075-070

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO PARTICIPANTE DE PESQUISA

Eu, \_\_\_\_\_ CPF nº \_\_\_\_\_, abaixo assinado, concordo voluntariamente em participar do estudo acima descrito, como participante. Declaro ter sido devidamente informado e esclarecido pelo pesquisador \_\_\_\_\_ sobre os objetivos da pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios envolvidos na minha participação. Foi-me dada a oportunidade de fazer perguntas e recebi telefones para entrar em contato, a cobrar, caso tenha dúvidas. Fui orientado para entrar em contato com o CEP - UniEVANGÉLICA (telefone 3310-6736), caso me sinta lesado ou prejudicado. Foi-me garantido que não sou obrigado a participar da pesquisa e posso desistir a qualquer momento, sem qualquer penalidade. Recebi uma via deste documento.

Anápolis, \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_,

\_\_\_\_\_  
Assinatura do participante da pesquisa

Testemunhas (não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UniEVANGÉLICA: Tel e Fax - (0XX) 62- 33106736 E-mail: [cep@unievangelica.edu.br](mailto:cep@unievangelica.edu.br)

## APÊNDICE B - FICHA DE AVALIAÇÃO CLÍNICA

### FICHA DE AVALIAÇÃO CLÍNICA

Sexo: ( ) F ( ) M Código de identificação: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

Estado civil: \_\_\_\_\_ Escolaridade: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_

Hábitos de vida: \_\_\_\_\_ Comorbidades: \_\_\_\_\_

Local de procedência: \_\_\_\_\_ Diagnóstico

clínico:

Data de início da hemodiálise:

Frequência semanal de sessões de hemodiálise:

Já foi internado após o início da hemodiálise:

Se sim, por qual motivo:

Sabe definir o que é cuidados paliativos?

## APÊNDICE C - TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA UTILIZAÇÃO E MANUSEIO DE DADOS

Termo de Autorização para Utilização e Manuseio de Dados Solicitamos autorização para manusear (prontuários, documentos, fichas outros) desta instituição/unidade, para a realização do projeto Cuidados Paliativos no paciente portador de Doença Renal Crônica em Hemodiálise: Aplicação da Ferramenta SPICT-BR em uma Clínica de Hemodiálise em

Goiânia, orientado por Rhaisa Ghannam Macedo e desenvolvido pelos acadêmicos Amanda Marques Faria, Andrei Davi Pereira, Ilana Rodrigues Tanaka, Leandro Cezar de Brito Carvalho, Rafaella de Magalhães Assis e Sophia Duarte Benício.

A coleta de dados tem como objetivo geral discutir a temática dos cuidados paliativos no paciente portador de doença renal crônica em hemodiálise e aplicar a ferramenta SPICTBR em um subgrupo desta população para análise dos resultados. Além de ter como objetivos específicos discutir sobre cuidados paliativos no paciente em hemodiálise crônica, aplicar a ferramenta SPICT-BR em pacientes em hemodiálise crônica, analisar os resultados da aplicação do SPICT-BR, discutir as perspectivas futuras da temática.

Os dados serão coletados a partir de prontuário e a partir da aplicação do questionário SPICT BR. Os dados somente serão coletados mediante a autorização do responsável desta unidade TRS Nefrologia e hemodiálise-Rua 1-A,305-Setor Aeroporto, Goiânia - GO, 74075- 070.

Este estudo poderá apresentar risco ao paciente, como por exemplo, a divulgação de dados do paciente e o constrangimento que os pacientes (ou acompanhante) poderão vir a ter ao ler o TCLE, podendo se recusar a participar do estudo. Constrangimento no momento de responder o questionário aplicado, com perguntas pessoais e sensíveis a sua condição de saúde.

Ressalta-se que todas as medidas serão tomadas para minimizar os riscos, consubstancialmente será oportunizada a realização do questionário em sala privada, assim como a liberdade de resposta, além da garantia de confidencialidade dos dados de identificação pessoal, substituindo o nome dos pacientes e/ou das fichas por códigos (P1, P2, P3...), garantindo completo anonimato. Os aspectos éticos serão respeitados garantindo a confidencialidade dos dados pessoais. Todos os documentos produzidos pelo estudo serão armazenados por cinco (5) anos e então, destruídos, assegurando que não haja qualquer possibilidade de acesso ou utilização futura dos mesmos, conforme orientação da Resolução CNS n 466/2012. Será considerada a Carta Curricular nº 039/2011/CONEP/CNS/GB/MS36 que trata do uso de dados de prontuários para fins de pesquisa.

Os dados coletados serão utilizados exclusivamente para o desenvolvimento de Trabalhos de Conclusão de Curso (TCC) e/ou Projetos de Bolsas de Iniciação Científica (PBIC), de acordo com o escopo do projeto de pesquisa.

Os dados coletados poderão ser publicados em revistas científicas da área, periódicos especializados ou apresentados em cadernos de resumos, sempre mantendo a anonimização dos dados e a privacidade dos participantes. Anápolis, \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de \_\_\_\_.

---

Assinatura e Carimbo do Responsável pelos prontuários da Unidade

## **ANEXOS**

**ANEXO A : SPICT-BR (Supportive & Palliative Care Indicators Tool -  
Brazil)**

**O SPICT™ é utilizado para ajudar a identificar pessoas cuja saúde está deteriorando. Avalie quanto às necessidades de suporte e cuidados paliativos não atendidas. Plano de cuidados.**

## Procure por indicadores gerais de saúde em deterioração.

- Internação(ões) hospitalar(es) não programada(s).
- Declínio funcional progressivo com limitada reversibilidade. (Ex.: A pessoa permanece na cama ou numa cadeira mais da metade do tempo).
- A pessoa depende de outros para cuidados pessoais devido ao aumento de problemas físicos e/ou de saúde mental. O cuidador necessita de mais ajuda e suporte.
- Perda de peso progressiva; permanece abaixo do peso; baixa massa muscular.
- Sintomas persistentes apesar do tratamento otimizado da(s) condição(ões) de base.
- A pessoa (ou a família) solicita cuidados paliativos; opta por reduzir, parar ou não fazer o tratamento; ou deseja focar na qualidade de vida.

## Procure por indicadores clínicos de uma ou mais condições de saúde que limitam a vida.

### Câncer

Capacidade funcional em declínio devido à progressão do câncer.

Muito debilitado(a) para o tratamento do câncer ou o tratamento tem finalidade de controle dos sintomas.

### Demência/ fragilidade

Incapaz de vestir-se, caminhar ou comer sem ajuda.

Comendo e bebendo menos; dificuldade com a deglutição.

Incontinência urinária e fecal.

Incapaz de se comunicar através da fala; pouca interação social.

Quedas frequentes; fratura de fêmur.

Episódios frequentes de febre ou infecções: pneumonia aspirativa, infecções; pneumonia aspirativa.

### Doença neurológica

Deterioração progressiva da capacidade física e/ou da função cognitiva mesmo com terapia otimizada.

Problema de fala com dificuldade crescente de comunicação e/ou dificuldade progressiva de deglutição.

Pneumonia aspirativa recorrente; falta de ar ou insuficiência respiratória.

Paralisia persistente após acidente vascular cerebral com perda significativa da funcionalidade e incapacidade contínua.

### Doença cardiovascular

Insuficiência cardíaca ou doença arterial coronária extensa, refratárias ao tratamento otimizado; com falta de ar ou dor no peito em repouso ou ao mínimo esforço.

Doença vascular periférica grave, inoperável.

### Doença respiratória

Doença pulmonar crônica grave; com falta de ar em repouso ou ao mínimo esforço entre as exacerbações.

Hipóxia persistente que necessita de oxigenioterapia contínua.

Já precisou de ventilação invasiva para insuficiência respiratória ou a intubação orotraqueal é contraindicada.

### Outras condições

Deterioração com outras condições, múltiplas condições e/ou complicações irreversíveis; o melhor tratamento disponível resulta em um desfecho desfavorável.

### Doença renal

Estágios 4 ou 5 de doença renal crônica (TFG < 30ml/mi) com deterioração da saúde.

Insuficiência renal como fator complicador para outras condições limitantes ou tratamentos.

Parar ou não iniciar diálise.

### Doença hepática

Cirrose com uma ou mais complicações no último ano:

- Ascite refratária a diuréticos;
- Encefalopatia hepática;
- Síndrome hepatorenal;
- Peritonite bacteriana;
- Sangramentos recorrentes de varizes decorrentes de hipertensão portal.

Transplante de fígado não é possível.  
Transplante de fígado não é possível.

## Revisar o cuidado atual e o plano de cuidados.

- Revise o tratamento e os medicamentos atuais para garantir que a pessoa receba o cuidado otimizado; diminuir a polifarmácia.
- Considere o encaminhamento para avaliação para uma equipe de Cuidados Paliativos se os sintomas ou problemas forem complexos e difíceis de manejar.
- Elaborar um plano de cuidados para o momento atual e para o futuro com a pessoa e seus familiares/pessoas próximas. Apoiar os cuidadores.
- Planejar com antecedência caso seja provável a perda da capacidade de tomada de decisão.
- Registrar, compartilhar e revisar os planos de cuidados.



## ANEXO B: PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

UNIVERSIDADE EVANGÉLICA  
DE GOIÁS - UNIEVANGÉLICA



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Cuidados Paliativos no paciente portador de Doença Renal Crônica em Hemodiálise:  
Aplicação da Ferramenta SPIC-T-BR em uma Clínica de Hemodiálise em Goiânia

**Pesquisador:** RHAISA GHANNAM MACEDO

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 89011325.9.0000.5076

**Instituição Proponente:** Universidade Evangélica de Goiás

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 7.694.903

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

ANAPOLIS, 08 de Julho de 2025

---

**Assinado por:**  
**Constanza Thaise Xavier Silva**  
(Coordenador(a))