

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Instituto Nacional de Câncer (INCA)

A avaliação do paciente em cuidados paliativos

Cuidados paliativos na prática clínica
Volume 1

Rio de Janeiro, RJ
INCA
2022



Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons – Atribuição – Não Comercial – Compartilha igual 4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

Esta obra pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde Prevenção e Controle de Câncer (<http://controlecancer.bvs.br/>) e no Portal do INCA (<http://www.inca.gov.br>).

Tiragem: 500 exemplares

Elaboração, distribuição e informações

MINISTÉRIO DA SAÚDE
INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (INCA)
Hospital do Câncer IV
Rua Visconde de Santa Isabel, 274-A,
Vila Isabel, Rio de Janeiro – RJ
CEP 20560-120
Tel.: (21) 3207-3700
E-mail: hc4@inca.gov.br
www.inca.gov.br

Organizadores

Livia Costa de Oliveira
Simone Garruth dos Santos Machado Sampaio

Equipe de elaboração

No Apêndice

Edição

COORDENAÇÃO DE ENSINO
Serviço de Educação e Informação Técnico-científica
Área de Edição e Produção de Materiais Técnico-científicos
Rua Marquês de Pombal, 125,
Centro, Rio de Janeiro – RJ
CEP 20230-240
Tel.: (21) 3207-5500

Edição e produção editorial

Christine Dieguez
Copidesque e revisão
Rita Rangel de S. Machado
Capa, projeto gráfico e diagramação
Cecília Pachá

Normalização e catalogação

COORDENAÇÃO DE ENSINO
Serviço de Educação e Informação Técnico-científica
Núcleo do Sistema Integrado de Bibliotecas

Normalização bibliográfica e ficha catalográfica

Juliana Moreira (CRB 7/7019)

Impresso no Brasil / Printed in Brazil
RJ OFFSET

159a Instituto Nacional de Câncer (Brasil).
A avaliação do paciente em cuidados paliativos / Instituto Nacional de Câncer. – Rio de Janeiro : INCA, 2022.

284 p. : il. color. – (Cuidados paliativos na prática clínica, v. 1)

ISBN 978-65-88517-18-5 (versão impressa)
ISBN 978-65-88517-12-3 (versão eletrônica)

1. Cuidados Paliativos. 2. Efeitos Psicossociais da Doença. 3. Planejamento de Assistência ao Paciente. 4. Neoplasias. I. Título.

CDD 616.029

Catalogação na fonte – Serviço de Educação e Informação Técnico-científica

Títulos para indexação

Em inglês: Palliative care in clinical practice – Volume 1: Patient assessment in palliative care

Em espanhol: Cuidados paliativos en la práctica clínica – Volumen 1: Evaluación del paciente en cuidados paliativos

PREFÁCIO

Talvez pela conotação do termo paliativo na língua portuguesa, a sedimentação dos cuidados paliativos tenha sido desqualificada por tanto tempo. Em 2019, a Dra. Isabel Garcia Neto, médica paliativista portuguesa e ativista do tema em seu país, escreveu um artigo cujo o título era: *Cuidados paliativos – não fazamos como os avestruzes*¹, uma alusão à discussão sobre a necessidade de serviços e equipes voltadas para a assistência a pacientes em situação de fragilidade, a qual era evidente aos olhos de todos, mas que gestores teimavam em não enxergar. Talvez a pandemia tenha levado exatamente a esse momento: o da necessidade de um olhar generoso para a qualidade assistencial que tem sido ofertada aos pacientes mais vulneráveis no Brasil.

O termo paliativo vem do latim *Pallium*, o manto usado pelos peregrinos em suas viagens aos santuários para proteção nas intempéries². Recentemente, a International Association for Hospice and Palliative Care desenvolveu um consenso com mais de 450 paliativistas em todo o mundo com o objetivo de ampliar a definição de cuidado paliativo². Esse novo conceito foi apresentado pela Lancet Commission Global Access to Palliative Care and Pain Relief, definindo cuidado paliativo como cuidados holísticos ativos a indivíduos de todas as idades com sérios sofrimentos relacionados à saúde em razão de doenças graves e especialmente àqueles próximos ao fim da vida. Tem como objetivo melhorar a qualidade de vida de pacientes, familiares e cuidadores. Essa nova definição vem sendo adotada em alguns documentos da Organização Mundial da Saúde (OMS)³.

Esse tipo de cuidado deve ser iniciado no surgimento de quaisquer manifestações de uma condição ou uma doença ameaçadora da vida, em conjunto com as terapêuticas capazes de modificar seu curso. A palição ganha maior importância à medida que as terapêuticas curativas perdem sua efetividade⁴. Tem como focos, além de garantir qualidade de vida por meio do controle de sintomas, a integração dos aspectos clínicos, psicológicos, espirituais e sociais da pessoa doente e de seus familiares, o respeito à autonomia do paciente, aos valores e desejos que devem integrar a abordagem e o plano terapêutico, trazendo o paciente para o centro das decisões e do planejamento de cuidados. No contexto da atenção ao paciente com doenças oncológicas, a concepção de tratamento abrangente deve contemplar os cuidados paliativos⁵. Estima-se que, no Brasil, no ano de 2033, o número de pessoas acima de 65 anos ultrapassará o de menores de 15 anos, o que caracteriza a inversão da pirâmide etária. Ainda de acordo com o mesmo estudo, em 2060, um quarto da população (25,5%) terá mais de 65 anos. Ou seja, o envelhecimento populacional é uma tendência irreversível⁶. Fica clara, assim, a necessidade de discutir uma resposta que venha a satisfazer o aumento esperado da procura por assistência voltada a pessoas com dependência funcional associada a comorbidades, além de pacientes com patologias crônicas incuráveis e em progressão, que estejam em situação de fase avançada de doença ou em fim de vida. O prolongamento da vida é um desejo de qualquer sociedade e deve ser comemorado, no entanto só pode ser considerado como uma real conquista na medida em que

se agregue qualidade aos anos adicionais de vida. Apesar do cenário evidente do envelhecimento populacional ter acarretado transformações na incidência e na prevalência das doenças crônicas não transmissíveis, o acesso a equipes capacitadas para atender à demanda desse perfil de paciente e família ainda é crítica no Brasil, segundo Atlas Global de Cuidados Paliativos⁷.

A OMS⁴ aponta que, para o desenvolvimento dos cuidados paliativos de qualidade, são necessários programas de educação e capacitação profissional, políticas de disponibilidade e acesso a medicamentos essenciais e uma política nacional de cuidados paliativos, incorporando esse tipo de atenção ao sistema de saúde.

No Instituto Nacional de Câncer (INCA), o cuidado paliativo é ofertado há mais de duas décadas. A unidade de cuidado paliativo exclusivo, conhecida como Hospital do Câncer IV (HC IV), assumindo seu papel de integrar as melhores práticas assistenciais e desenvolver ações nos âmbitos de ensino e pesquisa, lança uma série intitulada *Cuidados paliativos na prática clínica*, uma publicação anual, elaborada por profissionais atuantes no HC IV, com objetivo de disseminar informações técnicas em cuidados paliativos, favorecendo a capacitação do profissional de saúde atuante na área. Este primeiro volume tem como tema central a avaliação do paciente em cuidados paliativos. Seu objetivo é descrever os pontos importantes a serem abordados na avaliação do profissional em cuidados paliativos de forma a permitir o delineamento do plano de cuidados para o paciente.

O INCA acredita que esta obra poderá auxiliar a prática clínica de profissionais de saúde de diferentes regiões do Brasil, resultando em melhora na abordagem do sofrimento multidimensional presente no acompanhamento dos pacientes oncológicos.

Direção-geral do Instituto Nacional de Câncer
Direção do Hospital do Câncer IV

REFERÊNCIAS

1. NETO, I. G. Cuidados paliativos: não vale fazer como a avestruz. **Observador**, Lisboa, 15 dez. 2019. Disponível em <https://observador.pt/opiniao/cuidados-paliativos-nao-vale-fazer-como-a-avestruz/>. Acesso em: 21 jul. 2022.
2. GARCÍA-BAQUERO MERINO, M. T. Palliative care: taking the long view. **Frontiers in Pharmacology**, [Lausanne], v. 9, Oct. 2018. DOI 10.3389/fphar.2018.01140. e Collection 2018.
3. RADBRUCH, L. *et al.* Redefining palliative care: a new consensus-based definition. **Journal of Pain Symptom Management**, New York, v. 60, n. 4, p. 754-764, Oct. 2020. DOI 10.1016/j.jpainsymman.2020.04.027.
4. WORLDWIDE HOSPICE PALLIATIVE CARE ALLIANCE. **Global atlas of palliative care at the end of life**. London: WPCA; WHO, 2014. Disponível em https://www.who.int/nmh/GlobalAtlas_of_Palliative_Care.pdf. Acesso em: 13 nov. 2021.
5. BOLT, E. E. *et al.* Appropriate and inappropriate care in the last phase of life: an explorative study among patients and relatives. **BMC Health Services Research**, [s. l.] v. 16, n. 1, Nov. 2016. DOI 10.1186/s12913-016-1879-3.
6. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo 2010**. Rio de Janeiro: IBGE, 2012. Disponível em: <https://censo2010.ibge.gov.br/>. Acesso em: 21 jul. 2022.
7. WORLDWIDE HOSPICE PALLIATIVE CARE ALLIANCE. **Global atlas of palliative care**. 2nd ed. London: WHPCA; WHO, 2020. Disponível em: [https://cdn.who.int/media/docs/default-source/integrated-health-services-\(ihs\)/csy/palliative-care/whpca_global_atlas_p5_digital_final.pdf?sfvrsn=1b54423a_3](https://cdn.who.int/media/docs/default-source/integrated-health-services-(ihs)/csy/palliative-care/whpca_global_atlas_p5_digital_final.pdf?sfvrsn=1b54423a_3). Acesso em: 8 jun. 2022.

APRESENTAÇÃO

O Instituto Nacional de Câncer (INCA) é a maior instituição pública de referência do Ministério da Saúde no desenvolvimento e na coordenação das ações integradas para a prevenção e o controle do câncer no Brasil. Entre essas ações, estão a assistência prestada aos pacientes com câncer, a atuação em áreas estratégicas, como prevenção e detecção precoce, a formação de profissionais especializados, o desenvolvimento da pesquisa e a geração de informação epidemiológica. O INCA oferece cuidados paliativos a seus pacientes desde 1986, tendo inaugurado, em 1998, uma unidade exclusiva para essa finalidade, o HC IV.

O HC IV é uma das unidades do Instituto que possui foco principal na prestação de serviços médico-assistenciais, além de ser palco para realização de atividades de ensino e pesquisa em cuidados paliativos. Nesse âmbito, com o objetivo de “promover e prover cuidados paliativos oncológicos da mais alta qualidade, com habilidade técnica e humanitária”^a, o Núcleo de Apoio à Pesquisa e ao Ensino (Nape) do HC IV propôs ao corpo clínico da unidade a elaboração dessa série bibliográfica intitulada *Cuidados Paliativos na Prática Clínica*.

A série, com previsão de periodicidade anual, tem a proposta de oferecer subsídios, a partir da experiência prática de profissionais atuantes na unidade, para o desenvolvimento dos cuidados paliativos em distintos centros de saúde, em âmbito nacional. Este primeiro volume, *A avaliação do paciente em cuidados paliativos*, abrange a etapa inicial da abordagem ao paciente em cuidados paliativos. É necessário compreender quem é o paciente e quais as suas principais demandas, sua relação com o profissional, a importância da abordagem interdisciplinar, as especificidades próprias das categorias profissionais e, por fim, a elaboração do plano de cuidados em saúde. Este volume perpassa todas essas etapas. Foi elaborado por 70 profissionais atuantes direta ou indiretamente na assistência a pacientes atendidos na unidade com intuito de multiplicar sua expertise para diversos cantos do país.

Núcleo de Apoio à Pesquisa e ao Ensino do HC IV

SUMÁRIO

LISTA DE ILUSTRAÇÕES.....	11
LISTA DE SIGLAS.....	13
Capítulo 1 QUEM É O PACIENTE EM CUIDADOS PALIATIVOS?.....	15
Capítulo 2 A RELAÇÃO PROFISSIONAL DE SAÚDE-PACIENTE EM CUIDADOS PALIATIVOS	25
Capítulo 3 PRINCIPAIS ESCALAS E FERRAMENTAS DE AVALIAÇÃO EM CUIDADOS PALIATIVOS E SEU USO NO DIA A DIA.....	37
Capítulo 4 AVALIAÇÃO DA REDE PRIMÁRIA DE CUIDADOS AO PACIENTE EM CUIDADOS PALIATIVOS: UMA PROPOSTA DE INSTRUMENTO ANALÍTICO	51
Capítulo 5 AVALIAÇÃO MÉDICA	61
Capítulo 6 AVALIAÇÃO DO ENFERMEIRO	73
Capítulo 7 AVALIAÇÃO DO TÉCNICO DE ENFERMAGEM	85
Capítulo 8 AVALIAÇÃO DO NUTRICIONISTA	99
Capítulo 9 AVALIAÇÃO DO FISIOTERAPEUTA.....	115
Capítulo 10 AVALIAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL	127
Capítulo 11 AVALIAÇÃO DO PSICÓLOGO	137
Capítulo 12 AVALIAÇÃO DO FARMACÊUTICO.....	147
Capítulo 13 AVALIAÇÃO DO CAPELÃO	157
Capítulo 14 PROCEDIMENTOS INVASIVOS: COMO AVALIAR E INDICAR?.....	169
Capítulo 15 AVALIAÇÃO DO PACIENTE COM OSTOMIAS	179
Capítulo 16 AVALIAÇÃO DA PELE: PREVENÇÃO DE LESÕES E INTERVENÇÕES INICIAIS EM PACIENTES COM CÂNCER AVANÇADO	189
Capítulo 17 INTEGRAÇÃO ENTRE OS DIFERENTES NÍVEIS DE ATENÇÃO À SAÚDE COMO ESTRATÉGIA DE ATENDIMENTO AO PACIENTE EM CUIDADOS PALIATIVOS.....	209
Capítulo 18 TELEATENDIMENTO EM CUIDADOS PALIATIVOS ONCOLÓGICOS: ESTRATÉGIAS PARA UMA AVALIAÇÃO EFETIVA NO CENÁRIO DAS ASSISTÊNCIAS DOMICILIAR E AMBULATORIAL.....	223
Capítulo 19 PLANO DE CUIDADOS INTERDISCIPLINAR: COMO FAZER?.....	237

Capítulo 20 E QUANDO ESTOU CUIDANDO SOZINHO DO PACIENTE, COMO FAZER O PLANO DE CUIDADOS?	249
Capítulo 21 ESTRATÉGIAS PARA A SEGURANÇA DO PACIENTE DURANTE A AVALIAÇÃO PROFISSIONAL	259
Apêndice EQUIPE DE ELABORAÇÃO	273

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figuras

Figura 1 - Modelo integrado de cuidados paliativos para doenças crônicas progressivas	17
Figura 2 - Frequência de adultos que necessitam de cuidados paliativos no final de vida, por grupos de doenças (N=19.228.760)	18
Figura 3 - Representação do modelo de enfrentamento de doenças graves	28
Figura 4 - Passo a passo para estimular a compreensão do prognóstico	30
Figura 5 - Escalas Analógica Visual, Numérica Visual e de Faces para avaliação de intensidade da dor	45
Figura 6 - Símbolo do técnico de enfermagem	87
Figura 7 - Nuvem de palavras expressiva para a atividade do técnico de enfermagem	88
Figura 8 - Sinais e sintomas comuns na admissão	90
Figura 9 - Espiritualidade e terminalidade	95
Figura 10 - Critérios e pontos de corte para a classificação dos estágios da caquexia	106
Figura 11 - Modelo de ficha de avaliação utilizado pelo Serviço de Fisioterapia do Hospital do Câncer IV	119
Figura 12 - Formulário para avaliação farmacoterapêutica inicial	151
Figura 13 - Formulário para acompanhamento farmacoterapêutico ao longo da internação hospitalar	151
Figura 14 - Instrumento para avaliação da dimensão espiritual	165
Figura 15 - Fluxo do Ambulatório a Distância	213
Figura 16 - Relatório de atendimento preenchido pelo profissional da Atenção Primária (médico ou enfermeiro)	214
Figura 17 - Questionário de sintomas preenchido pelo paciente ou familiar	215
Figura 18 - Fluxograma do teleatendimento na assistência domiciliar do Hospital do Câncer IV	227
Figura 19 - Ficha de avaliação para teleatendimento no ambulatório do Hospital do Câncer IV	231
Figura 20 - Ciclo para elaboração de plano de cuidados	241
Figura 21 - Ilustração da união dos diferentes saberes na elaboração do plano de cuidados	252
Figura 22 - Escala de queda de Morse	266
Figura 23 - Fluxograma da avaliação do risco de queda	268

Quadros

Quadro 1 - Critérios para definição da modalidade de atendimento no Hospital do Câncer IV	22
Quadro 2 - <i>Karnofsky Performance Status</i>	39
Quadro 3 - <i>Eastern Cooperative Oncology Group – Performance Status</i>	40
Quadro 4 - <i>Palliative Prognostic Score</i>	41
Quadro 5 - <i>Edmonton Symptom Assessment System</i>	42
Quadro 6 - Escore Prognóstico de Glasgow modificado – avaliação prognóstica	43
Quadro 7 - Escore Prognóstico de Glasgow modificado – avaliação nutricional	43
Quadro 8 - Escala de <i>Richmond Agitation Sedation Scale – Palliative Version</i>	43
Quadro 9 - Escala Verbal de avaliação de intensidade da dor	44
Quadro 10 - <i>Palliative Performance Scale</i>	46
Quadro 11 - <i>Palliative Prognostic Index</i>	47
Quadro 12 - Escala de Bristol para determinação da consistência das fezes	48
Quadro 13 - Escala de Avaliação da Rede Primária de Cuidados ao Paciente em Cuidados Paliativos Oncológico Exclusivo	58
Quadro 14 - Exames laboratoriais na admissão	68
Quadro 15 - Metas Internacionais de Segurança do Paciente - situações e intervenções na admissão	94
Quadro 16 - Avaliação Subjetiva Global Produzida pelo Paciente versão reduzida	104
Quadro 17 - Classificação da caquexia do câncer para pacientes com doença avançada ou metastática	107
Quadro 18 - Aconselhamento nutricional para os principais sintomas de impacto nutricional	108
Quadro 19 - Sistema de estadiamento das feridas tumorais	193
Quadro 20 - Classificação do odor das feridas tumorais	193
Quadro 21 - Classificação das lesões por pressão	195
Quadro 22 - Escala de Braden	196
Quadro 23 - Sistema de classificação Star para lesões por fricção	200
Quadro 24 - Informações para o diagnóstico diferencial entre as lesões: úlcera terminal de Kennedy, lesão tissular profunda e injúria terminal de tecido Trombley-Brennan	203
Quadro 25 - Papel das categorias profissionais na elaboração do plano de cuidados	242

LISTA DE SIGLAS

Anvisa – Agência Nacional de Vigilância Sanitária

CFF – Conselho Federal de Farmácia

CFP – Conselho Federal de Psicologia

Cofen – Conselho Federal de Enfermagem

Ecog-PS – *Eastern Cooperative Oncology Group – Performance Status*

EPGm – Escore Prognóstico de Glasgow modificado

Esas – *Edmonton Symptom Assessment System*

Escala ARCP – Escala de Avaliação da Rede Primária de Cuidados ao Paciente em Cuidados Paliativos Oncológico Exclusivo

HC I – Hospital do Câncer I

HC II – Hospital do Câncer II

HC III – Hospital do Câncer III

HC IV – Hospital do Câncer IV

INCA – Instituto Nacional de Câncer

KPS – *Karnofsky Performance Status*

LF – Lesões por fricção

LP – Lesões por pressão

NSP – Núcleo de Segurança do Paciente

OMS – Organização Mundial da Saúde

PAP-Score – *Palliative Prognostic Score*

PCR – Proteína C reativa

PHMB – Poli-hexametilenobiguanida

PPI – *Palliative Prognostic Index*

PPS – *Palliative Performance Scale*

RNL – Relações neutrófilo/linfócito

RPA – Relação proteína C reativa/albumina

SNC – Sistema nervoso central

SUS – Sistema Único de Saúde

TC – Tomografia computadorizada

TIC – Tecnologias da Informação e Comunicação

TVP – Trombose venosa profunda

QUEM É O PACIENTE EM CUIDADOS PALIATIVOS?

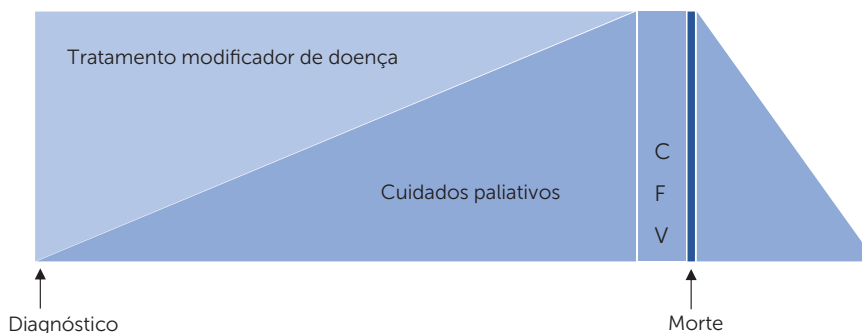
INTRODUÇÃO

A terminologia “cuidados paliativos” refere-se a um conjunto de abordagens que busca melhorar a qualidade de vida dos pacientes e seus familiares diante de uma doença que ameace a vida, por meio de prevenção e alívio do sofrimento e de identificação precoce, avaliação e tratamento de dor e demais sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais¹.

Será elegível para cuidados paliativos toda pessoa acometida por uma doença que ameace a vida, seja aguda, seja crônica, em qualquer idade. A necessidade de cuidados paliativos está presente em todos os níveis de atenção à saúde: primário, secundário e terciário, com serviços especializados. Podem ser prestados por todos os profissionais de saúde formados e qualificados por meio de treinamento apropriado de duas formas: como cuidados paliativos gerais, fornecido por profissionais de Atenção Primária e por profissionais que tratam doenças potencialmente fatais com um bom conhecimento básico de cuidados paliativos; ou ainda como cuidados paliativos especializados, prestados por equipes especialistas nesse tipo de cuidado².

É preconizada uma melhor e mais precoce integração dos cuidados paliativos com o tratamento ativo, modificador da doença, a partir do diagnóstico³, a fim de auxiliar no manejo dos sintomas, especialmente aqueles de difícil controle, e melhorar as condições clínicas do paciente. À medida que a doença avança, mesmo em vigência do tratamento com intenção curativa, a abordagem paliativa tende a ser ampliada. A transição do cuidado com objetivo de cura para o cuidado com intenção paliativa é um processo contínuo, e sua dinâmica difere para cada paciente, tornando-se prioritário para garantir qualidade de vida, conforto e dignidade⁴. A Figura 1 apresenta o modelo integrado de cuidados curativos e paliativos para doenças crônicas progressivas.

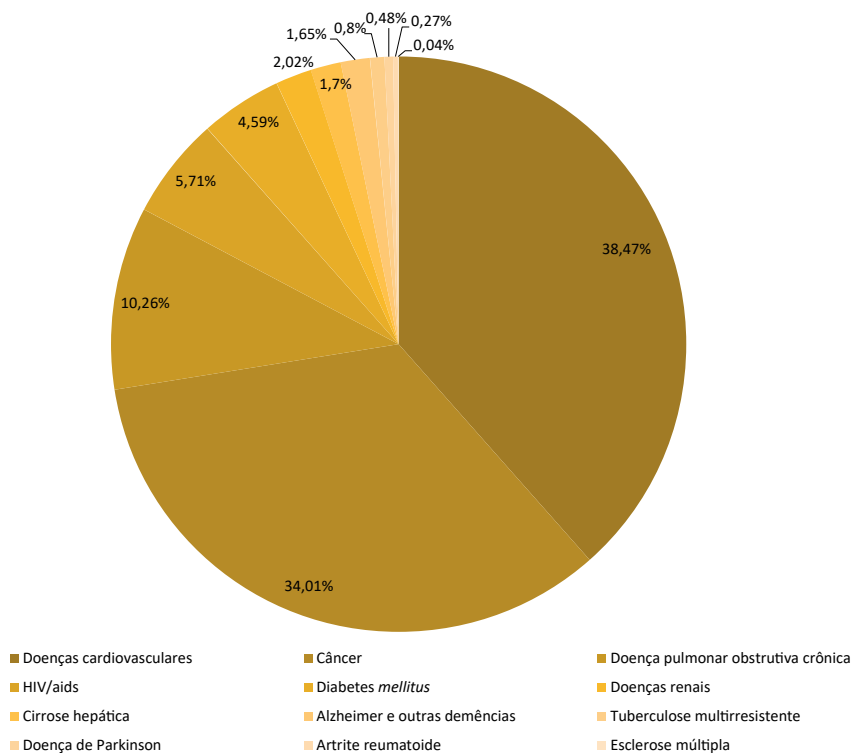
Figura 1 - Modelo integrado de cuidados paliativos para doenças crônicas progressivas



Fonte: adaptado de World Health Organization⁵.
Nota: CFV – Cuidados ao fim da vida.

As principais doenças que requerem cuidados paliativos, segundo as estimativas globais da Organização Mundial da Saúde (OMS) no contexto dos adultos (indivíduos com 15 anos ou mais), são as cardiovasculares (38,5%), as neoplasias (34,0%), a doença pulmonar obstrutiva crônica (10,3%), a aids (5,7%) e o diabetes *mellitus* (4,6%)³, conforme demonstrado na Figura 2.

Figura 2 - Frequência de adultos que necessitam de cuidados paliativos no final de vida, por grupos de doenças (N=19.228.760)



Fonte: adaptado de World Health Organization³.
 Legenda: HIV – vírus da imunodeficiência humana

O PACIENTE EM CUIDADOS PALIATIVOS

Durante uma consulta, a maioria dos pacientes chega acompanhada de familiares, com a necessidade de algum auxílio. Alguns pacientes conseguem descrever a situação atual, abordam os desafios trazidos pelo câncer e pelos tratamentos realizados, além de sua compreensão sobre o diagnóstico e o prognóstico. Já outros não conseguem expressar o que sentem ao lidar com as alterações decorrentes da doença e elegem um cuidador de sua rede de apoio para ser o porta-voz de suas demandas.

Os pacientes vivenciam perdas progressivas, com impactos também emocionais, sociais e financeiros em sua família. Assim, a raiva, a frustração, o medo, a tristeza e a vergonha levam à angústia e ao sofrimento existencial, com conseqüente ruptura biográfica e de conexão com

o outro. Os profissionais encontram pacientes desenganados, fragilizados e excluídos, tratados como perdedores dessa batalha, mas que contam com o apoio de uma equipe dedicada, que se baseia em ciência e compaixão para prover dignidade no avançar da doença, acrescentando qualidade de vida e conforto, dentro das possibilidades de controle, reconhecendo os limites na abrangência do cuidar.

O paciente e o cuidador esperam encontrar uma avaliação sem julgamentos, uma escuta ativa, com presença de qualidade, que não se restrinja apenas a questões preestabelecidas em protocolos. É importante identificar os elementos de enfrentamento no processo da doença de cada um, mantendo o suporte nas crenças e práticas do paciente, sem tentar convencê-lo, por exemplo, de convicções de espiritualidade ou religiosas diferentes. Vale ressaltar que o objetivo deve estar sempre em atender às necessidades do paciente.

Desse modo, com ou sem possibilidade de reversão ou tratamento curativo, os cuidados paliativos trazem um olhar para o cuidado amplo e complexo, voltado para a totalidade da vida do paciente, com respeito ao sofrimento dele e de sua família diante da evolução da doença. Conseqüentemente, o apoio aos familiares perpassa pela apresentação do melhor plano terapêutico a ser colocado em prática para garantir a qualidade de vida nesse momento, pelo auxílio na resolução de dificuldades sociais e por uma melhor elaboração do luto, pois determinadas situações, como dedicar-se ao cuidado de alguém ou lidar com a possibilidade de perder uma pessoa querida, são difíceis e podem causar muito sofrimento aos familiares.

MODALIDADES DE ATENDIMENTO

Não existe um único local em que se pode realizar cuidados paliativos. O local mais indicado é onde estiver o paciente que necessita desse tipo de cuidado, ou seja, no domicílio, na unidade hospitalar, no ambulatório, na instituição de longa permanência ou no *hospice*³. A qualidade do cuidado e o local onde é realizado também se tornam significativos para o processo de luto vivenciado durante o adoecimento e após o falecimento do paciente⁶.

O Ministério da Saúde publicou a resolução nº 41, em 31 de outubro de 2018, que normatiza a oferta de cuidados paliativos como parte dos cuidados continuados integrados no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). A resolução define que os cuidados paliativos devam estar disponíveis em todos os pontos da rede e propõe que sejam claramente identificadas e observadas as preferências da pessoa doente quanto ao tipo de cuidado e tratamento médico que receberá, nas atenções básica, domiciliar, ambulatorial, hospitalar, de urgência e de emergência⁷.

O Instituto Nacional de Câncer (INCA) tem uma unidade de cuidados paliativos exclusivos que é o Hospital do Câncer IV (HC IV). Os pacientes acompanhados no INCA recebem abordagem paliativa prestada pelos profissionais dos Hospitais do Câncer I, II e III (HC I, HC II e HC III) e cuidados paliativos especializados por ocasião da evolução da doença, do aumento da complexidade dos sintomas e do término do tratamento modificador da doença, seja por ausência de novas opções,

seja por questões clínicas. Todos os pacientes encaminhados ao HC IV são necessariamente matriculados no INCA e provenientes de uma das três unidades assistenciais da instituição. Segundo dados institucionais internos, no triênio de 2018 a 2021, o HC I, unidade com o maior número de especialidades médicas, foi responsável por 63,7% das matrículas em cuidados paliativos; enquanto o HC II, unidade de tratamento de pacientes com tumores ginecológicos e de tecidos ósseo e conjuntivo, e o HC III, unidade especializada em câncer de mama, foram responsáveis por 36,3% das matrículas restantes. A maior parte dos pacientes, nesse período, estava na faixa de 61 a 70 anos, sendo 59,6% do sexo feminino e 40,4% do sexo masculino. Muitos pacientes com câncer avançado transferidos para cuidados paliativos exclusivos apresentam algum grau de déficit do estado nutricional e funcionalidade reduzida.

Os médicos dos HC I, II e III fazem o encaminhamento de seus pacientes à equipe de cuidados paliativos do HC IV no momento em que o tratamento modificador do câncer deixa de evoluir positivamente e/ou o estado clínico geral do paciente compromete sua qualidade de vida. A avaliação do paciente é feita pelo enfermeiro que está nas unidades assistenciais de origem dos pacientes. Depois dessa avaliação, é feito o encaminhamento para início do tratamento em cuidados paliativos exclusivos. Esse setor é chamado de Posto Avançado.

Os Postos Avançados são ambulatórios localizados nos HC I, II e III destinados às avaliações dos pacientes encaminhados para cuidados paliativos exclusivos, composto por enfermeiro e assistente administrativo do HC IV. A avaliação segue critérios estabelecidos e reconhecidos por toda a instituição: laudo histopatológico, diagnóstico de doença oncológica em atividade e término do tratamento modificador de doença, orientação prévia e adequada do paciente e/ou família pelo médico assistente da clínica de origem, aceitação dos cuidados paliativos e entendimento dos seus objetivos pelo paciente, pelo familiar e/ou cuidador.

A avaliação para acompanhamento em cuidados paliativos ocorre após o preenchimento do Sumário de Caso Clínico pelo médico da clínica de origem. Esse instrumento foi criado por profissionais do HC IV e resume dados epidemiológicos, diagnósticos, modalidades de tratamentos oncológicos realizadas, histórico de evolução de doença, tipo do tratamento efetuado (se radical ou paliativo) e justificativas para o término ou a interrupção do tratamento modificador de doença e o consequente encaminhamento.

É preciso que algumas questões importantes ganhem destaque na abordagem da equipe de tratamento curativo e sejam resolvidas para que a equipe de cuidados paliativos exclusivos possa dar início à sua atuação. Entre elas, estão:

- Orientar o paciente e a família sobre o término do tratamento oncológico e a necessidade de acompanhamento no HC IV.
- Realizar os exames pendentes e passar o resultado para o paciente e a família, sempre especificando se há necessidade ou não de alguma conduta terapêutica.
- Fazer contato com o responsável pelo paciente para informar a atual situação, principalmente para os que não tenham condições de responder por si. No caso de pacientes sem vínculo

familiar, a tentativa de encontrar um representante legal ou algum familiar deve ser esgotada pela equipe da clínica de origem.

Os familiares são solicitados a participar da consulta de transferência. Nesse momento, os pacientes e seus familiares são abordados a respeito do que sabem sobre o motivo do encaminhamento, suas dúvidas são dirimidas, os mitos são esclarecidos e são informados mais uma vez da incurabilidade da doença, do prognóstico e do encaminhamento à unidade de assistência paliativa, na qual serão acompanhados por profissionais especializados em cuidados paliativos, com atendimento mais individualizado de acordo com a necessidade de cada paciente. Além disso, ressalta-se que a unidade de destino não possui um centro de terapia intensiva nem realiza reanimação de pacientes. A não realização de massagem cardíaca demonstra a aceitação dos limites da medicina frente ao processo da doença. Após os consentimentos do paciente e de seu familiar, o profissional agenda a primeira consulta no HC IV.

É bastante relevante, para a equipe de cuidados paliativos que irá acompanhar o paciente, a descrição de como ele se encontra no dia da consulta do enfermeiro do Posto Avançado, avaliando alguns pontos importantes, como:

- Nível de consciência.
- Capacidade funcional de acordo com o *Karnofsky Performance Status* (KPS – vide Capítulo 3).
- Principais queixas e sintomas.
- Presença de estoma, cateter, dreno.
- Comparecimento à consulta sozinho, com familiar ou cuidador, ou a presença apenas do familiar na consulta.
- Classificação de sinais e sintomas.

Nesse momento, fica definido se há alguma necessidade a ser atendida com maior celeridade e se é preciso agilizar o atendimento. De acordo com a avaliação da capacidade funcional do paciente, das condições clínicas e do local do domicílio, os pacientes serão direcionados para a modalidade de atendimento mais adequada: Ambulatório, Assistência Domiciliar ou Internação Hospitalar com transferência entre leitos das unidades⁹, segundo os critérios estabelecidos, conforme apresentado no Quadro 1.

Quadro 1 - Critérios para definição da modalidade de atendimento no Hospital do Câncer IV

MODALIDADE DE ATENDIMENTO	CRITÉRIOS
Ambulatório	Pacientes com melhor capacidade funcional e que possam se deslocar até o hospital, ideal para a manutenção de sua autonomia e mobilidade (KPS \geq 50%)
Assistência Domiciliar	Pacientes que apresentam capacidade funcional comprometida e, por isso, são impedidos de comparecer ao hospital (KPS \leq 50%)
Ambulatório a Distância	Pacientes que têm indicação de assistência domiciliar, porém, após a avaliação de seu local de moradia (área de risco ou local com raio de distância acima de 60 km do hospital), é inelegível. Busca-se estabelecer parceria com a unidade de saúde próxima do paciente, para atendimento conjunto
Serviço de Pronto Atendimento	Pacientes em situações agudas, com atendimento presencial e/ou orientações por telefone
Internação Hospitalar	Pacientes que necessitam de monitoramento dos sintomas agudizados, com intervenção imediata dos profissionais e em cuidados de fim de vida, ou sem condições de receber alta da unidade de origem, por qualquer outra situação não clínica

Fonte: adaptado de Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva⁹.

Nota: KPS – *Karnofsky Performance Status*.

São critérios de ineligibilidade para admissão no HC IV:

- Pacientes sem evidência de doença maligna.
- Paciente em cuidado paliativo por condições clínicas ou por comorbidade de caráter benigno, mas sem evidência de doença neoplásica.
- Paciente em uso de prótese ventilatória.
- Paciente e/ou familiar que não aceitem a transferência.

No cenário não oncológico, são encontrados muitos pacientes nas situações referidas, e as particularidades devem ser avaliadas caso a caso.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O paciente encaminhado à unidade de cuidados paliativos exclusivos e seu cuidador precisam, necessariamente, ser esclarecidos quanto ao tratamento proposto e aceitar a transferência para a referida unidade. Serão assistidos por uma equipe interdisciplinar especializada, e todos os métodos terapêuticos apropriados para um impecável controle de sintomas e a garantia do bem-estar serão oferecidos, dentro das possibilidades. É imperativo salientar que, após o acolhimento do paciente e sua família pela equipe multidisciplinar, mitos e crenças serão mitigados para que o enfrentamento da doença oncológica avançada seja mais aceitável, respeitando os limites de cada um.

REFERÊNCIAS

1. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Newsroom. Fact sheets. **Palliative care**. Geneva: WHO, 2020. Disponível em: <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>. Acesso em: 11 nov. 2021.
2. GAMONDI, C.; LARKIN, P.; PAYNE, S. Core competencies in palliative care: an EAPC white paper on palliative care education - part 2. **European Journal of Palliative Care**, Toronto, v. 20, n. 3, p. 140-145, Jan. 2013.
3. WORLDWIDE HOSPICE PALLIATIVE CARE ALLIANCE. **Global atlas of palliative care at the end of life**. London: WPCA; WHO, 2014. Disponível em https://www.who.int/nmh/Global_Atlas_of_Palliative_Care.pdf. Acesso em: 13 nov. 2021.
4. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES. Tratamento do câncer. **Cuidados paliativos**. Rio de Janeiro: INCA, ago. 2021. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/tratamento/cuidados-paliativos>. Acesso em: 19 nov. 2021.
5. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Palliative care**. Geneva: WHO, 2007. (Cancer control: knowledge into action. WHO guide for effective programmes, module 5). Disponível em: https://www.afro.who.int/sites/default/files/2017-06/CC_PalliativeCareModule.pdf. Acesso em: 8 jun. 2022.
6. MIYAJIMA, K. *et al.* Association between quality of end-of-life care and possible complicated grief among bereaved family members. **Journal of Palliative Medicine**, New Rochelle, n. 17, v. 9, p. 1025-1031, 2014. DOI 10.1089/jpm.2013.0552.
7. BRASIL. Ministério da Saúde. Comissão Intergestores Tripartite. Resolução nº 41, de 31 de outubro de 2018. Dispõe sobre as diretrizes para a organização dos cuidados paliativos, à luz dos cuidados continuados integrados, no âmbito Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, ano 155, n. 225, p. 276, 23 nov. 2019.
8. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. Cuidados paliativos no Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA): uma trajetória marcada por pioneirismo e inovação. *In*: INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **Cuidados paliativos**: vivências e aplicações práticas do Hospital do Câncer IV. Rio de Janeiro: INCA, 2021. p. 13-21. Disponível em: https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//cuidados_paliativos_vivencias_e_aplicacoes_praticas_do_hc_iv.pdf. Acesso em: 8 jun. 2022.



Capítulo 2

A RELAÇÃO PROFISSIONAL DE SAÚDE-PACIENTE EM CUIDADOS PALIATIVOS

INTRODUÇÃO

Em cuidados paliativos, é indiscutível que a relação entre profissional de saúde e paciente influencia na compreensão do diagnóstico, no delineamento do plano de cuidados, na adesão ao tratamento e no alcance de expectativas reais do paciente e de seus cuidadores¹.

Considerando que o processo de trabalho em saúde tem, como um dos seus elementos principais, as ações de cuidado de forma integral, esse não deve se limitar à realização de procedimentos técnicos, pois a técnica impessoal e mecanicista pode levar ao distanciamento da pessoa cuidada. Ao contrário, é primordial que o profissional de saúde, em sua prática, adote, como princípio norteador, todos os sentidos possíveis de cuidado, pois se trata de uma relação entre sujeitos².

Uma relação interpessoal efetiva entre os membros da equipe multiprofissional, os pacientes e seus familiares e cuidadores possibilita um cuidado plural, resultante de entrelace de várias disciplinas e práticas assistenciais, bem como do diálogo, do saber técnico científico e do popular. Essa linha de ação de cuidado faz o serviço caminhar na direção da integralidade, afastando-se da assistência reducionista que desconsidera a subjetividade e/ou as variáveis sociais³.

A interação entre os membros da equipe multiprofissional, o familiar, o cuidador e o paciente é caracterizada pelo desenvolvimento de ações, atitudes e comportamentos guiados por fundamentação científica, experiência e pensamento crítico. Esse processo de cuidado em saúde como ação humanizada não beneficia somente o paciente, mas também o familiar, o cuidador e os membros da equipe de saúde. A compreensão de como ocorrem as relações interpessoais mostra-se vital para o cuidado em saúde, uma vez que os profissionais utilizam essas ferramentas para a efetivação do cuidado⁴.

Na atenção paliativa oncológica, a interação entre os membros da equipe multiprofissional é inevitável, uma vez que o trabalho desenvolvido necessita que cada profissional desenvolva suas atribuições. Dependendo de como as interações entre os membros da equipe ocorram, elas têm impacto sobre a qualidade de vida do trabalhador e sobre a qualidade dos cuidados prestados ao paciente e a seu familiar ou cuidador⁵.

O PAPEL DA COMUNICAÇÃO DO PROGNÓSTICO

A comunicação exerce uma função extremamente relevante no prognóstico de pacientes com câncer avançado em cuidados paliativos. Informações acerca da expectativa de vida, dos resultados do tratamento, dos efeitos colaterais e das mudanças corporais são dúvidas constantes, porém é essencial saber se o paciente quer receber tais informações e onde, quando e como fazê-lo⁶.

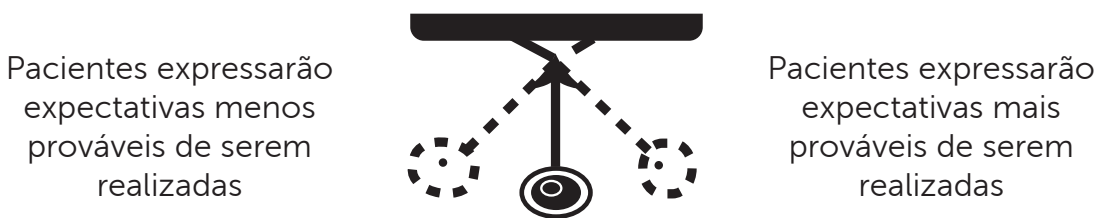
Para uma comunicação mais efetiva, fazem-se necessários não somente as habilidades técnicas por parte da equipe interdisciplinar, mas também o resgate da relação interpessoal e empática. Para tal, o processo de comunicação também deve ser baseado em compaixão, humildade, respeito e empatia⁷. No que tange à bioética, o diálogo empático é estratégia e habilidade essencial para os profissionais, os quais devem compreender as angústias e o sofrimento do indivíduo⁸.

A comunicação é constituída por duas dimensões: a verbal e a não verbal. A forma verbal é expressa por meio de palavras, as quais expõem um pensamento. Já a forma não verbal confere a demonstração e a compreensão de sentimentos, como o tom de voz, os gestos, os olhares, as expressões faciais, a postura corporal e a distância física entre as pessoas⁷.

Cabe ressaltar, no entanto, que existem situações nas quais a comunicação é considerada bem executada, mas ainda está sujeita a fenômenos psicológicos particulares, que vão além das habilidades comunicativas dos profissionais. Nesse sentido, a interpretação e a reação a más notícias, a prognóstico reservado, ou até mesmo a uma mudança abrupta de planos estabelecidos são imprevisíveis. É de competência da equipe de saúde prover estratégias para oportunizar que as consequências sejam menos traumáticas, mas deve-se também considerar a capacidade de utilização de recursos internos, dos quais pacientes e familiares dispõem para o enfrentamento de situações difíceis⁸.

Há um modelo de enfrentamento para doenças graves, representado por um pêndulo, no qual a consciência prognóstica do paciente oscila em vários graus, variando do mais realista para o menos realista, cujo movimento é considerado um ritmo saudável de integração de informações, caracterizado como mecanismo de enfrentamento⁹ (Figura 3).

Figura 3 - Representação do modelo de enfrentamento de doenças graves



Fonte: adaptado Jackson *et al.*⁹.

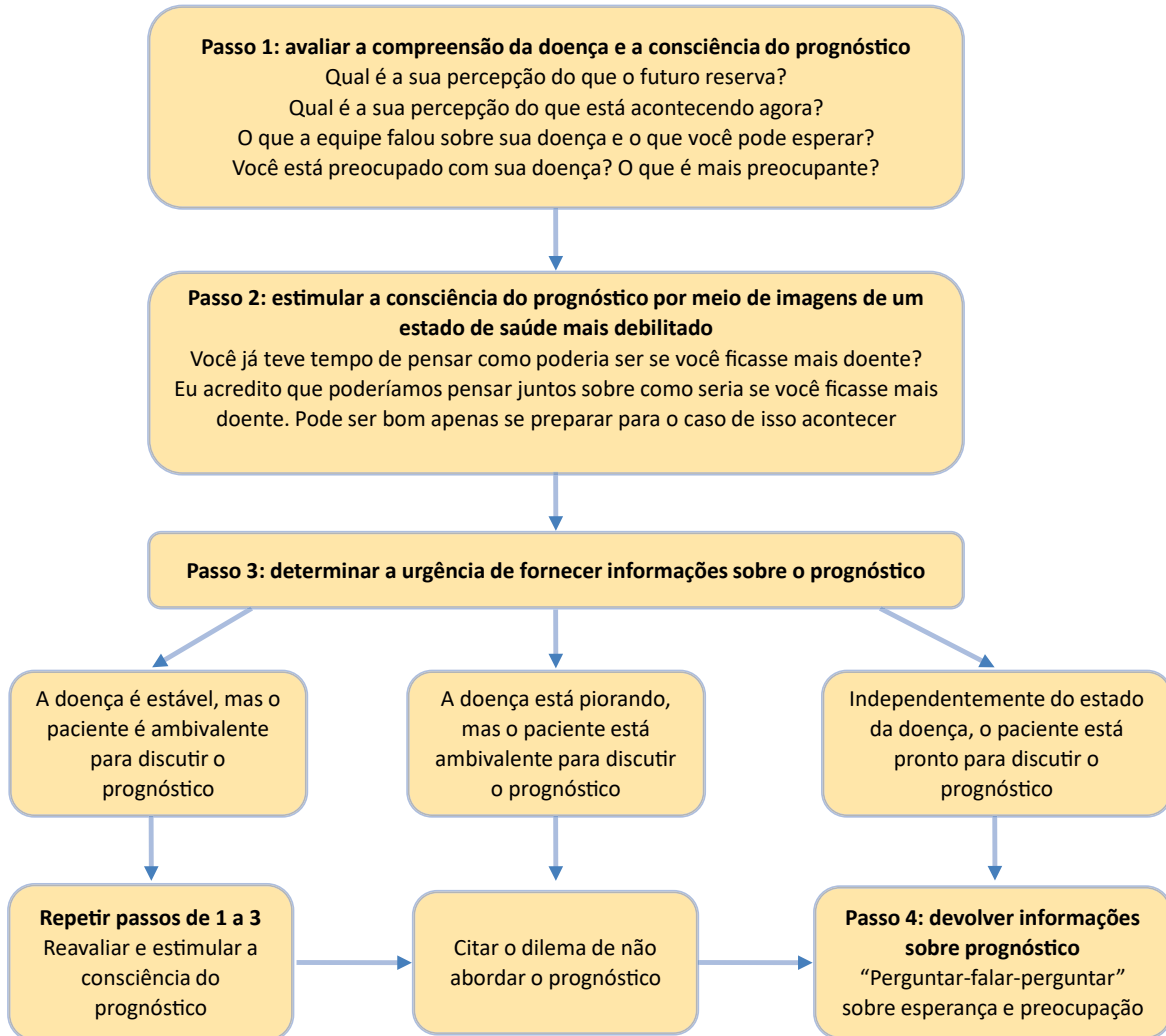
Existem domínios nos quais a equipe deve se preparar para uma comunicação centrada no paciente: promoção da relação equipe-paciente, discussão de notícias difíceis, enfrentamento de emoções, percepção de valores, preparação para o futuro, tomada de decisões com envolvimento e apoio aos cuidadores¹⁰. Nesse cenário, Back¹¹ enumerou algumas armadilhas na comunicação que impactam negativamente a relação paciente-equipe interdisciplinar em cuidados paliativos, listados a seguir:

- **Apresentar os cuidados paliativos como se o paciente estivesse morrendo:** existem fases distintas dos cuidados paliativos, e deve-se focar na fase na qual o paciente está inserido no momento da avaliação para realizar a abordagem adequada.
- **Minimizar a esperança:** um erro crucial é ignorar a função da esperança como estratégia de enfrentamento, uma vez que esse sentimento enfatiza a capacidade do indivíduo no engajamento pela vida.
- **Não incluir outros membros da equipe:** quando um componente da equipe de saúde não envolve os demais, o paciente pode ser levado a acreditar que é o responsável por manter cada profissional atualizado, o que dá espaço para informações conflitantes.
- **Comunicar mais informações sem avaliar o que o paciente já sabe:** a não avaliação do quanto o paciente já absorveu de conhecimentos anteriores ou por outras fontes pode caracterizar um retrocesso no preenchimento de lacunas ou correção de informações imprecisas.
- **Utilização de termos e jargões técnicos:** em situações como essa, é comum os pacientes permanecerem calados, sem compreensão do que lhes foi falado.
- **Coibir ou ignorar reações emocionais:** deve-se atentar às verbalizações do paciente, expressões faciais e linguagem corporal para identificar a reação e prosseguir ou não com a conversa.

Ademais, destacam-se fatores relacionados ao paciente que influenciam a comunicação¹¹:

- **Capacidade de compreensão, participação e tomada de decisões:** geralmente, a habilidade desses fatores diminui com o avançar da doença. O diálogo com o paciente sobre preferências que possam orientar o plano de cuidados deve ser realizado o mais precocemente possível.
- **Preferências:** as qualidades do profissional para que o paciente possa compartilhar suas preferências são ser bom ouvinte, ser confiável, ter atitude compassiva e usar uma abordagem atenciosa.
- **Compreensão:** a discussão do prognóstico para sua compreensão deve ser um processo contínuo, de mão dupla, no qual profissionais de saúde e paciente definam, em conjunto, os objetivos do cuidado^{11,12}. Jackson *et al.*⁹ propuseram um passo a passo para auxiliar pacientes a tomarem consciência do seu prognóstico, conforme mostrado na Figura 4.

Figura 4 - Passo a passo para estimular a compreensão do prognóstico



Fonte: adaptado Jackson et al. 9.

RELEVÂNCIA DA TOMADA DE DECISÕES COMPARTILHADAS

Uma comunicação adequada entre equipe de saúde, pacientes e familiares vem, cada vez mais, tendo seu impacto reconhecido sobre inúmeros aspectos da prática clínica e dos cuidados em saúde, como melhora da acurácia diagnóstica, redução da judicialização das relações de cuidado em saúde, maior e melhor adesão terapêutica, maior satisfação na relação profissional de saúde-paciente, além de auxílio no melhor uso dos recursos em saúde e em melhores resultados nos tratamentos propostos¹³. Contudo, essa comunicação pode ser percebida, tanto pelos profissionais quanto pelos pacientes e seus familiares, como um dos maiores entraves ou uma das maiores dificuldades nas relações de cuidados em saúde.

O processo comunicacional pode ser um desafio para uma perspectiva interessada na humanização dos cuidados¹⁴. É importante destacar o uso do termo *processo* para caracterizar a comunicação em saúde, na medida em que, com ele, é possível deslocar o debate de um mero ato de informação e/ou de decisão para um paradigma de complexidade. Nos cuidados paliativos oncológicos, a noção de complexidade é fundamental para a consideração integral do paciente no conjunto de suas necessidades clínicas, psicossociais e espirituais.

A partir dos estudos sobre comunicação aplicada ao campo da saúde humana, é possível identificar três modelos de relação entre profissional de saúde e paciente na tomada de decisão. O primeiro, conhecido como modelo paternalista, está centrado no poder-saber do profissional, que adota postura mais diretiva, privando, muitas vezes, o paciente de sua subjetividade e de sua autonomia no decorrer do tratamento. O segundo modelo, que pode ser relacionado com uma aproximação da lógica das relações de consumo com a medicina, é chamado de informativo, que, por ser sustentado por uma noção mercantilista dos cuidados em saúde, vê o profissional como um prestador de serviços que passa para o "paciente-cliente" informações em sua maioria de caráter técnico sobre sua condição de saúde, sendo levado a tomar as decisões sozinho¹⁵. Já numa perspectiva de complexidade do processo comunicacional na relação profissional de saúde-paciente, o terceiro modelo é o compartilhado. Nessa ótica, a tomada de decisão sobre os cuidados deve conseguir articular o saber do profissional de saúde, de caráter técnico-teórico, com o saber sobre si e a própria experiência de adoecimento do paciente. Essa forma de tomada de decisão nos cuidados em saúde, por sua característica processual, deve ser construída ao longo das interações possíveis entre os profissionais e o paciente durante o tratamento, criando um espaço relacional que possibilite uma efetiva comunicação interpessoal.

A bioética, por ocupar um espaço de reflexão complexa, interdisciplinar e compartilhada sobre a adequação das ações que incidem sobre a vida em sua completude, tornou-se de grande relevância para a prática clínica, fornecendo ferramentas teóricas para a tomada de decisão do profissional de saúde. Entre os vários dilemas bioéticos que exigem preparo e reflexão sobre o que e como fazer, estão os cuidados paliativos e as decisões terapêuticas que envolvem essa modalidade do cuidado, sobretudo quando o paciente se encontra em final de vida¹⁶.

Para evitar a concentração da tomada de decisão em saúde no profissional, é fundamental atuar em equipe e promover a participação do paciente e sua família no processo de tomada de decisão. Nesse sentido, destaca-se o modelo compartilhado como uma estratégia centrada na pessoa, que pretende alinhar a comunicação entre profissionais da saúde e paciente, devendo incluir a família ou a rede de apoio de escolha do paciente. Decisões compartilhadas têm repercussões positivas na assistência: os usuários têm mais confiança na equipe e nos serviços prestados e sentem-se mais satisfeitos com a atenção recebida¹⁶.

Na prática clínica em cuidados paliativos, a necessidade da construção de tomadas de decisão compartilhadas entre a equipe de saúde e o paciente e sua família torna-se autoevidente quando se compreende a relação intrínseca entre o que se convencionou chamar por humanização dos cuidados em saúde e a prática paliativista. Na medida em que os cuidados paliativos têm,

por axioma central, a valorização da qualidade de vida, entra-se necessariamente no terreno da subjetividade, no qual preferências individuais e valores pessoais e familiares são tomados em consideração juntamente aos demais parâmetros clínicos para a tomada de decisão.

Os cuidados paliativos modernos guardam, desde sua gênese, uma estreita relação com o conceito e a perspectiva da humanização nos cuidados em saúde, tendo especial preocupação com a oferta de cuidados a pacientes tradicionalmente negligenciados pela medicina tecnológica¹⁷. Nesse sentido, estratégias de comunicação em cuidados paliativos tomam a forma de procedimentos técnicos bem estruturados que visam a dar sustentação às premissas garantidoras de qualidade de vida imbuídas nessa prática. Assim as tomadas de decisão concernentes ao tratamento paliativo devem estar fundamentadas nesse processo comunicacional que compartilha, de maneira equitativa, os poderes e valores envolvidos no processo decisório.

CUIDADOS PALIATIVOS E HUMANIZAÇÃO

A humanização é um dos eixos orientadores das práticas de gestão dos serviços e da qualificação da atenção paliativa oncológica. Humanizar significa oferecer atendimento de qualidade, vinculando os avanços tecnológicos ao acolhimento, com melhoria nos ambientes de cuidado e das situações de trabalho dos profissionais. Autonomia e protagonismo do indivíduo são valores relacionados à política de humanização¹⁸.

Compreende-se a humanização como um ato de valor e respeito à vida humana, na qual são incluídas questões éticas, sociais e educacionais, presentes em todo ser humano e, portanto, nas relações interpessoais¹⁹. Presume-se, na atenção paliativa oncológica, uma troca de saberes e a ampliação do diálogo entre gestores, profissionais de saúde e usuários, no desenlace de problemas e na idealização de ações que se realizem por meio de construções coletivas, possibilitando adaptações e melhorias na produção de uma assistência humanizada¹⁸.

A humanização não deve ser algo passível de treinamento, mas sim de sensibilização dos profissionais, que devem considerar o cuidar, colocando-o em lugar de destaque, e não como uma consequência do processo de humanização²⁰.

Nesse contexto, à luz da política, a humanização tem fundamento extensivo, que se expande desde a proposta de serviços e de tecnologias de cuidado e de gestão, até a criação de ambientes de trabalho que possam originar segurança, conforto e bem-estar aos usuários do serviço, aos familiares e cuidadores e aos membros da equipe multiprofissional²¹.

RELAÇÃO ENTRE PACIENTE E PROFISSIONAL NA ERA DIGITAL

Nos cuidados paliativos oncológicos, é necessário focar nos sintomas físicos, psicológicos e espirituais e facilitar a comunicação por meio de uma abordagem multidisciplinar para estabelecer metas de cuidado, com foco na qualidade de vida do paciente e de seus familiares e cuidadores²².

A utilização da tecnologia no futuro é atrativa, pois, à medida que a população envelhece e as doenças progridem, a incapacidade de se locomover para as consultas é maior, além da possibilidade de morar em área de risco, tornando a interação presencial limitada. Nesse sentido, o teleatendimento viabiliza a prestação da assistência de forma remota e segura, facilitando o apoio e o monitoramento e gerando grande impacto financeiro com a redução dos atendimentos nas emergências e da taxa de internação hospitalar²³.

O teleatendimento é essencial no suporte à qualidade de vida dos pacientes em cuidados paliativos, pois combina a capacidade de evitar que os pacientes mais debilitados precisem sair de sua casa para receber assistência e reduz o tempo de resposta no gerenciamento de sintomas e metas de cuidado. No entanto, a sua utilização vem acompanhada pelo medo de desumanizar as relações entre os pacientes e os profissionais, reduzindo o cuidado compassivo e desestruturando a vida doméstica dos pacientes²⁴.

A introdução de prontuários eletrônicos, teleatendimento, robótica intervencionista e inteligência artificial impactará o processo de atendimento e, portanto, a relação entre pacientes e profissionais de saúde²². À medida que as tecnologias são introduzidas no processo de cuidar, garantir que o foco permaneça na pessoa como um todo, e não em suas partes quantificáveis, é o maior dos desafios. É preciso estar atento ao fato de que nunca podemos substituir completamente o benefício de uma interação presencial, considerando sempre que estabelecer e manter uma relação entre pacientes e profissionais de saúde exige habilidade de escuta empática e respeito pelos valores e crenças dos pacientes e seus familiares²⁵.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do exposto, fica evidente a relação das competências comunicacionais do profissional de saúde com a produção de um cuidado humanizado e humanizante nos cuidados paliativos. A relação interpessoal entre o profissional, seu paciente e a família é um fundamento da prática clínica que deve ser considerado com a mesma relevância conferida aos aspectos técnicos e teóricos da formação profissional.

Os diferentes modelos comunicacionais que podem ser utilizados nas relações terapêuticas podem, muitas vezes, ser intercambiáveis. Contudo, a prática clínica deve sempre buscar estratégias de cuidado que garantam a participação do paciente e o respeito à sua autodeterminação e aos seus valores.

Sendo assim, na conjuntura de ruptura do modelo paternalista de saúde, o profissional de saúde deixa de representar a figura de autoridade e sua relação com o paciente se dá de uma forma não ameaçadora, permitindo a construção paulatina da confiança do paciente e de seus familiares em sua equipe de cuidados. Isso contribui para um melhor controle de sintomas, para o fortalecimento dos recursos de enfrentamento do paciente, além de melhorar a orientação na tomada de decisão, permitindo que o indivíduo usufrua dos benefícios dos cuidados paliativos de forma integral e humanizada.

REFERÊNCIAS

1. BERNACK, R. E.; BLOCK, S. D.; AMERICAN COLLEGE OF PHYSICIANS HIGH VALUE CARE TASK FORCE. Communication about serious illness care goals: a review and synthesis of best practices. **JAMA Internal Medicine**, Chicago, v. 174, n. 12, p. 1994-2003, Dec. 2014. DOI 10.1001/jamainternmed.2014.5271.
2. PEDUZZI, M. *et al.* Trabalho em equipe: uma revisita ao conceito e a seus desdobramentos no trabalho interprofissional. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 18, e0024678, 2020. Suppl. 1. DOI 10.1590/1981-7746-.sol00246.
3. CALDAS, C. *et al.* A importância da equipe multidisciplinar nas oficinas terapêuticas em saúde mental. **Revista Científica da FAMINAS**, [s. l.], v. 14, n. 1, p. 53-60, 2019.
4. NASCIMENTO, H. G. do; FIGUEIREDO, A. E. B. Demência, familiares cuidadores e serviços de saúde: o cuidado de si e do outro. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 4, p. 1381-1392, abr. 2019. DOI 10.1590/1413-81232018244.01212019.
5. MOLIN, A. *et al.* Cuidados paliativos na assistência hospitalar: a percepção da equipe multiprofissional. **Brazilian Journal of Health Review**, São José dos Pinhais, v. 4, n. 1, p. 1962-1976, 2021. DOI 10.34119/bjhrv4n1-159.
6. HUI, D. *et al.* Prognostication in advanced cancer: update and directions for future research. **Supportive Care in Cancer**, Berlin, v. 27, n. 6, p. 1973-1984, June 2019. DOI 10.1007/s00520-019-04727-y.
7. TROVO, M. M.; SILVA, S. M. A. Competência comunicacional em cuidados paliativos. In: CASTILHO, R. K.; SILVA, V. C. S. da; PINTO, C. da S. (ed.). **Manual de cuidados paliativos**. 3. ed. São Paulo: Academia Nacional de Cuidados Paliativos; Atheneu, 2021. p. 39-42.
8. CAMPOS, V. F. *et al.* Comunicação em cuidados paliativos: equipe, paciente e família. **Revista Bioética**, Brasília, DF, v. 27, n. 4, p. 711-718, out./dez. 2019. DOI 10.1590/1983-80422019274354.
9. JACKSON, V. A. *et al.* The cultivation of prognostic awareness through the provision of early palliative care in the ambulatory setting: a communication guide. **Journal of Palliative Medicine**, Larchmont, v. 16, n. 8, p. 894-900, Aug. 2013. DOI 10.1089/jpm.2012.0547.
10. EPSTEIN, R. M.; STREET JR., R. L. **Patient-centered communication in cancer care: promoting healing and reducing suffering**. Bethesda, MD: National Cancer Institute, 2007. (NIH Publication, n. 07-6225). Disponível em: https://cancercontrol.cancer.gov/sites/default/files/2020-06/pcc_monograph.pdf. Acesso em: 8 jun. 2022.
11. BACK, A. L. Patient-clinician communication issues in palliative care for patients with advanced cancer. **Journal of Clinical Oncology**, Alexandria, VA, v. 38, n. 9, p. 866-876, Mar. 2020. DOI 10.1200/JCO.19.00128.
12. VAN DER VELDEN, N. C. A. *et al.* The effect of prognostic communication on patient outcomes in palliative cancer care: a systematic review. **Current Treatment Options in Oncology**, Philadelphia, PA, v. 21, n. 5, p. 40, Apr. 2020. DOI 10.1007/s11864-020-00742-y.
13. RUIZ-MORAL, R. *et al.* Physician-patient communication: a study on the observed behaviours of specialty physicians and the ways their patients perceive them. **Patient Education and Counseling**, Limerick, v. 64, n. 1-3, p. 242-248, Dec. 2006. DOI 10.1016/j.pec.2006.02.010.
14. DESLANDES, S. F.; MITRE, R. M. A. Processo comunicativo e humanização em saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, São Paulo, v. 13, p. 641-649, 2009. Supl.1. DOI 10.1590/S1414-32832009000500015.
15. EPSTEIN, I. **A comunicação também cura na relação médico-paciente**. São Paulo: Angellara, 2006.

16. MACIEL, F.; NOGARO, A. Conflitos bioéticos vivenciados por enfermeiros em hospital universitário. **Revista Bioética**, Brasília, DF, v. 27, n. 3, p. 455-464, jul./set. 2019. DOI 10.1590/1983-80422019273329.
17. BERTAGNOLI, M. *et al.* Desafios para a gestão compartilhada do cuidado na relação entre cuidadores e profissionais de uma equipe do Serviço de Atenção Domiciliar. **PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 1, e310113, 2021. DOI 10.1590/S0103-73312021310113.
18. SOUSA, K. C.; CARPIGANI, B. Ditos, não ditos e entreditos: a comunicação em cuidados paliativos. **Psicologia: teoria e prática**, São Paulo, v. 12, n. 1, p. 97-108, 2010.
19. SOUZA, J. E. N. de. *et al.* Humanização na assistência hospitalar: estudo teórico-reflexivo. **Revista de Casos e Consultoria**, Lagoa Nova, v. 12, n. 1, e25446, 2021.
20. SOUSA, K. H. J. F. *et al.* Humanização nos serviços de urgência e emergência: contribuições para o cuidado de enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 40, e20180263, 2019. DOI 10.1590/1983-1447.2019.20180263.
21. KLARARE, A. *et al.* Team type, team maturity and team effectiveness in specialist palliative home care: an exploratory questionnaire study. **Journal of Interprofessional Care**, London, v. 33, n. 5, p. 504-511, Sep./Oct. 2019. DOI 10.1080/13561820.2018.1551861.
22. SANTOS, L. da S. dos; OLIVEIRA, C. B. A. de; LEMOS, A. C. M. Palliative care: communication as a tool in the treatment of elderly oncology patients. **Research, Society and Development**, São Paulo, v. 10, n. 11, p. e333101119499, 2021. DOI 10.33448/rsd-v10i11.19499.
23. GURP, J. *et al.* How outpatient palliative care teleconsultation facilitates empathic patient-professional relationships: a qualitative study. **PLoS One**, San Francisco, v. 10, n. 4, e0124387, 2015. DOI 10.1371/journal.pone.0124387.
24. WORSTER, B.; SWARTZ, K. Telemedicine and palliative care: an increasing role in supportive oncology. **Current Oncology Reports**, Philadelphia, v. 6, n. 37, June 2017. DOI 10.1007/s11912-017-0600-y.
25. PAYNE, S.; TANNER, M.; HUGHES, S. Digitisation and the patient-professional. **Palliative Medicine**, London, v. 34, n. 4, p. 441-443, Apr. 2020. DOI 10.1177/0269216320911501.

PRINCIPAIS ESCALAS E FERRAMENTAS DE AVALIAÇÃO EM CUIDADOS PALIATIVOS E SEU USO NO DIA A DIA

INTRODUÇÃO

Para avaliação de pacientes em cuidados paliativos oncológicos, há diferentes ferramentas e escalas. Algumas delas têm valor prognóstico e auxiliam a tomada de decisão tanto pela equipe, quanto pelos próprios pacientes e familiares quando esses desejam sabê-lo. Neste capítulo, serão abordadas as mais utilizadas na prática clínica.

KARNOFSKY PERFORMANCE STATUS

O KPS (Quadro 2) foi desenvolvido em 1949 por Karnofsky e Burchenal^{1,2} e segue sendo muito utilizado. É uma escala que avalia a funcionalidade do paciente em forma de percentual, classificando-o quanto à capacidade de realizar trabalho ativo e autocuidado e à necessidade de cuidados médicos frequentes em razão da maior evidência de doença. O KPS possui 11 categorias e cada uma é pontuada em 10%; uma pontuação mais baixa indica pior funcionalidade (100%: função completa – 0%: morte).

Essa ferramenta está diretamente relacionada ao prognóstico em oncologia. Quanto pior a funcionalidade, maior a chance de toxicidade com o tratamento e menor a probabilidade de sobrevida. Em pacientes com câncer avançado em cuidados paliativos exclusivos, um KPS abaixo de 50% está associado a uma probabilidade de sobrevida menor que oito semanas³.

Quadro 2 - Karnofsky Performance Status

Valor	Descrição da capacidade funcional
100%	Nenhuma queixa: ausência de evidência da doença
90%	Capaz de levar vida normal; sinais menores ou sintomas da doença
80%	Alguns sinais ou sintomas da doença com o esforço
70%	Capaz de cuidar de si mesmo; incapaz de levar suas atividades normais ou exercer trabalho ativo
60%	Necessita de assistência ocasional, mas ainda é capaz de prover a maioria de suas atividades
50%	Requer assistência considerável e cuidados médicos frequentes
40%	Incapaz; requer cuidados especiais e assistência
30%	Muito incapaz; indicada hospitalização, apesar de a morte não ser iminente
20%	Muito debilitado; hospitalização necessária; necessitando de tratamento de apoio ativo
10%	Moribundo, processos letais progredindo rapidamente
0%	Morte

Fonte: Karnofsky; Burchenal¹ e Cuidados...².

EASTERN COOPERATIVE ONCOLOGY GROUP – PERFORMANCE STATUS

A escala *Eastern Cooperative Oncology Group – Performance Status* (Ecog-PS) (Quadro 3) avalia como a doença afeta as habilidades de vida diária do paciente, com escores que variam de zero a cinco pontos⁴. A pontuação cinco refere-se à morte, e a zero refere-se ao paciente totalmente ativo.

Quadro 3 - *Eastern Cooperative Oncology Group – Performance Status*

Valor	Descrição da capacidade funcional	Equivalência KPS
0	Atividade normal	90 - 100%
1	Sintomas da doença, mas deambula e leva seu dia a dia normal	70 - 80%
2	Fora do leito mais de 50% do tempo	50 - 60%
3	No leito mais de 50% do tempo, carente de cuidados mais intensivos	30 - 40%
4	Restrito ao leito	20 - 10%
5	Óbito	0

Fonte: Oken et al.⁴ e Cuidados...².

Nota: KPS – *Karnofsky Performance Status*.

PALLIATIVE PROGNOSTIC SCORE

O *Palliative Prognostic Score* (PAP-Score) é uma ferramenta (Quadro 4) que foi desenvolvida por Maltoni et al.⁵ e validada em estudos prospectivos, permitindo classificar pacientes com câncer avançado, considerando a probabilidade de sobrevida em 30 dias. São considerados alguns fatores cujo somatório gera uma pontuação numérica de zero a 17,5, com valores de corte específicos, classificando os pacientes em três grupos de risco de acordo com uma probabilidade de sobrevivência de 30 dias: A – maior que 70%; B – de 70% a 30%; ou C – menor que 30%.

Quadro 4 - Palliative Prognostic Score

Fatores considerados		Pontuação parcial
Dispneia	Não	0
	Sim	1
Anorexia	Não	0
	Sim	1,5
KPS	> 30%	0
	10 - 20%	2,5
Predição clínica de sobrevida (em semanas)	> 12	0
	11 - 12	2
	7 - 10	2,5
	5 - 6	4,5
	3 - 4	6
	1 - 2	8,5
Contagem leucocitária total	Normal (4.600 - 10.200/mm ³)	0
	Alta (> 10.200 e < 15.000/mm ³)	0,5
	Muito alta (≥ 15.000/mm ³)	1,5
Porcentagem linfocitária	Normal (20 - 40%)	0
	Baixa (12 - 19,9%)	1
	Muito baixa (< 12%)	2,5
Classificação		
Grupos de risco	Probabilidade de sobrevida em 30 dias	Pontuação total
A	> 70%	0 - 5,5
B	30 - 70%	5,6 - 11
C	< 30%	11,1 - 17,5

Fonte: tradução de Maltoni *et al.*⁵.

Nota: KPS – *Karnofsky Performance Status*.

EDMONTON SYMPTOM ASSESSMENT SYSTEM

A escala de *Edmonton Symptom Assessment System* (Esas) (Quadro 4), proposta por Bruera *et al.*⁶ e validada no Brasil por Paiva *et al.*⁷, é utilizada para avaliar a intensidade dos sintomas. É uma escala numérica em que o paciente classifica o seu sintoma de zero a dez, em que zero significa ausência do sintoma e dez a pior intensidade possível. Os sintomas avaliados por essa escala são: dor, fadiga, náuseas, depressão, ansiedade, sonolência, perda de apetite, sensação de bem-estar, dispneia e sonolência. Um escore de um a três pode ser considerado leve; de quatro a sete, moderado; maior que sete, intenso⁸.

Quadro 5 - *Edmonton Symptom Assessment System*

Sem dor	----- 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior dor possível
Sem cansaço (fraqueza)	----- 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior cansaço (fraqueza) possível
Sem náusea (enjoo)	----- 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior náusea (enjoo) possível
Sem depressão	----- 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior depressão possível
Sem ansiedade	----- 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior ansiedade possível
Sem sonolência	----- 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior sonolência possível
Melhor apetite	----- 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior apetite possível
Melhor sensação de bem-estar	----- 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior sensação de mal- estar possível
Sem falta de ar	----- 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior falta de ar possível
Melhor sono	----- 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior sono possível

Fonte: Bruera, *et al.*⁶ e Paiva, *et al.*⁷.

ESCORE PROGNÓSTICO DE GLASGOW MODIFICADO

O Escore Prognóstico de Glasgow modificado (EPGm) é uma ferramenta que se baseia nas concentrações séricas de proteína C reativa (PCR) e albumina. Pode ser utilizado para avaliação prognóstica (Quadro 6) e/ou para avaliação do estado nutricional (Quadro 7) de pacientes com câncer avançado em cuidados paliativos por toda equipe multiprofissional, por se tratar de uma escala simples e objetiva^{9,10}.

Em estudo de coorte desenvolvido por Cunha *et al.*¹¹ na unidade de cuidados paliativos do INCA, foi verificado o poder prognóstico do EPGm. Silva *et al.*¹², em outra coorte desenvolvida na mesma instituição, demonstraram a utilidade clínica dessa ferramenta para avaliação do estado nutricional desse grupo.

Quadro 6 - Escore Prognóstico de Glasgow modificado – avaliação prognóstica

PCR (mg/l)	Albumina (g/dl)	Classificação	Prognóstico
≤ 10	-	0	Bom
> 10	≥ 3,5	1	Moderado
> 10	< 3,5	2	Ruim

Fonte: McMillam, et al.¹⁰.

Nota: PCR – proteína C reativa.

Quadro 7 - Escore Prognóstico de Glasgow modificado – avaliação nutricional

PCR (mg/L)	Albumina (g/dL)	Classificação	Estado Nutricional
< 10	≥ 3,5	0	Não caquético
< 10	< 3,5	0	Desnutrido
≥ 10	≥ 3,5	1	Caquético
≥ 10	< 3,5	2	Caquético refratário

Fonte: Douglas; McMillam⁹.

Nota: PCR – proteína C reativa.

RICHMOND AGITATION SEDATION SCALE – PALLIATIVE VERSION

A *Richmond Agitation Sedation Scale – Palliative Version* (Quadro 8) é uma ferramenta utilizada para avaliar os níveis de sedação em pacientes em cuidados paliativos com consciência rebaixada. Recomenda-se a manutenção do paciente entre os níveis menos um e menos três, sendo aceitável o nível menos quatro, de acordo com o seu quadro clínico^{13,14}.

Quadro 8 - Escala de *Richmond Agitation Sedation Scale – Palliative Version*

Escore	Termos	Descrição
+ 4	Combativo	Claramente combativo, violento, representando risco para a equipe
+ 3	Muito agitado	Agressivo, pode puxar tubos e cateteres
+ 2	Agitado	Movimentos não intencionais frequentes, briga com ventilador (se estiver em ventilação mecânica)
+ 1	Inquieto	Ansioso, inquieto, mas não agressivo
0	Alerta e calmo	
- 1	Torporoso	Não completamente alerta, mas mantendo olhos abertos e contato visual ≥ 10 segundos
- 2	Sedado leve	Acorda rapidamente e mantém contato ocular ao estímulo verbal < 10 segundos
- 3	Sedado moderado	Movimento ou abertura dos olhos, mas sem contato ocular com o examinador
- 4	Sedado profundamente	Sem resposta ao estímulo verbal, mas com movimentos ou abertura ocular ao estímulo tátil
- 5	Coma	Sem resposta aos estímulos verbais ou ao exame físico

Fonte: tradução de Ely et al.¹³.

ESCALAS DE DOR

Existem diversos instrumentos que podem ser utilizados para mensuração da dor, entre eles, os mais usados costumam ser os unidimensionais, que quantificam a experiência dolorosa em uma única dimensão, como a intensidade¹⁵⁻¹⁷.

ESCALA VERBAL

Na Escala Verbal, o paciente qualifica a experiência dolorosa usando frases que representam diferentes intensidades subjetivas de dor, como “nenhuma dor”, “dor leve”, “dor moderada”, “dor forte”, “dor insuportável” e “a pior dor possível” (Quadro 9). Entretanto, alguns pacientes apresentaram dificuldade em utilizá-las, por falta de habilidade cognitiva ou introspecção para entender as palavras^{15,17}.

Quadro 9 - Escala Verbal de avaliação de intensidade da dor

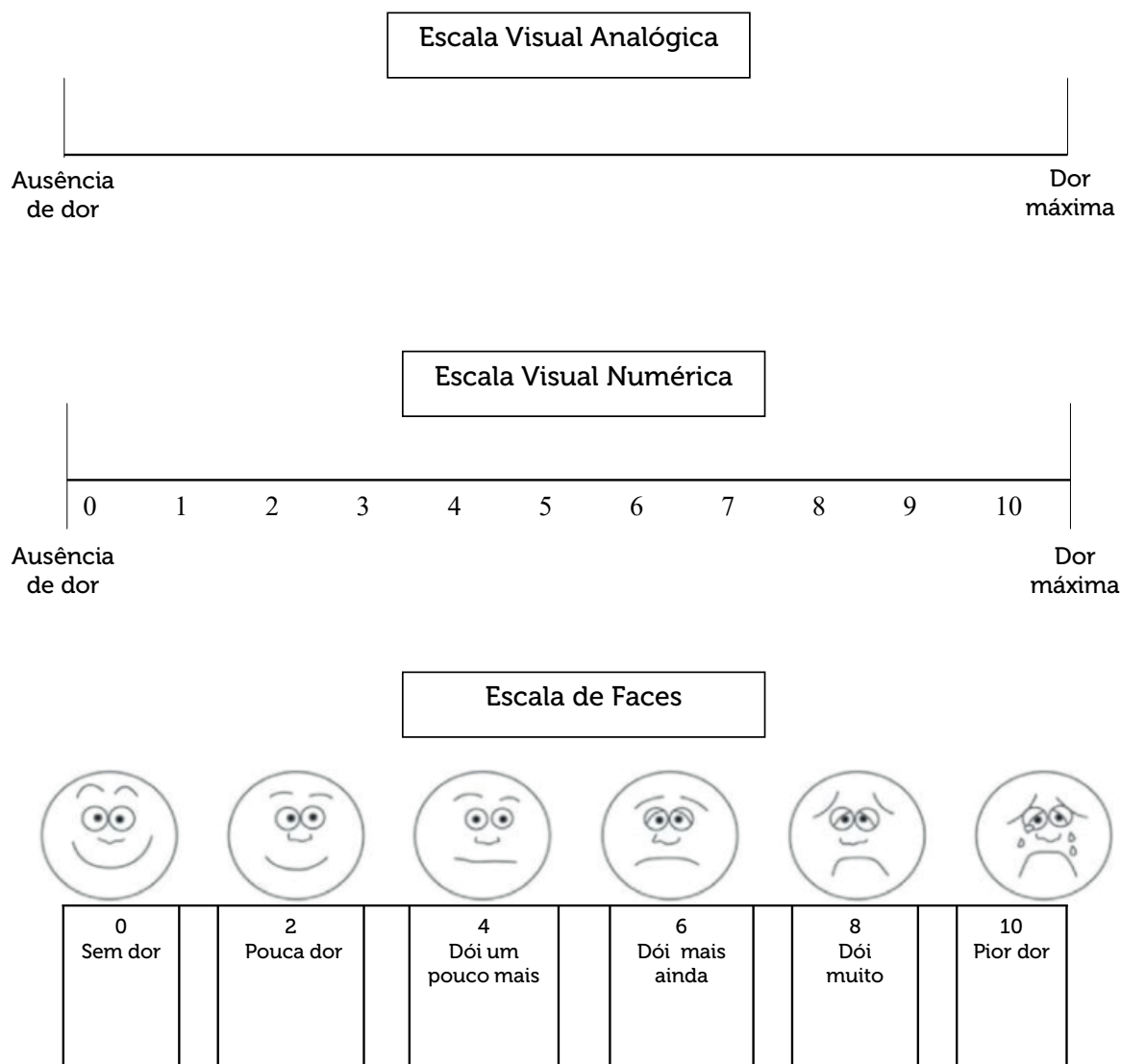
Intensidade da dor					
Nenhuma dor	Dor leve	Dor moderada	Dor forte	Dor insuportável	Pior dor possível

Fonte: Herr et al.¹⁵ e Ferrelli¹⁷.

ESCALAS ANALÓGICA VISUAL, NUMÉRICA VISUAL E DE FACES

A Escala Analógica Visual consiste, frequentemente, em uma linha reta, de 10 cm, que representa o contínuo da dor, ancorada pelas expressões “ausência de dor” e “dor máxima”. Solicita-se que o indivíduo marque, na linha, o lugar que representa a intensidade da dor sentida. O observador deve medir, em centímetros, a distância entre a extremidade ancorada pelas expressões “ausência de dor” e “dor máxima” e a marca feita pelo paciente, que corresponderá à intensidade de sua dor¹⁵⁻¹⁷. A Escala Analógica Visual requer nível maior da função cognitiva¹⁶. A Escala Numérica Visual difere da primeira por conter a marcação de cada centímetro na linha reta, na qual o aumento representa a maior intensidade da dor¹⁵⁻¹⁷. A Escala de Faces apresenta um conjunto de rostos que expressam níveis progressivos de sofrimento, e o paciente escolhe o que melhor representa a sua dor^{18,19}. As escalas Analógica Visual, Numérica Visual e de Faces podem ser vistas na Figura 5.

Figura 5 - Escalas Analógica Visual, Numérica Visual e de Faces para avaliação de intensidade da dor



Fonte: adaptado de Herr et al.¹⁵; Weiner et al.¹⁶; Ferrelli¹⁷; Wong-Baker Faces Foundation¹⁸.

PALLIATIVE PERFORMANCE SCALE

A *Palliative Performance Scale* (PPS) (Quadro 10) é uma ferramenta que tem sido amplamente utilizada para avaliar o desempenho funcional e para traçar prognóstico de sobrevida entre pacientes com doença oncológica em cuidados paliativos²⁰. Origina-se de uma modificação da Escala de Desempenho de Karnofsky e mede cinco domínios funcionais: deambulação, nível de atividade e evidência da doença, autocuidado, ingestão oral e nível de consciência. Os domínios são divididos em 11 níveis que variam de 0 a 100%, em intervalos de 10%, sendo 0% indicando morte e 100% indicando ausência de evidência de doença com atividade normal^{20,21}.

Quadro 10 - Palliative Performance Scale

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

Fonte: Victoria Hospice Society²².

Legenda: PPS – Palliative Performance Scale.

PALLIATIVE PROGNOSTIC INDEX

O *Palliative Prognostic Index* (PPI) (Quadro 11) é um índice prognóstico validado por pesquisadores, concebido para avaliar pacientes oncológicos com doença avançada²³. Consiste na soma do valor atribuído ao PPS com os valores atribuídos a outras variáveis clínicas, a saber: ingestão oral, edema, dispneia em repouso e *delirium*^{23,24}. Essas variáveis, por si só, já são preditivas de mau prognóstico e, no PPI, contribuem para prever se um paciente sobreviverá ou não a um tempo maior que três ou maior que seis semanas. De modo geral, a partir da pontuação obtida nos diferentes itens, os pacientes são divididos em três grupos:

- PPI maior que seis: estima uma sobrevivência abaixo de três semanas.

- PPI maior que quatro: estima uma sobrevivência abaixo de seis semanas.
- PPI menor que ou igual a quatro: estima uma sobrevivência acima de seis semanas.

Quadro 11 - *Palliative Prognostic Index*

PPS (%)	Pontuação parcial
10 - 20	4
30 - 50	2,5
≥ 60	0
Ingestão oral	
Muito reduzida	2,5
Reduzida	1,0
Normal	0
Edema	
Presente	1,0
Ausente	0
Dispneia em repouso	
Presente	3,5
Ausente	0
Delirium	
Presente	4,0
Ausente	0
Total	








Fonte: traduzido e adaptado de Morita et al.²⁴.
 Legenda: PPS – *Palliative Prognostic Index*.

BRISTOL STOOL FORM SCALE – ESCALA DE BRISTOL PARA CONSISTÊNCIA DE FEZES

A Escala de Bristol (Quadro 12) foi originalmente desenvolvida e validada em Bristol, na Inglaterra, no ano de 1997. Desde então, ela tem sido traduzida e validada para outras línguas, inclusive para o português²⁵⁻²⁷.

Trata-se de um instrumento impresso que contém a representação gráfica de sete tipos de fezes, levando-se em consideração a forma e a consistência. Além das imagens que ilustram as fezes, a escala apresenta também a descrição precisa em relação à forma e a consistência das fezes, o que facilita o reconhecimento das ilustrações por parte dos pacientes. A aplicação desse instrumento tem como objetivo auxiliar a classificação das fezes e a indicação de tratamentos, a depender de suas características²⁵⁻²⁷.

Quadro 12 - Escala de Bristol para determinação da consistência das fezes

	Bristol 1	Pequenas bolinhas duras, separadas como coquinhos (difíceis para sair)
	Bristol 2	Formato de língua encaroçada, com pequenas bolinhas grudadas
	Bristol 3	Formato de língua, com pequenas rachaduras na superfície
	Bristol 4	Alongada com formato de salsicha ou cobra, lisa e macia
	Bristol 5	Pedaços macios e separados, com bordas bem definidas (fáceis de sair)
	Bristol 6	Massa pastosa e fofa, com bordas irregulares
	Bristol 7	Totalmente líquida, sem pedaços sólidos

Fonte: Martinez; Azevedo²⁵.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considera-se que o cuidado paliativo deve ser iniciado precocemente, pois pode haver pacientes em diferentes fases da doença oncológica e com diferentes características e demandas. Dessa forma, a avaliação desses indivíduos deve ser multidimensional, possibilitando a compreensão dos problemas e subsidiando o planejamento de uma abordagem multifacetada, dirigida ao paciente e ao cuidador, contexto em que é indispensável a utilização das escalas e ferramentas de avaliação, como as apresentadas neste capítulo.

REFERÊNCIAS

1. KARNOFSKY, D. A.; BURCHENAL, J. H. The clinical evaluation of chemotherapeutic agents in cancer. *In*: MACLEOD, C. M. (ed.) **Evaluation of chemotherapeutic agents**. [New York]: Columbia Univ Press. 1949. p. 196.
2. CUIDADOS paliativos oncológicos - controle de sintomas. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 48, n. 2, p. 191-211, 2002.
3. LEE, S.; SMITH, A. **Survival estimates in advanced terminal cancer**. MORRISON, R. S.; SAVARESE, D. M. F. (ed.). Waltham, MA: UpToDate Inc., 2019.
4. OKEN, M. M. *et al.* Toxicity and response criteria of the Eastern cooperative oncology group. **American Journal of Clinical Oncology**, Hagerstown, MD, v. 5, n. 6, p. 649-655, Dec. 1982.
5. MALTONI, M. *et al.* Successful validation of the palliative prognostic score in terminally ill cancer patients. **Journal of Pain and Symptom Management**, [Madison], v. 17, n. 4, p. 240-247, Apr. 1999. DOI 10.1016/s0885-3924(98)00146-8.
6. BRUERA, E. *et al.* The Edmonton Symptom Assessment System (ESAS): a simple method for the assessment of palliative care patients. **Journal of Palliative Care**, Toronto, v. 7, n. 2, p. 6-9, summer 1991.
7. PAIVA, C. E. *et al.* The Brazilian version of the Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) is a feasible, valid and reliable instrument for the measurement of symptoms in advanced cancer patients. **PLoS One**, San Francisco, v. 10, n. 7, p. 0132073, 2015. DOI 10.1371/journal.pone.0132073.
8. SEOW, H. *et al.* Trajectory of performance status and symptom scores for patients with cancer during the last six months of life. **Journal of Clinical Oncology**, Alexandria, VA, v. 29, n. 9, p. 1151-1158, Mar. 2011.
9. DOUGLAS, E.; MCMILLAN, D. C. Towards a simple objective framework for the investigation and treatment of cancer cachexia: the Glasgow Prognostic Score. **Cancer Treatment Reviews**, Amsterdam, v. 40, p. 685e91, July 2014. DOI 10.1016/j.ctrv.2013.11.007.
10. MCMILLAN, D. C. An inflammation-based prognostic score and its role in the nutrition-based management of patients with cancer. **Proceedings of the Nutrition Society**, Wallingford, v. 67, n. 3, p. 257-262, Aug. 2008. DOI 10.1017/S0029665108007131.
11. CUNHA, G. C. *et al.* Clinical relevance and prognostic value of inflammatory biomarkers: a prospective study in terminal cancer patients receiving palliative care. **Journal of Pain and Symptom Management**, New York, v. 62, n. 5, p. 978-986, Nov. 2021. DOI 10.1016/j.jpainsymman.2021.04.009.
12. SILVA, G. A. da *et al.* Clinical utility of the modified Glasgow Prognostic Score to classify cachexia in patients with advanced cancer in palliative care. **Clinical Nutrition**, Kidlington, v. 39, n. 5, p. 1587-1592, May 2020. DOI 10.1016/j.clnu.2019.07.002.
13. ELY, E. W. *et al.* Monitoring sedation status over time in ICU patients: reliability and validity of the Richmond Agitation-Sedation Scale (RASS). **JAMA**, Chicago, v. 289, n. 22, p. 2983-2991, 2003. DOI 10.1001/jama.289.22.2983.
14. BUSH, S. H. *et al.* The Richmond Agitation-Sedation Scale modified for palliative care inpatients (RASS-PAL): a pilot study exploring validity and feasibility in clinical practice. **BMC Palliative Care**, London, v. 13, n. 1, p. 17, Mar. 2017. DOI 10.1186/1472-684X-13-17.
15. HERR, K. A. *et al.* Evaluation of the faces pain scale for use with elderly. **Clinical Journal of Pain**, Hagerstown, v. 14, n. 1, p. 29-38, Mar. 1998. DOI 10.1097/00002508-199803000-00005.

16. WEINER, D. *et al.* Pain in nursing home residents: an exploration of prevalence, staff perspectives, and practical aspects of measurement. **Clinical Journal of Pain**, Hagerstown, v. 15, n. 2, p. 92-101, June 1999. DOI 10.1097/00002508-199906000-00005.
17. FERRELL, B. A. Pain management. **Clinics in Geriatric Medicine**, Philadelphia, v. 16, n. 4, p. 853-874, Nov. 2000. DOI 10.1016/s0749-0690(05)70048-3.
18. WONG-BAKER FACES FOUNDATION. Oklahoma City: Wong-Baker FACES Foundation, c2016. Disponível em: www.wongbakerfaces.org. Acesso em: 5 jan. 2022.
19. ANDRADE, F. A. de; PEREIRA, L. V.; SOUSA, F. A. E. F. Mensuração da dor no idoso: uma revisão. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 14, n. 2, p. 271-276, Mar. 2006. DOI 10.1590/S0104-11692006000200018.
20. DZIERZANOWSKI, T.; GRADALSKI, T.; KOZLOWSKI, M. Palliative performance scale: cross cultural adaptation and psychometric validation for polish hospice setting. **BMC Palliative Care**, London, v. 19, n. 52, p. 1-6, Apr. 2020. DOI 10.1186/s12904-020-00563-8.
21. BAIK, D. *et al.* Using the paliative performance scale to estimate survival for patients at the end of life: a sistematic review of literature. **Journal of Palliative Medicine**, Larchmont, NY, v. 21, n. 11, p. 1651-1661, Nov. 2018. DOI 10.1089/jpm.2018.0141.
22. VICTORIA HOSPICE SOCIETY. A escala de desempenho em cuidados paliativos versão 2 (EDCP v2). [S. l.]: Victory Hospice Society, 2009. Tradução oficial de Maria Goretti Maciel/Ricardo Tavares de Carvalho de J Pall Care 9(4): 26-32. Disponível em: https://victoriahospice.org/wp-content/uploads/2019/07/pps_-_portuguese_brazilian_-_sample.pdf. Acesso em: 21 jul. 2022.
23. PALOMAR-MUÑOZ, C. *et al.* Assessment of the Palliative Prognostic Index in hospitalized oncologic patients treated by a palliative care team: impact of acute concomitante diseases. **Oncotarget**, New York, v. 9, n. 27, p.18908-18915, 2018. DOI 10.18632/oncotarget.24826.
24. MORITA, T. *et al.* The palliative prognostic index: a scoring system for survival prediction of terminally ill cancer patients. **Supportive Care in Cancer**, Berlin, v. 7, p. 128-133, May 1999. DOI 10.1007/s005200050242.
25. MARTINEZ, A. P.; AZEVEDO, G. R. de. Tradução, adaptação cultural e validação da Bristol Stool Form Scale para a população brasileira. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 20, n. 3, p. 1-7, June 2012. DOI 10.1590/S0104-11692012000300021.
26. WOJTYNIAK, K. *et al.* Translation to Polish, cross-cultural adaptation, and validation of the Bristol Sttol Form Scale among healthcare professionals and patients. **Gastroenterology Review**, Poznan, v. 13, n. 1, p. 35-39, 2018. DOI 10.5114/pg.2017.70610.
27. JOZALA, D. R. *et al.* Brazilian portuguese translation, cross-cultural adaptation and reproducibility assessment of the modified Bristol Stool Form Scale for Children. **Jornal de Pediatria**, Porto Alegre, v. 95, n. 3, p. 321-327, 2019. DOI 10.1016/j.jpmed.2018.01.006.



Capítulo 4

AVALIAÇÃO DA REDE PRIMÁRIA DE CUIDADOS AO PACIENTE EM CUIDADOS PALIATIVOS: UMA PROPOSTA DE INSTRUMENTO ANALÍTICO

INTRODUÇÃO

Considerado um importante problema de saúde pública no mundo, o câncer gera impactos significativos na vida do usuário, no seu modo de viver e de se relacionar com os que estão à sua volta¹. Nesse sentido, o cuidado paliativo oncológico objetiva a melhora da qualidade de vida do usuário (paciente)^b, de seus familiares e de seus cuidadores, num contexto de prevenção, identificação precoce, avaliação integral e controle de problemas físicos, sintomas que gerem angústia e outros tipos de sofrimento².

Entender a família como parte fundamental da unidade de cuidados é imprescindível para a elaboração de um plano terapêutico adequado, em especial quando se pensam em estratégias para a oferta de cuidados ao paciente em tratamento paliativo, considerando-se as dificuldades advindas de alterações da sua rotina, da dependência de terceiros para as atividades da vida diária, das alterações de papéis no núcleo familiar, entre outros. Por isso, o olhar sobre a família, a sua organização e os laços de proximidade e afetividade são importantes elementos nessa discussão, haja vista que, em sua maioria, é um de seus membros que assume o papel central na rede de cuidados ao paciente usuário do serviço de saúde.

A identificação da rede primária de cuidados ao paciente tem por objetivo instrumentalizar os profissionais e proporcionar melhor direcionamento das ações, assim como elaborar estratégias de atuação mais efetivas com base nos mecanismos organizativos para a oferta de cuidados ao paciente.

A necessidade de construção de uma ferramenta de avaliação da rede primária de cuidados ao paciente em cuidados paliativos oncológicos deu-se a partir da sistematização do trabalho do assistente social, inserido nas diferentes modalidades de atendimento nessa instituição: Ambulatório, Assistência Domiciliar e Internação Hospitalar.

Foi então que, no ano de 2016, a equipe de serviço social elaborou a Escala de Avaliação da Rede Primária de Cuidados ao Paciente em Cuidados Paliativos Oncológico Exclusivo (Escala ARCP), a fim de ser utilizada como instrumento de identificação das diferentes formas de organização dessa rede primária para oferta de cuidados e suporte ao paciente em tratamento paliativo oncológico.

^b Utiliza-se o termo "usuário" conforme Política Nacional de Humanização. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/humanizatus/glossario-prh>. Acesso em: 3 fev. 2022.

ESCALA DE AVALIAÇÃO DA REDE PRIMÁRIA DE CUIDADOS AO PACIENTE EM CUIDADOS PALIATIVOS

A CONSTRUÇÃO DE UM MECANISMO DE AVALIAÇÃO DA REDE PRIMÁRIA DE CUIDADOS – O CAMINHO METODOLÓGICO

Trata-se de um estudo qualitativo, elaborado no ano de 2016, com vistas à elaboração de um instrumental de trabalho que busca avaliar a rede de cuidados do paciente em cuidados paliativos oncológicos exclusivos, atendido e acompanhado pelo serviço social de um hospital de referência na oferta desses cuidados. A metodologia adotada combinou uma etapa de revisão integrativa da literatura sobre a temática de rede de cuidados, associada à metodologia de sistematização da prática profissional³, para a estruturação conceitual do instrumento e de uma escala de avaliação.

A revisão integrativa foi realizada por meio da consulta de artigos científicos nas bases de dados da Scientific Electronic Library Online (Scielo) e JStor, publicados entre os anos de 2014 e 2016, utilizando os seguintes descritores combinados: rede de cuidados, cuidadores e cuidados paliativos⁴. Ao todo, foram encontrados 23 artigos, que tiveram seus resumos lidos, sendo excluídos aqueles que não tratavam diretamente sobre os temas apontados pelos descritores. Após essa etapa de leitura, nove artigos foram selecionados e lidos na íntegra, sendo posteriormente sistematizados quanto à sua contribuição conceitual sobre rede primária de cuidados ao paciente⁵⁻⁷.

A pesquisa bibliográfica revelou um importante limite metodológico e conceitual, visto não terem sido encontrados estudos que propõem avaliar a funcionalidade da rede primária de cuidados em relação ao atendimento das demandas apresentadas pelo paciente. Foram encontrados estudos que se propõem a avaliar as experiências vivenciadas pelos cuidadores⁸, os impactos e a sobrecarga que surgem nessa relação de cuidados^{9,10}.

Dessa sistematização, elaborou-se o conceito de rede primária de cuidados ao paciente em cuidados paliativos oncológicos, que compreende um ou mais sujeitos ligados ao paciente — o qual, pela progressão da doença, acaba demandando algum tipo de atenção e/ou suporte de terceiros para auxiliá-lo no manejo dos seus cuidados e para realização de suas atividades diárias — por laços afetivos e/ou de parentesco, que estão dispostos a oferecer a esse paciente suporte emocional e financeiro, além dos cuidados necessários para promoção de sua qualidade de vida, até o momento do seu falecimento. Essa rede primária varia tanto no quantitativo de pessoas, quanto no suporte emocional, financeiro e de cuidados ofertados ao paciente, contribuindo para a otimização do acesso a direitos via políticas sociais^{7,11}. É importante destacar que esse conceito se aplica somente aos indivíduos e à organização desses para a oferta de cuidados ao paciente e usuário, considerando os laços de parentesco ou afinidades constituídas, não considerando aqui as influências de outras redes para sua formação. Contudo não se minimiza a importância da rede intersetorial na construção da qualidade de vida do usuário.

No processo de sistematização da prática, a compreensão do conceito de rede primária foi utilizada para estruturação da Escala ARCP, que consiste numa linha gradativa de análise simples e numérica, que classifica essa rede quanto ao quantitativo de pessoas presentes, associado ao

suporte e aos cuidados ofertados em relação às demandas do paciente. Importante frisar que, além dos artigos objetos da revisão integrativa, foram utilizados também artigos, livros e capítulos de livros considerados essenciais para o aprofundamento da temática¹²⁻¹⁴.

Por fim, a Escala ARCP foi aplicada para a análise e a classificação da rede de cuidados dos pacientes, correlacionadas por meio da aplicação do Genograma em 563 pacientes atendidos pela primeira vez pelo serviço social na Internação Hospitalar, no Ambulatório e na Assistência Domiciliar do HC IV, no ano de 2014, com o intuito de analisar sua efetividade e os desafios desse instrumento. Essa etapa revelou a efetividade da Escala ARCP, que foi capaz de traduzir e ampliar o entendimento da organização da rede primária de cuidados, contribuindo também para a identificação de suas principais demandas, algo que a utilização do Genograma não permite por sua limitação para identificar apenas os elementos relacionais e de vínculos entre os indivíduos. Seu uso efetivo pelo serviço social ocorreu a partir do ano de 2017, após finalização do processo de montagem e aplicação proposto pela metodologia.

Para a equipe do serviço social do HC IV, esse era um importante ponto a ser abordado: como se estabelece essa rede de atenção e, principalmente, como se configuram as transformações dessa rede diante da progressão do quadro de dependência do paciente e usuário em cuidado paliativo? Esse questionamento é fruto do processo de observação, na prática cotidiana de trabalho, durante os atendimentos, acompanhamentos e registros realizados pela equipe nos espaços institucionais de atuação, sendo identificado que o avanço da doença do paciente causa impactos tanto nas rotinas dos sujeitos quanto no quantitativo de pessoas envolvidas nessa rede^{5,9,13,15,16}.

Embora, na prática, já houvesse a ciência dessa realidade, não havia, até então, uma ferramenta capaz de identificar, classificar e acompanhar as transformações dessa rede de cuidados. Somado a isso, não se tinha desenhado teoricamente o que se entendia por rede primária de cuidados paliativos oncológicos e, a partir daí, as particularidades da sua composição e existência.

A ESCALA DE AVALIAÇÃO DA REDE PRIMÁRIA DE CUIDADOS AO PACIENTE EM CUIDADOS PALIATIVOS ONCOLÓGICOS EXCLUSIVOS

A Escala ARCP (Quadro 13) é utilizada pela equipe de serviço social do HC IV, sendo aplicada no momento da avaliação inicial aos pacientes admitidos. Ela leva em consideração aspectos relacionados à presença ou à ausência de laços familiares ou afetivos; existência de cuidadores; quantitativo de cuidadores; e qualidade do cuidado ofertado. Tal identificação segue uma lógica de análise composta por etapas, que são utilizadas para compor a escala.

A primeira etapa é verificar a condição funcional do usuário e a demanda por algum tipo de cuidado ou suporte nas atividades da vida diária. Não havendo, é avaliado que, naquele momento, se o usuário possui plena autonomia para tais atividades.

A etapa seguinte irá avaliar a presença ou a ausência de laços afetivos e/ou familiares do paciente, por entender que esses laços são primordiais para a construção dessa rede. Considerando os vínculos, classifica-se como:

- **Rede ausente**, quando não foi identificado nenhum suporte familiar ou de pessoas com vínculos afetivos que participem dos cuidados ao paciente.
- **Rede presente**, quando se entende a existência de familiares e/ou indivíduos com laços afetivos que podem disponibilizar os cuidados e atender às demandas apresentadas pelo paciente. Importante frisar que se fala de potencialidades, não necessariamente de ações efetivas de cuidados, por compreender que pessoas com laços afetivos podem se tornar potenciais cuidadores.

Identificada uma rede presente, a segunda etapa analítica consiste em identificar, para além das potências, se já está ou não constituída uma relação de cuidados exercidos por essa rede, ou seja, uma participação efetiva na oferta de cuidados desses indivíduos que compõe a rede afetiva do paciente:

- **Participativa**, quando identificada a participação nos cuidados.
- **Não participativa**, quando não se organizam para realização do cuidado.

No terceiro momento, é considerado o número de pessoas envolvidas na oferta desse cuidado, por entender que, quanto maior o número, maior a probabilidade de cuidados ao paciente sem que gere impactos negativos na rotina e na saúde do cuidador. Essa participação foi classificada em três categorias:

- **Restrita**, quando identificado apenas um cuidador.
- **Moderada**, quando identificados dois cuidadores que se revezam na oferta do cuidado demandado pelo paciente.
- **Ampla**, quando envolve três ou mais cuidadores que se revezam na oferta do cuidado demandado pelo paciente.

Já o quarto momento da análise leva em consideração a qualidade do cuidado ofertado por essa rede primária. Esse dado de qualidade de funcionamento da rede está diretamente relacionado às demandas apresentadas pelo paciente, especialmente no grau de dependência provocado pela doença. Para mensurar a qualidade desse cuidado, adotaram-se dois indicadores, a saber:

- **Cuidado parcial**, quando o cuidado ofertado ao paciente não abarca todas as demandas que o paciente possui e que são direcionadas à rede primária de cuidados. O cuidado ofertado pela rede primária tende a ser esporádico e pontual, abrangendo demandas menos complexas, não envolvendo cuidados que auxiliem o paciente nas atividades de vida diária. Exemplo desse cuidado parcial: realiza somente o manejo medicamentoso, ou permanece como acompanhante do paciente no hospital ou no domicílio em períodos curtos de tempo. O cuidado parcial tende a limitar o acesso do paciente a bens, serviços e políticas sociais.
- **Cuidado pleno**, quando a rede primária de cuidados consegue oferecer, dentro das suas limitações, o acesso do paciente aos cuidados necessários para a promoção da sua qualidade de vida. A rede primária compreende as demandas e é capaz de se adaptar para oferta dos cuidados ao paciente, possibilitando que tenha acesso a bens, serviços e políticas sociais.

A partir da análise técnica, pelo assistente social, dos indicadores que compõem e impactam a organização e a composição da rede primária de cuidados ao paciente oncológico, estruturou-se uma escala analítica, cuja finalidade é simplificar a análise das relações entre os indicadores supramencionados, possibilitando assim uma melhor leitura da sua organização e desenho. É organizada em escala crescente de um a oito, sendo esse último o cenário mais favorável de composição da rede primária de cuidados. Já o um é considerado o cenário mais limitado, não sendo identificada nenhuma rede de cuidados primária de referência para o paciente.

Importante destacar que essa avaliação de rede primária está diretamente relacionada à demanda de cuidados do paciente oncológico. Se esse paciente possui total autonomia para realização do seu cuidado, entende-se que não há necessidade de uma rede primária de cuidados. Contudo, via avaliação social e elaboração do plano de cuidados do paciente pelo serviço social para acompanhamento do paciente em cuidados paliativos oncológicos, são identificados familiares e indivíduos que compõem a rede de suporte e apoio do paciente e que podem, com a perda de sua autonomia, organizar-se numa rede primária de cuidados.

Outro elemento a ser destacado é que a Escala ARCP faz parte da avaliação social do serviço social, que é um instrumental de trabalho do assistente social, no qual são identificados: a situação socioeconômica, a organização familiar, o acesso a benefícios e políticas públicas, o papel do paciente na composição familiar, as condições habitacionais, as principais demandas apresentadas pelo paciente, entre outras informações consideradas importantes pelo profissional e que podem contribuir para o acompanhamento social do paciente pelo hospital. A avaliação social consiste, portanto, na elaboração do estudo social, cujo conteúdo significativo é a expressão concreta das questões sociais que impactam a vida dos pacientes¹⁷.

Quadro 13 - Escala de Avaliação da Rede Primária de Cuidados ao Paciente em Cuidados Paliativos Oncológico Exclusivo

	Rede primária de cuidados	Quanto à existência de vínculos familiares e afetivos	Quanto à existência de cuidadores	Quanto ao quantitativo de cuidadores	Quanto à qualidade do cuidado ofertado	Conceito
1.	Rede	Ausente	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Quando não foi identificado nenhum suporte de familiar ou de pessoas com vínculos afetivos que participem dos cuidados ao paciente
2.	Rede	Presente	Não participativa	Não se aplica	Não se aplica	Quando identificados familiares e/ou indivíduos com vínculos com o paciente, mas que não se organizam em rede para oferta de cuidados
3.	Rede de cuidados	Presente	Participativa	Restrita	Parcial	Quando identificado apenas um cuidador que não abarca todas as demandas apresentadas pelo usuário
4.	Rede de cuidados	Presente	Participativa	Moderada	Parcial	Rede que envolve ação de duas pessoas que não abarca todas as demandas apresentadas pelo usuário
5.	Rede de cuidados	Presente	Participativa	Ampla	Parcial	Rede que envolve três ou mais pessoas cuja ação não abarca todas as demandas apresentadas pelo usuário
6.	Rede de cuidados	Presente	Participativa	Restrita	Plena	Quando identificado apenas um cuidador cuja forma de ação abrange a integralidade do cuidado
7.	Rede de cuidados	Presente	Participativa	Moderada	Plena	Rede que envolve duas pessoas cuja ação abrange a integralidade do cuidado
8.	Rede de cuidados	Presente	Participativa	Ampla	Plena	Rede que envolve três ou mais pessoas cuja ação abrange a integralidade do cuidado

Fonte: elaboração INCA.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

É importante observar que a Escala ARCP não tem como objetivo engessar as complexas relações entre os indivíduos pertencentes à rede de cuidados. Seu objetivo é servir como um indicador de avaliação que possa captar as transformações e as principais demandas apresentadas que interferem na oferta do cuidado ao paciente em cuidados paliativos oncológicos.

Também é importante esclarecer que a identificação da rede de cuidados não significa embasar a construção de uma prática focalista e/ou de transferência de responsabilidades do Estado na oferta de serviços de saúde especializados. A identificação e o acompanhamento dessa rede será um importante instrumento para viabilização e ampliação de direitos por entender que esse indicador, associado a outros, contribuirá para criar um perfil e, posteriormente, gerar transformações nessa rede primária.

A busca por sistematização e criação de um mecanismo de classificação e avaliação da rede de cuidados ao paciente paliativo oncológico proporcionou à equipe de serviço social um aprofundamento teórico sobre a temática, sua organização, sua composição e sua função perante o paciente em tratamento.

Por fim, a pesquisa teórica embasou a análise dos conceitos de rede, possibilitando estruturação de um conceito de rede primária ao paciente em cuidados paliativos oncológicos exclusivos utilizado para estruturação da Escala ARCP. Esse instrumental tem se mostrado uma ferramenta analítica para os assistentes sociais, que objetiva proporcionar melhor direcionamento das ações e elaboração de estratégias de atuação mais efetivas de cuidados ao paciente e usuário.

REFERÊNCIAS

1. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **Estimativa 2020**: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2019.
2. INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR HOSPICE AND PALLIATIVE CARE. IAHPHC Projects. **Consensus-based definition of palliative care (2019)**. Houston: IAHPHC, 2019. Disponível em: <https://hospicecare.com/what-we-do/projects/consensus-based-definition-of-palliative-care/definition/>. Acesso em: 21 jul. 2022.
3. ALMEIDA, N. L. Retomando a temática da sistematização da prática. *In*: BRAVO, M. I. A.; MOTA, E.; TEIXEIRA, M. (org.). **Serviço social e saúde**: formação e trabalho profissional. São Paulo: Cortez, 2006. p. 399-408.
4. TORRACO, R. J. Writing integrative literature reviews: using the past and present to explore the future. **Human Resource Development Review**, [s. l.], p. 404-428, Oct. 2016. DOI 10.1177/1534484316671606.
5. JASSEM, J. *et al.* Caring for relatives with lung cancer in Europe: an evaluation of caregivers' experience. **Quality of Life Research**, Netherlands, v. 24, n. 12, p. 2843-2852, Dec. 2015. DOI 10.1007/s11136-015-1028-1.
6. BOUCHER, N. A.; WHITE S.; KEITH, D. A framework for improving chronic critical illness care. **Medical Care**, Hagerstown, v. 54, n. 1, p. 5-8, Jan. 2016. DOI 10.1097/MLR.0000000000000460.
7. BRAGA, P. P. *et al.* Oferta e demanda na atenção domiciliar em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 903-912, mar. 2016. DOI /10.1590/1413-81232015213.11382015.
8. JASSEM, J. *et al.* Caring for relatives with lung cancer in Europe: an evaluation of caregivers' experience. **Quality of Life Research**, Netherlands, v. 24, n. 12, p. 2843-2852, Dec. 2015. DOI 10.1007/s11136-015-1028-1.
9. PIETTE, J. D. *et al.* A randomized trial of mobile health support for heart failure patients and their informal caregivers. **Medical Care**, Hagerstown, v. 53, n. 8, p. 692-699, Aug. 2015.
10. KURTZ, M. E. *et al.* Relationship of caregiver reactions and depression to cancer patients's symptoms, functional states and depression – a longitudinal view. **Social Science & Medicine**, [Oxford], v. 40, n. 6, p. 837-846, Mar. 1995. DOI 10.1016/0277-9536(94)00249-s.
11. TEIXEIRA, M. J.; ABREU, W. J.; COSTA, N. M. Prestadores de cuidados familiares a pessoas terminais no domicílio: contributos para um modelo de supervisão. **Revista de Enfermagem Referência**, [s. l.], série 4, n. 8, p. 65-74, jan./mar. 2016. DOI 10.12707/RIV15054.
12. JANCZURRA, R. Risco ou vulnerabilidade social? **Textos e Contextos**, Porto Alegre, v. 11, n. 2, p. 301-308, ago./dez. 2011.
13. TEIXEIRA, S. M. F.; MAFORT, A. **Gestão de redes**: a estratégia de regionalização da política de saúde. Rio de Janeiro: FGV, 2007.
14. MIOTO, R. O trabalho com redes como procedimento de intervenção profissional: o desafio da requalificação dos serviços. **Revista Katalysis**, Santa Catarina, v. 5, n. 1, p. 51-58, 2002.
15. CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Código de ética do/a assistente social**: Lei 8.662/93 de regulamentação da profissão. 10. ed. rev. e atual. Brasília, DF: CFESS, 2012.
16. FRATEZI, F. R.; GUTIERREZ, B. A. Cuidador familiar do idoso em cuidados paliativos: o processo de morrer no domicílio. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 7, p. 3241-3248, 2011.
17. FÁVERO, E. T. O estudo social - fundamentos e particularidades de sua construção na área judiciária. *In*: CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **O estudo social em perícias, laudos e pareceres técnicos**: contribuição ao debate no judiciário, penitenciário e na previdência social. São Paulo: Cortez, 2008. p. 9-51.



Capítulo 5

AVALIAÇÃO MÉDICA

INTRODUÇÃO

Os pacientes acompanhados no HC IV possuem doenças oncológicas avançadas com proposta de cuidados paliativos. Muitas são as particularidades dessa especialidade dentro do amplo cenário da medicina. Este capítulo tem o objetivo de apresentar um modelo prático de atendimento médico no contexto dos cuidados paliativos, orientar outros serviços de saúde e contribuir para melhoria da qualidade da assistência nessa área.

A admissão do paciente no HC IV ocorre a partir de encaminhamento de outras unidades assistenciais do INCA, quando há impossibilidade de manutenção das condutas terapêuticas modificadoras da doença e/ou falta de resposta clínica aos tratamentos já estabelecidos. A clínica de origem delibera o encaminhamento e comunica o paciente e a família sobre a indicação de transferência de cuidados e elabora um sumário clínico disponível na plataforma institucional. Esse contém informações clínicas sobre a doença oncológica, a abordagem terapêutica instituída e os exames realizados pelo paciente.

Após essa etapa, o paciente e a família são acolhidos por uma enfermeira especializada no setor denominado Posto Avançado, para orientações quanto à estrutura e aos objetivos da unidade e definição sobre a modalidade assistencial indicada para o caso (Ambulatório ou Assistência Domiciliar). A escolha da modalidade assistencial é técnica e baseada principalmente no perfil funcional do paciente, que será avaliado por meio das escalas de funcionalidade¹. As mais utilizadas são o KPS² e a Escala de Desempenho de Zubrod ou Ecog-PS³, ambas foram abordadas no Capítulo 3 deste livro. Outras características podem ser usadas para definir a modalidade assistencial, tais como:

- Capacidade de deslocamento do usuário.
- Local de moradia.
- Dificuldades financeiras extremas.
- Complexidade dos sintomas apresentados.

O primeiro atendimento agendado pode ser realizado por dois processos assistenciais: Ambulatório e Assistência Domiciliar. O processo assistencial no qual o paciente será inserido deve acompanhar as necessidades assistenciais no momento da avaliação. É comum que pacientes sejam inicialmente acompanhados pelo Ambulatório por terem maior capacidade funcional e, na medida em que há agravamento da doença oncológica, diminuição da funcionalidade e maior dependência, sejam migrados para o processo da assistência domiciliar, favorecendo assim o acompanhamento sem a necessidade de mobilização até a unidade hospitalar⁴.

A internação hospitalar pode ser demandada ao longo de todo o acompanhamento para controle de sintomas agudizados de forma mais rápida, realização de procedimentos diagnósticos ou terapêuticos (por exemplo, gastrostomia, traqueostomia, colostomia) ou em caso de agravamento da situação clínica, terminalidade próxima e impossibilidade de conduzir o óbito em domicílio⁵.

A disponibilidade de um Serviço de Pronto Atendimento, próprio e integrado à unidade de cuidados paliativos, complementa e facilita bastante a assistência aos pacientes e às famílias, podendo acolher demandas urgentes, com foco na qualidade de vida e respeitando o plano de cuidados traçado pelos processos assistenciais. É considerado um setor estratégico, evitando internações desnecessárias. Independente do processo assistencial, o paciente é atendido por equipe multidisciplinar minimamente composta por médico, enfermeiro, assistente social, psicólogo, fisioterapeuta e nutricionista⁶.

PREPARAÇÃO

A consulta começa com a análise do caso por meio da leitura detalhada do sumário clínico de encaminhamento. Nele, como descrito anteriormente, constam informações clínicas imprescindíveis para o seguimento da assistência ao paciente e sua família, e, caso sejam necessárias, informações complementares. A equipe conta também com a possibilidade de consulta ao prontuário eletrônico e ao banco de exames com históricos de todos os exames laboratoriais, anatomopatológicos e de imagem realizados ao longo do acompanhamento na unidade de origem. Existe também a possibilidade de solicitação do prontuário físico da unidade de origem, se for pertinente ao caso. É fundamental, para um bom acolhimento e a construção de um plano de cuidados individualizado, dispor do maior conhecimento possível sobre o histórico do paciente, por exemplo, condição oncológica de base, tratamentos modificadores de doença já realizados, complicações, comorbidades e internações prévias.

Um ambiente tranquilo, reservado e silencioso deve ser garantido para o atendimento, e possíveis interrupções devem ser evitadas ao máximo. O paciente pode ser acompanhado de familiares durante a consulta, se assim desejar, e esses também devem ser acolhidos e ter suas dúvidas esclarecidas.

COMUNICAÇÃO

Durante os primeiros contatos, não é incomum que o paciente apresente grandes expectativas, dúvidas e angústias relacionados ao acompanhamento na unidade. Habilidades de comunicação são reconhecidas como imprescindíveis em todas as áreas da medicina^{7,8}. No entanto, essa capacidade se faz ainda mais crítica no contexto da consulta médica em cuidados paliativos, visto que frequentemente ocorrem notícias difíceis. O aprofundamento do tema comunicação foge ao escopo deste capítulo, porém seguem algumas dicas práticas para a consulta médica⁹:

- Identificar o grau de entendimento do paciente e de seu acompanhante sobre a doença é o primeiro passo para a comunicação. Utilizar perguntas abertas e, se necessário, acrescentar informações e apresentar um resumo do cenário atual, inserindo o que o paciente sabe em um contexto mais amplo. Podem ser necessárias sugestões de que o paciente se encontra diante de um novo momento e de que talvez seja hora de reavaliar os próximos passos no tratamento. Muitas vezes, não será possível a compreensão total do paciente e de seu acompanhante em uma primeira conversa.
- Dar espaço para o paciente expressar emoções e oferecer escuta, valorizando as emoções que surgirem. Na primeira consulta, é fundamental acolher o paciente e reforçar que ele continuará com seu acompanhamento nessa nova fase de cuidado.
- Explorar os valores do paciente. Perguntar o que é importante para o paciente nesse momento e em um possível futuro, caso as coisas piorem. Se houver resistência, pode-se questionar sobre como é a vida fora do hospital, suas atividades e desejos. Se o paciente apresentar objetivos irrealistas, essa oportunidade é útil para explorar prioridades possíveis, reforçando o objetivo de qualidade de vida.
- Reflexão verbal do que se ouviu, dispondo de um resumo do exposto até o momento. Demonstrar compreensão dos valores e das prioridades do paciente.
- Propor um plano terapêutico que inclua os valores do paciente, mostrando a viabilidade desses tratamentos para alcançar seus objetivos.

AVALIAÇÃO MÉDICA INICIAL

ANAMNESE

Os primeiros elementos da avaliação médica englobam os dados biográficos do paciente, a cronologia da doença atual e os tratamentos realizados.

A abordagem multidimensional permite reconhecer a contribuição das diferentes dimensões para a expressão dos sintomas, permitindo, assim, o cuidado para além das demandas biológicas e facilitando a comunicação entre os membros da equipe e entre a equipe, o paciente e sua família. A avaliação funcional é fundamental para o acompanhamento evolutivo da doença e representa um recurso valioso na tomada de decisões e estimativa de prognóstico.

Como descrito anteriormente, quanto à avaliação da funcionalidade, o principal instrumento usado é o KPS². Para a triagem e a avaliação de sintomas prevalentes, utiliza-se a Esas (vide Capítulo 3), uma escala numérica usada para avaliar a presença e a intensidade de sintomas como dor, fadiga, náusea, depressão, ansiedade, sonolência, hiporexia e sensação de bem-estar¹⁰. Também devem ser registrados, durante a consulta, sinais e sintomas adicionais. Ferramentas específicas para cada sintoma também estão disponíveis e podem ser aplicadas, como o *Brief Pain Inventory*, que avalia a intensidade e a localização da dor, pode ser autopreenchido e é composto por duas dimensões: intensidade da dor e impacto na vida diária¹¹⁻¹³.

Promover o alívio da dor e de outros sintomas é um dos princípios do cuidado paliativo¹⁴, portanto a avaliação dos sintomas é parte imprescindível e norteadora de toda consulta, sobretudo na avaliação inicial. Pacientes com câncer avançado geralmente apresentam múltiplos sintomas. Um estudo americano encontrou um número médio de 11 sintomas por paciente em consulta de primeira vez em uma unidade de cuidados paliativos (variando entre um e 27 sintomas). Os sintomas mais prevalentes foram dor, fadiga, xerostomia, dispneia, sonolência, anorexia, insônia, tristeza, constipação e perda de peso¹⁵.

É importante avaliar o estado mental do paciente antes de coletar as informações sobre os sintomas. Pacientes confusos ou com alteração do nível de consciência não serão capazes de cooperar totalmente, o que dificulta a identificação e a avaliação dos sintomas. Pacientes com dor ou dispneia intensas podem apenas ser capazes de responder a algumas perguntas brevemente. Nesses casos, é necessário repetir a abordagem em um momento mais propício, após controle inicial do sintoma que deve ser prioridade na abordagem.

É coerente começar acessando a queixa principal do paciente, em seguida, devem-se avaliar os demais sintomas prevalentes. Muitos são subvalorizados pelos profissionais da saúde e até mesmo pelos próprios pacientes, por entenderem que são sintomas intrínsecos de sua doença avançada, que não podem ser aliviados. Essa impressão precisa ser combatida.

As descrições dos pacientes sobre os sintomas físicos e sua gravidade são os dados principais para sua avaliação. Explorar os relatos de sintomas dos pacientes é um aspecto fundamental do cuidado centrado no paciente, já que profissionais de saúde tendem a subestimar a gravidade dos sintomas¹⁶. É necessária uma revisão detalhada com foco nos problemas comuns na prática, elaborando busca ativa desses sintomas. Tal avaliação abrangente pode contribuir para a melhora significativa da qualidade de vida.

A avaliação de cada sintoma deve incluir:

- Início (temporalidade).
- Qualidade.
- Intensidade (Esas).
- Padrão temporal.
- Fatores agravantes e atenuantes.
- Impacto na funcionalidade e na qualidade de vida.
- Sintomas associados.
- Significado do sintoma para o paciente.

Em consultas subsequentes, é primordial rever os sintomas previamente relatados a fim de checar a resposta do tratamento instituído e avaliar a necessidade de ajustes no seu plano inicial. Além disso, esses pacientes costumam apresentar quadro clínico dinâmico com surgimento de sintomas

novos ou agravamento dos já existentes que podem mudar de características e intensidade em curto intervalo de tempo. Comparar sequencialmente a Esas de um mesmo paciente possibilita melhor entendimento da evolução desses sintomas, o que reforça a importância de anexar a escala em prontuário para uma fácil visualização por toda a equipe.

Considerando a alta carga de sintomas, pacientes em cuidados paliativos recebem prescrição com muitos medicamentos. A redução da polifarmácia é desafiadora. É importante realizar uma revisão criteriosa dos medicamentos em uso em todas as visitas médicas, identificar os tratamentos que tiveram sucesso e aqueles que não surtiram efeito, confirmar a adesão a cada droga e pesquisar interações medicamentosas e efeitos adversos¹⁷.

EXAME FÍSICO

O exame físico auxilia na caracterização detalhada do sintoma e possibilita testar hipóteses diagnósticas levantadas durante a entrevista clínica. Em um ambiente adequado, a partir da permissão do paciente, procedem-se o exames físicos geral e direcionado, adaptados às queixas principais, ao tumor primário, às metástases e às comorbidades. Daí a importância do conhecimento sobre a história natural da doença.

Na primeira consulta, o exame físico é o mesmo da prática clínica tradicional e deve incluir ectoscopia, exames dos aparelhos respiratório e cardiovascular, do abdômen e dos membros superiores e inferiores. O exame dos membros deve ter observação cuidadosa de edema, que tem valor prognóstico à medida que traduz hipoalbuminemia. O exame da cavidade oral é particularmente importante nos cuidados paliativos pois permite avaliação de lesões ocultas, próteses mal ajustadas, xerostomia, mucosite e infecções, como candidíase oral, que implicam a redução da aceitação oral de alimentação e medicamentos. Inspeção perineal e toque retal fazem parte da avaliação inicial da queixa de constipação. Enquanto o toque vaginal pode ser considerado de acordo com o câncer primário, metástases ou complicações locais (sangramento, fistulização ou leucorreia). O exame neurológico deve ser mais detalhado em casos em que há acometimento conhecido ou suspeito de sistema nervoso central (SNC), se há relato de sinais focais, como perda de força ou coordenação, parestesia, afasia, alterações de nível de consciência.

Atenção especial deve ser dada a dispositivos invasivos, por exemplo, cateter totalmente implantado e cateter central de inserção periférica, ostomias, como colostomias, jejuno ou ileostomias, nefrostomias, traqueostomias, e as mais variadas apresentações de drenos. Podem ocorrer feridas tumorais, lesões por pressão (LP), lesões de pele por radiação, entre outras. Essa parte da consulta pode ser realizada em conjunto com a enfermagem, evitando manipulação do curativo por mais de uma vez. É primordial a avaliação de sangramento ou odor, sinais frequentes no câncer avançado, e a ponderação da necessidade de início ou ajuste de medicação anti-hemorrágica ou antibiótico sistêmico para controle do odor, além de medidas locais. O paciente, o familiar e o cuidador devem receber treinamento quanto ao manejo correto e os cuidados com tais artefatos, dispositivos e feridas (Vide Capítulos 15 e 16).

EXAMES COMPLEMENTARES

É recomendável solicitar exames laboratoriais de rotina (Quadro 14) para todos os pacientes na avaliação inicial e repeti-los, baseados sempre nos sintomas apresentados pelo paciente ou quando o exame laboratorial for necessário para uma avaliação de hipótese diagnóstica, por exemplo, piora da fadiga com suspeita clínica de piora da anemia, aparecimento de fadiga e confusão mental com suspeita clínica de hipercalcemia, e decisão de uma intervenção terapêutica precoce, por exemplo, acompanhamento da função renal evolutiva nas pacientes com doença pélvica e risco de nefropatia obstrutiva. Destaca-se a importância da albumina para avaliação do estado nutricional e da função renal, com estimativa do *clearance* de creatinina para o correto ajuste de doses de muitos medicamentos usados nos cuidados paliativos¹⁸, como morfina, heparina de baixo peso molecular e ácido zoledrônico.

Quadro 14 - Exames laboratoriais na admissão

Hemograma completo
Bioquímica básica
Sódio, potássio, cálcio
Ureia e creatinina
Albumina
Glicemia de jejum
PCR

Fonte: elaboração INCA.

Legenda: PCR – Proteína C reativa

Alguns exames laboratoriais também podem auxiliar na avaliação prognóstica, como a leucometria total e diferencial, que faz parte do PAP-Score, classificando o paciente em relação à probabilidade de sobrevivência em 30 dias com base na combinação do somatório de fatores clínicos juntamente com dados laboratoriais, incluindo a leucometria¹⁹. De igual maneira, é importante a dosagem da PCR e da albumina, que englobam o EPGm²⁰, uma ferramenta de avaliação prognóstica que se baseia nas concentrações séricas de ambas as análises, classificando o paciente de zero (melhor prognóstico) a dois (pior prognóstico), e tem como principal vantagem o fato de ser simples e objetivo, podendo ser utilizado por toda equipe multiprofissional na avaliação do paciente (vide Capítulo 3).

A dosagem sérica do cálcio, corrigida pela albumina sérica ou medida pelo cálcio iônico, tem valor prognóstico isolado nos carcinomas escamosos de cabeça e pescoço e é fundamental na suspeita clínica de hipercalcemia maligna, uma situação clínica de prognóstico reservado²¹.

Os exames de imagem mais utilizados são a radiografia simples e a tomografia computadorizada (TC). A primeira pode auxiliar na avaliação inicial de sintomas, como dispneia, dor óssea e obstrução intestinal maligna. A complementação com TC pode ser necessária para definição etiológica. Pode ser necessário estudo minucioso por TC em casos de suspeita de síndrome de veia cava superior

ou progressão de doença para SNC, ou ainda uma avaliação por ressonância nuclear magnética nos casos de suspeita de síndrome de compressão medular. A TC pode ser opção por estar mais disponível e ser capaz de diagnosticar a maioria dos casos. Deve-se individualizar os demais exames laboratoriais e de imagem de acordo com os sintomas identificados na anamnese. Atenção especial deve ser dada a essas condições, pois são consideradas emergências oncológicas e, além de ameaçarem a continuidade da vida do paciente, podendo antecipar um desfecho de óbito evitável, podem interferir na qualidade de vida de forma permanente.

Exames complementares, laboratoriais ou de imagem, não devem ser indicados na fase final da vida se não tiverem como objetivo principal o alívio do sintoma ou se não houver tempo hábil ou plausibilidade para reversão do quadro. Todos os esforços devem se voltar contra medidas fúteis.

AVALIAÇÃO PROGNÓSTICA E IMPRESSÃO

A avaliação prognóstica deve ser realizada na primeira consulta e repetida de acordo com mudanças evolutivas do quadro clínico, pois influencia o processo de tomada de decisão e a sinalização de prioridades do acompanhamento. O prognóstico depende da doença de base e sua gravidade e das comorbidades e funcionalidades (KPS) do paciente. Recomenda-se acrescentar o julgamento clínico à utilização de instrumentos de avaliação prognóstica. Entre as escalas traduzidas e validadas, as mais difundidas são o PAP-Score e o PPI²². A escala mais utilizada no HC IV é o PAP-Score, que permite classificar pacientes em relação à probabilidade de sobrevida em 30 dias. Já o PPI permite estimar a sobrevida com base em informações clínicas acessadas à beira leito, sem necessidade de exames complementares e estimativas de sobrevida feitas por médico (vide Capítulo 3).

Ao final da avaliação médica, é recomendado elaborar uma impressão com informações sintetizadas acerca da trajetória da doença de base, do estado clínico atual, dos principais sintomas e das propostas do plano terapêutico. Além disso, é importante descrever como se deu a conversa com o paciente e os familiares, registrando o grau de entendimento sobre o panorama atual da doença e as notícias difíceis comunicadas, além de possíveis detalhes particulares, como questões sociais, por exemplo. Desse modo, finaliza-se a avaliação com registro da conduta.

O registro detalhado das informações em prontuário permite uma maior integração entre os processos assistenciais e facilita a condução da linha de cuidado durante todo o acompanhamento do paciente, desde a admissão até o óbito.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A avaliação médica em cuidados paliativos tem diversas particularidades. Os profissionais devem estar atentos às demandas dessa população, desenvolvendo expertise na avaliação multidimensional do paciente. Nessa, destacam-se as avaliações funcional e prognóstica, a abordagem, o controle dos sintomas e a comunicação.

REFERÊNCIAS

1. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. Ambulatório. *In*: INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **Cuidados paliativos**: vivências e aplicações práticas do Hospital do Câncer IV. Rio de Janeiro: INCA, 2021. p. 35-40. Disponível em: https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//cuidados_paliativos_vivencias_e_aplicacoes_praticas_do_hc_iv.pdf. Acesso em: 8 jun. 2022.
2. KARNOFSKY, D. A.; BURCHENAL, J. H. The clinical evaluation of chemotherapeutic agents in cancer. *In*: MACLEOD, C. M. (ed.). **Evaluation of chemotherapeutic agents**. New York: Columbia Univ Press, 1949. p. 199-205.
3. OKEN, M. M. *et al.* Toxicity and response criteria of the Eastern Cooperative Oncology Group. **American Journal of Clinical Oncology**, Hagerstown, v. 5, n. 6, p. 649-656, Dec. 1982. DOI 10.1097/0000421-198212000-00014.
4. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. Assistência domiciliar. *In*: INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **Cuidados paliativos**: vivências e aplicações práticas do Hospital do Câncer IV. Rio de Janeiro: INCA, 2021. p. 25-32. Disponível em: https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//cuidados_paliativos_vivencias_e_aplicacoes_praticas_do_hc_iv.pdf. Acesso em: 8 jun. 2022.
5. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. Internação hospitalar. *In*: INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **Cuidados paliativos**: vivências e aplicações práticas do Hospital do Câncer IV. Rio de Janeiro: INCA, 2021. p. 43-51. Disponível em: https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//cuidados_paliativos_vivencias_e_aplicacoes_praticas_do_hc_iv.pdf. Acesso em: 8 jun. 2022.
6. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. Serviço de pronto atendimento especializado. *In*: INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **Cuidados paliativos**: vivências e aplicações práticas do Hospital do Câncer IV. Rio de Janeiro: INCA, 2021. p. 55-61. Disponível em: https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//cuidados_paliativos_vivencias_e_aplicacoes_praticas_do_hc_iv.pdf. Acesso em: 8 jun. 2022.
7. TROVO, M. M.; SILVA, S. M. A. Competência comunicacional em cuidados paliativos. *In*: CASTILHO, R. K.; SILVA, V. C. S. da; PINTO, C. da S. (ed.). **Manual de cuidados paliativos**. 3. ed. São Paulo: Academia Nacional de Cuidados Paliativos; Atheneu, 2021. p. 39-42.
8. GÓIS, A. F. T. de; DE PERNAMBUCO, A. C. de A. (ed.). **Guia de comunicação de más notícias**. Rio de Janeiro: Atheneu, 2019.
9. CHILDERS, J. W. *et al.* REMAP: a framework for goals of care conversations. **Journal of Oncology Practice**, Alexandria, VA, v. 13, n. 10, p. e844-e850, Oct. 2017. DOI 10.1200/jop.2016.018796.
10. BRUERA, E. *et al.* The Edmonton Symptom Assessment System (ESAS): a simple method for the assessment of palliative care patients. **Journal of Palliative Care**, Toronto, v. 7, n. 2, p. 6-9, 1991.
11. CLEELAND, C. S.; RYAN, K. M. Pain assessment: global use of the Brief Pain Inventory. **Annals Academy of Medicine**, Singapore, v. 23, n. 2, p. 129-138, Mar. 1994.
12. CLEELAND, C. The brief pain inventory. *In*: CLEELAND, C. **The Brief Pain Inventory user guide**. [S. l.: s. n.], 2009. p. 3-4. Disponível em: https://www.mdanderson.org/documents/Departments-and-Divisions/Symptom-Research/BPI_UserGuide.pdf. Acesso em: 10 jun. 2022.

13. FERREIRA, K. A. *et al.* Validation of brief pain inventory to Brazilian patients with pain. **Supportive Care in Cancer**, Berlin, v. 19, n. 4, p. 505-511, Apr. 2011. DOI 10.1007/s00520-010-0844-7.
14. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Newsroom. Fact sheets. **Palliative care**. [Geneva]: WHO, 2020. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>. Acesso em: 27 jan. 2022.
15. WALSH, D.; DONNELLY, S.; RYBICKI, L. The symptoms of advanced cancer: relationship to age, gender, and performance status in 1,000 patients. **Supportive Care in Cancer**, Berlin, v. 8, n. 3, p. 175-179, May 2000. DOI 10.1007/s005200050281.
16. LAUGSAND, E. A. *et al.* Health care providers underestimate symptom intensities of cancer patients: a multicenter european study. **Health and Quality of Life Outcomes**, [London], v. 8, n. 1, p. 104, Sep. 2010. DOI 10.1186/1477-7525-8-104.
17. THOMPSON, J. Deprescribing in palliative care. **Clinical Medicine**, London, v. 19, n. 4, p. 311-314, July 2019. DOI 10.7861/clinmedicine.19-4-311.
18. YORKSHIRE PALLIATIVE MEDICINE GUIDELINES GROUP. **Clinical guidelines for the use of palliative care drugs in renal failure**: 2006. [S. l.]: Yorkshire Palliative Medicine Guidelines Group, 2006. Disponível em: <https://www.palliativedrugs.com/download/PALLIATIVECAREDRUGSINRENALFAILURE.pdf>. Acesso em: 14 jun. 2022.
19. MALTONI, M. *et al.* Successful validation of the palliative prognostic score in terminally ill cancer patients. **Journal of Pain and Symptom Management**, [Madison, WI], v. 17, p. 240-247, Apr. 1999. DOI 10.1016/s0885-3924(98)00146-8.
20. MCMILLAN, D. C. An inflammation-based prognostic score and its role in the nutrition-based management of patients with cancer. **Proceedings of the Nutrition Society**, Wallingford, v. 67, n. 3, p. 257-262, Aug. 2008. DOI 10.1017/S0029665108007131.
21. GOLDNER, W. Cancer-related hypercalcemia. **Journal of Oncology Practice**, Alexandria, VA, v. 12, n. 5, p. 426-432, May 2016. DOI 10.1200/JOP.2016.011155.
22. ALOMAR-MUÑOZ, C. *et al.* Assessment of the Palliative Prognostic Index in hospitalized oncologic patients treated by a palliative care team: impact of acute concomitant diseases. **Oncotarget**, New York, v. 9, n. 27, p.18908-18915, 2018. DOI 10.18632/oncotarget.24826.

AVALIAÇÃO DO ENFERMEIRO

INTRODUÇÃO

Ao falar sobre a avaliação especial em cuidados paliativos, é importante destacar a afirmação de Maciel: “a melhor ferramenta para a boa palição de sintomas é a avaliação do paciente”¹.

Ainda sobre o controle e o alívio dos sintomas, Maciel¹ afirma que é necessário ter conhecimento do processo de doença e dos tratamentos anteriores, registrando o tratamento proposto, a avaliação dos sintomas e os resultados. Deve-se estar atento para ouvir e compreender o doente sobre suas preferências, dificuldades e expectativas. Assim, é possível compreender que, para avaliar os pacientes em cuidados paliativos, deve-se entender que eles possuem particularidades, que necessitam de um atendimento diferenciado, individualizado e de intervenções que tenham resultados de curto e médio prazos, de acordo com seus sintomas e prognósticos.

Cristoff², em seu estudo, relata que, apesar de a equipe informar que o cuidado é igual, independentemente do paciente ser paliativo ou não, é possível identificar que, quando o cuidado é direcionado ao paciente paliativo, surgem posturas e condutas diferenciadas, a fim de oferecer conforto e atender às necessidades e vontades mais urgentes. Com o intuito de realizar uma avaliação de enfermagem diferenciada e específica em cuidados paliativos, é extremamente importante entender que ela deve ser baseada nos nove princípios dos cuidados paliativos, reafirmados pela OMS em 2012.

Hermes e Lamarca³ afirmam que o enfermeiro e toda equipe de enfermagem são essenciais na equipe multiprofissional de cuidados paliativos, pois sua formação baseia-se na arte do cuidar. Na mesma direção, Silva e Silveira⁴ destacam que, para que um serviço de cuidados paliativos seja de qualidade, é importante a presença do enfermeiro dentro da equipe multiprofissional, visto que ele faz a ligação entre todos os membros envolvidos no cuidado e é o profissional capaz de se inserir profundamente no contexto familiar do paciente. Já Firmino⁵ reitera que, para que a assistência do enfermeiro no cuidado paliativo alcance os objetivos traçados pela equipe multidisciplinar, ela necessita estar direcionada para a avaliação dos sinais e sintomas, para o estabelecimento de prioridades individuais adaptadas à interação da dinâmica familiar e para o reforço das orientações clínicas.

A fim de proporcionar uma avaliação inicial, na prática da enfermagem, realiza-se uma coleta de dados diferenciada, na qual é considerada a escala de KPS para avaliar a funcionalidade e a escala de Edmonton para avaliação dos sintomas (vide Capítulo 3). Instrumentos que auxiliam nas intervenções e na avaliação dos resultados especificamente para os cuidados paliativos devem ser elaborados.

O papel do enfermeiro em cuidados paliativos é baseado na promoção da maior autonomia possível do paciente, para que ele mantenha a dignidade até a morte, além de auxiliar o paciente na

aceitação do diagnóstico, no convívio com a doença e no apoio à família nos períodos anteriores e posteriores à morte³. É importante lembrar que o enfermeiro deve planejar o cuidado, traçando as metas assistenciais com auxílio do paciente e de seu familiar⁵. Para alcançar os resultados desejados no planejamento de enfermagem, a assistência deve ser focada em traçar intervenções que sejam de possível realização e aceitação, de acordo com a realidade de cada indivíduo e de seus cuidadores.

CONSULTA DE ENFERMAGEM

A realização da consulta de enfermagem em cuidados paliativos é um desafio para o enfermeiro, pois deve aliar a tendência atual — que direciona ao estabelecimento da assistência de enfermagem que consiga superar a imagem tradicional, tecnicista e biologicista — para uma visão mais ampla de cuidado, capaz de integrar corpo e mente, objetividade e subjetividade, de forma a contemplar o paciente em suas peculiaridades. Nesse contexto, destaca-se o potencial da consulta de enfermagem como estratégia tecnológica de cuidado importante e resolutive, que oferece inúmeras vantagens na assistência prestada, facilitando a promoção da saúde, o diagnóstico e o tratamento individualizado, além da prevenção de situações evitáveis⁶.

No Brasil, a consulta de enfermagem surgiu na década de 1960, sendo legalizada em 25 de junho de 1986, por meio da Lei nº 7.498⁷, que regulamentou o exercício de enfermagem, estabelecendo essa atividade como de responsabilidade exclusiva do enfermeiro. O Conselho Federal de Enfermagem (Cofen), no ano de 1993, por meio da Resolução nº 159, estabeleceu a obrigatoriedade da realização da consulta de enfermagem em instituições públicas e privadas⁸.

A consulta de enfermagem representa um marco histórico para a profissão, retratando a autonomia dos profissionais. O enfermeiro pode exercer um papel de facilitador para o aprendizado e o contato com novos saberes de saúde. Para que a consulta promova os resultados positivos na qualidade de vida dos pacientes, o profissional deve respeitar as individualidades e particularidades de cada um, identificando diagnósticos para estabelecer as intervenções necessárias para cada caso⁸.

A consulta de enfermagem é uma ferramenta utilizada para a prática do cuidado, possibilitando a identificação de situações de saúde ou doença. É também uma atividade prestada pelo enfermeiro junto ao paciente, à família e à comunidade de maneira contínua e sistemática, objetivando a promoção da saúde por meio do diagnóstico e do tratamento precoces^{8,9}. Compreende, desse modo, uma série de ações, desde a recepção do paciente até a avaliação de todo o atendimento^{8,10}.

No atendimento de enfermagem, são realizados o planejamento e a implementação de projetos terapêuticos singulares, elaborados conjuntamente com os pacientes de forma personalizada. Tais práticas garantem o atendimento das necessidades particulares dos indivíduos. Os projetos terapêuticos singulares são planos de cuidado estabelecidos após a identificação dos pontos de melhoria da qualidade de vida e da saúde das pessoas, a partir dos quais são traçados: objetivos de

saúde; caminhos para que esses objetivos sejam alcançados; e quais profissionais deverão estar envolvidos nesse processo^{8,9}.

Durante os encontros, constrói-se um espaço oportuno para o implemento das ações de cuidado, nas quais o enfermeiro tem a possibilidade de: entender as demandas; fazer a avaliação das condições físicas e psicoemocionais; e conhecer mais profundamente o usuário e o seu contexto de vida. Esse profissional entende que o processo de adoecer tem origem multicausal⁸. Por meio de processos relacionais e comunicacionais, o enfermeiro desenvolve uma escuta ativa e empática, livre de julgamentos, promovendo o vínculo do indivíduo com o serviço de saúde, a confiança e a aceitação do outro⁸.

COMO FAZER

O processo de enfermagem deve ser fundamentado, pois favorece a integração enfermeiro-paciente e enfermeiro-família, bem como a qualidade da assistência prestada¹¹. A consulta de enfermagem, portanto, deve ser reafirmada como prática assistencial da área de saúde, e deve ter uma metodologia própria e de objetivos definidos.

A importância do desenvolvimento do processo de enfermagem envolve uma sequência de etapas específicas, a saber: obtenção de informações multidimensionais sobre o estado de saúde; identificação das condições que requerem intervenções de enfermagem; planejamento das intervenções necessárias; implementação e avaliação das ações. A finalidade é prestar atendimento profissional de modo ampliado ao paciente, à família ou à comunidade, de forma a considerar suas singularidades. Requer bases teóricas do campo da enfermagem e de fora dela. Pode-se dizer que se trata da expressão do método clínico da profissão¹². Existem diversos modos de sistematizar a assistência de enfermagem, entre os quais podem ser citados os planos de cuidados, os protocolos, a padronização de procedimentos e o processo de enfermagem¹³.

A utilização da Sistematização da Assistência de Enfermagem, que é um método científico com aplicação específica, ocorre de modo que o cuidado de enfermagem seja adequado, individualizado e efetivo. Desenvolve, assim, o pensamento crítico na prática de enfermagem e gera autonomia técnica, gerenciamento, individualização, uniformização, continuidade e avaliação do cuidado prestado por meio da promoção do cuidado humanizado. Dirigido a resultados com baixo custo, desperta, nos enfermeiros, o interesse contínuo de reavaliar suas atividades e decidir qual a melhor maneira de desempenhá-las¹³.

Dessa forma, considera-se que a prática de enfermagem sistematizada favorece a identificação das necessidades de cuidado manifestadas e/ou referidas por pacientes e familiares em sua totalidade, bem como a articulação e a negociação com os demais membros da equipe de saúde em nome da concretização e das melhorias do cuidado. Por isso constitui uma estratégia adequada a uma prática centrada na pessoa e não apenas nas tarefas.

Na perspectiva do cuidado à pessoa com câncer avançado, múltiplas e complexas demandas de cuidado, afetando os aspectos biopsicossocioculturais, imprimem peculiaridades à área de atuação da enfermagem. Logo é preciso considerar que os objetivos da assistência, em conformidade com

o que é preconizado pela OMS, compreendem a promoção da qualidade de vida e do conforto dos clientes e de seus familiares, que enfrentam juntos a doença que põe em risco a vida, pela prevenção e o alívio dos sintomas e pelo apoio às necessidades psicossociais, emocionais e espirituais¹⁴.

Na prática, a consulta de enfermagem realizada pela primeira vez na instituição segue um roteiro pré-estabelecido, detalhado da seguinte forma:

- Identificação do paciente e de seu acompanhante.
- História atual e pregressa, quando é feito todo levantamento de cirurgias e demais tratamentos já realizados nas outras unidades do INCA. Isso ocorre por se tratar de pacientes em cuidados paliativos que, geralmente, foram expostos a vários tipos de tratamentos e cirurgias. Dessa forma, nesse momento, é importante identificá-los para entender os diversos sintomas e as limitações.
- Regulação neurológica, quando são identificados o nível de consciência, a orientação e os distúrbios de linguagem, que se tornam imprescindíveis para determinar o risco de queda ou o nível de atenção que a equipe de enfermagem dispensará a esse paciente durante a internação hospitalar.
- Regulação imunológica, quando é mensurada a temperatura axilar e são identificados os dispositivos que o paciente possui. Tais dispositivos e suas características mostrarão possíveis sítios de infecção.
- Regulação cardiovascular, quando se afere a pressão arterial e o pulso, avaliando-se também a rede venosa e o aspecto dos membros superiores e inferiores. Essa avaliação determinará como será traçada a infusão de medicações e fluidos, podendo ser determinado que tipo de acesso será utilizado junto à prescrição médica.
- Percepção dos órgãos dos sentidos, momento no qual se avaliam as acuidades visual, fonativa, auditiva, gustatória e a dor e sua localização. A dor deve ser considerada um sinal vital, pois sua determinação e seu controle fazem a diferença para a qualidade de vida do paciente. Utiliza-se a escala numérica, que é registrada em prescrição para controle e manejo adequado.
- Oxigenação, quando é realizada a ausculta pulmonar e identificada a necessidade de possíveis intervenções, como oxigenioterapia, aspiração de vias áreas superiores, mudança de decúbito etc.
- Integridade cutânea e mucosa, momento no qual são avaliadas as mucosas conjuntivais e oral, as condições da cavidade oral, a prótese dentária, se houver, e as possíveis lesões de continuidade da pele, identificando, assim, a ocorrência de feridas e seu aspecto para intervenção e acompanhamento pelos enfermeiros.
- Sono e repouso, quando se identificam problemas relacionados à insônia ou à hipersonia, ou inversão do ciclo de sono e vigília.
- Mobilidade e locomoção, momento importante da consulta de enfermagem, pois é quando será determinado se há condições de locomoção, paresias ou qualquer distúrbio relacionado

à mobilidade. Esse ponto é importante para traçar a dependência em relação à equipe de enfermagem: se o paciente poderá realizar seu autocuidado, como banho de aspersão, ou se a equipe necessitará realizar banho no leito; se necessita de auxílio com alimentações; e se há risco de queda.

- Nutrição e hidratação, quando é avaliado o tipo de ingestão, se a deglutição é prejudicada ou não, se há odinofagia e se há via acessória, como gastrostomia, ou dispositivos, como sondas para alimentação.
- Eliminações, quando se avalia o tipo de abdômen, se há cirurgias ou dispositivos, tais como colostomia, ileostomia ou cistostomia. Também se avaliam os hábitos intestinal e vesical, os órgãos genitais e as possíveis alterações.
- Necessidades psicossociais, quando são avaliados o estado emocional e o suporte da rede de cuidados familiar. Refere-se a um momento bastante delicado, pois é preciso avaliar o nível de entendimento e a aceitação dos cuidados paliativos tanto do paciente quanto da rede familiar.

Utiliza-se a escala KPS para avaliação do grau de dependência à equipe de enfermagem e a gravidade do paciente. A escala de Edmonton é considerada para avaliar sintomas iniciais. Tais escalas estão descritas no Capítulo 3.

Todos esses itens são identificados nos pacientes admitidos na unidade. Contudo, a avaliação do enfermeiro de todos esses itens é diária e contínua, realizada, a cada plantão, de forma mais dinâmica possível, na visita do enfermeiro a todos os pacientes, sempre que necessário. Todas essas informações são repassadas ao colega durante a passagem de plantão a fim de garantir a continuidade da assistência.

AVALIAÇÃO DE SINAIS E SINTOMAS

De acordo com a Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP), o enfoque terapêutico é o alívio dos sintomas que comprometem a qualidade de vida, integrando ações médicas, de enfermagem, psicológicas, nutricionais, sociais, espirituais e de reabilitação, e influenciando também o tipo de morte que o paciente terá. A pronta avaliação, a identificação e a gestão da dor e das necessidades físicas, sociais, espirituais e culturais podem melhorar a qualidade de vida dos pacientes em cuidados paliativos⁵.

Diversos sintomas diferentes podem se manifestar nos pacientes em cuidados paliativos, mas a dor é um dos sintomas mais prevalentes, junto com fadiga, dispneia, alterações cognitivas, perda do apetite, caquexia, náuseas e depressão. São experiências que causam intenso sofrimento, incapacidade e prejuízos à qualidade de vida¹⁵.

Na área assistencial, a aplicação de escalas vem sendo um dos métodos de avaliação utilizado que busca possibilitar um cuidado diferenciado a cada paciente, de acordo com a pontuação, em que se quantifica e documenta a necessidade de intervir de forma a individualizar o cuidado (vide

Capítulo 3). Como integrante da equipe multidisciplinar, o enfermeiro deve ser capaz de avaliar sistematicamente os sinais e sintomas apresentados, estabelecer prioridades e traçar o melhor plano terapêutico a ser implementado, respeitando a individualidade de cada paciente¹⁵.

No cuidado paliativo, é possível vivenciar e compartilhar momentos de afeto, tornando a morte iminente digna e garantindo ao paciente o suporte e o acolhimento diante das suas necessidades de cuidados.

PARTICULARIDADES DOS PROCESSOS ASSISTENCIAIS

O enfermeiro, enquanto integrante da equipe multiprofissional, atua nas diversas áreas assistenciais do HC IV, como Ambulatório, Internação Hospitalar, Emergência e Assistência Domiciliar. Em cada setor, esse profissional desenvolve suas atividades de maneira individualizada, conforme as demandas e necessidades dos pacientes. Segue detalhamento de tais atividades.

Posto Avançado

O Posto Avançado é o primeiro contato do paciente com a unidade de cuidados paliativos dentro do INCA (vide Capítulo 1). A deliberação do paciente elegível para ser encaminhado à unidade é uma conduta médica, no entanto, é necessária a avaliação pelo enfermeiro da unidade para confirmação da deliberação. Após a consulta de enfermagem ao paciente elegível, a transferência de unidade pode ser realizada de forma ambulatorial ou ao paciente internado. Em ambas as modalidades, é priorizada a presença da família ou alguém que se intitule responsável pelos cuidados ao paciente. Apesar disso, a sua ausência não é um fator impeditivo.

Durante a avaliação do paciente elegível aos cuidados paliativos, é feita uma busca do tratamento oncológico realizado previamente e dos exames de imagem e laboratoriais recentes. A funcionalidade do paciente é levada em consideração, pois alguns protocolos de tratamento, por vezes, até são elegíveis, no entanto, o *status quo* do paciente não permite a sua realização.

Após a confirmação da deliberação pelo enfermeiro do HC IV, esse poderá encaminhar o paciente para seguir o tratamento por meio das seguintes modalidades: Assistência Domiciliar e Ambulatório, ou realizar a transferência com o paciente ainda internado para definição posterior de como seguirá seu atendimento. A avaliação inicial de enfermagem é aplicada na primeira consulta de enfermagem do paciente no HC IV, independentemente do cenário em que ela ocorra.

Assistência Domiciliar

Na Assistência Domiciliar, são atendidos os pacientes com pior funcionalidade (KPS 50% ou inferior), ou pacientes com melhor funcionalidade, cuja locomoção para as consultas ambulatoriais possa causar complicações como fraturas ósseas patológicas. No domicílio, tem-se uma visão mais fidedigna sobre adesão, entendimento, limitações e conhecimento dos pacientes e familiares. É

possível identificar quando algumas orientações realizadas em outros processos não são seguidas em função do déficit cognitivo, ou de o acompanhante na unidade hospitalar não ser o cuidador principal no domicílio.

É possível e necessário observar o ambiente físico e social do paciente e encontrar intervenções que possam auxiliar a família e o paciente de modo a melhorar sua qualidade de vida.

Ambulatório

No Ambulatório, são atendidos pacientes com melhor funcionalidade (KPS acima de 50%), que consigam se deslocar até a unidade. Na consulta de enfermagem ambulatorial, há a aplicação sistemática da escala Esas. Na prática, percebe-se que o aumento do Esas caminha junto com a queda do KPS.

O enfermeiro representa a figura central, atuando na solicitação e na avaliação de exames laboratoriais, na realização de curativos e na dispensação dos materiais para realização no domicílio, na conciliação medicamentosa, no manejo de efeitos colaterais e na avaliação e sinalização da piora dos sinais e sintomas. Por vezes, é o profissional responsável por identificar e direcionar o paciente para o atendimento com outros profissionais, visto que a consulta de enfermagem, assim como a médica, é realizada em todos os pacientes agendados para o dia, o que nem sempre ocorre com as demais categorias.

Internação Hospitalar

No ambiente hospitalar, inicialmente, a avaliação do paciente pelo enfermeiro é realizada com o objetivo de identificar os sintomas mal controlados que levaram o paciente a necessitar da hospitalização. Com o passar dos dias, a abordagem do enfermeiro prioriza promover o conforto e o bem-estar e, sempre que possível, levar à desospitalização. A interação com a família e/ou os cuidadores torna-se fundamental para a criação do vínculo e o fortalecimento da confiança com a equipe.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O potencial da consulta de enfermagem como estratégia tecnológica de cuidado é importante quando resolutiva e contínua, e determina a assistência de enfermagem aos pacientes que possuem peculiaridades e abrangência específica do cuidado paliativo. Essa abordagem oferece inúmeras vantagens na assistência prestada, facilitando a promoção da saúde, o diagnóstico e o tratamento individualizados, além da prevenção de situações evitáveis.

REFERÊNCIAS

1. SILVA, A. M. O. P.; CORTIZO, S. A. A. Avaliação do Paciente e Índices Prognósticos. *In*: CASTILHO, R. K.; SILVA, V. C. S. da; PINTO, C. da S. (ed.). **Manual de cuidados paliativos**. 3. ed. São Paulo: Academia Nacional de Cuidados Paliativos; Atheneu, 2021. p. 11-16.
2. CRISTOFF, Cristiane. **Construção de um roteiro de avaliação de cuidados paliativos para equipe de enfermagem baseado nos princípios éticos da beneficência e da não maleficência**. 2017. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2017. Disponível em: <https://acervodigital.ufpr.br/bitstream/handle/1884/53047/R%20-%20D%20-%20CRISTIANE%20CRISTOFF.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 15 jun. 2022.
3. HERMES, H. R.; LAMARCA, I. C. A. Cuidados paliativos: uma abordagem a partir das categorias profissionais de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 9, p. 2577-2588, set. 2013. DOI 10.1590/S1413-81232013000900012.
4. SILVA, D. I. S. da; SILVEIRA, D. T. Cuidados paliativos: desafio para a gestão e políticas em saúde. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, Brasília, DF, v. 6, n. 1, p. 501-513, 2015.
5. SANTOS, F. T. B. C.; SILVA, M. J. P. Enfermagem. *In*: CASTILHO, R. K.; SILVA, V. C. S. da; PINTO, C. da S. (ed.). **Manual de cuidados paliativos**. 3. ed. São Paulo: Academia Nacional de Cuidados Paliativos; Atheneu, 2021. p. 164-168.
6. BORDINHÃO, R. C.; ALMEIDA, M. A. Instrumento de coleta de dados para pacientes críticos fundamentado no modelo das necessidades humanas básicas de Horta. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 33, n. 2, p. 125-131, 2012. DOI 10.1590/S1983-14472012000200018.
7. BRASIL. **Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986**. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 1986. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l7498.htm#:~:text=LEI%20No%207.498%2C%20DE%2025%20DE%20JUNHO%20DE%201986.&text=Disp%C3%B5e%20sobre%20a%20regulamenta%C3%A7%C3%A3o%20do,Art. Acesso em: 11 jul. 2022.
8. CRIVELARO, P. M. da S. *et al.* Consulta de enfermagem: uma ferramenta de cuidado integral na atenção primária à saúde. **Brazilian Journal of Development**, Curitiba, v. 6, n.7, p. 49310-49321, jul. 2020. DOI 10.34117/bjdv6n7-542.
9. VANZIN, A. S.; NERY, M. E. S. **Consulta de enfermagem: uma necessidade social?** 2. ed. Porto Alegre: RM&L, 2000.
10. WALDMAN, B. F. **Consulta de enfermagem**. Porto Alegre: EEUFRGJ, 1999.
11. TOLENTINO, G. S.; BETTENCOURT, A. R. C.; FONSECA, S. M. Construção e validação de instrumento para consulta de enfermagem em quimioterapia ambulatorial. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 72, n. 2, p. 391-399, mar./apr. 2019. DOI 10.1590/0034-7167-2018-0031.
12. NASCIMENTO, L. K. *et al.* Sistematização da assistência de enfermagem a pacientes oncológicos: uma revisão integrativa da literatura. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 33, n. 1, p. 177-185, 2012. DOI 10.1590/S1983-14472012000100023.
13. ROCHA, E. do N. da; LUCENA, A. de F. Projeto terapêutico singular e processo de enfermagem em uma perspectiva de cuidado interdisciplinar. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 39, e2017-0057, 2018. DOI 10.1590/1983-1447.2018.2017-0057.

14. PAIVA, C. F. *et al.* Reconfiguração dos cuidados paliativos de enfermagem oncológica: contribuições: contribuições de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 73, n. 6, e20190384, 2020. DOI 10.1590/0034-7167-2019-0384.
15. MANFREDINI, L. L. **Tradução e validação da Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton (ESAS), em pacientes com câncer avançado**. 2014. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Fundação Pio XII, Hospital de Câncer de Barretos, Barretos, 2014. Disponível em: <https://www.hcancerbarretos.com.br/upload/doc/lucianamanfredini.pdf>. Acesso em: 14 jun. 2022.



Capítulo 7

AVALIAÇÃO DO TÉCNICO DE ENFERMAGEM

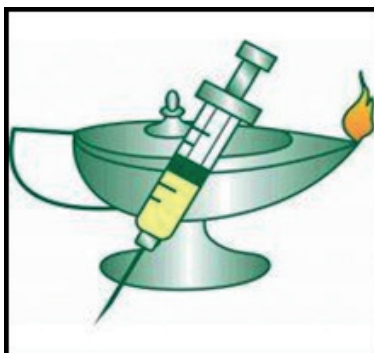
O TÉCNICO DE ENFERMAGEM COMO MEMBRO DA EQUIPE ASSISTENCIAL

No contexto dos cuidados paliativos, o técnico de enfermagem, assim como todo profissional de saúde, deve cuidar do indivíduo em suas diversas etapas de vida, reconhecendo seus usuários como sujeitos ativos na busca de soluções para seus problemas de saúde, capazes de agir, decidir e expressar intenções¹. Sua prática deve ser embasada na universalidade e na integralidade da atenção, com postura humanitária, acolhedora e facilitadora do acesso ao serviço de saúde, sendo capaz de reconhecer as aspirações, as necessidades, os medos e os preconceitos do paciente, para que as orientações dadas sejam eficazes e possam promover mudanças de comportamento e diligenciar o autocuidado². Assim, o trabalho do técnico de enfermagem alcança o seu objetivo, trazendo conforto para o paciente no momento de sofrimento e angústia, fortalecendo as ações de assistência à saúde e logrando a adesão dos pacientes ao tratamento.

A abrangência da atuação do técnico de enfermagem enquanto integrante de equipe de saúde está regulamentada para o âmbito da prestação de cuidados de enfermagem aos indivíduos e à população. É assegurado ao técnico de enfermagem, como prerrogativa legal, assistir ao enfermeiro nos diferentes níveis de atenção à saúde, em especial junto a pacientes graves e/ou com demandas especiais, e no planejamento, na programação, na orientação e na supervisão das atividades da assistência de enfermagem, como membro da equipe³. Com o trabalho em equipe, o técnico proporciona uma assistência qualificada e contínua, na qual cada profissional exerce sua função, contribuindo no desenlace dos cuidados prestados e ensejando o melhor resultado.

Por meio da Resolução do Cofen nº 218, de 1999, o técnico de enfermagem tem como símbolo a lâmpada, que significa caminho, ambiente, na cor verde-esmeralda, simbolizando a natureza, a vida e o poder de cura, e a imagem de uma seringa, conceituando a técnica⁴ (Figura 6).

Figura 6 - Símbolo do técnico de enfermagem



Fonte: Escola de Enfermagem ABC Myrthes Silva⁴.

Os cuidados paliativos são executados por uma equipe multiprofissional, porém o técnico de enfermagem é o profissional mais próximo do paciente e da família, ouvindo queixas, temores, dúvidas, e gerando meios para saná-las com uma comunicação verbal eficiente e próxima. A comunicação, inclusive a não verbal, desempenhada por meio de gestos ou toques⁵, deve ser utilizada pelos profissionais como premissa da humanização, por favorecer a interação entre os envolvidos no processo do cuidado (profissional, paciente e familiar), estabelecendo uma relação de confiança, que auxilia o exercício do direito de decisão quanto ao que o paciente quer para si⁶.

A comunicação efetiva entre técnico de enfermagem e acompanhante, por meio de uma escuta ativa e qualificada, possibilita a identificação das necessidades dos membros envolvidos, com redução de conflitos e de esgotamento das relações.

Durante a elaboração deste capítulo, observou-se uma lacuna de conhecimento acerca da importância do técnico de enfermagem dentro da equipe de saúde, no entanto, foram observadas palavras expressivas que estão representadas na Figura 7, em forma de borboleta, símbolo dos cuidados paliativos⁷. Evidencia-se, com isso, uma grande deficiência e uma possível falta de reconhecimento a essa categoria, composta por profissionais extremamente presentes na manutenção da assistência do paciente e seu familiar e cuidador.

Figura 7 - Nuvem de palavras expressiva para a atividade do técnico de enfermagem



Fonte: elaboração INCA.

ACOLHIMENTO NA ADMISSÃO DO PACIENTE E DE FAMILIARES NA UNIDADE

O técnico de enfermagem atende usuários, nos cuidados paliativos, que procuram o serviço buscando alívio dos principais sintomas estressores, priorizando intervenções centradas nas suas queixas e não em sua doença⁸. Para tanto, vale-se de tecnologia e de conhecimento científico, observando e percebendo as necessidades individuais, tratando cada pessoa como um todo, valorizando e respeitando seu estilo de vida, sua cultura e seus costumes, reconhecendo seus direitos, indicando as medidas de intervenção mais adequadas a cada usuário¹, realizando uma assistência baseada na humanização e na empatia com o paciente e o cuidador que acompanha e vivencia todo o padecimento de seu familiar ou pessoa querida.

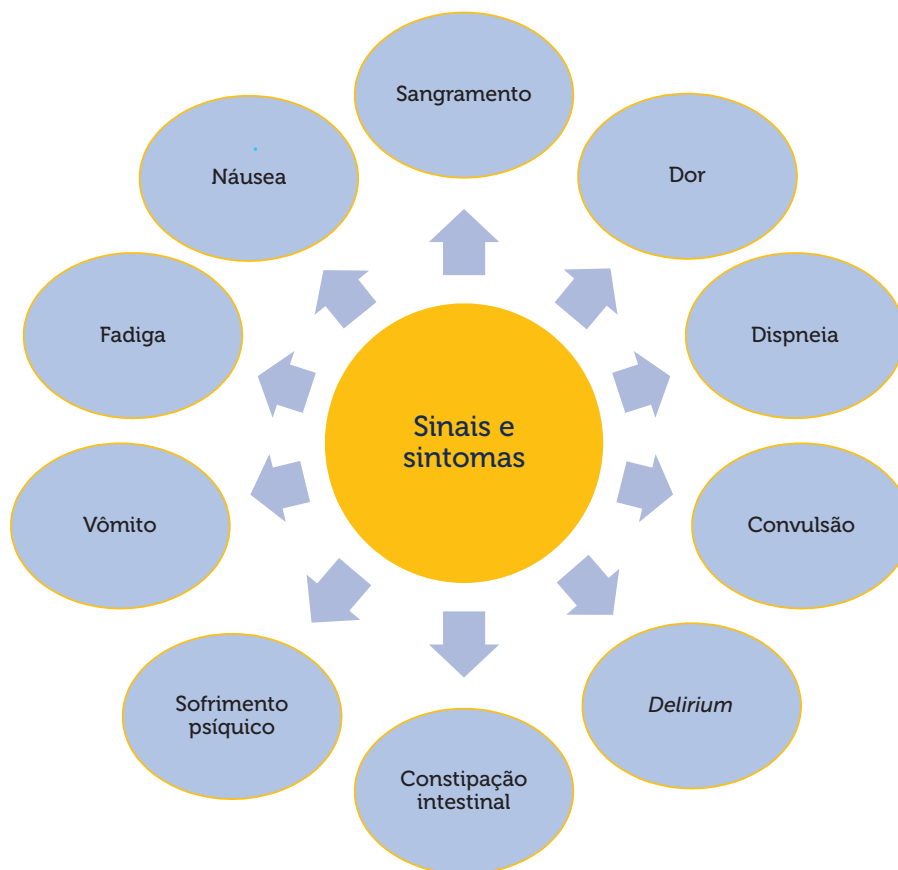
O paciente em cuidados paliativos, assim como seu cuidador, durante o processo de hospitalização, direciona-se ao técnico de enfermagem para conseguir informações, objetivando clareza da verdadeira situação e consolo⁹. Cabe ao profissional orientar o paciente de forma objetiva e acessível, sempre atento à realidade deste¹⁰, conduzindo-o ao profissional responsável quando a informação solicitada não for de sua competência técnica.

Os técnicos de enfermagem representam a classe de maior contingência de corpo de trabalho da saúde e impactam consideravelmente a saúde da sociedade. Esses profissionais, bem capacitados, apresentam potencial para aprimoramento do processo de trabalho da categoria, resultando em melhoria do serviço de saúde prestado ao paciente e ao cuidador e familiar¹¹. Logo a atuação do técnico de enfermagem é de extrema importância, visto que representa a categoria que permanece mais tempo ao lado do paciente, vivenciando suas necessidades físicas e emocionais.

O paciente com diagnóstico de câncer em fase terminal pode permanecer hospitalizado por um longo período, com consequências em seu estado físico e mental. A presença de um familiar ou cuidador pode proporcionar apoio e confiança, no entanto, esse acompanhante também vivencia vários sentimentos, entre eles a dor que partilha com o paciente internado. Nesse sentido, a enfermagem é responsável por dar atenção, apoio emocional e informações ao acompanhante nesse período crítico⁵. O técnico de enfermagem em cuidados paliativos lida frequentemente com o sofrimento dos pacientes e de seus familiares.

Em relação ao alívio da dor e de outros sintomas físicos, o profissional precisa estar capacitado para interpretar, além das queixas verbais, situações veladas na expressão corporal. A Figura 8 ilustra a gama de sintomas comuns no paciente em cuidados paliativos.

Figura 8 - Sinais e sintomas comuns na admissão



Fonte: elaboração INCA.

A dor é o sintoma mais temido pelos pacientes oncológicos, constituindo fator determinante de sofrimento relacionado à doença, mesmo quando comparada à expectativa de morte. Os profissionais de enfermagem conhecem as modalidades terapêuticas (farmacológicas e não farmacológicas) e executam as intervenções, de acordo com suas habilidades e competências técnicas, a fim de controlar esse sintoma, minimizando o sofrimento e proporcionando conforto¹².

O controle da dor oncológica exige protocolos específicos e equipe multidisciplinar treinada, embasada na filosofia dos cuidados paliativos. Os cuidados ao fim de vida contemplam uma abordagem em busca da qualidade de vida de pacientes e familiares, por meio de prevenção ou alívio do sofrimento, identificação precoce, avaliação correta e tratamento da dor e outras vicissitudes de ordens física, espiritual e psicossocial¹². Faz-se necessária uma reflexão acerca da assistência prestada, dando ênfase a serviços que busquem medidas voltadas para qualidade de vida e alívio do sofrimento. Diante do exposto, sabe-se que o profissional técnico em enfermagem representa a categoria mais próxima ao paciente e ao familiar no que diz respeito ao cuidado e à identificação precoce de sintomas que geram desconforto até a finitude do ser humano.

O trabalho em saúde produz tecnologias: duras, relacionadas a equipamentos tecnológicos e rotinas organizacionais; leve-duras, que integram os saberes estruturados no processo de saúde¹³; e leves, que se referem a relações, comunicação e vínculos. O uso de tecnologias leves permite a produção de um cuidado humanizado, com impactos positivos na qualidade de vida do usuário. O técnico de enfermagem, no trabalho em saúde, produz relações mediadoras, utilizando as tecnologias leves¹⁴, entre elas, a escuta ativa, que pode ser usada pelos técnicos de enfermagem como uma atitude colaborativa para o bem-estar do usuário hospitalizado e do seu cuidador.

O diálogo é essencial para promover a interação entre paciente, acompanhante e técnico em enfermagem, estabelecendo assim a confiança nessa relação. Estudos evidenciam que os profissionais de saúde percebem que o acompanhante proporciona segurança e acolhimento, sendo essencial sua permanência junto ao paciente em fase terminal. Os profissionais de saúde devem inserir o acompanhante nesse processo para que se sinta simultaneamente acolhido e corresponsável pelo cuidar⁵. Ao envolver o acompanhante no cuidado, com ênfase nas orientações educacionais acerca do contexto vivenciado e menor foco na execução das tarefas, possibilita-se estreitar o vínculo entre as partes.

O acompanhante do paciente paliativo oncológico vivencia momentos difíceis, podendo experimentar sentimentos dolorosos diante da terminalidade de seu familiar. Contudo, sua presença no ambiente hospitalar pode auxiliar o paciente frente ao processo de finitude⁵. É necessário que o cuidador ou familiar receba um olhar atento dos técnicos em enfermagem, assim como de toda a equipe, a fim de identificar suas necessidades, corroborando com o cuidado integral junto ao paciente e estabelecendo uma relação de empatia.

Segundo o Instituto do Cuidado Centrado no Paciente e Família, a família não se limita ao corpo físico, também é responsável pelos suportes emocional e social indispensáveis à saúde. Nesse sentido, há um movimento, na assistência de enfermagem, que busca a melhor forma de acolher as famílias e inseri-las como unidade de cuidado¹⁵. O atendimento de enfermagem que não considera o acompanhante como parte do processo recai sobre o paciente, pois um acompanhante ansioso e inseguro trará consequências negativas sobre o quadro do indivíduo internado⁵. O acompanhante deve ser visto como essencial na rotina enfrentada pelo paciente em fase terminal. É tida como importante pelo técnico de enfermagem a presença de acompanhante no processo de terminalidade, proporcionando segurança e acolhimento ao paciente.

A assistência humanizada é caracterizada como um processo amplo, demorado e complexo e envolve mudanças de comportamento. Possibilita que o profissional ofereça o conforto e a qualidade de vida para o doente e a família, em uma condição rigorosamente humanística, por meio da compaixão, da humildade, da valorização da vida, entre outros, aproximando-se do princípio do cuidado paliativo¹⁶. Mendonça *et al.*¹⁷ relatam, sobre a humanização no campo da assistência, que essa se torna necessária à medida que alguns fatores, como o avanço tecnológico, as rígidas rotinas hospitalares e o paternalismo da equipe de saúde, fazem, por muitas vezes, com que o cuidado se concretize apenas na execução de procedimentos técnicos com objetivos mecânicos, que desfavorecem a autonomia do paciente. Ao inserir o paciente nas decisões sobre

o planejamento do cuidado, a autonomia lhe é concedida, e o profissional estará atuando com um dos princípios da humanização e permitindo que cada decisão sobre o tratamento torne-se algo construtivo para equipe de enfermagem e para todos que participam, direta ou indiretamente, do cuidado¹⁸. A admissão feita pelo técnico de enfermagem ao paciente e seu cuidador no HC IV busca um acolhimento direcionando às particularidades durante o exame inicial, não só de procedimentos técnicos, mas de uma visão holística, para promover uma assistência qualificada e inclinada à filosofia do que diz respeito a ser paliativo.

Para o técnico de enfermagem, praticar os cuidados paliativos é vivenciar e compartilhar momentos de amor e compaixão durante toda prática terapêutica, compreendendo que é possível deixar o fato da morte iminente digno e garantir ao paciente suporte e acolhimento nessa fase¹⁹. A humanização no processo dos cuidados paliativos é fundamental, pois a assistência a pacientes que estão em finitude, assim como a seus familiares em um processo de sofrimento e/ou luto, depende diretamente da capacidade de falar e ouvir das pessoas que estão participando do processo de cuidado, para que não haja somente uma assistência tecnicista, mas também o suprimento das demandas biopsicossociais e espirituais²⁰.

O paciente em estado terminal deve ter uma assistência integral e, para isso, é preciso complementação de saberes e partilha de responsabilidades, para que demandas diferenciadas se resolvam em conjunto. Durante a internação, o técnico de enfermagem torna-se protagonista das tristezas e dores, pois o tratamento traz consigo sofrimento, e o paciente carece de atenção. Cabe ao profissional atuar com humanidade e sensibilidade, ir além das habilidades técnicas e das práticas propedêuticas, explorando e suprimindo as necessidades sociopsicológicas dos pacientes e seus familiares, tendo como alicerce a humanização no cuidado²¹. Além de oferecer assistência à saúde, oferta também cuidados de qualidade, éticos e compassivos, e uma escuta paciente e refinada.

A enfermagem tem de aprender a interpretar não só as queixas verbais, mas também aquelas que estão camufladas no movimento, na expressão corporal, nos sinais fisiológicos, a fim de aplicar um consenso no método terapêutico prestado, permitindo uma assistência pautada na filosofia do cuidado paliativo. A premissa de uma assistência de enfermagem humanizada conduz à valorização do trabalho em equipe como estratégia para qualidade dos cuidados prestados. Contudo, deve-se considerar a busca de um novo olhar para desvelar e entender os fenômenos, bem como a necessidade de cuidados de enfermagem de qualidade. Isso consiste não somente no preparo e na fundamentação técnico-científicos dos profissionais, mas também na experiência do outro e na abordagem da prática profissional, de modo que possam compreender as vivências dos pacientes²².

AVALIAÇÃO INICIAL DO TÉCNICO DE ENFERMAGEM

A rotina do técnico de enfermagem inicia-se pelas visitas aos pacientes internados. A partir daí, o processo comunicativo entre o profissional e o paciente estabelece-se, visando a atender as

necessidades deste. Nessa relação que se constrói entre o técnico de enfermagem e o paciente, entra um terceiro elemento, o acompanhante, que pode ser um familiar ou outra pessoa indicada pela família ou pelo paciente. A presença do familiar ou do cuidador mantém o vínculo afetivo e social do paciente, auxiliando na dinâmica do cuidado¹⁴. A relação entre técnico de enfermagem, paciente e acompanhante produz evento que redefine a prática do cuidado como elemento terapêutico ao usuário²³.

Informar com clareza sobre seus direitos, benefícios, riscos e intercorrências relacionadas aos cuidados prestados é uma das atribuições do técnico de enfermagem, visando a efetivar a participação do cuidador na assistência ao seu familiar. Para tanto, é fundamental desenvolver habilidades de comunicação com o paciente e também com o cuidador, que se concretizam durante a realização do cuidado¹⁰, momento em que o profissional se aproxima, observando fragilidades, angústias e medos, conseguindo construir uma relação de respeito e confiança não só com o paciente como também com o seu cuidador.

A equipe de enfermagem é responsável pelo cuidado direto ao paciente, atendendo às suas necessidades básicas e promovendo bem-estar, higiene e conforto. O exercício profissional dos técnicos de enfermagem é regulamentado pela Lei nº 7.498, de 1986, que define a prática de enfermagem, distingue as atribuições profissionais da enfermagem, estabelece a distinção entre os profissionais de níveis médio e superior e destaca o papel do técnico de enfermagem, incluindo a participação no planejamento da assistência de enfermagem, com pensamento crítico e reflexivo junto à equipe de enfermagem²⁴. Partindo dessa premissa, o técnico de enfermagem do HC IV representa importante papel na admissão do paciente. Ao acomodá-lo no seu ambiente de internação, o técnico é responsável por checar sua identificação de acordo com a pulseira, na qual constam seus dados, checar identificação no leito (vide Capítulo 21), aferir sinais vitais, observar sinais e sintomas que possam causar-lhe desconforto, estar atento às suas queixas verbais ou aos sinais velados, observar presença e aspecto de acessos venosos, cateteres e drenos, bem como qualquer outro dispositivo presente no paciente no momento da admissão. Cabe ao técnico ainda indagar sobre aceitação de dieta e eliminações fisiológicas e, com visão holística, identificar suas necessidades.

No que tange ao cuidado paliativo, o técnico em enfermagem torna-se responsável por identificar e oferecer suporte às necessidades fisiológicas e psicossociais do paciente, assumindo o papel de facilitador, detectando carências e tornando possível supri-las com apoio da equipe multidisciplinar.

A admissão do paciente estende-se ao acompanhante. No HC IV, o acompanhante é figura primordial na assistência prestada, sendo identificado como cuidador, classificação que se deve à importância de inseri-lo no cuidado prestado ao paciente. Nesse contexto, o técnico de enfermagem está apto para orientá-lo sobre seu papel junto ao paciente, visando a otimizar o cuidado ministrado. Como cuidadora, a família passa a exercer funções até então desconhecidas, como administração de medicamentos, manipulação de drenos e sondas, curativo e assepsia do paciente²⁵.

As atribuições legais do profissional técnico de enfermagem estão dispostas no art. 10 do Decreto nº 94.406, de 1987, que regulamenta a Lei nº 7.498, de 1986, no entanto o conselho da categoria não traz claramente definidas suas atribuições. Conforme resoluções do Cofen, o técnico de enfermagem deve executar ações de enfermagem sob a supervisão do enfermeiro, conforme Lei nº 7.498/1986 e Decreto nº 94.406/1987²⁶. O técnico de enfermagem participa na implementação da assistência de enfermagem, executando a assistência aos pacientes, evidenciando-se como profissional fundamental no processo de trabalho da enfermagem. O Quadro 15 elenca algumas ações do técnico de enfermagem no HC IV no momento da admissão, conforme a situação em que se encontra o paciente.

Quadro 15 - Metas Internacionais de Segurança do Paciente - situações e intervenções na admissão

SITUAÇÃO PROBLEMA	INTERVENÇÕES
Identificação	Confirmar identificação do paciente, observar presença de pulseira de identificação (branca), alergia (vermelha) e risco de queda (amarela) e cartão de identificação de cabeceira, identificando-o caso não tenha*
Sinais vitais	Aferir sinais vitais, informar ao enfermeiro responsável alterações encontradas e administrar SOS prescrito*
Dispneia	Posicionar confortavelmente o paciente no leito, colocar a cabeceira em semi-Fowler, instalar suporte ventilatório de acordo com prescrição médica e administrar fármaco prescrito*
Dor	Realizar medidas de conforto, mensurar o sintoma por meio da escala padronizada, administrar fármaco prescrito. Reavaliar resposta à intervenção após uma hora*
Demais sintomas	Realizar medidas de conforto e administração de fármaco conforme prescrição médica*
Avaliar risco de queda	Elevar as grades, manter a cama baixa*
Acesso venoso e/ou subcutâneo	Caso o paciente esteja vindo de outra unidade do INCA, avaliar presença de acesso, data da punção e presença de sinais flogísticos, trocando-o caso necessário. Em caso de paciente proveniente de outra unidade hospitalar, trocar acesso venoso*
Curativos	Observar presença de sujidade e/ou sangramento*
Drenos e cateteres	Observar presença e aspecto*
Rotina hospitalar	Orientar sobre as rotinas institucionais e horários

Fonte: elaboração INCA.

Nota: *Para todas as intervenções supracitadas, o técnico de enfermagem deverá reportar ao enfermeiro responsável o problema encontrado e as intervenções realizadas.

Legenda: SOS – medicação feita segundo critérios previamente estabelecidos.

A falta de treinamento dos profissionais de saúde para atuar frente às dimensões espirituais da saúde e da doença tem se mostrado uma dificuldade na incorporação de crenças sobre religião e espiritualidade ao cuidado dos pacientes²⁷. A comunicação, na admissão ao HC IV, deve ser um elemento eficaz, sendo empregada pelo técnico de enfermagem. Na abordagem ao paciente e seus familiares, o técnico de enfermagem pode identificar a espiritualidade, a religiosidade e a fé que professam como uma estratégia positiva com potencial no tratamento complementar de sintomas, além de influenciar o autocuidado com efeito na recuperação e no retorno à

saúde. O processo de trabalho da enfermagem quanto ao cuidado do paciente oncológico em cuidados paliativos necessita de estudos que reflitam sobre maneiras de promover a prática da espiritualidade²⁷.

Os profissionais de enfermagem na unidade de cuidados paliativos lidam diariamente com enfermos sem possibilidade terapêutica e com sentimento de impotência, frustração, entre outros, que dificultam sua relação com o paciente e o familiar, acabando por não expressar ou viver o luto, omitindo sentimentos.

ESPIRITUALIDADE COMO SUPORTE NO CUIDADO PALIATIVO

É importante valorizar a espiritualidade, a cultura, os costumes, os valores, as crenças e os desejos que permeiam a morte. Em sua maioria, os pacientes vivenciam o processo de morrer internados em hospitais, onde seus sintomas devem receber tratamento adequado, não podendo ser ignorados ou até potencializados por uma assistência inadequada e invasiva. Nesse sentido, para o enfrentamento da doença nos aspectos social, biológico e emocional, tem sido usada, cada vez mais, no trabalho em saúde, a abordagem espiritual. Diante do processo de finitude, o desenvolvimento da espiritualidade por profissionais de enfermagem em seu processo de cuidar torna-se uma oferta de assistência de qualidade e também um movimento de aproximação ao ser humano em cuidados paliativos²⁷, contemplando o processo de cuidar e as dimensões biológica, psicológica, social e espiritual do ser humano²⁸.

A assistência espiritual é um recurso terapêutico de grandiosa relevância na assistência ao paciente. A necessidade espiritual do paciente com doença ameaçadora da vida é considerada urgente, pois ele vivencia o sofrimento pela proximidade da morte. E o técnico de enfermagem deve auxiliá-los a enfrentar o processo de enlutamento e o luto²⁹.

Figura 9 - Espiritualidade e terminalidade



Fonte: elaborada pelo Conselho Regional de Medicina do Estado da Bahia³⁰.

A espiritualidade é um conceito multidimensional, uma busca individual por compreensão sobre questões da vida, da finitude e sua relação com o sagrado e o transcendente. Pode ter relação com a fé em Deus ou em uma força superior, a arte, a música, a solidariedade, podendo ou não conduzir a práticas religiosas²⁹. Ela pode ser um suporte para o enfrentamento de doença grave ou terminal e assim diminuir o sofrimento diante das dificuldades, proporcionando o bem-estar. Em cuidados paliativos, a comunicação, a espiritualidade, a bioética, a terminalidade e a decisão compartilhada são conceitos que devem andar sempre juntos³⁰, sendo representados pela Figura 9.

Uma adequada atenção espiritual ao paciente e seus familiares, que experienciam o processo terminal da vida, tem influência positiva e promove um suporte no enfrentamento do processo de finitude, pois tem uma relação com a força dinâmica que se move no interior do ser humano, ajuda a dar significado à história, à vida pessoal, à realidade e pode ter relação com uma força transcendental. É um recurso para compreender a si mesmo como ser humano, para lidar com o próprio sofrimento. Pode ser uma forma de transmitir esperança a quem sofre e seguir a vida consciente da finitude. Pode funcionar como um manto, um *pallium*, no qual os pacientes podem se sentir mais amados, cobertos pela capa da acolhida³¹.

O técnico de enfermagem, ao desenvolver suas atividades na assistência paliativa, estando muito próximo ao paciente e à sua família, assistindo nas 24 horas, pode ter a percepção que a razão deve dar lugar à sensibilidade, percebendo as necessidades espirituais do paciente, respeitando o que o paciente e seus familiares desejam. Sintomas espirituais têm íntima relação com sintomas psicossomáticos que envolvem a doença terminal, alcançando pacientes sob cuidados paliativos. A espiritualidade tem relação com o alívio de ansiedade, angústia, dor crônica e depressão que acometem pacientes sob cuidados paliativos³².

O tema espiritualidade também é abordado no Capítulo 13.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este capítulo objetivou desvelar a importância do técnico de enfermagem nos cuidados paliativos oncológicos no HC IV, bem como descrever as rotinas hospitalares na admissão dos pacientes, configurando a importância desses profissionais no contexto dos cuidados paliativos. Foram citadas as principais ações realizadas pelo técnico de enfermagem no momento da admissão do paciente no setor de internação hospitalar. Sendo um dos membros da equipe de saúde que está mais tempo à beira do leito, ele é capaz de constatar as necessidades dos usuários assistidos, direcionando então cada peculiaridade observada e exercendo um cuidado mais humano e individualizado, visando à qualidade da assistência prestada, sempre pautado em suas atribuições técnicas e nos deveres pertinentes a sua categoria.

REFERÊNCIAS

1. SÃO PAULO (SP). Secretaria Municipal da Saúde. **Manual para técnicos/auxiliares de enfermagem**. 2. ed. São Paulo: Secretaria Municipal da Saúde, 2016.
2. COBÔ, V. de A. *et al.* Cuidados paliativos na atenção primária à saúde: perspectiva dos profissionais de saúde. **Boletim Academia de Psicologia**, São Paulo, v. 39, n. 97, p. 225-235, 2019.
3. ARAÚJO M. S. de *et al.* Análise das normativas orientadoras da prática do técnico de enfermagem no Brasil. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 73, n. 3, 2020. DOI 10.1590/0034-7167-2018-0322.
4. ESCOLA DE ENFERMAGEM ABC MYRTHES SILVA. **Conheça os símbolos da enfermagem**. São Paulo: Escola de Enfermagem ABC Myrthes Silva, 15 out. 2020. Disponível em: <https://www.enfermagemabc.com.br/conheca-os-simbolos-da-enfermagem/>. Acesso em: 15 jun. 2022.
5. BERNARDES, J. F. *et al.* O acompanhante do paciente oncológico em fase terminal: percepção do técnico de enfermagem. **Avances en Enfermagem**, Bogotá, v. 37, n. 1, p. 27-37, jan./apr. 2019. DOI 10.15446-av.enferm.v37n171351.
6. PINTO, K. D. C.; CAVALCANTI, A. do N.; MAIA, E. M. C. Princípios, desafios e perspectivas dos cuidados paliativos no contexto da equipe multiprofissional: revisão da literatura. **Psicología, Conocimiento y Sociedad**, Montevideo, v. 10, n. 3, p. 226-257, 2020.
7. FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Departamento de Direitos Humanos, Saúde e Diversidade Cultural. Grupo de Estudo e Pesquisa em Cuidados Paliativos. **Cuidados paliativos**. Rio de Janeiro: Grupo de Estudo e Pesquisa em Cuidados Paliativos, 2017. Available from: <https://www.cuidadospaliativos-gepcp.org/single-post/2017/10/31/Cuidados-Paliativos>.
8. FLORIANI, C. A.; SCHRAMM, F. R. Cuidados paliativos: interfaces, conflitos e necessidades. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, p. 2123-2132, dez. 2008. Supl. 2. DOI 10.1590/S1413-81232008000900017.
9. MENDES, A. P. Sensibilidade dos profissionais face a necessidade de informação: experiência vivida pela família na unidade de cuidados intensivos. **Texto Contexto – Enfermagem**, Santa Catarina, v. 25, n. 1, e4470014, 2016. DOI 10.1590/0104-07072016004470014.
10. SILVA, M. C. F. C. R. da *et al.* Interação do técnico em enfermagem com a família do paciente hospitalizado. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, p. 359-365, 2018. DOI 10.1590/1982-0194201800051.
11. ARAÚJO, M. S. de *et al.* Análise das normativas orientadoras da prática do técnico de enfermagem no Brasil. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 73, n. 3, 2020. DOI 10.1590/0034-7167-2018-0322.
12. ANDRADE, F. L. M. *et al.* Dor oncológica: manejo clínico realizado por enfermeiros. **Revista de Iniciação Científica da Universidade Vale do Rio Verde**, Betim, v. 8, n. 1, p. 3-16, 2018.
13. OLIVEIRA, R. G. de; GRABOIS, V.; MENDES JÚNIOR, W. V. (org.). **Qualificação de gestores do SUS**. Rio de Janeiro: EAD Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca; Fiocruz, 2011. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/5121097/mod_resource/content/4/Texto%20concep%C3%A7%C3%B5es%20sobre%20sa%C3%BAde%20e%20doen%C3%A7a.pdf. Acesso em: 15 jun. 2022.
14. LOUREIRO, R. S. *et al.* O saber-fazer do técnico de enfermagem: uma perspectiva sobre o cuidar. **Revista de Pesquisa-Cuidado é Fundamental Online**, Rio de Janeiro, v. 13, p. 1467-1472, jan./dez. 2021. DOI 10.9789/2175-5361.rpcfo.v13.10156.
15. ONISHI, J. Y. T. *et al.* Alunos do curso técnico em enfermagem interagindo com familiares da criança hospitalizada. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 70, n. 6, p. 1137-1144, nov./dez. 2017. DOI 10.1590/0034-7167-2016-0374.
16. COSTA, J. B. F.; ASSUNÇÃO, T. A. de O. de. Cuidados paliativos, o cuidar de uma forma humanizada. **Enfermagem Brasil**, Petrolina, v. 16, n. 1, p. 62-65, 2017. DOI 10.33233/eb.v16i.905.

17. MENDONÇA, É. T. *et al.* Concepções de técnicos de enfermagem acerca da humanização da assistência em centro cirúrgico. **Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro**, v. 6, n. 3, p. 2389-2397, set./dez. 2016. DOI 10.19175/recom.v6i3.1177.
18. BARBOSA, A. N. *et al.* importância da assistência humanizada prestada pelo enfermeiro nos cuidados paliativos ao paciente oncológico terminal. **Revista Brasileira Interdisciplinar de Saúde**, Brasília, DF, v. 1, n. 4, p. 92-96, 2019.
19. ALVES, J. A. M. *et al.* Humanização e cuidados paliativos com os idosos: o papel do enfermeiro. **Cadernos Camilliani**, Cachoeiro de Itapemirim, v. 17, n. 4, p. 2484-2497, dez. 2020.
20. CASTILHO, R. K.; SILVA, V. C. S. da; PINTO, C. da S. (ed.). **Manual de cuidados paliativos**. 3. ed. São Paulo: Academia Nacional de Cuidados Paliativos; Atheneu, 2021.
21. DELFINO, C. de T. A. *et al.* Câncer infantil: atribuições da enfermagem em cuidado paliativo. **Revista Saúde e Desenvolvimento**, [s. l.], v. 12, n. 10, 2018.
22. ANACLETO, G.; CECCHETTO, F. H.; RIEGEL, F. Cuidado de enfermagem humanizado ao paciente oncológico: revisão integrativa. **Revista Enfermagem Contemporânea**, Salvador, v. 9, n. 2, p. 246-254, 2020. DOI 10.17267/2317-3378rec.v9i2.2737.
23. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Brasil). **Assistência segura**: uma reflexão teórica aplicada à prática. Brasília, DF: Anvisa, 2017. (Série Segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde). Disponível em: http://www.saude.pi.gov.br/uploads/divisa_document/file/374/Caderno_1_-_Assist%C3%Aancia_Segura_-_Uma_Reflex%C3%A3o_Te%C3%B3rica_Aplicada_%C3%A0_Pr%C3%A1tica.pdf. Acesso em: 5 jul. 2022.
24. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (Brasil). **Resolução COFEN nº 358/2009**. Brasília, DF: Cofen, 2009. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-3582009_4384.html. Acesso em: 5 jul. 2022.
25. DUARTE, I. V.; FERNANDES, K. F.; FREITAS, S.C. de. Cuidados paliativos domiciliares: considerações sobre o papel do cuidador familiar. **Revista da SBPH**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, dez. 2013.
26. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (Brasil). **Decreto nº 94.406/1987**. Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da Enfermagem, e dá outras providências. Brasília, DF: Cofen, 1987. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/decreto-n-9440687_4173.html. Acesso em: 5 jul. 2022.
27. SILVA, F. C. *et al.* A condição da espiritualidade na assistência de enfermagem oncológica. **Revista de Enfermagem UFPE On Line**, Recife, v. 12, n. 11, 2018.
28. CONGRESSO SUL BRASILEIRO DE SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM, 2.; MOSTRA INTERNACIONAL DE CUIDADO DE ENFERMAGEM NO CICLO DE VIDA, 1., 2017, Chapecó. **Processo de enfermagem como ferramenta do cuidado**. Chapecó: Editora UDESC, 2017. (Série Anais Editora UDESC). Disponível em: https://www.udesc.br/arquivos/ceo/id_cpmenu/1752/anais_2_CONSAI_1MICENF_15293511791346_1752.pdf. Acesso em: 6 jul. 2022.
29. EVANGELISTA, C. B. *et al.* Cuidados paliativos e espiritualidade: revisão integrativa da literatura. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 69, n. 3, maio/jun. 2016. DOI 10.1590/0034-7167.2016690324i.
30. CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DA BAHIA. Eventos realizados. **I Fórum de cuidados paliativos do Cremeb**. Salvador: Cremeb, nov. 2016. Disponível em: <https://www.cremeb.org.br/index.php/eventos-realizados/i-forum-de-cuidados-paliativos-do-cremeb/>. Acesso em: 6 jul. 2022.
31. FRANCO, H. C. P. *et al.* Papel da enfermagem na equipe de cuidados paliativos: a humanização no processo da morte e morrer. **Revista Gestão & Saúde**, [s. l.], v. 17, n. 2, p. 48-61, 2017.
32. SILVA, M. C. F. C. R. da *et al.* Interação do técnico em enfermagem com a família do paciente hospitalizado. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 31, n. 4, jul./ago. 2018. DOI 10.1590/1982-0194201800051.



Capítulo 8

AVALIAÇÃO DO NUTRICIONISTA

INTRODUÇÃO

A inserção do nutricionista em cuidados paliativos deve-se fundamentalmente à necessidade de desenvolver estratégias clínicas nutricionais que possam promover uma evolução favorável dos pacientes. Entre as principais atividades da abordagem nutricional, está a avaliação clínica, que comporta análise de parâmetros funcionais, laboratoriais e nutricionais, com objetivo de atenuar o déficit do estado nutricional e proporcionar conforto, diminuindo ou minimizando o sofrimento relacionado à alimentação. O auxílio no controle de sintomas, advindos dos tratamentos prévios e da própria evolução da doença, destaca-se como um dos desafios da atuação do nutricionista, tendo em vista que interfere diretamente na qualidade de vida do paciente¹.

O nutricionista atua ainda como mediador em situações que envolvem a suspensão ou a readaptação da alimentação, pois precisa considerar não somente os aspectos fisiopatológicos e nutricionais, mas também reconhecer toda a força sociocultural e emocional da alimentação e a sua representação simbólica. Nesse contexto, o profissional deve subsidiar sua conduta sob a perspectiva bioética, considerando, entre outros, a autonomia e a dignidade humana, respeitando os melhores interesses ou os valores do paciente.

AVALIAÇÕES CLÍNICA E PROGNÓSTICA E ASPECTOS BIOÉTICOS

Os aspectos a serem avaliados na consulta inicial com o nutricionista devem abordar questões clínicas, fatores prognósticos e aspectos bioéticos centrados no paciente, e não na doença isoladamente, conforme os princípios norteadores dos cuidados paliativos. Deve-se compreender quem é o indivíduo mediante o contexto da doença e sua evolução, tratamentos prévios, necessidades atuais, valores e expectativas quanto ao plano de cuidados proposto².

AVALIAÇÃO CLÍNICA

Compreende desde o histórico prévio da doença até o estado clínico no qual o paciente se encontra.

História clínica

Inicialmente, o nutricionista deve obter informações sobre a história pregressa da doença, tais como sítio tumoral, estágio da doença, presença e sítios de metástases, tratamentos prévios e presença de comorbidades, bem como considerar o nível de consciência, o padrão respiratório e o estado clínico atual³.

Sintomas de impacto nutricional

Os sintomas de impacto nutricional são definidos como aqueles susceptíveis de apresentar implicações desfavoráveis para a saúde do indivíduo e aumentar o risco de déficits nutricionais⁴. Os principais sintomas a serem investigados que influenciam na ingestão alimentar incluem anorexia, saciedade precoce, náuseas, vômitos, xerostomia, mucosite, disfagia, constipação e diarreia⁵. O caráter multidimensional dos sintomas requer avaliação inicial e monitoramento da sua evolução, que engloba a frequência e a intensidade, a variação ao longo do tempo, a identificação de fatores desencadeantes de agravamento ou de alívio, a presença de outros sintomas associados e o seu impacto nas atividades da vida diária.

AVALIAÇÃO PROGNÓSTICA

Fatores prognósticos são características do paciente ou da doença que podem ser utilizados para estimar ou prever o desfecho considerado⁶. Entre os principais fatores a serem conhecidos pelo nutricionista, além dos clínicos e nutricionais, destacam-se a capacidade funcional e os parâmetros laboratoriais.

Capacidade funcional

Capacidade funcional é a habilidade de cuidar de si próprio de forma independente e reflete o impacto da doença no indivíduo, sendo reconhecida como um marcador prognóstico, no qual a menor funcionalidade está associada à sobrevida reduzida^{7,8}. Existem ferramentas validadas para essa avaliação nos cuidados paliativos, abordadas no Capítulo 3.

Parâmetros laboratoriais

As alterações nas concentrações de hemoglobina, leucócitos, linfócitos, albumina e PCR^{7,9} e nos índices derivados desses parâmetros podem refletir o estado nutricional, clínico e prognóstico do paciente. Entre esses, destaca-se o instrumento que utiliza as combinações de PCR e albumina denominado EPGm¹⁰ e as relações PCR/albumina (RPA) e neutrófilo/linfócito (RNL)¹¹. Na prática clínica, ressalta-se a necessidade de pontos de corte próprios para a população estudada para melhor interpretação desses marcadores. Recente estudo brasileiro com pacientes com câncer terminal em cuidados paliativos exclusivos demonstrou que valores de RNL maiores ou iguais a seis e de RPA maiores ou iguais a dois foram capazes de prever o óbito em 90 dias¹¹.

ASPECTOS BIOÉTICOS

A intervenção nutricional deve ser compartilhada com a equipe multidisciplinar, paciente e familiares, respeitando as necessidades nutricionais, os desejos e as preferências alimentares dos pacientes e assegurando a comunicação efetiva e objetiva. É recomendável o delineamento das diretrizes antecipadas dos cuidados, principalmente quando o paciente não é capaz de

tomar decisões por si. Deve-se atrelar as metas do plano de cuidados, incluindo as intervenções nutricionais, aos desejos de suporte à vida, sempre com foco na qualidade de vida^{12,13}. Dessa forma, princípios bioéticos, como a autonomia, a beneficência, a não maleficência, a justiça e a proteção, auxiliam na análise de conflitos e fundamentam o processo de tomada de decisão em cuidados paliativos e nutrição¹⁴.

TRIAGEM E AVALIAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL

As mudanças do estado nutricional nos pacientes em cuidados paliativos possuem caráter multifatorial, e, independentemente da terminologia — desnutrição associada à doença, caquexia do câncer ou sarcopenia —, estão associadas à redução da qualidade de vida, a aspectos psicológicos e a um pior prognóstico. A avaliação nutricional inicial deve contemplar o maior número possível de informações para favorecer uma melhor compreensão e uma maior precisão do diagnóstico nutricional. Deve-se considerar, além dos fatores anteriormente mencionados, a anamnese alimentar detalhada (hábitos alimentares, frequência, consistência e volume das refeições, presença de alergias e intolerâncias alimentares, entre outros), a avaliação de medidas antropométricas (peso corporal, estatura, dobras e perímetros corporais, e os índices derivados) e, quando possível, as medidas de função ou desempenho físico, além da composição corporal¹⁵⁻¹⁹. A primeira etapa da avaliação é a triagem nutricional, que tem o objetivo de identificar pacientes com risco nutricional, ou seja, detectar precocemente aqueles mais suscetíveis a desenvolver complicações relacionadas ao seu estado nutricional. Nesse sentido, deve ser um procedimento simples, de fácil execução, rápido e reprodutível^{20,21}. A Avaliação Subjetiva Global Produzida pelo Paciente versão reduzida (ASG-PPPvr) é um instrumento para triagem nutricional composto por questões sobre alterações do peso corporal, ingestão alimentar, presença de sintomas de impacto nutricional e capacidade de realização das atividades de vida diária. O risco nutricional é determinado pela pontuação numérica total, baseado no somatório dos itens avaliados (varia de zero a 36 pontos), e, quanto maior a pontuação, maior o risco nutricional²² (Figura 10). O escore total maior ou igual a 15 foi validado para prever a mortalidade em 90 dias em pacientes em cuidados paliativos oncológicos²³.

Além da triagem nutricional, são recomendados métodos de avaliação de caquexia, condição altamente prevalente em pacientes em cuidados paliativos, para elaborar o diagnóstico nutricional. Para tal finalidade, sugerem-se os modelos propostos por Viganò²⁴ (Figura 10) ou Wiegert²⁵ (Quadro 16) previamente validados para essa população.

Cabe destacar que, nos pacientes com expectativa de vida de poucos dias ou horas, a avaliação nutricional restringe-se à anamnese nutricional e à avaliação clínica com o objetivo de identificar e oferecer alívio dos sintomas, além da promoção de conforto no processo de morte.

Além da sistematização da anamnese nutricional, para que o nutricionista estabeleça metas e critérios para o seu atendimento, faz-se necessário ter protocolos técnicos de serviço, segundo

os níveis de assistência nutricional fixados na legislação vigente²⁶. Assim, após a realização da anamnese nutricional inicial, a reavaliação ocorrerá conforme rotina estabelecida e, sempre que houver necessidade, o plano de cuidado nutricional será redefinido. Caso o paciente se encontre em acompanhamento ambulatorial, deve ser monitorado com periodicidade suficiente para intervenção precoce, minimizando o risco nutricional.

Quadro 16 - Avaliação Subjetiva Global Produzida pelo Paciente versão reduzida

Avaliação Subjetiva Global Produzida Pelo Paciente versão reduzida																																																																
<p>1. Peso</p> <p>Resumo do peso atual e recente:</p> <p>Eu atualmente peso aproximadamente _____kg</p> <p>Eu tenho aproximadamente 1 metro e _____cm</p> <p>Há 1 mês, eu costumava pesar _____kg</p> <p>Há 6 meses, costumava pesar _____kg</p> <p>Durante as <u>duas últimas semanas</u> o meu peso:</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin: 10px 0;"> <thead> <tr> <th></th> <th></th> <th style="text-align: center;">Pontuação</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">(0)</td> <td>Diminuiu</td> <td style="text-align: center;">1</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">(1)</td> <td>Ficou igual</td> <td style="text-align: center;">0</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">(2)</td> <td>Aumentou</td> <td style="text-align: center;">0</td> </tr> </tbody> </table> <p>Se o peso diminuir, continuar</p> <p>Use o peso de 1 mês. Se não tiver, use o de 6 meses</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin: 10px 0;"> <thead> <tr> <th>PP em 1 mês</th> <th>Pontuação</th> <th>PP em 6 meses</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>10% ou mais</td> <td style="text-align: center;">4</td> <td>20% ou mais</td> </tr> <tr> <td>5 - 9,9%</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td>10 - 19,9%</td> </tr> <tr> <td>3 - 4,9%</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td>6 - 9,9%</td> </tr> <tr> <td>2 - 2,9%</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td>2 - 5,9%</td> </tr> <tr> <td>0 - 1,9%</td> <td style="text-align: center;">0</td> <td>0 - 1,9%</td> </tr> </tbody> </table> <p>Cálculo: PP 1 mês (%) = _____ PP 6 meses (%) = _____</p> <p style="text-align: center;">CAIXA 1</p> <div style="text-align: center; margin: 5px 0;"> <input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/> </div> <p style="text-align: center;">Somar (máximo 5)</p>			Pontuação	(0)	Diminuiu	1	(1)	Ficou igual	0	(2)	Aumentou	0	PP em 1 mês	Pontuação	PP em 6 meses	10% ou mais	4	20% ou mais	5 - 9,9%	3	10 - 19,9%	3 - 4,9%	2	6 - 9,9%	2 - 2,9%	1	2 - 5,9%	0 - 1,9%	0	0 - 1,9%	<p>2. Ingestão alimentar</p> <p>Comparada com minha alimentação habitual, <u>no último mês</u>, eu tenho comido:</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin: 10px 0;"> <thead> <tr> <th></th> <th></th> <th style="text-align: center;">Pontuação</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">(0)</td> <td>A mesma coisa</td> <td style="text-align: center;">0</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">(1)</td> <td>Mais que o habitual</td> <td style="text-align: center;">0</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">(2)</td> <td>Menos que o habitual</td> <td style="text-align: center;">1</td> </tr> </tbody> </table> <p><u>Atualmente</u>, eu estou comendo:</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin: 10px 0;"> <thead> <tr> <th></th> <th></th> <th style="text-align: center;">Pontuação</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">(0)</td> <td>A mesma comida (sólida), em menor quantidade que o habitual</td> <td style="text-align: center;">1</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">(1)</td> <td>A mesma comida (sólida), em pouca quantidade</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">(2)</td> <td>Apenas alimentos líquidos</td> <td style="text-align: center;">3</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">(3)</td> <td>Apenas suplementos nutricionais</td> <td style="text-align: center;">3</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">(4)</td> <td>Muito pouca quantidade de qualquer alimento</td> <td style="text-align: center;">4</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">(5)</td> <td>Apenas alimentação por sonda ou veia</td> <td style="text-align: center;">0</td> </tr> </tbody> </table> <p style="text-align: center; margin: 20px 0;">CAIXA 2</p> <div style="text-align: center; margin: 5px 0;"> <input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/> </div> <p style="text-align: center;">Indicar valor mais alto (máximo 4)</p>			Pontuação	(0)	A mesma coisa	0	(1)	Mais que o habitual	0	(2)	Menos que o habitual	1			Pontuação	(0)	A mesma comida (sólida), em menor quantidade que o habitual	1	(1)	A mesma comida (sólida), em pouca quantidade	2	(2)	Apenas alimentos líquidos	3	(3)	Apenas suplementos nutricionais	3	(4)	Muito pouca quantidade de qualquer alimento	4	(5)	Apenas alimentação por sonda ou veia	0
		Pontuação																																																														
(0)	Diminuiu	1																																																														
(1)	Ficou igual	0																																																														
(2)	Aumentou	0																																																														
PP em 1 mês	Pontuação	PP em 6 meses																																																														
10% ou mais	4	20% ou mais																																																														
5 - 9,9%	3	10 - 19,9%																																																														
3 - 4,9%	2	6 - 9,9%																																																														
2 - 2,9%	1	2 - 5,9%																																																														
0 - 1,9%	0	0 - 1,9%																																																														
		Pontuação																																																														
(0)	A mesma coisa	0																																																														
(1)	Mais que o habitual	0																																																														
(2)	Menos que o habitual	1																																																														
		Pontuação																																																														
(0)	A mesma comida (sólida), em menor quantidade que o habitual	1																																																														
(1)	A mesma comida (sólida), em pouca quantidade	2																																																														
(2)	Apenas alimentos líquidos	3																																																														
(3)	Apenas suplementos nutricionais	3																																																														
(4)	Muito pouca quantidade de qualquer alimento	4																																																														
(5)	Apenas alimentação por sonda ou veia	0																																																														

Continua

Continuação

3. Sintomas	4. Atividades e capacidade funcional																																																																		
<p>Durante as duas últimas semanas, eu tenho tido os seguintes problemas que me impedem de comer o suficiente:</p> <p>Marcar todos que estiver sentindo</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 10px;"> <thead> <tr> <th style="width: 10%;"></th> <th style="width: 80%;"></th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Pontuação</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td style="text-align: center;">()</td><td>Sem problemas para me alimentar</td><td style="text-align: center;">0</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">()</td><td>Sem apetite, apenas sem vontade de comer</td><td style="text-align: center;">3</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">()</td><td>Náuseas (enjoo)</td><td style="text-align: center;">1</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">()</td><td>Vômitos</td><td style="text-align: center;">3</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">()</td><td>Obstipação (intestino preso)</td><td style="text-align: center;">1</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">()</td><td>Diarreia</td><td style="text-align: center;">3</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">()</td><td>Feridas na boca</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">()</td><td>Boca seca</td><td style="text-align: center;">1</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">()</td><td>Coisas têm gosto estranho ou não tem gosto</td><td style="text-align: center;">1</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">()</td><td>Os cheiros me incomodam</td><td style="text-align: center;">1</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">()</td><td>Problemas para engolir</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">()</td><td>Me sinto rapidamente satisfeito</td><td style="text-align: center;">1</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">()</td><td>Dor. Onde? _____</td><td style="text-align: center;">3</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">()</td><td>Cansaço (Fadiga)</td><td style="text-align: center;">1</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">()</td><td>Outros: _____ Ex.: depressão, problemas dentários ou financeiros, etc.</td><td style="text-align: center;">1</td></tr> </tbody> </table> <div style="text-align: center; margin-top: 20px;"> <p>CAIXA 3</p> <div style="border: 1px solid black; width: 60px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> <p>Somar (máximo 24)</p> </div>			Pontuação	()	Sem problemas para me alimentar	0	()	Sem apetite, apenas sem vontade de comer	3	()	Náuseas (enjoo)	1	()	Vômitos	3	()	Obstipação (intestino preso)	1	()	Diarreia	3	()	Feridas na boca	2	()	Boca seca	1	()	Coisas têm gosto estranho ou não tem gosto	1	()	Os cheiros me incomodam	1	()	Problemas para engolir	2	()	Me sinto rapidamente satisfeito	1	()	Dor. Onde? _____	3	()	Cansaço (Fadiga)	1	()	Outros: _____ Ex.: depressão, problemas dentários ou financeiros, etc.	1	<p>No último mês, de um modo geral, eu consideraria a minha atividade (função) como:</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 10px;"> <thead> <tr> <th style="width: 5%;"></th> <th style="width: 85%;"></th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Pontuação</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td style="text-align: center;">()</td><td>Normal, sem nenhuma limitação</td><td style="text-align: center;">0</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">(1)</td><td>Não estou totalmente normal, mas sou capaz manter quase todas as atividades normais</td><td style="text-align: center;">1</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">(2)</td><td>Sem disposição para a maioria das coisas, mas ficando na cama ou na cadeira menos da metade do dia</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">(3)</td><td>Capaz de fazer pouca atividade e passando a maior parte do dia na cadeira ou na cama</td><td style="text-align: center;">3</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">(4)</td><td>Praticamente acamado, raramente fora da cama</td><td style="text-align: center;">3</td></tr> </tbody> </table> <div style="text-align: center; margin-top: 20px;"> <p>CAIXA 4</p> <div style="border: 1px solid black; width: 60px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> <p>Indicar valor mais alto (máximo 3)</p> </div>			Pontuação	()	Normal, sem nenhuma limitação	0	(1)	Não estou totalmente normal, mas sou capaz manter quase todas as atividades normais	1	(2)	Sem disposição para a maioria das coisas, mas ficando na cama ou na cadeira menos da metade do dia	2	(3)	Capaz de fazer pouca atividade e passando a maior parte do dia na cadeira ou na cama	3	(4)	Praticamente acamado, raramente fora da cama	3
		Pontuação																																																																	
()	Sem problemas para me alimentar	0																																																																	
()	Sem apetite, apenas sem vontade de comer	3																																																																	
()	Náuseas (enjoo)	1																																																																	
()	Vômitos	3																																																																	
()	Obstipação (intestino preso)	1																																																																	
()	Diarreia	3																																																																	
()	Feridas na boca	2																																																																	
()	Boca seca	1																																																																	
()	Coisas têm gosto estranho ou não tem gosto	1																																																																	
()	Os cheiros me incomodam	1																																																																	
()	Problemas para engolir	2																																																																	
()	Me sinto rapidamente satisfeito	1																																																																	
()	Dor. Onde? _____	3																																																																	
()	Cansaço (Fadiga)	1																																																																	
()	Outros: _____ Ex.: depressão, problemas dentários ou financeiros, etc.	1																																																																	
		Pontuação																																																																	
()	Normal, sem nenhuma limitação	0																																																																	
(1)	Não estou totalmente normal, mas sou capaz manter quase todas as atividades normais	1																																																																	
(2)	Sem disposição para a maioria das coisas, mas ficando na cama ou na cadeira menos da metade do dia	2																																																																	
(3)	Capaz de fazer pouca atividade e passando a maior parte do dia na cadeira ou na cama	3																																																																	
(4)	Praticamente acamado, raramente fora da cama	3																																																																	
<p>PONTUAÇÃO FINAL: _____ (somar os pontos das quatro caixas)</p>																																																																			

Fonte: FD Ottery®²⁷.

Figura 10 - Critérios e pontos de corte para a classificação dos estágios da caquexia

Critérios	Parâmetros e respectivos pontos de corte	
Alterações laboratoriais	A	PCR > 10 mg/l ou Albumina < 3,2 g/dl ou Leucócitos > 11.000 /l ou Albumina < 2,5 g/dl F
Baixa ingestão alimentar	B	Pontuação box 2 (ASG-PPPvr) ≥ 1 ou ingestão alimentar de 50 a 75% das necessidades estimadas por 2 semanas ou mais
Perda de peso moderada	C	$\leq 5\%$ nos últimos 6 meses
Perda de peso grave	D	$> 5\%$ nos últimos 6 meses
Baixa funcionalidade	E	Pontuação box 4 (ASG-PPPvr) > 2 ou KPS $\leq 40\%$

Pré-caquexia	Caquexia	Caquexia refratária

Fonte: adaptado de Vigano et al.²⁴.

Legenda: ASG-PPPvr – Avaliação Subjetiva Global Produzida pelo Paciente versão reduzida; PCR – proteína C reativa; KPS – Karnofsky Performance Status.

Quadro 17 - Classificação da caquexia do câncer para pacientes com doença avançada ou metastática

	IMC > 26,4 kg/m ²		IMC 21 - 26,4 kg/m ²		IMC < 21 kg/m ²
	AMB (cm ²)		AMB (cm ²)		
	≥ 38,0 (♂) ≥ 35,5 (♀)	< 38,0 (♂) < 35,5 (♀)	≥ 38,0 (♂) ≥ 35,5 (♀)	< 38,0 (♂) < 35,5 (♀)	
% PP < 15	PRÉ- CAQUEXIA	CAQUEXIA	CAQUEXIA		CAQUEXIA
%PP ≥ 15	CAQUEXIA		CAQUEXIA	CAQUEXIA REFRACTÁRIA	CAQUEXIA REFRACTÁRIA

Fonte: Wiegert et al.²⁵.

Nota: IMC – índice de massa corporal, AMB – área muscular do braço corrigida, PP – perda de peso.

INTERVENÇÕES INICIAIS

As intervenções nutricionais incluem o aconselhamento nutricional e/ou a oferta de suplementos nutricionais via oral, nutrição enteral ou parenteral²⁸. As adequações nos planos alimentar e nutricional visam à promoção da aceitação alimentar adequada, ao auxílio no controle dos sintomas e à manutenção ou recuperação do estado nutricional, entre outros. Devem-se considerar as terapias nutricionais oral e enteral nos pacientes em risco nutricional e que não estejam na fase final de vida³, conforme protocolos institucionais, além de diretrizes nacionais e internacionais^{16,19}.

O aconselhamento nutricional é a principal intervenção utilizada para a abordagem nutricional de pacientes em cuidados paliativos e abrange adequações dietoterápicas tanto quantitativas quanto qualitativas, sempre levando em consideração a condição clínica do paciente, os sintomas de impacto nutricional (Quadro 18), os hábitos alimentares e o estilo de vida¹⁶. A alimentação por meio da via oral deve ser preferida em relação à via enteral ou parenteral¹⁸. Para dietas orais, devem-se avaliar consistência, características (laxativa, hipolipídica, constipante, própria para nefropatia, para diabetes, pobre em resíduos, hipossódica, entre outras), volume, fracionamento e utilização de suplementos nutricionais via oral (quando apropriado). Para suplementação nutricional oral, avaliar características dos produtos disponíveis, indicação, frequência de uso, volume, oferta calórica e proteica, fibras, adição de sacarose ou não, além da presença de nutrientes imunomoduladores.

Quadro 18 - Aconselhamento nutricional para os principais sintomas de impacto nutricional

Sintomas de impacto nutricional	Orientações específicas para cada sintoma	Orientações gerais
Anorexia	Reforçar as primeiras refeições do dia Evitar a ingestão de líquidos em excesso durante as refeições Evitar repetições frequentes dos alimentos	Permitir que o paciente escolha os alimentos de sua preferência e melhor tolerados
Saciedade precoce	Modificar as fibras da dieta por meio de cocção e/ou trituração Não ingerir líquidos durante as refeições e evitar a ingestão de bebidas gasificadas Preferir carnes magras, cozidas, picadas, desfiadas ou moídas em pequenas porções Evitar alimentos e preparações ricos em gordura	Comer devagar, fazendo refeições frequentes e em pequeno volume
Náuseas e vômitos	Evitar alimentos muito condimentados, gordurosos e doces Preferir bebidas e alimentos frios ou gelados e alimentos secos, como torradas e biscoitos Evitar a ingestão de líquidos durante as refeições Consumir alimentos bem tolerados e de odor neutro Consumir algo antes de ter a sensação de fome, uma vez que esta pode exacerbar as náuseas	Adequar a consistência dos alimentos conforme aceitação do paciente Fazer as refeições em ambiente tranquilo para que haja boa mastigação dos alimentos
Xerostomia	Preferir alimentos úmidos, macios, com molhos, em forma de purê, caldos e sorvete Evitar alimentos secos, duros, difíceis de deglutir Preferir alimentos frios ou gelados, chupar balas de frutas e picolés de frutas cítricas Incentivar a ingestão de líquidos (cerca de 2 a 3 l por dia)	Conscientizar o paciente da necessidade de se alimentar
Mucosite	Preferir alimentos de consistência pastosa ou semilíquida, como molhos Excluir da dieta alimentos com propriedades irritantes da mucosa, como sal ou especiarias, temperos apimentados e ácidos, excesso de cafeína, alimentos do tipo chips Evitar alimentos em temperaturas extremas Beber líquidos com canudo, pois facilita a deglutição	Identificar crenças negativas que possam causar ansiedade e estresse
Disfagia	Evitar alimentos em temperaturas extremas Excluir da dieta alimentos com propriedades irritantes da mucosa Acrescentar espessantes, como amido de milho, ou suplementos modulares de carboidratos aos alimentos líquidos para obter consistência orientada pela fonoaudióloga	Manter postura ereta durante as refeições e nos 30 minutos seguintes, para reduzir o risco de aspiração
Constipação	Aumentar a ingestão de líquidos com água, chás, água de coco e sucos naturais Dar preferência a líquidos gelados Evitar frutas com propriedades constipantes (goiaba, banana prata, caju, maçã, limão) Preferir frutas com propriedades laxantes (mamão, ameixa, laranja, uva, manga, abacate) Incluir, na alimentação, legumes, hortaliças e vegetais crus	Evitar distrações no ambiente e conversas durante as refeições
Diarreia	Evitar alimentos ricos em lactose (leite e derivados, preparações com leite) Aumentar a ingestão de líquidos para um mínimo de 3 l por dia Retirar da dieta alimentos com propriedades irritantes e estimulantes do peristaltismo Ingerir alimentos ricos em fibras solúveis Evitar alimentos que causem flatulência	

Fonte: adaptado de Calixto-Lima *et al.*²⁹; Horie *et al.*¹⁸; Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva^{3,30}.

TERAPIA NUTRICIONAL

A nutrição enteral é indicada para os pacientes com inviabilidade de ingestão oral ou quando sua capacidade de ingestão é inferior a 60% das necessidades nutricionais estimadas durante duas semanas. A utilização da nutrição enteral tem o objetivo de assegurar uma oferta calórico-proteica adequada, com vistas a minimizar os déficits nutricionais e os distúrbios metabólicos, manter a capacidade funcional e melhorar a qualidade de vida¹⁶. Para nutrição enteral, deve-se verificar a composição da fórmula escolhida, o número de etapas, o volume diário, a velocidade de infusão, as ofertas calórica, proteica e hídrica e a adequação calórico-proteica de acordo com a condição clínica e a avaliação nutricional do paciente.

A nutrição parenteral não é fornecida rotineiramente para pacientes com sobrevida reduzida, uma vez que os aspectos práticos e as complicações dessa via de suporte nutricional revelam-se obstáculos significativos na prestação dos cuidados nessa comunidade.

Aos pacientes em cuidados ao fim de vida, recomenda-se que o tratamento seja baseado no conforto. É improvável que a hidratação e a nutrição parenteral forneçam benefícios para a maioria dos pacientes. No entanto, em estados confusionais agudos, o uso de uma hidratação curta e limitada pode ser indicada para descartar a desidratação como causa precipitante²⁸.

Sugere-se que, durante o hipometabolismo terminal, a oferta das necessidades estimadas de energia e substratos pode ser excessiva e induzir ao estresse metabólico. Ainda assim, familiares e cuidadores podem solicitar nutrição enteral, parenteral ou hidratação para pacientes com expectativa de vida muito reduzida²⁸. É relevante orientar que o objetivo da nutrição, nesse momento, é o conforto, portanto deve-se explicar as vantagens e as desvantagens do tratamento nutricional continuado a pacientes, familiares e equipe de atendimento³¹. A fome não é comum em pacientes em cuidados ao fim de vida, e quantidades mínimas de alimentos desejados podem fornecer conforto apropriado³².

As complicações e o monitoramento da nutrição enteral ou parenteral não diferem entre pacientes em cuidados paliativos daqueles em outras fases do tratamento e da doença. Os eventos adversos associados à nutrição enteral incluem dor e sangramento no local de inserção do tubo, obstrução de sonda, diarreia, constipação, aspiração de vias aéreas superiores, deficiências eletrolíticas, hiperglicemia, síndrome de realimentação e síndrome de *dumping*. As complicações da nutrição parenteral envolvem sepse, hipoglicemia, hiperglicemia, disfunção hepática, anormalidades eletrolíticas, sobrecarga de volume e colecistite¹⁸. O monitoramento da terapia nutricional pode ser realizado por meio de indicadores de qualidade (instrumentos utilizados com o objetivo de otimizar a assistência nutricional), que têm a finalidade de identificar possibilidades de melhorias e evitar complicações, com direcionamento à manutenção da qualidade de vida e ao conforto do paciente³³.

RECOMENDAÇÕES NUTRICIONAIS

O gasto energético total nos pacientes com câncer em cuidados paliativos pode ser estimado por meio de fórmulas preditivas, dependendo da capacidade funcional do indivíduo²⁸. Assim, deve-se considerar a mesma recomendação para os pacientes com câncer adultos e idosos em tratamento antineoplásico, mas, na impossibilidade de alcançar a meta estabelecida, adequar a oferta calórica e proteica de acordo com a tolerância do paciente¹⁹. As recomendações de oferta calórica e proteica para pacientes com câncer em cuidados paliativos são, respectivamente, de 25 a 30 kcal/kg de peso ao dia e de 1,0 a 2,0 g/kg de peso ao dia¹⁹.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A avaliação clínica nutricional do paciente em cuidados paliativos é um processo contínuo, que necessita de um olhar multidimensional para o estabelecimento de um plano de cuidados individualizado. Nesse contexto, o nutricionista formula uma conduta fundamentada nos indicadores clínicos e nutricionais, no prognóstico, nos aspectos humanos e bioéticos, a fim de traçar estratégias que proporcionem ao paciente uma assistência nutricional integral e uma qualidade de vida em consonância com os princípios norteadores dos cuidados paliativos.

REFERÊNCIAS

1. OLIVEIRA, L. C. de *et al.* Quality of life and its relation with nutritional status in patients with incurable cancer in palliative care. **Supportive Care in Cancer**, Berlin, v. 28, n. 10, p. 4971-4978, Oct. 2020. DOI 10.1007/s00520-020-05339-7.
2. WIEGERT, E. V. M.; OLIVEIRA, L. C.; ALENCASTRO, I. M. Nutrição. *In*: CASTILHO, R. K.; SILVA, V. C. S. da; PINTO, C. da S. (ed.). **Manual de cuidados paliativos**. 3. ed. São Paulo: Academia Nacional de Cuidados Paliativos; Atheneu, 2021. p. 180-183.
3. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **Consenso nacional de nutrição oncológica**. 2. ed. rev. ampl. atual. Rio de Janeiro: INCA, 2015. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/consenso-nacional-de-nutricao-oncologica-2-edicao-2015.pdf>. Acesso em: 6 jul. 2022.
4. VIANA, E. C. R. M. *et al.* Malnutrition and nutrition impact symptoms (NIS) in surgical patients with cancer. **PLoS One**, San Francisco, v. 15, n. 12, Dec. 2020. DOI 10.1371/journal.pone.0241305. eCollection 2020.
5. WIEGERT, E. V. M. *et al.* Performance of Patient-Generated Subjective Global Assessment (PG-SGA) in patients with advanced cancer in palliative care. **Nutrition in Clinical Practice**, [Hoboken], v. 32, n. 5, p. 675-681, Oct. 2017. DOI 10.1177/0884533617725071.
6. HUI, D. *et al.* Prognostication in advanced cancer: update and directions for future research. **Supportive Care in Cancer**, Berlin, v. 27, n. 6, p. 1973-1984, June 2019. DOI 10.1007/s00520-019-04727-y.
7. SHKODRA, M. *et al.* Prognostic indicators of survival. *In*: BRUERA, E. *et al.* (ed.). **Textbook of palliative medicine and supportive care**. 3rd ed. Boca Raton: CRC Press, 2021. Cap. 74, p. 705-716.
8. ROSA, K. S. D. C. *et al.* Predictive factors of death on hospitalization in patients with advanced cancer in palliative care. **The American Journal of Hospice & Palliative Care**, Thousand Oaks, v. 38, n. 10, p. 1189-1194, Oct. 2021. DOI 10.1177/1049909120976398.
9. CORDEIRO, L. A. F. *et al.* Systemic inflammation and nutritional status in patients on palliative cancer care: a systematic review of observational studies. **The American Journal of Hospice & Palliative Care**, Thousand Oaks, v. 27, n.7, p. 565-571, July 2020. DOI 10.1177/1049909119886833.
10. CUNHA, M. S. *et al.* Relationship of nutritional status and inflammation with survival in patients with advanced cancer in palliative care. **Nutrition**, Tarrytown, v. 51-52, p. 98-103, July/Aug. 2018. DOI 10.1016/j.nut.2017.12.004.
11. CUNHA, G. da D. C. *et al.* Clinical relevance and prognostic value of inflammatory biomarkers: a prospective study in terminal cancer patients receiving palliative care. **Journal of Pain and Symptom Management**, New York, v. 62, n. 5, p. 978-986, Nov. 2021. DOI 10.1016/j.jpainsymman.2021.04.009.
12. DRUML, C. *et al.* ESPEN guideline on ethical aspects of artificial nutrition and hydration. **Clinical Nutrition**, Kidlington, v. 35, n. 3, p. 545-556, June 2016. DOI 10.1016/j.clnu.2016.02.006.
13. ARENDS, J. *et al.* ESPEN guidelines on nutrition in cancer patients. **Clinical Nutrition**, Kidlington, v. 36, n. 1, p. 11-48, 2017.
14. SCHWARTZ, D. B.; PAVIC-ZABINSKI, K.; TULL, K. Role of the Nutrition Support Clinician on a Hospital Bioethics Committee. **Nutrition in Clinical Practice**, [Hoboken], v. 34, n. 6, p. 869-880, Dec. 2019. DOI 10.1002/ncp.10378.

15. HUANG, H. L. *et al.* Shared decision making with oncologists and palliative care specialists effectively increases the documentation of the preferences for do not resuscitate and artificial nutrition and hydration in patients with advanced cancer: a model testing study. **BMC Palliative Care**, London, v. 19, n. 1, p. 17, Feb. 2020. DOI 10.1186/s12904-020-0521-7.
16. ARENDS, J. *et al.* ESPEN expert group recommendations for action against cancer-related malnutrition. **Clinical Nutrition**, Kidlington, v. 36, n. 5, p. 1187-1196, 2017. DOI 10.1016/j.clnu.2017.06.017.
17. CEDERHOLM, T. *et al.* ESPEN guidelines on definitions and terminology of clinical nutrition. **Clinical Nutrition**, Kidlington, v. 36, n. 1, p. 49-64, Feb. 2017. DOI 10.1016/j.clnu.2016.09.004.
18. CEDERHOLM, T. *et al.* GLIM criteria for the diagnosis of malnutrition - a consensus report from the global clinical nutrition community. **Clinical Nutrition**, Kidlington, v. 38, n. 1, p. 1-9, Feb. 2019. DOI 10.1016/j.clnu.2018.08.002.
19. HORIE, L. M. *et al.* Diretriz BRASPEN de terapia nutricional no paciente com câncer. **BRASPEN Journal**, São Paulo, v. 34, p. 2-32, 2019. Supl. 1.
20. MAUREEN, B. H.; DAVID, A. Review of American Society for Parenteral and Enteral Nutrition (ASPEN) clinical guidelines for nutrition support in cancer patients in cancer patients: nutrition screening and assessment. **Nutrition in Clinical Practice**, [Hoboken], v. 23, n. 2, p. 182-188, Apr./May 2008. DOI 10.1177/0884533608314530.
21. SOCIEDADE BRASILEIRA DE NUTRIÇÃO PARENTERAL E ENTERAL; ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NUTROLOGIA. **Triagem e avaliação do estado nutricional**. [S. l.]: Associação Médica Brasileira; Conselho Federal de Medicina, 2011. Projeto Diretrizes. Disponível em: https://amb.org.br/files/_BibliotecaAntiga/triagem_e_avaliacao_do_estado_nutricional.pdf. Acesso em: 7 set. 2022.
22. JAGER-WITTENAAR, H.; OTTERY, F. D. Assessing nutritional status in cancer: role of the patient-generated subjective global assessment. **Current Opinion in Clinical Nutrition & Metabolic Care**, London, v. 20, n. 5, p. 322-329, Sep. 2017. DOI 10.1097/MCO.0000000000000389.
23. CUNHA, M. S. *et al.* Validation of the scored patient-generated subjective global assessment short form as a prognostic tool for patients with incurable cancer. **Journal of Parenteral and Enteral Nutrition**, [Hoboken], v. 46, n. 4, p. 915-922, May 2022. DOI 10.1002/jpen.2251.
24. VIGANO, A. A. L. *et al.* Use of routinely available clinical, nutritional, and functional criteria to classify cachexia in advanced cancer patients. **Clinical Nutrition**, Kidlington, v. 36, n. 5, p. 1378-1390, Oct. 2017. DOI 10.1016/j.clnu.2016.09.008.
25. WIEGERT, E. V. M. *et al.* New cancer cachexia staging system for use in clinical practice. **Nutrition**, Tarrytown, v. 90, 11271, Oct. 2021. DOI 10.1016/j.nut.2021.111271.
26. CONSELHO FEDERAL DE NUTRICIONISTAS (Brasil). Resolução CFN nº 600, de 25 de fevereiro de 2018. Dispõe sobre a definição das áreas de atuação do nutricionista e suas atribuições, indica parâmetros numéricos mínimos de referência, por área de atuação, para a efetividade dos serviços prestados à sociedade e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, n. 76, 20 abr. 2018. seção 1, página 157. Retificada no n. 98, p. 28, 23 maio 2018.
27. PT-GLOBAL. **FD Ottery**. Ottery & Associates, Inc., 2018. Disponível em: www.pt-global.org. Acesso em: 11 jul. 2022.
28. MUSCARITOLI, M. *et al.* ESPEN practical guideline: Clinical Nutrition in cancer. **Clinical Nutrition**, Kidlington, v. 40, n. 5, p. 2898-2913, May 2021. DOI 10.1016/j.clnu.2021.02.005.

29. CALIXTO-LIMA, L. *et al.* Dietetic management in gastrointestinal complications from antimalignant chemotherapy. **Nutrición Hospitalaria**, Madrid, v. 27, n. 1, p. 65-75, Jan./Feb. 2012. DOI 10.1590/S0212-16112012000100008.
30. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **Consenso nacional de nutrição oncológica**. 2 ed. rev. ampl. e atual. Rio de Janeiro: INCA, 2016. v. 2. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/consenso-nutricao-oncologica-vol-ii-2-ed-2016.pdf>. Acesso em: 7 jul. 2022.
31. BRUERA, E. *et al.* Parenteral hydration in patients with advanced cancer: a multicenter, double-blind, placebo-controlled randomized trial. **Journal of Clinical Oncology**, Alexandria, v. 31, n. 1, p. 111-118, Jan. 2013. DOI 10.1200/JCO.2012.44.6518.
32. RAIJMAKERS, N. J. H. *et al.* Artificial nutrition and hydration in the last week of life in cancer patients. A systematic literature review of practices and effects. **Annals of Oncology**, London, v. 22, n. 7, p. 1478-1486, July 2011. DOI 10.1093/annonc/mdq620.
33. MCCANN, R. M.; HALL, W. J.; GROTH-JUNCKER, A. Comfort care for terminally ill patients: the appropriate use of nutrition and hydration. **JAMA**, Chicago, v. 272, n. 16, p. 1263-1266, Oct. 1994. DOI 10.1001/jama.272.16.1263.

AVALIAÇÃO DO FISIOTERAPEUTA

INTRODUÇÃO

Em um programa de reabilitação, o objetivo fim da fisioterapia é fazer com que o indivíduo retorne ao estilo de vida o mais próximo possível do nível funcional de antes do adoecimento. No cuidado paliativo, sabe-se que a doença está em progressão e, por isso, a intenção da fisioterapia é manter ou otimizar a funcionalidade do paciente dentro de suas limitações. Considera-se atividade funcional a habilidade de viver de forma independente, e esse é um conceito de referência do próprio paciente, ou seja, é dependente do que o indivíduo reconhece ser essencial para seu bem-estar físico, emocional e social, propiciando uma vida com propósitos^{1,2}.

A incapacidade física é definida como a perda ou a anormalidade da estrutura ou das funções fisiológica e anatômica resultante da patologia, enquanto a deficiência física se refere a qualquer restrição ou falta de capacidade de realizar uma atividade da maneira adequada. Tanto a incapacidade quanto a deficiência podem resultar de diversas condições, tais como: dor não controlada, fadiga, descondicionamento, sarcopenia por efeitos diretos e indiretos do tumor, desnutrição, metástases ósseas, complicações do tratamento oncológico, disfunção intestinal e vesical, doença tromboembólica, comprometimento neurológico, comorbidades, entre outros².

Os sintomas, as complicações e as condições de intervenção direta pela fisioterapia são: dor, dispneia, fadiga, edema, linfedema, infecções respiratórias, hipersecretividade, trombose venosa profunda (TVP), metástases ósseas (dado o risco aumentado desses pacientes evoluírem com fraturas patológicas) síndrome de compressão medular e alterações funcionais decorrentes de qualquer outro sintoma³.

Diante do avanço da doença oncológica, que é acompanhada por muitas limitações funcionais, nem sempre é possível acatar o verdadeiro desejo do paciente quanto à funcionalidade, pois o seu potencial funcional pode não estar compatível com o almejado, portanto, é necessário traçar metas funcionais realistas com o paciente e o cuidador para promover conforto e qualidade de vida. Vale ressaltar que pacientes com a mesma doença e os mesmos comprometimentos nem sempre terão as mesmas limitações funcionais¹.

AVALIAÇÃO FISIOTERAPÊUTICA

A avaliação fisioterapêutica deve ser individualizada, visando a contemplar todas as necessidades específicas de cada paciente para assim proporcionar abordagem mais adequada, prevenir ou minimizar as complicações do avanço da doença oncológica e os efeitos dos tratamentos realizados para o câncer. É a partir da avaliação que será determinada a condição funcional atual do indivíduo, o potencial de recuperação e a capacidade de participar de um programa de reabilitação⁴.

Os fisioterapeutas devem realizar avaliações físicas de alta qualidade e tratamentos adaptados às necessidades de cada indivíduo com o diagnóstico avançado da doença. Sua abordagem proativa deve ter ênfase na capacitação dos pacientes para que alcancem sua autogestão e os objetivos pessoais, evidentemente considerando o estágio da doença e suas complicações⁵.

A avaliação fisioterapêutica é composta pela anamnese e pelo exame cinesiológico-funcional. A meta é a elaboração do diagnóstico e do prognóstico fisioterapêutico, além de delineamento dos objetivos e do plano de tratamento. Logo, deve-se iniciar pela leitura do prontuário, considerando-se, como informações de interesse, os dados clínicos da doença oncológica, a história de doença atual, a queixa principal, os tratamentos realizados, a história da patologia pregressa, os sintomas e as complicações³.

Após essa etapa inicial, parte-se para o exame físico. Nesse momento, o fisioterapeuta busca evidências de alterações cinético-funcionais que justifiquem as queixas do paciente. A prova da função muscular, as avaliações cardiopulmonar, neurológica, da mobilidade global, da marcha e do equilíbrio e as transferências de postura devem ser realizadas em todos os pacientes. Quando se trata da avaliação refinada de algum sintoma específico, devem ser considerados aspectos inerentes àqueles sintomas, tais como: fatores de piora e melhora, causas reversíveis associadas, posicionamento adotado, levando sempre em consideração os sítios de metástases, para associar com as causas do sintoma em questão⁶.

Para concluir a avaliação, a abordagem envolve o conhecimento sobre a condição prévia do paciente e não somente no momento do primeiro contato. Para uma abordagem mais assertiva, é determinante conhecer: a locomoção do paciente nos últimos tempos, sua mobilidade global, a necessidade de auxílio para as atividades de vida diária e as atividades instrumentais da vida diária, o uso de órteses e auxiliares de marcha, se houve quedas recentes e o motivo dessas quedas, e a visão do paciente sobre quais dos seus sintomas estão afetando diretamente a sua funcionalidade. A partir da anamnese, história funcional pregressa, avaliação de exames de imagem e laboratoriais, conhecimento da evolução natural da doença, a equipe consegue prognosticar o paciente em termos de funcionalidade³.

A escala KPS norteia muitas condutas, pois expressa o *status* funcional do paciente (vide Capítulo 3)⁷. Apesar de ser amplamente utilizada, indivíduos com o mesmo KPS não necessariamente terão a mesma capacidade funcional retratada, por exemplo, um paciente com KPS 40% pode somente conseguir sair do leito em cadeira de rodas, enquanto outro paciente, também com KPS 40%, consegue deambular curtas distâncias com auxílio, por isso, pode ser necessário o uso de outras escalas a fim de complementar a avaliação. Por necessidade do Serviço de Fisioterapia do HC IV, foi instituída uma avaliação funcional adjuvante (Figura 11), na qual constam informações mais detalhadas a respeito do desempenho de atividades diárias usuais, como transferências de postura, ortostatismo, deambulação e realização de autocuidado (alimentar-se, escovar dentes, pentear-se, vestir-se e banhar-se), atividades domésticas e laborativas e capacidade de sair de casa sozinho.

Figura 11 - Modelo de ficha de avaliação utilizado pelo Serviço de Fisioterapia do Hospital do Câncer IV

	Ministério da Saúde Instituto Nacional de Câncer Hospital do Câncer IV PLANO DE CUIDADOS
	AVALIAÇÃO DE PRIMEIRA VEZ DO PACIENTE NO HC IV
Ambulatório () AD () Internação Hospitalar () Leito ____ Data da IH: __/__/__	
Nome do paciente: _____	
Matrícula: _____ Idade: _____	
Acompanhante: _____	
Tumor primário: _____	
Progressão de doença: _____	
Motivo da internação: _____	
KPS: () 10% () 20% () 30% () 40% () 50% () 60% () 70% () 80% () 90% () 100%	
AVALIAÇÃO FISIOTERAPÊUTICA	
QP: _____	
HDA: _____	

HPP: _____	
<u>SINTOMAS E COMPLICAÇÕES</u>	
• DOR () Não () Sim	
Intensidade (Esas) () 0 () 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 () 7 () 8 () 9 () 10	
Local da dor : () Orofacial () Cabeça () Pescoço () Tórax () Mama () Coluna cervical () Coluna torácica () Coluna lombar () Sacro () MSD () MSE () Sítio tumoral () Abdômen () Pelve () MID () MIE	
Tipo de dor: () Óssea () Miofascial () Neuropática () Osteoarticular () Visceral () Somática () Mista	
Apresenta componente de dor total: () Não () Sim	
Interfere na funcionalidade: () Não () Sim Função mais afetada: _____	
• FADIGA () Não () Sim	
Intensidade (Esas) () 0 () 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 () 7 () 8 () 9 () 10	
Nível de esforço () Pequenos () Médios () Grandes	
Interfere na funcionalidade: () Não () Sim Função mais afetada: _____	
• DISPNEIA () Não () Sim	

Continua

Interfere na funcionalidade: () Não () Sim Função mais afetada: _____

- **METÁSTASE ÓSSEA** () Não () Sim () Suspeita

Local: () Calota craniana () Arcos costais () Coluna cervical () Coluna torácica () Coluna lombar

() Sacro () MSD () MSE () Pelve () MID () MIE () Outros: _____

Tipo de lesão: () Lítica () Blástica () Mista

Estabilização prévia: () Não () Sim _____ () Não se adaptou à órtese

Faz ou fez bisfosfonato: () Não () Sim

- **FRATURA** () Não () Sim () Suspeita

Patológica: () Não () Sim

Local: () Arcos costais () Coluna cervical () Coluna torácica () Coluna lombar () Sacro ()

MSD () MSE () Pelve () MID () MIE () Outros: _____

Estabilização prévia () Não () Sim _____ () Não se adaptou à órtese

- **SCM / SCR** () Não () Sim () Suspeita

Local: () Cervical () Torácica () Lombo-sacra Vértex acometidas: _____

Estabilização prévia: () Não () Sim _____ () Não se adaptou à órtese

- **LINFEDEMA** () Não () Sim **EDEMA** () Não () Sim **TVP** () Não () Sim

Local: () MSD () MSE () MID () MIE () FACE () GENITÁLIA

Sensação de peso: () Não () Sim Anticoagulação: () Não () Sim: () > 48h () < 48h

Filtro de veia cava: () Não () Sim

Já fez terapia compressiva? () Não () Sim Qual? _____

EXAME FÍSICO-FUNCIONAL

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: () Alerta () Sonolento () Torporoso () Comatoso

Orientado: () Não () Sim

AVALIAÇÃO Respiratória: () Eupneico () Taquipneico () Bradipneico

Ausculta Pulmonar: _____

TOSSE: () Não () Sim: () Irritativa () Produtiva: () ineficaz () eficaz

Hiperssecreatividade: () Não () Sim

Expectoração: () Clara () Amarelada () Esverdeada () Sanguinolenta

Traqueostomizado: () Não () Sim

Dreno torácico: () Não () Sim: () D () E

FORÇA MUSCULAR (MRC)

Continua

Abdução: ombro D grau: (0) (1) (2) (3) (4) (5) / ombro E grau: (0) (1) (2) (3) (4) (5)

Flexão: cotovelo D grau: (0) (1) (2) (3) (4) (5) / cotovelo E grau: (0) (1) (2) (3) (4) (5)

Extensão: punho D grau: (0) (1) (2) (3) (4) (5) / punho E grau: (0) (1) (2) (3) (4) (5)

Flexão: quadril D grau: (0) (1) (2) (3) (4) (5) / quadril E grau: (0) (1) (2) (3) (4) (5)

Extensão: joelho D grau: (0) (1) (2) (3) (4) (5) / joelho E grau: (0) (1) (2) (3) (4) (5)

Dorsiflexão D grau: (0) (1) (2) (3) (4) (5) / Dorsiflexão E grau: (0) (1) (2) (3) (4) (5)

MRC Escore: _____ **pontos** (Pontuação 0 - 5. Escore total de 60 pontos *abaixo de 48, fraqueza adquirida *entre 36/48, fraqueza moderada *abaixo de 36, fraqueza severa).

COMPLICAÇÕES NEUROLÓGICAS () Não () Sim. Qual?

() Hemiplegia _____ () Hemiparesia _____ () Paraplegia () Paraparesia

() Tetraplegia () Tetraparesia () Monoplegia local: _____ () Monoparesia local: _____

() Alterações na coordenação () Alterações do equilíbrio () Alteração de sensibilidade. Local: _____

AVALIAÇÃO FUNCIONAL:

Transferência de deitado para sentado: () Não () Sim: () Sem auxílio () Com auxílio

Transferência de sentado para de pé: () Não () Sim: () Sem auxílio () Com auxílio

Ortostase: () Não () Sim: () Sem auxílio () Com auxílio

Marcha: () Não () Sim: () Sem auxílio () Com auxílio

Risco de queda: () Não () Sim

Qual dispositivo: () Muleta (s) () Bengala () Andador () Terceiros

Banho: () No leito () Cadeira higiênica Em pé: () Com auxílio () Sem auxílio

Vestir: () Não () Sim: () Sem auxílio () Com auxílio

Alimentação: () Não () Sim: () Sem auxílio () Com auxílio

Realiza autocuidado (escovar dentes, pentear o cabelo): () Não () Sim: () Sem auxílio () Com auxílio

Realiza atividades domésticas: () Não () Sim: () Sem auxílio () Com auxílio

Sai de casa sozinho: () Não () Sim

Exerce atividade laboral: () Não () Sim

DIAGNÓSTICO FISIOTERAPÊUTICO:

() Incapacidade funcional secundária à: _____

() Limitação funcional secundária à: _____

() Funcionalidade preservada

PROGNÓSTICO FISIOTERAPÊUTICO:

() Manutenção funcional dependente da evolução da doença

() _____

PROCEDIMENTOS, RECURSOS E TÉCNICAS

1. Treinamento muscular localizado: () Não () Sim

Cinesioterapia motora: () Resistida () Ativa () Ativa-assistida () Passiva () Cartilha
() Alongamento muscular

2. Analgesia: () Não () Sim () Não se aplica

() Crioterapia () Calor superficial
() Tens: parâmetros: ____ ms ____ Hz ____ minutos
() Dessensibilização () Coxim () Técnicas miofasciais () Laser
() Outros _____

Esas final: () 0 () 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 () 7 () 8 () 9 () 10

3. Condicionamento aeróbico: () Não 1() Sim

() Esteira ergométrica _____ () Bicicleta ergométrica _____
() Atividade aeróbica adaptada orientada para o domicílio

4. Tratamento do edema / linfedema / TVP: () Não () Sim () Não se aplica

() Enfaixamento () Recusa () Adaptação de malha compressiva () Recusa
() Drenagem linfática manual () Exercícios mioinfocinéticos () Elevação de membros

5. Estabilização segmentar () Não () Sim

() Sem indicação () Recusa do paciente () Manter órtese previamente adaptada
Adaptação de órtese: () Tipoia () Colar de espuma () Colar Philadelphia () Colete Putti baixo
() Colete Putti alto
() Sarmiento () Estabilizador de joelho () Calha antirrotatória () Outros: _____

6. Prevenção de quedas () Não () Sim

() Manter auxiliar de marcha previamente adaptado () Marcha com auxílio /
Supervisão de terceiros
() Adaptação de auxiliar de marcha. Qual? () Andador () Bengala () Muletas () Recusa
() Troca do auxiliar de marcha. Qual? () Andador () Bengala () Muletas () Recusa
() Adaptações no domicílio () Orientações gerais para prevenção de quedas

7. Controle da dispneia/secção respiratória () Não () Sim () Não se aplica

Cinesioterapia respiratória: () Expansiva () Desobstrutiva
() Toaleta brônquica - aspiração () Medidas de conforto () Posicionamento no leito com
cabeceira elevada
() Aerossolterapia () Oxigenioterapia
() VNI: () Cpap () Bipap Indicação: _____

Continua

Continuação

Esas final: () 0 () 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 () 7 () 8 () 9 () 10

8. Medidas de otimização energética () Não () Sim

() Banho e outras atividades sentado () Banho no leito () Intercalar atividades x repouso () Organização das AVD

9. Incentivo à funcionalidade: () Não () Sim

10. Treino Funcional: () Não () Sim

() Sedestação à beira do leito () Sedestação fora do leito () Ortostatismo () Treino de marcha
1() Marcha estacionária 1() Caminhada no corredor 1() Subir e descer escadas

11. Terapias Integrativas: () Não () Sim

() Acupuntura () Auriculoterapia () Outros: _____

() Eletroacupuntura: parâmetros: ___ Hz¹ ___ seg¹ ___ Hz² ___ seg² Tempo total: _____

Motivos: () Dor () Náusea e vômito () Ansiedade () Tristeza () Depressão () Angústia

() Outros: _____

12. Orientações ao cuidador: () Não () Sim

13. Orientações gerais para o paciente que não deambula: () Não () Sim

(Posicionamento no leito, mudança de decúbito)

14. Outros: _____

Indicação de acompanhamento? () Não () Sim

OBJETIVOS DO PLANO DE TRATAMENTO:

() Aliviar dor

() Melhorar tolerância aos esforços

() Minimizar o impacto do edema ou linfedema

() Minimizar complicações da imobilidade

() Controlar dispneia

() Minimizar a fadiga

() Estabilizar segmentos

() Outros: _____

Carimbo e assinatura do profissional

Fonte: elaboração INCA.

Legenda: AD – atenção domiciliar; AVD – atividade de vida diária; D – direito; E – esquerdo; HDA – história da doença atual; HPP – história patológica progressiva; IH – internação hospitalar; MID – membro inferior direito; MIE – membro inferior esquerdo; MRC – avaliação da força muscular; MSD – membro superior direito; MSE – membro superior esquerdo; QP – queixa principal; SCM – síndrome de compressão medular; SCR – síndrome de compressão radicular; Tens – terapia por estimulação elétrica nervosa transcutânea; VNI – ventilação não invasiva.

PARTICULARIDADES DA AVALIAÇÃO NO AMBULATÓRIO

As consultas ambulatoriais são voltadas para o seguimento dos pacientes que apresentam um melhor *status* funcional (KPS maior que 50%), todavia, no Serviço de Fisioterapia, também são contemplados pacientes com KPS menor que 40%, por residirem em áreas não abrangidas pela visita domiciliar ou de conflitos urbanos³.

Por conta da diversidade do perfil de pacientes, a avaliação deve ser feita atentamente, buscando captar as realidades clínica e funcional do indivíduo. O inquérito de sintomas e o exame físico-funcional devem ser conduzidos para compreender o comportamento dos sintomas no período em que o paciente esteve em casa, além de perceber possíveis dificuldades no cuidado que o paciente e o cuidador possuem. Vale salientar que a avaliação presencial pode sofrer influência por conta de um sintoma agudizado, flutuações clínicas e longos períodos de deslocamentos até o hospital.

Quando não é possível que o paciente compareça à consulta, o atendimento a distância é realizado por meio de fotos, vídeos e relatos do estado clínico do paciente pelo cuidador que vem à consulta. Essas informações são passadas para a equipe, norteando-a para as condutas a serem tomadas.

PARTICULARIDADES DA AVALIAÇÃO NA ASSISTÊNCIA DOMICILIAR

Fisioterapia em cuidados paliativos domiciliares é focada em fornecer o máximo conforto para o paciente e manter o mais alto nível da função física em face da progressão da doença. Pacientes em cuidados paliativos oncológicos que estão em assistência domiciliar e recebem atendimento fisioterapêutico possuem maior probabilidade de melhora de suas funcionalidades, quanto mais precoce for a intervenção no domicílio, mais significativamente observa-se a manutenção da independência funcional e a melhora da qualidade de vida⁸.

A fisioterapia em cuidados paliativos domiciliares é direcionada para pacientes que estão com KPS menor que 50%, ou seja, pacientes que têm um maior grau de dependência funcional³. Esse é um dos maiores problemas vivenciados pelos pacientes, especialmente aqueles com câncer em estágio avançado⁵. Considerando que a maioria desses pacientes apresenta KPS igual a 40%, que significa, literalmente, passar a maior parte do dia acamado, essa situação vai conferir a eles um comprometimento de suas atividades de vida diária, necessitando de ajuda de terceiros para a realização do autocuidado. Pelo fato de ter a autonomia funcional limitada, ou até mesmo interdita pelo avanço ou pelas complicações do câncer, determinados pacientes poderão experimentar sintomas psíquicos e/ou emocionais decorrentes das suas incapacidades ou deficiências.

Na avaliação funcional no processo conhecido como assistência domiciliar em cuidados paliativos, o fisioterapeuta deverá estar imbuído de habilidades e competências cognitivas para diagnosticar e prognosticar as alterações físicas, e também situações que estão para além do corpo físico, que poderão impactar o estado funcional do paciente. Para ficar apenas com dois exemplos, citam-se

a depressão, comumente observada nos pacientes em cuidados paliativos, e a ansiedade quanto ao futuro incerto. Essas situações poderão estar na base do imobilismo e da fadiga física, bem como na exaustão mental.

Na avaliação do paciente em domicílio, é extremamente importante considerar o ambiente da casa. A avaliação ambiental possibilita realizar o planejamento do cuidado, considerando as condições de moradia do paciente. Nela, são observadas as barreiras arquitetônicas, os objetos ou utensílios que podem facilitar ou dificultar a locomoção do paciente, assim como as condições físicas da casa em geral, visando a facilitar o programa de reabilitação. Avaliações física e ambiental da casa e da condição clínica do paciente, bem como orientações aos cuidadores compõem a estrutura-tronco do gerenciamento do cuidado fisioterapêutico individualizado para o paciente. O entendimento e a adesão dos cuidadores e dos pacientes ao programa de reabilitação tornam-se imprescindíveis para o sucesso do gerenciamento do cuidado, permitindo a capacitação funcional, como proposto na etapa da avaliação.

PARTICULARIDADES DA AVALIAÇÃO NA INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Em um setor de internação hospitalar, a avaliação deve estar voltada para o controle intensivo dos sintomas, principalmente os que estejam impactando diretamente na funcionalidade dos pacientes. Considerando o fato de que os pacientes que necessitam de internação hospitalar apresentam sintomas agudos, espera-se que eles tenham uma limitação funcional mais proeminente do que os pacientes ambulatoriais, em decorrência dos sintomas descontrolados que os levaram à unidade hospitalar³.

O fisioterapeuta paliativista que trabalha na internação hospitalar deve estar atento ao prognóstico, pois esse norteará o plano de tratamento a fim de evitar condutas fúteis sem um benefício claro^{3,6}.

A abordagem inicial envolve tanto o paciente quanto o cuidador. Entender o perfil funcional pregresso à internação hospitalar é fundamental para avaliar a profundidade das limitações e o quanto podem ser revertidas ou não. Uma grande angústia dos familiares dos pacientes internados é se estes irão retornar ao nível funcional prévio à internação hospitalar. Para melhor conduzir essa questão, o fisioterapeuta deve avaliá-lo minuciosamente e ter um discurso alinhado com a equipe interdisciplinar para orientar o paciente e seus familiares sobre essa questão e propor estratégias para a condução no caso a caso.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A avaliação funcional do paciente com câncer avançado em cuidados paliativos é complexa, portanto, conhecer a história natural da doença, o prognóstico e a condição clínica do paciente são determinantes para uma avaliação e intervenção adequadas, visando ao máximo controle de sintomas e à otimização da funcionalidade.

REFERÊNCIAS

1. O'SULLIVAN, S.; SCHMITZ, T. **Fisioterapia: avaliação e tratamento**. Barueri, SP: Manole, 2007.
2. MONTAGNINI, M.; JAVIER, N. M.; MITCHINSON, A. The role of rehabilitation in patients receiving hospice and palliative care. **Rehabilitation Oncology**, [s. l.], v. 38, n. 1, p. 9-21, 2020. DOI 10.1097/01.REO.0000000000000196.
3. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **Cuidados paliativos: vivências e aplicações práticas do Hospital do Câncer IV**. Rio de Janeiro: INCA, 2021. p. 13-21. Disponível em: https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//cuidados_paliativos_vivencias_e_aplicacoes_praticas_do_hc_iv.pdf. Acesso em: 8 jun. 2022.
4. SCHENCKEL, L.; ZANCAN, M. Cuidados paliativos em pacientes oncológicos: uma abordagem fisioterapêutica. **Anais de Saúde Coletiva**, [Chapecó], v. 1, n. 1, p. 16-18, out. 2021.
5. SILVA, J. M.; MOREIRA, A. A.; LUCENA, N. C. Fisioterapia. *In*: CASTILHO, R. K.; SILVA, V. C. S. da; PINTO, C. da S. (ed.). **Manual de cuidados paliativos**. 3. ed. São Paulo: Academia Nacional de Cuidados Paliativos; Atheneu, 2021. p. 184-187.
6. SILVA, J. M. *et al.* **Manual de condutas e práticas fisioterapêuticas em cuidados paliativos oncológicos da ABFO**. São Paulo: Thieme Revinter, 2021.
7. SGHAG, C. C.; HEINRICH, R. L.; GANZ, P. A. Karnofsky performance status revisited: reliability, validity and guidelines. **Journal of Clinical Oncology**, Alexandria, v. 2, n. 3, p. 187-93, Mar. 1984. DOI 10.1200/JCO.1984.2.3.187.
8. TIBERINI, R.; RICHARDSON, H. **Rehabilitative palliative care: enabling people to live fully until they die: a challenge for the 21st century**. London: Hospice UK, 2015. Disponível em: <http://www.smh.org.uk/wp-content/uploads/2017/04/rehabilitative-palliative-care-enabling-people-to-live-fully-until-they-die.pdf>. Acesso em: 20 nov. 2021.



Capítulo 10

AVALIAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL

INTRODUÇÃO

A área da saúde tem se destacado na história do serviço social brasileiro como o espaço sócio-ocupacional que mais absorve assistentes sociais, cujo processo de trabalho apresenta uma natureza eminentemente interventiva, ou seja, de atendimento direto aos usuários. Contudo, outras atuações também merecem destaque: ações socioeducativas; planejamento; consultoria; assessoria; gestão de políticas públicas¹.

Pensar a inserção do assistente social em determinado espaço sócio-ocupacional requer considerar o seu projeto profissional, coletiva e socialmente construído, assim como seu arcabouço teórico-metodológico, balizado por princípios éticos e políticos de defesa da cidadania, dos direitos humanos, civis e sociais, e a luta pela liberdade e autonomia dos sujeitos, direcionada para a emancipação humana, seguindo as diretrizes postas pelo Código de Ética Profissional (Resolução CFESS nº 273/1993) e pela Lei de Regulamentação do Serviço Social (Lei nº 8.662/1993)².

O objetivo do tratamento em cuidados paliativos consiste no melhor controle possível dos sintomas físicos, emocionais, sociais e/ou espirituais que a doença em estágio avançado e sem possibilidade terapêutica de cura gera nos pacientes, visando a proporcionar-lhes uma melhor qualidade de vida³. O assistente social deve integrar a equipe de profissionais de saúde responsável por promover esse cuidado, identificando suas demandas sociais e elaborando, a partir delas, um plano de intervenção pautado na integralidade desse cuidado e em seu caráter individualizado.

Os assistentes sociais que atuam no SUS lidam, na maioria das vezes, no cotidiano da prática profissional, com indivíduos em situação de vulnerabilidade social^c, revelando-se necessário considerar e apreender os determinantes sociais, culturais e econômicos que atravessam o processo saúde-doença¹. No escopo dos cuidados paliativos, observa-se a mudança do foco do tratamento, pois esses não deve estar centrados na doença em si, mas sim no paciente e em sua família ou rede social, o que implica, para o serviço social, reconhecer que esses sujeitos estão inseridos em determinada realidade sócio-histórica, sendo, assim, primordial identificar questões, como o acesso à alimentação, ao saneamento básico, à educação, ao transporte, à moradia, às políticas públicas e aos direitos sociais, assim como as relações sociais em que esses sujeitos estão inseridos, com relação à organização familiar e à rede de suporte social, sua inserção no mercado de trabalho, nos programas sociais e socioassistenciais etc.

^c Foi utilizado, como referência, o conceito de vulnerabilidade social cunhado pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), publicado no *Atlas Da Vulnerabilidade Social nos Municípios Brasileiros*, no qual se afirma que o termo está relacionado com a ausência ou insuficiência de determinados ativos no território nacional, como infraestrutura urbana; capital humano; renda e trabalho. A posse ou privação desses elementos são determinantes da condição de bem-estar da população de determinado território. Segundo Carmo e Guizardi, o conceito de vulnerabilidade social está atrelado não apenas à questão da renda, mas condicionado também pela fragilidade dos vínculos afetivo-relacionais, assim como a desigualdade de acesso a bens e serviços públicos^{4,5}.

Dessa forma, parte-se do reconhecimento de que o conjunto desses determinantes e as condições materiais de existência dos sujeitos exercem um papel fundamental no modo como enfrentam um momento tão delicado de doença, ou mesmo como essa realidade pode vir a agravar o sofrimento causado pelo adoecimento, tornando o próprio processo de finitude mais sofrido e doloroso⁶.

Cabe ao assistente social a missão de desvelar um pouco da história de vida desses sujeitos, levando-a ao conhecimento tanto da equipe de saúde envolvida no cuidado, quanto do próprio paciente e de sua família ou rede social⁷. Na abordagem dos profissionais de saúde que prestam assistência aos pacientes e seus familiares nos cuidados paliativos, é requerida acurácia na apreensão das múltiplas demandas postas na abordagem a esses sujeitos, nas suas várias dimensões e nos seus aspectos, tornando, assim, possível, para os profissionais que compõe a equipe de cuidados paliativos, prestar uma assistência efetiva, proporcionando maior qualidade de vida aos pacientes. Dessa forma, uma escuta atenta e o acolhimento tornam-se elementos essenciais no cuidado a esses pacientes.

Constitui um dos princípios basilares dos cuidados paliativos o reconhecimento de que o paciente e sua família devem formar o *locus* da atuação da equipe de saúde, uma unidade que merece atenção e cuidado em igual medida. Assim, o profissional de serviço social precisa conhecer como se tecem essas relações, e, para tal, é preciso romper com o estereótipo de “família ideal”⁷, entendendo que, se a família é espaço privilegiado de afeto e de cuidado, também pode se constituir como espaço do não cuidado, do abandono, da negligência, de abusos, de relações autoritárias ou mesmo violentas. Ou ainda, espaço de afetos que não foram construídos ao longo de sua trajetória, de relações rompidas, de vínculos fragilizados ou mesmo inexistentes⁸. De acordo com Dias, “o grupo familiar é um sistema aberto, dinâmico e complexo, e é nele que o indivíduo se desenvolve e aprende a se posicionar na sociedade em que vive”⁹.

O assistente social, no processo de elaboração de sua avaliação social, precisa acolher os pacientes e suas famílias, despedindo-se de seus preconceitos, ouvindo suas histórias, respeitando suas crenças, culturas, tradições, visões de mundo, buscando, assim, um cuidado que é singular, ao mesmo tempo que abarca a totalidade dos sujeitos e de suas demandas sociais. Para tal, é preciso reconhecer que as famílias possuem limites e possibilidades, e por isso é tão importante acolhê-las, criando espaços de diálogo com a equipe, sempre com a participação ativa do paciente e dos membros de sua família ou daqueles que participam dos seus cuidados¹⁰.

Assim posto, destacam-se os pontos centrais que devem nortear a avaliação social nos cuidados paliativos.

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Um ponto que requer a atenção do serviço social nos cuidados paliativos refere-se à identificação dos dados civis dos pacientes. O profissional deve estar atento à documentação civil, observando se essa se encontra regularizada e acessível ao paciente. A correta identificação civil, além de

constituir um direito de cidadania, facilita o acesso aos direitos sociais, civis e previdenciários, bem como de seu núcleo familiar a possíveis direitos pós-óbito, como pensão por morte, seguros e outros bens sucessórios.

O assistente social deve considerar a correta descrição do nome social do paciente quando houver em seu prontuário, garantindo um direito humano fundamental de pacientes e/ou familiares transgêneros ou travestis. Na avaliação social, deve constar também a identificação do estado civil e da união consensual ou estável (quando houver, bem como o tempo dessa união), visando à garantia de direitos. São pontos importantes também de serem identificados: nível de escolaridade; cor; naturalidade e nacionalidade, religião; representante legal (procurador ou curador), caso possua.

COMPOSIÇÃO FAMILIAR

Identificar a composição de sua rede familiar ou social faz-se necessário para se ter noção de quem convive com o paciente, se esse grupo faz parte efetivamente de sua rede de apoio e qual grau de compreensão possui sobre o processo de adoecimento, sobre os objetivos dos cuidados paliativos e quais as necessidades de cuidado o seu familiar requer. Não basta apenas identificar essa rede familiar, mas avaliar se ela tem condições de prestar os cuidados à pessoa necessitada, quais os seus limites e potencialidades, ou, ainda, se o paciente possui suporte, seja de uma rede de apoio comunitário, como igrejas e outros grupos religiosos, associação de moradores, organizações não governamentais etc., seja de amigos, vizinhos, parentes, comunidade da qual faz parte.

O levantamento das informações acerca da composição e da organização familiar, como com quem o paciente reside, se a rede familiar é extensa, restrita ou inexistente, as relações e os vínculos afetivos, se há outros membros da família que também demandam cuidados, se há outras pessoas com quem possa contar, como vizinhos, amigos etc., revela-se extremamente relevante nos cuidados paliativos, pois esses dados permitem que o assistente social reflita, juntamente com o paciente e seus familiares e/ou rede social, sobre a organização da rede de cuidados, fornecendo subsídios e orientações preciosas nesse processo¹¹.

SITUAÇÃO SOCIOECONÔMICA E PROFISSIONAL

Constituem pontos importantes a serem identificados: profissão; situação trabalhista; existência ou não de vínculo previdenciário; acesso aos programas sociais; renda familiar.

IDENTIFICAÇÃO DA REDE DE CUIDADOS

A avaliação da rede de cuidados (vide Capítulo 4) constitui outro elemento importante, que parte, inicialmente, da identificação do cuidador principal do paciente, ou seja, busca identificar questões

que interferem na relação de cuidado, como idade, situação trabalhista, se o cuidador também apresenta problemas de saúde, se existem outros membros da família que também necessitem de cuidados, vínculo entre o paciente e seu cuidador. A partir dessa avaliação inicial, outros pontos também precisam ser considerados: se há outros membros da família e/ou rede social que possam se integrar aos cuidados; se a família dispõe de recursos para contratação de um cuidador formal; quais os elementos facilitadores ou dificultadores na efetivação do cuidado¹². Conhecer o cuidador e/ou a rede de cuidados tanto quanto se conhece o paciente permite à equipe de cuidados paliativos fornecer elementos que consigam minimizar as fragilidades identificadas, em um verdadeiro trabalho de parceria.

O assistente social precisa ter um olhar mais amplo sobre a abrangência dessa rede de cuidados, que, em última análise, não é restrita apenas ao núcleo familiar, mas que pode agregar outros elementos, como nos casos em que o paciente possui uma rede de cuidadores contratados pela família (cuidadores formais), encontra-se institucionalizado (seja em uma instituição de longa permanência, em uma instituição de transição seja internado em uma unidade hospitalar pelo fato de não possuir um cuidador em domicílio), ou conta com um serviço de assistência domiciliar. E esse é um dos grandes desafios colocados para os profissionais de cuidados paliativos quando as famílias de pacientes estão impossibilitadas de fornecer os cuidados que ele requer: a carência de instituições de longa permanência na rede pública que prestem tal assistência, o que acarreta o prolongamento da permanência desses pacientes nas enfermarias dos hospitais.

Nesse processo de levantamento da biografia e das demandas dos pacientes e suas famílias, o assistente social recorre a um arsenal de técnicas, sendo a entrevista social o instrumento de trabalho mais comumente utilizado¹³. Como abordado anteriormente, por meio da entrevista social, são colhidas as informações mencionadas acima, permitindo a construção de um plano de intervenção pautado nas demandas levantadas por meio da avaliação social que foi realizada durante a entrevista. O levantamento dos recursos intra e extrainstitucionais constitui uma ferramenta de trabalho fundamental para o encaminhamento e a resolução das demandas identificadas.

Os dados obtidos pela entrevista realizada pelo assistente social ao paciente e sua família ou rede darão embasamento para as orientações, os encaminhamentos e as demais condutas a serem adotadas pelo profissional durante todo o acompanhamento realizado. Outras informações, porém, revelam-se tão fundamentais para o conhecimento do profissional quanto saber sobre o diagnóstico do paciente, quais os sintomas que o acometem, qual o seu grau de dependência de cuidados e qual o seu prognóstico (tempo médio de sobrevida). Apesar de não caber ao assistente social a aplicação de escalas prognósticas com o paciente, o conhecimento dessas informações deve ser extensivo a todos os profissionais que compõem a equipe de cuidados paliativos, como elementos norteadores das condutas adotadas. No caso do assistente social, saber qual a expectativa de vida estimada para cada paciente garante que não sejam fornecidas orientações sobre direitos que, em razão do pouco tempo de vida, o paciente não conseguirá acessar, o que pode causar a ele, a sua família e/ou ao cuidador ainda mais angústia ou frustração¹⁴, ou um gasto de tempo e de energia com questões não prioritárias.

Assim, o assistente social que atua em cuidados paliativos oncológicos precisa estar atento não apenas à história de vida do paciente e de sua família, mas também à história da doença, identificando o que deve ser priorizado no atendimento a cada paciente e suas famílias.

As modalidades de assistência ao paciente em cuidado paliativo, geralmente, são o atendimento ambulatorial ou a assistência domiciliar, quando o paciente se torna mais dependente de cuidados e tem a sua capacidade de locomoção limitada ou completamente restrita (paciente acamado). Já a internação hospitalar é um recurso utilizado nos casos em que o controle dos sintomas não está sendo alcançado nas demais modalidades, em que se está próximo do óbito do paciente, ou mesmo quando não há possibilidade de instituir um cuidador em domicílio¹⁵.

Em todos esses processos assistenciais, a atuação do assistente social revela-se primordial. Seguem abaixo algumas frentes de trabalho desenvolvidas pelos profissionais que atuam na área da Saúde, e, em especial, em uma equipe de cuidados paliativos:

- **Orientação de direitos:** sociais, civis, trabalhistas, previdenciários, realizando também encaminhamentos para as redes intra e extrainstitucionais, identificando recursos, políticas, bens e serviços que possam atender às demandas dos usuários, o que torna a intersectorialidade um elemento fundamental nesse processo.
- **Trabalho com grupos:** realização de atividades com grupos, de caráter socioeducativo¹, com intuito informativo e também de acolhimento, por exemplo, grupos de sala de espera, grupos com acompanhantes ou reuniões de família. Esse trabalho pode ser realizados em conjunto com outras categorias profissionais.
- **Elaboração de relatórios sociais e pareceres sociais** (atribuição privativa do serviço social): visando à ampliação de direitos e à garantia da cidadania dos usuários, assim como nos casos em que é requisitado por órgãos judiciais (pacientes em situação de judicialização).
- **Liberação de visitas estendidas (ou as chamadas “visitas extras”):** essa é uma atribuição que geralmente é requisitada ao assistente social que atua em uma enfermaria de cuidados paliativos. Entendendo que a proximidade da morte é um momento em que o paciente deve estar o mais próximo possível de sua família e de sua rede social, é comum os serviços e as instituições que prestam esse tipo de assistência promoverem a ampliação dos horários de visita e da quantidade de visitantes por dia no caso de pacientes em cuidados ao fim de vida. Para tal, é requisitada a avaliação da equipe, com destaque para o assistente social, pelo conhecimento que possui da composição e da dinâmica familiar desses pacientes.
- **Organizar e participar de reuniões de família:** ferramenta importante no processo de interlocução da equipe de saúde com o paciente e/ou família e rede social, visando a contribuir na organização da rede de cuidados do paciente, buscando sua desospitalização; ou para garantir uma melhor comunicação sobre as condutas adotadas pela equipe, o quadro clínico e o prognóstico etc., com todos os envolvidos no processo¹⁰.
- **Atendimento pós-óbito:** o cuidado paliativo preconiza que a assistência às famílias se estenda mesmo após o óbito dos pacientes⁷. No caso do serviço social, isso se dá no acolhimento realizado aos familiares logo após o falecimento do paciente e nas orientações fornecidas relativas às resoluções de questões práticas e burocráticas, como sepultamento,

remoção do corpo, requerimento de direitos sociais e benefícios previdenciários, seguros, entre outros, ajudando a minimizar o sofrimento acarretado pela perda de um ente querido, ou mesmo fornecendo declarações e relatórios sociais que auxiliam no acesso a direitos previdenciários dos dependentes.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O processo de trabalho do assistente social no âmbito da saúde e, em especial, nos cuidados paliativos, está ancorado nos princípios da interdisciplinaridade, da integralidade e da intersetorialidade, em consonância com o que é preconizado pela própria Lei Orgânica da Saúde (LOS – Lei nº 8.080/1990)¹⁶ e os princípios ético-políticos do serviço social e seus fundamentos teórico-metodológicos e técnico-operativos, visando a um cuidado humanizado e integral e contribuindo para o desvelamento da realidade social em que se inserem os sujeitos aos quais assiste e o atendimento de suas demandas e questões sociais. Para tal, o assistente social deve manter uma postura ética e acolhedora, buscando ser propositivo, o que implica ir além da excelência técnica, estabelecendo uma relação de profunda empatia pela dor do outro, disponibilidade para ouvir e acolher suas histórias de vida, contribuindo não apenas para o acesso aos direitos, mas também para que o sofrimento causado pela proximidade da morte seja atenuado.

REFERÊNCIAS

1. CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (Brasil). **Parâmetros para atuação de assistentes sociais na política de Saúde**. Brasília, DF: CFESS, 2010. (Série trabalho e projeto profissional nas políticas sociais). Disponível em: http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros_para_a_Atualizacao_de_Assistentes_Sociais_na_Saude.pdf. Acesso em: 7 jul. 2022.
2. CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (Brasil). **Código de ética do assistente social**: Lei 8.662/93 de regulamentação da profissão. 9. ed. rev. e atual. Brasília, DF: CFESS, 2011. Disponível em: https://www.cfess.org.br/arquivos/CEP2011_CFESS.pdf. Acesso em: 21 jul. 2022.
3. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **National cancer control programmes**: policies and managerial guidelines. 2nd. ed. Geneva: WHO, 2002.
4. CARMO, M. E.; GUIZARDI, F. L. O conceito de vulnerabilidade e seus sentidos para as políticas públicas de saúde e assistência social. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 3, p. 1-14, 2018. DOI 10.1590/0102-311X00101417.
5. INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **Atlas da vulnerabilidade social nos municípios brasileiros**. Brasília, DF: Ipea, 2015. Disponível em: http://ivs.ipea.gov.br/images/publicacoes/lvs/publicacao_atlas_ivs.pdf. Acesso em: 28 dez. 2021.
6. FROSSARD, A. G. S. *et al.* Dor social e serviço social no contexto brasileiro. *In*: SciELOPreprints. Zeppeline Publishers, 2020. p. 1-19. DOI 10.1590/SciELOPreprints.1064. Preprint. Disponível em: <https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/1064/1534>. Acesso em: 7 jul. 2022.
7. ANDRADE, L. O papel do assistente social em equipes de cuidados paliativos: visão geral. *In*: ANDRADE, L. (org.). **Cuidados paliativos e serviço social**: um exercício de coragem. Holambra, SP: Setembro, 2015. p. 115-130.
8. COSTA, F. F. S. O diferencial da interconsulta. *In*: ANDRADE, L. (org.). **Cuidados paliativos e serviço social**: um exercício de coragem. Holambra, SP: Setembro, 2015. p. 133-142.
9. DIAS, M. B. **Manual de direito das famílias**. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2010.
10. LIMA, T. O. Cuidados paliativos em pronto-socorro: a atuação do serviço social frente aos cuidados paliativos. *In*: ANDRADE, L. (org.). **Cuidados paliativos e serviço social**: um exercício de coragem. Holambra, SP: Setembro, 2015. p. 143-154.
11. PEREZ, B. F. A. Pacientes idosos e atenção diferenciada em enfermaria de geriatria. *In*: ANDRADE, L. (org.). **Cuidados paliativos e serviço social**: um exercício de coragem. Holambra, SP: Setembro, 2015. p. 181-190.
12. GUEIROS, D. A. Família e trabalho social: intervenções no âmbito do Serviço Social. **Revista Katál**, Florianópolis, v. 13, n. 1, p. 68-74, jan./jun. 2003. DOI 10.1590/S1414-49802010000100015.
13. SOUSA, C. T. de. A prática profissional do assistente social: conhecimento, instrumentalidade e intervenção profissional. **Revista Emancipação**, Ponta Grossa, v. 8, n. 1, p. 119-132, 2008.
14. OLIVEIRA, I. B. Suporte ao paciente e à família na fase final. *In*: CARVALHO, R. T; PARSONS, H. A. (org.). **Manual de cuidados paliativos ANCP**. 2. ed. ampl. e atual. [São Paulo]: Academia Nacional de Cuidados Paliativos, 2012. p. 544-555.
15. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **Cuidados paliativos**: vivências e aplicações práticas do Hospital do Câncer IV. Rio de Janeiro: INCA, 2021. Disponível em: <https://www.inca.gov>.

br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//cuidados_paliativos_vivencias_e_aplicacoes_praticas_do_hc_iv.pdf. Acesso em: 7 jul. 2022.

16. BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 11 jul. 2022.

AVALIAÇÃO DO PSICÓLOGO

INTRODUÇÃO

A partir das contribuições de importantes autores acerca da temática de cuidados paliativos¹⁻⁶, é possível dizer que a atuação do psicólogo nessa área visa a auxiliar o paciente e seus familiares para que possam lidar com as mudanças e as limitações que foram impostas por uma doença sem possibilidade de cura, e que, por essa razão, requer cuidado e acolhimento para que possam tentar elaborar sua atual condição de vida e criar mecanismos para enfrentá-la. Para tal, faz-se necessário que, na chegada ao atendimento psicológico em cuidados paliativos, seja realizada uma cuidadosa avaliação para a definição do plano terapêutico singularizado, considerando as especificidades de pacientes e familiares e o contexto sócio-histórico em que se inserem.

DEFINIÇÃO DA AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA

Segundo a resolução do Conselho Federal de Psicologia (CFP)⁷, a avaliação psicológica é compreendida como o processo técnico-científico de coleta de dados, estudos e interpretações das informações a respeito dos fenômenos psicológicos, que são resultantes da relação do indivíduo com a sociedade, para tal, utilizam-se métodos, técnicas e instrumentos psicológicos. Os resultados das avaliações devem considerar e analisar os efeitos, no psiquismo, dos condicionantes históricos e sociais, com a finalidade de servir como instrumento para atuar não apenas sobre o indivíduo, mas na modificação desses condicionantes.

É importante salientar que a avaliação psicológica é um processo que visa a um objetivo específico que deve ser previamente definido, e que as escolhas das estratégias que serão utilizadas para tal avaliação devem estar de acordo com esse objetivo e com o contexto na qual será realizada. Assim, seguindo as definições da resolução do CFP⁷ e as diretrizes dos cuidados paliativos⁸, entende-se que o psicólogo que atua em cuidados paliativos, ao realizar a avaliação psicológica, deve se atentar:

- Aos princípios éticos e técnicos e considerar que a avaliação sempre será parcial e que seguirá ao longo do processo terapêutico.
- Ao fato de que a avaliação requer planejamento prévio e cuidadoso, de acordo com a demanda e os fins para os quais ela se destina.
- Aos resultados da avaliação psicológica que têm impacto nas pessoas envolvidas no processo e na sociedade.

ESTRUTURA DA AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA EM CUIDADOS PALIATIVOS

De acordo com o papel do psicólogo numa equipe multiprofissional de cuidados paliativos, a avaliação psicológica nesse contexto de trabalho deve ser estruturada levando em consideração os seguintes aspectos⁹:

- Identificar se paciente e familiares têm conhecimento acerca do diagnóstico e do prognóstico e o quanto estão informados a respeito do tema. A partir dessa verificação, é possível perceber se há demanda por mais informações a respeito do quadro clínico, tratamento e proposta de cuidado atual, que devem incluir toda a equipe multiprofissional.
- Investigar os aspectos psicológicos do adoecimento, ação que se mostra de suma relevância. É necessário visualizar quais são as reações específicas daquele paciente frente à condição de hospitalização, ao tratamento, ao diagnóstico e ao prognóstico, tanto anteriormente, quanto no momento atual. Elas podem incluir, por exemplo, alterações de humor, agressividade, apatia, serenidade, adaptação, entre outros¹.
- Identificar as principais modalidades de enfrentamento que o paciente vem utilizando para lidar com a situação e com a fase da doença. Percebeu-se, a partir da atuação, que as mais comumente encontradas são: negação, revolta, barganha, depressão, aceitação, suporte sociofamiliar, religiosidade e espiritualidade.
- Realizar um levantamento do histórico da saúde mental do paciente, investigando a presença de transtornos anteriores ao tratamento oncológico, o uso prévio e atual de psicofármacos e de substâncias psicoativas, bem como a necessidade e a adesão a tratamento psicológico, psiquiátrico e neurológico no passado.
- Verificar as alterações no exame psíquico do paciente no momento de sua avaliação. Essas podem incluir alterações de humor, orientação, sensopercepção, linguagem, pensamento, cognição, memória, atenção, consciência, ciclo sono-vigília, entre outros. Tais dados contribuem para a construção de uma hipótese diagnóstica situacional do paciente, que pode abarcar transtorno de humor, quadro de *delirium*, ausência de síndrome ou transtorno psicopatológico ou outras situações diferenciadas.
- Investigar a dinâmica sociofamiliar do paciente, pois, pela filosofia de cuidados paliativos, paciente e família representam uma unidade de cuidado². Interessa ao psicólogo a qualidade das relações que o paciente estabelece com cada um dos membros de sua família, a fim de que se possa observar a natureza desses vínculos construídos e o modo como impactam nesse momento de vivência do adoecimento.
- Identificar qual membro da família assume o papel de cuidador principal do paciente, bem como avaliar a qualidade do enfrentamento por parte dos familiares e a aceitação ou não do prognóstico, constatar condições de sobrecarga de cuidadores e ainda investigar a história da saúde mental na família, de modo a identificar os casos de risco elevado de complicações no processo de luto^{3,4}.

RESULTADOS DA AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA EM CUIDADOS PALIATIVOS

Observam-se, como sendo os principais resultados da avaliação psicológica em cuidados paliativos, os pontos a seguir:

- A elaboração do plano terapêutico e a escolha das intervenções possíveis.
- A confecção de documento psicológico.

PLANO TERAPÊUTICO E INTERVENÇÕES POSSÍVEIS

A partir da avaliação psicológica inicial do paciente e de sua família, são identificadas as demandas específicas dessa unidade de cuidado e, em função delas, é construído o plano terapêutico do paciente. O plano terapêutico define os focos e as estratégias de intervenção da psicologia e da equipe multidisciplinar como um todo, por meio da discussão coletiva dos casos.

No caso de identificação de sofrimento psíquico por parte do paciente, investigam-se as origens desse sofrimento. Trata-se do mal-estar gerado pelo desconforto dos sintomas ainda não muito bem controlados? Tem relação com sentimento de impotência e perdas que a doença e o declínio da funcionalidade trouxeram? Cabe então à equipe multidisciplinar, em conjunto com a família, garantir o protagonismo do paciente no que compete às decisões relativas ao seu tratamento, como também no que diz respeito à organização de sua vida pessoal e à manutenção de sua autonomia como sujeito lúcido e orientado capaz de verbalizar o que deseja, como que visitas quer receber, onde gostaria de morar e com quem, o que tem vontade de comer etc.⁷.

Em se tratando de um quadro de depressão ou ansiedade, com histórico anterior de transtornos de humor, avalia-se, em equipe, a introdução e/ou o manejo de tratamento com psicotrópicos, em conjunto com outras estratégias de relaxamento não medicamentosas e psicoterapia de apoio, por meio da qual pode verbalizar seus sentimentos, pensamentos e necessidades. Família e equipe podem traçar, em conjunto, estratégias de conforto para o paciente, como criar um ambiente mais agradável na enfermaria do hospital, com presença de objetos, fotos, músicas, livros, plantas, filmes, material de artesanato e acompanhantes mais tranquilos. Ou ainda providenciar visitas de amigos mais afastados até então, de crianças e animais com os quais o vínculo do paciente é forte. Pode-se ofertar também, quando o quadro clínico do paciente permite, a visita a espaços de *day care* do hospital, nos quais ele pode ter acesso a confraternizações, atividades lúdicas e de artesanato, jogos e socialização com outros pacientes¹⁰.

O acompanhamento psicológico oferece espaço de escuta ao paciente, no qual ele pode expressar suas emoções associadas ao processo de adoecimento, à vivência do tratamento e à noção de sua condição de terminalidade, permitindo que trace planos ainda executáveis e identifique ainda fontes de prazer, como também conflitos e pendências relacionais a serem resolvidas ou não. O psicólogo pode mediar a comunicação entre paciente e família, auxiliando no entendimento

dos desejos e das necessidades do paciente e na compreensão de pontos de vistas de situações aparentemente divergentes, facilitando a convivência, a identificação de necessidades comuns e a garantia do respeito às vontades do paciente¹.

Quando há questionamentos de cunho filosófico ou religioso e necessidade de suporte dessa natureza, deve ser oferecido o atendimento por parte da capelania institucional ou de visitas de líderes religiosos com quem o paciente já possua vínculo prévio.

Nas situações em que todas as estratégias elencadas se mostram ineficazes e inoperantes, pode-se oferecer ao paciente a terapia de sedação paliativa, como forma de atenuar sintomas e sofrimento psíquico¹¹.

Pensando no âmbito familiar, as estratégias de intervenção também são construídas e organizadas coletivamente em equipe. Assim, ao se constatar, por exemplo, a dificuldade de aceitação e de atendimento da gravidade e incurabilidade da doença por parte de um membro da família ou pelo grupo familiar, são pensadas formas de lidar com essa condição e minimizá-la. Essas formas podem incluir: conversas esclarecedoras com o médico, o psicólogo e outros membros da equipe; apresentação e discussão de exames de imagem; reuniões entre equipe e família nas quais se abordam o quadro clínico e o prognóstico; suporte psicológico por meio de psicoterapia de apoio a esse familiar, pela qual é oferecido um espaço para expressão de sentimentos associados à vivência do adoecimento do paciente, ao histórico de perdas e doenças na família, bem como à compreensão e às crenças acerca da finitude.

Do mesmo modo, quando for verificada condição de sobrecarga do cuidador, devem ser convocados, quando possível, outros membros da família para o acompanhamento do paciente no hospital ou no domicílio. De igual modo, deve ser pensada, em conjunto com a psicologia, o serviço social e os familiares, a reorganização da rede de cuidados, aventando as diferentes possibilidades, como a contratação de cuidadores, a internação social do paciente por um período predeterminado, a mudança do paciente para o domicílio de outro familiar, o encaminhamento do paciente para uma instituição de acolhimento conveniada, entres outros¹². Vale salientar que essa reorganização de rede familiar apenas pode ser pensada a cada vez e a cada caso, pois sempre deve incluir as especificidades dos vínculos familiares, as condições sócio-históricas e socioeconômicas e os recursos institucionais disponíveis.

ELABORAÇÃO DE DOCUMENTOS PSICOLÓGICOS

A partir da avaliação psicológica, podem-se confeccionar documentos dela decorrentes são eles:

- Atestado psicológico:

É um documento expedido pelo psicólogo que certifica uma determinada situação ou estado psicológico, tendo como finalidade afirmar sobre as condições psicológicas de quem, por requerimento, o solicita, com fins de: a) Justificar faltas e/ou impedimentos do solicitante; b) Justificar estar apto ou não para atividades específicas, após realização de

um processo de avaliação psicológica, dentro do rigor técnico e ético que subscreve esta Resolução; c) Solicitar afastamento e/ou dispensa do solicitante, subsidiado na afirmação atestada do fato, em acordo com o disposto na Resolução CFP nº 015/96⁷.

- Relatório ou laudo psicológico:

O relatório ou laudo psicológico é uma apresentação descritiva acerca de situações e/ou condições psicológicas e suas determinações históricas, sociais, políticas e culturais, pesquisadas no processo de avaliação psicológica. Como todo DOCUMENTO, deve ser subsidiado em dados colhidos e analisados, à luz de um instrumental técnico (entrevistas, dinâmicas, testes psicológicos, observação, exame psíquico, intervenção verbal), consubstanciado em referencial técnico-filosófico e científico adotado pelo psicólogo. A finalidade do relatório psicológico será a de apresentar os procedimentos e conclusões gerados pelo processo da avaliação psicológica, relatando sobre o encaminhamento, as intervenções, o diagnóstico, o prognóstico e evolução do caso, orientação e sugestão de projeto terapêutico, bem como, caso necessário, solicitação de acompanhamento psicológico, limitando-se a fornecer somente as informações necessárias relacionadas à demanda, solicitação ou petição⁷.

Importante ressaltar que o psicólogo que atua em cuidados paliativos, na elaboração de documentos, deverá adotar, como princípios norteadores, as técnicas de linguagem escrita e os princípios éticos, técnicos e científicos da profissão. Ressalta-se que a escrita de documentos, a partir de avaliações psicológicas, não é isenta de efeitos e produz implicações práticas e reais na vida das pessoas avaliadas e no contexto social.

Algumas dificuldades na elaboração de documentos

Em razão da complexidade das questões que envolvem a subjetividade e a psiquê humanas, a elaboração de documentos derivados de avaliações psicológicas não é uma tarefa simples e produz algumas questões, como:

- O que deve estar contido no documento?
- Como escrever respeitando os princípios técnicos e éticos, sem deixar de comunicar o essencial ao destinatário não psicólogo?
- Quais cuidados devem ser adotados na elaboração de um documento para salvaguardar o sigilo e os princípios e dispositivos do Código de Ética Profissional do psicólogo?

Para auxiliar no esclarecimento dessas dúvidas frequentes, foram organizadas, em consonância com a resolução CFP⁷, algumas orientações que se encontram no próximo tópico.

Recomendações para a elaboração de documentos

- Sempre indagar qual a finalidade do documento solicitado e analisar a demanda antes de atendê-la. Essas perguntas incluem: quem solicitou o documento? Para qual instituição

está sendo realizado esse documento? Qual o papel do avaliado frente à solicitação desse documento?

- Saber distinguir avaliação e julgamento. Avaliar não é julgar. Desse modo, devem-se evitar termos e posições morais que possam ocasionar mal-entendidos.
- Elaborar o documento, desenvolvendo-o de acordo com a melhor contribuição dos profissionais psicólogos às causas que lhes são dirigidas nos espaços de atuação.
- Saber que uma das principais funções do documento é auxiliar os outros profissionais em suas condutas, fato que exige cuidado com a linguagem que será utilizada. Essa não pode ser inacessível aos profissionais de outras áreas e nem ser realizada com palavras do senso comum.
- Construir uma escrita cuidadosa, formal e com termos técnicos, com informações claras, contendo apenas dados úteis para determinada situação e preservando o sigilo.
- Evitar uso de diagnóstico cuja compreensão, fora do contexto clínico, pouco contribua à elucidação da situação.
- Comunicar as situações de possíveis riscos para o avaliado ou para terceiros envolvidos no processo.
- Anexar documentos psicológicos em prontuários multidisciplinares contendo somente os dados sobre o estado emocional do paciente que forem estritamente necessários de serem comunicados à equipe interdisciplinar por serem importantes para o tratamento do paciente. Deve-se, a partir da lógica do cuidado, resguardar a privacidade do paciente e analisar a pertinência das informações a serem colocadas ou não no referido documento.

CUIDADOS NA AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA EM CUIDADOS PALIATIVOS

São necessários, na avaliação psicológica, alguns cuidados:

- Preservar o sigilo e não expor o avaliado.
- Evitar possíveis situações geradoras de conflito.
- Realizar uma avaliação global que inclua o sujeito em seus contextos sócio-histórico e familiar.
- Entender e ressaltar o caráter temporário e parcial da avaliação.
- Não realizar análises preditivas que sejam taxativas ou que descrevam o futuro do avaliado de modo categórico.

REGISTRO

Cumpra salientar que, conforme determina a resolução CFP¹³, todas as avaliações psicológicas e os atendimentos realizados por psicólogos devem resguardar a privacidade dos usuários e conter

apenas as informações necessárias ao cumprimento dos objetivos do trabalho. Do mesmo modo, de acordo com o primeiro capítulo dessa resolução, além do registro em prontuário único de uso do serviço multiprofissional, no caso de haver informações sigilosas que não possam ser compartilhadas com o restante da equipe, o profissional de psicologia deve manter registros documentais paralelos, de caráter também sigiloso. Esses registros devem estar atualizados e devem conter, de forma resumida, a descrição e a evolução do trabalho prestado, discriminando os procedimentos técnico-científicos adotados e a evolução das atividades realizadas. Da mesma maneira, todos os instrumentos utilizados em avaliações psicológicas realizadas precisam ser arquivados em local de acesso exclusivo aos profissionais de psicologia, pelo prazo mínimo de cinco anos, com registro de objetivos e encaminhamentos realizados, bem como definição de data de emissão, finalidade e destinatário.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Frente ao que foi discutido no presente texto, percebe-se que, durante a avaliação psicológica em cuidados paliativos, cabe ao psicólogo utilizar os recursos de sua especialidade para dimensionar a problemática psicológica dos envolvidos na situação. Tal dimensionamento implica o estabelecimento de um programa de intervenção no caso, com avaliação, acompanhamento, orientação e encaminhamento das pessoas envolvidas no processo, principalmente quando se fala na atuação em uma clínica de tamanha complexidade, como a de cuidados paliativos. Por fim, cabe ressaltar que a função primordial do psicólogo, no contexto da avaliação, é sempre o cuidado.

REFERÊNCIAS

1. FERREIRA, A. P. de Q.; LOPES, L. Q. F.; MELO, M. C. B. de. O papel do psicólogo na equipe de cuidados paliativos junto ao paciente com câncer. **Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar**, Belo Horizonte, v. 14, n. 2, p. 85-98, jul./dez. 2011.
2. PEREIRA, E.; REYS, KZ. Conceitos e Princípios. *In*: CASTILHO, R. K.; SILVA, V. C. S. da; PINTO, C. da S. (ed.). **Manual de cuidados paliativos**. 3. ed. São Paulo: Academia Nacional de Cuidados Paliativos; Atheneu, 2021. p. 3-6.
3. COMAS, M. D.; SCHRODER, M.; VILLABA, O. Intervención psicológica em una unidad de cuidados paliativos. *In*: REMOR, E.; ARRANZ, P.; ULLA, S. (ed.). **El psicólogo em el ámbito hospitalário**. Bilbao: Editorial Desclée de Brouwer, 2003. p. 777-813.
4. MELO, A. C.; VALERO, F. F.; MENEZES, M. A intervenção psicológica em cuidados paliativos. **Psicologia, Saúde & Doenças**, Lisboa, v. 14, n. 3, p. 452-469, jul./out. 2013.
5. FIGUEIREDO, M. T. A.; BIFULCO, V. A. A psico-oncologia e o atendimento domiciliar em cuidados paliativos. *In*: CARVALHO, V. A. de. *et al.* (org.). **Temas em psico-oncologia**. São Paulo: Summus, 2008. p. 373-381.
6. FIGUEIREDO, M. G. M. C. Cuidados paliativos. *In*: CARVALHO, V. A. de. *et al.* (org.). **Temas em psico-oncologia**. São Paulo: Summus, 2008. p. 382-387.
7. CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (Brasil). **Resolução CFP nº 007/2003**. Institui o Manual de Elaboração de Documentos Escritos produzidos pelo psicólogo, decorrentes de avaliação psicológica e revoga a Resolução CFP nº 17/2002. Brasília, DF: 2003. Disponível em: https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2003/06/resolucao2003_7.pdf. Acesso em: 7 jul. 2022.
8. CASTILHO, R. K.; SILVA, V. C. S. da; PINTO, C. da S. (ed.). **Manual de cuidados paliativos**. 3. ed. São Paulo: Academia Nacional de Cuidados Paliativos; Atheneu, 2021.
9. HALEY, W. E. *et al.* Roles for psychologists in end-of-life care: emerging models of practice in professional psychology. **Research and Practice, American Psychological Association**, [s. l.], v. 34, n. 6, p. 626-633, 2003.
10. OUVENEY, A. P. de A. *et al.* Internação hospitalar. *In*: INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **Cuidados paliativos: vivências e aplicações práticas do Hospital do Câncer IV**. Rio de Janeiro: INCA, 2021. p. 41-51. Disponível em: https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//cuidados_paliativos_vivencias_e_aplicacoes_praticas_do_hc_iv.pdf. Acesso em: 7 jul. 2022.
11. CASTRO, A. B. R. *et al.* Terapia de sedação paliativa. *In*: INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **Cuidados paliativos: vivências e aplicações práticas do Hospital do Câncer IV**. Rio de Janeiro: INCA, 2021. p. 125-132. Disponível em: https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//cuidados_paliativos_vivencias_e_aplicacoes_praticas_do_hc_iv.pdf. Acesso em: 7 jul. 2022.
12. ABALO, J. *et al.* Ansiedad y actitudes ante la muerte: revisión y caracterizaciónn um grupo heterogêneo de profesionales que se capacita em cuidados paliativos. **Pensamiento Psicológico**, Cali, Colombia, v. 4, n. 10, p. 27-58, 2008.
13. CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (Brasil). **Resolução CFP nº 001/2009**. Dispõe sobre a obrigatoriedade do registro documental decorrente da prestação de serviços psicológicos. Brasília, DF: CFP, 2009. Disponível em: <https://transparencia.cfp.org.br/wp-content/uploads/sites/15/2016/12/resolucao2009-01.pdf>. Acesso em: 7 jul. 2022.

AVALIAÇÃO DO FARMACÊUTICO

INTRODUÇÃO

A farmácia clínica é definida como “área da farmácia, voltada à ciência e à prática do uso racional de medicamentos, na qual os farmacêuticos prestam cuidado ao paciente de forma a otimizar a farmacoterapia, promover saúde e bem-estar, e prevenir doenças”¹. Esse conceito incorpora a filosofia do cuidado farmacêutico, que se caracteriza pela prática na prestação de diferentes serviços farmacêuticos ao paciente, à família e à comunidade por meio de uma ação integrada com a equipe multiprofissional de saúde². Portanto, abrange diversas modalidades de atendimento: internação hospitalar, ambulatório, domicílios de pacientes, instituições de longa permanência, entre outros¹.

O cuidado farmacêutico tem como objetivo garantir que a terapia medicamentosa do paciente seja indicada de forma correta para que seus problemas de saúde sejam devidamente tratados, os medicamentos prescritos sejam seguros e eficazes, e o paciente seja capaz de utilizá-los de forma adequada³. É realizado por meio dos serviços clínicos farmacêuticos, como a revisão da farmacoterapia, a conciliação medicamentosa, o acompanhamento farmacoterapêutico e a educação em saúde⁴.

Esses serviços são caracterizados por um conjunto de atividades específicas de natureza técnica, cuja realização encontra embasamento legal na Resolução nº 585 do Conselho Federal de Farmácia (CFF) de 2013, que regulamenta as atribuições clínicas do profissional farmacêutico e define os direitos e as responsabilidades que concernem à sua área de atuação¹.

Em 2017, a OMS lançou uma nova estratégia com a finalidade de reduzir os danos evitáveis relacionados ao uso de medicamentos: o *Desafio Global de Segurança do Paciente – Medication Without Harm* (medicação sem danos, em tradução livre). Com isso, foram propostas ações em áreas prioritárias: situações de alto risco (cenário hospitalar e extremos etários), polifarmácia e transição do cuidado⁵. Cabe ressaltar que essas não são áreas excludentes, e o mesmo paciente pode estar exposto a várias dessas situações simultaneamente, como é o caso de muitos sob cuidados paliativos oncológicos admitidos no HC IV.

Com relação à polifarmácia, há divergências na literatura acerca da sua definição, contudo o conceito mais difundido é: uso concomitante de quatro ou mais medicamentos. Quanto maior a quantidade de medicamentos utilizados pelos pacientes, maiores os riscos de eventos adversos, interações medicamentosas, entre outros agravantes⁶. Sabendo que a maior parte dos pacientes internados no HC IV são polissintomáticos e que normalmente necessitam de vários fármacos para o controle dos sintomas, torna-se ainda mais importante um olhar diferenciado, voltado para a revisão da farmacoterapia, além do desenvolvimento de estratégias para garantir a segurança do paciente.

Outra área de relevância que requer o desenvolvimento de ações para prevenir erros de medicação é a transição do cuidado. Segundo o Instituto para Práticas Seguras no Uso de Medicamentos, esse termo se refere a “um conjunto de ações destinadas a assegurar a coordenação e a continuidade do cuidado em saúde quando pacientes são transferidos entre diferentes cenários, diferentes setores ou níveis de cuidado em uma mesma instituição de saúde, ou entre diferentes profissionais”⁷.

No que tange à terapia medicamentosa, estudos mostram que a ocorrência de erros de medicação pode aumentar no momento da transição do cuidado, sobretudo erros de comunicação nos ambientes hospitalares. Há um consenso por parte dos especialistas de que essa etapa deve ser considerada como um ponto crítico na segurança dos pacientes. Entre as diferentes estratégias para prevenir os erros nesse momento, está a implantação de um serviço de conciliação medicamentosa, que pode ter o envolvimento de vários profissionais da equipe multidisciplinar⁷.

ABORDAGEM INICIAL DO FARMACÊUTICO NA INTERNAÇÃO HOSPITALAR

A seguir, serão apresentados aspectos observados e registrados na avaliação inicial do farmacêutico junto aos pacientes admitidos na Internação Hospitalar.

COLETA DE DADOS DO PACIENTE E DA SUA HISTÓRIA CLÍNICA

Deve ser feita a identificação dos pacientes admitidos que serão visitados pelo farmacêutico. Essa avaliação inicial deve ocorrer o mais precocemente possível, idealmente até 48 horas após a admissão. Para essa primeira etapa, é recomendado que seja desenvolvido um formulário exclusivamente para a coleta das informações necessárias. O formulário utilizado no HC IV para avaliação inicial pode ser visto na Figura 12, e o formulário de acompanhamento farmacoterapêutico ao longo da internação, na Figura 13. É importante que, antes da visita ao leito, o farmacêutico faça o registro dos dados obtidos no prontuário: nome completo, matrícula, leito, idade, sexo, tipo de câncer primário, progressão de doença, motivo da internação, modalidade de atendimento do paciente antes da internação, alergias e comorbidades apresentadas. Devem ser registrados também, no formulário, no campo livre para considerações, alguns dados como uso de dispositivos para nutrição, outras ostomias e informações relevantes relatadas na evolução da equipe. Cabe ressaltar que é fundamental a confirmação desses dados com o paciente e seu familiar no momento da visita farmacêutica.

Figura 12 - Formulário para avaliação farmacoterapêutica inicial

FORMULÁRIO FARMACÊUTICO					
DADOS DO PACIENTE					
Nome:	Matrícula:	Leito:	Origem:	Idade: Sexo:	
CA primário:	Data da internação:		Data da visita clínica:		
Fonte da informação: () Paciente () Acompanhante () Receita médica - Data da prescrição/receita:			KPS:		
Motivo da internação:			Nome acompanhante:		
Alergia: () Não () Sim, qual?			Comorbidades associadas: () Não () Sim, quais:		
Uso de medicamentos não padronizados: () Sim () Não Trouxe para o hospital: () Não () Sim, medicamentos na Farmácia () no Posto de Enfermagem ()					
CONCILIAÇÃO MEDICAMENTOSA					
Medicamentos pré-admissão (dose, posologia e via)	Conciliação com a prescrição da internação			Discrepância justificada	Considerações
	Mantido	Alterado	Não prescrito		
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10				Discrepância não justificada que necessita intervenção	
11					
12					
Medicamentos incluídos na admissão		Alterações Laboratoriais			
1		Data do Exame:			
2					
3					
4					
5					
6				Outros	Intervenção:
				PA:	Tipo:
Avaliação inicial:				HGT	
Dor ()	Sangramento ()			SOS	Aceita:
Náuseas/vômito ()	Falta de ar ()				
Data da última evacuação:					
Outros:					

Fonte: elaboração INCA.

Legenda: Ca – câncer; HGT – hemoglicoteste; KPS – *Karnofsky performance status*; PA – pressão arterial; SOS – uso quando necessário.

Figura 13 - Formulário para acompanhamento farmacoterapêutico ao longo da internação hospitalar

ACOMPANHAMENTO FARMACOTERAPÊUTICO			
Data:	Data:	Data:	Data:
Nº med prescritos:	Nº med prescritos:	Nº med prescritos:	Nº med prescritos:
Uso de SOS:	Uso de SOS:	Uso de SOS:	Uso de SOS:
PA:	PA:	PA:	PA:
HGT:	HGT:	HGT:	HGT:
SINTOMAS:	SINTOMAS:	SINTOMAS:	SINTOMAS:
() Dor	() Dor	() Dor	() Dor
() Falta de ar	() Falta de ar	() Falta de ar	() Falta de ar
() Náuseas/vômitos	() Náuseas/vômitos	() Náuseas/vômitos	() Náuseas/vômitos
() Constipação	() Constipação	() Constipação	() Constipação
Última evacuação:	Última evacuação:	Última evacuação:	Última evacuação:
() Sangramento	() Sangramento	() Sangramento	() Sangramento
() Insônia	() Insônia	() Insônia	() Insônia
() Outros	() Outros	() Outros	() Outros
OBS:	OBS:	OBS:	OBS:
Alta hospitalar com orientação farmacêutica: () Sim () Não Receita facilitada Sim () Não ()			
Conciliada: () Sim () Não		Com intervenção: () Sim () Não	
Tipo de intervenção:		Aceita: () Sim () Não	
Nome do acompanhante:			

Fonte: elaboração INCA.

Legenda: HGT – hemoglicoteste; PA – pressão arterial; SOS – uso quando necessário.

CONSULTA AOS EXAMES LABORATORIAIS

O farmacêutico deve consultar o último exame de sangue do paciente admitido. Alguns parâmetros devem ser avaliados na tomada da decisão clínica, como creatinina, *clearance* de creatinina, PCR, hemograma, entre outros. Os exames laboratoriais também auxiliam na definição de uma possível correção nas doses de diversos medicamentos⁸.

CONSULTA AOS REGISTROS DO PRONTUÁRIO

Deve ser realizada uma consulta à prescrição médica, na qual são observados alguns pontos importantes, como medicamentos checados após administração, medicamentos não administrados pela indisponibilidade na instituição ou pelo fato de o paciente ou familiar ter recusado, medicamentos utilizados pelo paciente que não fazem parte da seleção do hospital (não padronizados).

Também deve ser verificada a quantidade de medicamentos SOS (prescritos como “se necessário”) utilizados pelo paciente. Quanto maior o número de SOS utilizado pelo paciente, maior é o indício de sintomas mal controlados, conseqüentemente, faz-se necessário o ajuste dos medicamentos prescritos. Além disso, recomenda-se que seja consultado o plano de cuidado semanal da enfermagem, no qual constam os registros referentes aos sinais vitais e outras informações relacionadas à situação clínica do paciente.

CONCILIAÇÃO MEDICAMENTOSA

A conciliação medicamentosa requer uma avaliação sistemática e cautelosa de todos os medicamentos que estão sendo administrados ao paciente, para que as inclusões, alterações e descontinuidades sejam realizadas com segurança⁹. Essa é uma etapa fundamental no processo do cuidado farmacêutico, pois a coleta de informações precisas sobre os medicamentos utilizados pelos pacientes influencia diretamente no seu plano terapêutico.

Coleta do histórico medicamentoso do paciente

No formulário da avaliação farmacêutica, devem ser registrados os medicamentos utilizados pelo paciente imediatamente antes da internação (prescritos ou não prescritos, de uso contínuo ou não). O objetivo é obter o melhor histórico medicamentoso possível do paciente. Para isso, devem ser utilizadas diferentes fontes de informação⁹. Dessa forma, espera-se aumentar a veracidade dos dados obtidos referentes à lista de medicamentos previamente utilizados antes da admissão.

Inicialmente, deve ser consultada a última receita ou prescrição que consta no sistema informatizado e as evoluções em prontuário, além de ser feita uma visita ao leito do paciente.

Na visita farmacêutica, deve ser realizada uma entrevista sistematizada com paciente, familiar e/ou cuidador, para confirmação dos dados sobre a história clínica do paciente e dos medicamentos

previamente utilizados, completando assim o processo de conciliação medicamentosa. Para efetiva autenticidade das informações, é muito importante que o cuidador principal esteja presente nesse momento, uma vez que muitos pacientes têm dificuldade de comunicação ou não sabem informar a lista de medicamentos usados em domicílio.

Caso o paciente utilize medicamentos que não fazem parte da seleção do Instituto, o farmacêutico deve verificar se o paciente possui esses medicamentos consigo no leito. Se tiver levado para o hospital, o acompanhante deve ser orientado sobre a política de medicamentos trazidos pelo paciente, na qual é recomendada a guarda temporária desses itens na farmácia e, em alguns casos, no posto de enfermagem, por exemplo, os frascos de apresentação em multidoses. Se for necessário manter os medicamentos que não fazem parte da seleção do INCA durante o período da internação, eles devem ser incluídos na prescrição, após cadastro realizado pelo farmacêutico em sistema informatizado.

Comparação entre os medicamentos pré e pós-admissão

Após a obtenção da lista dos medicamentos utilizados pelo paciente em domicílio, é necessário fazer a comparação com a prescrição médica vigente na internação para identificar se existem discrepâncias entre os fármacos prescritos. Considera-se discrepância qualquer diferença na farmacoterapia do paciente, e ocorre quando o prescritor altera (via, dose ou frequência), adiciona ou omite um medicamento que o paciente utilizava antes da transição do cuidado⁷.

As discrepâncias podem ser intencionais (documentadas ou não) ou não intencionais. Normalmente, o farmacêutico deve confirmar junto ao prescritor a sua decisão quando não há documentação clara e completa da alteração realizada. As discrepâncias não intencionais podem ser consideradas erros de prescrição, gerando intervenções farmacêuticas para resolvê-los ou evitá-los⁷.

REVISÃO DA FARMACOTERAPIA

O farmacêutico deve realizar essa etapa baseando-se em todas as informações coletadas. O CFF define revisão da farmacoterapia como

[...] serviço pelo qual o farmacêutico faz uma análise estruturada e crítica sobre os medicamentos utilizados pelo paciente, com o objetivo de minimizar a ocorrência de problemas relacionados à farmacoterapia, melhorar a adesão ao tratamento e os resultados terapêuticos, bem como reduzir o desperdício de recurso⁴.

Dessa forma, é possível detectar e resolver precocemente os possíveis problemas relacionados aos medicamentos presentes ou potenciais, assim como em outras demandas do paciente e/ou cuidador, visando a prevenir os resultados negativos com medicamentos.

Os problemas identificados podem ser, por exemplo, reações adversas, baixa adesão, erros de dose e posologia, interações medicamentosas, vias de administração contraindicadas e necessidade de acompanhamento, de terapia adicional e de desprescrição de algum fármaco. Há de se avaliar oportunidades de redução no custo do tratamento⁴. No momento da análise da prescrição, visando a ofertar ao paciente as melhores alternativas terapêuticas disponíveis, podem ser geradas propostas de modificação de conduta médica e/ou de enfermagem. Para a realização dessas intervenções, o farmacêutico deve fazer a comunicação efetiva com a equipe por meio de ligação telefônica, mensagens, evolução em prontuário, pessoalmente, ou por meio dos *rounds* multiprofissionais, que são reuniões realizadas para discussão de casos clínicos dos pacientes. Nesse caso, o processo de comunicação junto à equipe é facilitado.

REGISTRO DAS AÇÕES DO FARMACÊUTICO

EVOLUÇÃO EM PRONTUÁRIO

De acordo com a resolução nº 555, regulamentada pelo CFF em 30 de novembro de 2011, o farmacêutico tem o dever de registrar, de forma clara e ordenada, as informações resultantes do processo de assistência farmacêutica que compreende a orientação ao paciente e à equipe de saúde em vários cenários, incluindo pacientes internados e serviços especializados em oncologia e cuidados paliativos. Dessa forma, o farmacêutico deve fazer o registro formal das suas ações no prontuário do paciente¹⁰.

Em consonância com aspectos legais, após avaliação dos pacientes admitidos na internação do HC IV, deve ser realizada a evolução farmacêutica em sistema informatizado utilizado pelo Instituto. Nos casos em que são geradas intervenções farmacêuticas junto a outros profissionais, sempre que possível, é importante que seja discutido o caso com os envolvidos para esclarecer os pontos abordados antes de efetuar o registro em prontuário. Feito isso, devem ser relatadas tanto as alterações aceitas pelos profissionais quanto as não aceitas, com sua respectiva justificativa¹⁰.

INDICADORES DA ÁREA DE FARMÁCIA

Para que seja realizada uma avaliação mais criteriosa dos serviços, são importantes a mensuração e o monitoramento das informações. O indicador é uma medida quantitativa e pode ser utilizado como ferramenta para avaliar e monitorar as atividades desempenhadas pelos diversos serviços, dessa forma, pode ser base para melhoria do cuidado ofertado ao paciente¹¹.

Os dados dos pacientes visitados pelo farmacêutico devem ser registrados em planilha desenvolvida exclusivamente para essa atividade. As intervenções farmacêuticas devem ser categorizadas em diferentes tipos e classificadas de acordo com a aceitabilidade. Por meio da análise dos resultados, há um direcionamento para inconsistências, possibilitando o desenvolvimento de estratégias para melhoria dos processos e, conseqüentemente, do cuidado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente capítulo buscou contribuir para a reflexão sobre a atuação dos farmacêuticos inseridos na prática clínica. Como membro multiprofissional da equipe de cuidados paliativos oncológicos, seu trabalho tem como objetivo central desenvolver estratégias para promoção do uso seguro e racional dos medicamentos, bem como auxiliar no controle dos sintomas, principalmente a dor, que é uma das queixas mais frequentes dos pacientes com doença avançada, de forma a garantir conforto e qualidade para eles. Além disso, é fundamental prestar uma atenção farmacêutica humanizada, pois essa ameniza o sofrimento de pacientes e familiares e reforça a prática do cuidado, sobretudo em situações de terminalidade de vida.

REFERÊNCIAS

1. CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA (Brasil). **Resolução nº 585, de 29 de agosto de 2013**. Regulamenta as atribuições clínicas do farmacêutico e dá outras providências. Brasília, DF: Conselho Federal de Farmácia, 2013. Disponível em: <https://www.cff.org.br/userfiles/file/resolucoes/585.pdf>. Acesso em: 7 jul. 2022.
2. SOCIEDADE BRASILEIRA DE FARMÁCIA CLÍNICA. **Origem da Farmácia Clínica no Brasil, seu desenvolvimento, conceitos relacionados e perspectivas**. Brasília, DF: SBFC, 2019. v. 1.
3. CIPOLLE, R. J.; STRAND, L.; MORLEY, P. **Pharmaceutical care practice: the patient-centered approach to medication management**. 3rd ed. New York: McGraw Hill, 2012.
4. CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA (Brasil). **Serviços farmacêuticos diretamente destinados ao paciente, à família e à comunidade: contextualização e arcabouço conceitual**. Brasília, DF: Conselho Federal de Farmácia, 2016. Disponível em: https://www.cff.org.br/userfiles/Profar_Arcabouco_TELA_FINAL.pdf. Acesso em: 7 jul. 2022.
5. DESAFIO global de segurança do paciente: medicação sem danos. **Boletim ISPM Brasil**. Belo Horizonte: ISPM Brasil, v. 7, n. 1, fev. 2018. Disponível em: https://www.ismp-brasil.org/site/wp-content/uploads/2018/02/ISMP_Brasil_Desafio_Global.pdf. Acesso em: 7 jul. 2022.
6. POLIFARMÁCIA: Quando muito é demais? **Boletim ISPM Brasil**. Belo Horizonte: ISPM Brasil, v. 7, n. 3, nov. 2018. Disponível em: <https://www.ismp-brasil.org/site/wp-content/uploads/2018/12/BOLETIM-ISMP-NOVEMBRO.pdf>. Acesso em: 7 jul. 2022.
7. PREVENÇÃO de erros de medicação na transição do cuidado. **Boletim ISMP Brasil**. Belo Horizonte: ISPM Brasil, v. 8, n. 2, nov. 2019. Disponível em: Disponível em: <https://www.ismp-brasil.org/site/wp-content/uploads/2018/12/BOLETIM-ISMP-NOVEMBRO.pdf>. Acesso em: 7 jul. 2022.. Acesso em: 7 jul. 2022.
8. USO SEGURO de medicamentos por pacientes com doença renal crônica. **Boletim ISPM Brasil**. Belo Horizonte: ISPM Brasil, v. 10, n. 5, out. 2021. Disponível em: Disponível em: https://www.ismp-brasil.org/site/wp-content/uploads/2021/10/Boletim_outubro_2021_doenca_renal_cronica.pdf. Acesso em: 7 jul. 2022.. Acesso em: 7 jul. 2022.
9. INSTITUTE FOR SAFE MEDICATION PRACTICES CANADA. **Medication reconciliation (MedRec)**. Canada: ISMP Canada, [2016?]. Disponível em: <https://www.ismp-canada.org/medrec/>. Acesso em: 18 out. 2021.
10. CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA (Brasil). **Resolução nº 555, de 30 de novembro de 2011**. Regulamenta o registro, a guarda e o manuseio de informações resultantes da prática da assistência farmacêutica nos serviços de saúde. Brasília, DF: Conselho Federal de Farmácia, 14 dez. 2011. Disponível em: http://www.crfsp.org.br/images/res_555.pdf. Acesso em: 7 jul. 2022.
11. BITTAR, O. J. N. Indicadores de qualidade e quantidade em saúde. **RAS**, [s. l.], v. 3, n. 12, p. 21-28, jul./set. 2011.

AVALIAÇÃO DO CAPELÃO

INTRODUÇÃO

A OMS apresenta, em sua definição, a saúde como um completo bem-estar físico, psíquico e social, e não apenas ausência de doenças. Para o teólogo alemão Jürgen Moltmann, essa definição torna a saúde ideal inatingível para os seres humanos. A noção de saúde como funcionamento perfeito de todos os órgãos acaba levando a uma utopia da alegria sem dor, de uma existência sem conflitos. A expressão "completo bem-estar" denota pouca dinâmica em um processo em que pessoas não permanecem em um estado constante, e revela uma idealização do conceito que não pode ser utilizado como meta nos serviços de saúde. Segundo Moltmann, saúde é a capacidade para superação da forma autônoma da dor, da enfermidade e da morte. Não é ausência de dor e transtornos, é a força para viver com eles¹.

Se a saúde for vista como essa força pra realizar a existência, o ser humano passa a ser colocado acima do ser são. A saúde deixa de ser o sentido da vida humana e passa a ser a consequência de uma vida com sentido. Outrossim, se a saúde for dissociada de uma intervenção unicamente curativa, outras dimensões podem vir à tona, como possibilidades de conferir novos sentidos à vida. Nesse tema, Almeida afirma:

A idolatria da saúde pela sociedade burguesa produz exatamente aquilo que ela mais quer superar, o temor da enfermidade e da morte. Mas, se consideramos, provisoriamente, saúde como a força para realizar a existência humana, então a reivindicamos não apenas diante do endeusamento ilusório do moderno culto da saúde; antes a descobriremos principalmente na experiência da dor, do sofrimento e da morte².

Batistella defende que o conceito apresentado pela OMS traz sérios problemas, podendo ocasionar práticas arbitrárias de controle e exclusão de tudo aquilo que for considerado perigoso. O discurso médico pode se tornar jurídico, fazendo passível de intervenção ou medicalização tudo aquilo que for considerado perigoso ou desviante³. Nessa linha, a saúde não pode ser classificada como ausência de erros, desvios e transtornos, mas sim como a capacidade de enfrentá-los. Não se pode, portanto, associar a saúde com normalidade, embora seja a definição mais utilizada pelo público em geral.

Diversos autores³⁻⁵ têm destacado o equívoco entre os conceitos de anomalia e patologia, ou, de forma mais clara, entre normalidade e saúde. Sobretudo na cultura ocidental moderna, o processo de saúde-doença tem sido explicado pelos saberes biológicos, favorecendo aquilo que se conhece como modelo biomédico, ou, em alguns contextos, biomedicina. Esclarece Bonet que o processo de construção desse modelo começa a tomar forma na Europa Ocidental e tem como pano de fundo o ambiente científico "como uma fratura epistemológica ocasionada pelo advento

da filosofia mecanicista, a qual propunha uma nova forma de ver o mundo. Nesse momento as explicações religiosas sobre a natureza cederam lugar a interpretações racionalistas⁶. Os fatos e as análises que aqui importam são apenas aqueles apreensíveis por um pensamento metódico e racional.

No ano de 1986, na cidade de Brasília, foi realizada a *VIII Conferência Nacional de Saúde* e foi formulado aquele que, ainda hoje, é conhecido como conceito ampliado de saúde, em resposta aos regimes autoritários e às crises dos sistemas públicos de saúde em vários países da América Latina nos anos de 1970 e 1980. Foi postulado que:

Em sentido amplo, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso aos serviços de saúde. Sendo assim, é principalmente resultado das formas de organização social, de produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida⁷.

Apesar de, até mesmo na Constituição da República Federativa do Brasil, de 1988, a saúde ser promulgada como “um direito de todos e dever do Estado”⁸ e esse texto ainda ser considerado hoje como uma grande conquista após a redemocratização do país, a organização de serviços e assistência parece não estar nem um pouco preparada, política e tecnicamente, para o seu cumprimento. Pensar a saúde para além de um modelo biomédico, abarcando acesso à educação, ao trabalho, ao transporte, à alimentação e ao lazer, necessita de uma reorganização do modelo de atenção para além das práticas curativa e pontual usuais.

A noção de saúde sempre vai possuir marcas do tempo em que é refletida, visto que abarca contextos de naturezas econômica, social e cultural de um tempo e local. Uma fiel compreensão significa levar em consideração o grau de conhecimento disponível em cada sociedade. Essa reflexão torna urgente que as equipes de saúde se concentrem na percepção de como a população compreende as práticas de saúde, visto que é exatamente nesse encontro entre sujeitos, e não entre sujeito e objeto, que se constroem formas de cuidado mais mediadoras que intervencionistas.

Falar de saúde é remeter também à dor, ao sofrimento, ao prazer, ao sentido, para além de uma concepção puramente orgânica. É com essa convicção que Canguilhem sustenta que a saúde não é um conceito científico, mas vulgar, além de uma questão filosófica. Vulgar não numa conotação de trivialidade, mas comum, ao alcance de todos, capaz de ser enunciado por qualquer sujeito⁹.

Em tempos como os atuais, em que se multiplicam as técnicas, os métodos e os recursos, tudo isso nem sempre é acompanhado de uma escuta humana, inclusiva, que entenda a saúde como algo mais do que simplesmente o tratamento curativo. No contexto da técnica, o “curar quando possível” dá lugar ao “curar a todo custo” e a persistência em um tratamento curativo, por mais paradoxal que pareça, leva à desumanização. Emerge uma questão por parte dos pacientes, nem sempre observada por quem o circunda: o medo de ser tratado como um objeto, uma patologia, ou até mesmo de ser visto como um peso para a família afeta o senso de dignidade do paciente.

Privar o indivíduo de sua humanidade em favor da técnica não é o melhor caminho para dignificar a existência humana. Isso é nítido quando o enfermo tem a sua identidade tragada pelo seu sofrimento. Ele passa a ser conhecido pelo mal do qual sofre, e não por quem é, pela doença que carrega, pela gravidade do seu prognóstico, e não pelo seu nome. Por isso Kübler-Ross¹⁰ afirma que o processo de morrer se tornou extremamente solitário. Percebe-se um fenômeno de evitamento da emoção no decorrer do luto contemporâneo. O choro só é externado quando ninguém vê ou escuta. O luto tornou-se vergonhoso e solitário. Cria-se a ilusão da saúde perfeita que vence toda fragilidade humana. Assim, o morrer torna-se sinal de fracasso tanto para o moribundo, quanto para quem dele cuida.

Na década de 1970, uma mudança de paradigma fez com que se alterasse o foco das questões da doença para a saúde, numa conceituação positiva, e a ideia do sentido passou a receber uma atenção maior por parte das pesquisas. Segundo vários autores, independente das mais diversas definições e dificuldades metodológicas que são encontradas, "os teóricos são unânimes em assumir o sentido de vida como crucial para o desenvolvimento humano e promotor de esperança, realçando o seu efeito terapêutico"¹¹.

Com o rompimento do modelo biomédico, surge uma nova visão de promoção em saúde. Contudo, não é fácil romper com a mentalidade do corpo como única fonte de doença e de cura. Não obstante, com as novas descobertas da neurociência, torna-se impraticável negar a existência de outras dimensões também passíveis de adoecimento e com possibilidades curativas num sentido mais amplo. Encontrar um sentido na vida também pode ser considerado como uma promoção de saúde pela via da espiritualidade.

ESPIRITUALIDADE E SAÚDE

Conhecido pesquisador do tema religiosidade e saúde, Harold Koenig apresenta a religião como um sistema de crenças e práticas que são vivenciadas dentro de uma comunidade, marcada por ritos, que são importantes para a manutenção e o reconhecimento daquele grupo e para comunicação ou ligação com o sagrado. Ali há um conjunto de leis, doutrinas e regras que ditam os comportamentos e explicam as razões de ser daquela comunidade. Em suas palavras, "a religião costuma oferecer um código moral de conduta que é aceito por todos os membros da comunidade que tentam aderir a esse código"¹². A religião, então, é caracterizada por seu aspecto organizacional e doutrinal.

Já Amatuzzi¹³ relaciona o termo com sentido. Ele acredita que esse *religare*, essa "relição", inaugura-se no reencontro de um significado básico para a vida, com referência, portanto, a um todo, mas não necessariamente com a postulação de um Deus nos moldes das religiões monoteístas. Ele enfatiza isso, pois até os sistemas ateístas, ao perceberem o significado da vida em algum contexto mais amplo, também podem ser classificados como "relições" e, dessa forma, cumprir uma função de um sistema religioso.

O entendimento de espiritualidade, por sua vez, está longe de ser consenso entre os estudiosos. Enquanto alguns atrelam os conceitos de espiritualidade e religião em um só, sob a alegação de que eles desempenham a mesma função, outros autores diferenciam-nos, destacando aspectos peculiares em cada um. Koenig¹² defende que, para fins clínicos, não deve haver objeção em se utilizar uma gama maior de conceituações sobre espiritualidade. É preciso levar em conta o que o paciente entende sobre espiritualidade, buscando compreender os elementos espirituais que o ajudam no lidar com a enfermidade.

O filósofo francês Luc Ferry¹⁴ propõe uma compreensão da espiritualidade para além do religioso. Se distanciando de imposições dogmáticas, Ferry apresenta a possibilidade da espiritualidade laica, que, mesmo com esse afastamento, é capaz, segundo ele, de resguardar a herança espiritual no que diz respeito à valorização do transcendente, à ideia de sagrado, e acima de tudo de amor dessas mesmas tradições. Todos esses elementos ganham, para o autor, uma interpretação laica e secularizada, que perpassa uma simples aplicação religiosa. A possibilidade de significar a própria vida, de salvar-se do desespero e da angústia, consequências naturais de uma vida sem sentido, passa não mais pelo auxílio divino, mas pela filosofia¹⁵.

As concepções ético-religiosas e as visões tradicionais do mundo caducaram. O homem moderno, para Ferry, vê-se diante do questionamento do que esperar se não há mais respostas prontas dadas pelas estruturas institucionais, que sempre monopolizaram as verdades absolutas. Ao longo de suas obras, Ferry¹⁴⁻¹⁶ busca trabalhar essa questão com a ideia de uma espiritualidade sem Deus, centrada no homem e em sua liberdade. Nesse movimento de secularização, o autor afirma a transcendência do amor, além da construção da ideia de homem-Deus¹⁵. Ao mudar sua relação com o transcendente, o ser humano também muda “a questão do sentido da vida [...] pois, a partir dali, seria o amor profano – e não mais o amor a Deus – a dar à existência dos indivíduos a sua significação mais manifesta”¹⁷.

É possível, assim, desenvolver uma espiritualidade mesmo que não se tenha uma religião expressa ou praticada. Questões religiosas podem compor os elementos da espiritualidade de um indivíduo, mas não monopolizar seus esforços, caso contrário, poderia se cair em uma espécie de espiritualidade vertical, focada apenas nos elementos que dizem respeito ao divino, e não levam em consideração a horizontalidade da espiritualidade. Essa horizontalidade, nem sempre observada, leva Leão¹⁸ a acreditar que a abordagem da espiritualidade deve ser bem mais ampla. Ela afirma que:

Envolve um componente vertical, religioso (um sentido de bem-estar em relação a Deus) e um componente horizontal, existencial (um sentido de propósito e satisfação de vida – que reflete crenças, valores, estilos de vida e interações com o “eu”, os outros e a natureza), sendo que este último não implica qualquer referência a conteúdo especificamente religioso¹⁸.

Nessa perspectiva, pensar na espiritualidade considerando-se apenas um dos eixos descritos pode levar à uma vivência atrofiada, de acordo com o modo como o indivíduo lida com as

questões da fé, que não é só no divino, mas sempre remete à vida, às relações e ao sentido, àquilo que lhe é sagrado.

A espiritualidade pode ser um agente de significação diante da doença, do sofrimento e da morte. A ideia, amplamente explorada pela indústria publicitária – a busca pela felicidade – desemboca em um círculo vicioso que vem da frustração de uma exigência cada vez maior por um sentido. Quando o indivíduo limita sua existência à busca pela autorrealização, fecha-se em si mesmo e em seu mundo, desprezando o universo que reside fora de si¹⁹.

Pensar em promoção de saúde é engajar-se em um processo que inclui o desenvolvimento de projetos de vida saudáveis, nuances como acesso à educação e ao lazer, a empregabilidade, a melhoria da convivência, mas que também, transcendendo à visão clássica de ausência de doenças, inclui o encontro do seu projeto de vida que é trilhado nos caminhos da descoberta de sentidos focados em si e na realização de algo para a sociedade¹⁹.

A busca por sentido é uma necessidade humana e, em nosso tempo, cada vez mais a sociedade sente aflorada a ausência de sentido. A associação do sentido apenas a experiências agradáveis pode ser um dos fatores que contribuem para esse vazio. Viktor Frankl aponta que o ser humano deve estar consciente de todas as possibilidades de sentido, por exemplo, o advindo do sofrimento, ou de um destino fatal, visto que “este sofrimento, contém a possibilidade de realizar o sentido mais profundo e os valores mais elevados: assim a vida, até o último momento, não deixa de ter um sentido”¹⁹.

Dessa forma, uma condição indispensável para a saúde é encontrar um sentido para a própria vida, entretanto, ao observar a história, parece contraditório afirmar que o sofrimento e/ou as doenças são dotadas de sentido. Essa concepção pode parecer permeada de uma esperança de cunho religioso. Na própria psicanálise, essa atitude pode ser interpretada como mecanismo de defesa, entretanto, como afirma Frankl, “a busca do indivíduo por um sentido é a motivação primária de sua vida, e não uma racionalização secundária de impulsos instintivos”²⁰.

Precisamente, esse vácuo caótico pode se constituir num lugar para o presente da vida e a vida do presente, onde as significações da existência, a espiritualidade livre das amarras do poder e do controle sobre o outro, a resiliência, motivada pela liberdade da vontade e pelos sentidos da vida possam pintar novas possibilidades de se olhar o mundo e encarar as intempéries da existência.

Oferecer um suporte espiritual a um paciente, mediando, intervindo ou mesmo encaminhando, é estar atento às necessidades e aos apelos não invisíveis, mas invisibilizados no meio da saúde. É entrar em sua biografia, ouvir seus gritos existenciais mais profundos e buscar compreender seu modo de estar e sentir.

AVALIAÇÃO E INTERVENÇÕES

Contudo, profissionais da saúde têm dificuldade em identificar necessidades espirituais e atendê-las. Estudo da dra. Mary Rute Esperandio²¹ identificou que menos de 15% dos pacientes internados tiveram tais demandas atendidas. Há um vasto leque de necessidades a se reconhecer no paciente e em sua família, que muitas vezes não são associadas à dimensão espiritual, mas que, tendo em conta toda conceituação já trabalhada neste capítulo, devem ser assumidas, de forma urgente, como necessidades atreladas ao sentido, e dar atenção a elas é auxiliar para que o indivíduo usufrua do maior bem-estar possível. Podem-se citar, por exemplo, ser reconhecido como pessoa, encontrar sentido, releitura e ressignificação da própria história, lidar com perdão, continuidade da vida, esperança, expressão de sentimentos, vivência religiosa.

Uma avaliação diagnóstica da dimensão espiritual precisa estar atenta ao que é dito com palavras, mas também àquilo que é expressado na ausência delas. Sintomas espirituais, como culpas, vazios, falta de confiança, desânimo, revolta, insegurança, precisam ser levados em consideração, pois podem apontar para outras necessidades mais profundas que demandem intervenções mais específicas.

Vários instrumentos de avaliação da dimensão espiritual foram criados e aperfeiçoados nos últimos anos. Por observação, aponta-se que, no Brasil, a utilização desses instrumentos ainda não é comum, sendo que, na maioria das vezes, o cuidado espiritual é delegado às pastorais religiosas. Independente do instrumento utilizado, há que se ter em mente que todos eles foram elaborados tendo como foco o indivíduo e não o contrário. Isso para ressaltar que precisam estar a serviço do doente, logo, não se pode adaptar os pacientes para caberem nos instrumentos. Quando bem utilizados, como aponta Koenig²², comunicam ao paciente que essa é uma dimensão reconhecida e respeitada pelo profissional da saúde, além de fornecer informações importantes para entender as motivações e os entendimentos do doente.

Três destes instrumentos, Fica, Spirit e Hope^d, foram avaliados por Blaber, Jone e Wills²³ para utilização nos cuidados paliativos, levando em consideração pontos fortes e fracos a partir de cinco critérios: foco na pessoa enferma, concisão, flexibilidade, facilidade de memorização e confiabilidade. O Hope foi apontado como o mais adequado para a utilização nos cuidados paliativos. Elaborado por Gowri Anandarajah e Ellen Hught²⁴, professores do departamento de medicina da família na Universidade de Brown, esse protocolo utiliza a palavra “esperança” no inglês, apontando quatro áreas facilmente lembradas pela sigla (Figura 14).

^d Fica: (F) fé e esperança; (I) importância e influência das crenças; (C) comunidade; (A) aspectos relacionados com os cuidados.

Spirit: (S) sistema de crenças espirituais; (P) espiritualidade pessoal; (I) integração na espiritualidade comunitária; (R) práticas ritualizadas; (I) implicações para os cuidados de saúde; (T) planejamento de acontecimentos terminais.

Hope: (H) fontes de esperança, significado, conforto, força, paz, amor e conexão; (O) religião organizada; (P) espiritualidade pessoal e prática; (E) efeitos do tratamento médico e assuntos terminais.

Figura 14 - Instrumento para avaliação da dimensão espiritual

H	<p>Fontes de esperança, significado, conforto, força, paz, amor e conexão</p> <p><i>Quais são as suas fontes de esperança, força, conforto e paz?</i></p> <p><i>Ao que você se apegua em tempos difíceis?</i></p> <p><i>O que lhe sustenta mantendo que você siga adiante?</i></p>
O	<p>Religião organizada</p> <p><i>Você faz parte de uma comunidade religiosa ou espiritual?</i></p> <p><i>Ela lhe ajuda? Como?</i></p> <p><i>Em quais aspectos a religião lhe ajuda e em quais não ajuda?</i></p>
P	<p>Espiritualidade pessoal e prática</p> <p><i>Você tem alguma crença espiritual que é independente da sua religião?</i></p> <p><i>Quais aspectos da sua espiritualidade ou prática espiritual você acha que é mais prestativa à sua personalidade?</i></p>
E	<p>Efeitos no tratamento médico e assuntos terminais</p> <p><i>Ficar doente afetou sua habilidade de fazer coisas que o ajudam espiritualmente?</i></p> <p><i>Como profissional de saúde, há alguma coisa que eu possa fazer para ajudar você acessar os recursos que geralmente o ajudam?</i></p> <p><i>Há alguma prática ou restrição que eu deveria saber sobre seu tratamento médico?</i></p>

Fonte: adaptada de Anandarajah e Hught²⁴.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esperandio²¹ ressalta que é preciso oferecer treinamento específico para os profissionais que atuam nos cuidados paliativos sobre identificação das necessidades espirituais dos pacientes, bem como modelos de cuidados espirituais e aplicação de instrumentos de anamnese espiritual, o que não necessariamente precisa ser feito pelo assistente espiritual ou capelão. A inserção de disciplinas sobre a espiritualidade no currículo de formação dos profissionais de saúde também se torna urgente, visto que mesmo a OMS não hierarquiza as dimensões do ser, nas quais está inclusa a categoria noética. Ainda são poucos os serviços de saúde que dispõem de capelão para assistência espiritual especializada, visto que há problemas na formação desses profissionais no Brasil. Assim, a capelania, na maioria das vezes, é realizada por instituições religiosas com objetivos proselitistas. Treinar e capacitar a equipe de saúde a identificar essas necessidades é de grande valia, sobretudo no contexto apresentado.

REFERÊNCIAS

1. MOLTSMANN, J. **Ética da esperança**. Petrópolis: Vozes, 2012.
2. ALMEIDA, E. F. **Do viver apático ao viver simpático**: sofrimento e morte. São Paulo: Edições Loyola, 2006. p. 175-176.
3. BATISTELLA, C. Abordagens contemporâneas do conceito de saúde. *In*: FONSECA, A. F.; CORBO, A. M. D. **O território e o processo saúde-doença**. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio; Fiocruz, 2007. p. 51-86.
4. ALMEIDA FILHO, N.; JUCÁ, V. Saúde como ausência de doença: crítica à teoria funcionalista de Christopher Boorse. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, p. 879-889, 2002. DOI 10.1590/S1413-81232002000400019.
5. CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. 6. ed. rev. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006.
6. BONET, O. Saber e sentir: uma etnografia da aprendizagem da biomedicina. **Physis: Revista Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 123-150, 1999, p. 125-126. DOI 10.1590/S0103-73311999000100006.
7. CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8., 1986, Brasília. **Anais [...]**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1986. p. 4. Disponível em: http://www.ccs.saude.gov.br/cns/pdfs/8conferencia/8conf_nac_anais.pdf. Acesso em: 8 jul. 2022.
8. BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Governo Federal, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 8 jul. 2022.
9. CANGUILHEM, G. A saúde: conceito vulgar e questão filosófica. *In*: CANGUILHEM, G. (org.) **Escritos sobre a medicina**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2005. p. 24-30.
10. KÜBLER-ROSS, E. **Sobre a morte e o morrer**: o que os doentes terminais têm para ensinar a médicos, enfermeiros, religiosos e aos próprios pacientes. São Paulo: Martins Fontes, 2017.
11. KRAUS, T.; RODRIGUES, M.; DIXE, M. dos A. Sentido de vida, saúde e desenvolvimento humano. **Revista de Enfermagem Referência**, Coimbra, v. 2, n. 10, p. 79, jul. 2009.
12. KOENIG, H. G. **Medicina, religião e saúde**: o encontro da ciência e da espiritualidade. Porto Alegre: L&PM, 2012. p. 11.
13. AMATUZZI, M. M. **Psicologia do desenvolvimento religioso**: a religiosidade nas fases da vida. São Paulo: Ideias e Letras, 2015.
14. FERRY, L. **A revolução do amor**: por uma espiritualidade laica. Rio de Janeiro: Objetiva, 2012.
15. FERRY, Luc. **O homem-Deus, ou, o sentido da vida**. 4. ed. Rio de Janeiro: DIFEL, 2010.
16. FERRY, L.; GAUCHET, M. **Depois da religião**: o que será do homem depois que a religião deixar de ditar a lei? Rio de Janeiro: DIFEL, 2008.
17. FERRY, L. **Famílias, amo vocês**: política e vida privada na época da globalização. Rio de Janeiro: Objetiva, 2010. p. 111.
18. LEÃO, E. R. Reflexões sobre música, saúde e espiritualidade. *In*: PESSINI, Léo; BARCHIFONTAINE, C. de P. de (org.). **Buscar sentido e plenitude de vida**: bioética, saúde e espiritualidade. São Paulo: Ed. Paulinas, 2008. p. 258.

19. FRANKL, Viktor. **A psicoterapia na prática**. Campinas: Papirus, 1991. p. 72.
20. FRANKL, Viktor. **Em busca de sentido**: um psicólogo no campo de concentração. São Leopoldo: Ed. Sinodal; Petrópolis: Vozes, 1997. p. 58.
21. ESPERANDIO, M.; LEGET, C. Espiritualidade nos cuidados paliativos: questão de saúde pública? **Revista Bioética**, Brasília, DF, v. 28, n. 3, p. 543-553, jul./sep. 2020. DOI 10.1590/1983-80422020283419.
22. KOENIG, H. G. **Spirituality in patient care**: why, how, when, and what. Pennsylvania: Templeton Press Foundation, 2002.
23. BLABER, M.; JONE, J.; WILLIS, D. Spiritual care: which is the best assessment tool for palliative settings? **International Journal Palliative Nursing**, London, v. 21, n. 9, p. 430-438, 2015. DOI 10.12968/ijpn.2015.21.9.430.
24. ANANDARAJAH, G.; HIGHT, E. Spirituality and medical practice: using the HOPE questions as a practical tool for spiritual assessment. **American Family Physician**, Kansas City, v. 63, n. 1, 81-89, Jan. 2001.

PROCEDIMENTOS INVASIVOS: COMO AVALIAR E INDICAR?

INTRODUÇÃO

Os procedimentos invasivos, no contexto dos cuidados paliativos oncológicos, podem ser definidos simplesmente como aqueles realizados com intenção de aliviar sintomas relacionados ao tumor ou de forma mais abrangente, incluindo a prevenção e o tratamento de complicações relacionadas à doença oncológica e às sequelas secundárias ao seu tratamento, além das emergências cirúrgicas não relacionadas à malignidade. Os objetivos principais devem ser o alívio de sintomas desconfortáveis, a melhoria da função de diversos órgãos e a manutenção da autonomia, buscando a melhoria da qualidade de vida e a preservação da dignidade humana dos pacientes portadores de doença oncológica incurável¹⁻³.

Antes porém é necessário entender todas as opções de procedimentos disponíveis que possam atender, de forma apropriada, os objetivos planejados, levando em consideração, individualmente, os riscos de morbidade e mortalidade envolvidos, seguindo um critério rigoroso de avaliação do paciente que inclui a funcionalidade (KPS, vide Capítulo 3), o estado nutricional, a extensão da doença oncológica, os sintomas presentes e o prognóstico de expectativa de vida, procurando sempre respeitar seus desejos e valores^{1,3,4}.

São esperados, do cirurgião integrante da equipe multiprofissional de cuidados paliativos oncológicos, competências e atitudes adequadas ao manejo dos cuidados ao fim da vida, destacando a garantia de cuidados apropriados que associem o conhecimento cirúrgico à boa técnica de comunicação. Deve compartilhar decisões com paciente, familiares e equipe de cuidados, por meio de esclarecimentos oferecidos, sempre de forma honesta e realista, sobre a previsão de possíveis desfechos envolvidos com a realização de procedimentos invasivos, assim como na ausência desses^{2,5}.

Os procedimentos invasivos em cuidados paliativos assumem importância no alívio de sintomas, atuando geralmente na drenagem de líquidos e derrames, como ascite, derrame pleural e pericárdico, na resolução de processos obstrutivos, como os respiratórios, os gastrointestinais e os urológicos, no controle de fístulas, feridas e sangramentos tumorais, na fixação de fraturas, na descompressão medular, além do fornecimento de suporte ao plano geral de cuidados do paciente por meio, principalmente, da viabilização de acesso venoso profundo e de via alimentar alternativa^{2,4,5}.

Com o acúmulo de conhecimento sobre a história natural e o comportamento evolutivo dos diferentes tumores malignos e seus sintomas mais frequentes, os esforços combinados das equipes multiprofissionais atuantes nas diversas modalidades assistenciais, seja no ambiente domiciliar,

nas consultas ambulatoriais, nos atendimentos de urgências, durante internações hospitalares, seja nos teleatendimentos, pode ajudar a reconhecer ou antecipar sintomas, prevenindo, por meio de um adequado plano de cuidados, que se tornem refratários ou até mesmo uma emergência oncológica. Esse plano inclui a realização de procedimentos invasivos pertinentes que contribuam para a melhoria da qualidade de vida dos pacientes⁴⁻⁷.

AVALIAÇÃO DAS SITUAÇÕES CLÍNICAS

A seguir, apresentam-se as condições clínicas que mais comumente demandam procedimentos invasivos em cuidados paliativos oncológicos.

OBSTRUÇÃO ESOFÁGICA MALIGNA

Os principais sintomas presentes são dor e disfagia progressiva, tendo como causa mais frequente o carcinoma esofágico, entre outros tumores primários ou metastáticos do mediastino. Para alívio da disfagia associada, os procedimentos geralmente incluem passagem de sonda alimentar de forma que ultrapasse o tumor, com risco de exteriorização e dificuldade de repassagem, implantação de endoprótese (*stent*) por via endoscópica, além da gastrostomia por via cirúrgica, por técnica percutânea endoscópica ou por radiointervenção. Já os procedimentos cirúrgicos mais extensos, como ressecção e derivação, são geralmente inapropriados aos pacientes com doença avançada e baixo KPS. As fístulas esofagobrônquicas ou esofagotraqueais podem ocorrer de forma simultânea, com manifestação frequente de tosse e quadro de pneumonia, geralmente tratadas com endopróteses^{4,5,8}.

OBSTRUÇÃO GÁSTRICA MALIGNA

Os objetivos dos procedimentos invasivos na obstrução gástrica maligna são o controle dos vômitos e a viabilização de via alimentar. Em virtude dos elevados índices de complicações, os procedimentos de ressecção e desvio de trânsito são pouco utilizados em pacientes com baixo KPS e reduzida expectativa de vida, sendo então adotados, com preferência, os implantes de *stents* por via endoscópica na obstrução da cárdia e do piloro, ou a realização de gastrostomia descompressiva cirúrgica, por técnica percutânea endoscópica ou por radiointervenção. Para as situações de linite gástrica, a jejunostomia é geralmente a alternativa invasiva utilizada, ressaltando-se que a manutenção de sonda de nutrição posicionada após o tumor está frequentemente relacionada à exteriorização com possível dificuldade para reintrodução^{4,5,7}.

OBSTRUÇÃO INTESTINAL MALIGNA

A obstrução intestinal maligna ocorre em até 43% dos pacientes com cânceres intra-abdominal e pélvico avançados, primários ou metastáticos⁵, sendo mais frequente no câncer de ovário (em

até 50%) e no colorretal (em até 28%)^{4,9}. Destaca-se que causas benignas, relacionadas ou não ao tratamento oncológico (aderências pós-cirúrgicas, hérnias, enterite actínica, íleo adinâmico, trombose mesentérica, fármacos constipantes) são responsáveis por até 48% das obstruções intestinais em pacientes com câncer avançado^{5,9,10}. O padrão evolutivo da obstrução é geralmente lento, podendo progredir de incompleta a completa, porém com o diagnóstico dificultado quando ocorre diarreia paradoxal que resulta em eliminação de fezes líquidas por transbordamento⁷. Os sinais e sintomas frequentemente encontrados são náuseas e vômitos (de 68% a 100%) que costumam surgir de forma precoce e com grandes volumes nas obstruções altas e tardias, com possibilidade de serem fecaloides nas obstruções baixas. A dor pode ser do tipo contínua (90%) ou em cólicas (75%), sendo essas últimas mais frequentes e intensas nas obstruções altas e ausentes no íleo adinâmico. A constipação aparece na fase tardia da obstrução intestinal maligna enquanto a distensão abdominal é mais evidente nas obstruções colorretais (baixas)^{4,5,9,10}.

O diagnóstico pode ser confirmado pela radiografia simples, porém a TC do abdômen e da pelve tem a vantagem de ser capaz de evidenciar os sinais de obstrução assim como a extensão da doença oncológica, o que pode ser fundamental no planejamento dos cuidados e na tomada de decisão terapêutica^{4,5,7}.

Os procedimentos invasivos são indicados frequentemente quando as medidas iniciais, farmacológicas e não farmacológicas, como hidratação venosa e sonda nasogástrica descompressiva, são insuficientes para o alívio dos sintomas, variando de acordo com a extensão da doença oncológica e o KPS do paciente, incluindo ressecção intestinal, enteroanastomose ou gastrostomia descompressiva (cirúrgica, percutânea por endoscopia ou radiointervenção) além de jejunostomia ou colostomia e implantação de endoprótese (*stents*) nos pacientes com elevado risco cirúrgico e baixa expectativa de vida^{4,5,7,9,11}.

ASCITE MALIGNA

A doença oncológica é responsável por cerca de 10% das ascites, que surgem também em de 15% a 50% dos pacientes com câncer avançado, ocorrendo com maior frequência nas doenças malignas de ovário, pâncreas, estômago, endométrio, mama e cólon, responsáveis por 80% dos casos⁵. A indicação de procedimento invasivo impõe-se quando o acúmulo de líquido intraperitoneal resulta em sintomas de desconforto como dor, dispneia, plenitude, náuseas e vômitos⁴.

Nos pacientes em cuidados paliativos, a paracentese (de alívio) de repetição é o método invasivo mais utilizado. Apesar de ser citada na literatura a retirada de até 5 litros por dia de líquido ascítico, observa-se, na prática clínica, em casos selecionados e com adequado monitoramento, a possibilidade de retirada de volumes superiores sem complicações e bons resultados, com a vantagem de poder ser realizada nos ambientes domiciliar ou ambulatorial, individualmente programada conforme demanda de cada paciente. Assim, ela contribui para evitar que os sintomas relacionados ao acúmulo de líquido tornem-se desconfortáveis a ponto de interferir na qualidade de vida dos pacientes, ou necessitar de atendimentos emergenciais. Já para aqueles pacientes

com melhor KPS e maior expectativa de vida, para os quais a paracentese de repetição pode se tornar um elemento de incômodo, existe a possibilidade de implantação de cateter de drenagem de longa permanência por método cirúrgico ou por meio de radiologia intervencionista^{4,5}.

OBSTRUÇÃO MALIGNA DA VIA AÉREA

Pode ser dividida em altas (nível traqueal) e baixas (brônquicas). A obstrução alta geralmente resulta de tumores da laringe, hipofaringe, orofaringe, rinofaringe, além de tumores da tireoide, sarcomas e linfomas, cursando com síndrome traqueal em 85% dos pacientes, responsável pelo quadro clínico de dispneia acompanhada de inspiração prolongada, estridor traqueal (cornagem), utilização de musculatura respiratória acessória (intercostal), além de bradicardia e cianose, que surgem na fase tardia^{7,12}. Já as obstruções baixas, com frequência, causam tosse, dispneia e pneumonia obstrutiva⁸. O objetivo dos procedimentos invasivos é a restituição da permeabilidade da via aérea, resultando no alívio do quadro de dispneia e na melhora na drenagem de secreções pulmonares^{5,8}. O diagnóstico é geralmente confirmado por TC do tórax e/ou broncoscopia^{5,12}.

A obstrução alta da via aérea pode configurar uma situação de emergência oncológica, na qual a traqueostomia se impõe de imediato. As obstruções baixas são geralmente abordadas por broncoscopia, com a utilização de técnicas desobstrutivas e/ou implantação de endoprótese (*stents*) na obstrução secundária à compressão externa, geralmente causada por câncer de pulmão, câncer do esôfago ou outras malignidades do mediastino. Já as indicações para ressecção cirúrgica paliativa são muito restritas^{5,8}.

DERRAME PLEURAL MALIGNO

O acúmulo de líquido entre os folhetos visceral e parietal da pleura ocorre em 50% dos pacientes com câncer e, desses, de 40 a 50% terão malignidade confirmada por citologia do líquido ou histologia pela biópsia pleural. Entre os tumores primários que cursam frequentemente com derrame pleural, destacam-se os cânceres de pulmão (35%) e mama (23%), os linfomas (10%), os cânceres de ovário, gástrico e das vias biliares, o mesotelioma, além do tumor primário desconhecido que, sozinho, corresponde por de 7 a 15% dos casos^{5,13}. Os sintomas associados mais frequentes são dispneia (de 50 a 75%), dor torácica (25%) e tosse (25%)⁵.

O diagnóstico pode ser confirmado por radiografia simples de tórax, já a ultrassonografia geralmente mostra-se útil na detecção do local adequado para a punção, no caso de derrame septado, enquanto a TC pode ajudar na melhor definição da extensão e da localização e na diferenciação da atelectasia de consolidação, além de avaliar linfonodos mediastinais e parênquima pulmonar¹³.

A indicação do procedimento invasivo tem a intenção de aliviar os sintomas por meio da drenagem do derrame pleural, desde que haja suficiente reexpansão do parênquima pulmonar⁸.

O método invasivo mais utilizado em cuidados paliativos oncológicos com esse objetivo é a toracocentese de alívio, seguida ou não de pleurodese. Outra opção com bons relatos de sucesso é a introdução de cateter de longa permanência na cavidade pleural⁵.

DERRAME PERICÁRDICO MALIGNO

As neoplasias malignas são responsáveis por 50% dos derrames pericárdicos que necessitam de tratamento⁵. O acúmulo de líquido no saco pericárdico pode variar sua apresentação desde o paciente assintomático até o gravemente sintomático, principalmente na ocorrência de tamponamento cardíaco que se caracteriza como uma emergência oncológica potencialmente fatal¹³.

Ocorre com mais frequência como manifestação do câncer do pulmão não pequenas células, do câncer de mama, do linfoma, do tumor maligno gastrointestinal (mais frequentemente esôfago, estômago e cólon), do sarcoma, do melanoma, do câncer renal, do câncer de bexiga, do câncer de ovário e do mesotelioma^{5,8,13}.

As manifestações clínicas incluem dispneia, ortopneia, tosse, dor torácica e fadiga geralmente acompanhados pelos sinais clínicos de edema periférico, pulso paradoxal, taquicardia, hipotensão arterial, turgência venosa cervical, abafamento de bulhas, sudorese e extremidades frias. Já quando se instala o tamponamento cardíaco, surgem também estase venosa central e quadro de baixo débito cardíaco^{5,8,13}. O diagnóstico pode ser confirmado por meio da realização de eletrocardiograma, TC e ecocardiograma¹³.

O tratamento invasivo consiste na drenagem do derrame, permitindo a melhoria da função cardíaca e o consequente controle dos sintomas, além de prevenir sua recorrência, utilizando pericardiocentese, janela pericárdica subxifoide, toracoscopia com janela, toracotomia com janela ou *shunt* pericárdio-peritoneal¹³.

OBSTRUÇÃO BILIAR – ICTERÍCIA MALIGNA

O interesse primordial dos procedimentos invasivos está no alívio da icterícia obstrutiva que, normalmente, vem acompanhada de intenso prurido e da possibilidade de colangite e falência hepática^{4,5,7}.

Nos pacientes inelegíveis para procedimentos cirúrgicos de ressecção e desvios de trânsito biliar, que, apesar de apresentarem menores índices de reobstrução, estão geralmente acompanhados de maior morbidade e mortalidade, é geralmente mais apropriada a realização de drenagem externa por radiointervenção, ou ainda a implantação de endoprótese (*stents*) nas obstruções mais próximas à ampola de Váter^{4,5,7}.

OBSTRUÇÃO URINÁRIA MALIGNA

A obstrução da via urinária pode ocorrer em consequência do tumor primário ou como seqüela de tratamentos realizados (cirurgia, radioterapia). Os tumores mais envolvidos com quadros de obstrução urinária são cânceres do colo do útero, de ovário, de bexiga, de próstata e de reto¹².

As queixas mais comuns incluem oligúria ou anúria, sintomas relacionados à uremia, além de dor em flanco, hematúria e até de piúria, com febre e sepse por infecção urinária associadas⁵. Os métodos de imagem geralmente utilizados no diagnóstico são ultrassonografia e TC¹².

As altas são mais comuns por obstrução ureteral secundária à compressão exercida por linfonodomegalias retroperitoneais em razão de linfomas ou metástase de tumores pélvicos¹². Quando o envolvimento e a consequente obstrução ureteral ocorrerem de forma unilateral, o paciente pode estar assintomático. Os procedimentos invasivos mais utilizados no seu manejo são o implante de endopróteses, como o cateter ureteral de longa permanência tipo duplo J por via retrógrada, ou pela realização de nefrostomia percutânea por radiointervenção nos casos de próstata muito aumentada, tumor de bexiga com obstrução do óstio, ou ureter tortuoso ou com múltiplas obstruções¹¹.

Já as obstruções urinárias baixas são frequentemente decorrentes dos tumores primários de uretra, próstata, bexiga, pênis e vulva. Podem se manifestar por disúria, polaciúria e nictúria. A realização de nefrostomia percutânea consiste no procedimento invasivo de escolha para derivação urinária no contexto dos cuidados paliativos oncológicos, uma vez que a utilização de cateter uretral de longa permanência ou cistostomia percutânea nem sempre são tecnicamente possíveis de execução ou podem estar associados a desconforto¹².

SANGRAMENTO TUMORAL

Os quadros hemorrágicos estão frequentemente relacionados ao próprio tumor maligno superficial, como nos cânceres de mama, de cabeça e pescoço, de pele, e no sarcoma de partes moles, ou são originados de tumores localizados em órgãos internos, como fica evidente nos episódios de hemoptise, hematêmese, melena, enterorragia hematúria e sangramento transvaginal⁴. Também podem ocorrer por fatores sistêmicos, como nas coagulopatias, secundários ao tratamento, com procedimentos cirúrgicos, ou como efeito adverso de anti-inflamatórios não esteroideal e/ou anticoagulantes. A opção de controle por procedimento invasivo vai depender da localização e da etiologia do quadro hemorrágico, além do KPS do paciente e da expectativa de vida, podendo variar de procedimentos mais simples, como sutura, irrigação e tamponamento, a ressecções, derivações de trânsito, embolização por radiologia intervencionista e procedimentos endoscópicos, como esofagogastroduodenoscopia, colonoscopia, broncoscopia e cistoscopia. Destacam-se ainda os quadros de sangramento originados de tumores malignos da cabeça e pescoço (cavidade oral, orofaringe, rinofaringe, hipofaringe e laringe) que são responsáveis frequentemente por quadros hemorrágicos agudos de grandes volumes e necessidade de atendimento emergencial. Nesses casos específicos, quando as técnicas de tamponamento, as medidas farmacológicas e a radioterapia anti-hemorrágica não se mostram suficientes para controle do sangramento, a ligadura cirúrgica bilateral da carótida externa é frequentemente indicada^{12,14}.

FÍSTULAS TUMORAIS

O objetivo no manejo das fístulas está no controle da dor, do odor, da infecção, da secreção e de lesões cutâneas associadas. Podem surgir como consequência ao crescimento tumoral localmente avançado, à infecção, à obstrução ou como complicação de tratamento radioterápico e/ou cirúrgico. As apresentações mais comuns são as fístulas enterocutâneas e perineais de conteúdo entérico ou urinário. Os cânceres do colo do útero e do reto, além de complicações consequentes ao tratamento radioterápico sobre a pelve, são os maiores responsáveis pelo surgimento de fístula retovaginal e retovesical, cuja abordagem intervencionista está baseada nas derivações de trânsito via colostomias. Já as fístulas vesicovaginais são paliadas, frequentemente com cateterismo vesical de longa permanência. Merece também destaque a abordagem das fístulas traqueoesofágicas ou bronquiesofágicas, associadas frequentemente a tumor maligno avançado do pulmão ou do esôfago e que podem cursar com tosse e pneumonia, por meio do implante de endopróteses (*stents*)^{4,5}.

FERIDA TUMORAL

Estão associadas com frequência a quadros de grande desconforto e afastamento social, podendo ser causadas pela progressão tumoral local ou pelos tratamentos realizados, como radioterapia e/ou cirurgia. Importante destacar também as feridas relacionadas ao próprio KPS e à condição nutricional do paciente, como fica evidente nas úlceras de pressão, comuns aos pacientes acamados em cuidados paliativos⁴.

Os tumores primários que acarretam problemas com feridas tumorais com maior frequência são cânceres de mama e pele, sarcoma de partes moles ou metástase cutânea, como pode ocorrer no câncer de pulmão^{4,5}.

Os procedimentos invasivos mais utilizados para controle das feridas tumorais incluem debridamento, incisões, drenagens, linfadenectomias, amputações e ressecções higiênicas, cujos objetivos englobam o controle da dor, do odor, da secreção e do sangramento geralmente associados, contribuindo assim para a manutenção da dignidade humana⁵.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O uso sensato dos procedimentos invasivos tem papel fundamental no manejo de sintomas comuns aos pacientes com doença oncológica avançada. Esse objetivo é facilitado pela atuação de equipe multiprofissional, que realiza diagnósticos precoces e avaliação criteriosa dos riscos e benefícios no cenário dos cuidados paliativos oncológicos que possibilite o uso apropriado dos procedimentos invasivos, levando em consideração os desejos, o KPS e a expectativa de vida do paciente. O interesse primordial é a melhoria da qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

1. KROUSE, R. S. *et al.* Surgical palliation at a cancer center. Incidence and outcomes. **The Archives of Surgery**, [s. l.], v. 136, p. 773-778, July 2001. DOI 10.1001/archsurg.136.7.773.
2. SILVA, V. C. S. da. Cirurgia paliativa. *In*: CASTILHO, R. K.; SILVA, V. C. S. da; PINTO, C. da S. (ed.). **Manual de cuidados paliativos**. 3. ed. São Paulo: Academia Nacional de Cuidados Paliativos; Atheneu, 2021. p.489-494.
3. BORSATTO, A. Z. *et al.* Procedimentos/dispositivos minimamente invasivos e estomias em cuidados paliativos. *In*: CASTILHO, R. K.; SILVA, V. C. S. da; PINTO, C. da S. (ed.). **Manual de cuidados paliativos**. 3. ed. São Paulo: Academia Nacional de Cuidados Paliativos; Atheneu, 2021. p. 495-505.
4. KROUSE, R.; BADGWELL, B. The role of general surgery in the palliative care of patients with cancer. *In*: CHERNY, N. I.; FALLON, M. T.; KAASA, S. (ed.). **Oxford textbook of palliative medicine**. 6th ed. Oxford: Oxford University Press, 2021. p. 829-838.
5. EASSON, A. M.; ASCH, M.; SWALLOON, C. J. Palliative General Surgical Procedures. **Surgical Oncology Clinics of North America**, Philadelphia, v. 10, n. 1, p. 161-184, Jan. 2001.
6. JOISHY, S. K. The relationship between surgery and medicine in palliative care. **Surgical Oncology Clinics of North America**, Philadelphia, v. 10, n. 1, p. 57-70, Jan. 2001.
7. SAINSBURY, R. *et al.* Surgical palliation. *In*: CHERNY, N. I. *et al.* **Oxford textbook of palliative medicine**. 3th ed. Oxford: Oxford University Press, 2004. p. 255-265.
8. KLAPPER, J. A.; TONG, B. C. The role of thoracic surgery in palliative care: a review. **Journal of Palliative Care & Medicine**, [s. l.], v. 2, 133, 2012. DOI 10.4172/2165-7386.1000.133s.
9. SIQUEIRA, A. S. A. *et al.* Obstrução intestinal maligna. *In*: INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **Cuidados paliativos: vivências e aplicações práticas do Hospital do Câncer IV**. Rio de Janeiro: INCA, 2021. p. 135-141. Disponível em: https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//cuidados_paliativos_vivencias_e_aplicacoes_praticas_do_hc_iv.pdf. Acesso em: 8 jun. 2022.
10. WALLER, A.; CAROLINE, N. L. **Palliative care in cancer**. 2nd ed. [Oxford]: Butterworth-Heinemann, 2000. p. 213-221.
11. DANIELE, A. *et al.* Palliative care in patients with ovarian cancer and bowel obstruction. **Support Care Cancer**, [s. l.], p. 2694-2699, Nov. 2015. DOI 10.1007/s00520-015-2694-9.
12. CARDOSO, V. S. *et al.* Urgências em cirurgia oncológica. *In*: SANTOS, C. E. R.; MELLO, E. R. de. (org.). **Manual de cirurgia oncológica**. Ribeirão Preto, SP: Novo Conceito, 2006. p. 1061-1082.
13. SOUZA, A. M. C. de. Derrame pleural neoplásico. *In*: SANTOS, C. E. R.; MELLO, E. R. de. (org.). **Manual de cirurgia oncológica**. Ribeirão Preto, SP: Novo Conceito, 2006. p. 173-187.
14. CAETANO, L. A.; BESERRA, V. S. Sangramento. *In*: INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **Cuidados paliativos: vivências e aplicações práticas do Hospital do Câncer IV**. Rio de Janeiro: INCA, 2021. p. 153-157. Disponível em: https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//cuidados_paliativos_vivencias_e_aplicacoes_praticas_do_hc_iv.pdf. Acesso em: 8 jun. 2022.

AVALIAÇÃO DO PACIENTE COM OSTOMIAS

INTRODUÇÃO

Ostomia ou estomia são palavras de origem grega (*stóma*) em que “osto” significa boca e “tomia”, abertura. São utilizadas para indicar a abertura de um órgão ou exteriorização de qualquer víscera oca por meio de intervenções cirúrgicas. Podem ser denominadas como temporárias ou definitivas dependendo das condições do paciente e do motivo pelo qual elas foram indicadas. São ainda classificadas em digestiva, intestinal, urinária e respiratória¹.

Diversas razões levam à necessidade de realizar uma ostomia, como as doenças ou os processos inflamatórios, o câncer, os traumas, as neuropatias, a má-formação congênita e a obstrução. Assim, de acordo com sua peculiaridade, necessita de manejos e cuidados adequados para prevenção de complicações e manutenção da qualidade de vida da pessoa submetida a tal procedimento¹.

Em relação à ocorrência de complicações, essas podem ser classificadas em precoces e tardias. Entre as complicações precoces, as mais comuns são sangramento, isquemia, fístulas, infecção, retração ou afundamento e edema. Em relação às tardias, destacam-se retração, estenose, prolapso de alça e hérnia paraestoma. Salienta-se que a pele periestoma também é passível de complicações, sendo a dermatite a mais comum. A ocorrência de todas essas desordens pode estar associada a diversos desencadeadores que vão desde a demarcação prévia do local de onde será exteriorizada a ostomia, até a inadequação, a sensibilidade e a má utilização ou adaptação do dispositivo, bem como a higienização deficiente ou imprópria².

No entanto, a atenção à pessoa com ostomia não deve se ater apenas a questões fisiopatológicas. Considerar o indivíduo de maneira integral é fundamental para otimizar a reabilitação e o autocuidado da pessoa que está vivenciando esse processo. Portanto, todo o contexto em que esse sujeito está inserido é de suma importância no momento da avaliação, tais como: questões socioeconômicas, psicológicas, espirituais, nutricionais, culturais, religiosas e escolares, além do contexto familiar³.

No contexto dos cuidados paliativos oncológicos, a inserção de estomas é algo frequente e esperado. Dessa forma, indivíduos que se encontram nessa modalidade de assistência são desafiados a enfrentar a desorganização estrutural e emocional frente à sua terminalidade. Do mesmo modo, somado a esses fatores, há também a alteração de sua imagem corporal, da perda do controle do próprio corpo e da autonomia⁴.

A sexualidade é uma das questões que transcende aos aspectos físico e fisiológico do indivíduo, pois abrange também a subjetividade do sujeito por meio do próprio desejo e o do sentir-se desejado. Sendo assim, não se deve considerar apenas o ato sexual em si, mas incluir a intimidade da pessoa com ostomia consigo mesma, com seus parceiros e até mesmo com sua forma de

se expor para o mundo. Ressalta-se que a distorção da imagem corporal, a perda da libido e a disfunção erétil, muitas vezes derivadas do próprio tratamento, são pontos agravantes de todo o estresse já vivenciado por pacientes em cuidados paliativos⁵.

A autoestima é um dos fatores que interfere diretamente na motivação para o autocuidado. Entre outras causas, tem-se a modificação fisiológica habitual, a dependência de um dispositivo, a perda de controle do próprio corpo, que compromete a sexualidade e gera dependência, o medo da rejeição social, a vergonha, a insegurança e o sofrimento⁴. Todos esses aspectos dificultam o processo de assimilação de informações e orientações, bem como o compartilhamento de dúvidas e a iniciação precoce do processo de reabilitação e autocuidado, tornando todo o processo ainda mais complicado e doloroso⁶.

Em virtude dos fatos mencionados, salienta-se que é de elevada importância proporcionar uma boa orientação pré-operatória para que o indivíduo saiba o que esperar não somente após a confecção do estoma, mas como em sua vida, convivendo com a ostomia. Esse tipo de abordagem ajuda a reduzir os sentimentos de impotência e perda de controle, assim como a não adesão aos cuidados. A expectativa sobre os cuidados específicos pode ser minimizada, e o indivíduo passa a se engajar, de fato, no processo de planejamento dos cuidados.

Considerando a interdisciplinaridade como um dos pilares dos cuidados paliativos, exige-se que o seguimento desses pacientes seja realizado por uma equipe interprofissional, especializada em cuidados paliativos e tecnicamente qualificada, a fim de prover ações educativas com orientações pré, trans e pós-operatórias imediatas, mediatas e tardias. Dessa forma, espera-se que a adesão do paciente e dos familiares ao plano terapêutico e a assimilação ao autocuidado seja precoce^{3,7}.

Contudo, é primordial o acompanhamento de um enfermeiro, seja estomaterapeuta ou não. Esse profissional é fundamental no processo de seleção de dispositivos, protetores cutâneos e demais produtos e acessórios a serem utilizados, assim como no desenvolvimento das habilidades necessárias aos cuidados dos pacientes e seus familiares, das medidas de adaptação e dos reajustes às atividades do dia a dia⁸.

A seguir, serão descritos os principais tipos de estomas encontrados nos pacientes em cuidados paliativos e as principais questões que devem ser consideradas durante a avaliação do paciente estomizado.

CARACTERIZAÇÃO DE OSTOMIAS

OSTOMIA RESPIRATÓRIA (TRAQUEOSTOMIA)

Consiste na confecção de uma ostomia na porção cervical, na traqueia, seguida da colocação de uma cânula. Geralmente é realizada em pacientes com tumores de cabeça e pescoço, para fins de tratamento ou de forma preventiva, assim como em casos de urgências obstrutivas⁹ (vide Capítulo 14).

As principais complicações são⁹:

- Hemorragia.
- Enfisema subcutâneo cervical.
- Falso trajeto.
- Pneumotórax.
- Obstrução da cânula.
- Fístula traqueoesofágica.
- Fístula faringocutânea.
- Disfagia.

É importante observar os seguintes pontos durante a avaliação⁹:

- Alinhamento anatômico da cânula com a traqueia.
- Algum tipo de pressão ou lesão na pele periestoma pelo dispositivo.
- Permeabilidade da cânula.
- Fixação correta da cânula.
- Aptidão do paciente e do familiar para realizar os cuidados.
- Capacidade de comunicação do paciente (estimular o uso de caneta, papel etc.).
- Presença de flogose e/ou miíase.
- Presença de disfagia.

OSTOMIAS DIGESTIVAS (GASTROSTOMIA E JEJUNOSTOMIA)

A gastrostomia consiste na criação de uma ostomia temporária ou definitiva do estômago à pele. O procedimento pode ter intuito alimentar, principal indicação, ou descompressivo, que é um procedimento de exceção⁹ (vide Capítulo 14).

A jejunostomia é a abertura de um segmento do intestino delgado na pele. Possui propósito alimentar¹⁰ (vide Capítulo 14).

As principais complicações são¹⁰:

- Hemorragia.
- Infecção.
- Refluxo de ácido gástrico.
- Dermatites cutâneas periestomais.
- Deiscência gástrica e sepse peritoneal.
- Dor.

- Granuloma.
- Relacionadas ao cateter: obstrução, ruptura, fissura e/ou tração.

Durante a avaliação, o profissional deve estar atento aos seguintes pontos^{9,11}:

- Inspeção diária da pele periestoma.
- Permeabilidade do cateter.
- Ocorrência de extravasamentos de dieta ou de conteúdo gástrico.
- Distensão abdominal.
- Náuseas, vômitos, refluxo (risco para pneumonia broncoaspirativa).
- Se o cateter está bem ajustado ao estoma.
- Se o balonete de fixação está adequadamente insuflado.
- Se o paciente e o cuidador ou o familiar estão bem adaptados aos cuidados.
- Repercussões psicossociais relacionadas à confecção do estoma.

Cuidados de enfermagem:

- Fazer uso de protetor cutâneo em pele periestoma.
- Realizar rotação diária do cateter, visando à prevenção de LP sobre o abdômen e a parede gástrica ou formação de granulomas.
- Necessário lavar o cateter com água após a administração de alimentos ou medicamentos. Em caso de nutrição contínua, o tubo deve ser lavado a cada três ou quatro horas.
- Dissolver medicamentos em água antes da administração e utilizar preferencialmente as apresentações líquidas de medicamentos em vez de apresentações sólidas.

OSTOMIAS INTESTINAIS (COLOSTOMIA E ILEOSTOMIA)

A colostomia consiste na derivação proveniente do intestino grosso (cólon). Pode ser temporária ou permanente⁹ (vide Capítulo 14). A ileostomia é a derivação do íleo para a parede abdominal. Ocorre efluente eminentemente líquido com alto poder de corrosão⁹.

As principais complicações são^{12,13}:

- Hérnia.
- Retração do estoma.
- Isquemia.
- Descolamento mucocutâneo.
- Estenose.
- Prolapso.

- Infecção.
- Dermatites periestoma.

O profissional deve, regularmente:

- Avaliar coloração do estoma, presença de edema, sangramento, prolapso e desabamento de alça.
- Avaliar nivelamento da ostomia em relação à pele: plano, protruso ou retraído.
- Avaliar coloração e consistência das fezes.
- Inspecionar a pele periestoma e aplicar protetores cutâneos sempre que for realizada troca do dispositivo coletor.
- Avaliar sinais e sintomas de distúrbios eletrolíticos, principalmente quando o paciente for portador de ileostomias.
- Avaliar adaptação do paciente e/ou cuidador quanto aos cuidados com a ostomia, com enfoque no processo de educação em saúde.

Para a escolha do melhor dispositivo, é necessário levar em consideração: a segurança, pois ele deve ser ajustado à ostomia corretamente, permitindo a coleta segura do efluente; a aderência; a pele periestoma, que deve ocultar odores e ruídos desagradáveis; e a proteção, garantindo a manutenção da integridade da pele periestoma.

Quanto ao conforto, deve ser flexível, discreto e adaptável, oferecendo liberdade de movimentos e ficando imperceptível sob o vestuário, e deve ter praticidade, manuseio fácil e simples. Quanto à economia, deve permanecer aderido à pele por bastante tempo^{8,12}.

OSTOMIAS URINÁRIAS (CISTOSTOMIA, NEFROSTOMIA, UROSTOMIA)

A cistostomia consiste na derivação vesical supra púbica, através de um cateter na bexiga, geralmente em casos de uropatia obstrutiva¹⁴. A nefrostomia é a colocação de um cateter diretamente no interior do rim, geralmente em casos de nefropatia obstrutiva¹⁵ (vide Capítulo 14). A urostomia consiste na exteriorização dos ureteres por meio do intestino delgado através da parede abdominal¹⁶.

As principais complicações são^{14,16}:

- Sangramento.
- Infecção cutânea e/ou renal.
- Tração e obstrução relacionadas ao cateter.

Pontos a serem observados durante a avaliação:

Com relação às urostomias, os cuidados são semelhantes aos descritos para as colostomias, visto que tais derivações urinárias são construídas a partir de técnica cirúrgica para criação de uma

neobexiga. Nessa técnica, ocorre a implantação dos ureteres no segmento do íleo, sendo uma extremidade suturada e outra exposta na pele do paciente para a saída de urina.

No caso das nefrostomias e cistostomias, é importante avaliar o óstio de inserção do cateter quanto à presença de sinais flogísticos, bem como realizar curativos, utilizando cobertura de película transparente de poliuretano semipermeável. A frequência de troca deve respeitar as especificações do fabricante, geralmente de cinco a sete dias, ou sempre que estiver danificado. Em caso de hipersensibilidade às películas transparentes, pode ser realizada cobertura com gaze estéril e esparadrapo antialérgico, nesse caso, a troca deve ser diária. A limpeza do óstio de inserção do cateter deve ser realizada com soro fisiológico, seguida da antissepsia da pele perióstio com produto de ação residual (clorexidina alcoólica, por exemplo).

Observar característica e volume das eliminações, já que reduções repentinas de volume podem indicar obstrução ou desposicionamento do cateter.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir dos princípios dos cuidados paliativos, devem-se promover medidas que reabilitem e potencializem o autocuidado da pessoa ostomizada, assim como de sua família, com a finalidade de promover sua reintegração social e qualidade de vida. Dessa forma, ao prevenir complicações, diminui-se o tempo de internação desses pacientes, proporcionando assim um retorno precoce ao convívio familiar e às suas atividades, considerando que o tempo possui valor inestimável para esses pacientes.

REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 400, de 16 de novembro de 2009**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2009/prt0400_16_11_2009.html. Acesso em: 20 jan. 2022.
2. FEITOSA, Y. S. *et al.* Construction and validation of educational technology to prevent complications in intestinal ostomies/peristomy skin. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 20, n. 73, e20190825, 2020. Suppl. 5. DOI 0.1590/0034-7167-2019-0825.
3. BANDEIRA, L. R. *et al.* Atención integral fragmentada a la persona ostomizada en la red de atención a la salud. **Escola Anna Nery: Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, 2020. DOI 10.1590/2177-9465-EAN-2019-0297.
4. FREIRA, D. A. *et al.* Autoimagem e autocuidado na vivencia de pacientes estomizados: o olhar da Enfermagem. **REME: Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 21, e.1019, 2017. DOI 10.5935/1415-2762.2017002.
5. MEIRA, I. F. A. *et al.* Repercussions of intestinal ostomy on male sexuality: an integrative review. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 73, n. 6, 2020. DOI 10.1590/0034-7167-2019-0245.
6. SILVA, E. S. *et al.* Tecnologia do cuidado à pessoa com colostomia: diagnósticos e intervenções de enfermagem. **REME: Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 20, e931, 2016. DOI 10.5935/1415-2762.20160001.
7. CASTILHO, R. K.; SILVA, V. C. S. da; PINTO, C. da S. (ed.). **Manual de cuidados paliativos**. 3. ed. São Paulo: Academia Nacional de Cuidados Paliativos; Atheneu, 2021.
8. SANTOS, V. L. C. G. **Assistência em estomaterapia: cuidando do ostomizado**. São Paulo: Atheneu, 2005.
9. BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia de atenção à saúde da pessoa com estomia**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_atencao_saude_pessoa_estomia.pdf. Acesso em: 20 jan. 2022.
10. SOUZA, A. T. G. de *et al.* Complicações e cuidados de enfermagem relacionados à gastrostomia: uma revisão integrativa a literatura. **Revista Enfermagem Atual in Derme**, Rio de Janeiro, v. 95, n. 35, e-21101, jul./set. 2021. DOI 10.31011/reaid-2021-v.95-n.35-art.1004.
11. BARBOSA, J. A. G. *et al.* Conhecimento de enfermeiros acerca da terapia nutricional. **Revista Enfermagem Contemporânea**, Salvador, v. 9, n. 1, p. 33-40, 2020. DOI 10.17267/2317-3378rec.v9i1.2543.
12. COLLET J. A.; SILVA, F. P. da; AYMONE, J. L. F. Bolsas coletoras utilizadas por estomizados: uma análise tridimensional. **Design & Tecnologia**, São Paulo, v. 6, n. 11, p. 1-10, 2016. DOI 10.23972/det2016iss11pp1-10.
13. SILVA, R. A. *et al.* Cuidados de enfermagem ao paciente com estomia intestinal: uma revisão integrativa. **Brazilian Journal of Health Review**, São José dos Pinhais, v. 3, n. 4, p. 10771-10778, jul./ago. 2020. DOI 10.34119/bjhrv3n4-335.
14. LIMA, N. C. S. **Construção e validação de conteúdo de um instrumento para consulta de enfermagem em serviço ambulatorial de urologia**. 2019. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Sergipe, Aracaju, 2019. Disponível em: https://ri.ufs.br/bitstream/riufs/11979/2/NAYARA_CRUZ_SANTANA_LIMA.pdf. Acesso em: 20 jan. 2022.

15. PAGLIARINI, A. M. *et al.* Necessidade de rede de apoio para usuários com nefrostomia: relato de experiência. **Research, Society and Development**, [s. l.], v. 10, n. 7, e25410716442, 2021. DOI 10.33448/rsd-v10i7.16442.
16. BORSATTO A. Z. *et al.* Procedimentos/dispositivos minimamente invasivos e estomias em cuidados paliativos. *In*: CASTILHO, R. K.; SILVA, V. C. S. da; PINTO, C. da S. (ed.). **Manual de cuidados paliativos**. 3. ed. São Paulo: Academia Nacional de Cuidados Paliativos; Atheneu, 2021. p. 495-505.

AVALIAÇÃO DA PELE: PREVENÇÃO DE LESÕES E INTERVENÇÕES INICIAIS EM PACIENTES COM CÂNCER AVANÇADO

INTRODUÇÃO

A pele é o maior órgão do corpo humano, representa 16% do peso corporal e tem como funções estabelecer uma barreira física entre o corpo e o meio ambiente, impedindo a penetração de micro-organismos, termorregulação, sensibilidade e metabolismo¹.

Durante todo o ciclo da doença oncológica, os pacientes por ela acometidos estão mais suscetíveis ao surgimento de lesões cutâneas, bem como a alterações no processo de cicatrização tecidual, em razão das mudanças provocadas pelo câncer nos fatores proteico-calóricos e imunológicos. Isso é mais impactante no paciente que vivencia o câncer em estágio mais avançado, assistido em cuidados paliativos^{2,3}.

Além das alterações causadas pelo adoecimento, fatores, como a idade avançada e as mudanças fisiológicas da pele, que causam perda de espessura da derme provocada pelo afinamento das fibras de elastina e de colágeno, bem como as alterações séricas na derme e na epiderme, que diminuem sua umidade, estão associados à perda de resistência à tração e à suscetibilidade ao surgimento de lesões^{2,4}.

Assim, a avaliação da pele deve considerar não apenas o funcionamento dos sistemas tegumentar (pele, glândulas sudoríparas e sebáceas, folículos e unhas), venoso, linfático, muscular e óseo, mas também o tipo de câncer e os tratamentos realizados (cirurgia, quimioterapia e radioterapia)^{2,3}. Esses podem provocar alterações ou lesões na pele, como radiodermatites, hiperpigmentação de veias, alterações nas unhas ou presença micoses e *rashes* cutâneos, pústulas, telangiectasias associadas ao uso de quimioterápicos, cicatrizes extensas ou áreas de fibrose decorrentes de cirurgias mutiladoras^{2,3}.

Outros aspectos a serem considerados são a análise dos exames laboratoriais, a presença de lesões pré-existentes e as condições clínicas associadas, como dor, prurido, fístulas, linfedema, odor, sangramento, exsudato, limitações funcionais decorrentes, e comorbidades, como diabetes, hanseníase, deficiências vasculogênicas e escabiose^{2,3}.

Em uma avaliação minuciosa, devem-se considerar o uso de escalas graduadoras, da performance clínica e o histórico do paciente, pois esses são fundamentais para a tomada de decisão sobre quais intervenções terapêuticas devem ser instituídas^{2,3}.

TIPOS DE LESÕES E INTERVENÇÕES INICIAIS

FERIDA NEOPLÁSICA MALIGNA

A ferida neoplásica maligna é considerada lesão crônica, não cicatrizável, uma vez que sua origem é o próprio tumor evoluindo sobre o corpo do paciente que não tem mais possibilidades de receber terapia de tratamento ativo contra a doença. Dessa forma, os cuidados com essas feridas estarão focados no controle de seus sinais e sintomas e na melhora da qualidade de vida de pacientes e cuidadores^{3,5}.

Essas feridas tendem a evoluir do processo de granulação maligna para o processo de degeneração do tecido tumoral na parte do corpo em que o tumor se estabeleceu. Os sinais e sintomas mais frequentes são dor, sangramento, exsudato e odor. Pode haver prurido e danos à integridade da pele ao redor^{3,5}.

Para avaliação específica de ferida, dor e odor, devem ser considerados os seguintes instrumentos:

- Sistema de estadiamento (vide Quadro 19)^{5,6}.
- Escala de avaliação da dor (como a Escala Visual Analógica), identificando a natureza (se relacionada ao curativo ou não), a frequência e a duração do sintoma (vide Capítulo 3)^{3,5,7}.
- Escala de mensuração do odor (vide Quadro 20)^{5,6}.

Quadro 19 - Sistema de estadiamento das feridas tumorais

Estadiamento 1	Estadiamento 1N	Estadiamento 2	Estadiamento 3	Estadiamento 4
				
<p>Pele íntegra</p> <p>Tecido de coloração avermelhada ou violácea</p> <p>Nódulo visível e delimitado</p> <p>Assintomático, mas, pode haver prurido e dor</p>	<p>Ferida fechada ou com abertura superficial por orifício de drenagem de exsudato límpido, de coloração amarelada ou de aspecto purulento</p> <p>Tecido avermelhado ou violáceo, ferida seca ou úmida</p> <p>Dor ou prurido ocasionais</p> <p>Sem odor</p>	<p>Ferida aberta envolvendo derme e epiderme</p> <p>Ulcerações superficiais, por vezes, friáveis e sensíveis à manipulação</p> <p>Exsudato ausente ou em pouca quantidade (lesões secas ou úmidas)</p> <p>Intenso processo inflamatório ao redor da ferida</p> <p>Dor e odor ocasionais</p>	<p>Ferida espessa envolvendo o tecido subcutâneo</p> <p>Profundidade regular, com saliência e formação irregular</p> <p>Friável, ulcerada ou vegetativa, podendo apresentar tecido necrótico liquefeito ou sólido e aderido, odor fétido, exsudato</p> <p>Lesões satélites em risco de ruptura</p> <p>Tecido de coloração avermelhada ou violácea, porém com leito de coloração predominantemente amarelada</p>	<p>Ferida invadindo profundas estruturas anatômicas</p> <p>Profundidade expressiva, por vezes, não se visualiza seu limite</p> <p>Em alguns casos, com exsudato abundante, odor fétido e dor</p> <p>Tecido de coloração avermelhada ou violácea, com leito da ferida em coloração predominantemente amarelada</p>

Fonte: adaptado de Instituto Nacional de Câncer⁵.

Quadro 20 - Classificação do odor das feridas tumorais

Odor grau 0	Odor grau I	Odor grau II	Odor grau III
Não há odor em nenhuma situação (ambiente ou ferida)	Sentido ao abrir o curativo	Sentido ao se aproximar do paciente, sem abrir o curativo	Sentido no ambiente, sem abrir o curativo. É caracteristicamente forte e/ou nauseante

Fonte: adaptado de Instituto Nacional de Câncer⁵.

O exsudato deve ser avaliado de modo que possa ser quantificado em sistema de cruzes (de uma a quatro cruzes) ou categorizado como ausente, pequeno, moderado ou grande^{3,5}. Em relação ao aspecto visual, deve-se observar determinadas características, como se é seroso, sanguinolento, serossanguinolento ou amarelado⁷.

A avaliação do sangramento pode seguir o mesmo sistema de cruzes em relação à quantidade, sendo o mais comum a adoção do sistema classificatório em sangramento pequeno, médio ou intenso^{8,9}. A causa do sangramento também deve ser avaliada e é classificada em sangramento espontâneo ou traumático, sendo que o traumático é aquele decorrente da manipulação (ainda que seja para execução de curativos) ou do trauma direto sobre a ferida^{8,10}.

Deve-se, ainda, examinar se o sangramento está ativo, ou seja, se, a despeito das intervenções de controle, o sangramento não conseguiu ser cessado e houve fechamento do curativo absoritivo com a ferida ainda sangrante. Portanto, é necessário identificar se o sangramento é controlado e se é parcial ou total, assim como os riscos de recorrência⁸⁻¹⁰.

As intervenções iniciais no controle dos sintomas da ferida neoplásica maligna dos pacientes em cuidados paliativos, no que tange à escolha das coberturas e dos produtos, deve considerar os sintomas apresentados. Dessa forma, os comumente utilizados são curativos não aderentes ao leito da ferida, carvão ativado, curativos à base de prata, petrolato, poli-hexametilenobiguanida (PHMB), papaína em creme de ureia, alginato de cálcio, hemostáticos cirúrgicos, curativos de hidrofibras e multicamadas^{3,11,12}.

Também poderão ser consideradas, para uso *off label*, algumas medicações, como: a associação de morfina 10 mg diluída em 8 g de hidrogel para uso tópico, com objetivo de controle da dor; o uso tópico de metronidazol vaginal 10 mg aplicado sobre a ferida para controle do odor; metronidazol gel a 0,8% (manipulado); pode-se ainda considerar o uso de adrenalina aplicada diretamente sobre os pontos de sangramento da ferida^{3,11,12}.

Procedimentos terapêuticos, como radioterapia para o controle da dor ou do sangramento, bloqueios anestésicos e a própria cirurgia higiênica, podem ser intervenções necessárias, porém secundárias, para os casos de sintomas refratários às medidas de controle não invasivas^{3,5,13,14}.

LESÕES POR PRESSÃO









São consideradas LP aquelas que se desenvolvem quando o tecido mole é comprimido entre uma proeminência óssea e uma superfície dura por longo tempo. Pacientes em cuidados paliativos apresentam alto risco de desenvolver LP em razão da própria fisiopatologia subjacente da doença oncológica, dos efeitos colaterais do tratamento ou das intervenções terapêuticas¹⁵.

As LP são causadas por fatores intrínsecos, como idade avançada, déficit sensorial, rebaixamento do nível de consciência, baixa perfusão tecidual, histórico de LP anterior, déficit nutricional e desidratação, e extrínsecos, como umidade, pressão, cisalhamento e fricção, sendo a pressão o fator principal¹⁶.

De acordo com o acometimento tecidual, tais lesões podem ser classificadas, segundo o consenso adaptado pela Associação Brasileira de Estomatoterapia (Sobest), em seis categorias (I, II, III, IV, inclassificável e suspeita de lesão tissular profunda ou *deep tissue injury*) e duas definições

adicionais (LP relacionada a dispositivo médico e LP em membranas mucosas), conforme conceitos descritos no Quadro 21¹⁷ abaixo.

Quadro 21 - Classificação das lesões por pressão

<p>Categoria I</p>		<p>Eritema da pele íntegra que não embranquece ao retirar a pressão</p>
<p>Categoria II</p>		<p>Perda parcial da pele envolvendo a epiderme, derme ou ambas</p>
<p>Categoria III</p>		<p>Perda da espessura total da pele, acometendo o tecido subcutâneo que pode se aprofundar sem chegar à fáscia muscular</p>
<p>Categoria IV</p>		<p>Perda da espessura total da pele acometendo músculos, ossos e acessórios, como tendões, possibilitando a ocorrência de osteomielite</p>
<p>Inclassificável</p>		<p>Tecido necrótico que impede a classificação</p>
<p>Suspeita de lesão tissular profunda</p>		<p>Área localizada de pele intacta com coloração púrpura, castanha ou bolha avermelhada ocasionada por dano no tecido mole</p>
<p>LP relacionada a dispositivo médico</p>		<p>Resulta do uso de dispositivos criados e aplicados para fins diagnósticos e terapêuticos, geralmente apresenta o padrão ou forma do dispositivo e deve ser categorizada usando o sistema de classificação de LP</p>
<p>LP em membranas mucosas</p>		<p>Provocada pelo uso de dispositivos médicos no local do dano. Em função da anatomia do tecido, essas lesões não podem ser categorizadas</p>

Fonte: adaptado Associação Brasileira de Estomatoterapia¹⁷.
 Legenda: LP – lesões por pressão.

Para avaliação do risco para o surgimento de LP, a escala de Braden deve ser utilizada. Ela avalia os seguintes fatores de risco: percepção sensorial, umidade, atividade, mobilidade, nutrição, fricção e cisalhamento¹⁸. Para cada um dos itens a ser avaliado, uma pontuação é obtida e varia de um a quatro pontos, exceto na fricção e no cisalhamento em que varia de um a três pontos. A variação total da escala é de seis a 23 pontos. O somatório dos pontos de cada item determinará o grau do risco para o desenvolvimento de LP, sendo considerado: muito alto (de seis a nove), alto risco (de dez a 12), moderado (de 13 a 14), baixo risco (de 15 a 18) e sem risco (de 19 a 23) (vide Quadro 22)^{19,20}.

Quadro 22 – Escala de Braden

	1 PONTO	2 PONTOS	3 PONTOS	4 PONTOS
Percepção sensorial: capacidade de reagir significativamente à pressão relacionada ao desconforto	Completamente limitado: não reage (não geme, não se segura a nada, não se esquiva) a estímulo doloroso, em razão do nível de consciência diminuído ou da sedação, ou capacidade limitada de sentir dor na maior parte do corpo	Muito limitado: somente reage a estímulo doloroso Não é capaz de comunicar o desconforto, exceto por meio de gemido ou agitação, ou possui alguma deficiência sensorial que limita a capacidade de sentir dor ou desconforto em mais da metade do corpo	Levemente limitado: responde ao comando verbal, mas nem sempre é capaz de comunicar o desconforto ou expressar a necessidade de ser mudado de posição ou tem um certo grau de deficiência sensorial que limita a capacidade de sentir dor ou desconforto em uma ou duas extremidades	Nenhuma limitação: responde aos comandos verbais Não tem déficit sensorial que limitaria a capacidade de sentir ou verbalizar dor ou desconforto
Umidade: nível de umidade ao qual a pele é exposta	Completamente molhada: a pele é mantida molhada quase constantemente por transpiração, urina etc. A umidade é detectada às movimentações do paciente	Muito molhada: a pele está frequentemente, mas nem sempre molhada A roupa de cama deve ser trocada pelo menos uma vez por turno	Ocasionalmente molhada: a pele fica ocasionalmente molhada requerendo uma troca extra de roupa de cama por dia	Raramente molhada: a pele geralmente está seca, a troca de roupa de cama é necessária somente nos intervalos de rotina
Atividade física: grau de atividade física	Acamado: confinado à cama	Confinado à cadeira: a capacidade de andar está severamente limitada ou nula Não é capaz de sustentar o próprio peso e/ou precisa ser ajudado ao se sentar	Anda ocasionalmente: anda ocasionalmente durante o dia, embora distâncias muitas curtas, com ou sem ajuda Passa a maior parte de cada turno na cama ou cadeira	Anda frequentemente: anda fora do quarto pelo menos duas vezes por dia e dentro do quarto pelo menos uma vez a cada duas horas durante as horas em que está acordado

Continua

Continuação

<p>Mobilidade: capacidade de mudar e controlar a posição do corpo</p>	<p>Totalmente imóvel: não faz nem mesmo pequenas mudanças na posição do corpo ou extremidades sem ajuda</p>	<p>Bastante limitado: faz pequenas mudanças ocasionais na posição do corpo ou extremidades, mas é incapaz de fazer mudanças frequentes ou significantes sozinho</p>	<p>Levemente limitado: faz mudanças frequentes, embora pequenas, na posição do corpo ou extremidades sem ajuda</p>	<p>Não apresenta limitações: faz importantes e frequentes mudanças de posição sem auxílio</p>
<p>Nutrição: padrão usual de consumo alimentar</p>	<p>Muito pobre: nunca come uma refeição completa Raramente come mais de 1/3 do alimento oferecido Come duas porções ou menos de proteína (carne ou laticínios) por dia Não aceita suplemento alimentar líquido, ou é mantido em jejum e/ou em dieta líquida ou intravenosa por mais de cinco dias</p>	<p>Provavelmente inadequado: raramente come uma refeição completa e geralmente come cerca da metade do alimento oferecido A ingestão de proteína inclui somente três porções de carne ou laticínios por dia Ocasionalmente aceita um suplemento alimentar, ou recebe abaixo da quantidade satisfatória de dieta líquida ou alimentação por sonda</p>	<p>Adequado: come mais da metade da maioria das refeições Come um total de quatro porções de alimento rico em proteína (carne, laticínio) todo dia Ocasionalmente recusa uma refeição, mas geralmente aceita um complemento oferecido, ou é alimentado por sonda ou regime de nutrição parenteral total, o qual provavelmente satisfaz a maior parte das necessidades nutricionais</p>	<p>Excelente: come a maior parte de cada refeição Nunca recusa uma refeição Geralmente ingere um total de quatro ou mais porções de carne ou laticínios Ocasionalmente come entre as refeições Não requer suplemento alimentar</p>
<p>Fricção e cisalhamento</p>	<p>Problema: requer assistência de moderada a máxima para se mover É impossível levantá-lo ou erguê-lo completamente sem que haja atrito com o lençol Frequentemente escorrega na cama ou cadeira, necessitando frequentes ajustes de posição com máximo de assistência Espasticidade, contratura ou agitação leva à quase constante fricção</p>	<p>Problema em potencial: move-se, mas sem vigor, ou requer mínima assistência Durante o movimento, provavelmente ocorre um certo atrito da pele contra o lençol, cadeira ou outros Na maior parte do tempo mantém posição relativamente boa na cama ou cadeira, mas ocasionalmente escorrega</p>	<p>Nenhum problema: move-se sozinho na cama ou cadeira e tem suficiente força muscular para erguer-se completamente durante o movimento Sempre mantém boa posição na cama ou na cadeira</p>	

Fonte: adaptado de Paranhos e Santos¹⁹.

A pele do paciente deve ser avaliada diariamente, atentando para as proeminências ósseas (sacra, trocânteres, calcâneos, maléolos, orelhas e occipital) e áreas em contato com dispositivos médicos (cateter nasal de O₂, máscara de Bipap, cabos de monitores, cadarço de fixação do tubo orotraqueal, colar cervical, cateteres e oxímetro de pulso)²¹. O objetivo primário deve estar relacionado à prevenção do desenvolvimento de LP. Contudo, caso o indivíduo apresente lesão previamente existente, busca-se manter e/ou alcançar o progresso no sentido de fechamento ou redução da ferida, priorizando o conforto. No entanto é necessário considerar as alterações dos sistemas corporais dos pacientes acometidos pelo câncer em estadiamento avançado, como a possibilidade de falência da pele, assim como os demais órgãos²².

As intervenções iniciais devem considerar a diminuição do risco de surgimento de novas lesões, o manejo da umidade, a higiene diária da pele de maneira suave e com aplicação de barreira protetora contra umidade (por exemplo, o óxido de zinco ou creme barreira), a seleção de coberturas, que deve ter como base a classificação da lesões, bem como a avaliação clínica do paciente e as metas de cuidados²³.

Nas lesões nas quais a pele se encontra íntegra, recomendam-se coberturas que promovam hidratação e/ou barreira protetora; nas demais categorias, devem-se considerar o aspecto da lesão e suas características para a escolha da cobertura adequada. Para limpeza das lesões, pode-se considerar o uso de produtos, como soro fisiológico ou aqueles à base de PHMB²³.

Nas lesões que apresentem tecido em granulação em seu leito, podem ser aplicadas coberturas, como hidrogéis, hidrocoloides, curativos não aderentes, ácidos graxos essenciais e curativo de película de acrílico. Nas lesões que apresentem necrose de liquefação ou coagulação, podem ser utilizados produtos que promovam desbridamento, como hidrogéis, alginato de cálcio e papaína em creme de ureia²³.

Para a redução e o controle de exsudato moderado ou grande, deve-se considerar o uso de curativos absorvivos, como espumas de poliuretano, hidrofibras e alginato de cálcio. Nos casos de lesões com odor e/ou infectadas, os curativos a base de PHMB, carvão ativado ou curativos à base de prata são indicados. Para promoção de hemostasia, recomenda-se a aplicação de curativos como alginato de cálcio ou hemostáticos cirúrgicos²³.

LESÕES POR FRICÇÃO OU SKIN TEARS

Skin Tears, ou lesões por fricção (LF), são lesões de pele de espessura parcial ou total geradas a partir de trauma, como fricção, cisalhamento, contusão, manuseio inadequado da pele, danos por dispositivos e remoção de insumos adesivos. Ocorrem principalmente nas extremidades de pessoas idosas, cujas alterações de estrutura e de suporte mecânico da pele conferem maior suscetibilidade a esse tipo de lesão. Estão comumente associadas à elastose (processo de degradação de fibras elásticas e colágeno da pele) e/ou às equimoses^{24,25}.

As topografias corporais mais atingidas por esse tipo de lesão são o dorso das mãos, os braços, os cotovelos e as pernas de pessoas idosas ou muito jovens, como neonatos. São lesões majoritariamente úmidas, com produção de exsudato seroso, especialmente nas primeiras 24 horas²⁶.

Os fatores de risco para o desenvolvimento de LF podem ser intrínsecos, tais como extremos de idade (recém-nascido ou idosos acima de 75 anos), imobilidade (cadeirante ou acamado), dificuldade de locomoção ou desequilíbrio, ingestão nutricional inadequada, demência, história prévia de LF, alterações neuromusculares (como rigidez, espasticidade, contraturas articulares), deficiência mental, neuropatia, pele seca ou descamativa e frágil, equimoses, púrpura senil, distúrbios vasculares, cardíacos ou pulmonares, deficiência visual ou auditiva, incontínência, edema de membros, fraqueza muscular, hemiplegia e paraplegia, agitação, paralisia, unhas compridas²⁷.

Os fatores de risco extrínsecos incluem uso de corticoides sistêmicos ou tópicos, anticoagulante e polifarmácia, a utilização de órteses, o ato de vestir e retirar meias, a remoção de fitas adesivas, as transferências e quedas, as próteses, as contenções, o uso de produtos destinados à limpeza da pele, o uso inadequado de barreiras protetoras de pele²⁷.

As LF são consideradas como evento adverso que deve ser relatado sempre que comprometer a segurança do paciente, pois pode aumentar o tempo de hospitalização, principalmente pela possibilidade de ocorrência de infecções associadas, e os custos de saúde, além de afetar a qualidade de vida dos indivíduos²⁸.

Para a classificação desse tipo de lesão, pode-se utilizar o Sistema de Classificação *Star* para Lesões por Fricção. Neste sistema, as LF são classificadas em cinco categorias, conforme complexidade das lesões, as quais são detalhadas no Quadro 23^{29,30}.

Quadro 23 - Sistema de classificação Star para lesões por fricção

Categoria 1a	Categoria 1b	Categoria 2a	Categoria 2b	Categoria 3
				
LF, cujo retalho cutâneo pode ser realinhado à posição anatômica normal (sem tensão excessiva); coloração da pele ou do retalho não se apresenta pálida, opaca ou escurecida	LF, cujo retalho cutâneo pode ser realinhado à posição anatômica normal (sem tensão excessiva); coloração da pele ou do retalho apresenta-se pálida, opaca ou escurecida	LF, cujo retalho cutâneo não pode ser realinhado à posição anatômica normal (sem tensão excessiva); coloração da pele ou do retalho não se apresenta pálida, opaca ou escurecida	LF, cujo retalho cutâneo não pode ser realinhado à posição anatômica normal (sem tensão excessiva); coloração da pele ou do retalho apresenta-se pálida, opaca ou escurecida	LF, cujo retalho cutâneo está completamente ausente

Fonte: adaptado de Torres *et al.*³⁰.

Legenda: LF – lesão por fricção.

Avaliação das LF²⁹

- Localização anatômica e tempo de aparecimento.
- Dimensões: comprimento, largura e profundidade.
- Leito da ferida e potencial de viabilidade dos tecidos.
- Aspectos e quantidade do exsudato.
- Presença de sangramento, hematoma, necrose ou dor.
- Integridade da pele ao redor.
- Sinais e sintomas de infecção.

As intervenções iniciais devem considerar curativos que propiciem cicatrização segura, promovam hidratação e controle de sangramento e estimulem a epitelização, bem como aqueles que evitem a ocorrência de outros danos durante o manejo da lesão, em razão da grande sensibilidade da pele fragilizada³¹.

MUDANÇAS DA PELE AO FIM DE VIDA

Quando a pessoa está em fase final de vida em razão da doença crônica avançada, de agravos agudos que não respondam ao tratamento proposto, ou de alteração sistêmica ocasionada pelo tratamento, a pele, assim como os demais órgãos, pode apresentar disfunção. Portanto, conceitua-se que a insuficiência cutânea pode ocorrer no final da vida e também com doenças agudas e crônicas^{1,3,32,33}.

A avaliação da pele dos indivíduos em fase de fim de vida deve considerar^{3,32,33}:

- Mudanças fisiológicas que ocorrem durante o processo de morte que podem afetar a pele e os tecidos moles, trazendo alterações que podem não ser evitáveis.
- Modificações na pele que refletem redução de perfusão de tecidos moles, diminuição de tolerância aos estímulos externos e deficiência de remoção de catabólitos, o que prejudica a pele de exercer seu papel protetor do corpo.

Essa avaliação minuciosa deve atentar para os indicadores prognósticos de morte iminente, observando alterações como fraqueza e limitação progressiva da mobilidade, nutrição deficiente, incluindo perda de apetite, perda de peso, caquexia e debilidade, baixo nível sérico de albumina ou pré-albumina, baixo nível de hemoglobina, desidratação, função imunológica debilitada, baixo nível de perfusão tissular generalizada^{3,33}.

Assim como as alterações tegumentares, outros fatores devem ser considerados, como a diminuição da temperatura local da pele, seu descoramento e necrose, sua perda da integridade em razão de inúmeros fatores (equipamentos ou dispositivos, incontinências, irritantes químicos, exposição crônica a fluídos corporais, LF, pressão, cisalhamento, atrito e infecções). A inspeção de áreas de proeminências ósseas e sob cartilagens, como região sacrococcígea, ísquios, trocânteres, escápulas, região occipital, calcâneos, dedos, nariz e orelhas, deve ser realizada diariamente^{3,32,33}.

As intervenções iniciais devem focar na proteção da pele, no controle da dor, no controle ou na drenagem do exsudato e em outras medidas que tragam conforto ao paciente, como o uso de curativos que permitam o espaçamento das trocas^{3,33,34}.

Importante destacar que o paciente em fim de vida fica mais susceptível a LP e outros tipos de danos na pele, a exemplo da úlcera terminal de Kennedy e da injúria terminal de tecido Trombley-Brennan³⁵.

ÚLCERA TERMINAL DE KENNEDY VERSUS INJÚRIA TERMINAL DE TECIDO TROMBLEY-BRENNAN

A úlcera terminal de Kennedy, ou úlcera de Kennedy, ficou conhecida como úlcera desenvolvida na região sacra, com evolução de piora rápidas, repentinas, seguidas do falecimento dos pacientes acometidos dentro de oito a 24 horas, em até oito semanas a partir do seu surgimento³. Sabe-se, atualmente, que ela pode se desenvolver em qualquer proeminência óssea, incluindo cotovelos³⁵.

As principais características conhecidas em relação a esse tipo de LP são: estar localizada na região sacrococcígena; ter aspecto que lembra o formato de uma borboleta, uma ferradura ou uma pera; ter coloração púrpura, vermelha, azulada ou escurecida; ter início repentino; e ter bordas irregulares^{3,35}.




A injúria terminal de tecido Trombley-Brennan é um outro tipo de lesão de fim de vida associada à falência da pele³⁶. Possui aspecto semelhante às lesões tipo úlcera terminal de Kennedy, porém em

locais que não sofrem pressão, como tronco e extremidades superiores e inferiores, além disso, a pele pode permanecer intacta. Outra característica importante a considerar é o surgimento desse tipo de lesão, geralmente entre 30 e 36 horas antes da morte^{3,37}.

A LP suspeita de lesão tissular profunda, a úlcera de Kennedy e a injúria terminal Trombley-Brennan apresentam quadro clínico com algumas semelhanças que podem dificultar a identificação e a diferenciação dessas lesões na prática clínica, implicando a não adoção de cuidados de pele específicos para o tipo de lesão apresentada (vide Quadro 24)^{3,36,37}.

Quando o paciente se encontra em fase de fim de vida, as intervenções iniciais para todas as lesões irão se embasar no controle dos sinais e sintomas e na proteção da ferida, tendo como meta o conforto do paciente a partir do controle dos sintomas^{3,38}. As intervenções iniciais devem promover proteção da pele por meio do uso de hidratantes e curativos não aderentes. É fundamental que seja realizada a educação dos familiares para a compreensão dos fenômenos acerca da falência da pele e da proposta de tratamento para controle de sintomas^{3,32,36}.

Quadro 24 - Informações para o diagnóstico diferencial entre as lesões: úlcera terminal de Kennedy, lesão tissular profunda e injúria terminal de Trombley-Brennan

Tipo de Lesão	Úlcera de Kennedy	Suspeita de lesão tissular profunda	Injúria terminal Trombley-Brennan
Exemplo			
Cor	Vermelha, preta ou amarela	Roxa ou marrom	Rosa, roxa ou marrom
Aparência	Pode apresentar coloração preta e progredir e rapidamente	Descoloração em pele intacta ou flictema sanguíneo	Aparência de hematoma Se observada no sacro, pode se apresentar como padrão em borboleta, se observada bilateralmente, as lesões podem ter imagens simétricas
Causa	Desconhecida	Pressão e/ou cisalhamento	Desconhecida
Localização	Geralmente em região sacra	Sobre proeminências ósseas	Pode ou não se apresentar sobre proeminência óssea Foi observada nas extremidades inferiores e no tronco do corpo
Aparência	Formato de pera	Irregular	Forma de borboleta, estrias lineares
Características	Evolui rapidamente de flictema a categoria 2 em lesão de espessura total	Tecido pode ser dolorido, firme, mole, úmido, mais quente ou mais frio em comparação com o tecido adjacente	A ferida não progride para ruptura da pele, que permanece intacta As feridas nas pernas podem se estender na trajetória descendente A lesão aparece espontaneamente
Tempo de surgimento da lesão	Pode surgir repentinamente	A descoloração pode escurecer e intensificar com o tempo	Ocorre de repente
Tempo de surgimento antes da morte	Dias a semanas	Não relatado	De horas a dias

Fonte: adaptado de Trombley *et al.*³⁶.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Sendo a pele o maior órgão do corpo humano, e considerando que pacientes oncológicos em cuidados paliativos estão mais suscetíveis aos agravos inerentes à doença de base, fazem-se necessárias ações que possam prevenir e/ou diminuir o risco de surgimento de lesões cutâneas, bem como o planejamento terapêutico para tratar ou controlar aquelas que se estabeleceram no decorrer do processo de adoecimento do paciente. Essas ações devem ser planejadas, considerando-se que, para as boas práticas de cuidados com a pele, é essencial compreender todos os processos fisiológicos e ambientais relacionados. Para tanto, é fundamental saber identificar o momento de vida no qual se encontra o paciente e quais ações são pertinentes e poderão, de fato, melhorar sua qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

1. JUNQUEIRA, L. C.; CARNEIRO, J. **Histologia básica**. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004.
2. HOGLE, P. W. Overview of skin issues related to the oncology patient. *In*: HAAS, M. L.; MOORE-HIGGS, G. J. (ed.). **Principles of skin care and the oncology patient**. Pittsburgh: Oncology Nursing Society, 2010. p. 15-32.
3. TILLEY, C. P.; FU, M. R.; LIPSON, J. M. Palliative wound, ostomy, and continence care. *In*: FERRELL, B. R.; PAICE, J. A. (ed.). **Oxford textbook of palliative nursing**. 5th ed. New York; Oxford: University Press, 2019. p. 251-284.
4. SPIN, M. *et al.* Lesão por fricção em idosos. **ESTIMA: Brazilian Journal of Enterostomal Therapy**, São Paulo, v. 19, e0421, 2021. DOI 10.30886/estima.v19.1002_PT.
5. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil). **Tratamento e controle de feridas tumorais e úlceras por pressão no câncer avançado**. Rio de Janeiro: INCA, 2009. (Série Cuidados paliativos). Disponível em: https://bvms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/Feridas_Tumorais.pdf. Acesso em: 8 jul. 2022.
6. FIRMINO, F. Pacientes portadores de feridas neoplásicas em Serviços de Cuidados Paliativos: contribuições para a elaboração de protocolos de intervenções de enfermagem. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 51, n. 4, p. 347-359, 2005. DOI 10.32635/2176-9745.RBC.2005v51n4.1941
7. TANDLER, S.; STEPHEN-HAYNES, J. Fungating wounds: management and treatment options. **British Journal of Nursing**, London, v. 26, p. S06-S14, 2017. Suppl. 12. DOI 10.12968/bjon.2017.26.12. S6.
8. FROMANTIN, I. *et al.* A prospective, descriptive cohort study of malignant wound characteristics and wound care strategies in patients with breast cancer. **Ostomy Wound Manage**, [King of Prussia], v. 60, n. 6, p. 38-48, June 2014.
9. FIRMINO, F. *et al.* Regenerated oxidised cellulose versus calcium alginate in controlling bleeding from malignant breast cancer wounds: randomised control trial study protocol. **Journal of Wound Care**. London, v. 29, n. 1, p. 52-60, 2020. DOI 10.12968/jowc.2020.29.1.52.
10. NICODÈME, M. *et al.* Frequency and management of hemorrhagic malignant wounds: a retrospective, single-center, observational study. **Journal of Pain Symptom Manage**, v. 62, n. 1, p. 134-140, July 2021. DOI 10.1016/j.jpainsymman.2020.11.031.
11. CASTRO, L. S. *et al.* Desbridamento enzimático de feridas tumorais malignas com creme de papaína-uréia. *In*: CONGRESO DE LA ASOCIACIÓN L.C.P., 6.; CONGRESO DE LA SOCIEDADE PERUANA DE CUIDADOS PALIATIVOS, 1., 2008, Lima. **Anais [...]**. Lima: [s. n.], 2008.
12. WOO, K. Y. *et al.* Palliative wound care management strategies for palliative patients and their circles of care. **Advances in Skin and Wound Care**, [Philadelphia, PA], v. 28, n. 3, p. 130-140, Mar. 2015. DOI 10.1097/01.ASW.0000461116.13218.43.
13. FORD-DUNN, S. Use of vacuum assisted closure therapy in the palliation of a malignant wound. **Palliative Medicine**, London, v. 20, p. 477-478, June 2006. DOI 10.1191/0269216306pm1117cr.
14. OKAJIMA, K. *et al.* Prognosis and surgical outcome of soft tissue sarcoma with malignant fungating wounds. **Japanese Journal of Clinical Oncology**, Oxford, v. 51, n. 1, p. 78-84, 2021. DOI 10.1093/jjco/hyaa176.
15. FERRIS, A.; PRICE, A.; HARDING, K. Pressure ulcers in patients receiving palliative care: a systematic review. **Palliative Medicine**, London, v. 33, n. 7, p. 770-782, 2019. DOI 10.1177/0269216319846023. (published correction appears in Palliative Medicine, v. 34, n. 7, p. 969, July 2020).

16. NATIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL, EUROPEAN PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL AND PAN PACIFIC PRESSURE INJURY ALLIANCE. **Prevention and treatment of pressure ulcers**: clinical practice guideline. 2nd ed. Osborne Park, Western Australia: Cambridge Media, 2014. Disponível em: <https://www.epuap.org/wp-content/uploads/2016/10/quick-reference-guide-digital-npuap-epuap-pppia-jan2016.pdf>. Acesso em: 8 jul. 2022.
17. ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ESTOMATERAPIA; ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM EM DEMARTOLOGIA. **Consenso NPUAP 2016 - classificação das lesões por pressão adaptado culturalmente para o Brasil**. São Paulo: SOBEST; SOBENDE, 2022. Disponível em: https://sobest.com.br/wp-content/uploads/2020/10/CONSENSO-NPUAP-2016_traducao-SOBEST-SOBENDE.pdf. Acesso em: 21 jul. 2022.
18. CHEN, H. L. *et al.* Calibration power of the Braden scale in predicting pressure ulcer development. **Journal of Wound Care**. London, v. 25, n. 11, p. 655-659, Nov. 2016. DOI 10.12968/jowc.2016.25.11.655.
19. PARANHOS, W. Y.; SANTOS, V. L. C. G. Avaliação de risco para úlceras de pressão por meio da Escala de Braden, na língua portuguesa. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 33, n. esp., p. 191-206, 1999.
20. CHEN, H. L. *et al.* Braden scale (ALB) for assessing pressure ulcer risk in hospital patients: a validity and reliability study. **Applied Nursing Research**, [Philadelphia, PA], v. 33, p. 169-174, Feb. 2017. DOI 10.1016/j.apnr.2016.12.001.
21. MERVIS, J. S.; PHILLIPS, T. J. Pressure ulcers: prevention and management. **Journal of American Academy of Dermatology**, St. Louis, v. 81, n. 4, p. 893-902, Oct. 2019. DOI 10.1016/j.jaad.2018.12.068.
22. LANGEMO, D. *et al.* Evidence-based guidelines for pressure ulcer management at the end of life. **International Journal of Palliative Nursing**, London, v. 21, n. 5, p. 225-232, May 2015. DOI 10.12968/ijpn.2015.21.5.225.
23. KOTTNER, J. *et al.* Prevention and treatment of pressure ulcers/injuries: the protocol for the second update of the international Clinical Practice Guideline 2019. **Journal of Tissue Viability**, Salisbury, v. 28, n. 2, p. 51-58, May 2019. DOI 10.1016/j.jtv.2019.01.001.
24. RAYNER, R.; CARVILLE, K.; LESLIE, G. Defining age-related skin tears: a review. **Wound Practice & Research**, Australia, v. 27, n. 3, p. 135-143, Sep. 2019. DOI 10.33235/wpr.27.3.135-143.
25. RAYNER, R. *et al.* Models for predicting skin tears: a comparison. **International Wound Journal**, Oxford, v. 17, n. 3, p. 823-830, June 2020. DOI 10.1111/iwj.13340.
26. SILVA, C. V. B. da *et al.* ISTAP Classification for skin tears: validation for brazilian portuguese. **International Wound Journal**, Oxford, v. 17, n. 2, p. 310-316, Apr. 2020. DOI 10.1111/iwj.13271.
27. LEBLANC, K.; CAMPBELL, K. (coord.) **Recomendações das melhores práticas**: prevenção e gerenciamento do cuidado de lesões por fricção em pele envelhecida. Londres: Wounds International, 2018. Recomendações de melhores práticas – ISTAP. Disponível em: <https://sobest.com.br/wp-content/uploads/2020/10/ISTAP-BPR-2018-.pdf>. Acesso em: 8 jul. 2022.
28. LEBLANC, K. *et al.* Risk factors associated with skin tear development in the canadian long-term care population. **Advances in Skin and Wound Care**, [Philadelphia, PA], v. 34, n. 2, p. 87-95, Feb. 2021. DOI 10.1097/01.ASW.0000717232.03041.69.
29. STRAZZIERI-PULIDO, K. C.; SANTOS, V. L. C. G.; CARVILLE, K. Adaptação cultural, validade de conteúdo e confiabilidade interobservados do "STAR Skin Tear Classification System". **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 23, n. 1, p. 155-161, jan./fev. 2015. DOI 10.1590/0104-1169.3523.2537.

30. TORRES, F. S. *et al.* **Manual de prevenção e tratamento de lesões por fricção**. São Paulo: [s. n.], 2016. Disponível em: https://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/ManualJ%2804_11_2016%29_abril.pdf. Acesso em: 8 jul. 2022.
31. IDENSOHN, P. *et al.* Skin tears: a case-based and practical overview of prevention, assessment and management. **Journal of Community Nursing**, [s. l.], v. 33, n. 2, p. 32-41, 2019.
32. Santos, L. C. G. SCALE - modificações da pele no final da vida. Atualização. **ESTIMA: Revista Brasileira de Esomaterapia: estomias, feridas e incontinências**, São Paulo, v. 7, n. 3, 2009.
33. AYELLO, E. A. *et al.* Reexamining the literature on terminal ulcers, SCALE, skin failure, and unavoidable pressure injuries. **Advances in Skin and Wound Care**, [Philadelphia, PA], v. 32, n. 3, p. 109-121, Mar. 2019. DOI 10.1097/01.ASW.0000553112.55505.5f.
34. SIBBALD, R. G.; AYELLO, E. A. Terminal ulcers, SCALE, skin failure, and unavoidable pressure injuries: results of the 2019 terminology survey. **Advances in Skin and Wound Care**, [Philadelphia, PA], v. 33, n. 3, p. 137-145, Mar. 2020. DOI 10.1097/01.ASW.0000653148.28858.50.
35. ROCA-BIOSCA, A. *et al.* Kennedy terminal ulcer and other skin wounds at the end of life: an integrative review. **Journal of Tissue Viability**, Salisbury, v. 30, n. 2, p. 178-182, May 2021. DOI 10.1016/j.jtv.2021.02.006.
36. TROMBLEY, K. *et al.* Prelude to death or practice failure? Trombley-Brennan terminal tissue injuries. **The American Journal of Hospice & Palliative Care**, Thousand Oaks, v. 29, n. 7, p. 541-545, Nov. 2012. DOI 10.1177/1049909111432449.
37. BRENANN, M. R.; THOMAS, L.; KLINE, M. Prelude to death or practice failure? Trombley-Brennan terminal tissue injury update. **The American Journal of Hospice & Palliative Care**, Thousand Oaks, v. 36, n. 11, p. 1016-1019, 2019. DOI 10.1177/1049909119838969.
38. LATIMER, S. *et al.* Kennedy terminal ulcers: a scoping review. **Journal of Hospice and Palliative Nursing**, Philadelphia, PA, v. 21, n. 4, p. 257-263, 2019. DOI 10.1097/NJH.0000000000000563.

INTEGRAÇÃO ENTRE OS DIFERENTES NÍVEIS DE ATENÇÃO À SAÚDE COMO ESTRATÉGIA DE ATENDIMENTO AO PACIENTE EM CUIDADOS PALIATIVOS

INTRODUÇÃO

O cuidado ao paciente que enfrenta uma doença a qual ameaça a sua vida requer um olhar profissional para além dos fatores objetivos que embasam o atendimento propriamente dito: a doença, a dor, o alívio dos sintomas. É preciso olhar as condições subjetivas, muitas vezes implícitas no absentéismo, e outras situações de vulnerabilidade socioeconômica que impedem o seu comparecimento ao atendimento presencial. Foi esse olhar que permitiu perceber que alguns pacientes com câncer avançado em cuidados paliativos, assistidos no HC IV, a unidade de cuidados paliativos do INCA, possuíam muita dificuldade de comparecer às consultas ambulatoriais de forma regular. Era preciso pensar em uma nova abordagem de atendimento que se alinhasse à continuidade do cuidado e que garantisse o conforto dos pacientes e, visando a essa proposta, foi elaborada a modalidade de atendimento assistencial chamada de Ambulatório a Distância^{1,2}.

Neste capítulo, serão abordados a origem e o fluxo dessa modalidade assistencial, os aspectos legais que embasam essa ação e os desafios diários para garantir o cuidado paliativo oncológico qualificado aos pacientes assistidos por tal proposta.

A ORIGEM DO AMBULATÓRIO A DISTÂNCIA

Depois de findada qualquer possibilidade de tratamento terapêutico curativo nas três unidades assistenciais do INCA (HC I, II e III), os pacientes são encaminhados ao HC IV para receberem os cuidados paliativos, mas não sem antes serem esclarecidos, junto com seus familiares e/ou cuidadores, sobre a unidade e aceitarem o tratamento proposto (vide Capítulo 1).

O perfil de paciente elegível para o acompanhamento no Ambulatório do HC IV são aqueles com melhor funcionalidade. Contudo o Ambulatório passou a absorver pacientes dependentes de cuidados e inelegíveis para o acompanhamento pela Assistência Domiciliar do HC IV (vide Capítulo 1). Além de critérios clínicos para serem assistidos pela Assistência Domiciliar, as barreiras territoriais, seja por conflito urbano, seja por distanciamento territorial acima de 60 km da unidade, impedem o acesso institucional e sua inclusão nessa modalidade pelo HC IV. Esses pacientes são, então, inseridos para acompanhamento ambulatorial, contudo, com os agravantes acima mencionados, é inevitável a ausência nas consultas, o que prejudica a continuidade do seguimento clínico. Em levantamento de dados internos realizado pela secretaria do Ambulatório do HC IV, foi identificado, no período de 2015 a 2017, que 243 pacientes haviam faltado às consultas por essas questões.

Além do conflito urbano, outro relevante fator impeditivo para o comparecimento ao ambulatório é a dificuldade de acesso ao transporte adequado e gratuito que atenda às debilidades físicas e clínicas do paciente. Quando vem de outros municípios, o usuário tem assegurado em lei o transporte para o tratamento da saúde fora do seu domicílio³. Contudo a operacionalização para a garantia dessa portaria, muitas vezes, não atende o perfil dos pacientes em questão, pois o transporte não é adequado às suas condições clínicas, sendo essa uma das principais queixas dos pacientes para a sua utilização.

Na tentativa de minorar as dificuldades elencadas acima, foi elaborada, pelos profissionais do Ambulatório do HC IV, uma ação interventiva denominada Ambulatório a Distância. A principal linha de ação está centrada no trabalho integrado entre a equipe profissional do ambulatório do HC IV e os profissionais inseridos nos diversos serviços da rede de atenção à saúde. Proporcionar o cuidado paliativo ao paciente no próprio domicílio é a proposta dessa modalidade assistencial, viabilizando, assim, a continuidade do cuidado paliativo⁴.

Iniciado em setembro de 2017 e até outubro de 2021, o Ambulatório a Distância atendeu 239 pacientes oriundos de 58 municípios que foram encaminhados para atendimento integrado com os diversos serviços da rede de atenção, tais como: Posto de Saúde, Estratégia Saúde da Família e Programa Melhor em Casa. Dos pacientes assistidos, 202 estavam domiciliados em 50 municípios do Estado do Rio de Janeiro e seis em outros Estados (Minas Gerais, Sergipe e Piauí).

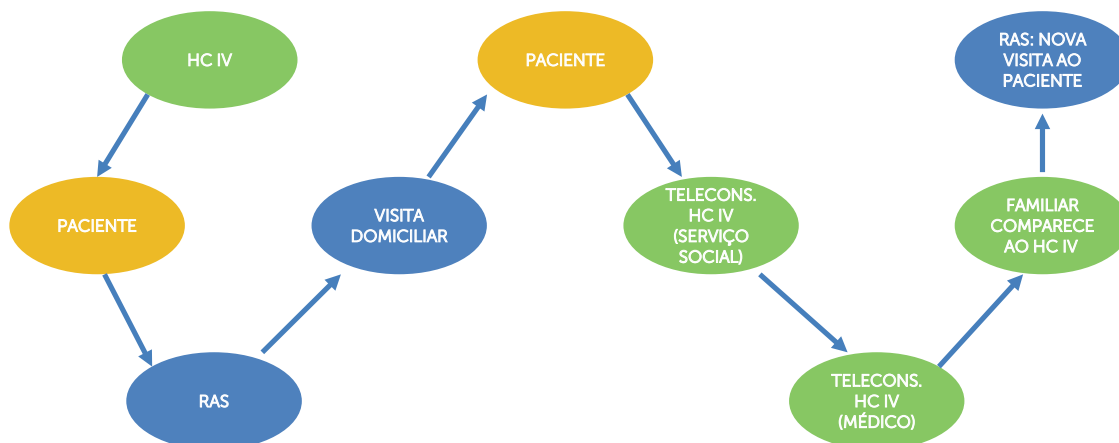
Essa modalidade assistencial foi operacionalizada a partir do seguinte fluxo: identificação do perfil do paciente elegível; articulação com a rede de atenção à saúde da área de domicílio do paciente para realização de visita domiciliar⁴; teleatendimento entre os profissionais do INCA e os pacientes e familiares. Importante ressaltar que o teleatendimento foi implantado recentemente em razão da pandemia de covid-19, efetivamente a partir de abril de 2020⁵. Antes, o familiar representava o paciente nas consultas presenciais.

METODOLOGIA DO AMBULATÓRIO A DISTÂNCIA

- Troca de relatórios entre as duas equipes (relatório padrão INCA e relatório específico da rede de atenção à saúde).
- Visita domiciliar pela rede de atenção à saúde (consulta ao paciente e preenchimento de relatório).
- Teleatendimento pelo serviço social do HC IV (monitoramento das ações).
- Teleatendimento pelo médico do HC IV (teleconsulta e preenchimento de relatório).
- Paciente e familiar: preenchimento de questionário específico pelo paciente e/ou familiar sobre os confortos e desconfortos vivenciados; comparecimento ao HC IV para recebimento de medicações e orientações da equipe.

A Figura 15 ilustra o fluxo de atendimento do Ambulatório a Distância.

Figura 15 - Fluxo do Ambulatório a Distância



Fonte: elaboração INCA.


Legenda: HC IV – Hospital do Câncer IV; RAS – rede de atenção à saúde; telecons. – teleconsulta.

Foram criados dois instrumentos para que pudessem ser apuradas as informações sobre os desconfortos clínicos, físicos e emocionais vivenciados pelo paciente, sendo um deles preenchido pelo profissional da rede de atenção à saúde, médico ou enfermeiro (relatório de atendimento – Figura 16) e outro pelo paciente ou familiar (questionário de sintomas – Figura 17). Esses instrumentos estão em constante avaliação e podem ser modificados mediante consenso dos profissionais.

Identificado o paciente elegível para essa modalidade de atendimento, busca-se referenciá-lo junto à rede de atenção à saúde de seu território de domicílio para estabelecer o atendimento conjunto. O contato com essa rede é feito pelas vias de comunicações tecnológicas existentes (e-mail, telefone fixo ou celular, mensagem de texto). Nesse contato, é explicado o objetivo do acompanhamento a distância e a sua operacionalidade, que ocorre por meio de ações distintas e complementares entre os dois níveis de assistência.

Os profissionais do HC IV, como especialistas, são os responsáveis pela conduta clínica, e os profissionais da rede de atenção à saúde fazem o acompanhamento ao paciente por meio de visitas domiciliares, fornecendo ao INCA as informações técnicas observadas nessa visita presencial. O instrumento utilizado para a comunicação entre as equipes é a troca contínua de relatórios. O envio de relatório, pela equipe da rede de atenção à saúde, ocorre via e-mail institucional, no prazo máximo de 24 horas antes da consulta do paciente com o médico do HC IV, que é realizada via teleatendimento. Ao receber o relatório e após a consulta via teleatendimento com o paciente e o familiar, o médico do HC IV traça novas condutas de cuidado e encaminha novo relatório para a equipe da rede de atenção à saúde por intermédio familiar, quando esse vem ao HC IV receber as medicações prescritas. Nessa ocasião, o familiar é atendido pelos demais profissionais da equipe do Ambulatório do HC IV, caso necessite receber orientações. Todos os relatórios são anexados ao prontuário do paciente.

Figura 16 - Relatório de atendimento preenchido pelo profissional da Atenção Primária (médico ou enfermeiro)



Ministério da Saúde
Instituto Nacional de Câncer
Hospital do Câncer IV

ATENDIMENTO AMBULATORIAL A DISTÂNCIA

(ESTE RELATÓRIO DEVE SER PREENCHIDO PELO PROFISSIONAL DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE – MÉDICO OU ENFERMEIRO)

Nome do paciente _____ Idade: ____ Matrícula/INCA: _____

Bairro _____ Município _____

O paciente é: () parcialmente dependente de cuidados () totalmente dependente de cuidados

Atenção Primária à Saúde que está atendendo o paciente
 () Posto de Saúde () Padi () SAD/PMC () Clínica da Família
 Unidade de Saúde: _____ Tel.: ____/____/____

Prezado profissional, precisamos que você forneça as seguintes informações:

1- Marque com um X se, nos últimos sete dias, o paciente apresentou os seguintes sintomas:

SIM	NÃO		SIM	NÃO	
		Dor			Falta de apetite
		Falta de ar			Convulsão
		Sangramento			Constipação
		Náusea			Leucorreia (corrimento vaginal)
		Vômito			Ansiedade
		Cansaço			Xerostomia (boca seca)
		Sonolência			Ausência de bem-estar (desconforto)
		Insônia			Tristeza
		Desorientação			Outros:

2- Se o paciente possuir alguns dos itens abaixo, descreva como está:

Ostomia	
Ferida e odor	
Dor	
Sinais de infecção	

3- Avaliação clínica do paciente no dia da visita domiciliar (aferição de pressão, temperatura, integridade da pele, oximetria etc)

Data: ____/____/____

Assinatura e carimbo do profissional

Fonte: elaboração INCA.
 Legenda: PADI – Programa de Atenção Domiciliar ao Idoso; SAD/PMC – Serviço de Atenção Domiciliar/Programa Melhor em Casa.


Fonte: elaboração INCA.

Legenda: Padi – Programa de Atenção Domiciliar ao Idoso; SAD/PMC – Serviço de Atenção Domiciliar/Programa Melhor em Casa.

Figura 17 - Questionário de sintomas preenchido pelo paciente ou familiar

MINISTÉRIO DA SAÚDE www.inca.gov.br

Data da aplicação: ___/___/___



Ambulatório a Distância

(Este é um Questionário de Sintomas e deve ser preenchido pelo paciente ou familiar)

Paciente: _____

Matr: _____ Idade: _____ Município: _____

Quem está respondendo a este questionário:







() Paciente

() Familiar/cuidador - Motivo: _____







Nome: _____ Parentesco: _____

1- Nos últimos sete dias, como se sentiu em relação aos sintomas abaixo. Marque com um X a carinha que representa você!

DOR

					
0	2	4	6	8	10
Não tiver dor	Tive um pouco de dor	Tive um pouco mais de dor	Tive dor ainda mais	Tive muita dor	Tive a pior dor possível

CANSAÇO

					
0	2	4	6	8	10
Não tive cansaço	Tive um pouco de cansaço	Tive um pouco mais de cansaço	Tive cansaço ainda mais	Tive muito cansaço	Tive o pior cansaço possível

Continua



NÁUSEA (ENJOO)



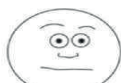
0

Não tive enjoo



2

Tive um pouco de enjoo



4

Tive um pouco mais de enjoo



6

Tive enjoo ainda mais



8

Tive muito enjoo



10

Tive o pior enjoo possível

TRISTEZA



0

Não tive tristeza



2

Tive um pouco de tristeza



4

Tive um pouco mais de tristeza



6

Tive tristeza ainda mais



8

Tive muita tristeza



10

Tive a pior tristeza possível

ANSIEDADE



0

Não tive ansiedade



2

Tive um pouco de ansiedade



4

Tive um pouco mais de ansiedade



6

Tive ansiedade ainda mais



8

Tive muita ansiedade



10

Tive a pior ansiedade possível

SONOLÊNCIA (durante o dia)



0

Não tive sono



2

Tive um pouco de sono



4

Tive um pouco mais de sono



6

Tive sono ainda mais



8

Tive muito sono



10

Tive o pior sono possível

Continua



FALTA DE APETITE

					
0	2	4	6	8	10
Não tive falta de apetite	Tive um pouco de falta de apetite	Tive um pouco mais de falta de apetite	Tive falta de apetite ainda mais	Tive muita falta de apetite	Tive a pior falta de apetite possível

AUSÊNCIA DE BEM ESTAR (MAL-ESTAR)

					
0	2	4	6	8	10
Não tive mal-estar	Tive um pouco de mal-estar	Tive um pouco mais de mal-estar	Tive mal-estar ainda mais	Tive muito mal-estar	Pior mal-estar possível

FALTA DE AR

					
0	2	4	6	8	10
Não tive Falta de ar	Tive um pouco de falta de ar	Tive um pouco mais de falta de ar	Tive falta de ar ainda mais	Tive muita falta de ar	Pior falta de ar possível

OUTROS SINTOMAS:

Continua



Nos últimos sete dias, você notou alguma alteração na urina?

- Sim. Qual alteração? _____
 Não

Nos últimos sete dias, como ficaram as fezes?

- Regular. Consigo evacuar normalmente
 Tenho diarreia frequentemente
 Tenho dificuldade de evacuar

Você tem alguma ferida pelo corpo?

- Sim. Onde? _____ Ela tem cheiro? Sim Não
 Não

Faz curativo?

- Sim. Quantas vezes ao dia? _____
 Não

Nos últimos sete dias, você teve sangramento em alguma parte do corpo?

- Sim. Em que parte? _____
 Não

Nos últimos sete dias, você precisou ir à emergência de alguma unidade de saúde?

- Sim. Motivo: _____
 Não

QUANTO À MEDICAÇÃO:

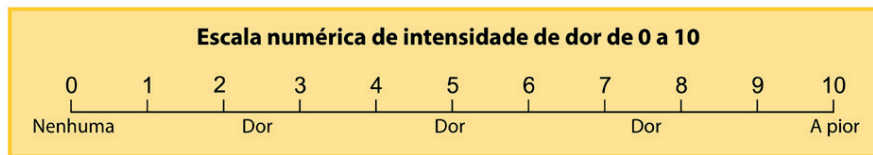
Você consegue tomar a medicação como está escrita na receita médica?

- Sim
 Não. Por quê? _____

Se você toma a medicação corretamente, ela está conseguindo controlar os sintomas?

- Sim
 Não. Qual sintoma está difícil de controlar? _____

ATENÇÃO: A ESCALA ABAIXO É PARA USO EXCLUSIVO DA EQUIPE DO HCIV/INCA:



O *Questionário de sintomas* (Figura 17) é preenchido pelo paciente ou familiar, para que se possam mensurar os sintomas vivenciados nas últimas semanas antes da consulta por teleatendimento do paciente com o profissional médico ou enfermeiro do HC IV. O questionário foi elaborado com enfoque nos nove sintomas mais prevalentes que acometem os pacientes em cuidados paliativos oncológicos. Para que fosse mais fácil a sua compreensão, ele foi adaptado à escala de faces, por ser essa uma metodologia bastante utilizada com crianças e adolescentes ou com pessoas que possuem barreiras culturais e, portanto, de mais fácil entendimento a qualquer perfil de paciente assistido pela modalidade de cuidados paliativos⁶.

A consulta de teleatendimento é agendada a cada 20 dias com o profissional médico do HC IV. Durante o teleatendimento, esse profissional, já de posse do relatório realizado durante a visita domiciliar pelo profissional da rede de atenção à saúde, além do questionário de sintomas preenchido pelo paciente ou familiar⁶, procede às orientações pertinentes e emite novos receituários e relatório ao profissional da rede de atenção à saúde. Ambos estarão à disposição do familiar para vir buscá-los no INCA.

Nos anos 2020 e 2021, a inclusão dos pacientes na modalidade assistencial do Ambulatório a Distância foi reduzida em razão da pandemia. O isolamento social, necessário para a contenção da covid-19, restringiu o acesso ao domicílio dos pacientes e, conseqüentemente, novos encaminhamentos foram evitados. A partir do mês de agosto de 2021, foram regularizados os encaminhamentos e, com eles, alguns desafios para a manutenção e a visibilidade desse modelo assistencial, que, cada vez mais, alarga-se em razão da ampliação da vulnerabilidade socioeconômica vigente no país.

Entre os desafios, destacam-se:

- Sensibilizar os profissionais da rede de atenção à saúde para a realização do acompanhamento conjunto, tendo em vista que o paciente não é de um ou outro serviço, o paciente é do SUS, e o HC IV é o SUS representado em seus diversos níveis de saúde e esferas públicas^{7,8}.
- Fazer conhecido esse modelo assistencial pelos gestores da rede de atenção à saúde das regiões onde residem os pacientes em acompanhamento a distância, para que haja maior adesão das unidades dessa rede.

Entende-se que essas medidas não só propiciarão o amadurecimento dessa proposta, mas também otimizarão a assistência à saúde.

PARÂMETROS LEGAIS QUE VALIDAM O AMBULATÓRIO A DISTÂNCIA

Segundo o Ministério da Saúde, apoio matricial ou matriciamento é um modo de produzir saúde em que duas ou mais equipes, num processo de construção compartilhada, criam uma proposta

⁶ O questionário de sintomas pode ser encaminhado para o HC IV pelo paciente ou familiar, via aplicativo de troca de mensagens, por ser o meio mais rápido e fácil de comunicação com o usuário. Mesmo não possuindo o aparelho celular, ele pode utilizar de amigos, vizinhos e familiares. A verificação do acesso mais rápido que ele (paciente ou familiar) pode utilizar para transmitir o questionário de sintomas é feita pelos profissionais do INCA.

de intervenção pedagógico-terapêutica⁹. O objetivo do matriciamento em saúde é assegurar retaguarda especializada às equipes e aos profissionais encarregados da atenção a problemas de saúde, apoiando-se no binômio equipe de referência-apoiador matricial. Equipes de referência têm composição multiprofissional com caráter transdisciplinar e se responsabilizam pela saúde de um certo número de pacientes de um determinado território, sendo complementadas em saber e retaguarda pelo apoiador matricial representado pelo especialista. Portanto, o apoiador matricial possui dois “usuários” sob sua responsabilidade: os do serviço ao qual presta suporte e o próprio serviço ao qual dá apoio¹⁰.

Com base nesses conceitos, a modalidade assistencial Ambulatório a Distância, criada pelo HC IV, vai ao encontro do cumprimento da Resolução nº 41, de 31 de outubro de 2018, que dispõe sobre as diretrizes para a organização dos cuidados paliativos, à luz dos cuidados continuados integrados, no âmbito do SUS¹¹. Tal Resolução define que os cuidados paliativos deverão ser ofertados em qualquer ponto da rede de atenção à saúde.

A rede de atenção à saúde, como ordenadora da rede e coordenadora do cuidado, é responsável por acompanhar os usuários com doenças ameaçadoras da vida em seu território, tendo como retaguarda os demais pontos da rede de atenção quando necessário. Os especialistas em cuidados paliativos podem atuar como referência e potenciais matriciadores dos demais serviços da rede, podendo isso ser feito *in loco* ou por meio de tecnologias de comunicação a distância. Nesse panorama, o Ambulatório a Distância encaixa-se como ferramenta para levar o INCA a assumir seu papel de especialista nos cuidados paliativos como retaguarda à rede de atenção à saúde e seu matriciador no âmbito específico dos cuidados paliativos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Integrar os diversos serviços de saúde e de assistência social é de suma importância para que se ofereça ao paciente e à sua família as condições básicas para o enfrentamento de uma doença tão avassaladora. Quando a equipe recebe as informações do familiar e da rede de atenção à saúde por meio dos relatórios e instrumentos criados para mensuração dos sintomas, inicia-se o processo de busca pela solução das dificuldades trazidas por eles. Ao fim da avaliação interdisciplinar, realizada pelos profissionais do ambulatório, os profissionais da rede de atenção à saúde e o cuidador ou familiar são orientados pela equipe quanto aos procedimentos que deverão ser realizados, daí a importância de uma comunicação clara e acessível para a continuidade do cuidado. A comunicação é elo fundamental na estruturação desse processo de integração. O grande desafio é desenvolver formas de comunicação de acordo com os atores e sujeitos que se quer articular, para que haja o fortalecimento das relações entre o paciente e o familiar, a equipe de referência e o apoiador matricial no propósito de promover o cuidado paliativo qualificado não presencial, que é a proposta do Ambulatório a Distância.

REFERÊNCIAS

1. FONSECA, D. F. *et al.* Integração com a Atenção Primária à Saúde: Experiência de uma Unidade de Referência em Cuidados Paliativos Oncológicos. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 67, n. 4, e-011327, 2021. DOI 10.32635/2176-9745.RBC.2021v67n4.1327.
2. CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (Brasil). **A atenção primária e as redes de atenção à saúde**. Brasília, DF: CONASS, 2015. Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/A-Atencao-Primaria-e-as-Redes-de-Atencao-a-Saude.pdf>. Acesso em: 8 jul. 2022.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Portaria nº 55 DE 24 de fevereiro de 1999**. Dispõe sobre a rotina do Tratamento Fora do Domicílio no Sistema Único de Saúde – SUS, com inclusão dos procedimentos específicos na tabela de procedimentos do Sistema de Informações Ambulatoriais do SIA / SUS e dá outras providências. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1999.
4. FONSECA, D. F. *et al.* Integração com a Atenção Primária à Saúde: experiência de uma unidade de referência em cuidados paliativos oncológicos. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 67, n. 4, e-011327, 2021. DOI 10.32635/2176-9745.RBC.2021v67n4.1327.
5. PINTO, C. S. Teleatendimento ambulatorial em cuidados paliativos oncológicos: quebrando paradigmas e transformando a realidade atual. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 67, n. 3, 2021. DOI 10.32635/2176-9745.RBC.2021v67n3.1732.
6. ANDRADE, F. A. de *et al.* Mensuração da dor no idoso: uma revisão. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 14, n. 2, p. 271-276, 2006. DOI 10.1590/S0104-11692006000200018.
7. BRASIL. **Lei nº 8080 de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 8 jul. 2022.
8. BRASIL. **Decreto nº 7508, de 28 de junho de 2011**. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 2011. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm. Acesso em: 8 jul. 2022.
9. CHIAVERINI, D. H. (org.). *et al.* **Guia prático de matriciamento em saúde mental**. Brasília, DF: Ministério da Saúde; Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pratico_matriciamento_saudemental.pdf. Acesso em: 8 jul. 2022.
10. CAMPOS, G. W. S.; DOMITI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399-407, fev. 2007.
11. BRASIL. Ministério da Saúde. Comissão Intergestores Tripartite. **Resolução nº 41, de 31 de outubro de 2018**. Dispõe sobre as diretrizes para a organização dos cuidados paliativos, à luz dos cuidados continuados integrados, no âmbito Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: CONASS, 2018. Disponível em: https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/51520746/do1-2018-11-23-resolucao-n-41-de-31-de-outubro-de-2018-51520710. Acesso em: 8 jul. 2022.

TELEATENDIMENTO EM CUIDADOS PALIATIVOS ONCOLÓGICOS: ESTRATÉGIAS PARA UMA AVALIAÇÃO EFETIVA NO CENÁRIO DAS ASSISTÊNCIAS DOMICILIAR E AMBULATORIAL

INTRODUÇÃO

O teleatendimento consiste no atendimento em que a interação entre profissional e usuário ocorre a distância, por meio da tecnologia¹. Trata-se de uma das formas de utilização da chamada telessaúde, definida como o uso de modernas Tecnologias da Informação e Comunicação (TIC) para atividades a distância relacionadas à saúde, em seus diversos níveis (Primário, Secundário e Terciário) e que possibilita a interação entre profissionais de saúde ou entre esses e seus pacientes² e a realização de assistência e educação em saúde, atravessando distâncias geográficas e temporais³.

Ao longo dos últimos anos, as TIC vêm sendo incorporadas aos serviços de saúde no mundo, começando com atendimentos médicos (telemedicina) e estendendo-se aos demais profissionais da equipe multidisciplinar, inclusive na área de cuidados paliativos, oncológicos e não oncológicos^{4,5}.

Desde o início da pandemia da covid-19, decretada pela OMS em 11 de março de 2020, houve a necessidade de incorporação de mudanças aos serviços de saúde, com a finalidade de aumentar a segurança dos ambientes, dos profissionais e dos pacientes. Nesse contexto, o distanciamento social impulsionou a criação e a adaptação das mais diversas atividades para manter os serviços em funcionamento, sem prejudicar a segurança ou a qualidade dos atendimentos⁶.

Para tanto, no Brasil, o Ministério da Saúde publicou a Portaria nº 467, de 20 de março de 2020, e, posteriormente, a Lei nº 13.989, de 15 de abril de 2020, que autorizam e dispõem sobre as ações de telemedicina e objetivam regulamentar e operacionalizar as medidas de enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional causada pela pandemia^{7,8}. Foram autorizadas, em caráter excepcional e temporário (durante a pandemia de covid-19), ações de telemedicina, de interação a distância, que podem contemplar atendimento pré-clínico, suporte assistencial, consultas, monitoramento e diagnóstico realizados por meio de TIC no âmbito do SUS. A emissão de documentos médicos eletrônicos foi regulamentada e normatizada pela resolução do Conselho Federal de Medicina nº 2.299, de 30 de setembro de 2021⁹.

No HC IV, unidade de cuidados paliativos do INCA, o teleatendimento vem sendo utilizado como uma estratégia efetiva para avaliação, acompanhamento e suporte aos pacientes e seus familiares, sobretudo após o início da pandemia da covid-19. A forma de uso do teleatendimento no HC IV pelos serviços da Assistência Domiciliar e do Ambulatório será detalhada a seguir de modo a auxiliar a outros serviços e instituições na implantação de algo semelhante.

O TELEATENDIMENTO NA ASSISTÊNCIA DOMICILIAR

O Serviço da Assistência Domiciliar atende uma média mensal de 150 pacientes, com as seguintes características: restrição ao leito ou ao lar; residência em localidades até 60 km a partir do hospital; baixa capacidade funcional (KPS menor que ou igual a 50%) (vide Capítulo 3) e, em sua maioria, com presença de múltiplos sintomas, provocados por câncer avançado, tratamento oncológico prévio e/ou comorbidades¹⁰. Nesse contexto, o objetivo da Assistência Domiciliar envolve oferecer avaliação e tratamento adequados desses sintomas para que o paciente possa permanecer confortável em domicílio, desde o momento do encaminhamento para Assistência Domiciliar até a fase final da vida, respeitando a vontade do paciente e/ou familiar, nos casos em que o paciente não puder expressar sua vontade.

O referido serviço conta com atendimentos presenciais realizados por uma equipe de saúde interprofissional (enfermeiros, médicos, assistentes sociais, fisioterapeutas, psicólogos) e motoristas. Também conta com atendimentos remotos feitos pela nutrição e pela fonoaudiologia. Na base da Assistência Domiciliar farmacêutica, assistentes de farmácia e funcionários administrativos organizam toda a logística de agendamentos, comunicação dos atendimentos e dispensação de insumos. Nessa base, há um espaço chamado de Núcleo de Apoio e Logística da Assistência Domiciliar que tem, como um de seus objetivos, facilitar a comunicação entre os integrantes da referida equipe e os pacientes e familiares¹¹.

O teleatendimento (ou teleconsulta) foi introduzido na Assistência Domiciliar do HC IV em 2018, de forma complementar às consultas presenciais, com objetivo de contribuir para melhorar a qualidade de vida dos pacientes e seus familiares em domicílio. O teleatendimento é feito predominantemente por enfermeiros e médicos do Núcleo de Apoio da Assistência Domiciliar e envolve as seguintes funções:

- Consulta com avaliação e de sintomas dos pacientes, como estratégia complementar para elaboração do plano terapêutico singular pela equipe.
- Orientações de cuidados (medidas farmacológicas e não farmacológicas).
- Esclarecimento de dúvidas dos pacientes e familiares.
- Telemonitoramento dos pacientes.
- Orientação quanto ao manejo de feridas oncológicas e/ou de LP.
- Antecipação do agendamento da consulta domiciliar presencial (nos casos de sintomas descontrolados, sem resposta às orientações feitas pelo teleatendimento).
- Triagem de situações de gravidade, por exemplo, urgências oncológicas, com necessidade de atendimento hospitalar de urgência e/ou internação hospitalar.
- Avaliação de necessidade de envio de suprimentos, como remédios e materiais.
- Identificação de necessidade de avaliação especializada por psicólogos, fisioterapeutas ou assistentes sociais.

- Contato entre os profissionais da equipe da Assistência Domiciliar durante o atendimento domiciliar presencial ao paciente (teleconsultoria).
- Identificação de características sugestivas de processo ativo de morte.
- Orientações para familiares e cuidadores em caso de óbito domiciliar.
- Suporte de luto para familiares no pós-óbito.

Tais atividades tornam-se factíveis quando vinculadas ao teleatendimento em saúde que, nos últimos anos, tem demonstrado eficácia e efeitos positivos, gerando assim um grande interesse para sua utilização. É uma alternativa para a prestação de cuidados de saúde com potencial para atendimentos e tratamentos especializados, bem como a possibilidade de atender a demandas de forma remota. Logo, promove a acessibilidade e a redução de custos, somadas às efetividades descritas, como consultas clínicas bem-sucedidas^{1,3,4}. A Figura 18 ilustra as etapas do teleatendimento domiciliar.

Figura 18 - Fluxograma do teleatendimento na assistência domiciliar do Hospital do Câncer IV



Fonte: Silva et al.¹².

Neste contexto, cabe compreender que as manifestações clínicas podem estar relacionadas a diversas causas, o que pressupõe a investigação detalhada quanto às seguintes características¹⁰:

- Início.
- Fatores desencadeantes e atenuantes.
- Qualidade do sintoma.
- Resposta a tratamentos anteriores.
- Fatores ou sintomas relacionados.
- Características de cronologia e intensidade da manifestação clínica.

Somadas a essas informações, os sinais e sintomas de alerta (dor, náusea, dispneia, sangramento e confusão mental aguda) são quantificados em intensidade numa escala numérica de zero a dez, com o seguinte significado:

- Pontuação zero: ausência do sintoma.
- Pontuação de um a três: sintoma leve.
- Pontuação de quatro a seis: sintoma moderado.
- Pontuação de sete a dez: sintoma intenso.

Nessa lógica, a prioridade são os sintomas de maior intensidade e, de forma decrescente, as demandas seguem para atendimento ou intervenção. Cabe ressaltar que, concomitantemente, segue-se monitorando e acompanhando o registro dos demais sinais e sintomas recorrentes nos pacientes com câncer em cuidados paliativos exclusivos, tais como: fadiga, constipação, diarreia, xerostomia, disfagia, anorexia, sonolência, insônia, ansiedade, tristeza, para uma intervenção oportuna e eficaz^{10,13,14}.

Uma abordagem complexa demanda tempo, atenção aos detalhes, escuta ativa, para que as intervenções possam ser as mais assertivas possíveis, entre elas:

- Ajuste de medicamentos: trocas, inclusões, exclusões, revisão de posologia.
- Encaminhamento ao Serviço de Pronto Atendimento ou à Internação Hospitalar nos casos de maior complexidade, por sintomas múltiplos, de forte intensidade e/ou refratários; questões sociais graves; ou outros aspectos que inviabilizem o seguimento dos cuidados em domicílio com segurança.
- Indicação de realização de novos exames laboratoriais em domicílio: avaliar distúrbios metabólicos e sinais sugestivos de padrão inflamatório ou infeccioso e auxiliar na avaliação prognóstica.
- Solicitação de exames de imagem: em casos específicos, para investigação de progressão de doença local e/ou a distância, a fim de identificar causas potencialmente reversíveis ou, no caso de algumas situações, irreversíveis, como estratégia adicional para nortear condutas de conforto.
- Reforço de adesão medicamentosa: identificar dúvidas, medos, preocupações, principalmente quanto à administração de morfina no que se refere ao ideário de antecipar o processo de morte do paciente ou receio de adição à morfina.

- Medidas não farmacológicas: atividades de cuidado e acolhimento, associadas às demais abordagens.
- Pedidos de parecer: avaliação de equipe especializada, por exemplo, quanto à abordagem de radioterapia nas modalidades antálgica e/ou anti-hemorrágica).
- Solicitação de oxigênio domiciliar (nos casos de hipoxemia provocada pela doença oncológica ou por outras comorbidades).
- Orientação de medidas de conforto e cuidados de fim de vida, nos casos de processo ativo de morte em que haja desejo do óbito domiciliar: ajuste dos medicamentos e cuidados, além de orientação ao familiar e ao cuidador em relação ao trâmite burocrático para constatação de óbito e acesso à declaração de óbito.

O teleatendimento realizado pela equipe da Assistência Domiciliar, por meio do Núcleo de Apoio, utiliza comunicação por telefones fixos, computadores e *tablets* (contendo um aplicativo de mensagens instantâneas, chamadas de voz ou de vídeo). Embora as TIC tragam recursos úteis, como uso de videochamadas, mensagens de áudio ou texto por aplicativo e envio de documentos e imagens que auxiliam no plano de cuidados, alguns pacientes da Assistência Domiciliar não dispõem de acesso à internet, de forma que o telefone continua sendo uma forma frequente de comunicação entre pacientes e equipe da Assistência Domiciliar.

Os pacientes e os familiares recebem o contato do canal de comunicação da Assistência Domiciliar, que fica disponível pelo telefone fixo ou o aplicativo de comunicação durante o período de segunda a sexta-feira (exceto feriados), das 8 às 17 horas. Fora desse horário, em casos de urgência, os pacientes e os familiares são orientados a procurar o serviço de pronto-atendimento das unidades do INCA e/ou entrar em contato com o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu 192).

Após tais abordagens (exceto no caso de internação do paciente), a equipe da Assistência Domiciliar monitora o desfecho do paciente em domicílio, para verificação dos resultados às abordagens realizadas. A maioria dos pacientes atendidos por meio do teleatendimento apresenta melhora parcial ou total do sintoma, o que favorece o seguimento dos cuidados em domicílio e propicia maior segurança e confiabilidade para a equipe.

O TELEATENDIMENTO NO ATENDIMENTO AMBULATORIAL

A pandemia de covid-19 foi extremamente desafiadora também para o serviço ambulatorial do HC IV, que precisou incorporar rapidamente o uso das TIC para garantir o atendimento aos pacientes do setor¹⁵. O trabalho foi realizado com consultas regulares de médico e enfermeiro e consultas dos outros profissionais sob demanda.

Inicialmente, houve dúvidas se seria possível monitorar, de forma eficaz e segura, os sintomas dos pacientes, mas foi observado que muitos serviços especializados estavam procedendo da mesma forma. Tecnologias mais recentes, como aplicativos e videochamadas, tornam o processo mais

dinâmico, permitindo que os paliativistas avaliem sintomas e acolham pacientes e familiares de forma segura¹⁶.

Visando a adequar o atendimento às particularidades envolvidas, os profissionais desenvolveram uma nova visão, entendendo que, embora a presença física seja importante, é possível fazer um atendimento de qualidade de forma remota. Considerando os cuidados paliativos e a realidade do HC IV, em especial do Ambulatório, esse talvez tenha sido o primeiro entrave a ser derrubado. A equipe precisou organizar os fluxos e criar as ferramentas que seriam mais adequadas e úteis para o atendimento ambulatorial por telessaúde. Os profissionais precisaram analisar como realizar as consultas ambulatoriais sem a presença física do paciente, como eleger os pacientes para esse atendimento e de que forma a rotina de agendamentos seria reorganizada¹⁵.

DESENHO DO ATENDIMENTO

Pacientes de consulta de primeira vez

Foi definido que todos os pacientes encaminhados para HC IV teriam primeira consulta de forma presencial por toda a equipe multidisciplinar. O objetivo era estabelecer um vínculo com a equipe, avaliar os sintomas predominantes e fazer as alterações necessárias nas prescrições. A realização dessa primeira consulta presencial facilita a utilização posterior do teleatendimento de forma mais focada e segura.

Pacientes de consultas subsequentes

Todos os pacientes subsequentes permaneceram com as consultas presenciais agendadas, sendo realizado, na véspera, um atendimento de telessaúde cujo objetivo era:

- Triar sintomas gripais em razão da pandemia de covid-19.
- Avaliar sintomas e intercorrências relacionados à doença oncológica.
- Definir quais pacientes deveriam permanecer nas consultas presenciais, usando como critérios:
 - ♦ Sintomas descompensados com intenso sofrimento.
 - ♦ Necessidade de realização de procedimentos ou medicações venosas.
 - ♦ Necessidade de internação hospitalar.
 - ♦ Processo ativo de morte sem controle de sintomas e/ou famílias que não suportam a possibilidade de óbito em domicílio.

ORGANIZAÇÃO DA CONSULTA

Para que o teleatendimento fosse uniforme e seguisse os protocolos existentes, foi elaborado um instrumento para ser utilizado (Figura 19).

Figura 19 - Ficha de avaliação para teleatendimento no ambulatório do Hospital do Câncer IV

Ficha de avaliação para teleatendimento			
Data da última consulta:			
KPS da última consulta:			
KPS estimado através do contato telefônico:			
Data do último exame de sangue:			
Alguma alteração significativa	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	Qual? _____
Esteve no SPA desde a última consulta:	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	Motivo _____
Esteve internado desde a última consulta	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	Motivo _____
<u>Sintomas:</u>			
Dor:	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Leve	<input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Intenso
Dispneia:	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Leve	<input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Intenso
Sonolência:	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Leve	<input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Intenso
Náusea:	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Leve	<input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Intenso
Confusão mental:	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Leve	<input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Intenso
Vômito:	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Leve	<input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Intenso
Outros:			
Observações:			
Função vesicointestinal:			
Diurese: _____			
Evacuação: _____			
Possui alguma ostomia/dreno/sonda/dispositivo invasivo?	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	Qual? _____
Possui alguma ferida?	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	Local? _____
Algum episódio de sangramento?	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	Local? _____
Febre com sintomas respiratórios (tosse seca, coriza, dispneia, dor de garganta, esforço respiratório, etc)?	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	
Contato telefônico realizado com:	<input type="checkbox"/> Paciente	<input type="checkbox"/> Familiar	(nome e parentesco: _____)
Condução			
<input type="checkbox"/> Paciente estável, ainda tem medicação no domicílio por mais ____ dias. Reagendar próxima consulta			
<input type="checkbox"/> Paciente estável, porém a medicação ou o material para curativo no domicílio está acabando. Oriente a comparecer apenas o responsável ao ambulatório para pegar a receita e/ou pedido de material			
<input type="checkbox"/> Paciente com alguns sintomas descontrolados, porém passível de fazer alteração na prescrição médica. Oriente a comparecer apenas o responsável			
<input type="checkbox"/> Paciente com sintomas descontrolados e/ou necessidade de avaliação presencial. Oriente a comparecer na consulta paciente e responsável			

Fonte: Pinto, et al.¹⁵.

Legenda: KPS – Karnofsky Performance Status; SPA – Serviço de Pronto Atendimento.

Os pacientes recebem a chamada por telefone ou por vídeo, por meio de um aplicativo de comunicação. Não foi possível a criação de aplicativo próprio. As consultas são feitas com os próprios pacientes e/ou seus familiares e cuidadores, seguindo um roteiro básico que, depois, é direcionado para as particularidades de cada caso, presentes no prontuário eletrônico.

Após o teleatendimento, as prescrições de medicações e materiais de curativo e ostomias são adequadas de acordo com demandas apresentadas e encaminhadas ao setor administrativo para

que os familiares possam vir buscar. A validade da receita é de dez dias e, caso esse tempo seja ultrapassado, é necessário um novo teleatendimento para readequar as medicações.

O intervalo entre as teleconsultas é definido de acordo com a gravidade do paciente e a intensidade dos sintomas, sendo avaliado no caso a caso:

- Pacientes em processo ativo de morte são avaliados diariamente, com exceção de final de semana e feriado, para minimizar o sofrimento.
- Sintomas como dispneia, sangramento e dor habitualmente exigem um menor intervalo de avaliação, que varia de um a sete dias.
- Pacientes sem melhora em até três dias são avaliados para consulta presencial ou diretamente encaminhados para a internação hospitalar.
- Pacientes estáveis e com sintomas controlados, são avaliados em intervalos maiores, cabendo salientar que não há intervalo maior que 30 dias, uma vez que os pacientes apresentam doença avançada e em progressão, com prognóstico inferior a seis meses em sua maioria.

Após a primeira teleconsulta, os pacientes e familiares ficam com os números institucionais de contato do médico e do enfermeiro, para esclarecimento de dúvidas, sinalização de intercorrências e mudança de sintomas. É importante esclarecer que os profissionais ficam disponíveis no horário comercial (das 8 às 17 horas), de segunda a sexta-feira. Fora desse horário, os pacientes ou familiares podem telefonar para o médico plantonista da unidade hospitalar.

Todos os atendimentos são registrados em prontuário eletrônico, para que todos os profissionais tenham acesso às condutas e medicações orientadas.

AVALIAÇÃO DO TELEATENDIMENTO

Ao longo do trabalho com o teleatendimento, foi possível observar pontos positivos e negativos que foram, aos poucos, ajudando a equipe a adequar melhor o dia a dia da rotina de atendimento. Destacam-se, abaixo, fatores considerados mais relevantes.

Vantagens:

- Diminuição da necessidade de locomoção de pacientes e familiares ao hospital.
- Diminuição de gastos com transportes particulares, já que pacientes em cuidados paliativos têm muita dificuldade com transportes públicos pelo estado geral de saúde comprometido, o que ajuda financeiramente a muitas famílias.
- Discussão dos casos entre a equipe, aumentando a interação e a união do grupo.
- Possibilidade de manter o cuidado aos pacientes em meio à pandemia, pois o maior receio da equipe era que eles ficassem desassistidos.
- Possibilidade de criação de rede com outros serviços de saúde (vide Capítulo 17).

- Validação de receitas e relatórios médicos pelo Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro, possibilitando fornecer tais documentos a distância para os pacientes que moravam longe e cujo retorno ao hospital não era possível.
- Acesso aos especialistas em tempo real, sem necessidade de consulta presencial, para discussão de casos difíceis.

Desvantagens:

- Impossibilidade de criação de aplicativo próprio para a realização das teleconsultas.
- Dificuldade ou falta de acesso dos pacientes e/ou familiares à tecnologia, como internet instável ou ausência de internet ou telefone, falta de crédito no telefone.
- Dificuldade de comunicação de alguns pacientes, como os analfabetos, portadores de traqueostomia, deficientes visuais ou auditivos. Nos casos de paciente ou familiar analfabeto, é orientada a comunicação por meio de mensagens por áudio, caso queira tirar dúvidas ou relatar sintomas.
- Ausência de equipe de suporte próximo ao paciente (Atenção Primária à Saúde).
- Aumento de demandas espontâneas com o passar do tempo, com crescimento exponencial do número de atendimentos e da carga de trabalho, sem possibilidade de aumento da equipe.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O HC IV utiliza o teleatendimento como uma ferramenta efetiva no acompanhamento dos pacientes oncológicos em cuidados paliativos exclusivos, tanto no cenário da Assistência Domiciliar quanto no Ambulatório, com o objetivo de favorecer qualidade de vida aos pacientes e familiares. Trata-se de um instrumento capaz de fomentar a comunicação entre pacientes, familiares e equipe de profissionais, além de trazer mais acessibilidade aos pacientes que vivem em áreas mais remotas, evitando seu deslocamento até o hospital.

Embora o teleatendimento possua limitações, essas têm sido superadas pelos benefícios oferecidos por essa modalidade, que se somam ao *feedback* positivo e à boa adesão às teleconsultas por parte dos pacientes e familiares atendidos pelas equipes do Ambulatório e da Assistência Domiciliar do HC IV. Por esse motivo, acredita-se que o potencial do teleatendimento ultrapasse o contexto da pandemia da covid-19, devendo ser permanentemente aprimorado, respeitando as regulamentações vigentes no país e no mundo.

REFERÊNCIAS

1. GABURO, V. R. P. **Cartilha orientativa para Teleatendimento novos desafios e um campo de possibilidade.** Vitória: UNIAPAE-ES, 2021. Disponível em: <https://www.apaes.org.br/files/meta/b9f4a423-b282-43c3-889a-07d394a6cb3d/a5fd2c0d-6e44-4a23-8a16-a6d8d60a4340/145.pdf>. Acesso em: 4 jan. 2022.
2. NOVAES, M. de A. *et al.* A telessaúde na estratégia saúde da família em Pernambuco: resultados e desafios. *In: CONGRESSO BRASILEIRO DE INFORMÁTICA EM SAÚDE, 7., 2010, Porto de Galinhas. Anais [...].* Porto de Galinhas: [s. n.], 2010.
3. KRAUSE, L. H. **Avaliação do potencial da telemedicina em cuidados paliativos no câncer avançado.** Dissertação (Mestrado) – Pós-graduação em Ciências Médicas, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2014. Disponível em: https://www.bdtd.uerj.br:8443/bitstream/1/8753/1/DISSERTACAO_FINAL_PUBLICADA_Lilian_Hannemann_Krause.pdf. Acesso em: 15 dez. 2021.
4. HANCOCK, S. *et al.* Telehealth in palliative care is being described but not evaluated: a systematic review. **BMC Palliative Care**, London, v. 18, n. 1, Dec. 2019. DOI 10.1186/s12904-019-0495-5.
5. WORSTER, B.; SWARTZ, K. Telemedicine and palliative care: an increasing role in supportive oncology. **Current Oncology Reports**, [s. l.], v. 19, n. 6, June 2017. DOI 10.1007/s11912-017-0600-y.
6. WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO Director-General. Speeches. **WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19 - 11 March 2020.** Geneva: WHO, 2020. Disponível em: <https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>. Acesso em: 6 jan. 2022.
7. BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 467, de 20 de março de 2020.** Dispõe, em caráter excepcional e temporário, sobre as ações de Telemedicina, com o objetivo de regulamentar e operacionalizar as medidas de enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional previstas no art. 3º da Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, decorrente da epidemia de COVID-19. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Portaria/PRT/Portaria%20n%C2%BA%20467-20-ms.htm. Acesso em: 6 jan. 2022.
8. BRASIL. **Lei nº 13.989, de 15 de abril de 2020.** Dispõe sobre o uso da telemedicina durante a crise causada pelo coronavírus (SARS-CoV-2). Brasília, DF: Presidência da República, 2020. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/lei/L13989.htm. Acesso em: 4 jan. 2022.
9. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (Brasil). **Resolução CFM nº 2.299, de 30 de setembro de 2021.** Regulamenta, disciplina e normatiza a emissão de documentos médicos eletrônicos. Brasília, DF: Conselho Federal de Medicina, 2021. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-cfm-n-2.299-de-30-de-setembro-de-2021-354641952>. Acesso em: 4 jan. 2022.
10. BRUERA, E. N. D.; DEV, R. D. O. Overview of managing common non-pain symptoms in palliative care. **UpToDate**, 2019. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/overview-of-managing-common-non-pain-symptoms-in-palliative-care>. Acesso em: 22 jul. 2022.
11. SOUZA, F. N. *et al.* Assistência domiciliar. *In: INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. Cuidados paliativos: vivências e aplicações práticas do Hospital do Câncer IV.* Rio de Janeiro: INCA, 2021. p. 25-32. Disponível em: https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//cuidados_paliativos_vivencias_e_aplicacoes_praticas_do_hc_iv.pdf. Acesso em: 8 jul. 2022.

12. SILVA, V. G. da *et al.* The propulsion of call service in palliative oncology care in the COVID-19 pandemic. *Research, Society and Development*, [s. l.], v. 11, n. 5, e35711528300, 2022. DOI 10.33448/rsd-v11i5.28300.
13. FERREIRA, G. D.; MENDONÇA, G. N. **Cuidados paliativos**: guia de bolso. São Paulo: Academia Nacional de Cuidados Paliativos, 2017. p. 5-62. Disponível em: https://5c9c40b3-e3fb-4828-b295-217bf3a54e79.filesusr.com/ugd/f59eea_0d17e53c81144d069f00e16d53137731.pdf. Acesso em: 8 jul. 2022.
14. BITTENCOURT, N. C. C. M. *et al.* Sinais e sintomas manifestados por pacientes em cuidados paliativos oncológicos na assistência domiciliar: uma revisão integrativa. **Escola Anna Nery**: Revista de Enfermagem, São Paulo, v. 25, n. 4, 2021. DOI 10.1590/2177-9465-EAN-2020-0520.
15. PINTO, C. da S. *et al.* Teleatendimento ambulatorial em cuidados paliativos oncológicos: quebrando paradigmas e transformando a realidade atual. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 67, n. 3, p. e-071732, 2021. DOI 10.32635/2176-9745.RBC.2021v67n3.1732.
16. BISWAS, S. *et al.* Smartphone-based telemedicine service at palliative care unit during nationwide lockdown: our initial experience at a tertiary care cancer hospital. **Indian Journal of Palliative Care**, Pittsford, NY, v. 26, p. s31-s35, June 2020. Suppl. 1. DOI: 10.4103/IJPC.IJPC_161_20.

PLANO DE CUIDADOS INTERDISCIPLINAR: COMO FAZER?

INTRODUÇÃO

O planejamento e as condutas que orientam os pacientes e seus familiares sobre os cuidados com objetivo de minimizar o sofrimento por meio do controle e do alívio da dor e dos demais sintomas devem ser conduzidos por uma equipe multiprofissional que atue de forma integrada. É importante ressaltar que o tratamento em cuidados paliativos não se restringe ao paciente: o cuidado com a família é um dos critérios relevantes para que a terapêutica se realize com eficácia. Nesse processo, a interdisciplinaridade assume um papel fundamental¹⁻³.

Nessa perspectiva, para que o cuidado seja humanizado, é fundamental traçar estratégias que visem ao controle dos sintomas físicos, mas também incluam o sofrimento oriundo de aspectos psicológicos e espirituais, desenvolvendo um relacionamento de empatia com o paciente e sua família, sendo que o cuidado paliativo propõe, ao profissional de saúde, o desafio de cuidar com competência científica, sem se esquecer da valorização do ser humano⁴.

PLANO DE CUIDADOS

O plano de cuidados é visto como ferramenta para organizar os processos de cuidados, monitorar a variação e os resultados, facilitar a comunicação entre a equipe de saúde e promover a adesão às melhores evidências clínicas⁵. Na consulta inicial para atender às múltiplas e complexas demandas associadas às diferentes dimensões do cuidado ao paciente e aos familiares, o plano de cuidados, a partir do olhar interdisciplinar e multiprofissional, deve avaliar os aspectos clínicos, psicossociais e espirituais envolvidos⁴.

Pacientes em cuidados paliativos precisam ter clareza sobre a situação da doença e do prognóstico. Com isso, podem ter maior compreensão para discutir e definir suas preferências de tratamento e realização do plano de cuidados^{6,7}. A elaboração desse plano deve ser realizada de forma individualizada, lembrando que cada sujeito é único, portanto os cuidados precisam atender suas demandas específicas e as de sua família, levando em consideração os aspectos culturais, espirituais e sociais. A construção do plano de cuidados depende de informações coletadas por meio de uma avaliação do paciente e de sua família e da definição de quais estratégias e recursos devem ser utilizados⁸.

Para o estabelecimento de tais metas de cuidados que irão direcionar as atividades a serem realizadas dentro do plano de cuidados, deve-se identificar o responsável pela tomada de decisão quando o paciente não for capaz disso; conhecer e discutir os valores pessoais, as

prioridades e as preferências de tratamento do paciente e comunicar os objetivos dos cuidados, esclarecendo os benefícios e as desvantagens de cada tratamento ou a limitação terapêutica ao paciente e aos familiares⁹.

O plano identifica os objetivos de cuidado do paciente e, mais importante, baseia esses objetivos nas escalas de avaliação de sintomas e prognósticos com as limitações de suporte invasivo proporcional às condições clínicas desse paciente. O plano também fornece, como vantagens, a segurança de ações em situações de sobrecarga emocional e, assim, diminui a incerteza e a angústia do paciente, da família e da equipe de atendimento⁷.

As metas do plano de cuidados devem ser revisadas periodicamente, a partir da reavaliação dos sintomas e da capacidade funcional, respeitando os valores do paciente, com a finalidade de avaliar e gerenciar os sintomas, fornecer apoio espiritual e apoiar os membros da família. As equipes de atendimento devem estar familiarizadas com os recursos disponíveis em suas comunidades para apoiar o plano de cuidados, incluindo desde especialistas, modalidades de atendimento, medicamentos disponíveis, até as instalações, entre outros¹⁰.

Quando o prognóstico é limitado à última semana ou aos últimos dias de vida, é vantajoso ter um plano de gerenciamento de cuidados terminais documentado e compartilhado, com foco na avaliação regular do conforto do paciente e no alívio da angústia do cuidador e da família. Medicamentos para tratar sintomas terminais comuns em pacientes em cuidados ao fim de vida geralmente precisam ser prescritos preventivamente e ajustados para uma via de administração mais apropriada à evolução da doença⁶.

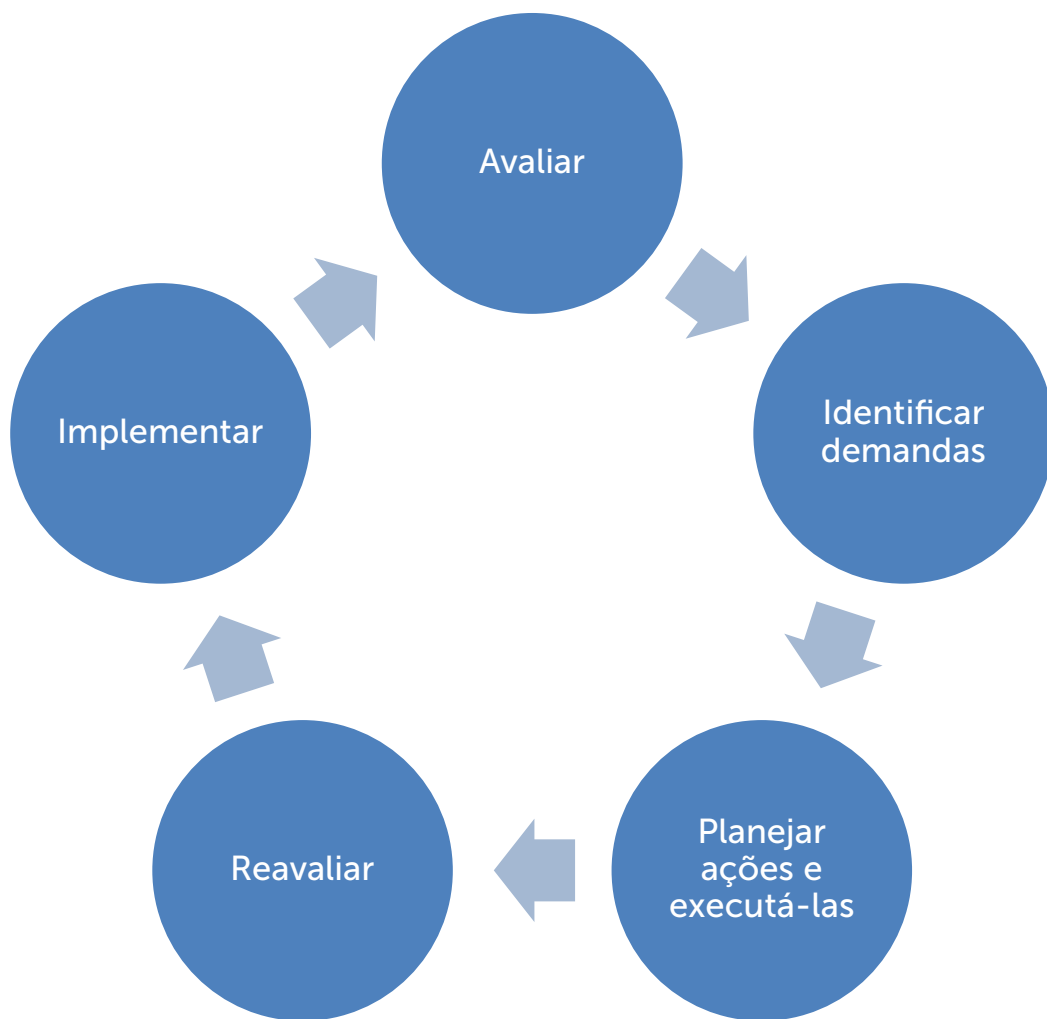
Segundo Carvalho⁸, a elaboração do plano de cuidados deve considerar as seguintes etapas:

- **Avaliação:** é a coleta de informações do paciente e da família, realizada pela equipe multiprofissional, podendo ser feita por cada membro da equipe, de acordo com sua especificidade, ou por um membro que irá identificar as demandas e solicitar avaliação dos demais profissionais. Exemplos de informações importantes são: o diagnóstico, as comorbidades associadas, os tratamentos e as condutas realizadas anteriormente e a condição clínica no momento.
- **Identificação das demandas:** nessa fase, é a escuta do paciente, da família e da equipe, entendendo as expectativas e as necessidades, para traçar estratégias reais e a melhor conduta. Inicialmente, tratam-se os sintomas físicos, visando ao melhor conforto do paciente, para então ter acesso aos aspectos psicossociais e espirituais. Cabe lembrar que os sintomas físicos podem ser potencializados por outras dimensões, por exemplo, uma paciente com queixa de dor intensa, para a qual a dor física é de difícil controle por medicações, mas, quando se observam os componentes de piora ou melhora da dor, identificam-se preocupações, como cuidados com filhos ou pais, condições financeiras, abandono por pessoas queridas, distúrbio da autoimagem, entre outros. Assim, faz-se necessário um atendimento por equipe interdisciplinar que atue de forma integrada.
- **Recursos necessários:** nesse momento, é o planejamento das propostas de manejo dos sintomas, observando se há os recursos necessários, antes de comunicar ao paciente e à

família, para não criar expectativas de possibilidades não alçáveis. Caso a condição clínica do paciente piore durante o processo de planejamento, deve-se comunicar ao paciente (se possível), à família e à equipe e reavaliar o plano de cuidados.

Necessário haver ciclo contínuo de reavaliação e implementação do plano de cuidados, como ilustrado na Figura 20.

Figura 20 - Ciclo para elaboração de plano de cuidados



Fonte: adaptada de Carvalho⁸.

FACILITADORES PARA ELABORAÇÃO DO PLANO DE CUIDADOS INTERDISCIPLINAR

EQUIPE INTERPROFISSIONAL

A equipe interprofissional precisa estar apta para acolher as necessidades de pacientes e familiares de forma singularizada e humanizada, e sua composição modifica-se conforme os recursos e serviços disponíveis em cada instituição. Normalmente fazem parte dessa equipe médicos, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos, fisioterapeutas, nutricionistas, farmacêuticos, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais, capelães, entre outros¹¹.

Da equipe interprofissional em cuidados paliativos, espera-se preparo para lidar com os medos, angústias e sofrimentos do paciente e sua família, o que requer mais que conhecimento científico e técnico, considerando, também, como atuação interdisciplinar, a compreensão dos aspectos individuais, das questões subjetivas, éticas, sociais e culturais; preservando os princípios éticos da autonomia, da dignidade e da privacidade^{2,4}.

No quesito das práticas norteadoras para o gerenciamento do plano de cuidados, de forma resumida, descreve-se, no Quadro 25, o papel das categorias profissionais envolvidas.

Quadro 25 - Papel das categorias profissionais na elaboração do plano de cuidados

PROFISSIONAL	PAPEL NA ELABORAÇÃO DO PLANO DE CUIDADOS
Médico	Volta-se à coordenação de procedimentos necessários ao amparo clínico e da comunicação com pacientes, familiares e demais profissionais Atua em conjunto com o paciente, orientando sobre os benefícios e as desvantagens de cada tratamento, de forma inteligível a seu entendimento Responsável pela prognosticação
Enfermeiro	Realiza ações de conforto e de auxílio nos processos fisiopatológicos Orienta tanto o paciente quanto a família nos cuidados a serem realizados, prestando esclarecimento sobre a medicação e os procedimentos a serem realizados
Assistente social	Desenvolve condutas que buscam assegurar os direitos dos pacientes e familiares, além de informar à equipe quem é o paciente do ponto de vista biográfico, informação que, com as dos demais profissionais, possibilitará o planejamento do tratamento do paciente
Psicólogo	Atua no acolhimento ao sofrimento psíquico provocado pelo adoecimento e intervém em desordens psíquicas, provendo um suporte emocional às partes envolvidas Proporciona abertura para que paciente e familiares falem sobre o problema, favorecendo a elaboração de um processo de trabalho que ajudará o paciente a enfrentar a doença, construindo experiências de adoecimento, processo de morte e luto
Nutricionista	Realiza a avaliação cliniconutricional com objetivo de atenuar o déficit do estado nutricional quando possível e proporcionar conforto e satisfação sempre

Continua

Continuação

PROFISSIONAL	PAPEL NA ELABORAÇÃO DO PLANO DE CUIDADOS
Fonoaudiólogo	Estimula a comunicação do paciente, por meio da fala ou outra forma alternativa de reabilitação e comunicação Orienta técnicas para promoção de uma alimentação segura, avaliação e diminuição da disfagia
Fisioterapeuta	Atua na ascensão da autonomia e no autocuidado pelo paciente
Farmacêutico	Faz a conciliação do regime medicamentoso
Capelão	Fornecer suporte espiritual para o paciente e sua família
Terapeuta ocupacional	Auxilia na criação de possibilidades de facilitar ao paciente o desenvolvimento da sua autonomia, fortalecendo a vida ativa do paciente, além de acolher e proporcionar confortos social e emocional

Fonte: elaboração INCA.

A atuação dessa equipe necessita construir uma ação interdisciplinar que procure, em seu modo de trabalho, integração e articulação na dinâmica de conhecimentos e práticas com vistas a uma mesma finalidade. Diferente da multidisciplinaridade, que consiste apenas em trocas de informações, espera-se, da equipe interdisciplinar, a junção de conceitos para construir, de forma unificada, reflexões, discussões e práticas^{1,3}.

A equipe precisa se manter atenta para que algumas posturas profissionais não tornem o trabalho perdido. A atitude do profissional que não consegue determinar qual o seu papel na equipe, fazendo “de tudo um pouco”, sem que sua função esteja definida, não traz resultado positivo e faz com que a equipe se perca em seu propósito maior: o bem-estar do paciente. Por isso, não basta se intitular membro de uma equipe interdisciplinar, é necessário pensar e agir interdisciplinarmente diariamente, aceitar que sua atuação seja complementada, estar disposto a ensinar e explicar sua prática para profissionais que não são da sua área e consequentemente desconhecem terminologias e ações, estar aberto a opiniões diferentes, com respeito e cooperação. Tudo isso é fundamental, assim como cada categoria ter conhecimento e clareza do que lhe é específico para não se perder no que lhe for complementar.

A troca de informações e as tomadas de decisões auxiliam a cada membro a desempenhar suas tarefas individualmente, sendo a comunicação interpessoal o fator apontado como de maior sucesso para seu o desempenho¹².

INTERDISCIPLINARIDADE

A interdisciplinaridade é considerada uma inter-relação e interação das disciplinas a fim de alcançar um objetivo comum. Nesse caso, ocorre uma unificação conceitual dos métodos e estruturas em que as potencialidades das disciplinas são exploradas e ampliadas. Estabelece-se uma interdependência entre as disciplinas, busca-se o diálogo com outras formas de conhecimento e com outras metodologias, com o objetivo de construir um novo conhecimento. Dessa maneira, a

interdisciplinaridade apresenta-se como resposta à diversidade, à complexidade e à dinâmica do mundo atual¹³.

Desse modo, a interdisciplinaridade deve ser vista como um modelo aplicável e como um desafio, uma meta a ser alcançada para efetividade do planejamento dos cuidados. No trabalho de Cardoso *et al.*⁴, a habilidade de se comunicar é citada como ferramenta imprescindível ao trabalho multiprofissional e interdisciplinar e, quando adequadamente realizada, é capaz de transpor as dificuldades e os entraves no cuidado aos pacientes em cuidados paliativos.

PLANO DE CUIDADOS: CONSIDERAÇÕES SOBRE A PROPORCIONALIDADE DE MEDIDAS INVASIVAS DE SUPORTE DE VIDA

Os avanços na tecnologia médica nos últimos anos têm possibilitado que se salvem muitas vidas, mas também que se prolongue o processo de morrer¹⁴. Sendo assim, não há dúvidas de que se devem utilizar todos os recursos ofertados pela medicina intensiva para salvar a vida de um paciente gravemente enfermo quando se tem chances reais de recuperação, além de ser fundamental nunca desconsiderar a dimensão da finitude humana e o fato de que, em cuidados paliativos, o objetivo principal do tratamento não é prolongar a vida, mas tornar a vida que permanece o mais confortável e o mais significativa possível¹⁵.

No entanto, não é apenas uma questão de tratar ou não tratar, mas sim qual o tratamento mais adequado no contexto das perspectivas biológicas do paciente e suas circunstâncias pessoais e sociais. Tratamento adequado para um paciente com doença aguda pode ser inadequado para o paciente terminal. Procedimentos de suporte avançado de vida, como intubação orotraqueal, uso de fármacos vasoativos, tratamento dialítico, manobras de ressuscitação em parada cardiorrespiratória, nutrição e hidratação artificiais, antibióticos e hemotransfusões, são medidas de suporte para uso em doenças agudas ou condições agudas em indivíduos com doenças crônicas para ajudá-los durante a crise inicial em direção à recuperação da saúde¹⁶.

O uso desses tratamentos de suporte avançado de vida em pacientes que estão irreversivelmente perto da morte é geralmente inadequado, porque os malefícios de tais medidas excedem seus benefícios potenciais. Entretanto, há casos em que o raciocínio sobre a proporcionalidade de medidas é complexo e multifatorial, e decisões sobre tratamentos potencialmente inapropriados exigem julgamentos complexos que levem em consideração parâmetros técnicos e concepções pessoais do que dá sentido à vida de pacientes, familiares e profissionais de saúde¹⁷.

As barreiras de entendimento e comunicação são responsáveis pela maioria dos conflitos entre equipe, paciente e familiares. Sendo assim, um diálogo contínuo ajuda na adesão do paciente ao plano de cuidados e na diminuição de suportes inadequados⁷.

Há fortes evidências dos benefícios da comunicação sobre cuidados de fim de vida com pacientes e suas famílias. Discutir um número maior de situações de cuidados no fim da vida aumenta a probabilidade de concordância entre os objetivos de atendimento relatados pelo paciente e os objetivos documentados em seus registros médicos e aumenta a satisfação do paciente com o atendimento e a qualidade dos seus cuidados⁷. Além disso, as discussões sobre cuidados no fim da vida também influenciam as decisões de tratamento subsequentes que refletem em intervenções médicas menos agressivas, melhor qualidade de vida do paciente e melhor enfrentamento do luto¹⁸.

AÇÕES PRÁTICAS PARA ELABORAÇÃO DO PLANO DE CUIDADOS

Para um planejamento efetivo dos cuidados, os objetivos terapêuticos devem ser discutidos e as condutas uniformizadas, evitando a sensação de insegurança do paciente diante de opiniões divergentes entre a equipe e elevando a assistência^{7,8}.

Dessa forma, baseado nas experiências práticas, recomenda-se que o plano de cuidados deva ser estruturado por meio de ações e práticas interdisciplinares, como a realização de *rounds* multidisciplinares periódicos, os registros em prontuários por toda equipe, as sessões científicas e as estratégias de educação continuada e/ou permanente para a equipe. Além disso, algumas práticas auxiliam na adesão do paciente ao plano de cuidados, como: conversas regulares com o paciente sobre seus cuidados e seus valores, reuniões de acompanhantes e conferências de famílias e distribuição de material gráfico, como cartilhas, folhetos e escalas de avaliações ilustrativas.

Os resumos clínicos de encaminhamento para os cuidados paliativos ou registros em prontuários multidisciplinares são instrumentos fundamentais para se conhecer a biografia e a trajetória clínica do sujeito cuidado até o momento, apropriando-se de informações relevantes para identificar as necessidades e individualidades do paciente e de seus familiares.

Os registros dos profissionais em prontuário promovem a comunicação efetiva, rápida e objetiva entre a equipe, transmitindo informações relevantes e mantendo a continuidade na assistência e o direcionamento do plano de cuidados, que complementa as discussões da equipe, bem como orienta a modificação de condutas.

A participação do paciente e dos familiares na tomada de decisão é essencial para o planejamento dos cuidados e, para isso, as informações sobre o prognóstico e o estado clínico do paciente devem ser compartilhadas para a integração efetiva da unidade paciente-família ao processo de tratamento⁸. Assim, estratégias, como organização da agenda de atendimento, liberação para a presença de cuidadores ou acompanhantes durante os atendimentos, reuniões de família e ambientes coletivos para discussão, são importantes para tais práticas e contribuem para identificar as necessidades de familiares e cuidadores quanto às demandas de cuidados de seus pacientes de forma a acolher, orientar e auxiliar o planejamento das atividades diárias e facilitar o ato de cuidar.

No que se refere aos *rounds* clínicos interdisciplinares, a equipe reúne-se periodicamente, sendo esse um momento ímpar para a integração interdisciplinar e para o gerenciamento do trabalho coletivo por meio da construção de uma democracia interna, possibilitando uma visão mais global do paciente e o estabelecimento de planos de cuidados mais próximos das necessidades dos sujeitos cuidados. Para os profissionais, a discussão de casos e o registro das decisões tomadas acerca do cuidado a ser efetivado ao paciente garantem a realização do que foi acordado, dando segurança à equipe¹⁹.

As sessões científicas ou o estudo de caso representam um importante instrumento para a articulação interdisciplinar. A discussão de casos enriquece o processo grupal, auxilia no processo de formação, e é por meio dessa prática que os profissionais constroem a intervenção coletiva que potencializa a articulação interdisciplinar, definem medidas ou modificam condutas¹⁹.

As estratégias e a educação continuada estabelecem critérios e práticas para atualizar, treinar e capacitar os profissionais para assistência e educação permanente que objetivam a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, tomando como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde. Tais estratégias promovem o processo de educação da equipe de cuidados paliativos a partir da problematização do processo de trabalho, ao mesmo tempo que buscam elevar os níveis de qualidade e eficiência dos serviços prestados aos sujeitos cuidados, bem como a constituição de práticas técnicas críticas, éticas e humanísticas²⁰.

O uso de material ilustrativo, por exemplo, o simulador manequim anatômico, como técnica de simulação, ou as pranchas de comunicação, é ferramenta inclusiva que contribui para a interação de pessoas sem fala ou escrita funcional e facilita o ato de cuidar, o que torna a relação mais humanizada entre equipe e paciente e oportuniza uma intervenção consciente e uma efetividade do plano de cuidados²¹.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No atendimento inicial em cuidados paliativos, muitas vezes a equipe profissional defronta-se com a imposição de dar respostas imediatas às demandas dos usuários, entretanto a reflexão, a discussão com a equipe faz com que os atendimentos sejam mais efetivos e positivos para equipe e usuários.

Assim sendo, somente com a busca por um objetivo comum, do diálogo aberto, da integração, da cooperação e da socialização entre os saberes, bem como com o constante aprimoramento profissional, as equipes de saúde poderão efetivar plenamente o atendimento de forma interdisciplinar e acolher às expectativas e necessidades do paciente e dos seus familiares.

REFERÊNCIAS

1. AMORIM, D. S. *et al.* Modelo de prática interdisciplinar em área na saúde. **Medicina (Ribeirão Preto)**, v. 40, n. 1, p. 82-84, 2007. DOI 10.11606/issn.2176-7262.v40i1p82-84.
2. SILVA, E. P. *et al.* Concepções sobre cuidados paliativos: revisão bibliográfica. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 21, n. 3, p. 504-508, 2008. DOI 10.1590/S0103-21002008000300020.
3. OLIVEIRA, E. R. A. de *et al.* Interdisciplinaridade, trabalho em equipe e multiprofissionalismo: concepções dos acadêmicos de enfermagem. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde**, Vitória, ES, v. 13, n. 4, 2011.
4. CARDOSO, D. H. *et al.* Cuidados paliativos na assistência hospitalar: a vivência de uma equipe multiprofissional. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 22, n. 4, p. 1134-41, dez. 2013. DOI 10.1590/S0104-07072013000400032.
5. PANELLA, M. *et al.* Care pathways for the organization of patients' care. **Bulletin: Economics, Organisation and Informatics in Healthcare**, [s. l.], v. 28, n. 2, Jan. 2012. DOI 10.2478/v10221-011-0026-z.
6. REYMOND, L. *et al.* Home-based palliative care. **Australian Journal for General Practitioners**, East Melbourne, Australia, v. 47, n. 11, p. 747-752, Nov. 2018. DOI 10.31128/AJGP-06-18-4607.
7. BRIGHTON, L. J.; BRISTOWE, K. Communication in palliative care: talking about the end of life, before the end of life. **Postgraduate Medical Journal**, London, v. 92, n. 1090, p. 466-470, Aug. 2016. DOI 10.1136/postgradmedj-2015-133368.
8. CARVALHO, R. T. de *et al.* **Manual da residência de cuidados paliativos**. Barueri: Manole, 2018.
9. NEO, P. S. H. *et al.* Improvements in end-of-life care with a protocol-based pathway for cancer patients dying in a Singapore hospital. **Annals of the Academy of Medicine**, Singapore, v. 41, n. 11, p. 483-493, Nov. 2012.
10. RODGERS, P. E. End-of-life care: serious illness progression, prognostication, and advance care planning. **FP Essentials**, Leawood, KS, v. 498, p. 21-25, Nov. 2020.
11. COUTO, A. C. A. do; MONTEIRO, F. L. R.; QUEIROZ, J. da C. **Atuação da equipe multiprofissional em cuidados paliativos oncológicos/assistência domiciliar**. 2019. Trabalho de Conclusão de Curso (Monografia) – Centro Universitário do Estado do Pará, Belém, 2019. Disponível em: <http://repositorio.cesupa.br:8080/jspui/bitstream/prefix/120/1/TC%20Monografia%20Atua%C3%A7%C3%A3o%20da%20equipe%20multiprofissional.pdf>. Acesso em: 8 jul. 2022.
12. DAVIES, S.; JENKINS, E.; MABBETT, G. Emotional intelligence: district nurses' lived experiences. **British Journal of Community Nursing**, London, v. 15, n. 3, p. 141-146, Mar. 2010. DOI 10.12968/bjcn.2010.15.3.46903.
13. MEIRELLES, B. H. S. *et al.* A questão das disciplinas e da interdisciplinaridade como processo educativo na área da saúde. **Texto & Contexto – Enfermagem**, Florianópolis, v. 8, n. 1, p. 149-165, jan./abr. 1999.
14. HUYNH, T. N. *et al.* The frequency and cost of treatment perceived to be futile in critical care. **JAMA Internal Medicine**, Chicago, v. 173, n. 20, p. 1887-1894, Nov. 2013. DOI 10.1001/jamainternmed.2013.10261.
15. KOVACS, M. J. *et al.* Cuidando do cuidador profissional. *In*: BERTACHINI, L.; PESSINI, L. (org.). **Encanto e responsabilidade no cuidado da vida: lidando com desafios éticos em situações críticas e de final de vida**. São Paulo: Paulinas; Centro Universitário São Camilo, 2011. p. 71-103.

16. TORRES, R. V. S. D.; BATISTA, K. T. A ordem de não ressuscitar no Brasil, considerações éticas. **Comunicação em Ciências da Saúde**, [Brasília, DF], v. 19, n. 4, p. 343-351, out./dez. 2008.
17. WHITE, D. Ethics in the intensive care unit: responding to requests for futile or potentially inappropriate therapies in adults. *In*: UPTODATE. [S. l.: s. n.], 2021. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/ethics-in-the-intensive-care-unit-responding-to-requests-for-potentially-inappropriate-therapies-in-adults>. Acesso em: 26 dez. 2021.
18. MACK, J. W. *et al.* Associations between end-of-life discussion characteristics and care received near death: a prospective cohort study. *Journal of clinical oncology*. **Journal of Clinical Oncology**, Alexandria, VA, v. 30, n. 35, p. 4387, Dec. 2012. DOI 10.1200/JCO.2012.43.6055.
19. MATOS, E. *et al.* Práticas de cuidado na perspectiva interdisciplinar: um caminho promissor. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 18, n. 2, p. 338-346, June 2009. DOI 10.1590/S0104-07072009000200018.
20. FRANÇA, T.; MAGNAGO, C. Políticas, programas e ações de educação na saúde: perspectivas e desafios. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. especial 1, p. 4-7, 2019. DOI 10.1590/0103-11042019S100.
21. SILVA, C. L. M. *et al.* Caracterização dos recursos de comunicação utilizados por pacientes em cuidados paliativos-revisão integrativa. **Revista CEFAC**, São Paulo, v. 19, n. 6, p. 879-888, nov./dez. 2017. DOI: 10.1590/1982-0216201719613816.



Capítulo 20

E QUANDO ESTOU CUIDANDO SOZINHO DO PACIENTE, COMO FAZER O PLANO DE CUIDADOS?

INTRODUÇÃO

Idealmente, cuidados paliativos devem ser oferecidos por uma equipe interdisciplinar. Contudo, infelizmente, essa não é a realidade de muitos serviços no Brasil. Desconhecimento e conseqüente preconceito, tanto por parte dos profissionais de saúde (assistenciais ou gestores) quanto por pacientes e familiares, são algumas das causas. Erros conceituais, em que cuidados paliativos são compreendidos como eutanásia, crescente judicialização da saúde, dificuldades de comunicação de notícias difíceis e opioidofobia (por profissionais, pacientes e familiares) agravam essa situação¹.

Embora com crescimento expressivo nos últimos anos, ainda são poucos os profissionais qualificados para atuar em cuidados paliativos no país, o que torna a prática ainda mais desafiadora. Diante dessa adversidade, o profissional deve se instrumentalizar e criar estratégias para favorecer a elaboração do plano de cuidados do paciente por ele assistido.

CONTEXTUALIZAÇÃO

Elaboração do plano de cuidados é um processo em que um indivíduo adulto de qualquer idade ou estágio de saúde compartilha seus valores pessoais, objetivos de vida e preferências em relação a cuidados médicos futuros². O propósito é garantir que o paciente receba cuidados condizentes com seus valores, objetivos e preferências durante o curso de uma eventual doença grave e crônica².

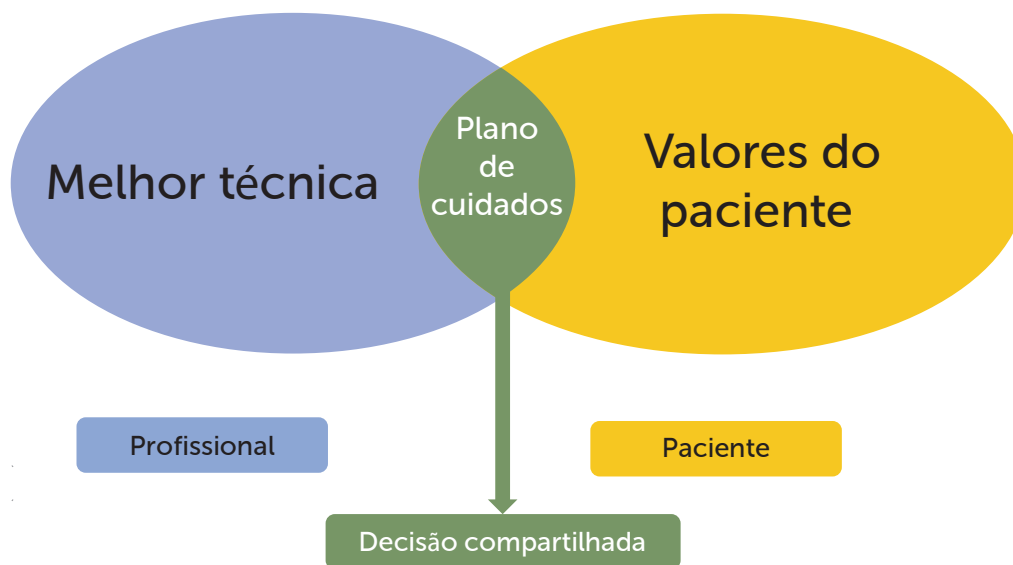
Deve ser norteado pela medicina baseada em valor, com a união da medicina baseada em evidências, o cuidado centrado no paciente e a avaliação de custo-efetividade³, ou seja, o mais alto nível técnico-científico aliado ao conjunto de preferências, preocupações e expectativas do paciente para o oferecimento de um cuidado individualizado e o melhor possível àquele de quem se cuida³.

Alguns destaques nos conceitos apresentados:

- Avaliação técnica: critérios técnicos devem ser norteadores das tomadas de decisões. O profissional detém esse saber.
- Valores, objetivos e preferências do paciente: alinha-se ao cuidado centrado no paciente. Valores e não vontades devem ser considerados. O paciente detém esse conhecimento, em sua impossibilidade, alguém próximo ao paciente e conhecedor desses valores pode participar.

Elaborar o plano de cuidados é unir esses dois saberes. A Figura 21 ilustra essa dinâmica.

Figura 21 - Ilustração da união dos diferentes saberes na elaboração do plano de cuidados



Fonte: elaboração INCA.

A elaboração precoce do plano de cuidados é uma excelente estratégia de empoderamento do paciente.

Ressalta-se que o conceito de plano de cuidados não está inserido no construto de eutanásia ou negligência, mas no de tratamento proporcional, adequação terapêutica, ortotanásia, não distanásia⁴⁻⁸. Neste capítulo, serão abordadas estratégias de elaboração do plano de cuidados quando não há uma equipe interdisciplinar atuante.

ESTRATÉGIAS PARA ELABORAÇÃO DO PLANO DE CUIDADOS

O paciente deve ser instrumentalizado para que seja capaz de delinear objetivos atingíveis e elaborar planos práticos para o futuro. Deve também receber informações que o auxiliem a decidir sobre a realização de tratamentos, especialmente aqueles mais agressivos, aos quais pode estar associada a queda na qualidade de vida. É recomendado que os representantes do paciente participem desse processo com a finalidade de serem os tomadores de decisão no caso de ele não ter condições físicas ou mentais de manifestar o caminho a ser seguido com relação à sua saúde e ao fim de vida.

COMUNICAÇÃO

Como tudo em cuidados paliativos, a boa comunicação é uma ferramenta poderosa. Um diálogo franco e aberto deve ser estabelecido. O vocabulário deve ser de fácil compreensão, evitando termos técnicos. Algumas dicas:

- Identifique o melhor momento.
- Esteja atento até onde o paciente deseja falar sobre sua doença. **Lembre-se: saber sobre sua doença e prognóstico é direito e não dever do paciente.**
- Pergunte se ele deseja que alguém participe da conversa.
- Sempre que possível, procure estabelecer um vínculo antes de abordar o plano de cuidados.
- Não se sinta o responsável por uma eventual má notícia. A situação já existe, o profissional apenas a está comunicando.
- Providencie um ambiente calmo, sem interrupções, como as do celular.
- Esteja realmente presente, com “olhos nos olhos”, postura empática, sem pressa.
- Demonstre que o paciente não será abandonado, mas sim que haverá seguimento.
- Abuse de compaixão.

HISTÓRIA NATURAL DA DOENÇA DE BASE E PROGNÓSTICO

Os pacientes em geral desejam saber sobre seu prognóstico, mas, em muitos casos, não têm acesso a essa informação⁹. O profissional deve estar atento ao perfil da pessoa que está sob seus cuidados, compreender até que ponto fornecer informações para que não seja além ou aquém do quanto ele precisa acessar¹⁰.

Um temor frequente do profissional de saúde é gerar piora no humor ou na qualidade de vida do paciente diante da notícia de um prognóstico reservado. É esperada uma piora inicial, afinal não se está falando de notícias boas, mas, aliando-se a notícia ao seguimento, há melhora do humor e da qualidade de vida¹¹. Conhecimento do prognóstico deve estar associado à sua aceitação e à tomada de decisão baseada nele¹². Não há sentido em saber por saber. O profissional deve estar atento a todas essas etapas.

Os familiares nem sempre têm a mesma demanda acerca de conhecimento do prognóstico que seu ente enfermo. Há uma tendência de o paciente desejar obter mais informação nas fases mais iniciais e os familiares nas fases mais avançadas da doença¹³. Isso traz um grande desafio ao profissional de cuidados paliativos, já que precisa estar integralmente atendo ao binômio paciente-família.

O paciente deve ser orientado sobre a sua doença e a expectativa de evolução dessa doença. Somente ciente dessa informação, ele poderá organizar suas prioridades e adaptar-se para os cenários futuros¹².

Apresentar marcadores objetivos pode ser um recurso útil em alguns casos, como o uso de ferramentas de prognóstico (vide Capítulo 3). Por outro lado, pode ser um fator de intensificação de ansiedade e sofrimento em outras pessoas. É importante conhecer o paciente e sua família, estando atento às suas necessidades, para que a abordagem seja a mais adequada possível sem comprometer a informação oferecida¹⁴.

Nunca fale previsões de sobrevida precisas, como “três meses”. Isso pode criar uma expectativa em torno de um dia específico, como “morrerá no dia 10 de dezembro de 2022”. A estratégia “torcer pelo melhor, preparar-se para o pior” é muito eficaz.

VALORES DO PACIENTE

É importante identificar os valores do paciente para incorporá-lo ao plano de cuidados. Para alguns, a prioridade pode ser a manutenção da autonomia, para outros, a funcionalidade, ou ainda a convivência com a família, entre outros¹⁵. Valor deve ser diferenciado de vontade. Desejos e vontades são atendidos sempre que possível. Aqui, está se falando de valores para delinear estratégias de cuidado diante de possíveis cenários futuros^{3,16}.

Deve ser definido quem o paciente gostaria que o representasse quando ele não puder responder por si.

Tão importante quanto os valores do paciente é o uso da melhor técnica disponível.

IDENTIFICAÇÃO DE PRIORIDADES E NECESSIDADES

Os pacientes podem apresentar questões sociais e psicológicas que devem ser identificadas e sanadas na medida do possível. Questões, como guarda de filhos, divisão de bens, procuração ou regularização de documentação civil, precisam ser identificadas e encaminhadas para solução, pois podem causar grande desconforto ou sofrimento. Identificar vínculos rompidos que possam ser resgatados também é de enorme valia, pois pode proporcionar excelentes momentos vividos e favorecer o processo de luto de familiares e amigos.

QUANDO FAZER?

Assim como a relação profissional de saúde-paciente vai sendo sedimentada com o tempo, a elaboração do plano de cuidados deve idealmente ser feita gradativamente, respeitando a vinculação do profissional com o paciente e seus familiares. Para tal, deve iniciar no momento do diagnóstico de uma doença grave e ameaçadora da vida, para que haja tempo e possa ser construída de forma fluida¹⁷.

Nesse processo, o profissional deve estar atento a mudanças no prognóstico, para que as ideias sejam reforçadas e, principalmente, haja aceitação e o paciente e sua família consigam lidar da melhor forma com as questões envolvidas. Algumas situações podem ser reconhecidas como gatilhos para iniciar ou dar seguimento no plano de cuidados¹⁸:

- Quando o paciente pergunta.
- Por ocasião de eventos sentinelas com mudança do prognóstico.
- Com a necessidade de hospitalização.
- No caso de complicações clínicas.
- Na progressão da doença.
- Na piora da funcionalidade.

Há situações em que o plano de cuidados precisa ser elaborado de forma rápida, por vezes sem a participação do paciente. Apesar de não desejado, fazê-lo nesse contexto ainda é infinitamente melhor do que o profissional decidir de forma individual e não compartilhada.

REVISITAR PERIODICAMENTE

Uma vez definido o plano de cuidados, ele deve ser registrado em prontuário para ciência de todos os envolvidos no cuidado. Uma estratégia útil para pacientes ambulatoriais é emitir um laudo contendo o plano de cuidados para que o paciente tenha sempre consigo o presente caso necessite de atendimento emergencial.

Deve ser revisitado periodicamente. É importante estar atento a novas demandas biopsicossociais que surjam. Independente da descoberta de novos tratamentos ou intercorrências que modifiquem o curso esperado da doença, o paciente tem o direito de repensar e modificar suas prioridades¹⁷.

E QUANDO NÃO HÁ PLANO DE CUIDADOS?

Alguns serviços ainda não possuem equipe assistencial capacitada em cuidados paliativos, e, conseqüentemente, esses não estão inseridos de forma sistemática na prática clínica. Outra situação desafiadora é quando não há informação clara e precisa sobre a doença de base, o prognóstico ou a existência de um plano de cuidados.

Atendimentos de urgência em hospital geral, seja no Serviço de Pronto Atendimento, seja em intercorrências na Internação Hospitalar, são exemplos de ambientes e situações descritas acima. Em cenários como esses, pode ser inviável definir ou proceder a limitação de suporte invasivo em um primeiro momento.

Acessar o paciente, sempre que possível, e sua família, compreender em que momento da história natural da doença de base o paciente está, seus valores e expectativas, são ações que devem

ocorrer o mais breve possível. E, a partir daí, deve-se elaborar o plano de cuidados e adequar a terapêutica instituída de forma a oferecer o melhor cuidado ao paciente⁶.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para a construção do plano de cuidados, quando se está cuidando sozinho de um paciente, a comunicação torna-se um quesito fundamental. A partir disso, o profissional terá acesso aos dados sobre a doença de base em questão para então definir o prognóstico, compreender quais são os valores do paciente e as vontades que podem ser realizadas de acordo com as prioridades e necessidades, definindo então como e quando realizar qualquer prática. Revisitar periodicamente o plano de cuidados instituído permitirá identificar novas demandas e redefinir esse plano. Quando não há um plano de cuidados definido, o profissional deve reunir o máximo de informações importantes para compreender o momento atual de doença e adequar a terapêutica a fim de oferecer o melhor cuidado ao paciente.

REFERÊNCIAS

1. SANTOS, A. F. J. dos Cuidados paliativos e dignidade no fim de vida. **Mais 60**: estudos sobre envelhecimento, São Paulo, v. 28, n. 68, p. 8-27, set. 2017.
2. SUDORE, R. L. *et al.* Defining advance care planning for adults: a consensus definition from a multidisciplinary delphi panel. **Journal of Pain Symptom Manage**. New York, v. 53, n. 5, p. 821-832, 2017. DOI 10.1016/j.jpainsymman.2016.12.331.
3. SAMPAIO, S. G. S. M.; MOTTA, L. B.; CALDAS, C. P. Value-based medicine and palliative care: how do they converge? **Expert Review of Pharmacoeconomics & Outcomes Research**, Abingdon, v. 19, n. 5, p. 509-515, Oct. 2019. DOI 10.1080/14737167.2019.1651645.
4. CARVALHO, R. T. Aspectos jurídicos. *In*: CASTILHO, R. K.; SILVA, V. C. S. da; PINTO, C. da S. (ed.). **Manual de cuidados paliativos**. 3. ed. São Paulo: Academia Nacional de Cuidados Paliativos; Atheneu, 2021. p. 294-297.
5. DADALTO, L. Diretivas antecipadas de vontade/testamento vital. *In*: CASTILHO, R. K.; SILVA, V. C. S. da; PINTO, C. da S. (ed.). **Manual de cuidados paliativos**. 3. ed. São Paulo: Academia Nacional de Cuidados Paliativos; Atheneu, 2021. p. 298-301.
6. GUIMARÃES, M. N. M. Q. Adequação terapêutica. *In*: CASTILHO, R. K.; SILVA, V. C. S. da; PINTO, C. da S. (ed.). **Manual de cuidados paliativos**. 3. ed. São Paulo: Academia Nacional de Cuidados Paliativos; Atheneu, 2021. p. 302-305.
7. DADALTO, L. Reflexos jurídicos da Resolução CFM 1.995/12. **Revista Bioética**, Brasília, DF, v. 21, n. 1, p. 106-112, abr. 2013.
8. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (Brasil). **Resolução CFM nº 1.995, de 9 de agosto de 2012**. Brasília, DF: CFM, 2012. Disponível em: <https://www.cremerj.org.br/resolucoes/exibe/resolucao/720.jsessionid=0C0D0AB7FDBD2A07F8FD397FE6B3853A>. Acesso em: 8 jul. 2022.
9. PARKER, S. M. *et al.* A systematic review of prognostic/end-of-life communication with adults in the advanced stages of a life-limiting illness: patient/caregiver preferences for the content, style, and timing of information. **Journal of Pain and Symptom Management**, New York, v. 34, n. 1, p. 81-93, July 2007. DOI 10.1016/j.jpainsymman.2006.09.035.
10. BJØRK, E. *et al.* Patient preferences for discussing life expectancy: a systematic review. **Journal of General Internal Medicine**, Secaucus, NJ, v. 36, n. 10, p. 3136-3147, Oct. 2021. DOI 10.1007/s11606-021-06973-5.
11. NIPP, R. D. *et al.* Coping and prognostic awareness in patients with advanced cancer. **Journal of Clinical Oncology**, Alexandria, VA, v. 35, n. 22, p. 2551-2557, 2017. DOI 10.1200/JCO.2016.71.3404.
12. HUI, D.; MO, L.; PAIVA, C. E. The importance of prognostication: impact of prognostic predictions, disclosures, awareness, and acceptance on patient outcomes. **Current Treatment Options in Oncology**, Philadelphia, PA, v. 22, n. 2, p. 12, 2021. DOI 10.1007/s11864-020-00810-3.
13. SHIN, D. W. *et al.* Discordance among patient preferences, caregiver preferences, and caregiver predictions of patient preferences regarding disclosure of terminal status and end-of-life choices. **Psychooncology**, Chichester, v. 24, n. 2, p. 212-219, Feb. 2015. DOI 10.1002/pon.3631.
14. SILVA, P. R. da; FAVILLA, F. M. T.; LINO, A. I. M. Assistência de enfermagem aos pacientes de cuidados paliativos oncológicos. **Health Residencies Journal**, Brasília, DF, v. 2, n. 11, 2021. DOI 10.51723/hrj.v2i11.146.

15. KRECHOWICZ, R. *et al.* Case discussions in advanced care planning. **The American Journal of Hospice & Palliative Care**, Thousand Oaks, v. 38, n. 4, p. 366-370, Apr. 2021. DOI 10.1177/1049909120948495.
16. FULFORD, K. W. M.; PEILE, E. D.; CARROLL, H. **Essential values-based practice**: clinical stories linking science with people. New York: Cambridge University Press, 2012. Disponível em: https://assets.cambridge.org/97805215/30255/frontmatter/9780521530255_frontmatter.pdf. Acesso em: 9 jul. 2022.
17. STEVENSON, L. W.; O'DONNELL, A. Advanced care planning: care to plan in advance. **JACC: Heart Fail**, [s. l.], v. 3, n. 2, p. 122-126, 2015. DOI 10.1016/j.jchf.2014.09.005.
18. NORTJÉ, N.; STEPAN, K. Advance care planning conversations in the oncology setting: tips from the experts. **Journal of Cancer Education**, New York, v. 36, n. 2, p. 325-329, Apr. 2021. DOI 10.1007/s13187-019-01631-1.

ESTRATÉGIAS PARA A SEGURANÇA DO PACIENTE DURANTE A AVALIAÇÃO PROFISSIONAL

INTRODUÇÃO

Desde o ano 2000, quando o relatório *Errar é humano*, do Instituto de Medicina Norte-americano, foi publicado, teve início uma discussão acerca dos desenhos dos sistemas de saúde que não foram criados para enfrentar os erros. Sabe-se que o ideal é que esses sistemas se afastem da cultura de “culpa e vergonha”, que obstrui o reconhecimento de erros, impedindo a possibilidade de aprender com eles¹.

Anualmente, ocorrem 421 milhões de internações, com cerca de 42,7 milhões de eventos adversos relacionados à segurança do paciente². Usando estimativas conservadoras, os dados de pesquisas mais recentes sugerem que danos evitáveis aos pacientes sejam a 14^a causa de morbidade e mortalidade em todo o mundo³.

Para construir mecanismos e ações que melhorem a segurança do paciente, a OMS criou, em 2004, a Aliança Mundial para Segurança do Paciente⁴ e identificou seis áreas de atuação que resultaram nas *Metas Internacionais de Segurança do Paciente* com a finalidade de promover melhorias em áreas problemáticas na assistência⁵. São elas:

- Identificar o paciente corretamente.
- Melhorar a eficácia da comunicação.
- Melhorar a segurança dos medicamentos de alta vigilância.
- Assegurar cirurgias com local de intervenção correto, procedimento correto e paciente correto.
- Reduzir o risco de infecções associadas a cuidados de saúde.
- Reduzir o risco de danos ao paciente decorrente de quedas.

Nessa sequência, a partir de 2007, o Brasil passou a participar da Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, como país signatário da OMS, assim como no Mercado Comum do Cone Sul (Mercosul). Desde então, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) incentiva e apoia as ações para melhoria da segurança do paciente em todos os serviços de saúde⁶.

Tratando-se de pacientes em cuidados paliativos, existem particularidades que aumentam sua exposição a riscos, incluindo: a necessidade de cuidados mais complexos durante o curso da doença, o uso de opioides e sedativos, as preferências dos pacientes, entre outras⁷.

A avaliação para um cuidado seguro envolve pacientes, familiares, profissionais assistenciais e gestão da instituição. É importante fortalecer a cultura de segurança por meio de ações gerenciais com foco no acolhimento, no estímulo e na identificação de falhas e planos de melhorias, a fim de evitar danos⁹.

No HC IV, o Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) foi instituído em 2015 em consonância com a Política Nacional de Segurança do Paciente e com as diretrizes do Ministério da Saúde, e é constituído por uma equipe multiprofissional responsável por fornecer assessoria direta à Direção do HC IV nas decisões gerenciais relacionadas à segurança do paciente⁹.

A fim de estabelecer as premências relacionadas à implementação de práticas de segurança, gestão de riscos, processos de trabalho e identificação de estratégias que conectem a liderança e os profissionais assistenciais da linha de frente, o NSP do HC IV elaborou seu *Plano de Segurança do Paciente*, com base no documento de referência nacional⁹.

A gestão de riscos consiste na aplicação sistêmica e contínua de políticas, procedimentos, condutas e recursos na identificação, na análise, na avaliação, na comunicação e no controle de riscos e eventos adversos que afetem a segurança, a saúde humana, a integridade profissional, o meio ambiente e a imagem institucional¹⁰. No HC IV o gerenciamento de riscos envolve:

- Riscos sanitários: abrangem farmacovigilância, hemovigilância e tecnovigilância.
- Riscos assistenciais: abrangem todos os fluxos de processos assistenciais e a articulação com processos organizacionais.

A utilização de ferramentas da qualidade para avaliação dos processos de trabalho, alinhamento às práticas seguras e disseminação de informações aos profissionais ocorre em parceria com a Área da Qualidade.

Para definir as prioridades e estratégias de segurança, o trabalho é pautado em protocolos instituídos pela Anvisa, baseados nas Metas Internacionais de Segurança do Paciente da OMS⁵.

A implementação desses protocolos ocorre por meio da coparticipação dos coordenadores dos serviços, dos núcleos e dos setores que atuam como facilitadores e articuladores das ações relacionadas à segurança do paciente. Para isso, são formados grupos de trabalho compostos por profissionais envolvidos na assistência direta e indireta ao paciente, com a finalidade de discutir e compartilhar as atividades deliberadas.

AVALIAÇÃO DO PACIENTE

Apesar da segurança do paciente estar envolvida em todas as etapas do cuidado, destaca-se a necessidade da avaliação inicial do paciente abrangendo as situações listadas a seguir.

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

O processo de identificação do paciente assegura que o cuidado seja prestado à pessoa para a qual se destina. A metodologia aplicada para individualizar o paciente contém identificadores diferenciadores e ocorre por meio da utilização de tecnologias, como pulseira de identificação, etiquetas impressas, cartão para identificação no leito, entre outros, todos essenciais para a mitigação de eventos indesejados durante a assistência à saúde¹¹.

Os pacientes avaliados pelo Ambulatório ou pelo Serviço de Pronto Atendimento, quando indicada a internação hospitalar, são identificados com a pulseira de cor branca constando, no mínimo, dois identificadores: nome completo sem abreviaturas e número da matrícula do paciente, assim como os registros assistenciais. Mediante a impossibilidade de usar um dos identificadores preferenciais, utiliza-se a data de nascimento do paciente como substituição.

Já na internação hospitalar, a identificação do paciente deve ser avaliada quanto à existência de pacientes homônimos e/ou preferências em relação à identidade de gênero. Nos casos de pacientes homônimos, torna-se obrigatório o acréscimo de um terceiro identificador, além de outras medidas seguras, como evitar que fiquem internados na mesma enfermaria, identificar as capas dos prontuários, assim como as placas na cabeceira do leito, com o dizer *paciente homônimo*.

O indivíduo cuja identificação civil não reflete adequadamente a identidade de gênero e, de acordo com sua preferência, é identificado com o seu nome social. Esse é inserido no campo *nome social* do sistema informatizado, além de escrito entre parênteses na pulseira de identificação e nos formulários, imediatamente após o nome completo, conforme documento de identificação oficial.

COMUNICAÇÃO

A comunicação efetiva entre profissionais da equipe multidisciplinar, pacientes e familiares promove qualidade e segurança na assistência, mitigando riscos não só de ordem física, mas também psicológica, social e espiritual. Dessa forma, auxilia pacientes e familiares a lidar com as vicissitudes da doença oncológica avançada, indo ao encontro da filosofia dos cuidados paliativos¹².

A fim de reduzir erros na avaliação do paciente, o protocolo institucional estabelece que a comunicação deve ocorrer de forma exata, completa, inequívoca, abrangendo as vias verbal e escrita, sempre checando se o receptor compreendeu a informação.

Para minimizar erros na troca de informações, são utilizadas estratégias e técnicas descritas na literatura científica. Para transmissão e transferência de informação entre os profissionais, é utilizado um modelo estruturado, denominado SBAR: *situation* (situação), *background* (história prévia), *assessment* (avaliação) e *recommendation* (recomendação), envolvendo condições do paciente e/ou alteração clínica desse, de forma breve e concisa, visando a evitar falhas nas comunicações verbal e escrita¹³.

Em relação à comunicação escrita, é exigido que os registros em formulários e em prontuários sejam completos, precisos, fidedignos, legíveis, livres de rasuras e com terminologia própria de cada categoria profissional, sendo permitido apenas o uso de abreviaturas e siglas padronizadas.

SEGURANÇA NOS MEDICAMENTOS

O processo que envolve o uso de medicamentos é complexo e abrange várias etapas que abarcam decisões e ações conjuntas entre diferentes profissionais de saúde, tais como o médico, o farmacêutico, o técnico de farmácia, o enfermeiro, o técnico de enfermagem e o próprio paciente¹⁴. Segundo Salmany¹⁵, os pacientes em cuidados paliativos apresentam aumento da carga de sintomas, exigindo regimes de medicação e dosagem diferenciados, o que aumenta o risco de desenvolver problemas relacionados aos medicamentos.

Na avaliação do paciente, as intervenções mais comuns são a recomendação ou a descontinuação da terapia medicamentosa e a reconciliação medicamentosa, que assumem papel importante, visto que os pacientes geralmente utilizam polifarmácia e medicamentos de alta vigilância. A falha nesse processo pode levar a erros de prescrição inicial dos pacientes no que se refere ao rodízio de opioides, ao aumento de doses, à ocorrência de eventos adversos, entre outros, ocasionando sofrimento ao paciente¹⁶.

No HC IV, um importante método de barreira utilizado para evitar erros de medicação é a prescrição eletrônica, que, quando comparada à manual, transpõe problemas de legibilidade e de omissão de informações no que tange à posologia, à quantidade de medicamento e/ou à duração do tratamento¹⁴.

CIRURGIA SEGURA

Os pacientes que são internados para realização de procedimentos cirúrgicos são avaliados por meio da aplicação do *checklist* de cirurgia segura. Nele, são preenchidas informações relacionadas à pulseira de identificação, ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), à integridade da pele, às alergias, ao local e à lateralidade da cirurgia, à profilaxia de TVP, à higiene corporal e bucal, à realização de jejum e à presença de próteses e/ou adornos.

Essas informações são conferidas em quatro momentos antes do encaminhamento para a cirurgia ou sala de procedimentos: pelo enfermeiro do ambulatório, pelo médico cirurgião, pelo enfermeiro da unidade de internação e pelo técnico de enfermagem que encaminha ao centro cirúrgico.

INFECÇÕES ASSOCIADAS A CUIDADOS DE SAÚDE

Os cuidados de saúde são dinâmicos e complexos, ainda assim, um número significativo de infecções pode ser prevenido.

Visando a eliminar ou a reduzir, a um mínimo aceitável, as taxas de infecção, a avaliação dos riscos ocorre desde o contato inicial com o paciente. Os profissionais de saúde envolvidos analisam as características dos pacientes para identificar fatores de risco intrínsecos e/ou extrínsecos que podem torná-los vulneráveis à infecção. A partir dessa avaliação, sustenta-se o diagnóstico e busca-se o tratamento precoce¹⁷.

O diagnóstico de pacientes com infecção e colonização guia as medidas para controle de infecções, por exemplo, as precauções de contato e isolamento que são adotadas de acordo com a via de transmissão implicada. No HC IV, todos os procedimentos relacionados à prevenção e ao controle de infecção hospitalar são coordenados pela Comissão de Controle de Infecção Hospitalar.

PREVENÇÃO DE QUEDAS

Os pacientes admitidos na internação hospitalar são avaliados quanto ao risco de queda, para tal, é utilizada a Escala de Queda de Morse (Figura 22) com a finalidade de avaliar a probabilidade de ocorrência de queda, pois melhor se adequa à população de pacientes em cuidados paliativos^{18,19}. Essa escala deve ser calibrada em cada contexto para que as estratégias de prevenção sejam dirigidas aos doentes que estão em maior risco. Em consonância com a literatura científica, utiliza-se o ponto de corte 45 para os pacientes em regime de internação²⁰. O paciente é classificado em risco de queda baixo, médio ou alto. A Figura 23 mostra o fluxograma da avaliação do risco de queda na unidade.

Figura 22 - Escala de queda de Morse



ESCALA PARA AVALIAÇÃO DO RISCO DE QUEDAS DE MORSE - HC IV (MORSE FALL SCALE)

DATA:

ENFERMARIA/LEITO:

NOME:

MATRÍCULA:

FATORES DE RISCO	PONTUAÇÃO
1. Histórico de quedas	
Não	() 0
Sim	() 25
2. Diagnóstico secundário	
Não	() 0
Sim	() 15
3. Auxílio na deambulação	
Nenhum/ acamado/ auxiliado por profissional da saúde	() 0
Muletas/ bengala/ andador	() 15
Mobiliário/ parede	() 25
4. Terapia endovenosa	
Não	() 0
Sim	() 20
5. Marcha	
Normal/ sem deambulação, acamado, cadeira de rodas	() 0
Fraca	() 10
Comprometida/ cambaleante	() 20
6. Estado mental	
Orientado/ capaz quanto à sua capacidade/ limitação	() 0
Superestima capacidade/ esquece limitações	() 10
TOTAL =	

GRAU DO RISCO	PONTUAÇÃO
Risco de queda baixo - RQB	0-24 PONTOS
Risco de queda médio - RQM	25-44 PONTOS
Risco de queda alto - RQA	≥ 45 PONTOS

RESULTADO = PONTOS → RQ__

AVALIADOR (ES):

Continua

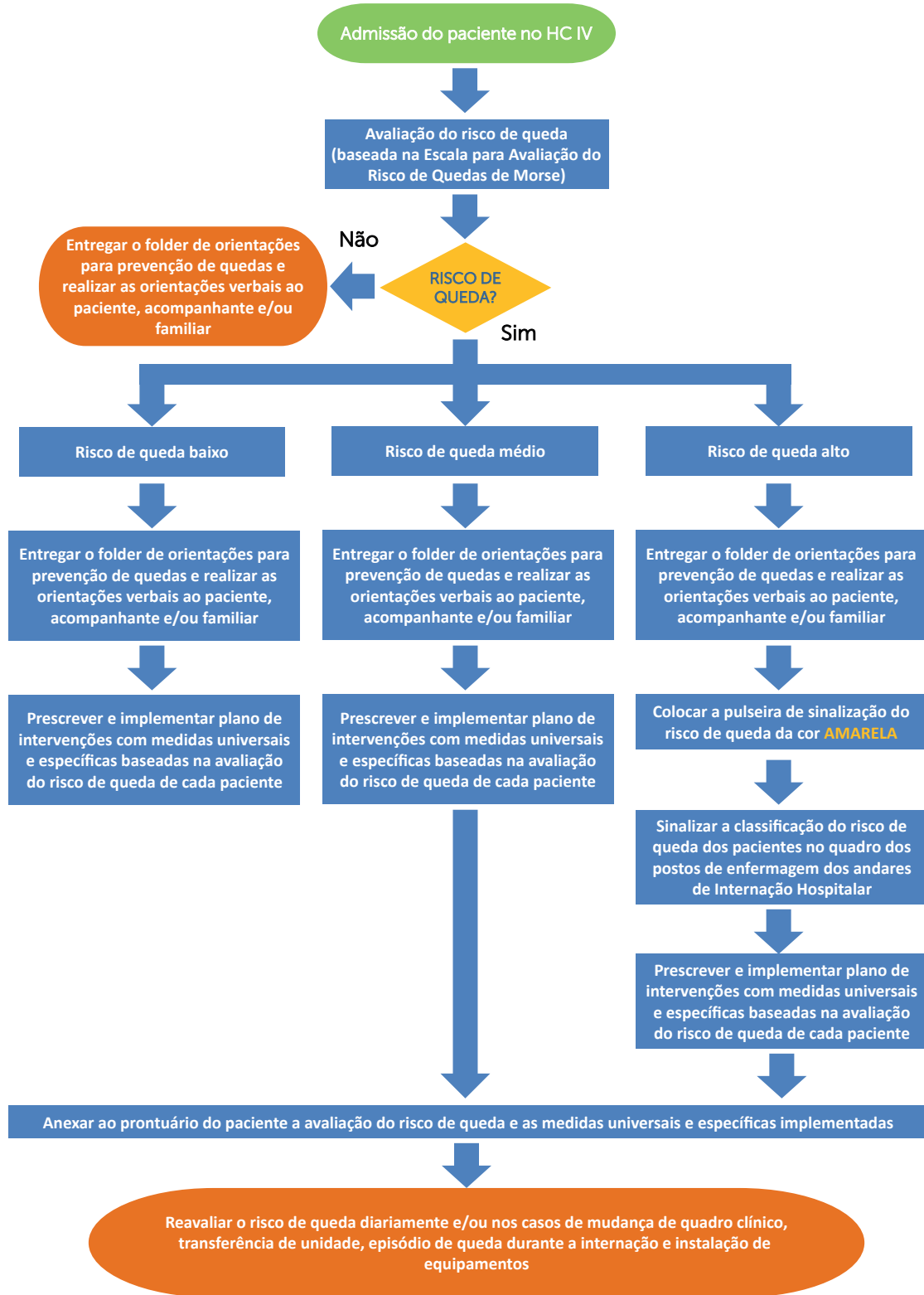


DEFINIÇÕES OPERACIONAIS DE CADA ITEM

Item	Definição Operacional
1. Histórico de quedas	
Não	Se o paciente não tem história de quedas nos últimos três meses
Sim	Se o paciente caiu durante o período da internação hospitalar ou se tem histórico recente (até três meses) de quedas por causas fisiológicas, tais como convulsões ou marcha comprometida antes da admissão hospitalar
2. Diagnóstico secundário	
Não	Se no prontuário do paciente apresentar apenas um diagnóstico médico
Sim	Se no prontuário do paciente apresentar mais de um diagnóstico médico
3. Auxílio na deambulação	
Nenhum/ acamado/ auxiliado por profissional da saúde	Se o paciente deambula sem equipamento auxiliar (muleta, bengala ou andador), ou se deambula com a ajuda de um membro da equipe de saúde, ou ainda se usa cadeira de rodas ou se está acamado e não sai da cama sozinho
Muletas/ bengala/ andador	Se o paciente utiliza muletas, bengala ou andador
Mobiliário/ parede	Se o paciente se movimenta apoiando-se no mobiliário ou nas paredes
4. Terapia endovenosa	
Não	Se o paciente não usa dispositivo endovenoso Nota: quando o paciente usa dispositivo totalmente implantado, considera-se pontuação zero quando não estiver em uso
Sim	Se o paciente usa dispositivo endovenoso com infusão contínua ou não (salinizado ou heparinizado)
5. Marcha	
Normal / sem deambulação, acamado, cadeira de rodas	Uma marcha normal é caracterizada pelo andar de cabeça ereta, braços balançando livremente ao lado do corpo e passos largos, sem hesitação. Também recebe a mesma pontuação se o paciente está acamado e/ou usa cadeira de rodas (sem deambulação)
Fraca	Os passos são curtos e podem ser vacilantes. Quando a marcha é fraca, embora o paciente incline-se para frente enquanto caminha, é capaz de levantar a cabeça sem perder o equilíbrio. Além disso, caso ele faça uso de algum mobiliário como apoio, este apoio se dá de maneira leve somente para se sentir seguro, não para se manter ereto
Comprometida/ cambaleante	O paciente dá passos curtos e vacilantes e pode ter dificuldade de levantar da cadeira, necessidade de se apoiar nos braços da cadeira para levantar e/ou impulsionar o corpo (faz várias tentativas para se levantar impulsionando o corpo). Com esse tipo de marcha, a cabeça do paciente fica abaixada e ele olha para o chão. Devido à falta de equilíbrio, o paciente agarra-se ao mobiliário, a uma pessoa ou utiliza algum equipamento de auxílio à marcha (muletas, bengalas, andadores) para se segurar e não consegue caminhar sem essa ajuda Quando ajuda esses pacientes a caminhar, o membro da equipe de saúde nota que o paciente realmente se apoia nele e que, quando o paciente se apoia em um corrimão ou móvel, ele o faz com força até que as articulações de seus dedos das mãos fiquem brancas
6. Estado mental	
Orientado/ capaz quanto à sua capacidade/ limitação	Ao perguntar ao paciente “Você é capaz de ir ao banheiro sozinho ou precisa de ajuda?”, verifique se a resposta é consistente com as informações constantes no prontuário e/ou com sua avaliação. Em caso positivo, o paciente é classificado como capaz.
Superestima capacidade/ esquece limitações	Ao perguntar ao paciente “Você é capaz de ir ao banheiro sozinho ou precisa de ajuda?”, verifique se a resposta não é consistente com as informações do prontuário e/ou com sua avaliação ou se a avaliação do paciente é irreal. Se isto acontecer, este paciente está superestimando suas habilidades e esquecendo suas limitações

Fonte: Urbanetto et al., 2013¹⁹.

Figura 23 - Fluxograma da avaliação do risco de queda



Fonte: elaboração INCA.

Outra análise realizada está relacionada à presença de agitação psicomotora e à necessidade de contenção mecânica e/ou química. O médico é responsável por essa avaliação, pela definição da conduta e, quando necessário, pela prescrição das ações preventivas referentes às contenções mecânica e/ou medicamentosa, bem como pelo registro em prontuário, conforme norma institucional. Ressalta-se a necessidade de reavaliação da sedação nos casos de *delirium* refratário ao tratamento, que aumenta o risco de queda dos pacientes.

É importante que, na prevenção de quedas em cuidados paliativos, seja considerado o equilíbrio entre as perspectivas da segurança do paciente e preferências desse e de seus familiares, sem sobrepor a preocupação exagerada com o risco de possível dano em detrimento de sua autonomia e qualidade no final da vida¹⁶.

PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO

Os pacientes em cuidados paliativos oncológicos possuem fatores clínicos e físicos, tais como presença de comorbidades e redução da capacidade funcional, que aumentam o risco de LP. Contudo, a LP é possivelmente evitável e a equipe multidisciplinar tem papel importante na prevenção e no manejo da LP (vide Capítulo 16)²¹. No HC IV, a Escala de Braden é a ferramenta de escolha para a avaliação inicial do paciente, com o propósito de identificar o risco de desenvolvimento de LP e estabelecer estratégias preventivas com foco na segurança, no bem-estar e na qualidade de vida do paciente (vide Capítulo 16)²².

As LP geram consequências para pacientes, familiares e unidades de saúde, como desconforto, dor, sofrimento, aumento do tempo de internação e aumento da morbimortalidade. Portanto, também são realizadas atividades voltadas para educação e orientação de familiares e cuidadores, com o intuito de esclarecer dúvidas e estimular sua participação no processo de cuidado¹⁶.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O NSP do HC IV tem papel importante na promoção da cultura de segurança, que perpassa as etapas do cuidado ao paciente, sendo a avaliação inicial a primeira barreira para garantir um cuidado pautado em qualidade e segurança. Para tal, participa ativamente na elaboração de normas e rotinas institucionais, assim como na capacitação dos profissionais. As notificações de incidentes provocam discussões técnicas entre a equipe multidisciplinar, com identificação de problemas e soluções e a elaboração de planos de melhorias que constam do relatório de gestão institucional.

REFERÊNCIAS

1. NIEVA, V. F.; SORRA, J. Safety culture assessment: a tool for improving patient safety in healthcare organizations. **Quality & Safety in Health Care**, London, v. 12, p. ii17-ii23, Dec. 2003. Suppl. 2. DOI 10.1136/qhc.12.suppl_2.ii17.
2. JHA, A. K. *et al.* The global burden of unsafe medical care: analytic modelling of observational studies. **BMJ Quality & Safety**, London, v. 22, n. 10, p. 809-815, Oct.2013. DOI 10.1136/bmjqs-2012-001748OMS.
3. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Newsroom. **10 facts on patient safety**. Geneva: WHO, Aug. 2019. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/facts-in-pictures/detail/patient-safety>. Acesso em: 20 set. 2021.
4. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World alliance for patient safety: forward programme 2005**. Geneva: WHO, Oct. 2004. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43072/9241592443.pdf>. Acesso em: 15 set. 2021.
5. JOINT COMMISSION INTERNATIONAL. **International patient safety goals**. Oak Brook, IL: Joint Commission International, 2017. Disponível em: <https://www.jointcommissioninternational.org/standards/international-patient-safety-goals/>. Acesso em: 15 set. 2021.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013**. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html. Acesso em: 20 set. 2021.
7. SAUNDERS, R. *et al.* Improving the safety and quality of end-of-life in an Australian private hospital setting: an audit of documented end-of-life care. **Australasian Journal on Ageing**, Melbourne, v. 40, n. 4, p. 449-456, Dec. 2021. DOI 10.1111/ajag.12986.
8. BITTENCOURT, N. C. C. de M. *et al.* Cultura de segurança no cuidado paliativo oncológico durante a pandemia de Covid-19. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 66, n. tema atual, e-1146, 4 set. 2020. DOI 10.32635/2176-9745.RBC.2020v66nTemaAtual.1146.
9. BRASIL. Ministério da Saúde. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente**. Brasília, DF: Ministério da Saúde; Fiocruz; Anvisa, 2014. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf. Acesso em: 14 set. 2021.
10. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Brasil). **Assistência segura: uma reflexão teórica aplicada à prática**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. (Série Segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde). Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/publicacoes/publicacoes/caderno-1-assistencia-segura-uma-reflexao-teorica-aplicada-a-pratica.pdf/view>. Acesso em: 20 set. 2021.
11. BRASIL. Ministério da Saúde. **Anexo 02: protocolo de identificação do paciente**. Brasília, DF: Ministério da Saúde; Anvisa; Fiocruz, 2013. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/publicacoes/protocolo-de-identificacao-do-paciente>. Acesso em: 2 nov. 2021.
12. ANDRADE, G. B. *et al.* Cuidados paliativos e a importância da comunicação entre o enfermeiro e paciente, familiar e cuidador. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 713-717, 2019. DOI 10.9789/2175-5361.2019.v11i3.713-717.
13. STEWART, K. R. **SBAR, communication, and patient safety: an integrated literature review**. 2016. Honors Thesis. The University of Tennessee at Chattanooga School of Nursing, Tennessee, 2016. Disponível em: <https://scholar.utc.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1070&context=honors-theses>. Acesso em: 9 dez. 2021.

14. PERDIGÃO, P.; OLIVEIRA, R. P.; RAMOS, S. Erros relacionados aos medicamentos. *In*: SOUSA, P.; MENDES W. (org.). **Segurança do paciente**: criando organizações de saúde seguras. 2. ed. rev. e ampl. Rio de Janeiro: ENSP; 2019. p. 158-184.
15. SALMANY, S. S. *et al.* Descriptive study of clinical pharmacist interventions in adult hospice and palliative care at a comprehensive oncology center in Jordan. **Journal of Oncology Pharmacy Practice**: official publication of the International Society of Oncology Pharmacy Practitioners, London, p. 10781552211040736, Sep. 2021. DOI 10.1177/10781552211040736.
16. DY, S. M. Patient safety and end-of-life care: common issues, perspectives, and strategies for improving care. **The American Journal of Hospice & Palliative Care**, Thousand Oaks, v. 33, n. 8, p. 791-796, Sep. 2016. DOI 10.1177/1049909115581847.
17. PINA, E.; FERREIRA, E.; SOUSA-UVA, M. Infecções associadas aos cuidados de saúde. *In*: SOUSA, P.; MENDES W. (org.). **Segurança do paciente**: conhecendo os riscos nas organizações de saúde. 2. ed. rev. e ampl. Rio de Janeiro: EAD/ENSP, 2019. p. 137-158.
18. PAVLOV, K. G. **Fall prevention in palliative care**: improving fall prevention and management at point of admission. 2017. Thesis (Mater of Science in Nursing) – The University of San Francisco, San Francisco, 2017. (Master's Projects and Capstones, 678). Disponível em: <https://repository.usfca.edu/capstone/678>. Acesso em: 20 nov. 2021.
19. URBANETTO, J. S. *et al.* Morse Fall Scale: tradução e adaptação transcultural para a língua portuguesa. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 47, n. 3, p. 571-572, jun. 2013. DOI 0.1590/S0080-623420130000300007.
20. COSTA-DIAS, M.; MARTINS, T.; ARAÚJO, F. Estudo do ponto de corte da Escala de Quedas de Morse (MFS). **Referência - Revista de Enfermagem**, Coimbra, v. 4, n. 1, p. 65-74, 2014. DOI 10.12707/RIII13101.
21. FIGUEIREDO, S. V. *et al.* Manejo da lesão por pressão em pacientes sob cuidados paliativos: visão dos enfermeiros. **Revista Rene**, Fortaleza, v. 22, e62774, 2021. DOI 10.15253/2175-6783.20212262774.
22. BRASIL. Ministério da Saúde. **Anexo 02**: protocolo para prevenção de úlcera por pressão. Brasília, DF: Ministério da Saúde; Anvisa; Fiocruz, 2013c. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/publicacoes/protocolo-de-ulcera-por-pressao>. Acesso em: 15 nov. 2021.



Apêndice

EQUIPE DE ELABORAÇÃO

Prefácio

Ana Cristina Pinho Mendes Pereira

Médica do INCA. Direção-geral do INCA.

Renata de Freitas

Médica do HC IV. Direção do HC IV. Mestre em Administração. Mestranda em Saúde Coletiva e Controle do Câncer.

Apresentação

Livia Costa de Oliveira

Nutricionista do HC IV. Núcleo de Apoio à Pesquisa e ao Ensino. Doutora em Ciências Nutricionais.

Simone Garruth dos Santos Machado Sampaio

Médica do HC IV. Serviço Médico. Núcleo de Apoio à Pesquisa e ao Ensino. Doutora em Medicina.

Capítulo 1

Luciana Aparecida Faria de Oliveira

Enfermeira do HC IV. Divisão Técnico-assistencial do HC IV. Mestre em Enfermagem.

Mariana Fernandes Costa

Nutricionista do HC IV. Doutora em Alimentação, Nutrição e Saúde, doutora em Psicologia Social.

Bianca Ribeiro Sales

Enfermeira do HC IV. Divisão de Enfermagem do HC IV. Mestranda em Saúde Coletiva e Controle do Câncer.

Marisa de Fátima Bello Costa Moreira

Médica do HC IV. Especialista em Clínica Médica, Nefrologia e Auditoria em Saúde.

Capítulo 2

Karla Santos da Costa Rosa

Nutricionista do HC IV. Mestre em Oncologia.

Alex Sandro de Azeredo Siqueira

Enfermeiro do HC IV. Doutor em Ciências do Cuidado em Saúde.

Mabel Viana Krieger

Psicóloga do HC IV. Doutoranda em Bioética.

Eliana David da Silva

Enfermeira do HC IV. Mestranda em Saúde Coletiva e Controle do Câncer.

Capítulo 3

Audrei Castro Telles

Enfermeira do HC IV. Doutoranda em Enfermagem.

Deliane Barbosa Ferreira

Médica do HC IV. Especialista em Clínica Médica.

Livia Costa de Oliveira

Nutricionista do HC IV. Núcleo de Apoio à Pesquisa e ao Ensino. Doutora em Ciências Nutricionais.

Capítulo 4

Érika Fernanda Palmieri Guimarães Fontes

Assistente social do HC IV. Mestranda em Saúde Coletiva e Controle do Câncer.

Andréia Pereira de Assis Ouverney

Assistente social do HC IV. Doutora em Política Social.

Alessandra Gomes Simões

Assistente social do HC IV. Especialista em Direitos Humanos e Saúde.

Marli Schaeffer

Assistente social do HC IV. Especialista em Serviço Social e Direitos Sociais.

Renata Figueiredo da Rocha Roque

Assistente social do HC IV. Mestre em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva.

Dolores Ferreira Fonseca

Assistente social do HC IV. Mestre em Serviço Social.

Lilian Joyce de Oliveira Souza

Assistente social do HC IV. Especialista em Gestão de Saúde Pública e Meio Ambiente.

Márcia Machado de Resende Alvarez

Assistente social do HC IV. Especialista em Gerenciamento de Unidade Básica de Saúde.

Capítulo 5

Marcela Amitrano Bilobran

Médica-residente em medicina paliativa INCA (2021). Especialista em Clínica Médica e Medicina Paliativa.

Maria Fernanda Fernandes Duarte Costa

Médica-residente em medicina paliativa INCA (2021). Especialista em Clínica Médica, Geriatria e Medicina Paliativa.

Renata de Freitas

Médica do HC IV. Direção do HC IV. Mestre em Administração.

Danielle Gregory Santos

Médica do HC IV. Especialista em Clínica Médica e Endocrinologia.

Capítulo 6

Fernanda Barcellos Santiago

Enfermeira do HC IV. Doutoranda em Ciência do Cuidado.

Gisele Passos Cabral Benjamim

Enfermeira do HC IV. Mestranda em Enfermagem Assistencial.

Manoela Garcia Dias da Conceição

Enfermeira do HC IV. Doutora em Saúde Pública.

Nathalia de Paula Albuquerque Guimarães

Enfermeira do HC IV. Mestranda em Saúde e Tecnologia no Espaço Hospitalar.

Rita de Cássia Azeredo Campos

Enfermeira do HC IV. Especialista em Oncologia.

Capítulo 7

Conceição Grazielle Teixeira Frederico

Técnica de enfermagem do HC IV. Enfermeira. Mestranda de Ensino em Saúde.

Regina Alves Pereira

Técnica de enfermagem do HC IV. Enfermeira. Mestranda de Ensino em Saúde.

Rithiely Rosa Feital da Silva

Técnica de enfermagem do HC IV. Enfermeira. Mestranda de Ensino em Saúde.

Pâmela Gonçalves Martins

Técnica de enfermagem do HC IV. Enfermeira. Mestranda em Ciências de Cuidados em Saúde.

Capítulo 8

Karla Santos da Costa Rosa

Nutricionista do HC IV. Mestre em Oncologia.

Emanuelly Varea Maria Wiegert

Nutricionista do HC IV. Doutora em Ciências Nutricionais.

Ignez Magalhães de Alencastro

Nutricionista do HC IV. Doutora em Alimentação, Nutrição e Saúde.

Larissa Calixto-Lima

Nutricionista do HC IV. Doutora em Alimentação, Nutrição e Saúde.

Mariana Fernandes Costa

Nutricionista do HC IV. Doutora em Alimentação, Nutrição e Saúde e doutora em Psicologia Social.

Rosane de Souza Santos

Nutricionista do HC IV. Doutoranda em Alimentação, Nutrição e Saúde.

Capítulo 9

Juliana Miranda Dutra de Resende

Fisioterapeuta do HC IV. Mestranda em Saúde Coletiva e Controle do Câncer.

Francine Peres da Silva

Fisioterapeuta do HC IV. Especialista em Fisioterapia Neurofuncional.

Patrícia Almeida Chelles

Fisioterapeuta do HC IV. Mestranda em Saúde Coletiva e Controle do Câncer.

Liziane Pereira da Silva

Fisioterapeuta do HC IV. Mestre em Epidemiologia.

Ernani Costa Mendes

Fisioterapeuta do HC IV. Doutor em Ciências da Saúde.

Capítulo 10

Renata Figueiredo da Rocha Roque

Assistente social do HC IV. Mestre em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva.

Marli Schaeffer

Assistente social do HC IV. Especialista em Serviço Social e Direitos Sociais.

Érika Fernanda Palmieri Guimarães Fontes

Assistente social do HC IV. Mestranda em Saúde Coletiva e Controle do Câncer.

Andréia Pereira de Assis Ouverney

Assistente social do HC IV. Doutora em Política Social.

Alessandra Gomes Simões

Assistente social do HC IV. Especialista em Direitos Humanos e Saúde.

Dolores Ferreira Fonseca

Assistente social do HC IV. Mestre em Serviço Social.

Lilian Joyce de Oliveira Souza

Assistente social do HC IV. Especialista em Gestão de Saúde Pública e Meio Ambiente.

Márcia Machado de Resende Alvarez

Assistente social do HC IV. Especialista em Gerenciamento de Unidade Básica de Saúde.

Capítulo 11

Ana Beatriz Raimundo de Castro

Psicóloga do HC IV. Mestre em Psicanálise e Políticas Públicas.

Maria Lúcia de Freitas Pequeno

Psicóloga do HC IV. Mestranda em Saúde Coletiva e Controle do Câncer.

Capítulo 12

Luciana Favoreto Vieira Mattos

Farmacêutica do HC III e do HC IV. Mestre em Administração e Gestão da Assistência Farmacêutica.

Claudia de Oliveira Passos

Farmacêutica do HC III e do HC IV. Doutoranda em Saúde Coletiva.

Luana do Amaral Brasileiro

Farmacêutica do HC III e do HC IV. Doutoranda em Ciências Aplicadas a Produtos para a Saúde.

Capítulo 13

Joelson Bruno Dias Oliveira

Capelão do HC IV. Doutorando em Filosofia.

Capítulo 14

Marcos Roberto Caetano de Oliveira

Médico do HC IV. Especialista em Cirurgia Geral e Cirurgia Oncológica.

Capítulo 15

Camila dos Santos Moreno Rodrigues Alves

Enfermeira do HC IV. Mestre em Psicanálise, Saúde e Sociedade.

Renata Carla Nencetti Pereira Rocha

Enfermeira do HC IV. Doutora em Ciências do Cuidado em Saúde.

Helen Balthazar de Lima

Enfermeira do HC IV. Mestranda em Ensino na Saúde.

Luciene Miguel Lima Neves

Enfermeira do HC IV. Mestre em Ensino na Saúde.

Capítulo 16

Flavia Firmino

Enfermeira do HC IV. Doutora em Ciências da Saúde.

Daianny Arrais de Oliveira da Cunha

Enfermeira do HC IV. Doutoranda em Ciências do Cuidado em Saúde.

Helen Balthazar de Lima

Enfermeira do HC IV. Mestranda em Ensino na Saúde.

Livia Lírio Campo

Enfermeira do HC IV. Mestre em Enfermagem.

Capítulo 17

Dolores Ferreira Fonseca

Assistente social do HC IV. Mestre em Serviço Social.

Daniele Probstner

Médica do HC IV. Mestre em Neurologia.

Rita de Cassia de Jesus

Enfermeira do HC IV. Especialista em Enfermagem em Oncologia Clínica.

Capítulo 18

Vanessa Gomes da Silva

Enfermeira do HC IV. Assistência Domiciliar HC IV. Doutoranda em Ensino em Biociências e Saúde.

Flávia Navi de Souza

Médica do HC IV. Assistência Domiciliar do HC IV. Mestranda em Saúde e Tecnologia no Espaço Hospitalar.

Danielle Copello Vaz

Enfermeira do HC IV. Ambulatório do HC IV. Mestre em Saúde e Tecnologia no Espaço Hospitalar.

Cristhiane da Silva Pinto

Médica do HC IV. Ambulatório do HC IV. Mestranda em Saúde Coletiva e Controle do Câncer.

Alessandra Zanei Borsatto

Enfermeira do HC IV. Mestre em Enfermagem.

Endi Evelin Ferraz Kirby

Enfermeira do HC IV. Doutoranda em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva.

Capítulo 19

Rosane de Souza Santos

Nutricionista clínica do HC IV. Doutoranda em Alimentação, Nutrição e Saúde.

Alessandra Gomes Simões

Assistente social do HC IV. Especialista Direitos Humanos e Saúde.

Cristine Gomes de Menezes

Enfermeira do HC IV. Especialista Enfermagem Oncológica.

Mônica de Fátima Bolzan

Enfermeira do HC IV. Especialista em Enfermagem Oncológica.

Ilzen Cibele Bezerra de Farias

Médica do HC IV. Especialista em Medicina Paliativa.

Capítulo 20

Simone Garruth dos Santos Machado Sampaio

Médica do HC IV. Serviço Médico. Núcleo de Apoio à Pesquisa e ao Ensino. Doutora em Medicina.

Patricia Almeida Chelles

Fisioterapeuta do HC IV. Mestranda em Saúde Coletiva e Controle do Câncer.

Capítulo 21

Lia Machado Pimentel

Fisioterapeuta do HC IV. Área da Qualidade e Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) do HC IV. Mestranda em Saúde Coletiva e Controle do Câncer.

Nair Caroline Cavalcanti de Mendonça Bittencourt

Enfermeira do HC IV. NSP do HC IV. Mestre em Enfermagem.

Regina Bokehi Nigri

Médica do HC IV. Área da Qualidade do HC IV. Doutoranda em Enfermagem e Biociências.

Fonte: Museo Sans Cyril, corpo 10
Rio de Janeiro, 2022.



978-65-88517-18-5

DISQUE SAÚDE **136**



MINISTÉRIO DA
SAÚDE

