

MESTRADO
CUIDADOS PALIATIVOS

Relatório de Estágio – Elaboração e Implementação de um Protocolo para Avaliação da dor em Cuidados Paliativos

Thiago Ferreira Filgueiras

M

2023

ORIENTADORA: MARIA FRANCISCA MELO POJAL DA SILVA RÊGO

FACULDADE DE **MEDICINA**

Agradecimentos

A realização deste percurso, apesar de ser um processo solitário, é resultado de um longo caminho percorrido com inúmeras pessoas que acreditam em mim e que foram importantes.

Às minhas mães Auxiliadora e Neuda pelo amor incondicional que sempre me deram.

Às minhas irmãs Thaynara, Helenice, Ana Beatriz, Ana Clara, Mariana e Ana Júlia por todo apoio e suporte.

Às minhas tias que sempre me ajudaram a tornar os meus sonhos possíveis.

Às minhas amigas Michelle e Evelyn por todo suporte para elaboração desse projeto.

À Dra. Francisca Rêgo pela incrível disponibilidade para me ajudar na construção desse trabalho.

À Dra. Evelyn por todo o empenho e ajuda, juntamente com os professores Guilhermina Rego e Miguel Ricou.

E por último e não menos importante às instituições e pacientes que fizeram tudo isso possível.

Lista de Abreviaturas

ANH: Ashbury Nursing Home

AVD: Atividade da Vida Diária

CF: Conferência Familiar

CP: Cuidados Paliativos

GP: General Practitioner

HCA: Healthcare Assistant

HIQA: Health Information and Quality Authority

HSE: Health Service Executive

IASP: International Association for the Study of Pain

IBD: Inventário Breve da Dor

MPQ: McGill Pain Questionnaire

NACP: National Advisory Committee on Palliative Care

OMS: Organização Mundial de Saúde

PIB: Produto Interno Bruto

PPI: Palliative Prognostic Index

PPS: Palliative Performance Scale

PSM: Proclinicas Santa Maria

TO: Terapia Ocupacional

UTI: Unidade de Terapia Intensiva

WBFS: Wong-Baker Faces Scale

Resumo

Introdução: o envelhecimento populacional e o desenvolvimento de novas tecnologias para o diagnóstico e descoberta de novas doenças vem transformando a realidade dos cuidados de saúde e demandando uma abordagem que busca melhorar a qualidade de vida dos pacientes e familiares frente a iminência de morte, por meio da prevenção e alívio dos sintomas e sofrimento durante esse processo. Uma das maiores problemáticas encontradas é o tratamento da dor, que está relacionado a dificuldade de mensurá-la e o seu diagnóstico em suas diversas vertentes, seja ela, física, emocional, social e espiritual. Atualmente existem várias escalas que auxiliam na avaliação da dor na realidade das instituições de cuidado, mas não existe uma ferramenta completa para avaliar a dor por completo, evidenciando a carência de estudos nesta área. **Objetivo:** realização de estágio na área de Cuidados Paliativos para desenvolvimento da prática assistencial, com um total de 509 horas. Foi desenvolvido um estudo de investigação quantitativo, descritivo e transversal como objetivo de elaborar e implementar um protocolo de avaliação da dor em instituições que atendem pacientes em Cuidados Paliativos. **Materiais e Métodos:** trata-se de um estudo metodológico, desenvolvido em duas unidades de saúde que assistem pacientes em Cuidados Paliativos, Ashbury Nursing Home na Irlanda e Policlínica Santa Maria no Brasil. Ocorreu entre os meses de outubro de 2022 a abril de 2023, com duração total de 509 horas de contato. A amostra teve um total de 18 pacientes após seleção pelo pesquisador principal desse estudo, de acordo com os critérios de elegibilidade da pesquisa: pacientes adultos, maiores de 18 anos, internados em unidades paliativas nas instituições de saúde mencionadas anteriormente. Incluído nesse protocolo foi elaborado um instrumento para ser preenchido com bases em 8 escalas (Escala Visual Numérica, Escala Visual Analógica, Escala de Faces, Inventário Breve da Dor, Escala de McGill, Escala de Bristol, Palliative Performance Scale e Palliative Prognostic Index), com o objetivo de avaliar a dor e prestar uma melhor assistência aos pacientes nas competências físicas, emocionais e sociais. Foi elaborado um estudo de investigação quantitativo, descritivo e transversal. **Resultados:** no decorrer do estágio, o investigador pôde acompanhar 18 pacientes que estavam sob os Cuidados Paliativos, sendo as neoplasias de mama as doenças com maior prevalência dos casos oncológicos, seguidos de doenças cardiorrespiratórias, com maior prevalência nos casos não-oncológicos. **Discussão/Conclusão:** este protocolo representa uma ferramenta de grande valia para a prática clínica dos Cuidados Paliativos nas instituições que estão começando a desenvolver essas atividades e proporciona um instrumento de apoio para futuros estudos. **Descritores:** Cuidados Paliativos. Enfermeria. Enfermería Oncológica. Estudos Metodológicos.

Abstract

Introduction: population ageing and the development of new technologies for the diagnosis and discovery of new diseases have been changing the reality of health care and requiring an approach that seeks to improve the quality of life of patients and families in the face of imminent death, for example. Through the prevention and relief of symptoms and suffering during this process. One of the most significant difficulties is treating pain, which is related to the difficulty of measuring and diagnosing it in its various aspects, be it physical, emotional, social and spiritual. Currently, several scales help assess pain in the reality of care institutions, but there is no complete tool to fully assess pain, highlighting the lack of studies in this area. **Objective:** conduct an internship in Palliative Care to develop care practice, totalling 509 hours. A quantitative, descriptive and cross-sectional research study was developed to develop and implement a pain assessment protocol in institutions that serve patients in Palliative Care. **Materials and Methods:** this methodological study was developed in two health units serving patients in Palliative Care, Ashbury Nursing Home in Ireland and Policlínica Santa Maria in Brazil. It took place between October 2022 and April 2023, with a total duration of 509 contact hours. The sample had 18 patients after selection by the principal researcher of this study, according to the research eligibility criteria: adult patients over 18 years old admitted to palliative units in the health institutions mentioned above. Included in this protocol was an instrument designed to be completed based on eight scales (Visual Numerical Scale, Visual Analogue Scale, Face Scale, Brief Pain Inventory, McGill Scale, Bristol Scale, Palliative Performance Scale and Palliative Prognostic Index) to evaluate and provide better assistance to patients in physical, emotional and social skills. A quantitative, descriptive and cross-sectional research study was designed. **Results:** during the internship, the researcher managed to monitor 18 patients under Palliative Care, with breast neoplasms being the disease with the highest prevalence in oncological cases, followed by cardiorespiratory diseases, with the highest prevalence in non-oncological cases. **Discussion/Conclusion:** this protocol represents a precious tool for the clinical practice of Palliative Care in institutions beginning to develop these activities and provides a support instrument for future studies. **Descriptors:** Methodological studies. Nursing. Oncology Ward. Palliative care

Índice

Resumo	5
Parte 1 – Estágio	9
Introdução	9
Justificativa do estágio	10
Caracterização do local do Estágio e enquadramento geográfico.....	11
Objetivos	14
Atividades desenvolvidas	14
População observada	20
Conhecimentos e competências adquiridos	21
Parte 2 - Protocolo de Avaliação da Dor	26
Resultados preliminares	29
Parte 3 - Considerações Finais	32
Referências Bibliográficas	34
Anexos	40

Índice de Figuras

Figura 1 - Distribuição de pacientes por gênero	20
Figura 2 - Distribuição de pacientes por grau de escolaridade	20

Índice de Tabelas

Tabela 1 - Distribuição de pacientes por tipo de patologia	21
--	----

Parte 1 – Estágio

Introdução

O envelhecimento populacional e o desenvolvimento de novas tecnologias para o diagnóstico e descoberta de novas doenças vem transformando a realidade dos cuidados de saúde e demandando uma abordagem que busca melhorar a qualidade de vida dos pacientes e familiares frente a iminência de morte, por meio da prevenção e alívio dos sintomas e sofrimento durante esse processo. O envelhecimento surge como um produto do sucesso das políticas públicas de saúde, que simultaneamente, colocam diversos desafios no atendimento às necessidades de saúde da população (1).

Botelho (2007) argumenta que o processo de envelhecimento torna os organismos envelhecidos mais suscetíveis a doenças, o que, por sua vez, pode resultar em "situações de incapacidade com dependência funcional de terceiros" (2). Pereira (2014) acrescenta que a maior predisposição para a doença (múltiplas morbidades, evolutivas e incuráveis, com efeito, cumulativo) está associada a uma condição de fragilidade e maior dificuldade de acesso aos recursos de saúde (3).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que 56,8 milhões de pessoas, incluindo 25,7 milhões no último ano de vida, necessitam de cuidados paliativos todos os anos, embora apenas 14% das pessoas que necessitam de cuidados paliativos sejam atendidas atualmente (4).

Dessa forma, os cuidados paliativos são considerados indispensáveis, sobretudo para a prevenção e alívio do sofrimento nas suas diversas dimensões (física, psicológica, social e espiritual) das pessoas com doenças crônicas (5).

Os cuidados paliativos utilizam uma abordagem multidisciplinar para aliviar o sofrimento e atender às necessidades dos pacientes, familiares e/ou cuidadores, oferecendo um sistema de saúde que os auxilie a viver o mais ativamente possível até a morte, auxiliando a família no enfrentamento da doença e no luto (6).

Dado o princípio da abordagem holística dos cuidados paliativos, é cada vez mais defendido que eles deveriam ser incorporados aos cuidados com pessoas com doenças crônicas que limitam a vida e serem disponibilizados com maior rapidez (7-10).

Apesar de a demanda por cuidados paliativos ter aumentado, muitos doentes são diagnosticados tardiamente, limitando o benefício que podem obter com esses cuidados (7).

A dor é algo presente constantemente na realidade dos cuidados paliativos. Após um consenso definiu-se a dor como uma experiência sensitiva e emocional desagradável, associada, ou semelhante àquela associada, a uma lesão tecidual real ou potencial (11). Deste modo, ao se passar pela vivência dos cuidados paliativos, evita-se o contato com a dor como forma de amenizar um sofrimento ainda maior nesse período.

Durante o meu estágio, tive a oportunidade de imergir profundamente nesse campo, testemunhando o impacto benéfico que esses cuidados podem ter na vida dos pacientes e das suas famílias.

Neste relatório, compartilharei minhas experiências e aprendizados adquiridos ao longo deste estágio. Abordarei as atividades e responsabilidades desempenhadas, as interações com a equipe multidisciplinar, pacientes e familiares, bem como os desafios e reflexões que surgiram durante este período e culminando com a elaboração de um protocolo para avaliação da dor.

Justificativa

O interesse pela área de cuidados paliativos surgiu ainda na graduação, no tocante dos estágios obrigatórios. A morte foi um tema bastante recorrente durante esse período e os estudos referentes a finalidade da vida foram se tornando cada vez mais atrativos. Assuntos como a finalidade da vida e o luto me instigaram a dar continuidade à busca por conhecimento nessa área, como uma formação complementar, já que é visto de forma bastante superficial durante o programa das disciplinas na graduação do curso de Enfermagem.

Diante disso, o percurso acadêmico do Mestrado em Cuidados Paliativos mostrou-me a necessidade que as instituições de saúde têm no controle da dor e o quanto isso interfere na qualidade de vida dos pacientes. Frente a isso, despertou-me a necessidade de aquisição de conhecimento no manejo da dor e aquisição de habilidades para proporcionar um maior bem-estar para os pacientes.

O processo de escolha foi demorado devido a Pandemia de Covid-19 e as restrições estipuladas para controle da pandemia. Com isso, foi escolhida a instituição de longa permanência Ashbury Nursing Home (ANH), localizada em Dublin, capital da Irlanda. Posteriormente, foi visto a possibilidade de um local adicional para complementação do estágio e aquisição de novos conhecimentos através do contato com uma cultura diferente. A instituição escolhida foi a Proclínicas Santa Maria (PSM), na cidade de Juazeiro do Norte – CE, Brasil.

O estágio realizado teve uma carga horária total de 509 horas, distribuídas entre as duas instituições. Na ANH foram contabilizadas 405 horas e na PSM foram 104 horas, entre os meses de outubro de 2022 e abril de 2023.

A vivência trazida durante esse processo de estágio foi de grande valia na construção desse trabalho. A realidade dos cuidados oferecidos nas diferentes culturas pôde ser percebida e a troca de conhecimentos foi imensamente importante na prestação dos cuidados aos pacientes.

Caracterização do local do Estágio e enquadramento geográfico

Ashbury Nursing Home (ANH)

Localizado em Blackrock, no sul de Dublin, a capital da Irlanda. Dublin tem população estimada pelo último Censo de 2022 em 5,1 milhões de habitantes com idade média de 38,8 anos (12).

A Irlanda tem uma longa história de cuidados paliativos e os serviços ainda são caracterizados pelo forte envolvimento do setor voluntário local no planejamento e na prestação de serviços (13).

Em 2001, a Irlanda foi uma das primeiras nações a publicar uma política nacional dedicada aos cuidados paliativos. O *National Advisory Committee on Palliative Care* (NACPC) identificou o número necessário de camas, pessoal e instalações de capital para a implantação de um serviço nacional abrangente, e as suas recomendações foram consideradas como uma política oficial do governo após a sua publicação (14).

Os cuidados paliativos podem ser prestados em hospitais, lares de idosos, clínicas especializadas em cuidados paliativos e algumas outras clínicas especializadas, ou, em alguns casos, em casa (15).

As *Nursing Home's* são organizações de longo-termo que provêm assistência para indivíduos que necessitam de suporte para realizar suas atividades diárias, incluindo lares de idosos e outras instalações que auxiliam indivíduos que experimentam dificuldades para viver de forma independente devido a obstáculos enfrentados no ambiente familiar, bem como limitações físicas, sensoriais, mentais ou intelectuais relacionadas à velhice e ou condições médicas (16).

As instalações são compostas por duas alas, *The Main House* e *The Grange Wing*, com capacidade combinada para atender 99 residentes. Além disso, possui equipe de enfermagem e assistência 24 horas à disposição para garantir que todas as necessidades de enfermagem, médicas e sociais sejam adaptadas e atendidas. A instituição está registrada no *Health Information and Quality Authority (HIQA)* e em todas as outras autoridades relevantes na Irlanda. Entre seus muitos serviços, a ANH oferece aos residentes entrega diária de jornais, cabeleireiro, lavanderia, fisioterapia, terapia ocupacional, suporte dietético e nutricional, bem como uma variedade ilimitada de terapias de atividades, proporcionando um maior conforto e bem-estar durante o período de internamento.

Atualmente, conta com duas modalidades de internamento. As unidades de longa permanência com quartos individuais e/ou compartilhados, e as unidades de curta permanência e adaptação.

As unidades de longa permanência atendem pacientes que, por algum motivo, necessitam de acompanhamento ou supervisão, como, por exemplo, a presença de doenças crônicas ou que requeiram atendimento especializado, a idade avançada e a dificuldade para realizar tarefas simples, como tomar banho ou realizar tarefas domésticas.

As unidades de curta permanência são destinadas a pacientes que necessitam de cuidados por um período reduzido, geralmente entre uma e quatro semanas, geralmente para a recuperação pós-cirúrgica ou indisponibilidade do cuidador.

Para os cuidados paliativos, as unidades são adaptadas. Com o avanço e progressão da doença a configuração do quarto é alterada para um maior suporte da terapia paliativa inserida, preservando ao máximo o conforto e a privacidade do paciente durante esse período.

Proclínicas Santa Maria (PSM)

Localizada na Cidade de Juazeiro do Norte, no sul do estado do Ceará, precisamente na Região Metropolitana do Cariri, distante a 491Km da capital Fortaleza. Ocupando uma área de 258,788 km², com uma população estimada de 286.120 habitantes e com um Produto Interno Bruto (PIB) de R\$ 4,8 milhões, se consolidando como a quarta maior economia do Ceará em 2022 (17).

Conforme a Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer, estabelecida pela Portaria n.º 874/2013, os cuidados paliativos devem estar presentes em todos os níveis de atenção à saúde, conforme o conceito de hierarquização da assistência no âmbito do SUS, que se traduz na atenção básica de saúde, na média e na alta complexidade, garantindo, dessa forma, o direito integral, equânime e universal à saúde do cidadão.

A PSM é uma referência para a região do Cariri, oferecendo serviços especializados em diversas áreas e proporcionando tratamentos clínicos e cirúrgicos modernos no interior. Com uma grande equipe de especialista, com formação em grandes centros, para uma melhor assistência. Dentre os serviços oferecidos, destacam-se a clínica geral, pediatria, ginecologia e obstetrícia, gastroenterologia, cardiologia, angiologia, anestesiologia, urologia, ortopedia e traumatologia, cirurgia geral, cirurgia plástica, cirurgia do aparelho digestivo, cirurgia da mão, medicina física e reabilitação, radiologia e diagnóstico por imagem.

A unidade conta com um total de 32 leitos, divididos em enfermarias compartilhadas e quartos individuais. Também disponibiliza de uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) moderna com capacidade para atender 05 pacientes simultaneamente.

Para o atendimento aos pacientes que necessitam de Cuidados Paliativos, uma equipe formada por profissionais multidisciplinares tem por objetivo oferecer acolhimento e cuidados globais durante todas as fases de tratamento, tanto na prevenção de sofrimentos desnecessários, quanto no controle dos sintomas que a doença possa causar.

Os serviços são oferecidos aos pacientes internados no hospital de forma individualizada. Eles são direcionados às pessoas que necessitam de um tratamento que vá além daquele focado na doença(19), tendo como objetivo o controle de

sintomas, como dor, náuseas, fadiga, falta de ar, insônia (20), ou qualquer outro que interfira na qualidade de vida do paciente.

Objetivos Gerais

- Realização de estágio na área de Cuidados Paliativos para desenvolvimento da prática assistencial.
- Elaboração e implementação de um protocolo de avaliação da dor em instituições que tratam pacientes em Cuidados Paliativos.

Objetivos específicos

- Compreender o funcionamento de Instituições que atendem pacientes em cuidados paliativos;
- Aplicar conhecimentos adquiridos durante o 1º ano do Mestrado em Cuidados Paliativos sobre gestão de sintomas e controle da dor;
- Desenvolver uma ferramenta de avaliação da dor que possa ser aplicada na prática clínica das instituições de forma simplificada e eficaz.

Atividades desenvolvidas

O estágio decorreu dentre os meses de outubro de 2022 e abril de 2023, perfazendo um total de 504h, com carga horária semanal variante nas duas instituições (Anexo 1).

A configuração da equipe de atendimento nos dois locais do estudo possui uma distinção no perfil. Na ANH, a enfermagem atua 24h por dia juntamente com equipe de *Healthcare Assistants* (HCA) auxiliada por uma equipe multiprofissional composta por médicos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais e coordenadores de atividades para auxiliar os residentes na realização das tarefas diárias.

Os turnos iniciavam-se com a passagem do plantão pelos enfermeiros e equipe HCA, onde as informações do turno anterior eram repassadas, tais como, alteração no estado geral dos residentes, preparação e coleta de exames, mudanças no padrão da alimentação, mudança de decúbito, mudança de terapêutica e encaminhamentos.

A equipe é orientada por um plano diário de trabalho, dividindo em duplas, sob a supervisão de Gerentes que respondem diretamente a um Enfermeiro.

Os cuidados oferecidos pela equipe buscavam assemelhar-se com a rotina do dia a dia. Iniciando com o um café da manhã balanceado, seguindo um plano nutricional individualizado, logo após, seguem para as atividades de higiene pessoal e banho. Nessa etapa é feita uma inspeção para encontrar possíveis alterações como novas lesões e úlceras por pressão e comunicado ao enfermeiro. Após a higienização os residentes eram encaminhados para a área comum onde os reuniam-se com outros internos, recebiam visitas e desenvolviam atividades de lazer programadas para o dia. Os residentes que estavam sob os cuidados paliativos eram incentivados a participarem de todas as atividades, respeitando sempre as limitações impostas pela condição em que se encontravam.

Na PSM a equipe multiprofissional era composta por médicos de diversas especialidades, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, psicólogos, serviço social, dentre outros.

Os plantões eram repassados pelo enfermeiro do turno anterior, atentando-se a alterações no estado de saúde dos pacientes. As anotações médicas eram revisadas a fim de acompanhar as prescrições da equipe multiprofissional, que seriam executadas principalmente pela equipe de enfermagem ao longo do turno. Os prontuários eram checados diariamente pela equipe multiprofissional para adequar o plano, em cada esfera do tratamento para que os pacientes tivessem um tratamento holístico, atendendo todas as suas necessidades.

Após a passagem do plantão, as visitas iniciavam-se com o médico e enfermeiro de plantão para coleta das informações e discussão dos casos, confrontando com os achados descritos no prontuário. As informações eram analisadas e posteriormente avaliadas e cada membro da equipe multiprofissional dava o seu parecer para a construção e alimentação das informações do plano terapêutico.

Além das atividades supracitadas num turno habitual, acresciam as entradas de novos residentes, transferências, pedidos de prorrogações de internamento e elaboração de notas de alta. De destacar:

- Entrada de novos residentes: na ANH os pacientes eram referenciados por diversas vias de entrada, tais como, hospitais, serviços de *Home Care*, encaminhamentos do *General Practitioner* (GP) ou médico de família e do Health

Service Executive (HSE), na PSM, os pacientes eram principalmente referenciados de outros estabelecimentos de saúde ou encaminhados pelos especialistas que os acompanhavam. Os pacientes chegavam com informações sobre a referência, histórico da doença, condição atual de saúde, objetivos do tratamento, terapêutica, atividades desenvolvidas no momento e sugestão de um plano para atualização e continuidade do tratamento, que eram analisadas e considerada a necessidade de informações adicionais, com o objetivo de proporcionar uma melhor prestação do serviço. O tempo de permanência variava com a indicação, seja ela por algum serviço referenciado ou vontade/desejo do paciente e/ou família.

- Atualização do estado dos residentes: os processos dos residentes eram avaliados semanalmente. Os dados dos pacientes eram revisados para ter uma melhor avaliação e acompanhamento das metas estabelecidas para o tratamento. Realizado um exame físico completo e medidas antropométricas, avaliação da ingestão de fluidos e alimentação e os padrões de evacuações. Também era feita uma avaliação da prescrição terapêutica para a necessidade de mudança caso necessário.

- Transferências e óbitos: durante o percurso ocorriam transferências hospitalares para tratamento complementar quando necessário, ou encaminhamento para casa, quando o processo de morte era iminente e os envolvidos optavam por essa alternativa para um maior conforto dos pacientes e familiares nesse período, sempre com apoio e total suporte da equipe médica e multidisciplinar.

Conferências familiares

As Conferências Familiares (CF) são uma ferramenta utilizada pela equipe de cuidados Paliativos para proporcionar um canal de comunicação entre o doente, a família e a equipe, onde as informações pertinentes ao tratamento são repassadas e os envolvidos tem a oportunidade de avaliar e tomar suas decisões (21).

As CF eram organizadas de acordo com a necessidade observada. Eram solicitadas tanto pela equipe, quanto pela família dos pacientes sempre que julgavam necessário. Na ANH elas aconteciam com a presença da Diretora de Enfermagem, do gerente de Enfermagem e do Fisioterapeuta e outros profissionais que estivessem envolvidos nos cuidados juntamente com o paciente e familiares. No HSM, ocorriam com o médico responsável, pelo enfermeiro, fisioterapeuta, psicólogo, serviço social

onde a evolução do caso era apresentada e cada membro da equipe multiprofissional contribuía em cada esfera de competência.

Terapia Ocupacional

A realidade das duas instituições mostrava sua discrepância em algumas atividades oferecidas aos pacientes. No tocante da ANH, as atividades da Terapia Ocupacional (TO) eram mais presentes, com atividades ofertadas diariamente ao longo do dia, preenchendo a maior parte do tempo dos residentes. As atividades iniciavam-se após o almoço, no período da tarde. Os residentes se reuniam para a realização das atividades programadas para o dia, como por exemplo, bingo, oficinas de colagem e pintura, sessão de cinema, dentre outros.

Na PSM a TO estava mais voltada para o acompanhamento da realização das atividades cotidianas pelos pacientes, como adaptação de instrumentos para manter a independência na realização das tarefas diárias.

A Resolução n.º 429, de 08 de julho de 2013, que reconhece como especialidade e disciplina as áreas de atuação da Terapia Ocupacional no Contexto Hospitalar e Cuidados Paliativos, compreende o fornecimento de cuidados terapêuticos ocupacionais por meio de equipes multiprofissionais, a pacientes com condições crônico-degenerativas potencialmente fatais (oncológicas e não-oncológicas) e que estejam em tratamento sem condições de modificar a doença (22).

Os terapeutas ocupacionais têm um papel crucial nas equipes de cuidados paliativos, uma vez que identificam as atividades (ocupações) que são relevantes para os usuários, abordando as dificuldades enfrentadas para que essas atividades possam ser realizadas (23). De acordo com Allen (2015), as ocupações mais comuns que sofrem alterações nesse processo são: as Atividades da Vida Diária (AVD), como, por exemplo, atividades de autocuidado (alimentação, higiene e vestuário), mobilidade funcional (locomoção); atividades Instrumentais da vida diária (cuidar do outro, educar criança, dirigir e mobilidade na comunidade, gestão do lar, preparo de refeições, atividades e expressão religiosa e espiritual); produtividade (trabalhar ou estudar); momentos de lazer (participação em passeios, festas, outros); descanso e sono; e a participação em atividades sociais em geral (ir a encontros familiares, igrejas, etc.) (24).

Fisioterapia

Com a evolução do quadro, a equipe precisa se adaptar para as demandas que o caso exige e com isso a fisioterapia está sempre buscando adequações para melhorar a qualidade de vida (25).

O fisioterapeuta desempenha um papel fundamental na equipe, por meio de seu arsenal de técnicas e recursos para o alívio da dor e de outras condições incapacitantes, como a dispneia. É responsabilidade do fisioterapeuta manter a autonomia do paciente e dar suporte para que este se mantenha ativo, orientando os familiares e cuidadores quanto às trocas posturais e transferências, posicionamentos e mudanças de decúbito, sobretudo com foco na prevenção de úlceras por pressão, síndrome do imobilismo e suas complicações, dando prioridade às condições ventilatórias por meio de exercícios respiratórios e eliminação de secreções pulmonares. Esses são alguns exemplos do que o fisioterapeuta pode fazer com pacientes sob cuidados paliativos (26).

O estágio proporciona a vivência de diversas situações em que a intervenção foi necessária, como na avaliação pulmonar de pacientes, onde foi constatada a necessidade de fisioterapia para melhorar a condição pulmonar devido a complicações do quadro, e na avaliação motora devido à progressão da doença, quando os pacientes foram indicados para reabilitação motora.

Outro ponto era a introdução de equipamentos utilizados pela equipe para auxílio dos pacientes como *hoister*, cadeiras de rodas, moletas, andadores, etc.

A equipe de fisioterapia realizava reuniões semanais para a realização de atividades físicas e avaliação física dos pacientes.

Musicoterapia

A utilização da música como meio terapêutico é uma técnica integrativa e complementar que promove mudanças biopsicossociologia, auxiliando no tratamento dos pacientes e na melhoria da qualidade de vida. Quando empregada em pacientes com enfermidades que ameaçam a vida, a comunicação e o relacionamento entre os pacientes e a família são beneficiados (27).

Ao ouvir música, ao contrário do que ocorre quando se está em atividade sem música, as pessoas experimentam um relaxamento total e o corpo libera imediatamente a morfina natural, o que ajuda a aliviar a dor de forma semelhante ao que ocorre com o analgésico sintético (28).

Na ANH os pacientes ouviam diariamente a *Lyric FM*, com apresentação de músicas clássicas, durante a realização das tarefas comunitárias. A instituição disponibilizava de fones de ouvido e autofalantes *bluetooth* para os pacientes acamados ou que estivessem impossibilitados de participarem dos encontros.

Semanalmente, as segundas-feiras era organizado um encontro musical com o instrutor Harry, onde eram tocadas músicas clássicas e os residentes ficavam livres para fazer pedidos de sua preferência. Esses encontros eram bastante esperados por todos, era notório os benefícios que a música trazia para o tratamento dos pacientes.

Na PSM os quartos dispunham de equipamentos de som que reproduziam músicas relaxantes onde poderiam ser trocadas de acordo com a preferência dos pacientes. Nas áreas em comum e de espera, os autofalantes reproduziam sons relaxantes, bem como a utilização de fontes de água e uma iluminação especial para ajudar no relaxamento nesse momento de maior inquietação.

Outras atividades

AANH promove eventos regulares para incluir os residentes e estreitar os laços entre os pacientes e a família. Foram organizadas viagens de curta duração para o Jardim Botânico, almoços em restaurantes locais para que os visitantes pudessem experimentar os pratos típicos locais, de acordo com a autorização médica prévia, e encontros nos jardins da instituição, onde os familiares e amigos foram convidados para um dia de lazer com música e serviço de bufê.

Na PSM, o aluno teve a oportunidade de fazer visita médica para acompanhamento domiciliar de um paciente que estava sob cuidados paliativos. Juntamente com o médico, avaliou o caso e fez as alterações necessárias para um melhor acolhimento do paciente.

População observada

O estudo foi conduzido com 18 pacientes, na proporção de 89% (n=16) para a ANH e 11% (n=2) na PSM, sendo que a maioria deles pertencia ao gênero feminino, representando 56% (n=10), com idades entre 68 e 98 anos, e média de 84 anos. A proporção de homens foi de 44% (n=8), com idades entre 64 e 94 anos, com uma média de 80 anos.

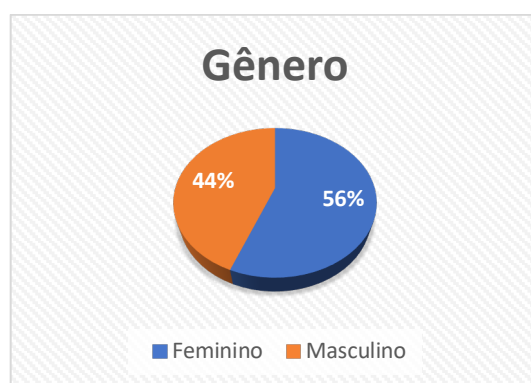


Figura 1 - Distribuição de pacientes por gênero.

No que diz respeito ao nível de escolaridade, observou-se que 44% (n=8) da amostra possuía o ensino médio completo, enquanto 28% (n=4) possuíam nível superior. Os pacientes que possuíam apenas o ensino fundamental completo, somam 22% (n=4) e os não alfabetizados representam 6% (n=1).

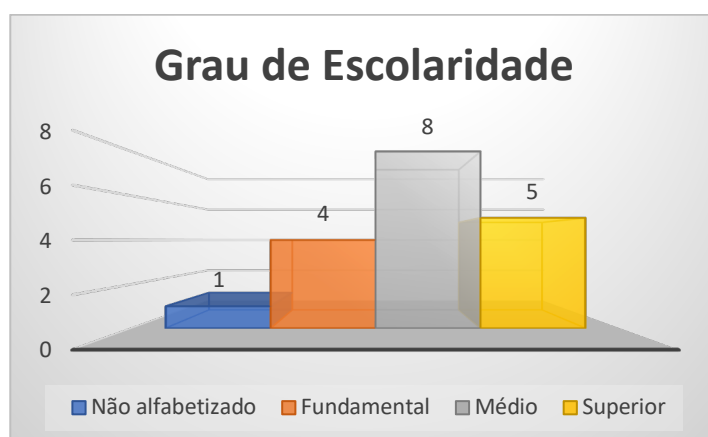


Figura 2 - Distribuição de pacientes por grau de escolaridade.

Dentre as patologias observadas durante o estágio, destacam-se as oncológicas, com 78% (n=14), e as não-oncológicas, com 22% (n=4).

Tipo de Patologia	Diagnóstico	Número de pacientes (n)	Porcentagem (%)
Oncológica	Neoplasia de Mama	4	20
	Neoplasia de Pulmão	1	6
	Neoplasia de Ovário	1	6
	Neoplasia de Colo do Útero	2	11
	Neoplasia de Estômago	2	11
	Neoplasia de Próstata	2	11
	Melanoma	1	6
	Carcinoma Ósseo	1	6
Não-oncológica	Insuficiência Cardíaca	2	11
	DPOC	1	6
	Alzheimer	1	6
Total		18	100

Tabela 1 - Distribuição de pacientes por tipo de patologia.

O Microsoft Excel for Windows® - versão 2010, foi utilizado para registrar os dados dos pacientes que foram examinados, garantindo a anonimidade dos dados por meio de cifragem.

Nos pacientes internados por razões oncológicas, foi observado um maior número de pacientes com neoplasias de mama 20% (n=4), seguidas de neoplasias de colo do útero, estômago e próstata com 11% (n=2) cada. Dentre as razões não-oncológicas destaca-se as insuficiências cardíacas com 11% (n=2) dos casos totais.

Durante o estágio, dos 18 pacientes observados, 72% (n=13) faleceram ao longo do período descrito, 16% (n=3) receberam alta para o lar por apresentarem as condições necessárias para isso, enquanto 5% (n=1) recebeu alta após atingir os objetivos de controle sintomático, e 5% (n=1) continuou o tratamento em âmbito hospitalar.

Conhecimentos e competências adquiridas

Conforme a Lei de Bases dos CP (Lei n.º 52/2012, de 5 de setembro, p.5119), os Cuidados Paliativos devem ser oferecidos por equipes especializadas, visando melhorar o bem-estar e a qualidade de vida de pessoas com doença grave ou incurável que estejam em sofrimento e seus familiares, através da prevenção e alívio do sofrimento, com foco na detecção precoce e no tratamento rigoroso da dor e de outros problemas (físicos, psicossociais e espirituais), respeitando a autonomia, a individualidade, a dignidade e a vontade do doente (29).

Durante o estágio, o aluno enfrentou diversas adversidades, como a necessidade de lidar com as expectativas dos pacientes e familiares em relação ao futuro. O contato direto com a iminência de morte e a busca por uma resolução rápida dos obstáculos, foi um ponto bastante desafiante, tendo em vista a inexperiência na aplicabilidade das teorias vistas somente na sala de aula.

Diversos temas anteriormente vistos somente na teoria fizeram-se presente na rotina dos estágios, trazendo um enriquecimento de conhecimento.

As CF revelaram-se uma ferramenta relevante, uma vez que foram identificadas as necessidades dos envolvidos nesse processo em relação à busca de informações mais detalhadas, o que demonstra a necessidade de um apoio maior não apenas para os pacientes, mas também para os familiares quando o processo de morte se aproximava (30).

Enquanto a iminência de morte se aproximava, os familiares eram orientados a enfrentar essa nova etapa devido às mudanças na rotina e aos sintomas que poderiam surgir. Apesar de serem monitorados constantemente, os sintomas de desconforto poderiam se agravar, necessitando de mudanças na terapêutica para atingir um maior controle e maior conforto para o paciente (31,32).

Podemos destacar a inclusão de estratégias para modificar os hábitos, incentivar uma alimentação saudável e a prática de atividades físicas, bem como abordagens para elaborar e acompanhar os planos de cuidado e de apoio ao autocuidado (33).

Outro tema bastante discutido foi o estreitamento do relacionamento com entes queridos. Foram realizadas diversas conversas informais com os pacientes, apenas para saber como se sentiam naquele momento. Durante esse contato, que acontecia geralmente durante as visitas, percebi a relevância da conversa e os benefícios que ela trazia para o dia a dia.

A escuta terapêutica está fortemente associada aos cuidados com a saúde mental. Ela não se limita a ouvir o sujeito, mas também a criar uma relação de confiança na comunicação e na relação profissional-paciente (34).

O interesse que se percebia nas conversas, em muitos casos, estava ligado à solidão temporária, causada pelo distanciamento ou até mesmo pelo abandono das relações estabelecidas ao longo da vida. A oferta de ações que poderiam ser realizadas, como visitas, conversas, videochamadas e telefonemas, foi incentivada e, de fato, foi notado uma melhora no estado geral dos pacientes.

Outro ponto de relevância foi o controle dos sintomas. Diversos métodos utilizados para lidar com a dor foram amplamente utilizados para aumentar o conhecimento adquirido ao longo do tempo. O contato com os esquemas terapêuticos empregados e as ações adjuvantes aplicadas para medidas de conforto fizeram com que houvesse um amadurecimento das decisões e quais ações poderiam ser tomar durante situações que apareceriam no cotidiano dessa realidade.

Em relação às aquisições de conhecimento, é importante salientar as intervenções utilizadas para o controle farmacológico da dor, através da utilização de substâncias, tais como opioides, antidepressivos, corticosteroides e anticonvulsivantes (35).

Em relação aos pacientes que apresentaram outros sintomas recorrentes durante o internamento, foram tomadas diversas medidas de acordo com os principais sintomas apresentados, tais como: obstipação, dispneia, aumento das secreções, náuseas, edemas, úlceras por pressão, insônia, ansiedade, agitação psicomotora, dentre outros (36).

Foi notado que os pacientes, mesmo aqueles que não conseguiam mais se comunicar de forma eficaz, demonstravam um certo grau de inquietação devido à ausência de evacuações. Dessa forma, verificou-se que a utilização de laxantes pode ser uma medida eficaz para a obstipação devido aos efeitos colaterais da utilização de opioides. De acordo com Wirz *et. al* (2012), quando há uma resistência na terapia empregada, pode-se empregar uma combinação de diferentes mecanismos de ação. Se os laxantes convencionais não forem suficientes, o antagonista opioide metilnaltrexona também pode ser administrado por via subcutânea (37).

Na dispneia, foram realizadas investigações para a determinação da origem, através do acompanhamento da avaliação médica. Na fase final da vida, a dor e a dispneia são os sintomas mais frequentes. Para controlar a dispneia refratária com níveis de sofrimento insuportáveis em pacientes com doença avançada em estágio terminal, é necessário recorrer com maior frequência aos opioides (especialmente morfina) e benzodiazepinas (38). Diante disso, após a descartar o surgimento de novas doenças, como pneumonias, derrames pericárdicos, embolia pulmonar, etc., considerou-se a possibilidade de uso de medicamentos para aliviar os sintomas.

A associação de morfina e midazolam constituiu um critério padrão, bem como medidas de conforto, como arejamento do quarto, abertura de janelas e até a utilização de um ventilador para melhorar a sensação de desconforto (39, 40).

Ao ser observado com maior frequência nas horas que antecedem a morte dos pacientes, o aumento das secreções foi bastante significativo nos casos acompanhados. É comum observar a respiração com estertor provocado pela passagem do ar através das secreções e saliva que se acumulam na orofaringe, na laringe e na traqueia. A escopolamina foi usada como uma rotina nesses casos, de acordo com a prescrição médica (41). A aspiração e a higiene oral também foram enfatizadas para proporcionar benefícios aos pacientes acompanhados, tanto para os funcionários quanto para os familiares que estavam acompanhando o processo, de forma a proporcionar um maior conforto para os pacientes.

Os sintomas de náuseas e vômitos eram avaliados e monitorados com maior cuidado, devido ao grau de descompensação que poderiam causar devido à fragilidade no quadro apresentado (42). Além da farmacoterapia, foram utilizadas técnicas não-farmacológicas, tais como o uso de gengibre e técnicas de acupuntura (43, 44), o que foi uma inovação para mim.

Os casos que apresentaram edemas durante o estágio ocorreram devido ao desenvolvimento das complicações relacionadas às doenças cardiovasculares, que são, geralmente, enfrentadas com antidiuréticos (45). O reconhecimento desses sintomas foi crucial para prevenir complicações maiores decorrentes do acúmulo de líquidos, além das orientações para cuidados com a pele.

As escaras e úlceras por pressão são mais frequentes quando os pacientes apresentam a doença em estado mais avançado. As lesões na pele devem ser evitadas devido à fragilidade já presente e à progressão da doença, que torna difícil a resolução. A mudança de decúbito a cada duas horas ou quando necessário, bem como o manejo adequado ao movimentar o paciente, foram de suma importância, assim como a utilização de suplementação nutricional para a melhoria do aporte dos pacientes e a recuperação do quadro (46). Foi acompanhado a troca de curativos e a explanação pelo enfermeiro estomaterapeuta, bem como a oportunidade de obter conhecimento sobre a utilização dos curativos disponíveis para cada caso.

A insônia foi um sintoma observado em grande parte dos pacientes assistidos, o que permitiu acompanhar algumas intervenções realizadas por psicólogos e psiquiatras para o tratamento. Primeiramente indicado técnicas para higiene do sono, como a tentativa para manter uma rotina do sono, nos casos dos pacientes que não faziam o uso de medicação para dormir. A utilização de medicamentos para o tratamento era necessária para prevenir alterações no quadro clínico. Dentre as

principais causas, destacam-se: dor noturna, depressão, ansiedade, maior inatividade durante o dia, efeitos colaterais de outros medicamentos, entre outros fatores (47, 40).

No contexto dos cuidados paliativos, a ansiedade e a depressão são algumas das experiências mais dolorosas relatadas pelos pacientes. A proximidade com a morte é relatada como uma experiência angustiante para os pacientes, o que resulta na impossibilidade de resolver as questões apresentadas durante as conversas, desencadeando sintomas geralmente observados em crises de ansiedade (48).

A comunicação é um elemento vital nas relações humanas e um componente fundamental no cuidado. A utilização adequada de técnicas e estratégias de comunicação interpessoal pelos profissionais de saúde é comprovadamente eficaz, permitindo que os pacientes compartilhem os seus medos, dúvidas e sofrimentos, contribuindo para a diminuição do estresse psicológico e garantindo a autonomia do paciente (40).

As conversas e o toque terapêutico foram amplamente utilizados quando necessário. Em diversas ocasiões, a intervenção farmacológica foi adiada ou, até mesmo, descartada diante de técnicas para acalmar os pacientes. Técnicas de relaxamento e respiração, além de meditação, foram usadas para aliviar os sintomas.

As técnicas de relaxamento e respiração estão intimamente relacionadas à prática fisioterapêutica, o que pode ser benéfico para o trabalho em conjunto com o psicólogo, psiquiatra e educador físico. Dentre as técnicas disponíveis, destacam-se as técnicas de terapia manuais, watsu, ioga, relaxamento induzido, tai-chi-chuan e exercícios físicos (49).

Algumas investigações evidenciaram a influência de aspectos religiosos e espirituais no tratamento de situações dolorosas.

Estudos demonstram a influência de diferentes formas de meditação em relação à ansiedade, humor e dor, evidenciando que indivíduos que praticaram meditação com envolvimento espiritual tiveram níveis de ansiedade menores, humor aprimorado e duas vezes maior tolerância à dor (50).

Quando necessário, foram realizadas consultas com psiquiatras e psicólogos para amenizar os sintomas. A utilização de psicoterapia e utilização de medicação, em alguns casos, foram cruciais para a melhora dos sintomas.

Houve também casos em que foi necessária uma intervenção maior devido à agitação psicomotora. O médico responsável pelo paciente avaliou o caso e concluiu que se tratava de um delírio terminal.

O delírio terminal é caracterizado por uma síndrome neurocognitiva complexa, particularmente observada em pacientes internados com doenças crônicas. É extremamente frequente em pacientes em estágios avançados da doença e uma das complicações mais frequentes encontradas em cuidados paliativos. A experiência relatada pode ser difícil de ser assimilada pelos familiares, devido ao impacto que a situação causa ao ver um familiar necessitando ser sedado, uma vez que os familiares desejam ver o paciente comunicável (51,52).

Os principais fatores que podem causar o delírio são: insuficiência hepática, medicamentos (opioides, corticoides, benzodiazepinas, antidepressivos tricíclicos, etc.), deficiência pré-renal, alterações metabólicas (desidratação, hipercalcemia, hipoglicemia, etc.), hipoxemia (insuficiência cardíaca, insuficiência respiratória), retenção urinária e impacto fecal, infecção e febre, idade avançada, dentre outros (53).

A experiência foi extremamente enriquecedora, pois o conhecimento adquirido durante este episódio foi extremamente útil. A falta de conhecimento diante dessa situação, apesar de ser habitual, proporcionou um enriquecimento inestimável na aprendizagem.

Durante a rotina, pude contribuir de maneira significativa, apresentando ideias e possíveis alterações que trariam benefícios aos pacientes. Apesar de estar em estágio, tive a oportunidade de conversar sobre os casos com a equipe multiprofissional e contribuir com o conhecimento adquirido ao longo do primeiro ano do mestrado.

Parte 2 – Protocolo de Avaliação da dor

A Dor é definida pela Associação Internacional de Estudos da Dor (International Association for the Study of Pain - IASP) como uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada a um dano presente ou potencial, ou descrita em termos de tal dano (54).

Os autores argumentam que a dor é o principal motivo para as internações hospitalares. A maioria das pessoas, no entanto, acredita que estão doentes quando sentem dor e aumentam a intensidade da dor, como um sinal de que algo está errado, ignorando que muitas doenças não apresentam o sintoma da dor como um sintoma (55).

Apesar de a avaliação da dor ser subjetiva, tem-se procurado criar instrumentos para uniformizar o acompanhamento dos pacientes que sofrem de doenças ou lesões que apresentam características álgicas (56).

Vários métodos têm sido utilizados para medir a sensação de dor. Alguns instrumentos avaliam a dor de forma simples, única e unidimensional, tendo como foco principal a intensidade. Outros, multidimensionais, consideram-na uma experiência que também envolve fatores afetivos, emocionais e sensitivos (57).

A combinação destes elementos resulta em uma experiência individualizada e específica para a situação específica de cada paciente (58).

Após uma análise da literatura atual sobre dor total nas principais bases de dados, percebeu-se que não havia ferramentas que pudessem reunir os dados disponíveis para uma avaliação completa desta entidade. Apesar de existirem diversas escalas para a sua avaliação, não há um instrumento para padronizar o atendimento, uma vez que a dor é uma experiência única, o que representa uma lacuna nesta área.

Dessa forma, tendo em vista que a dor é um sintoma predominante e tem um grande impacto na qualidade de vida dos usuários (59), o aluno decidiu elaborar um protocolo de avaliação da Dor Total, que será aplicado aos pacientes durante o estágio.

O passo inicial para reconhecer e avaliar a necessidade de elaborar um protocolo foi examinar a demanda das instituições de obter informações para avaliar a dor. Foram analisadas as formas como os dados eram obtidos e quais ferramentas as instituições dispunham para isso. Em seguida, marcou-se uma reunião com os gestores de cada instituição para apresentar os objetivos do projeto em desenvolvimento e esclarecer quaisquer dúvidas que surgirem.

Durante a apresentação do projeto, foram considerados os pontos que demandavam maior atenção, como o conhecimento sobre a doença pelos pacientes e familiares/cuidadores, e adicionados ao protocolo. Além disso, foram retirados outros pontos que não eram relevantes para a instituição, como alguns dados

sociodemográficos e pessoais, como uma forma de simplificar o trabalho, otimizar o tempo de aplicação e obter dados mais rapidamente.

Além disso, foi explicada a possibilidade de abandono ou desistência do projeto, evitando qualquer tipo de prejuízo para as partes envolvidas e, sobretudo, para os pacientes assistidos.

Os dados coletados para fins de pesquisa foram utilizados apenas para fins de pesquisa e foram tratados conforme as normas nacionais vigentes para pesquisas. As bases de dados foram mantidas no computador do estudante, com acesso restrito a códigos de domínio restrito, assegurando a privacidade. Os dados obtidos foram compartilhados somente com as entidades envolvidas. Para proteger a privacidade dos pacientes, foram coletados apenas dados pessoais essenciais para traçar o perfil dos pacientes, não sendo possível identificá-los. Os dados coletados serão armazenados pelo aluno por um ano. Para fins de publicações, serão somente divulgados os resultados, assegurando a privacidade e a anonimidade dos pacientes.

Para a elaboração do protocolo, elaborou-se um questionário dividido em duas partes. A primeira parte apresenta dados sociodemográficos para o perfilamento dos pacientes, bem como dados sobre o histórico médico e dados pregressos da doença. A segunda parte visa avaliar a dor e o progresso da doença, por meio de um exame físico completo, aplicação de escalas e questionários para avaliar a dor e o prognóstico da doença.

Para a construção da segunda parte, foram realizadas buscas em bases de dados, utilizando escalas validadas em inglês e português para avaliar a dor em pacientes, respeitando os tipos de dor nas competências físicas, emocionais e sociais. Após a pré-seleção das escalas que seriam usadas no projeto, solicitou-se a permissão para a utilização, sendo assim, foram selecionadas conforme as suas competências.

Para a dor física, foram utilizadas as escalas Numérica e de Faces e a Escala de Bristol. Já para a dor emocional e social, foram aplicados o Inventário Breve de Dor e o Questionário de McGill. A *Palliative Performance Scale* (PPS) e a *Palliative Prognostic Index* (PPI) foram incorporadas para avaliar a progressão da doença, o prognóstico e sobrevida dos pacientes.

A escala numérica é uma ferramenta utilizada para avaliar a intensidade da dor em um determinado momento, com uma escala de zero a dez, sendo que zero significa "sem dor" e dez significa "a pior dor possível"(60).

A Escala de Bristol é uma escala descritiva que classifica a forma e a consistência das fezes de acordo com sete tipos distintos, desde as mais duras, em formato de bolas, até as mais líquidas, sem pedaços sólidos (61).

A escala de dor *Wong Baker FACES Scale* (WBFS) é composta por seis faces desenhadas em uma sequência de ausência de dor até a presença de dor máxima. A escala aborda a dor de uma maneira mais visual, empregando intervalos de números em expressões faciais para transmitir a sensação de dor do paciente. Cada face apresenta um valor atribuído de 0 a 10, que pode variar entre 0, 2, 4, 6, 8 e 10. O paciente pode escolher a face que melhor representa a sua dor no momento(62 - 64).

O Questionário de McGill (MPQ) é usado para avaliar outras características da dor, que não apenas a intensidade. O objetivo deste instrumento foi fornecer medidas quantitativas da dor, que pudessem ser tratadas estatisticamente, permitindo a comunicação das qualidades sensoriais, afetivas e avaliativas do fenômeno doloroso(65).

O MPQ é composto por quatro subgrupos de descritores (sensitivo, afetivo, avaliativo e miscelânea), totalizando 78 palavras. Os quatro grupos estão divididos em 20 subgrupos conforme a sensação dolorosa. Os grupos de 1 a 10 referem-se às características sensoriais da dor, os subgrupos de 11 a 15 às características afetivas do sintoma doloroso, o subgrupo 16 diz respeito à dimensão avaliativa da dor e os outros grupos (17 a 20) são os descritores miscelâneos. Cada subgrupo apresenta de 2 a 6 descritores similares, mas diferentes em sua magnitude(66).

O Inventário Breve de Dor (IBD) analisa a experiência de dor do paciente por meio de diferentes escalas. Há desenhos de linhas que traçam a frente e a traseira de um corpo humano, nos quais os pacientes identificam a localização de suas dores. Os pacientes são solicitados a listar os tratamentos ou medicamentos que estão sendo utilizados e o quanto proporcionaram alívio nos últimos 24 horas. Ademais, os pacientes respondem a 11 escalas numéricas de dor que questionam a intensidade da dor (presente, bem como a menor, a maior e a média das últimas 24 horas), e o impacto da dor na capacidade de desempenho em diversas atividades diárias (67).

A Palliative Performance Scale (PPS) foi criada para avaliar o prognóstico de pacientes com câncer que recebem cuidados paliativos, e, desde então, tem sido aplicada a outros grupos de pacientes gravemente doentes. A pontuação é calculada de acordo com cinco critérios: deambulação, atividade e evidência de doença, autocuidado, ingestão e nível de consciência. As pontuações variam de 0 a 100 (68).

O PPI foi desenvolvido inicialmente por Morita et al. em 1999 para prever a sobrevivência de pacientes com câncer avançado em unidades de cuidados paliativos (69). O escore PPI foi calculado a partir dos escores de cinco variáveis preditivas independentes: escores PPS, ingestão oral, edema, dispneia em repouso e delirium (70). Os doentes são divididos em três grupos de preditores: um PPI >6 indica uma sobrevivência inferior a 3 semanas, um PPI >4 indica uma sobrevivência inferior a 6 semanas e um PPI ≤4 indica uma sobrevivência superior a 6 semanas (69).

Resultados Preliminares

As tabelas de Faces de Wong-Baker e a escala numérica da dor mostraram que a dor está presente em 100% dos casos. De acordo com a escala de Faces, 50% (n=9) dos pacientes relatam dor intensa, seguido por 39% (n=7) de dor moderada e 11% (n=2) de dor leve.

Conforme a escala numérica, 78% (n=7) dos pacientes referem dor intensa e 22% (n=2) dor moderada, o que foi alcançado através de nove formulários aplicados à escala numérica.

É possível notar uma diferença significativa no número total de pacientes avaliados pelas duas escalas, uma vez que a impossibilidade de aplicação se deve ao estado atual do paciente, como, por exemplo, o nível de consciência. Outro ponto relevante é a diferença de escores aplicados para avaliar a dor sentida, uma vez que há uma dificuldade em usar apenas uma escala, o que demonstra o benefício da utilização de mais do que uma escala para avaliar a dor.

A utilização da escala de Bristol foi incorporada ao protocolo visando proporcionar um maior conforto aos pacientes, tendo em vista que 95% (n=17) dos pacientes apresentaram constipação durante a realização do estudo.

De acordo com o Inventário Breve da Dor, os pacientes localizaram a dor através do diagrama corporal fornecido, indicando os locais em que a dor era mais intensa. Os locais mais indicados foram a cabeça e a coluna, com 56% (n=5) cada, seguido de tórax com 44% (n=4), abdômen com 33% (n=3) região pubiana com 22% (n=2) e ombros e pernas com 11% (n=1) cada um.

Em relação a pior dor sentida nas últimas 24 horas, 34% (n=3), atribuíram um valor igual a 9, referindo uma dor intensa. Para o número que melhor descreve a

média da dor, 34% (n=3) atribuíram 8 na escala. Para a percepção da dor no momento da coleta, um total de 44% (n=4) dos pacientes, onde 22% (n=2) referiram a intensidade 8 e 22% (n=2) a 9 cada.

Nas últimas 24 horas, uma melhora de 10% do alívio da dor foi relatada pela maioria dos pacientes, 34% (n=3), proporcionado pelos tratamentos ou medicações utilizadas.

Relativo ao número escolhido que melhor descreve como a dor interferiu nas últimas 24 horas, 45% (n=4) atribuíram uma dor de intensidade 10 nas atividades gerais, um total de 66% (n=6) dos pacientes, divididos em três grupos iguais, indicaram as intensidades 7, 8 e 10 cada, relataram interferências no humor.

As habilidades de caminhar foram afetadas majoritariamente por 45% (n=4) dos pacientes que pontuaram como uma intensidade 10.

No tangente as relações pessoais, 34% (n=3) afirmaram que a dor não teve interferência no convívio com outras pessoas.

A dor causou um impacto significativo na qualidade do sono para a maioria dos pacientes, com 56% (n=5) relatando que a dor interferiu de forma completa, com um índice de 10 na escala.

Para 44% (n=4) dos pacientes a dor interferiu diretamente na habilidade de apreciar a vida. Esse número foi obtido através da somatória de dois grupos compostos por 22% (n=2) cada, que referiram uma intensidade 7 e 10.

Na utilização da Escala de McGill, do total dos 78 descritores disponíveis para seleção pelo paciente e caracterização da dor os mais utilizados foram: “latejante” 78% (n=7), “exaustiva” 78% (n=7), “espreme” 67% (n=6) “pontada” 56% (n=5) e “fina” 56% (n=5),

A dor é relatada, na maioria dos casos, de forma periódica em 78% (n=7) dos pacientes e constante em 22% (n=2) dos casos. O sono foi descrito como como irregular por 78% (n=7) dos pacientes.

Em relação aos sintomas associados a dor 89% (n=8) dos pacientes queixaram-se de constipação, 56% (n=5) dores de cabeça e 44% (n=4) de náuseas.

Ao utilizar as Escalas de Performance Paliativa, 66% dos pacientes, divididos em três grupos de 22% (n=2) cada, apresentaram um percentual de 20, 30 e 80%. Além disso, o *Palliative Prognostic Index* mostrou um índice de 45% (n=4) de sobrevida nos pacientes com prognóstico superior a seis semanas, 33% (n=3) com

prognóstico inferior a três semanas e 22% (n=2) com prognóstico inferior a seis semanas.

Parte 3 - Considerações Finais

Os CP são cuidados ativos, prestados por equipes multidisciplinares, a pacientes em sofrimento decorrente de uma doença incurável ou grave, bem como às suas famílias, com o objetivo principal de promover o bem-estar e a qualidade de vida, através da prevenção e alívio do sofrimento físico, psicológico, social e espiritual, através da identificação precoce e do tratamento rigoroso da dor e de outros problemas físicos, bem como psicossociais e espirituais (71).

Atualmente, tem-se observado um aumento na incidência de enfermidades crônicas, avançadas e prolongadas, resultando em uma necessidade crescente de reorganização das relações sociais e da saúde, resultando em um aumento no número de indivíduos que necessitam de CP. Diante desta realidade, é importante avaliar o doente e sua família de forma adequada, bem como a necessidade de haver recursos humanos com sensibilidade e formação específica para uma intervenção de qualidade e com capacidade de responder às necessidades inerentes (72).

O presente relatório procurou retratar o percurso realizado ao longo da prática clínica do Mestrado em Cuidados Paliativos, realizado nas instituições selecionadas, o que teve um impacto benéfico no desenvolvimento pessoal e profissional do aluno. O primeiro ano do mestrado permitiu aperfeiçoar os conhecimentos adquiridos através da prática clínica diária, o que aumentou significativamente a confiança na administração de pacientes que necessitam de cuidados paliativos ou ações paliativas.

Ao longo da prática clínica, foi possível aprimorar as habilidades enquanto enfermeiro, bem como integrar uma equipe multiprofissional, com metodologias de trabalho organizadas, onde o trabalho em conjunto é verdadeiramente efetivo.

A busca por alternativas para um melhor entendimento das necessidades dos usuários levou à apresentação de uma ferramenta para auxílio na avaliação da dor, uma realidade presente na rotina dos pacientes que estão em unidades paliativas.

A elaboração desse protocolo foi de grande valia, uma vez que, apesar de reconhecer a sua relevância, a dor necessitava de uma ferramenta de intervenção

para dar suporte aos profissionais no seu dimensionamento, auxiliando na formulação de estratégias para o alívio dessa experiência tão dolorosa.

Desta forma, reconhecer a existência e a relevância da sua avaliação identificam-se aspectos que causam sofrimento nos usuários, permitindo, dessa forma, uma intervenção adequada e direcionada às necessidades individuais, o que resultará na melhoria da qualidade de vida do indivíduo.

Portanto, ao finalizar o estágio, alcançou-se o objetivo de elaborar uma ferramenta de avaliação da dor. Apesar de a sua eficiência requerer um período maior de análise dos dados coletados, é de suma importância reconhecer a sua utilização nos serviços paliativos desenvolvidos, uma vez que não há qualquer instrumento semelhante para anotação dos dados nas instituições.

Os cuidados paliativos têm um papel crucial na melhoria da qualidade de vida de pacientes com doenças graves ou em estágios avançados, bem como no apoio aos seus familiares. A prática e a pesquisa contínuas nesse campo são fundamentais para assegurar que os pacientes sejam atendidos com a devida excelência, através da integração precoce dos cuidados paliativos, do uso de tecnologias para um acompanhamento mais aprimorado, da educação continuada, das pesquisas para o alívio da dor e do apoio à família.

Ao longo da evolução da medicina, os cuidados paliativos continuarão sendo fundamentais para melhorar a qualidade de vida das pessoas em seus momentos mais difíceis. Sendo assim, é crucial que a investigação e a prática neste campo sejam contínuas e inventivas a fim de atender às demandas em constante evolução dos pacientes e suas famílias.

Referências Bibliográficas

- 1 - World Health Organisation. Ageing [Internet]. www.who.int. 2021. Available from: <https://www.who.int/health-topics/ageing>
- 2 - Botelho MA. Idade avançada - Características biológicas e multimorbilidade. Rev Port Med Geral Fam [Internet]. 1 de Março de 2007 [citado 28 de Agosto de 2023];23(2):191-5. Disponível em: <https://rpmgf.pt/ojs/index.php/rpmgf/article/view/11126>
- 3 - Pereira SM. Cuidados paliativos para pessoas idosas. Em Envelhecimento, Saúde e Doença: Novos desafios para a prestação de cuidados a idosos. 2014
- 4 - World Health Organization. Palliative care [Internet]. World Health Organization. World Health Organization; 2020. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>
- 5 - Direcção-Geral da Saúde (Portugal). Divisão de Doenças Genéticas, Crónicas e Geriátricas. Programa Nacional de Cuidados Paliativos. Lisboa: DGS; 2005.
- 6 - Andrade GB, Pedroso VSM, Weykamp JM, Soares LDS, SIQUEIRA HCH, Yasin JCM. Palliative Care and the Importance of Communication Between Nurse and Patient, Family and Caregiver / Cuidados Paliativos e a Importância da Comunicação entre o Enfermeiro e Paciente, Familiar e Cuidador. Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online [Internet]. 2019 Apr 2;11(3):713. Available from: <http://seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/6693>
- 7 - Smith TJ, Temin S, Alesi ER, Abernethy AP, Balboni TA, Basch EM, et al. American Society of Clinical Oncology Provisional Clinical Opinion: The Integration of Palliative Care Into Standard Oncology Care. Journal of Clinical Oncology. 2012 Mar 10;30(8):880–7.
- 8 - Effiong A, Effiong AI. Palliative care for the management of chronic illness: a systematic review study protocol. BMJ Open. 2012;2(3):e000899.
- 9 - Wiskar K, Toma M, Rush B. Palliative care in heart failure. Trends in Cardiovascular Medicine. 2018 Oct;28(7):445–50.
- 10 - Rocker G, Downar J, Morrison RS. Palliative care for chronic illness: driving change. Canadian Medical Association Journal. 2016 Aug 22;188(17-18):E493–8.
- 11 - Raja SN, Carr DB, Cohen M, Finnerup NB, Flor H, Gibson S, et al. The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises. PAIN [Internet]. 2020 Aug 5;Articles in Press(9). Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7680716/>
- 12 - Census of Population 2022 - CSO - Central Statistics Office [Internet]. www.cso.ie. [cited 2023 Aug 11]. Available from: <https://www.cso.ie/en/statistics/population/censusofpopulation2022/>
- 13 - Murphy, M., & Quinlan, P. (2005). Managing palliative care services in the Irish Republic. EBOOK: Palliative Care in Ireland, 33.

- 14 - Report of the National Advisory Committee on Palliative Care [Internet]. www.gov.ie. Available from: <https://www.gov.ie/en/publication/06aecd-report-of-the-national-advisory-committee-on-palliative-care/>
- 15 - National Institute on Aging. What Are Palliative Care and Hospice Care? [Internet]. National Institute on Aging. 2021. Available from: <https://www.nia.nih.gov/health/what-are-palliative-care-and-hospice-care>
- 16 - Childs A, Zullo AR, Joyce NR, McConeghy KW, van Aalst R, Moyo P, et al. The burden of respiratory infections among older adults in long-term care: a systematic review. *BMC Geriatrics*. 2019 Aug 5;19(1).
- 17 - Censo Demográfico 2022 [Internet]. Censo Demográfico 2022 - IBGE. Available from: <https://censo2022.ibge.gov.br/>
- 18 - Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 874/ GM, de 16 de Maio de 2013. Institui a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial [da] União, Brasília, DF, 17 maio 2013, Seção 1, p.129-132.*
- 19 - Chesani FH, Oliveira MAM de, Costa RRO da, Portela B, Azeredo EDS, Ferreira LC. O acolhimento ao cuidador de crianças internadas. *Revista Psicologia, Diversidade e Saúde*. 2019 Jul 12;8(2):217.
- 20 - Teunissen, S. C., Wesker, W., Kruitwagen, C., de Haes, H. C., Voest, E. E., & de Graeff, A. (2007). Symptom prevalence in patients with incurable cancer: a systematic review. *Journal of pain and symptom management*, 34(1), 94–104. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2006.10.015>
- 21 - Girão, A. A importância da implementação da conferência familiar como instrumento de apoio à família em cuidados paliativos: revisão sistemática. *Egitania Scientia*, [Internet]. 2022 Oct 13 [cited 2023 Aug 30];143–64. Available from: <https://egitaniasciencia.ipg.pt/index.php/revista-egitaniasciencia/article/view/61>
- 22 - COFFITO. Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. Resolução nº429, de 08 de julho de 2013. Reconhece e disciplina a especialidade de Terapia Ocupacional em Contextos Hospitalares, define as áreas de atuação e as competências do terapeuta ocupacional especialista em Contextos Hospitalares e dá outras providências. Brasília 2013. Disponível em: . Acesso: 10 de mar de 2019.
- 23 - OTHERO, M.B. (org.) *Terapia Ocupacional – Práticas em Oncologia*. São Paulo: Roca, 2010.
- 24 - Allen, M. (2015). The role of occupational therapy in palliative and hospice care. AOTA.
- 25 - PAIÃO, RCN.; DIAS, LI de N; DIAS, LI de N. A atuação da fisioterapia nos cuidados paliativos da criança com câncer. **Ensaios e Ciência C Biológicas Agrárias e da Saúde**, [S. l.], v. 16, n. 4, 2015. DOI: 10.17921/1415-6938.2012v16n4p%p. Disponível em: <https://ensaioeciencia.pgsscogna.com.br/ensaioeciencia/article/view/2777>. Acesso em: 11 set. 2023.

- 26 - Smaidi HK. O papel do fisioterapeuta nos cuidados paliativos dos idosos : revisão narrativa. repositoriunitau.br [Internet]. 2020 [cited 2023 Sep 11]; Available from: <http://repositorio.unitau.br/jspui/handle/20.500.11874/4579>
- 27 - OLIVEIRA MF de, OSELAME GB, NEVES EB, OLIVEIRA EM de. MUSICOTERAPIA COMO FERRAMENTA TERAPÊUTICA NO SETOR DA SAÚDE: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA. revista da universidade vale do rio verde. 2014;
- 28 - Nemes MC, Souza LMFOL. MUSICOTERAPIA RECEPTIVA NO TRATAMENTO DA DOR CRÔNICA. Revista InCantare [Internet]. 2018 Jun 1;9(1). Available from: <https://periodicos.unespar.edu.br/index.php/incantare/article/view/2394/1605>
- 29 - Lei n.º 52/2012 de 5 de setembro de 2012. Lei de Bases dos Cuidados Paliativos
- 30 - Glajchen M, Goehring A, Johns H, Portenoy RK. Family Meetings in Palliative Care: Benefits and Barriers. Current Treatment Options in Oncology [Internet]. 2022 Mar 22;23(5):658–67. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8938578/>
- 31 - Castro, C. G. (2022). A Vivência do Câncer Pediátrico na Família.
- 32 - Glória FP, Tavares PE do V, Coriat JA, Fernandes RNL, Portela TW da S. Cuidados paliativos como terapêutica no conforto do paciente. REAS [Internet]. 30jul.2022 [citado 11set.2023];15(7):e10753. Available from: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/10753>
- 33 - ESTRATÉGIAS PARA O CUIDADO DA PESSOA COM DOENÇA CRÔNICA [Internet]. 2014. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_doenca_cronica_cab35.pdf
- 34 - Andréia L, Betiolli S, Pereira De Souza S, Ribeiro F. A ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA ASSISTÊNCIA AO PACIENTE EM CUIDADOS PALIATIVOS THE NURSE'S ACTIVITIES IN PATIENT ASSISTANCE IN PALLIATIVE CARE. RGS [Internet]. 2017;17:71–81. Available from: <https://www.herrero.com.br/files/revista/file808a997f5fc0c522425922dc99ca39b7.pdf>
- 35 - Hennemann-Krause L, Sredni S. Systemic drug therapy for neuropathic pain. Revista Dor. 2016;17.
- 36 - Harris D. Safe and effective prescribing for symptom management in palliative care. British Journal of Hospital Medicine. 2019 Dec 2;80(12):C184–9.
- 37 - WIRZ S, NADSTAWEK J, ELSEN C, JUNKER U, WARTENBERG HC. Laxative management in ambulatory cancer patients on opioid therapy: a prospective, open-label investigation of polyethylene glycol, sodium picosulphate and lactulose. European Journal of Cancer Care. 2011 Aug 31;21(1):131–40.
- 38 - Thomas S, Bausewein C, Higginson I, Booth S. Breathlessness in cancer patients – Implications, management and challenges. European Journal of Oncology Nursing. 2011 Dec;15(5):459–69.
- 39 - Severino, R. (2020). Gestão da dispneia em cuidados paliativos: intervenções farmacológicas e não farmacológicas. *Revista Investigação em Enfermagem*, 31, 9-23.

- 40 - Manual de Cuidados Paliativos ANCP Ampliado e atualizado 2ª edição [Internet]. Available from: https://dms.ufpel.edu.br/static/bib/manual_de_cuidados_paliativos_ancp.pdf#page=151
- 41 - Braga B, Rodrigues J, Alves M, Neto IG. Guia Prático da Abordagem da Agonia. Medicina Interna [Internet]. 2017 Mar 30 [cited 2022 Oct 24];24(1):48–55. Available from: <https://revista.spmi.pt/index.php/rpmi/article/view/578/450>
- 42 - Cuidados Paliativos Manual de [Internet]. Available from: <https://cuidadospaliativos.org/uploads/2020/12/Manual-Cuidados-Paliativos.pdf>
- 43 - Lemos Júnior HP de, Lemos ALA de. Gengibre. Diagn tratamento [Internet]. 2010 [cited 2023 Sep 13]; Available from: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-577618>
- 44 - Brøndum L, Markfoged B, Finderup J. Acupuncture as a tool to reduce nausea in terminally ill patients. Scandinavian Journal of Caring Sciences. 2021 Apr 24;
- 45 - Biazon MM, Pavan ME. Os cuidados paliativos na insuficiência cardíaca – Revisão de literatura: Palliative care in heart failure - literature review. ULAKES JOURNAL OF MEDICINE [Internet]. 2021 Dec 29 [cited 2023 Sep 13];1(3):176–83. Available from: <http://189.112.117.16/index.php/ulakes/article/view/488>
- 46 - Bluestein D, Javaheri A. Pressure Ulcers: Prevention, Evaluation, and Management. American Family Physician [Internet]. 2008 Nov 15;78(10):1186–94. Available from: <https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/2008/1115/p1186.html>
- 47 - Geib, L. T. C., Cataldo Neto, A., Wainberg, R., & Nunes, M. L. (2003). Sono e envelhecimento. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 25, 453-465.
- 48 - Brêtas JR da S, Oliveira JR de, Yamaguti L. Reflexões de estudantes de enfermagem sobre morte e o morrer. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 2006 Dec;40(4):477–83
- 49 - World Health Organization. (2013). *WHO traditional medicine strategy: 2014-2023*. World Health Organization.
- 50 - Peres MFP, Arantes AC de LQ, Lessa PS, Caous CA. A importância da integração da espiritualidade e da religiosidade no manejo da dor e dos cuidados paliativos. *Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)*. 2007;34:82–7.
- 51 - Caraceni, A., & Grassi, L. (2011). *Delirium: acute confusional states in palliative medicine*. Oxford University Press, USA.
- 52 - Hui, D., De La Rosa, A., Wilson, A., Nguyen, T., Wu, J., Delgado-Guay, M., Azhar, A., Arthur, J., Epner, D., Haider, A., De La Cruz, M., Heung, Y., Tanco, K., Dalal, S., Reddy, A., Williams, J., Amin, S., Armstrong, T. S., Breitbart, W., & Bruera, E. (2020). Neuroleptic strategies for terminal agitation in patients with cancer and delirium at an acute palliative care unit: a single-centre, double-blind, parallel-group, randomised trial. *The Lancet. Oncology*, 21(7), 989–998. [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(20\)30307-7](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(20)30307-7)
- 53 - Bernardo A. O delírio em cuidados paliativos. *Rev Port Med Geral Fam* [Internet]. 1 de Janeiro de 2003 [citado 13 de Setembro de 2023];19(1):46-53. Disponível em: <https://rpmgf.pt/ojs/index.php/rpmgf/article/view/9904>
- 54 - Chapman CR, Casey KL, Dubner R, Foley KM, Gracely RH, Reading AE. Pain measurement: an overview. *Pain*. 1985 May;22(1):1–31.

- 55 - Sereza TW, Dellaroza MSG. O que está sendo aprendido a respeito da dor na UEL? *Semina Cienc Biol Saúde*.2003;24(1):55-66.
- 56 - SOUZA JL de. INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA DOR NAS COSTAS. Kinesis [Internet]. 8 de março de 2013 [citado 13 de setembro de 2023];(22). Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/kinesis/article/view/8090>
- 57 - Kazanowski MK, Laccetti MS. Dor: fundamentos, abordagem clínica, tratamento. Rio de Janeiro: Ganabara Koogan; 2005
- 58 - Sarti, CA. (2001). A dor, o indivíduo e a cultura. *Saúde e sociedade*, 10, 3-13.
- 59 - Makluf ASD, Dias RC, Barra A de A. Avaliação da qualidade de vida em mulheres com câncer da mama. *Rev. Bras. Cancerol.* [Internet]. 31º de março de 2006 [citado 14º de setembro de 2023];52(1):49-58. Disponível em: <https://rbc.inca.gov.br/index.php/revista/article/view/1909>
- 60 - Breivik H, Borchgrevink PC, Allen SM, Rosseland LA, Romundstad L, Breivik Hals EK, et al. Assessment of pain. *British Journal of Anaesthesia*. 2008 Jul;101(1):17–24.
- 61 - Martinez AP, Azevedo GR de. The Bristol Stool Form Scale: its translation to Portuguese, cultural adaptation and validation. *Rev Latino-Am Enfermagem* [Internet]. 2012May;20(3):583–9. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692012000300021>
- 62 - Chambers CT, Giesbrecht K, Craig KD, Bennett SM, Huntsman E. A comparison of faces scales for the measurement of pediatric pain: children's and parents' ratings. *Pain*. 1999 Oct;83(1):25–35.
- 63 - Garra G, Singer AJ, Taira BR, Chohan J, Cardoz H, Chisena E, et al. Validation of the Wong-Baker FACES Pain Rating Scale in Pediatric Emergency Department Patients. *Academic Emergency Medicine*. 2010 Jan;17(1):50–4.
- 64 - Silva FC, Thuler LCS. Tradução e adaptação transcultural de duas escalas para avaliação da dor em crianças e adolescentes. *J. Pediatr.*, 2008;84(4).
- 65 - Maiani G, Sanavio E. Semantics of pain in Italy: the Italian version of the McGill Pain Questionnaire. *Pain*. 1985 Aug;22(4):399–405.
- 66 - Santos CC dos, Pereira LSM, Resende MA de, Magno F, Aguiar V. Aplicação da versão brasileira do questionário de dor McGill em idosos com dor crônica. *Acta Fisiátrica*. 2006 Aug 9;13(2):75–82.
- 67 - Im DD, Jambaulikar GD, Kikut A, Gale J, Weiner SG. Brief Pain Inventory–Short Form: A New Method for Assessing Pain in the Emergency Department. *Pain Medicine*. 2020 Sep 11;21(12):3263–9.
- 68 - Fiorentino M, Pentakota SR, Mosenthal AC, Glass NE. The Palliative Performance Scale predicts mortality in hospitalized patients with COVID-19. *Palliative Medicine*. 2020 Jul 17;34(9):1228–34.
- 69 - Morita T, Tsunoda J, Inoue S, Chihara S. The Palliative Prognostic Index: a scoring system for survival prediction of terminally ill cancer patients. *Supportive Care in Cancer*. 1999 Apr 7;7(3):128–33.

70 - Anderson F, Downing GM, Hill J, Casorso L, Lerch N. Palliative performance scale (PPS): a new tool. *Journal of Palliative Care* [Internet]. 1996;12(1):5–11. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8857241/>

71 - Hermes HR, Lamarca ICA. Palliative care: an approach based on the professional health categories. *Ciência & Saúde Coletiva* [Internet]. 2013 Sep 1;18(9):2577–88. Available from: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000900012

72 - Gouvea M da PG. A necessidade de cuidados paliativos para paciente com doenças crônicas: diagnóstico situacional em um hospital universitário. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia* [Internet]. 2020 Feb 3;22:e190085. Available from: <https://www.scielo.br/j/rbagg/a/YTjcY9cfwRgN48fGtSGpw9J/?lang=pt>

ANEXOS

Anexo 1: Cronograma dos estágios por local

ANO	2022												2023			
LOCAL	J A N	F E V	M A R	A B R	M A I	J U N	J U L	A G O	S E T	O T O	N O V	D I Z	J A N	F E V	M A R	A B R
ANH ¹																
PSM ²																

¹ Ashbury Nursing Home

² Proclinica Santa Maria

Anexo 2: Declaração de realização de estágio



AILESBUURY

58 Park Avenue,
Sandymount,
Dublin 4
D04 Y437

T: (01) 269 2289
F: (01) 260 4116

E: info@anh.ie
www.anh.ie

ASHBURY

1A Kill Lane
Kill O'The Grange
Blackrock
A94 RK81

T: (01) 284 1266
F: (01) 289 2722

E: info@anh.ie
www.anh.ie

STUDENT DECLARATION

I Alison Woods, declare that Mr. Thiago Filgueiras, completed an internship in the area of Palliative Care at the Ashbury Nursing Home, during the months of October 2022 to February 2023, with a total workload of 405 hours.

I also confirm that this statement is for academic purposes only.

Director of Nursing

ANH Healthcare Ltd
t/a Ailesbury / Ashbury Private Nursing Homes

ANH Healthcare Ltd. t/a Ailesbury & Ashbury Private Nursing Homes

Registered Office: 58 Park Avenue, Sandymount, Dublin 4, D04 Y437 | No. 501318
Directors: Robert Fagan | Alison Woods | Robert Fagan Snr. | Ursula Fagan | James Fagan

Anexo 3: Declaração de realização de estágio



Consultas Médicas, Exames em Geral: RX, USG, LAB, EDA,
Internamentos clínicos, Cirurgias Maternidade, U.T.I., Urgência 24h.

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que o Sr. Thiago Ferreira Filgueiras, realizou estágio na área de Cuidados Paliativos, dentre os meses de março e abril de 2023, nesta unidade de saúde, totalizando uma carga horária total de 104 horas.

Juazeiro do Norte, Ceará, 28 de abril de 2023.

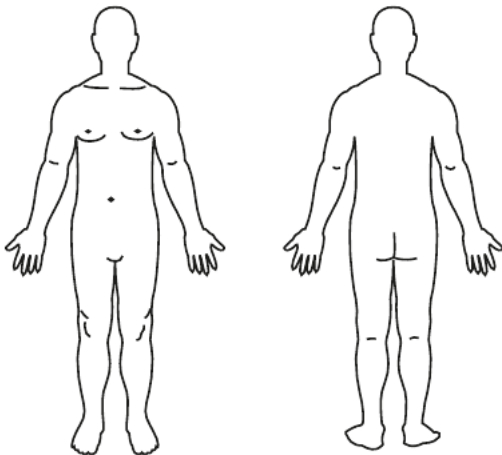
DR. EDUARDO GOUVEIA
CIRURGIÃO GINECOLOGISTA DO APARELHO DIGESTIVO
PROF. DA DISCIPLINA DE PATOLOGIA DO CANCER
TUBAR DO CBCD
CPF: 0.674781349 CRM 1580

Dr. Eduardo Silvio Gouveia Gonçalves
Diretor Médico

Rua da Conceição, 878 - Juazeiro do Norte - Ce, Fones: (88) 3512.3497 - 3512.1510 - CNPJ 02.080804/0001-73
Site: www.proclinicassantamaria.com.br / E-mail: contatos@proclinicassantamaria.com.br

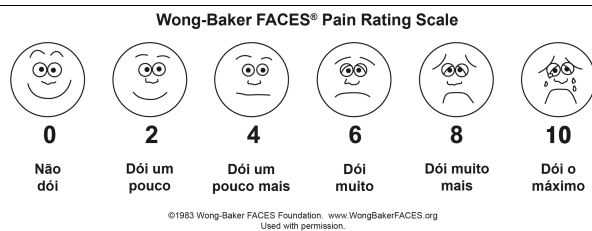
Anexo 4: Protocolo de Avaliação da Dor

FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO DA DOR

1 – Dados do Paciente				
Nome:			Gênero:	
Data de Nascimento:			Idade:	
Escolaridade:				
2 – Responsável				
Grau de Parentesco			Telefone:	
Filho ☐	Cônjuge ☐	Pai/Mãe ☐	Neto ☐	Outro Parente ☐
3 – Hipótese diagnóstica			CID	Patologia porque ingressou aos CP
				Oncológica ☐
				Não Oncológica ☐
4 – Motivo da avaliação				
5 – Doença atual				
6 – Antecedentes patológicos (Doenças pré-existent)				
7 – Conhecimento sobre a enfermidade			Do Familiar ou Cuidador Principal	
Conhece o diagnóstico ☐		Conhece o prognóstico ☐		Conhece o diagnóstico ou prognóstico Sim ☐ Não ☐
Decisões antecipadas ☐		Testamento Vital ☐		
Observações:				
8 – Exame Físico:				
				

9 – Escalas Visuais

Faces



Notas

Face 0: esta feliz devido a ausência de dor ou desconforto.
Face 1: apresenta um leve desconforto.
Face 2: o desconforto é percebido freqüentemente.
Face 3: o desconforto é incômodo as atividades normais.
Face 4: o desconforto é fator limitante da maioria das atividades.
Face 5: o desconforto impede as atividades normais.
Face 6: o desconforto é o maior imaginável.

Numérica



Notas

10 - Eliminações

Escala Bristol



Notas

11 - Inventário Breve da Dor

INVENTÁRIO BREVE DE DOR - FORMA REDUZIDA

Nome: _____

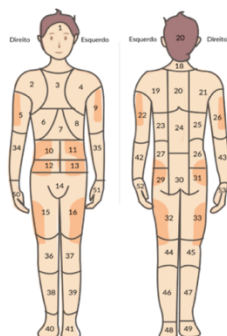
Data: _____

Hora: _____

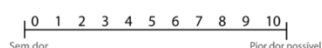
Todos temos alguma dor em algum momento da vida (dor de cabeça, dor de contusões, dor de dente, por exemplo). Atualmente, você tem sentido alguma dor distinta destas comuns?

Sim ☐ Não ☐

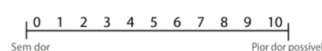
Indique no diagrama as zonas onde sente dor pintando a área afetada e marcando com um X a zona onde sente a dor mais intensa.



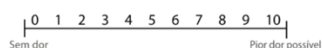
Circule o número que melhor descreve a pior dor que você sentiu nas últimas 24 horas.



Circule o número que melhor descreve a média da sua dor.



Circule o número que mostra o quanto de dor você está sentindo agora.

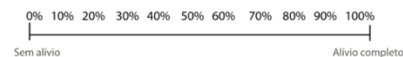


Qual(ais) tratamento(s) ou medicação(ões) você está recebendo para dor?

Nome	Dose/Frequência	Data de início

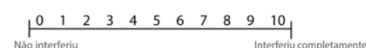
Nas últimas 24 horas, qual a intensidade da melhora proporcionada pelos tratamentos ou medicações que você está usando?

Circule o percentual que melhor representa o alívio que você obteve.

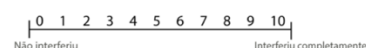


Circule o número que melhor descreve como, nas últimas 24 horas, a dor interferiu na sua:

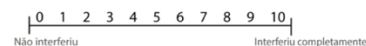
Atividade Geral



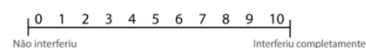
Humor



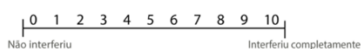
Habilidade de caminhar



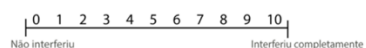
Trabalho



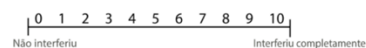
Relacionamento com outras pessoas



Sono



Habilidade para apreciar a vida



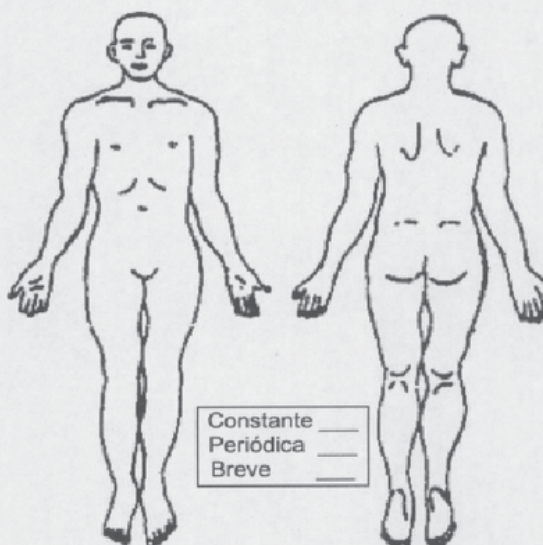
12 - Questionário de McGill

McGill Pain Questionnaire – Português

Nome _____ Data _____ Hora _____
 Analgésico(s) _____ Dosagem _____ Hora da Adm. _____
 analgésico(s) _____ Dosagem _____ Hora da Adm. _____
 Intervalo de Administração dos Analgésicos +4 +1 +2 +3
 IAvD: S _____ Af _____ Av _____ M(S) _____ M(AfAv) _____ M(T) _____ PRI (T) _____
 (1-10) (11-15) (16) (17-19) (20) (17-20) (1-20)

1 Espasmódica	11 Cansativa
Tremor	Exaustiva
Pulsátil	12 Enjoativa
Latejante	Sufocante
Martelante	13 Amedrontadora
2 Crescente	Apavorante
Repentina	Aterrorizante
Provocada	14 Castigante
3 Picada	Debilidade
Agulhada	Cruel
Perfurante	Perversa
Punhalada	Mortal
Lancinante	15 Desgraçada
4 Aguda	Enlouquecedora
Cortante	16 Incômoda
Dilacerante	Perturbadora
5 Beliscante	Desconforto
Pressionante	Intensa
Pinçante	Insuportável
Cãibra	17 Difusa
Esmagamento	Irradiante
6 Fisgada	Penetrante
Puxão	Que transpassa
Distensão	18 Aperto
7 Quente	Dormente
Queimação	Estirante
Escaldante	Esmagadora
Queimadura	Demolidora
8 Formigamento	19 Fresca
Coceira	Fria
Ardência	Congelante
Ferroada	20 Importunante
9 Insensibilidade	Nauseante
Sensibilidade	Angustiante
Que Machuca	Desagradável
Dolorida	Torturante
Forte	IAD
10 Suave	0 Sem dor
Tensão	1 Leve
Esfolante	2 Desconfortante
Rompimento	3 Angustiante
	4 Horrível
	5 Excruciante

Intensidade Atual de Dor (IAD) _____
 Comentários: _____



Sintomas que Acompanham:	Sono:	Ingestão de alimentos:
náusea _____	Bom _____	Boa _____
Dor de cabeça _____	Descontínuo _____	Alguma _____
Tontura _____	Insônia _____	Pouca _____
Sonolência _____	Comentários: _____	Nenhuma _____
Constipação _____		Comentários: _____
Diarréia _____		
Comentários: _____	Atividades:	Comentários: _____
	Boa _____	
	Alguma _____	
	Pouca _____	
	Nenhuma _____	

Notas:

13 – PPS

Tabela 2 – Escala de Performance Paliativa (PPS)					
%	Deambulação	Atividade e evidência da doença	Auto-cuidado	Ingestão	Nível da Consciência
100	Completa	Normal; sem evidência de doença	Completo	Normal	Completa
90	Completa	Normal; alguma evidência de doença	Completo	Normal	Completa
80	Completa	Com esforço; alguma evidência de doença	Completo	Normal	Completa
70	Reduzida	Incapaz para o Trabalho; alguma evidência de doença	Completo	Normal ou reduzida	Completa
60	Reduzida	Incapaz de realizar hobbies; doença significativa	Assistência ocasional	Normal ou reduzida	Períodos de confusão ou completa
50	Sentado ou deitado	Incapacitado para qualquer trabalho; doença extensa	Assistência Considerável	Normal ou reduzida	Períodos de confusão ou completa
40	Acamado	Idem	Assistência quase completa	Normal ou reduzida	Períodos de confusão ou completa
30	Acamado	Idem	Dependência Completa	Reduzida	Períodos de confusão ou completa
20	Acamado	Idem	Idem	Ingestão limitada a colheradas	Períodos de confusão ou completa
10	Acamado	Idem	idem	Cuidados com a boca	Confuso ou em coma
0	Morte	—	—	—	—

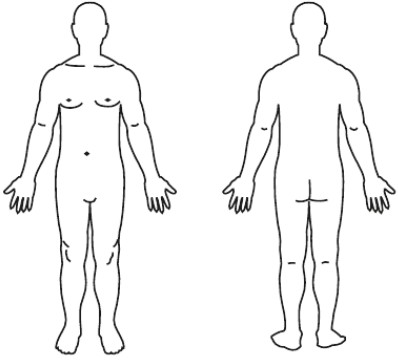
14 – PPI

Fator	Escore	Escore total	Sobrevida
PPS 10-20%	4,0	Escore < 4,0	> 6 semanas
PPS 30-50	2,5	Escore > 4,0	< 6 semanas
PPS > 60%	0	Escore > 6,0	< 3 semanas
Delirium	4,0		
Dispneia em repouso	3,5		
Ingesta oral muito reduzida	2,5		
Ingesta oral reduzida	1,0		
Ingesta normal	0		
Edema	1,0		

Adaptado de Palliative Prognostic Index – PPI, Morita 1999

15 - Tratamento

AVALIAÇÃO DIÁRIA

1 – Dados do Paciente Patient details		
Nome:	Gênero:	
Data de Nascimento:	Idade:	
2 - Avaliação e localização da dor (8,9) Assessment and location of pain		
	Notas:	
3 – Evacuações (10) Eliminations		
Características	Quantidade	
4 - Prescrição Prescription		
Medicação	Dose	Horário
5 - Medidas de conforto (11, 12) Comfort measures		
6 - Apoio Psicossocial, espiritual e tratamento de outros sintomas (11, 12) Psychosocial, spiritual support and treatment of other symptoms		
Avaliação da Prescrição Prescription Evaluation		
Favorável?	☐ Sim. Manter prescrição ☐ Não	
Reavaliação Terapêutica		