



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E TECNOLOGIA NO ESPAÇO HOSPITALAR -
MESTRADO PROFISSIONAL (PPGSTEH)

FLÁVIA NAVI DE SOUZA

**PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO DE PACIENTES
ONCOLÓGICOS EM CUIDADOS PALIATIVOS DOMICILIARES: triagem baseada
em sinais e sintomas de alerta**

RIO DE JANEIRO

2022



FLÁVIA NAVI DE SOUZA

**PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO DE PACIENTES
ONCOLÓGICOS EM CUIDADOS PALIATIVOS DOMICILIARES: triagem baseada
em sinais e sintomas de alerta**

Relatório final apresentado à Banca Examinadora do Programa de Pós-Graduação em Saúde e Tecnologia no Espaço Hospitalar (PPGSTEH) – Mestrado Profissional da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, para a obtenção do título de mestre em Saúde e Tecnologia no Espaço Hospitalar.

Orientador: Prof. Dr. Alexandre Sousa da Silva

Rio de Janeiro

2022

S719 Souza, Flávia Navi de
Protocolo de avaliação e classificação de risco de
pacientes oncológicos em cuidados paliativos
domiciliares: triagem baseada em sinais e sintomas
de alerta / Flávia Navi de Souza. -- Rio de
Janeiro, 2022.
92 p.

Orientador: Alexandre Sousa da Silva.
Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do
Estado do Rio de Janeiro, Programa de Pós-Graduação
em Saúde e Tecnologia no Espaço Hospitalar, 2022.

1. Cuidados paliativos. 2. Neoplasias. 3.
Serviços de assistência domiciliar. 4. Triagem. 5.
Sinais e sintomas. I. Silva, Alexandre Sousa da,
orient. II. Título.

FLÁVIA NAVI DE SOUZA

PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO DE PACIENTES ONCOLÓGICOS EM CUIDADOS PALIATIVOS DOMICILIARES: triagem baseada em sinais e sintomas de alerta

Relatório final apresentado à Banca Examinadora do Programa de Pós-Graduação em Saúde e Tecnologia no Espaço Hospitalar (PPGSTEh) – Mestrado Profissional da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, para a obtenção do título de mestre em Saúde e Tecnologia no Espaço Hospitalar.

Aprovado em: 27 de outubro de 2022.

Banca examinadora:

Documento assinado digitalmente:
ALEXANDRE SOUSA DA SILVA
Data: 02/02/2023 16:03:57-0300
Verifique em <https://verificador.itl.br>

Prof. Dr. Alexandre Sousa da Silva (Orientador)

Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO



Prof. Dr. Ernani Costa Mendes (1º examinador)

Instituto Nacional de Câncer José de Alencar Gomes da Silva – INCA



Prof. Dra. Nébia Maria Almeida de Figueiredo (2º Examinador)

Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO



Prof. Dr. Ciro Augusto Floriani (Suplente)

Universidade Estácio de Sá – UNESA

Documento assinado digitalmente:
INÊS MARIA MENESES DOS SANTOS
Data: 01/02/2023 21:07:03-0300
Verifique em <https://verificador.itl.br>

Prof. Dra. Inês Maria Meneses dos Santos (Suplente)

Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO

DEDICATÓRIA

Aos que enfrentam doenças graves, dedico esse trabalho e o meu compromisso em difundir os cuidados paliativos, tão necessários para trazer dignidade e qualidade de vida.

Ao SUS, que oferece acesso à saúde pública de qualidade a milhares de brasileiros e no qual tive o privilégio de trilhar todas as etapas da minha formação profissional. Viva o SUS!

Ao meu querido e saudoso Tio Paulo Roberto, que me inspirou a cuidar de pessoas com respeito e compaixão, dentro e fora da medicina. E que, mesmo adoecido, ainda encontrava palavras de incentivo para que eu nunca desistisse dos meus projetos como médica, professora e, finalmente, como pesquisadora.

AGRADECIMENTOS

Ao meu marido André, que me apoiou intensamente, com muito amor e paciência, no desafio que foi restabelecer minha saúde e concluir o mestrado durante a pandemia.

Aos meus queridos pais, Marilda e Marcio, os primeiros e grandes incentivadores em cada passo do meu desenvolvimento pessoal e profissional.

Às minhas irmãs, que sempre estiveram ao meu lado, torcendo e me apoiando, independentemente da distância geográfica.

Ao meu orientador, Prof. Dr. Alexandre Sousa da Silva, que foi compreensivo e incentivador em todas as fases desse projeto.

À Bruna, por me ajudar a ressignificar os desafios encontrados ao longo desta caminhada.

À Vanessa, pela amizade, ensinamentos, conselhos e por sua enorme generosidade no mestrado e ao longo de toda parceria na Assistência Domiciliar.

A todos os Professores da Banca, pela disponibilidade em compartilhar seus olhares, experiências e sugestões que aprimoraram bastante esta pesquisa.

À Nathalia, Lívia, Audrei, Regina e Daniëlle, pela amizade, pelas palavras de incentivo e dicas valiosas em todas as etapas do mestrado.

A toda equipe da Assistência Domiciliar do INCA que realiza um trabalho incrível e se apoia como uma grande família, nos momentos de alegria ou de dificuldade.

À Direção do INCA – HC IV, por apoiar a criação do Núcleo de Apoio da AD, que inspirou o surgimento deste projeto e de tantas outras conquistas da Assistência Domiciliar.

À minha turma do PPGSTEh que, mesmo de forma remota, esteve sempre unida para acalmar as angústias, compartilhar conselhos e celebrar cada conquista do nosso grupo.

RESUMO

Introdução: Os cuidados paliativos domiciliares para pacientes com câncer envolvem a prevenção e controle de sintomas de pacientes e seus familiares no domicílio. A equipe da Assistência Domiciliar precisa identificar e controlar os fatores que afetam a qualidade de vida e a permanência dos pacientes em casa. Estas ações precisam ser desempenhadas de forma abrangente e objetiva, sobretudo em pacientes com câncer em fase avançada e sobrevida reduzida. Nesta perspectiva, foi identificada a necessidade de sistematizar a avaliação dos pacientes e elaborar uma triagem de prioridade do atendimento na Assistência Domiciliar da unidade de Cuidados Paliativos do Instituto Nacional de Câncer José de Alencar Gomes da Silva (INCA). **Objetivos:** Este estudo teve como objetivo elaborar um protocolo para avaliação e classificação de risco de pacientes oncológicos em cuidados paliativos domiciliares, visando identificar as principais demandas dos pacientes e determinar a prioridade de atendimento pela equipe. **Método:** A elaboração deste protocolo teve início a partir de uma busca bibliográfica sobre escalas de avaliação de sintomas em cuidados paliativos, escalas de prognóstico para pacientes oncológicos e sinais/sintomas em cuidados paliativos domiciliares. Foram feitas duas revisões integrativas da literatura: a primeira sobre fatores associados à visita à emergência ou hospitalização de pacientes oncológicos em cuidados paliativos domiciliares; a segunda sobre triagem de atendimento de pacientes oncológicos em cuidados paliativos na atenção domiciliar. A partir dos resultados das revisões integrativas, foram definidos os sinais e sintomas de alerta (dor, falta de ar, náuseas/vômitos, sangramento e confusão mental aguda). Estes correspondem a manifestações que aumentam o risco de interrupção dos cuidados em domicílio. **Resultados:** Elaborou-se um protocolo de avaliação e triagem de risco para pacientes oncológicos em cuidados paliativos domiciliares, com base na presença e intensidade de sinais e sintomas de alerta. Foram descritas cinco categorias de risco nomeadas por cores (vermelho, laranja, amarelo, verde e azul) para estratificar a prioridade do atendimento dos pacientes. **Conclusão:** Este protocolo permitirá a avaliação clínica dos pacientes de forma mais estruturada e auxiliará na identificação de situações de risco que necessitem de uma rápida intervenção por parte da equipe. Este produto terá grande utilidade para direcionar o fluxo de agendamento de consultas, o monitoramento dos pacientes, a alocação de recursos e a atuação oportuna da equipe da Assistência Domiciliar. **Descritores:** Cuidados paliativos. Neoplasias. Serviços de assistência domiciliar. Triagem. Sinais e sintomas.

ABSTRACT

Introduction: Palliative home care for cancer patients and prevention of symptoms of their family members at home. The Donation team needs to identify and control the factors that ensure the longevity of patients at home. All patients are cancer patients in a comprehensive way, especially in advanced stages and in life actions. In these patients, it was identified the need to evaluate the perspective system and develop a screening of care at the Palliative Care Unit of Instituto Nacional de Câncer José de Alencar Gomes da Silva (INCA). **Objectives:** This study aimed to develop a protocol for risk assessment and classification of cancer patients in palliative home care, aiming to identify the main demands of patients and determine the priority of care by the team. **Method:** The development of this protocol began with a literature search on symptom assessment scales in palliative care, prognosis scales for cancer patients and signs/symptoms in home palliative care. Two integrative reviews of the literature were carried out: the first on factors associated with emergency visits or hospitalization of cancer patients in palliative home care; the second on the screening of cancer patients in palliative care in home care. Based on the results of the integrative reviews, warning signs and symptoms were defined (pain, shortness of breath, nausea/vomiting, bleeding and acute mental confusion). These correspond to manifestations that increase the risk of interruption of home care. **Results:** A risk assessment and screening protocol was developed for cancer patients in palliative care at home, based on the presence and intensity of warning signs and symptoms. Five color-named risk categories (red, orange, yellow, green, and blue) were described to stratify the priority of patient care. **Conclusion:** This protocol will allow the clinical evaluation of patients in a more structured way and will help in the identification of risk situations that require a quick intervention by the team. This product will be very useful to direct the flow of appointment scheduling, patient monitoring, resource allocation and timely action by the Home Care team. **Descriptors:** Palliative care. Neoplasms. Home care services. Triage. Signs and symptoms.

LISTA DE FIGURAS

Produto 1 – Artigo 1

Figura 1 - Fluxograma PRISMA de busca nas bases de dados e seleção dos estudos 32

Produto 2 – Artigo 2

Figura 1 - Fluxograma PRISMA de busca nas bases de dados e seleção dos estudos 49

Produto 3 – Artigo 3

Figura 1 - Fluxograma para Classificação de Risco de pacientes oncológicos em cuidados paliativos domiciliares, com base em sinais e sintomas de alerta 63

Apêndice 2

Figura - Fluxograma para Classificação de Risco de pacientes oncológicos em cuidados paliativos domiciliares, com base em sinais e sintomas de alerta 89

Apêndice 3

Figura - Ficha de coleta de dados dos pacientes oncológicos atendidos em cuidados paliativos domiciliares 90

LISTA DE QUADROS

Produto 1 – Artigo 1

Quadro 1 – Mapeamento das principais características dos 16 estudos selecionados	32
---	----

Produto 2 – Artigo 2

Quadro 1 – Mapeamento das principais características dos dois estudos selecionados	49
---	----

Produto 3 – Artigo 3

Quadro 1 - Instrumento para avaliação de sinais e sintomas dos pacientes oncológicos em cuidados paliativos domiciliares	63
Quadro 2 - Principais diferenças entre o Sistema de Triagem de Manchester (STM) e a Classificação de risco em CPD oncológicos	65

Produto 6 – Produção Técnica

Quadro 1 – Definição das categorias/cores da classificação de risco	78
Quadro 2 – Códigos das intervenções e condutas terapêuticas	78

Apêndice 1

Quadro – Instrumento para avaliação de sinais e sintomas dos pacientes oncológicos em cuidados paliativos domiciliares	88
---	----

Anexo 2

Quadro - Escalas de Capacidade Funcional em Oncologia	92
--	----

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURA

- AD: Assistência Domiciliar
- CP: Cuidados Paliativos
- CPD: Cuidados Paliativos Domiciliares
- CAPES: Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
- CEP: Comitê de Ética em Pesquisa
- CNS: Conselho Nacional de Saúde
- CONEP: Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
- COVID-19: Doença Infecciosa Causada pelo Vírus SARS-CoV-2
- ESAS: Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton (*Edmonton Symptom Assessment System*)
- HC IV: Hospital do Câncer IV
- INCA: Instituto Nacional de Câncer José de Alencar Gomes da Silva
- KPS: Escala de Capacidade Funcional de *Karnofsky*
- OMS: Organização Mundial de Saúde
- PNPCC: Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer
- RIL: Revisão Integrativa da Literatura
- SPA: Serviço de Pronto-Atendimento
- STM: Sistema de Triagem de Manchester
- SUS: Sistema Único de Saúde
- TCLE: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
- UNIRIO: Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro
- VEH: Visita à Emergência ou Hospitalização
- WHO: *World Health Organization*

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
1.1	Motivação e contextualização	13
1.2	Problematização	14
1.3	Objetivos	18
	Objetivo Geral	18
	Objetivos Específicos	18
1.4	Justificativa e relevância	19
1.5	Intervenção	20
2	MATERIAIS E MÉTODO	20
2.1	Delineamento e etapas da Pesquisa	20
2.2	Aspectos Éticos	26
2.3	Produtos da Pesquisa	26
3	APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	27
3.1	Produto 1: Artigo 1 - Fatores associados à visita a serviço de emergência ou hospitalização de pacientes oncológicos em cuidados paliativos domiciliares - uma Revisão Integrativa.	27
3.2	Produto 2: Artigo 2- Cuidados paliativos oncológicos na atenção domiciliar: uma revisão integrativa sobre triagem de atendimento	44
3.3	Produto 3: Artigo 3 - Elaboração de um protocolo de classificação de risco para pacientes oncológicos em cuidados paliativos domiciliares	54
3.4	Produto 4: Produção técnica - Fluxograma para Classificação de Risco de pacientes oncológicos em cuidados paliativos domiciliares, com base em sinais e sintomas de alerta	67
3.5	Produto 5: Produção técnica - Ficha de coleta de dados dos pacientes oncológicos atendidos em cuidados paliativos domiciliares	69
3.6	Produto 6: Produção técnica - Protocolo de avaliação e classificação de risco de pacientes oncológicos em cuidados paliativos domiciliares	72
4	CONSIDERAÇÕES FINAIS	80
5	PERSPECTIVAS FUTURAS	81
	REFERÊNCIAS	83
	APÊNDICES	88

Apêndice 1: Instrumento para avaliação de sinais e sintomas dos pacientes oncológicos em cuidados paliativos domiciliares	88
Apêndice 2: Fluxograma para Classificação de Risco de pacientes oncológicos em cuidados paliativos domiciliares, com base em sinais e sintomas de alerta	89
Apêndice 3: Ficha de coleta de dados dos pacientes oncológicos atendidos em cuidados paliativos domiciliares	90
ANEXOS	91
Anexo 1: Termo de Anuência	91
Anexo 2: Escalas de capacidade funcional em Oncologia	92

1. INTRODUÇÃO

1.1 – Motivação e contextualização

Este trabalho foi elaborado a partir de práticas e reflexões como médica de um hospital oncológico do Sistema Único de Saúde (SUS) no Rio de Janeiro.

Em 2011, comecei trabalhar no serviço de Assistência Domiciliar (AD) da unidade de Cuidados Paliativos do Instituto Nacional de Câncer José de Alencar Gomes da Silva (INCA). Esta unidade é responsável pelo atendimento de pacientes com câncer avançado, sem possibilidade de cura, encaminhados a partir de outras unidades assistenciais do INCA para que possam receber cuidados paliativos exclusivos (INCA, 2014; SOUZA *et al.*, 2021).

Minha formação em geriatria me trazia a experiência prévia com trabalho em equipe e o olhar atento para as necessidades das pessoas (pacientes e familiares) e não apenas para suas doenças. Também possuía a compreensão que, mesmo diante de doenças incuráveis, é sempre possível e necessário oferecer cuidado e alívio para quem sofre.

Entretanto, o trabalho na AD me introduziu num cenário inédito de atuação: o domicílio dos pacientes. Percebi que o atendimento domiciliar não se diferenciava apenas pelos recursos médico-hospitalares disponíveis no momento da consulta. Na AD é possível conhecer o espaço cotidiano e sagrado dos pacientes, seu local de moradia, lazer, repouso e de convivência com familiares/amigos. O domicílio é também o local onde muitos pacientes graves preferem receber os cuidados de saúde, inclusive na fase final de vida (MERCADANTE *et al.*, 2016).

Fui reconhecendo cada vez mais o papel fundamental do trabalho interdisciplinar para oferecer qualidade de vida e abordar as múltiplas dimensões do sofrimento presentes em pacientes com doenças graves e/ou em seus familiares.

Visando à qualidade de vida dos pacientes em domicílio, a AD do INCA oferece atendimentos domiciliares realizados regularmente por enfermeiros, médicos, assistentes sociais, psicólogos e fisioterapeutas. Além disso, dependendo da necessidade, também conta com atendimento de farmacêuticos e da capelania (SOUZA *et al.*, 2021).

Este grupo formado por diferentes categorias de profissionais de saúde que compõem o serviço da Assistência Domiciliar será referido daqui em diante, nesta dissertação, através do termo equipe da AD.

Em 2018, fui convidada a integrar o Núcleo de Apoio e Logística da AD, que havia sido criado para coordenar e gerir a AD do INCA (SOUZA *et al.*, 2021). Este núcleo tinha como principais desafios: melhorar o processo de trabalho, reformular o fluxo de atendimento da AD, facilitar identificação das demandas dos pacientes/familiares e definir critérios de prioridade para o atendimento domiciliar. Estas atividades têm sido fontes de grande motivação para mim

nos últimos anos e inspiraram o desenvolvimento deste projeto de pesquisa de mestrado profissional, em parceria com membros da equipe da AD.

1.2- Problematização

O câncer é a segunda causa de morte no mundo, tendo provocado quase 9,6 milhões de mortes em 2018 (WHO, 2018). Além da elevada taxa de mortalidade, esta doença provoca grande impacto físico, emocional e financeiro na vida de pacientes, familiares, comunidades e nos sistemas de saúde (WHO, 2017). Na população brasileira, a estimativa de casos novos de câncer no triênio 2020-2022 foi de 625 mil casos novos de câncer a cada ano (INCA, 2019).

Apesar dos avanços na saúde, muitos casos de câncer são diagnosticados em fase avançada, com pouca chance de cura (ATTY; TOMAZELLI, 2018). Por esse motivo, o câncer representa a causa mais frequente de necessidade de cuidados paliativos em adultos no mundo (WHPCA, 2020). No Brasil, este panorama não é diferente. Auditoria realizada pelo Tribunal de Contas da União referente ao ano de 2017 mostrou que um elevado percentual de pacientes no Brasil é diagnosticado com câncer em fase avançada (estadiamento III ou IV) e reduzida chance de cura (TCU, 2019).

Segundo definição de 2002 da Organização Mundial de Saúde (OMS) ou *World Health Organization* (WHO), os Cuidados Paliativos (CP) são uma abordagem que melhora a qualidade de vida dos pacientes e de suas famílias que enfrentam problemas associados a doenças que ameaçam a vida, mediante prevenção e alívio de sofrimento pela detecção precoce e tratamento de dor ou outros problemas físicos, psicológicos, sociais e espirituais. Os CP são aplicáveis desde o início do curso da doença, em conjunto com terapias modificadoras de doença (como, por exemplo, quimioterapia ou radioterapia, no caso de pacientes com câncer). À medida que a doença se agrava, há uma progressiva redução das terapias modificadoras de doença e aumento das medidas de cuidados paliativos, sobretudo na fase de fim de vida. Quando a terapia modificadora de doença não for capaz de trazer benefícios ao paciente, devem ser mantidos apenas os cuidados paliativos exclusivos. Os CP incluem investigações para compreender e gerenciar as complicações clínicas do paciente e suporte para ajudar a família no enfrentamento da doença do paciente e na fase de luto (WHO, 2002).

No Brasil, a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer (PNPCC) instituída pelo Ministério da Saúde inclui a promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos para os pacientes oncológicos. De acordo com a PNPCC, os serviços de alta complexidade em oncologia devem garantir atenção integral aos pacientes fora de possibilidades de cura, através de diferentes modalidades de atendimento (BRASIL, 2017).

O INCA é um órgão auxiliar do Ministério da Saúde que atua no desenvolvimento e coordenação das ações de prevenção e controle do câncer no Brasil. Este instituto desempenha ações de assistência médico-hospitalar gratuita aos pacientes oncológicos através do SUS, medidas de prevenção e detecção precoce, formação de profissionais especializados e pesquisa (INCA, 2019). O Hospital do Câncer IV (HC IV) é a unidade do INCA destinada aos Cuidados Paliativos, sendo responsável pelo atendimento integral dos pacientes com câncer avançado, sem possibilidades de cura. A missão do HC IV é “promover e prover cuidados paliativos oncológicos de alta qualidade, com habilidade técnica e humanitária” (INCA, 2014).

Os Cuidados Paliativos podem ser oferecidos em diferentes cenários, como domicílio, ambulatório, unidades hospitalares, em unidades de cuidados paliativos exclusivos ou em instituições de longa permanência (BITTENCOURT *et al.*, 2021; OHIOHEALTH HOSPICE, 2014; OLIVER, 2013; INCA, 2019). O domicílio costuma ser o local preferencial de cuidados por muitos pacientes, inclusive no fim de vida, porém a atenção domiciliar requer um preparo e estrutura para que possa funcionar com efetividade (BITTENCOURT *et al.*, 2021; MERCADANTE *et al.*, 2016; MONCHO; PALOMAR-ABRIL; SORIA-COMES, 2022) .

Conforme a Portaria nº 825, de 25 de abril de 2016, do Ministério da Saúde, a atenção domiciliar está indicada para pessoas com restrição ao leito ou ao lar de maneira temporária ou definitiva. Seu objetivo é ampliar a autonomia do usuário, família e cuidador. As modalidades de atenção domiciliar variam de acordo com as necessidades em cada caso, tais como a periodicidade das visitas, intensidade do cuidado multiprofissional ou uso de equipamentos (BRASIL, 2016).

O serviço de AD do INCA é destinado a pacientes com situação clínica impeditiva ao atendimento ambulatorial, ou seja: aqueles com capacidade funcional reduzida (*Performance Status* maior que 2 ou índice menor que 50% na Escala de Capacidade Funcional de *Karnofsky*), condições clínicas incapacitantes ou restritivas (como por exemplo, dependência do uso de oxigênio) e/ou com imobilidade. Estes pacientes necessitam de cuidados e acompanhamento contínuo da equipe em domicílio (SOUZA *et al.*, 2021).

De acordo com Vasconcelos (2018), um dos principais motivos que levam alguns pacientes a recusarem o tratamento em casa é o medo de não terem seus sintomas controlados, principalmente a dor e falta de ar. Portanto, o foco da atuação dos profissionais da AD deve ser a avaliação e controle dos sintomas, evitando internações em hospitais de transição, *hospices* ou hospitais terciários (VASCONCELOS, 2018).

Os serviços de atenção domiciliar especializados em cuidados paliativos oncológicos realizam uma avaliação abrangente dos pacientes com câncer avançado e suas famílias. Essa

estratégia preserva a dignidade dos pacientes, favorece o alívio de sinais e sintomas físicos, psicológicos, sociais ou espirituais, reduz a procura dos pacientes por emergência, evita internações desnecessárias, reduz a taxa de morte no ambiente hospitalar, reduz os custos hospitalares e permite que os pacientes fiquem maior tempo em casa, ao lado de sua família (ALONSO-BABARRO *et al.*, 2013; CHITNIS *et al.*, 2013; DHILIWAL; MUCKADEN, 2015; ENGUIDANOS *et al.*, 2019; MRACEK; EARP; SINNARAJAH, 2021; RIOLFI *et al.*, 2014; SUTRADHAR; BARBERA; SEOW, 2017).

Entretanto, pacientes com câncer em Cuidados Paliativos Domiciliares (CPD) podem necessitar de atendimento em setor de emergência em situações de complicações (agudas/crônicas) e/ou queda do estado geral, provocadas pela evolução natural da doença, efeitos da terapia anticâncer ou devido à falta de controle de sintomas (MIRANDA *et al.*, 2016; SEOW *et al.*, 2011). A permanência do paciente em casa e a prevenção de Visita à Emergência ou Hospitalização (VEH) são consideradas como critérios de qualidade de cuidados de fim de vida (EARLE *et al.*, 2004, 2005; SOARES *et al.*, 2020). Diversos fatores podem influenciar na permanência do paciente em casa, como, por exemplo, o acesso aos cuidados paliativos, o conforto dos cuidadores, intensidade dos sintomas e a preferência dos pacientes (ANDERSEN *et al.*, 2019).

O planejamento dos CP pode ser muito desafiador no caso de pacientes com doença avançada e com sobrevida curta, uma vez que exigirá uma abordagem rápida e efetiva por parte da equipe.

Estudo realizado no *M.D. Anderson Cancer Center*, renomado centro oncológico dos EUA, mostrou que o intervalo médio entre o encaminhamento para CP e a morte foi de menos de 2 meses (CHENG, 2005). Este período de atuação dos CP é muito curto e inaceitável, considerando que os pacientes apresentam problemas clínicos precocemente durante o curso da doença oncológica (MERCADANTE, 2016). A limitação de tempo para oferta de CPD também foi verificada em outro estudo de Mercadante *et al.*, em que a duração média do período de acompanhamento de pacientes com câncer por serviços de AD na Itália foi de 44,4 dias (MERCADANTE, 2011).

No Brasil este fenômeno não é diferente. A mediana de sobrevida global dos pacientes atendidos no ambulatório e na internação hospitalar da unidade de cuidados paliativos exclusivos do INCA foi de apenas 39 dias, conforme estudo realizado no HC IV (SILVA *et al.*, 2019). A sobrevida reduzida dos pacientes é uma limitação verificada também pelo serviço da AD do INCA, estando relacionada ao encaminhamento tardio para os cuidados paliativos (SOUZA *et al.*, 2021). Outro desafio encontrado pelo serviço da AD é a necessidade de

dimensionamento adequado dos profissionais para o quantitativo de pacientes (SOUZA *et al.*, 2021).

Apesar dos avanços da terapia oncológica nas últimas décadas, pacientes com câncer ainda apresentam elevada morbidade e mortalidade (HUI *et al.*, 2018). Estudos mostram que pacientes oncológicos apresentam múltiplos sintomas, podendo ser causados pelo câncer, por tratamentos oncológicos, complicações, comorbidades ou por fatores psicossociais. Estes sintomas, por sua vez, possuem diferentes dimensões (física, emocional, social e espiritual) e frequentemente são subdiagnosticados e subtratados (HUI *et al.*, 2017; HUI *et al.*, 2018). Isso reforça a necessidade do início precoce dos CP, uma vez que sintomas não controlados impactam de forma negativa tanto na qualidade de vida dos pacientes, como também no curso da doença (WHO, 2002).

O tratamento oncológico deve considerar que pacientes com câncer constituem um grupo heterogêneo e, por isso, necessitam de uma abordagem individualizada ao longo de todas as fases da doença, inclusive em relação aos cuidados paliativos.

No estudo sobre os cuidados paliativos no câncer e princípios doutrinários do SUS, Mendes e Vasconcellos destacam que a Equidade consiste em “assegurar ações e serviços de todos os níveis de acordo com a complexidade que cada caso requiera, considerando que todo cidadão é igual perante o SUS e será atendido conforme suas necessidades” (MENDES; VASCONCELLOS, 2015).

Para permitir a avaliação das necessidades dos pacientes em cuidados paliativos, foi desenvolvido por Saporetti *et al.* um modelo de abordagem multidimensional que envolve diferentes aspectos do ser humano: físico, emocional-psíquico, social-familiar e religioso-espiritual. Este modelo visa a orientar as atitudes da equipe frente às necessidades e sofrimento identificado em cada uma das dimensões avaliadas (SAPORETTI, 2012). Silva e Cortizo sugerem que a avaliação do paciente deva começar pelo conhecimento de sua biografia, seus valores e preferências. Também devem ser avaliados: história da doença atual e tratamentos prévios, comorbidades, sinais e sintomas do paciente, capacidade funcional, exame físico completo, estimativa de sobrevida e expectativas em relação ao plano terapêutico (SILVA e CORTIZO, 2021).

Segundo Hui e Bruera (2016), pacientes com câncer avançado possuem quatro categorias de necessidades pessoais: problemas agudos, crônicos, psicossociais e espirituais/existenciais. Dentre os problemas agudos, estão sintomas físicos (como dor, falta de ar, náusea), *delirium* e depressão com risco de suicídio. Segundo esse modelo, as necessidades agudas devem ser abordadas antes dos problemas crônicos. Como exemplo, crises de dor exigem uma

abordagem dos profissionais de saúde mais urgente do que questões espirituais ou sociais (HUI e BRUERA, 2016).

Embora os cuidados paliativos não se limitem a protocolos clínicos, seus princípios envolvem a prevenção, identificação imediata, avaliação e tratamento da dor e de outros problemas físicos, psicossociais e espirituais (WHO, 2002).

Os CPD também devem ser capazes de abordar estas diferentes dimensões do sofrimento humano, de modo a oferecer conforto e qualidade de vida ao paciente/familiar no seu lar. Portanto, a avaliação feita pela equipe da AD precisa ser abrangente, integral e ao mesmo tempo prática e objetiva, de forma a identificar quais pacientes possuem sinais e sintomas de difícil controle em domicílio e que necessitam de prioridade de cuidados.

Questões norteadoras:

- Como avaliar os principais sinais e sintomas dos pacientes oncológicos em CPD?
- Quais são as situações clínicas de manejo mais complexo/difícil no domicílio?
- Como identificar os pacientes oncológicos em CPD com maior prioridade de atendimento pela equipe da AD, visando ao controle de sinais e sintomas em casa?

Com base nessas questões, foi criado um protocolo para sistematizar a avaliação de sinais e sintomas e a estratificação de risco dos pacientes oncológicos em cuidados paliativos domiciliares. Os aplicadores do protocolo serão enfermeiros e médicos da AD, que farão a avaliação clínica do paciente e classificação de risco a cada consulta domiciliar. Outras categorias profissionais da equipe da AD também poderão usar o protocolo, caso desejem realizar uma avaliação clínica do paciente. O público-alvo avaliado através deste protocolo serão os pacientes oncológicos em cuidados paliativos exclusivos, atendidos por um serviço de AD.

1.3- Objetivos

Geral: Elaborar um protocolo de avaliação e classificação de risco de pacientes oncológicos em cuidados paliativos domiciliares, baseado em sinais e sintomas de alerta.

Específicos:

1. Analisar, por meio da revisão de literatura, os fatores determinantes de visita à emergência e/ou hospitalização de pacientes oncológicos em CPD.
2. Verificar na literatura quais os métodos de triagem existentes para estratificar a prioridade de atendimento de pacientes em CPD.

3. Elaborar um instrumento de avaliação de sinais e sintomas para pacientes com câncer em CPD e elencar os sinais e sintomas de alerta indicativos de prioridade de atendimento.

1.4 – Justificativa e relevância

Esse estudo pretende aprimorar o processo de avaliação de sinais e sintomas e a triagem de risco dos pacientes em cuidados paliativos oncológicos na atenção domiciliar. Pretende-se estimular uma abordagem mais prática e abrangente da equipe da AD, de forma a identificar as principais demandas físicas, psicológicas, espirituais e sociais dos pacientes e facilitar o planejamento e racionalização dos recursos no serviço (POTTER, 2003).

Um dos princípios básicos dos cuidados paliativos é a identificação precoce, avaliação impecável e tratamento da dor ou outros problemas físicos, psicossociais e espirituais (OMS, 2002). De acordo com Neto (2006), conforme citado por Maciel: “o controle de sintomas baseia-se nos princípios de cuidados paliativos: avaliar antes de tratar; explicar as causas dos sintomas; não esperar que um doente se queixe; adotar uma estratégia terapêutica mista; monitorizar os sintomas; reavaliar regularmente as medidas terapêuticas; cuidar dos detalhes e estar disponível” (MACIEL, 2008).

A avaliação simultânea de múltiplos sinais e sintomas permite diminuir o estresse do paciente oncológico e aumentar a efetividade do tratamento. Além disso, a avaliação da carga de sintomas (representada pela intensidade e impacto provocado pelos sintomas) pode ajudar a direcionar o planejamento terapêutico (CLEELAND, 2009).

A criação do protocolo de avaliação e classificação de risco dos pacientes oncológicos em CPD visa identificar os pacientes com prioridade de atendimento domiciliar. A finalidade deste produto é melhorar a qualidade de vida, favorecer a permanência dos pacientes em casa e evitar visitas à emergência ou hospitalizações desnecessárias.

A adoção de um sistema de classificação de risco (triagem) é fundamental na gestão de risco clínico em qualquer serviço em que a demanda clínica supere a oferta de recursos para atendimento (MACKWAY-JONES; MARSDEN; WINDLE, 2014). Com base nisso, este produto facilitará o direcionamento do fluxo dos atendimentos, o monitoramento dos pacientes, a discussão de casos em equipe e o planejamento de cuidados. Dessa forma, irá melhorar o processo de trabalho na AD e poderá auxiliar na redução de custos do sistema de saúde.

O produto também irá contribuir para o treinamento contínuo da equipe da AD no reconhecimento e manejo de dor e de outros sintomas desagradáveis e, desta forma, melhorar

a qualidade de vida dos pacientes e seus familiares, conforme os princípios dos Cuidados Paliativos (WHO, 2002).

Objetiva-se divulgar o produto entre os profissionais e alunos da unidade de Cuidados Paliativos (HC IV), bem como das outras unidades do INCA. A cada ano, muitos residentes/*fellows* de outras unidades hospitalares fazem estágio no HC IV e têm oportunidade de conhecer as rotinas da AD e dos demais setores do hospital. Este produto também poderá ser útil para avaliação de pacientes oncológicos em cuidados paliativos que ainda estejam recebendo terapia modificadora de doença nas outras unidades do INCA.

Embora tenha sido elaborado para uso na AD do INCA, espera-se que este produto tenha o potencial para ser utilizado em diferentes instituições que envolvam assistência, ensino e pesquisa a pacientes em cuidados paliativos oncológicos. No INCA, pretende-se também divulgar o protocolo através da publicação do Procedimento de Atividade Técnica do serviço da AD do HC IV, de reuniões da equipe da AD, atividades de educação continuada do HC IV e estágios/ treinamentos oferecidos a profissionais de saúde visitantes. Além disso, através de futuros estudos e publicações científicas, este produto poderá alcançar qualquer pessoa interessada no tema dos CPD.

1.5- Intervenção

O presente estudo apresenta como proposta de intervenção a criação de três produtos técnicos, listados a seguir e apresentados de forma detalhada na seção de resultados desta dissertação.

- Fluxograma para classificação de risco de pacientes oncológicos em cuidados paliativos domiciliares, com base em sinais e sintomas de alerta (Produto 4)
- Ficha de coleta de dados dos pacientes oncológicos atendidos em cuidados paliativos domiciliares (Produto 5)
- Protocolo de avaliação e classificação de risco de pacientes oncológicos em cuidados paliativos domiciliares (Produto 6)

2- MATERIAIS E MÉTODO

2.1- Delineamento e Etapas da pesquisa

2.1.1- Contextualização histórica

Em 2018 começaram a ser elaboradas estratégias para facilitar o acompanhamento e definir a prioridade de atendimento dos pacientes em CPD de um hospital oncológico de Cuidados Paliativos Exclusivos, o INCA.

A vivência prática em atendimentos domiciliares e em teleatendimentos com pacientes em CPD, somada aos desafios discutidos cotidianamente entre a equipe da AD, contribuíram para formular algumas hipóteses sobre as circunstâncias que mais interferiam na probabilidade de permanência dos pacientes em casa.

2.1.2- Pesquisa bibliográfica

Nesta etapa foi realizada uma pesquisa exploratória e descritiva, por meio de uma pesquisa bibliográfica, com a descrição e análise dos dados coletados na literatura com a finalidade de desenvolvimento de um produto tecnológico em saúde (FONTELLES *et al.*, 2009).

Foram pesquisadas escalas consolidadas de avaliação de sintomas em cuidados paliativos, escalas de prognóstico para pacientes oncológicos e protocolos de triagem para tomada de decisão baseada em prioridades clínicas.

Em seguida foram realizadas duas revisões integrativas da literatura em busca de evidências científicas a respeito dos CPD. As etapas e resultados de cada uma dessas buscas foram reunidos e sintetizados através de artigos científicos e descritos nos produtos 01 e 02 desta pesquisa. A seguir será apresentado um breve resumo de cada Revisão Integrativa da Literatura (RIL).

2.1.2.1- RIL sobre os sinais e sintomas determinantes de visita à emergência ou hospitalização de pacientes oncológicos em CPD:

Com a finalidade de compreender quais situações provocavam a interrupção dos CPD, realizou-se uma RIL sobre os sinais e sintomas determinantes de visita à emergência ou hospitalização de pacientes oncológicos em CPD. As etapas desta RIL e seus resultados foram descritos no Produto 1 desta pesquisa.

Os artigos selecionados permitiram a identificação das principais causas de procura por emergência ou hospitalização: dor; falta de ar; infecção/febre; sintomas digestivos (sobretudo, náuseas ou vômitos); delirium, queda do estado geral/fadiga e hemorragia. Estas causas correspondem a sinais e sintomas físicos prevalentes em pacientes oncológicos. Além das causas, foram identificadas condições que aumentavam ou diminuavam a probabilidade de ocorrência de visita à emergência ou hospitalização dos pacientes, conforme será detalhado no Produto 1.

2.1.2.2- RIL sobre métodos utilizados para triagem de atendimento de pacientes oncológicos em CPD.

O objetivo foi pesquisar se havia algum método de triagem desenvolvido para determinar a prioridade de atendimento de pacientes nos CPD. Nesta RIL foram selecionados dois artigos que apresentaram protocolos de triagem baseados na avaliação de sintomas, com maior destaque para os sintomas físicos.

Um dos estudos identificados utilizou a Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton (ESAS) para realização de triagem dos pacientes na primeira e segunda consulta domiciliar. Conforme a intensidade dos sintomas, os pacientes eram classificados em alta, média ou baixa prioridade de atendimento. Os pacientes com maior prioridade de atendimento eram aqueles com pontuação maior ou igual a sete em um ou mais sintomas do ESAS, devendo receber atendimento domiciliar em até 3 dias úteis (DHILIWAL, S. *et al*, 2016).

O outro estudo realizou um sistema de triagem em duas etapas: a primeira para rastreio de sintomas sugestivos de infecção pelo novo coronavírus (COVID-19) e a segunda etapa que utilizou os instrumentos PERSONS e o PaP score que avaliam, respectivamente, os sintomas e prognóstico dos pacientes. Ao final das duas etapas de triagem, os pacientes eram classificados por cores, conforme a prioridade de consulta: vermelhos, amarelos e verdes (PORZIO G. *et al*, 2020).

2.1.3- Elaboração de uma proposta de avaliação de sinais e sintomas

A partir das informações da RIL e de sucessivas discussões clínicas entre equipe da AD, foi elaborado o protótipo de um instrumento para avaliação de sinais e sintomas.

Este instrumento incluiu os parâmetros da Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton, acrescidos de outros sinais e sintomas prevalentes em pacientes com câncer avançado (sangramento, diarreia, constipação, disfagia e confusão mental aguda).

Originalmente, as informações clínicas dos atendimentos domiciliares eram escritas nos prontuários em papel padronizado pela instituição. A qualidade e o tipo de informação registrada variavam de acordo com o critério e entendimento de cada profissional.

O primeiro protótipo do instrumento surgiu da necessidade de melhor estruturar as informações dos atendimentos clínicos domiciliares. Foi elaborado um conjunto de carimbos que eram utilizados nas folhas de evolução dos prontuários em papel. Estes carimbos continham campos específicos para preenchimento das informações sobre a presença e intensidade dos sinais e sintomas dos pacientes. Havia também espaço para detalhar tais manifestações clínicas e descrever o exame físico e a conduta terapêutica. A implementação do protótipo era

acompanhada de reuniões diárias do serviço da AD, nas quais eram esclarecidas as dúvidas sobre o preenchimento das informações e discutidos os casos mais complexos.

A partir de 2020, as informações contidas nos carimbos foram submetidas a nova revisão e padronização pelo Núcleo de Apoio da AD, passando a ser registradas pelos profissionais diretamente no prontuário informatizado da instituição.

2.1.4- Definição dos sinais e sintomas de alerta na AD

Com objetivo de determinar a prioridade de atendimento domiciliar, foram definidas as situações clínicas de manejo mais complexo no domicílio. Estas situações de risco receberam a nomenclatura de sinais e sintomas de alerta.

Na primeira versão do protótipo, a escolha dos sinais e sintomas de alerta se baseou em aspectos empíricos a partir da vivência prática dos profissionais da AD, complementados por uma pesquisa bibliográfica não-estruturada, utilizando referências obtidas predominantemente de literatura cinzenta.

Posteriormente, durante a presente pesquisa de mestrado, foi realizada uma busca bibliográfica estruturada, baseada em evidências científicas, através de uma RIL sobre os fatores determinantes de visita à emergência ou hospitalização de pacientes oncológicos em CPD. Os resultados desta RIL foram importantes para consolidar os sinais e sintomas de alerta. Além disso, o processo de escolha destes parâmetros considerou aspectos resultantes de novas discussões entre pesquisadores do grupo gestor da AD, a estrutura da AD da instituição no momento da pesquisa, bem como o perfil dos pacientes atendidos pelo serviço.

Foram selecionados como sinais e sintomas de alerta na triagem de risco: dor, falta de ar, náuseas ou vômitos, confusão mental aguda (*delirium*) e sangramento.

Apesar de listadas na RIL, a fadiga e febre/infecção não foram incluídas como sinais/sintomas de alerta no protótipo de classificação de risco da AD.

A fadiga é um sintoma muito prevalente em pacientes oncológicos, principalmente na fase final de vida, e possui origem multifatorial. Entretanto, seu manejo pode ser feito em domicílio, através de orientações da equipe aos pacientes e familiares. Podem ser realizadas medidas farmacológicas e não-farmacológicas, tais como otimização energética, para minimizar os efeitos da fadiga e para que o paciente possa permanecer em casa com conforto. Por esta razão, entendeu-se que, para maioria dos pacientes atendidos pelo serviço da AD da instituição, a fadiga dispensaria a necessidade de visita à emergência ou hospitalização.

A febre/infecção também não foi selecionada como critério de alerta na classificação de risco. A febre em pacientes oncológicos em CPD pode ocorrer tanto por quadros infecciosos quanto por causa tumoral.

As infecções mais diagnosticadas em pacientes com câncer, inclusive no HC IV, são as do trato respiratório, urinário e abdominal (BRITO; ESTEVES; RODRIGUES; 2021). Diante da suspeita de infecção, a equipe da AD deve avaliar a necessidade de uso de antibiótico e/ou outras medidas terapêuticas, visando oferecer conforto para o paciente em domicílio. O encaminhamento para o hospital geralmente é reservado para os casos infecciosos graves e/ou refratários ao tratamento inicial.

A doença infecciosa causada pelo vírus SARS-CoV-2 (COVID-19) é um outro exemplo de infecção que desde 2020 começou a impactar na permanência em casa dos pacientes oncológicos atendidos pela AD (PORZIO G. *et al.*, 2020; SILVA V.G. *et al.*, 2022). Nos casos de COVID-19 sem sinais de gravidade é oferecida a possibilidade de monitoramento do paciente de forma remota, com orientações da equipe da AD através de teleatendimento (SILVA V.G. *et al.*, 2022). A hospitalização geralmente é reservada para casos graves de COVID-19 e/ou outras situações de maior complexidade, devendo ser considerado também o desejo do paciente/ familiar em relação ao local de oferta de cuidados.

2.1.5- Desenvolvimento de um Protocolo de Classificação de risco dos pacientes oncológicos em cuidados paliativos domiciliares, baseado em sinais e sintomas de alerta

A triagem da prioridade de atendimento domiciliar baseou-se na presença e intensidade dos sinais e sintomas de alerta (dor, falta de ar, náuseas/vômitos, sangramento e confusão mental aguda). Neste protótipo, a triagem da prioridade de atendimento foi denominada de classificação de risco.

A primeira versão do protocolo de classificação de risco possuía três categorias: vermelha, amarela e verde. A categoria vermelha consistia na presença de um ou mais sinais/sintomas de alerta de forte ou moderada intensidade. A categoria amarela correspondia à presença de um ou mais sinais e sintomas de alerta somente de leve intensidade. A categoria verde era utilizada para pacientes sem nenhum sinal e sintoma de alerta.

A partir da análise em campo do protótipo de classificação de risco e das discussões feitas em equipe nos últimos quatro anos, foi reformulado o protocolo de classificação de risco em maio de 2022.

A versão final do protocolo de classificação de risco baseou-se no Sistema de Triagem de Manchester, contemplando cinco categorias/cores: vermelho, laranja, amarelo, verde e azul

(MACKWAY-JONES; MARSDEN; WINDLE, 2014; AZEREDO, 2015; JESUS et al, 2021; SANTOS FILHO, 2013). Foram mantidos os sinais e sintomas de alerta usados na primeira versão do protocolo da AD e consolidados após a RIL.

Os portadores de sinais/sintomas de alerta de forte intensidade (pontuação maior ou igual a 7) passaram a caracterizar a categoria vermelha (com maior prioridade de atendimento), enquanto os de moderada intensidade (pontuação entre 4 e 6) foram classificados na categoria laranja.

A categoria amarela passou a representar pacientes com sinais/sintomas de alerta de leve intensidade (pontuação entre 1 e 3). A classificação verde é utilizada para designar pessoas sem nenhum sinal/sintoma de alerta e sem outro motivo urgente para discussão de caso em equipe e/ou prioridade na marcação de consulta. Os pacientes da categoria verde são atendidos dentro do planejamento ordinário do serviço.

Outra mudança na versão atual do protocolo foi a criação da categoria azul, para designar pacientes sem sinais/sintomas de alerta, mas que possuam outra situação crítica com prioridade de atenção pela equipe da AD. Alguns exemplos contemplados na categoria azul seriam situações de vulnerabilidade social, sobrecarga de cuidador, sofrimento emocional/espiritual intenso ou a presença de outras condições clínicas potencialmente graves (tais como quadros infecciosos ou descompensação de comorbidades). A criação da categoria azul surgiu a partir da observação de que, na primeira versão do protótipo, alguns pacientes eram propositadamente classificados pelos profissionais como vermelhos, mesmo na ausência de sinais/sintomas de alerta, para que tivessem prioridade na discussão de casos em equipe e/ou na marcação de consulta subsequente.

O Protocolo de avaliação e classificação de risco será descrito no item 3.6 da seção de resultados deste relatório de pesquisa.

2.1.6- Documentação na unidade

Em julho de 2022, formulou-se uma documentação oficial de Procedimento de Atividade Técnica que descreve o protocolo elaborado nesta pesquisa. O objetivo foi padronizar a avaliação de sinais e sintomas e a classificação de risco dos pacientes da AD do INCA.

O conteúdo desta documentação foi definido e elaborado a partir de reuniões entre os gestores da AD. Em seguida, o documento passou pela revisão e contribuições da gestora do setor de qualidade da instituição, sendo então encaminhado para Direção da unidade. Este documento foi estruturado conforme o modelo preconizado pelo hospital, contendo objetivo,

campo de aplicação, conceitos, descrição do procedimento e monitorização dos dados coletados.

Em cinco de setembro de 2022, este Procedimento de Atividade Técnica da AD do HC IV foi aprovado e publicado no Sistema Normativa do INCA, sob o número 304.1830.004.

2.2 Aspectos Éticos

Esta pesquisa dispensou registro no sistema CEP/CONEP, conforme disposto nos incisos VI e VII do Parágrafo Único do art. 1º da Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. Os referidos incisos desta Resolução são reproduzidos a seguir: “VI- pesquisa realizada exclusivamente com textos científicos para revisão da literatura científica; VII- pesquisa que objetiva o aprofundamento teórico de situações que emergem espontânea e contingencialmente na prática profissional, desde que não revelem dados que possam identificar o sujeito”.

O presente estudo se limitou à descrição do processo de elaboração e apresentação do protocolo de avaliação e classificação de risco de pacientes oncológicos em CPD, elaborado para o serviço da AD do INCA, em conformidade com o Termo de Anuência assinado pela Direção da unidade HC IV do INCA (disposto no Anexo 1).

2.3 Produtos da Pesquisa:

Esta pesquisa gerou seis produtos, listados a seguir:

- Produto 1: Artigo - Fatores associados à visita a serviço de emergência ou hospitalização de pacientes oncológicos em cuidados paliativos domiciliares: uma Revisão Integrativa.
- Produto 2: Artigo – Cuidados paliativos oncológicos na atenção domiciliar: uma revisão integrativa sobre triagem de atendimento
- Produto 3: Artigo - Elaboração de um protocolo de classificação de risco para pacientes oncológicos em cuidados paliativos domiciliares
- Produto 4: Produção técnica – Fluxograma para classificação de risco de pacientes oncológicos em cuidados paliativos domiciliares, com base em sinais e sintomas de alerta
- Produto 5: Produção técnica – Ficha de coleta de dados dos pacientes oncológicos atendidos em cuidados paliativos domiciliares
- Produto 6: Produção técnica – Protocolo de avaliação e classificação de risco de pacientes oncológicos em cuidados paliativos domiciliares

3- APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

De acordo com as diretrizes estabelecidas pelo Programa de Mestrado Profissional em Saúde e Tecnologia no Espaço Hospitalar, esta dissertação apresenta como resultados seis produtos de pesquisa: três artigos científicos e três produções técnicas e tecnológicas. As três produções técnicas estão localizadas na categoria Manual ou Protocolos, no estrato T1 da Classificação de Produção Técnica e Tecnológica (PTT) da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) de 2020.

3.1 Produto 1: Artigo 1 – Este artigo foi submetido à Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental (RPCFO), sendo aceito em 09/11/2022 para publicação. A publicação deste artigo está prevista a partir de janeiro de 2023, no volume 15 da revista.

FATORES ASSOCIADOS À VISITA À EMERGÊNCIA OU HOSPITALIZAÇÃO EM CUIDADOS PALIATIVOS ONCOLÓGICOS DOMICILIARES: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

FACTORS ASSOCIATED WITH EMERGENCY ROOM VISIT OR HOSPITALIZATION IN CARE ONCOLOGY HOME CARE: AN INTEGRATIVE REVIEW

FACTORES ASOCIADOS A LA VISITA A URGENCIAS O A LA HOSPITALIZACIÓN EN CUIDADO ATENCIÓN ONCOLÓGICA A DOMICILIO: UNA REVISIÓN INTEGRADORA

Flávia Navi de Souza^{1,2}, Vanessa Gomes da Silva^{2,3}, Alexandre Sousa da Silva¹

1 Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO), Rio de Janeiro, Brasil

2 Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA), Rio de Janeiro, Brasil

3 Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), Rio de Janeiro, Brasil

RESUMO

Objetivo: identificar os fatores associados à visita à emergência ou hospitalização dos pacientes oncológicos em cuidados paliativos domiciliares. **Método:** revisão integrativa nas

bases *PubMed*, LILACS, *Web of Science e Embase*. Perguntou-se “quais os fatores associados à visita a serviços de emergência ou hospitalização de pacientes oncológicos em cuidados paliativos domiciliares?”. Descritores foram neoplasias; cuidados paliativos; hospitalização; serviços médicos de emergência; serviços de assistência domiciliar. Critérios de elegibilidade foram texto na íntegra; entre 2012 e 2022; idioma inglês, português ou espanhol; idade adulta.

Resultados: foram selecionados 16 artigos. As causas mais comuns de visita à emergência/hospitalização foram dor, falta de ar, infecção, sintomas digestivos, delirium e queda do estado geral/fadiga. **Conclusão:** este estudo identificou lacunas em que os cuidados paliativos domiciliares podem ser aprimorados.

DESCRITORES: Cuidados paliativos; Neoplasias; Serviços de assistência domiciliar; Emergência; Hospitalização.

ABSTRACT

Objective: to identify the factors associated with the emergency visit or hospitalization of cancer patients in palliative home care. **Method:** integrative review in PubMed, LILACS, Web of Science and Embase. The question was “what factors are associated with visiting emergency services or hospitalization of cancer patients in palliative home care?”. Descriptors were neoplasms; palliative care; hospitalization; emergency medical services; home care services. Eligibility criteria were full text; between 2012 and 2022; English, Portuguese or Spanish language; adulthood. **Results:** 16 articles were selected. The most common causes of emergency room visits/hospitalization were pain, shortness of breath, infection, digestive symptoms, delirium, and poor general condition/fatigue. **Conclusion:** this study identified gaps in which palliative home care can be improved.

DESCRIPTORS: Palliative care; Neoplasms; Home care services; Emergency; Hospitalization.

RESUMEN

Objetivo: identificar los factores asociados a la visita a urgencias u hospitalización de pacientes oncológicos en cuidados paliativos domiciliarios. **Método:** revisión integrativa en PubMed, LILACS, Web of Science y Embase. La pregunta fue “¿qué factores se asocian con la visita a los servicios de emergencia o la hospitalización de pacientes oncológicos en cuidados paliativos domiciliarios?”. Descriptores fueron neoplasias; Cuidados paliativos; hospitalización; servicios médicos de emergencia; servicios de atención domiciliaria. Los criterios de elegibilidad fueron texto completo; entre 2012 y 2022; idioma inglés, portugués

o español; edad adulta. **Resultados:** se seleccionaron 16 artículos. Las causas más comunes de visitas a la sala de emergencias/hospitalización fueron dolor, dificultad para respirar, infección, síntomas digestivos, delirio y mal estado general/fatiga. **Conclusión:** este estudio identificó brechas en las que se pueden mejorar los cuidados paliativos domiciliarios.

DESCRIPTORES: Cuidados paliativos; Neoplasias; Servicios de atención domiciliaria; Emergencia; Hospitalización.

INTRODUÇÃO

O câncer é a segunda causa de morte no mundo, com grande impacto físico, emocional e financeiro na vida de pacientes, familiares, comunidades e nos sistemas de saúde.¹ Também representa a principal causa de necessidade de Cuidados Paliativos (CP) em adultos no mundo.² Apesar dos avanços na saúde, muitos casos de câncer são diagnosticados em fase avançada, com pouca chance de cura.³

Um dos principais objetivos dos cuidados paliativos oncológicos é a identificação e controle dos principais sintomas dos pacientes com câncer avançado, o que pode ser feito em diferentes cenários, como domicílio, ambulatório, unidades hospitalares, unidades de cuidados paliativos exclusivos ou em instituições de longa permanência.⁴⁻⁵ O local onde paciente deseja receber os cuidados, inclusive no fim de vida, costuma ser a própria casa, o que requer preparo e estrutura para tornar isso viável.^{4,6-7} Existem serviços de Assistência Domiciliar (AD) especializados em CP oncológicos, cujos benefícios incluem favorecer o alívio de sinais e sintomas físicos, psicológicos, sociais ou espirituais, reduzir a procura por emergência, evitar internações desnecessárias, reduzir a taxa de morte no ambiente hospitalar e permitir que os pacientes fiquem maior tempo em casa ao lado de suas famílias, reduzindo também os custos hospitalares.⁸⁻¹⁴

Entretanto, pacientes com câncer em Cuidados Paliativos Domiciliares (CPD) podem necessitar de atendimento em setor de emergência em situações de complicações e/ou queda do estado geral, provocadas pela evolução natural da doença, efeitos da terapia anticâncer ou pela falta de controle de sintomas.¹⁵⁻¹⁶

Diante da proximidade da morte, deve-se tentar o controle adequado dos sintomas dos pacientes no local de sua preferência. Muitos desejam evitar visita à emergência devido ao sofrimento inerente ao atendimento e por isso frequentemente resultar em hospitalização.¹⁷⁻¹⁹ A permanência do paciente em casa e a prevenção de Visita à Emergência ou Hospitalização (VEH) são consideradas critérios de qualidade dos cuidados de fim de vida.²⁰⁻²² Em contraponto, visitas repetidas à emergência, internação prolongada e morte no hospital são

consideradas cuidados agressivos de fim de vida.²³ Destaca-se que a permanência do paciente em casa sofre influência de fatores diversos, como por exemplo, o acesso a CP, conforto dos cuidadores, intensidade dos sintomas e preferência dos pacientes.²⁴

Este estudo teve como objetivo identificar na literatura quais são os fatores associados à visita à emergência ou hospitalização dos pacientes oncológicos em CPD.

MÉTODOS

Foi utilizada a Revisão Integrativa da Literatura (RIL) para coleta de dados e levantamento bibliográfico, visando a busca, avaliação crítica e síntese das evidências disponíveis sobre o tema estudado, de forma a ajudar no direcionamento de novas pesquisas e no aprimoramento da assistência à saúde.²⁵ O processo de elaboração da RIL percorreu seis etapas distintas, descritas a seguir.

Na primeira etapa, definiu-se a pergunta de pesquisa, utilizando o acrônimo PICO (população, fenômeno de interesse e contexto), onde a população foi representada pelos pacientes oncológicos em cuidados paliativos; o fenômeno de interesse foi a visita à emergência ou hospitalização; e o contexto estava relacionado à assistência domiciliar. A questão da pesquisa, portanto, foi: “quais os fatores associados à visita a serviços de emergência ou hospitalização de pacientes oncológicos em cuidados paliativos domiciliares?” A estratégia de busca envolveu vocabulários estruturados dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e do *Medical Subject Headings* (MeSH), palavras-chave e os operadores booleanos “OR”, “AND” e “NOT”. Na segunda etapa foi realizada busca na literatura, através de quatro bases de dados eletrônicas: *PubMed/Medline*, *Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS)*, *Embase* e *Web of Science*.

Utilizaram-se diferentes estratégias de busca para cada base de dados. A frase booleana utilizada para busca no *Pubmed* foi: ("neoplasms" OR "neoplasm" OR "cancer" OR "tumor" OR "tumour" OR "malignan*" OR "malignant neoplasms" OR "malignant neoplasm" OR "neoplasia" OR "carcinoma" OR "oncol*") AND ("palliative care" OR "palliative medicine" OR "hospices" OR "hospice care" OR "palliative supportive care" OR "palliative therapy" OR "palliati*" OR "terminal*" OR "incurable" OR "dying" OR "end of life" OR "terminal care") AND ("house calls" OR "home visits" OR "home care services" OR "domiciliary care" OR "home care" OR "Home Health Care Services" OR "home palliative care" OR "home-based palliative care") AND ("emergencies" OR "emergency" OR "Emergency Services, Hospital" OR "hospital Emergency Services" OR "Services, Hospital Emergency" OR "Emergency Hospital Service" OR "Emergency Hospital Services" OR

"Service, Emergency Hospital" OR "Services, Emergency Hospital" OR "Emergency, Hospital Service" OR "Emergency Units" OR "Emergency Unit" OR "Emergency Departments" OR "Department, Emergency" OR "Departments, Emergency" OR "Emergency Department" OR "hospitalization" OR "After-hours" OR "out-of-hours" OR "unplanned hospital admission" OR "Unscheduled") NOT ("child*" OR "adolescent" OR "pediatric*" OR "paediatric*" OR "non-malignant*" OR "noncancer" OR "noncancer" OR "nonmalignan*").

A busca foi feita em janeiro de 2022 e repetida em junho de 2022. Os critérios de inclusão foram: texto completo disponível em revistas acadêmicas; publicação dos últimos dez anos; população adulta; idiomas inglês, português ou espanhol. Os critérios de exclusão foram: artigos que não respondiam à pergunta da pesquisa; estudos com crianças/adolescentes; estudos com mistura de pacientes oncológicos e não-oncológicos, em que pacientes oncológicos representassem menos da metade da amostra; estudos de revisão/ relato de caso; publicações com mais de dez anos; e idiomas diferentes de inglês, português e espanhol.

Na terceira etapa, foi realizada a categorização dos estudos, com a organização das informações e criação de banco de dados. Foram extraídas as informações de título/ano/país, objetivo, método e resultados, que foram registradas em planilhas do *Microsoft Excel*[®] e em documentos do *Microsoft Word*[®]. Para o gerenciamento das referências, utilizou-se o software *Mendeley Reference Manager*. O preenchimento do fluxograma da busca foi realizado com base no modelo PRISMA 2020, adaptado pelos autores.

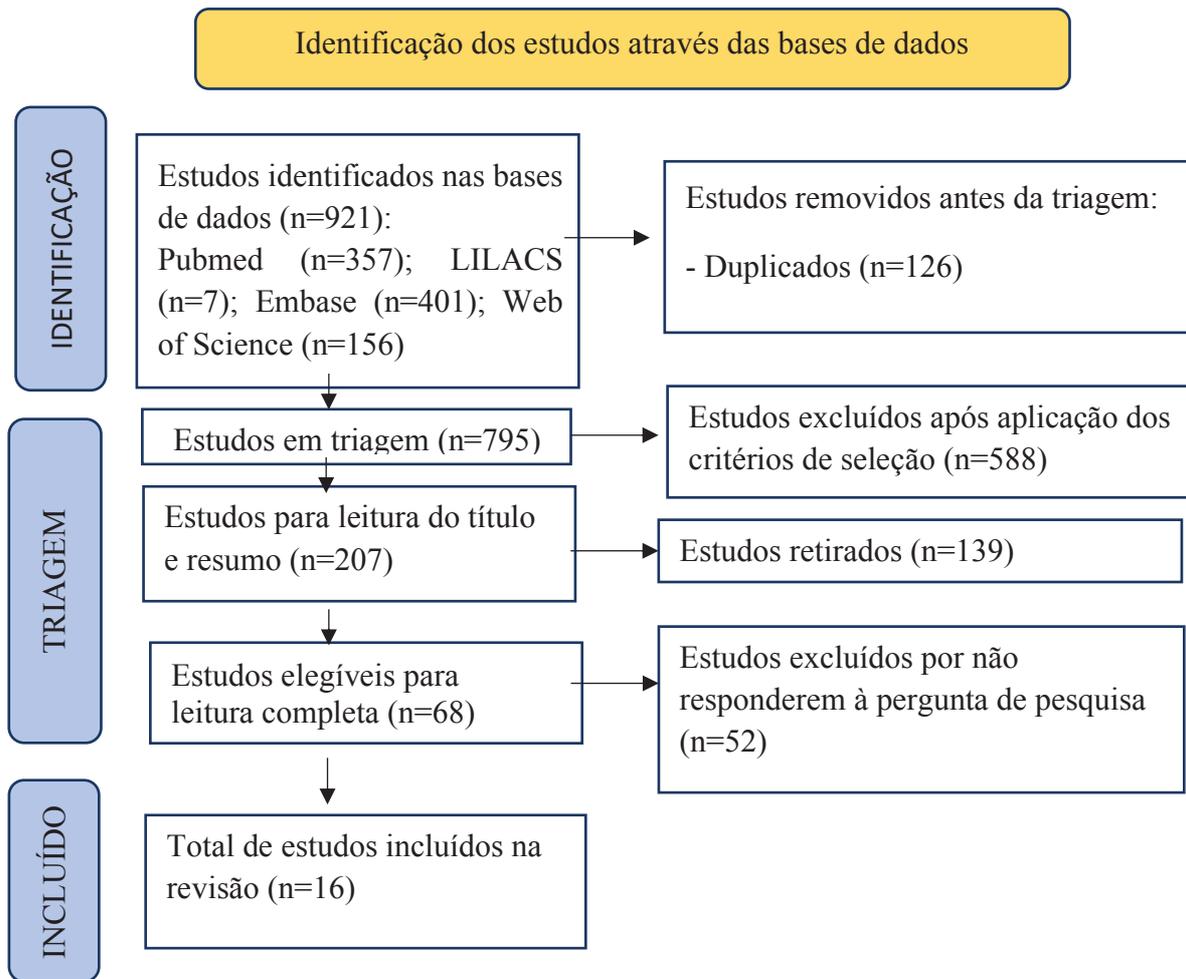
A quarta etapa consistiu na leitura na íntegra dos artigos, com avaliação e análise crítica dos estudos pré-selecionados. Na quinta etapa foram interpretados e discutidos os resultados. Também foram feitas sugestões para futuras pesquisas e proposta de recomendações. Por fim, na sexta etapa, foi realizada a síntese do conhecimento, com apresentação na forma deste artigo científico.

RESULTADOS

Através da busca na base de dados, foram encontrados 921 estudos: 357 no *PubMed*, 7 na LILACS, 401 na *Embase* e 156 na *Web of Science*. Eliminados os duplicados, restaram 795 estudos para triagem, dos quais 588 foram excluídos após aplicação dos critérios de seleção. Foi realizada leitura de título e resumo de 207 estudos, seguida da retirada de 139 estudos que não tinham pertinência com o tema estudado. Foram considerados elegíveis 68 estudos para leitura na íntegra, com exclusão de 52 estudos por não responderem à pergunta

de pesquisa. Um total de 16 estudos foi incluído na seleção dessa RIL, conforme fluxograma PRISMA representado na Figura 1.

Figura 1- Fluxograma PRISMA de busca nas bases de dados e seleção dos estudos (adaptado pelos autores). Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2022



As principais características dos estudos selecionados foram mapeadas no Quadro 1.

Quadro 1- Mapeamento das principais características dos 16 estudos selecionados. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2022

Título/ano/país	Objetivo	Método	Resultados
<i>End-of-life care pathway of head and neck cancer</i>	Avaliar o papel dos CP para pacientes com	Retrospectivo.	As complicações mais comuns nos pacientes foram infecção (também causa mais comum de

<p><i>patients: single institution experience</i>²⁶ Ano: 2018 País: Finlândia</p>	<p>câncer de cabeça e pescoço.</p>		<p>VEH), sangramento, <i>delirium</i> e obstrução de vias aéreas.</p>
<p><i>Enhanced home palliative care could reduce emergency department visits due to non-organic dyspnea among cancer patients: a retrospective cohort study</i>²⁷ Ano: 2021 País: Taiwan</p>	<p>Comparar o resultado de duas abordagens diferentes da equipe de CPD no controle da falta de ar.</p>	<p>Coorte retrospectivo.</p>	<p>As causas mais comuns de visita à emergência foram: falta de ar, dor, sintomas gastrintestinais e febre. Houve redução de procura à emergência por falta de ar no grupo com CPD em horário estendido (sete dias por semana).</p>
<p><i>End-of-Life Cancer Care: Temporal Association between Homecare Nursing and Hospitalizations</i>²⁸ Ano: 2016 País: Canadá</p>	<p>Investigar a relação temporal entre atendimento domiciliar de enfermagem na redução de hospitalizações na fase de fim de vida.</p>	<p>Coorte retrospectivo.</p>	<p>CPD reduziram de forma expressiva a taxa de hospitalização nos últimos seis meses de vida. AD convencional feita no último mês de vida também protegeu contra hospitalizações.</p>
<p><i>The Palliative-Supportive Care Unit in a Comprehensive Cancer Center as Crossroad for Patients' Oncological Pathway</i>²⁹ Ano: 2016 País: Itália</p>	<p>Avaliar como a admissão em unidades de cuidados paliativos pode influenciar a trajetória dos pacientes com câncer avançado.</p>	<p>Prospectivo.</p>	<p>Os motivos mais comuns de hospitalizações foram dor não controlada, toxicidade por opioide, toxicidade do tratamento anticâncer e cuidados de fim de vida.</p>

<p><i>Palliative Care Unit at Home: Impact on Quality of Life in Cancer Patients at the End of Life in a Rural Environment</i>⁷</p> <p>Ano: 2022</p> <p>País: Espanha</p>	<p>Estudar o impacto de CPD na qualidade de assistência a pacientes com câncer.</p>	<p>Retrospectivo.</p>	<p>A ausência de CPD aumentou o risco de visitas à emergência, internações e morte em hospital. As causas mais comuns das internações foram queda do estado geral, falta de ar, infecção, dor e toxicidade.</p>
<p><i>Palliative home care and emergency department visits in the last 30 and 90 days of life: a retrospective cohort study of patients with cancer</i>¹³</p> <p>Ano: 2021</p> <p>País: Canadá</p>	<p>Avaliar associação entre CPD e visitas à emergência nos 30 e 90 dias antes da morte.</p>	<p>Coorte retrospectivo.</p>	<p>Nos últimos 30 e 90 dias de vida, pacientes que receberam atendimento domiciliar por equipes generalistas ou que não receberam atendimento domiciliar tiveram maior chance de visita à emergência.</p>
<p><i>Are emergency admissions in palliative cancer care always necessary? Results from a descriptive study</i>³⁰</p> <p>Ano: 2013</p> <p>País: Noruega</p>	<p>Registrar as razões de admissões em emergência, avaliar a intensidade de sintomas na admissão e na alta e registrar as intervenções durante hospitalizações</p>	<p>Prospectivo, descritivo.</p>	<p>Sintomas respiratórios, gastrintestinais e dor foram as razões mais comuns de admissões, que se converteram em internações na maioria dos casos.</p>
<p><i>Palliative care needs of advanced cancer patients in the emergency department at the end of</i></p>	<p>Fornecer informações sobre visitas à emergência de</p>	<p>Coorte observacional retrospectivo.</p>	<p>Os sinais e sintomas mais frequentes nos pacientes que procuraram emergência foram falta de ar, dor e ascite.</p>

<i>life: an observational cohort study</i> ¹⁹ Ano: 2020 País: Holanda	pacientes com câncer avançado em fim de vida.		
<i>The characteristics of advanced cancer patients followed at home, but admitted to the hospital for the last days of life</i> ⁶ Ano: 2016 País: Itália	Conhecer as características dos pacientes da AD hospitalizados nos últimos dias de vida e identificar fatores de risco para hospitalização.	Retrospectivo, exploratório descritivo.	Pacientes com câncer de pulmão, câncer de cabeça e pescoço ou câncer de próstata tiveram maior probabilidade de morrer no hospital. Ter cuidador do sexo feminino aumentou a probabilidade de morte em casa.
<i>Factors associated with emergency services use in Taiwanese advanced cancer patients receiving palliative home care services during out-of-hours periods: a retrospective</i> ³¹ Ano: 2018 País: Taiwan	Investigar os fatores que levam pacientes com câncer avançado a procurarem emergência fora do período de funcionamento do serviço de AD.	Caso-controle, retrospectivo.	40% da procura por emergência ocorreu fora do horário normal de funcionamento dos CPD e teve associada à presença de duas das seguintes condições: falta de ar, alteração do nível de consciência e sangramento gastrointestinal.
<i>Effectiveness of palliative home-care services in reducing hospital admissions and determinants of hospitalization for terminally ill patients followed up by a palliative home-care</i>	Avaliar a eficácia de serviço de CPD em reduzir hospitalização e identificar fatores que predizem a probabilidade de um paciente tratado em casa ser hospitalizado.	Coorte retrospectivo.	Pacientes em CPD tiveram maior chance de morte em casa, menor risco de hospitalização e passaram menos dias internados nos últimos dois meses de vida. Os principais fatores de risco para internação foram: falta de ar; dor; tumores hematológicos; carcinoma hepatocelular.

<p><i>team: a retrospective cohort study</i>⁹</p> <p>Ano: 2014</p> <p>País: Itália</p>			
<p><i>Cancer patients, emergencies service and provision of palliative care</i>¹⁵</p> <p>Ano: 2016</p> <p>País: Brasil</p>	<p>Descrever as características dos pacientes com câncer admitidos no serviço de emergência, observando a cobertura de CP e AD.</p>	<p>Prospectivo, transversal.</p>	<p>O sintoma mais prevalente na admissão em emergência foi dor. Os cânceres mais frequentes foram colo uterino, mama e próstata, a maioria em estágio avançado.</p>
<p><i>Home hospitalization for palliative care: factors associated with unplanned hospital admissions and death in hospital</i>³²</p> <p>Ano: 2021</p> <p>País: França</p>	<p>Descrever a ocorrência e os fatores associados a hospitalizações não planejadas de pacientes oncológicos em cuidados de fim de vida em casa.</p>	<p>Retrospectivo.</p>	<p>57,7% dos pacientes tiveram uma ou mais hospitalizações não planejadas. A maioria ocorreu por falta de ar, infecção, sintoma digestivo, delirium, dor, iatrogenia, hemorragia e evento cardiovascular. Atendimento de CPD após alta hospitalar reduziu o risco de hospitalização.</p>
<p><i>Reasons for transferral to emergency departments of terminally ill patients - a French descriptive and retrospective study</i>³³</p> <p>Ano: 2016</p> <p>País: França</p>	<p>Identificar as razões das transferências dos pacientes de casa para emergência e avaliar se essas apresentações poderiam ou não ser evitadas.</p>	<p>Retrospectivo.</p>	<p>As principais causas de visita à emergência foram: fadiga, isolamento social, realização de exames, falta de ar, fim de vida e dor.</p>
<p><i>End-of-life hospital referrals by out-of-hours</i></p>	<p>Explorar encaminhamento</p>	<p>Retrospectivo descritivo.</p>	<p>Fatores de risco para encaminhamento para hospital</p>

<p><i>general practitioners: a retrospective chart study</i>³⁴ Ano: 2012 País: Holanda</p>	<p>hospitalar de pacientes em cuidados paliativos que haviam contatado um clínico plantonista</p>		<p>foram: câncer, problemas cardiovasculares, digestivos e metabólicos. Fatores protetores: AD de enfermagem; compartilhamento de dados clínicos entre o médico assistente e cooperativa de plantão. Causas mais comuns de hospitalização foram problemas digestivos, desidratação e problemas respiratórios.</p>
<p><i>Predictors of emergency room visits or acute hospital admissions prior to death among hospice palliative care clients in Ontario: a retrospective cohort study</i>³⁵ Ano: 2014 País: Canadá</p>	<p>Examinar os preditores de VEH entre pacientes em CPD.</p>	<p>Coorte retrospectivo, descritivo.</p>	<p>52,2% dos pacientes tiveram uma ou mais VEH. Fatores protetores de VEH foram: ter diretiva antecipada de vontade, desejo de falecer em casa, saúde instável e uso aumentado de serviços formais de saúde. Infecções aumentaram o risco de VEH.</p>

Onze estudos avaliaram as causas de VEH. As principais causas, conforme número de citações são: dor (oito); falta de ar (sete); infecção/febre (seis); sintomas digestivos (cinco); delirium, queda do estado geral/fadiga (três); hemorragia, toxicidade, sobrecarga familiar e ascite (dois). Outros fatores citados em apenas um artigo foram: cuidados de fim de vida, sintomas neurológicos, falência renal, obstrução de vias aéreas, isolamento social, realização de exames e desidratação/ distúrbios metabólicos. A maioria das causas consistiu em sinais ou sintomas físicos apresentados pelos pacientes oncológicos em CPD. A dor foi a causa com maior número de citações nos estudos, porém afetou o maior percentual de pacientes em apenas dois estudos.^{15,29} Em relação à quantidade de pacientes afetada por cada causa, a falta de ar foi o sintoma que provocou VEH no maior percentual de pacientes.

Oito estudos apontaram fatores de risco para VEH, sendo os mais citados: falta de ar e tumor hematológico (cada um citado em dois artigos).^{9,13,31} Os demais fatores de risco, citados em apenas um artigo foram: dor, alteração do nível de consciência, sangramento

gastrointestinal, sexo masculino, tumores geniturinários, carcinoma hepatocelular, câncer de pulmão, câncer de cabeça e pescoço, câncer de próstata, fim de vida com cuidador do sexo masculino, estado conjugal casado, ausência de CPD, feriados ou períodos noturnos sem atendimento disponível da equipe de CPD, problemas cardiovasculares, problemas digestivos, desidratação/ distúrbios metabólicos e pneumonia.

Os fatores de proteção foram mencionados em sete artigos. Exemplos dessa categoria são: CPD nos últimos 6 meses de vida, CP após alta hospitalar, atendimento domiciliar de enfermagem no último mês de vida, início precoce de cuidados paliativos, cuidadora do sexo feminina ou cônjuge feminina, acesso a serviço de CPD com funcionamento em horário estendido e treinamento da equipe para controle de falta de ar, integração entre médico assistente e equipe de plantão; presença de diretivas antecipadas de vontade.

Os dados dos estudos sobre visita à emergência não foram estratificados separadamente dos de hospitalização, pois muitas visitas à emergência resultam em hospitalização¹⁸⁻¹⁹ e ambas as situações impactam de forma negativa a vida dos pacientes com câncer.²³

DISCUSSÃO

Os dados dessa RIL reforçam que CPD melhoram a qualidade de vida dos pacientes oncológicos, aumentam o tempo de permanência em casa e reduzem o risco de VEH.^{7,9,13,15,28,32}

Apesar dos benefícios oferecidos pelos CPD, o percentual de pacientes com câncer que recorre à VEH ainda é alto, seja por sinais e sintomas físicos inerentes à fase avançada da doença;^{6,7,9,15,19,26-27,29-35} fatores inerentes a determinados tipos de câncer;^{6,9,13,26} fatores sociais/familiares;^{6,32-33} fatores culturais ou características da rede de saúde.^{27,30,35} O risco aumentado de hospitalização em pacientes com tumores hematológicos foi demonstrado em dois artigos^{9,13} desta revisão coincidindo com dados do estudo anteriores³⁶ em que portadores de tumores não-sólidos tiveram maior probabilidade de morte em hospital, o que foi atribuído à existência de múltiplas opções de tratamento, mesmo em fases avançadas de doença.

Nos últimos seis meses de vida, cada semana próxima à morte foi associada ao aumento do risco de hospitalização.²⁸ Na fase de fim de vida, vários fatores multidimensionais podem influenciar a decisão de manter paciente em casa ou no hospital.⁶ Estudo canadense mostrou que o desejo do paciente em morrer em casa e existência de diretivas antecipadas de vontade podem ter papel protetor contra VEH,³⁵ coincidindo com dados descritos previamente.¹⁷

Muitas visitas de pacientes terminais à emergência foram consideradas potencialmente evitáveis, por resultarem em cuidados que poderiam ter sido realizados em casa.³³ Alguns estudos selecionados apontaram estratégias capazes de prevenir VEH, como treinamento da equipe de CPD no manejo de sintomas dos pacientes em casa,^{27,31} funcionamento do serviço de CP em tempo estendido (sete dias por semana)²⁷ e orientação dos pacientes/familiares para fazer contato telefônico com a equipe da AD antes de procurar emergência.³³ O teleatendimento é uma estratégia vantajosa para pacientes com câncer em CP, por facilitar a avaliação e controle dos sintomas em casa, permitir adoção de medidas proativas e reduzir a procura por serviços de emergência.³⁷⁻³⁸ As causas mais comuns de ligações de emergência feitas por pacientes oncológicos foram falta de ar, dor, delirium, perda do nível de consciência e hemorragia. Estas se assemelham àquelas encontradas nesta RIL como motivos mais frequentes de VEH dos pacientes oncológicos em CPD. Outro estudo também mostrou que existe maior probabilidade de visita à emergência fora do horário de funcionamento do serviço de CPD na presença de dois destes fatores: falta de ar, alteração do nível de consciência ou sangramento gastrointestinal.³¹

Outros estudos avaliaram as condições relacionadas ao serviço de saúde, tais como a integração dos CPD com a atenção básica de saúde que se mostrou eficaz para reduzir taxas de VEH.^{27,30,33-34}

CONCLUSÃO

Esta RIL identificou os principais fatores associados à VEH em CPD, representados por sinais e sintomas clínicos prevalentes em pacientes com câncer avançado. Estes dados podem auxiliar na orientação dos pacientes/familiares e no treinamento da equipe de CPD, otimizando o planejamento de cuidados. Contudo, a amostragem reduzida de estudos desta revisão limita o poder de generalização sobre os resultados identificados. Novos estudos são necessários para ampliar a compreensão sobre as condições relacionadas à VEH, especialmente no cenário brasileiro de CPD.

Como desdobramento inicial desta RIL, os pesquisadores reformularam um instrumento de triagem de pacientes oncológicos em CPD, baseado em sinais e sintomas de alerta, ou seja, aqueles de manejo mais complexo em domicílio. A primeira versão deste instrumento foi elaborada por Silva VG e Souza FN em 2018, para estratificar a prioridade de atendimento domiciliar de pacientes oncológicos de uma unidade de cuidados paliativos exclusivos. Pesquisas adicionais são necessárias para avaliação, validação de uso e veiculação da nova versão deste instrumento.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization (WHO). WHO Cancer Resolution; Cancer prevention and control in the context of an integrated approach. 17th World Heal Assem. [Internet]. 2017 [cited 2022 sep 5]. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/275676>.
2. Worldwide Hospice Palliative Care Alliance (WHPCA) [homepage in internet]. Global Atlas of Palliative Care. 2nd Edition. 2020 [cited 2022 sep 5]. Available from: <https://www.thewhpc.org/resources/global-atlas-on-end-of-life-care>.
3. Atty AT de M, Tomazelli JG. Cuidados paliativos na atenção domiciliar para pacientes oncológicos no Brasil. *Saúde debate*. [Internet]. 2018 [acesso em 05 de setembro 2022];42(116). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201811618>.
4. Bittencourt NCC de M, Santos KA, Mesquita MG da R, Silva VG da, Telles AC, Silva MM da. Sinais e sintomas manifestados por pacientes em cuidados paliativos oncológicos na assistência domiciliar: uma revisão integrativa. *Esc. Anna Nery Rev. Enferm*. [Internet]. 2021 [acesso em 05 de setembro 2022];25(4). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0520>.
5. Ohiohealth Hospice. Vamos falar de Cuidados Paliativos. *Soc Bras Geriatr e Gerontol*. [Internet]. 2014 [acesso em 05 de setembro 2022];17. Disponível em: <https://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2014/11/vamos-falar-de-cuidados-paliativos-vers--o-online.pdf>.
6. Mercadante S, Masedu F, Valenti M, Mercadante A, Aielli F. The characteristics of advanced cancer patients followed at home but admitted to the hospital for the last days of life. *Intern. emerg. med*. [Internet]. 2016 [cited 2022 sep 5];11(5). Available from: <https://doi.org/10.1007/s11739-016-1402-1>.
7. Moncho MEI, Palomar-Abril V, Soria-Comes T. Palliative Care Unit at Home: Impact on Quality of Life in Cancer Patients at the End of Life in a Rural Environment. *Am J Hosp Palliat Med*. [Internet]. 2022 [cited 2022 sep 5];39(5). Available from: <https://doi.org/10.1177/10499091211038303>.
8. Dhiliwal SR, Muckaden M. Impact of specialist home-based palliative care services in a tertiary oncology set up: A prospective non-randomized observational study. *Indian J Palliat Care*. [Internet]. 2015 [cited 2022 sep 5];21(1). Available from: <https://doi.org/10.4103/0973-1075.150170>.
9. Riolfi M, Buja A, Zanardo C, Marangon CF, Manno P, Baldo V. Effectiveness of palliative home-care services in reducing hospital admissions and determinants of hospitalization for terminally ill patients followed up by a palliative homecare team: A

retrospective cohort study. *Palliat. med.* [Internet]. 2014 [cited 2022 sep 5];28(5). Available from: <https://doi.org/10.1177/0269216313517283>.

10. Enguidanos S, Rahman A, Fields T, Mack W, Brumley R, Rabow M, et al. Expanding access to home-based palliative care: A randomized controlled trial protocol.

J. palliat. med. [Internet]. 2019 [cited 2022 sep 5];22(S1). Available from: <https://doi.org/10.1089/jpm.2019.0147>.

Sutradhar R, Barbera L, Seow HY. Palliative homecare is associated with reduced high- and low-acuity emergency department visits at the end of life: A population-based cohort study of cancer decedents. *Palliat. med.* [Internet]. 2017 [cited 2022 sep 5];31(5). Available from: <https://doi.org/10.1177/0269216316663508>.

11. Alonso-Babarro A, Astray-Mochales J, Domínguez-Berjón F, Gènova-Maleras R, Bruera E, Díaz-Mayordomo A, et al. The association between in-patient death, utilization of hospital resources and availability of palliative home care for cancer patients. *Palliat. med.* [Internet]. 2013 [cited 2022 sep 5];27(1). Available from: <https://doi.org/10.1177/0269216312442973>.

12. Mracek J, Earp M, Sinnarajah A. Palliative home care and emergency department visits in the last 30 and 90 days of life: A retrospective cohort study of patients with cancer. *BMJ support. palliat. care* (Online). 2021 [cited 2022 sep 5];(1):1–10. Available from: <https://doi.org/10.1136/bmjspcare-2021-002889>.

13. Chitnis XA, Georghiou T, Steventon A, Bardsley MJ. Effect of a home-based end-of-life nursing service on hospital use at the end of life and place of death: A study using administrative data and matched controls. *BMJ support. palliat. care* (Online). [Internet]. 2013 [cited 2022 sep 5];3(4). Available from: <https://doi.org/10.1136/bmjspcare-2012-000424>.

14. Miranda B, Vidal SA, De Mello MJG, De Lima JTO, Rêgo JC, Pantaleão MC, et al. Cancer patients, emergencies service and provision of palliative care. *Rev. Assoc. Med. Bras.* (1954). [Internet]. 2016 [cited 2022 sep 5];62(3). Available from: <https://doi.org/10.1590/1806-9282.62.03.207>.

15. Seow H, Barbera L, Sutradhar R, Howell D, Dudgeon D, Atzema C, et al. Trajectory of performance status and symptom scores for patients with cancer during the last six months of life. *J. clin. oncol.* [Internet]. 2011 [cited 2022 sep 5];29(9). Available from: <https://doi.org/10.1200/jco.2010.30.7173>.

16. Barbera L, Taylor C, Dudgeon D. Why do patients with cancer visit the emergency department near the end of life? *Cmaj*. [Internet]. 2010 [cited 2022 sep 5];182(6). Available from: <https://doi.org/10.1503/cmaj.091187>
17. Seow H, Barbera L, Pataky R, Lawson B, O'Leary E, Fassbender K, et al. Does Increasing Home Care Nursing Reduce Emergency Department Visits at the End of Life? A Population-Based Cohort Study of Cancer Decedents. *J. pain symptom manage*. [Internet]. 2016 [cited 2022 jan 01];51(2). Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2015.10.008>.
18. Verhoef MJ, de Nijs E, Horeweg N, Fogteloo J, Heringhaus C, Jochems A, et al. Palliative care needs of advanced cancer patients in the emergency department at the end of life: an observational cohort study. *Support. care cancer*. [Internet]. 2020 [Cited 2022 sep 5];28(3). Available from: <https://doi.org/10.1007/s00520-019-04906-x>.
19. Earle CC, Neville BA, Landrum MB, Ayanian JZ, Block SD, Weeks JC. Trends in the aggressiveness of cancer care near the end of life. *J. clin. oncol*. [Internet]. 2004 [cited 2022 sep 5];22(2). Available from: <https://doi.org/10.1200/jco.2004.08.136>.
20. Earle CC, Neville BA, Landrum MB, Souza JM, Weeks JC, Block SD, et al. Evaluating claims-based indicators of the intensity of end-of-life cancer care. *Int J Qual Heal Care*. [Internet]. 2005 [cited 2022 sep 5];17(6). Available from: <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzi061>.
21. Soares LGL, Gomes R V., Palma A, Japiassu AM. Quality Indicators of End-of-Life Care Among Privately Insured People With Cancer in Brazil. *Am J Hosp Palliat Med*. [Internet]. 2020 [cited 2022 sep 5];37(8). Available from: <https://doi.org/10.1177/1049909119888180>.
22. Henson LA, Gomes B, Koffman J, Daveson BA, Higginson IJ, Gao W. Factors associated with aggressive end of life cancer care. *Support. care cancer*. [Internet]. 2016 [cited 2022 sep 5];24(3). Available from: <https://doi.org/10.1007/s00520-015-2885-4>.
23. Andersen SK, Croxford R, Earle CC, Singh S, Cheung MC. Days at home in the last 6 months of life: A patient-determined quality indicator for cancer care. *J. oncol. pharm. pract. (Online)*. [Internet]. 2019 [cited 2022 sep 5];15(7). Available from: <https://doi.org/10.1200/jop.18.00338>.
24. Mendes K, Silveira R, Galvão C. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto & contexto enferm*. [Internet]. 2008 [acesso em 05 de setembro 2022];17(4). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072008000400018>.

25. Heinonen T, Loimu V, Saarilahti K, Saarto T, Mäkitie A. End-of-life care pathway of head and neck cancer patients: single-institution experience. *Eur Arch Oto-Rhino-Laryngology*. [Internet]. 2018 [cited 2022 jan 01];275(2). Available from: <http://dx.doi.org/10.1007/s00405-017-4843-x>.
26. Hsu HS, Wu TH, Lin CY, Lin CC, Chen TP, Lin WY. Enhanced home palliative care could reduce emergency department visits due to non-organic dyspnea among cancer patients: a retrospective cohort study. *BMC palliat. care*. [Internet]. 2021 [cited 2022 sep 5];20(1). Available from: <https://doi.org/10.1186/s12904-021-00713-6>.
27. Seow H, Sutradhar R, McGrail K, Fassbender K, Pataky R, Lawson B, et al. End-of-Life Cancer Care: Temporal Association between Homecare Nursing and Hospitalizations. *J. palliat. med.* [Internet]. 2016 [cited 2022 sep 5];19(3). Available from: <https://doi.org/10.1089/jpm.2015.0229>.
28. Mercadante S, Adil C, Caruselli A, Ferrera P, Costanzi A, Marchetti P, et al. The palliative-supportive care unit in a comprehensive cancer center as crossroad for patients' oncological pathway. *PLoS ONE*. [Internet]. 2016 [cited 2022 sep 5];11(6). Available from: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0157300>.
29. Hjermland MJ, Kolflaath J, Løkken AO, Hanssen SB, Normann AP, Aass N. Are emergency admissions in palliative cancer care always necessary? Results from a descriptive study. *BMJ Open*. [Internet]. 2013 [cited 2022 sep 5];3(5):e002515. Available from: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2012-002515>.
30. Kao YH, Liu YT, Koo M, Chiang JK. Factors associated with emergency services use in Taiwanese advanced cancer patients receiving palliative home care services during out-of-hours periods: A retrospective medical record study. *BMC palliat. care*. [Internet]. 2018 [cited 2022 sep 5];17(1). Available from: <https://doi.org/10.1186/s12904-018-0302-8>.
31. Gamblin V, Prod'homme C, Lecoeuvre A, Bimbai AM, Luu J, Hazard PA, et al. Home hospitalization for palliative cancer care: factors associated with unplanned hospital admissions and death in hospital. *BMC Palliat. Care*. [Internet]. 2021 [cited 2022 sep 5];20(1). Available from: <https://doi.org/10.1186/s12904-021-00720-7>.
32. Cornillon P, Loiseau S, Aublet-Cuvelier B, Guastella V. Reasons for transferral to emergency departments of terminally ill patients - A French descriptive and retrospective study. *BMC Palliat. Care*. [Internet]. 2016 [cited 2022 jan 01];15(1). Available from: <http://dx.doi.org/10.1186/s12904-016-0155-y>.
33. De Korte-Verhoef MC, Pasman HRW, Schweitzer BP, Francke AL, Onwuteaka-Philipsen BD, Deliens L. End-of-life hospital referrals by out-of-hours general practitioners:

A retrospective chart study. *BMC fam. pract.* [Internet]. 2012 [cited 2022 sep 5];13. Available from: <https://doi.org/10.1186/1471-2296-13-89>.

34. Salam-White L, Hirdes JP, Poss JW, Blums J. Predictors of emergency room visits or acute hospital admissions prior to death among hospice palliative care clients in Ontario: A retrospective cohort study. *BMC palliat. care.* [Internet]. 2014 [cited 2022 sep 5];13(1). Available from: <https://doi.org/10.1186/1472-684x-13-35>.

35. Gomes B, Higginson IJ. Factors influencing death at home in terminally ill patients with cancer: Systematic review. *Br. med. j.* [Internet]. 2006 [cited 2022 sep 5];332(7540). Available from: <https://doi.org/10.1136/bmj.38740.614954.55>.

36. Hennemann-Krause L, Lopes AJ, Araújo JA, Petersen EM, Nunes RA. The assessment of telemedicine to support outpatient palliative care in advanced cancer. *Palliat. support care.* [Internet]. 2015 [cited 2022 sep 5];13(4). Available from: <https://doi.org/10.1017/s147895151400100x>.

37. Silva VG da, Telles AC, Guimarães N de PA, Souza FN de, Campo LL, Bittencourt NCC de M, et al. A propulsão do teleatendimento no cuidado paliativo oncológico domiciliar durante a pandemia de COVID-19. *Res Soc Dev.* [Internet]. 2022 [acesso em 05 de setembro 2022];11(5):e35711528300. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i5.28300>.

38. Mercadante S, Porzio G, Valle A, Aielli F, Costanzo V, Adile C, et al. Emergencies in patients with advanced cancer followed at home. *J. pain symptom manage.* [Internet]. 2012 [cited 2022 jan 01];44(2). Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2011.07.016>.

3.2. Produto 2: Artigo 2 - Trata-se de um artigo finalizado e que será submetido à Revista Saúde em Debate.

CUIDADOS PALIATIVOS ONCOLÓGICOS NA ASSISTÊNCIA DOMICILIAR: UMA REVISÃO INTEGRATIVA SOBRE TRIAGEM DE ATENDIMENTO

HOME-BASED PALIATIVE CARE: AN INTEGRATIVE REVIEW OF TRIAGE

Flávia Navi de Souza^{1,2}, Vanessa Gomes da Silva^{2,3}, Alexandre Sousa da Silva¹

1 Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO), Rio de Janeiro, Brasil

2 Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA), Rio de Janeiro, Brasil

3 Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), Rio de Janeiro, Brasil

RESUMO

Objetivo: identificar quais são os métodos utilizados para triagem de atendimento de pacientes oncológicos em cuidados paliativos na assistência domiciliar. **Método:** revisão integrativa nas bases de dados *PubMed*, *LILACS*, *Web of Science e Embase*, complementada por busca manual em periódicos. Perguntou-se “Quais os métodos utilizados para triagem de atendimento de pacientes oncológicos em cuidados paliativos na assistência domiciliar?”. Descritores foram cuidados paliativos; neoplasias; serviços de assistência domiciliar; triagem. Critérios de elegibilidade foram texto na íntegra; entre 2012 e 2022; idioma inglês, português ou espanhol; idade adulta. **Resultados:** foram selecionados dois artigos, que apresentam protocolos de triagem de prioridade de atendimento baseada na avaliação de sintomas dos pacientes. **Conclusão:** os sistemas de triagem podem agilizar a atuação da equipe da cuidados paliativos domiciliares e melhorar o controle de sintomas dos pacientes oncológicos.

Palavras-chave: Cuidados paliativos. Neoplasias. Serviços de assistência domiciliar. Triagem;

ABSTRACT

Objective: to identify the screening of cancer patients in palliative home care. **Method:** integrative review in *PubMed*, *LILACS*, *Web of Science* and *Embase* databases, complemented by manual search in journals. The question was “Which methods are used to screen cancer patients in palliative home care?” Descriptors were palliative care; neoplasms; home care services; triage. Eligibility criteria were full text; between 2012 and 2022; English, Portuguese or Spanish language; adulthood. **Results:** two articles were selected, which present priority of screening protocols based on the assessment of patients' symptoms. **Conclusion:** triage systems can streamline the work of the palliative home care team and improve symptom control of cancer patients.

DESCRIPTORS: Palliative care; Neoplasms; Home care services; Triage.

INTRODUÇÃO

O câncer é atualmente a principal causa de indicação de cuidados paliativos no mundo¹. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS)², os cuidados paliativos (CP) são definidos como uma “abordagem que melhora a qualidade de vida de pacientes seus familiares que enfrentam problemas associados a doenças ameaçadoras da vida, através da prevenção e alívio

do sofrimento, por meio da identificação precoce e avaliação impecável e tratamento da dor e outros problemas físicos, psicossociais e espirituais”.

Os CP devem ser iniciados a partir do diagnóstico de uma doença grave, em conjunto com terapias modificadoras de doença.² Além disso, podem ser oferecidos em diferentes ambientes, como unidades hospitalares, consultas em ambulatórios ou em domicílio.³ Os serviços de Assistência Domiciliar (AD) especializados em cuidados paliativos realizam o atendimento de pacientes com capacidade funcional reduzida e que apresentam limitação ou impossibilidade para se locomover.³ A possibilidade de ser cuidado em casa é um dos aspectos apontados por muitos pacientes e familiares como qualidade de vida, sobretudo no final de vida.⁴

Apesar da recomendação de início precoce, os cuidados paliativos muitas vezes são oferecidos de forma tardia aos pacientes com câncer, o que dificulta o controle de sintomas. Estudo realizado no *M.D. Anderson Cancer Center* mostrou que o intervalo médio entre o encaminhamento do paciente para CP e a morte foi de menos de 2 meses.⁵ Esta limitação de tempo também é percebida por serviços de Cuidados Paliativos Domiciliares (CPD). Um estudo de Mercadante *et al.* (2011) mostrou que a duração média de acompanhamento de pacientes com câncer por serviços de AD foi de 44,4 dias.⁶

Os serviços de CPD precisam estar capacitados a realizar avaliação e controle de diferentes sinais e sintomas em domicílio.^{3,6} Isto é fundamental, considerando que pacientes com câncer frequentemente apresentam múltiplos sintomas, de natureza multidimensional e que tendem a piorar ao longo do tempo.⁶⁻⁸ Alguns desafios para atuação da equipe da AD são o número crescente de pacientes com câncer avançado e sobrevida curta, associado às limitações de recursos humanos e financeiros dos serviços de saúde.^{3,6,9}

Uma estratégia adotada por alguns profissionais de saúde para tentar otimizar o planejamento de cuidados pelos serviços de CPD foi a adoção de um sistema de triagem ou estratificação de risco dos pacientes. Conforme definição dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), triagem consiste na “separação e classificação de pacientes ou casualidades para determinar prioridade de necessidades e tratamento em local apropriado”.¹⁰

A utilização de um sistema de triagem para determinar a prioridade de atendimento dos pacientes em CPD é uma medida que visa facilitar a intervenção precoce da equipe da AD, melhorar o controle de sintomas e reduzir a chance de hospitalização, inclusive na fase de fim de vida.⁹

Este artigo teve como objetivo identificar na literatura quais são os métodos utilizados para triagem de atendimento de pacientes oncológicos em cuidados paliativos na assistência

domiciliar. A análise dos resultados desta revisão integrativa da literatura ampliará o conhecimento sobre esse tema, de forma a estimular uma melhora da prática assistencial, baseada em evidências científicas.¹¹

MÉTODOS

Trata-se de uma Revisão Integrativa da Literatura (RIL) para busca estruturada de bibliografia, com objetivo de reunir e sintetizar evidências sobre o tema.¹² Esta revisão baseou-se num modelo descrito em seis etapas,¹¹ que serão detalhadas a seguir.

Na primeira etapa, foi elaborada a pergunta norteadora da pesquisa, através do acrônimo PICO (população, fenômeno de interesse e contexto), onde a população foi representada pelos pacientes oncológicos em cuidados paliativos; o fenômeno de interesse foi a triagem de atendimento; e o contexto estava relacionado à assistência domiciliar. A pergunta da pesquisa foi: “Quais os métodos utilizados para triagem de atendimento de pacientes oncológicos em cuidados paliativos na assistência domiciliar?”. Foram usados vocabulários estruturados dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e do *Medical Subject Headings* (MeSH), palavras-chave e os operadores booleanos “OR”, “AND” e “NOT”.

Na segunda etapa, foi realizada a busca em quatro bases de dados eletrônicas: *PubMed/Medline*, Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Embase* e *Web of Science*. A frase booleana utilizada para busca no *Pubmed* foi: (“neoplasms” OR “cancer” OR “tumors” OR “malignancy” OR “malignant neoplasms” OR “malignant neoplasm” OR “neoplasia” OR “neoplasm”) AND (“palliative care” OR “palliative medicine” OR “hospices” OR “Palliative supportive care” OR “palliative therapy”) AND (“house calls” OR “home visits” OR “home care services” OR “domiciliary care” OR “home care” OR “Home Health Care Services”) AND (“triage”). Além dos resultados obtidos nas bases de dados, foram acrescentados estudos obtidos a partir da busca manual de periódicos.

Esta busca foi realizada em janeiro de 2022 e utilizou como critérios de inclusão estudos contendo texto completo disponível em revistas acadêmicas; publicação dos últimos dez anos; população adulta; idioma inglês, português ou espanhol. Foram excluídos artigos que não respondiam à pergunta da pesquisa; estudos com crianças/ adolescentes; estudos com mistura de pacientes oncológicos e não-oncológicos, em que pacientes oncológicos representassem menos da metade da amostra; estudos de revisão/ relato de caso; publicações com mais de dez anos; e idiomas diferentes de inglês, português e espanhol.

Na terceira etapa, os estudos foram categorizados e suas informações organizadas num banco de dados. Foram coletadas informações sobre título/ano/país, objetivo, método e resultados de cada estudo. Estes dados foram registrados em planilhas do *Microsoft Excel*[®]. Foi elaborado um fluxograma da busca, baseado foi no modelo PRISMA 2020, adaptado pelos autores.

A quarta etapa consistiu na leitura na íntegra dos estudos, com avaliação e análise crítica destes. Na quinta etapa, foram discutidos os resultados e sugeridas futuras pesquisas para aprofundamento do tema. A sexta etapa consistiu na síntese dos dados desta RIL na forma de um artigo científico.

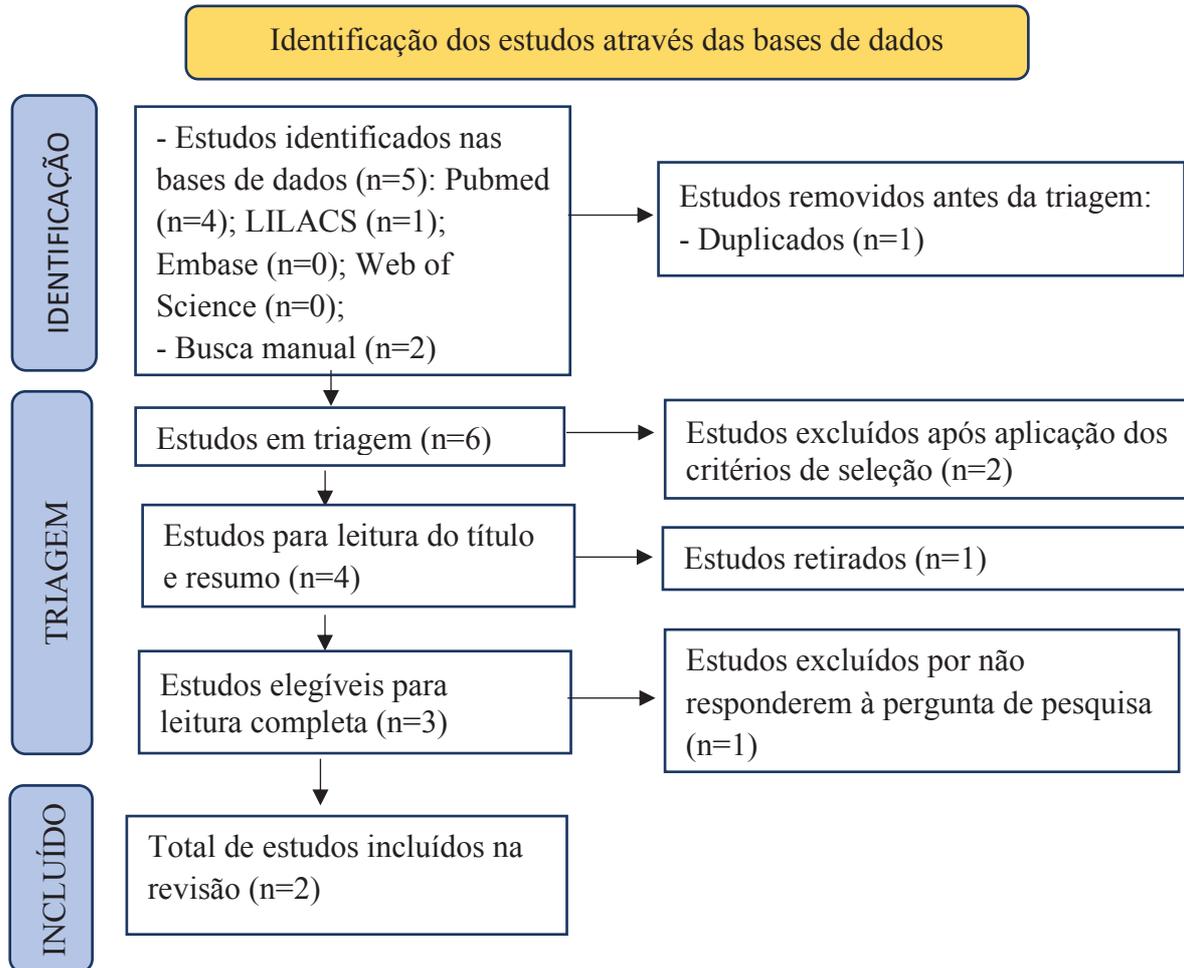
RESULTADOS

A busca nas bases de dados resultou na identificação de cinco artigos: quatro estudos no *PubMed* e um estudo na LILACS. Não foi identificado nenhum estudo nas bases *Web of Science* ou *Embase*. Foram incorporados também dois estudos provenientes de busca manual em periódicos. Após eliminação dos estudos duplicados, restaram seis estudos para triagem, dos quais dois foram excluídos após aplicação dos critérios de seleção. Foi realizada leitura de título e resumo de quatro estudos, seguida da exclusão de um estudo que não tinha pertinência com o tema estudado. Três estudos foram considerados elegíveis para leitura na íntegra, tendo um deles sido excluído por não responder à pergunta de pesquisa. No total, dois estudos foram incluídos na seleção dessa RIL, conforme fluxograma PRISMA representado na Figura 1.

A busca na literatura resultou em dois estudos sobre sistemas de triagem em CPD. As principais características desses estudos foram mapeadas no Quadro 1.

Um dos artigos foi publicado em 2016 e descreve um sistema de triagem usado em 2012 na Índia para avaliar a prioridade de atendimento de pacientes recém-encaminhados para o serviço de CPD.⁹ O outro artigo selecionado descreve estudo realizado na Itália em 2020, durante a fase inicial da pandemia do novo coronavírus (COVID-19) e utiliza um sistema duplo de triagem¹³.

Figura 1- Fluxograma PRISMA de busca nas bases de dados e seleção dos estudos (adaptado pelos autores). Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2022



Quadro 1- Mapeamento das principais características dos dois estudos selecionados. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2022

Título/ano/país	Objetivo	Amostra	Método	Resultados
<i>Pilot Testing of Triage Coding system in Home-based Palliative Care using Edmonton Symptom Assessment Scale</i> ⁹ Ano: 2016 País: Índia	Avaliar o impacto do sistema de triagem através da Escala de Sintomas de Edmonton nos CPD.	506 novos pacientes atendidos por serviço de CPD de um hospital oncológico terciário em 2012.	Estudo prospectivo, observacional	Após triagem, 32 (6.32%) pacientes foram categorizados como alta prioridade; 105 (20.75%) como média prioridade e 369 (72.92%) como baixa prioridade.

<p><i>Home Care for Cancer Patients During COVID-19 Pandemic: The Double Triage Protocol</i>¹³ Ano: 2020 País: Itália</p>	<p>Compartilhar procedimentos e ferramentas usadas no serviço de assistência domiciliar durante a pandemia de COVID-19.</p>	<p>78 pacientes com câncer acompanhados por serviço de AD na Toscana.</p>	<p>Retrospectivo, descritivo.</p>	<p>Na primeira triagem, para identificar paciente/contactante com COVID-19, nenhum paciente foi positivo. Na 2ª triagem, foi aplicado <i>PERSONS score</i> e <i>PaP score</i> para mesmo grupo de pacientes, sendo categorizados por cores, conforme prioridade de atendimento: seis (7,7%) foram vermelhos, 18 (23,1%) amarelos e 54 (69,2%) verdes.</p>
--	---	---	-----------------------------------	---

DISCUSSÃO

Ambos os estudos apresentaram protocolos de triagem de prioridade de atendimento baseados na avaliação de sintomas dos pacientes. Nos dois artigos, os instrumentos utilizados na triagem priorizaram predominantemente a identificação de sintomas físicos, em detrimento a outros aspectos do sofrimento psicossocial e espiritual.

O estudo indiano⁹ utilizou a Escala de Avaliação de Sintomas de *Edmonton* (ESAS) para triagem dos pacientes. ESAS foi criada por Bruera *et al.* em 1991 como uma ferramenta clínica para registrar a carga de sintomas em pacientes com câncer avançado, tendo sido validada por diversos grupos e traduzida em mais de vinte idiomas.⁸ Segundo Dhiliwal *et al.* (2016), os profissionais de saúde utilizaram a ESAS para avaliar nove sintomas de pacientes em CPD, durante a primeira e segunda consulta domiciliar.⁹ Conforme o resultado da triagem, os pacientes eram classificados em alta, média ou baixa prioridade. O código alta prioridade era definido na presença de um ou mais sintomas do ESAS com pontuação ≥ 7 , devendo receber atendimento domiciliar em até 3 dias úteis. A média prioridade correspondia a pacientes com

um ou mais sintomas do ESAS com pontuação entre 4 e 6, necessitando de atendimento em até dez dias úteis. A baixa prioridade era determinada nos casos de pacientes com sintomas do ESAS com pontuação de 0-3, com prazo de atendimento domiciliar em até 15 dias úteis. Dos 506 pacientes avaliados, 6,32% foram caracterizados como alta prioridade. Neste grupo de alta prioridade, os sintomas mais comuns foram falta de bem-estar (87,5%), dor (81,25%), perda de apetite (67,75%), distúrbios do sono (59,37%) e fadiga (56,25%). Como resultado desta triagem, a média de tempo para intervenção da equipe da AD foi significativamente menor em pacientes classificados como alta prioridade, quando comparados com outros grupos ($p < 0,001$). Além disso, pacientes de alta e média prioridade tiveram melhora significativa da pontuação do ESAS entre a primeira e segunda consulta domiciliar, como efeito da intervenção bem-sucedida da equipe da AD. Este sistema de triagem baseado no ESAS teve como objetivo otimizar o uso de recursos limitados, de forma a atender prioritariamente os pacientes com maior necessidade. Esta medida promoveu uma intervenção oportuna em CPD, melhorou o controle de sintomas dos pacientes e evitou mortes no hospital.⁹

O outro estudo selecionado¹³ descreveu um sistema de triagem em duas etapas, através de entrevistas telefônicas, conduzidas por enfermeiras. Foram avaliados os resultados dos cinco primeiros dias de uso da triagem dupla. Na primeira etapa, era investigado se o paciente e/ou familiares tinham algum sintoma sugestivo de COVID-19 e/ou história de contato recente com indivíduos infectados. Os pacientes negativos para suspeita de COVID-19 seguiam para segunda etapa da triagem, que envolvia aplicação do *PERSONS score* (avaliação de sintomas) e *PaP score* (avaliação de prognóstico).

O *PERSONS score*, no idioma inglês, é um acrônimo que representa os seguintes itens: dor, alimentação (perda de apetite), reabilitação (astenia), sono (distúrbios de sono), oxigênio (falta de ar/tosse), náusea/vômito e sofrimento (ansiedade/depressão).¹⁴ Neste instrumento, cada item é pontuado de zero (sem incômodo) a dez (pior incômodo imaginável). Os sete itens são somados, resultando numa pontuação do paciente que pode variar de zero a setenta.¹⁴ O PaP Score é uma escala de avaliação prognóstica, baseada nos seguintes parâmetros: falta de ar, anorexia, capacidade funcional (escala de *Karnofsky*), estimativa clínica de sobrevida, contagem de leucócitos e percentual de linfócitos.¹⁵

Durante os cinco dias de duração do estudo¹³, não foi identificado nenhum caso positivo para suspeita de COVID-19. Ao final da segunda triagem, os 78 pacientes foram categorizados em três cores: vermelhos (7,7%), amarelos (23,1%) e verdes (69,2%). A marcação de consultas domiciliares baseou-se na categoria do paciente: consultas diárias para pacientes vermelhos; atendimento duas vezes por semana para pacientes amarelos; atendimento uma vez por semana

para pacientes verdes. Para todos os pacientes foi mantida a disponibilidade de atendimento por médicos e enfermeiros 24 horas por dia, em caso de emergência.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nas últimas décadas, os CP oncológicos têm sido tema de diversas publicações científicas, envolvendo aspectos variados, como conceitos de CP, modalidades de atendimento, escalas utilizadas, perfil dos pacientes e controle de sintomas, dentre outros.^{1-9,13-15}

O presente artigo evidenciou, entretanto, que até data da realização desta RIL, havia uma escassez de publicações científicas a respeito de sistemas de triagem ou estratificação de risco dos pacientes em CPD.

Os estudos selecionados na RIL^{9, 13} apontaram a triagem como uma estratégia utilizada para facilitar otimização dos atendimentos domiciliares durante pandemia de COVID-19, melhorar o controle de sintomas dos pacientes e agilizar a atuação da equipe de CPD.

No artigo italiano¹³, os próprios autores relataram algumas limitações da pesquisa, como o número reduzido de pacientes, duração curta do estudo e a impossibilidade de validação do sistema de triagem, em função do contexto crítico imposto pela pandemia de COVID-19.

Em relação ao estudo indiano,⁹ o uso da triagem se limitou apenas à primeira e segunda consulta domiciliar de cada paciente. Além disso, foram excluídos da amostra pacientes com sobrevida estimada em menos de quatro semanas. Uma explicação possível seria o fato de pacientes com sobrevida mais curta já representarem um subgrupo que necessita de prioridade de atendimento pela equipe de saúde.

Pesquisas adicionais poderão ser realizadas para avaliar outros desfechos da triagem, tais como os efeitos no controle de sintomas ao longo de várias consultas domiciliares, a percepção dos pacientes, familiares e da equipe de CPD, assim como o impacto dessa estratégia na qualidade de vida dos pacientes.

Esta RIL contribuiu também no processo de criação de um protocolo de avaliação e classificação de risco de pacientes oncológicos em CPD, baseado em sinais e sintomas de alerta. O protocolo citado foi elaborado pelos pesquisadores desta RIL para triagem de prioridade de atendimento num serviço de CPD oncológicos no Rio de Janeiro e passará por estudos futuros para sua validação.

REFERÊNCIAS

1. Worldwide Hospice Palliative Care Alliance (WHPCA) [homepage in internet]. Global Atlas of Palliative Care. 2nd Edition. 2020 [cited 2022 jan 5]. Available from: <https://www.thewhPCA.org/resources/global-atlas-on-end-of-life-care>.
2. WHO. World Health Organization Definition of Palliative Care. World Health Organization, 2020. <https://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>
3. Bittencourt NCC de M, Santos KA, Mesquita MG da R, Silva VG da, Telles AC, Silva MM da. Sinais e sintomas manifestados por pacientes em cuidados paliativos oncológicos na assistência domiciliar: uma revisão integrativa. Esc. Anna Nery Rev. Enferm. [Internet]. 2021 [acesso em 05 de janeiro 2022];25(4). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0520>.
4. Henson LA, Gomes B, Koffman J, Daveson BA, Higginson IJ, Gao W. Factors associated with aggressive end of life cancer care. Support. care cancer. [Internet]. 2016 [cited 2022 jan 5];24(3). Available from: <https://doi.org/10.1007/s00520-015-2885-4>.
5. Cheng WW, Willey J, Palmer JL, Zhang T, Bruera E. Interval between palliative care referral and death among patients treated at a comprehensive cancer center. J Palliat Med. 2005 Oct;8(5):1025-32. doi: 10.1089/jpm.2005.8.1025. PMID: 16238515.
6. Mercadante S *et al.* Home Care—Italy (HOCAI) Group. How do cancer patients receiving palliative care at home die? A descriptive study. J Pain Symptom Manage. 2011 Nov;42(5):702-9. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2011.01.014. Epub 2011 May 31. PMID: 21621963.
7. Jimenez A, Madero R, Alonso A, Martínez-Marín V, Vilches Y, Martínez B, Feliu M *et al.* Symptom cluster in Advanced Cancer. *Journal of Pain and Symptom Management*, v. 42, n. 1, p 24-31, 2011.
8. Hui D, Bruera E. The Edmonton Symptom Assessment System 25 Years Later: Past, Present, and Future Developments. *Journal of Pain and Symptom Management*, v. 53, n. 3, p. 630–643, 2017.
9. Dhaliwal S, Salins N, Deodhar J, Rao R, Muckaden MA. Pilot testing of triage coding system in home-based palliative care using Edmonton Symptom Assessment Scale. Indian J Palliat Care. 2016;22:19. - [PMC](#) - [PubMed](#)
10. Descritores em Ciências da Saúde: DeCS [Internet]. ed. 2022. São Paulo (SP): BIREME / OPAS / OMS. 2022 [atualizado 2022 Mai; citado 2022 Jun 10]. Disponível em: <http://decs.bvsalud.org>.
11. Souza, MT, Silva MD, Carvalho, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. Einstein. 2010 (cited 2022 jan 05); 8: 102-6.

12. Mendes K, Silveira R, Galvão C. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto & contexto enferm.* [Internet]. 2008 [acesso em 05 de janeiro 2022];17(4). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072008000400018>.
13. Porzio G, Cortellini A, Bruera E, Verna L, Ravoni G, Peris F, Spinelli G. Home Care for Cancer Patients During COVID-19 Pandemic: The Double Triage Protocol. *J Pain Symptom Manage.* 2020 Jul;60(1):e5-e7. doi:10.1016/j.jpainsymman.2020.03.021. Epub 2020 Mar 31. PMID: 32240755; PMCID: PMC7165240.
14. Cortellini A, Porzio G, Cofini V, et al. The PERSONS score: a new tool for cancer patients' symptom assessment in simultaneous care and home care settings. *Palliat Support Care* 2020;18:33e38.
15. Hui D, Ross J, Park M, Dev R, Vidal M, Liu D et al. Predicting survival in patients with advanced cancer in the last weeks of life: How accurate are prognostic models compared to clinicians' estimates? *Palliative Medicine* 2020, Vol. 34(1) 126–133

3.3. Produto 3: Artigo 3 – Este artigo foi finalizado e submetido à Revista Saúde em Debate em 26 de dezembro de 2022.

ELABORAÇÃO DE UM PROTOCOLO DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO PARA PACIENTES ONCOLÓGICOS EM CUIDADOS PALIATIVOS DOMICILIARES

DEVELOPMENT OF A TRIAGE PROTOCOL FOR CANCER PATIENTS IN HOME BASED PALLIATIVE CARE

Flávia Navi de Souza^{1,2}, Vanessa Gomes da Silva^{2,3}, Alexandre Sousa da Silva¹

1 Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO), Rio de Janeiro, Brasil

2 Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA), Rio de Janeiro, Brasil

3 Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), Rio de Janeiro, Brasil

RESUMO:

Os serviços de cuidados paliativos domiciliares especializados no tratamento de pacientes oncológicos têm como objetivo identificar e controlar sintomas físicos, psicossociais e espirituais em domicílio. Alguns desafios encontrados são a complexidade de sintomas, a

sobrevida reduzida dos pacientes com câncer avançado e limitações do sistema de saúde. Para estratificar a prioridade de atendimento dos pacientes com câncer avançado em cuidados paliativos domiciliares foi elaborado um protocolo de classificação de risco (triagem). Este artigo descreve o processo a elaboração de um protocolo de classificação de risco para pacientes com câncer avançado atendidos em um serviço de cuidados paliativos domiciliares no Rio de Janeiro. A etapa inicial envolveu reuniões da equipe da assistência domiciliar de um hospital oncológico e buscas estruturadas na literatura. Depois, foram listadas as situações clínicas de manejo mais complexo no domicílio, chamadas de sinais e sintomas de alerta: dor, falta de ar, náuseas/vômitos, sangramento e confusão mental aguda. Em seguida, elaborou-se um protocolo de avaliação e classificação de risco com cinco categorias/cores, para determinar a prioridade de atendimento dos pacientes. O sistema de triagem criado possui fácil aplicabilidade e requer um treinamento breve do profissional de saúde para que possa ser utilizado durante os atendimentos domiciliares.

Palavras-chave: Cuidados paliativos. Neoplasias. Serviços de assistência domiciliar. Triagem; Sinais e sintomas.

Abstract

Home palliative care services specialized in the treatment of cancer patients aim to identify and control physical, psychosocial and spiritual symptoms at home. Some challenges encountered are the complexity of symptoms, reduced survival of patients with advanced cancer and limitations of the health system. To stratify the priority of care for patients with advanced cancer in home palliative care, a risk classification (screening) protocol was developed. This article describes the process of creating a risk classification protocol for patients with advanced cancer treated at a home palliative care service in Rio de Janeiro. The initial stage involved meetings of the home care team at an oncology hospital and structured searches in the literature. Afterwards, the clinical situations of more complex management at home were listed, called warning signs and symptoms: pain, shortness of breath, nausea/vomiting, bleeding and acute mental confusion. Then, an assessment and screening protocol was developed with five categories/colors, to determine the priority of patient care. The triage system created has easy applicability and requires a brief training of the health professional so that it can be used during home visits.

Descriptors: Palliative care; Neoplasms; Home care services; Triage; Signs and Symptoms.

Introdução

O câncer é a principal causa de necessidade de cuidados paliativos no mundo, uma vez que muitos casos desta doença são diagnosticados em fase avançada e com pouca chance de cura.^{1,2}

Os Cuidados Paliativos (CP) são aplicáveis desde o início do curso do câncer, em conjunto com terapias modificadoras de doença. À medida que a doença se agrava, ocorre uma progressiva redução das terapias modificadoras de doença (como quimioterapia) e aumento das medidas de cuidados paliativos. Os CP incluem investigações para controlar as complicações clínicas do paciente e oferecer suporte para ajudar a família no enfrentamento da doença do paciente e na fase de luto.³

A oferta de CP em domicílio está associada à redução de visitas à emergência, inclusive na fase final de vida, permitindo que pacientes fiquem em casa, junto de seus familiares, pelo maior tempo possível.⁴

Pacientes com câncer avançado geralmente apresentam múltiplos sintomas, que precisam ser pesquisados rotineiramente pelos profissionais de saúde.⁵ Os pacientes oncológicos atendidos por serviços de Cuidados Paliativos Domiciliares (CPD) se caracterizam por baixa capacidade funcional e baixa expectativa de sobrevida.^{6,7} Considerando este perfil de pacientes e as limitações de recursos dos serviços de saúde, é desejável que as equipes de assistência domiciliar sejam capazes de definir quais são os pacientes com maior prioridade de atendimento.

Diversos serviços de emergência no mundo já demonstraram grande importância do uso de sistema de triagem (também denominado de classificação de risco) para definir priorização de atendimento de pacientes com maior gravidade.⁸ Um exemplo é o Sistema de Triagem de Manchester (STM), criado no Reino Unido em 1997 para estabelecer prioridade clínica de atendimento médico dos usuários das unidades de urgência e emergência e que atualmente é utilizado em vários países do mundo.⁸⁻¹⁰

Uso de sistema de triagem é uma etapa fundamental na gestão de risco clínico em qualquer serviço em que a demanda clínica supere a oferta de recursos para atendimento.¹⁰

Apesar dos benefícios evidenciados em serviços de emergência, o sistema de triagem ainda não é uma estratégia utilizada com frequência em serviços de CPD. Estudo de Dhiliwal *et al* (2016) avaliou o uso de sistema de triagem para pacientes em CPD, com base na avaliação de sintomas clínicos. O referido estudo mostrou que a triagem facilitou intervenção precoce da equipe de CPD, melhorou o controle de sintomas dos pacientes e reduziu o número de mortes em hospital.¹¹

Com base na crescente demanda por CP, sobrevida reduzida dos pacientes com câncer avançado e na necessidade de otimizar o uso de recursos dos serviços de saúde, foi desenvolvido um protocolo de classificação de risco de pacientes atendidos pelo serviço de Assistência Domiciliar (AD) de uma unidade de cuidados paliativos oncológicos na cidade do Rio de Janeiro, no Brasil. O objetivo deste artigo é descrever o processo de elaboração deste protocolo de classificação de risco em CPD, que se baseou na avaliação de sinais e sintomas de alerta (dor, falta de ar, náuseas/vômitos, sangramento e confusão mental aguda).

Método

Esta pesquisa foi delineada nas seguintes etapas:

- Contextualização histórica

Em 2018 começaram a ser elaboradas estratégias para facilitar o acompanhamento e definir a prioridade de atendimento de pacientes atendidos pelo serviço de AD vinculado a um hospital oncológico de Cuidados Paliativos Exclusivos.

A vivência prática em atendimentos presenciais em domicílio e em teleatendimentos com pacientes em CPD, somada aos desafios discutidos entre a equipe da AD, contribuíram para formular algumas hipóteses sobre as circunstâncias que interferiam na probabilidade de permanência dos pacientes em casa.

- Pesquisa bibliográfica

Foi realizada busca na literatura, com a descrição e análise dos dados coletados com a finalidade de desenvolvimento de um produto tecnológico em saúde.¹² Foram realizadas duas revisões integrativas da literatura, cujos dados foram sintetizados e divulgados através de artigos científicos. A seguir será apresentado um breve resumo dos resultados de cada Revisão Integrativa da Literatura (RIL).

a) RIL sobre sinais e sintomas determinantes de visita à emergência ou hospitalização de pacientes oncológicos em CPD:

Buscou-se compreender quais situações provocavam a interrupção dos CPD. Nos 16 artigos selecionados, foram identificadas as principais causas de procura por emergência ou hospitalização: dor; falta de ar; infecção/febre; sintomas digestivos (sobretudo, náuseas ou vômitos); delirium, queda do estado geral/fadiga e hemorragia. Estas causas correspondem a sinais e sintomas físicos prevalentes em pacientes oncológicos. Além das causas, foram identificadas condições que aumentavam ou diminuam a probabilidade de ocorrência de visita à emergência ou hospitalização.

- b) RIL sobre métodos utilizados para triagem de atendimento de pacientes oncológicos em CPD:

O objetivo foi pesquisar se havia algum método de triagem para determinar a prioridade de atendimento de pacientes nos CPD. Foram selecionados dois artigos que apresentaram protocolos de triagem baseados na avaliação de sintomas, com maior destaque para os sintomas físicos.

Um dos estudos utilizou a Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton (ESAS) para realização de triagem dos pacientes na primeira e segunda consulta domiciliar. Conforme a intensidade dos sintomas, os pacientes eram classificados em alta, média ou baixa prioridade de atendimento. Os pacientes com maior prioridade de atendimento eram aqueles com pontuação maior ou igual a sete em um ou mais sintomas do ESAS, devendo receber atendimento domiciliar em até 3 dias úteis.¹¹

O outro estudo realizou um sistema de triagem em duas etapas: a primeira para rastreio de sintomas sugestivos de infecção pelo novo coronavírus (COVID-19) e a segunda etapa que utilizou os instrumentos PERSONS e o PaP score que avaliam, respectivamente, os sintomas e prognóstico dos pacientes. Ao final das duas etapas de triagem, os pacientes eram classificados por cores, conforme a prioridade de consulta: vermelhos, amarelos e verdes.¹³

- Elaboração de uma proposta de avaliação de sinais e sintomas

A partir dos dados das revisões de literatura e de sucessivas discussões clínicas entre equipe da AD, foi elaborado o protótipo de um instrumento para avaliação de sinais e sintomas.

Este instrumento incluiu os parâmetros da Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton (ESAS), acrescidos de outros sinais e sintomas prevalentes em pacientes com câncer avançado (sangramento, diarreia, constipação, disfagia e confusão mental aguda).

Originalmente, as informações clínicas dos atendimentos domiciliares eram escritas nos prontuários em papel padronizado pela instituição. A qualidade e o tipo de informação registrada variavam de acordo com o critério e entendimento de cada profissional.

O primeiro protótipo do instrumento surgiu da necessidade de melhor estruturar as informações dos atendimentos clínicos domiciliares. Foi elaborado um conjunto de carimbos que eram utilizados nas folhas de evolução dos prontuários em papel. Estes carimbos continham campos específicos para preenchimento das informações sobre a presença e intensidade dos sinais e sintomas dos pacientes. Havia também espaço para detalhar tais manifestações clínicas, descrever o exame físico e a conduta terapêutica. A implementação do protótipo era acompanhada de reuniões diárias do serviço da AD, nas quais eram esclarecidas as dúvidas sobre o preenchimento das informações e discutidos os casos mais complexos.

A partir de 2020, as informações contidas nos carimbos foram submetidas a uma nova revisão e padronização pela AD, passando a ser registradas pelos profissionais diretamente no prontuário informatizado da instituição.

- Definição dos sinais e sintomas de alerta na AD

Com objetivo de determinar a prioridade de atendimento domiciliar, foram definidas as situações clínicas de manejo mais complexo no domicílio. Estas situações de risco receberam a nomenclatura de sinais e sintomas de alerta.

Na primeira versão do protótipo, a escolha dos sinais e sintomas de alerta se baseou em aspectos empíricos a partir da vivência prática dos profissionais da AD, complementados por uma pesquisa bibliográfica não-estruturada, utilizando referências obtidas predominantemente de literatura cinzenta.

Posteriormente, foi realizada uma busca bibliográfica estruturada, baseada em evidências científicas, através de uma RIL sobre os fatores determinantes de visita à emergência ou hospitalização de pacientes oncológicos em CPD. Os resultados desta RIL foram importantes para consolidar os sinais e sintomas de alerta. Além disso, o processo de escolha destes parâmetros considerou aspectos resultantes de novas reuniões entre pesquisadores do grupo gestor da AD, a estrutura da AD da instituição no momento da pesquisa, bem como o perfil dos pacientes atendidos pelo serviço.

Foram selecionados como sinais e sintomas de alerta na triagem de risco: dor, falta de ar, náuseas ou vômitos, confusão mental aguda (*delirium*) e sangramento.

Apesar de listadas na RIL sobre fatores associados à visita à emergência ou hospitalização, a fadiga e febre/infecção não foram incluídas como sinais/sintomas de alerta no protótipo de classificação de risco da AD.

A fadiga é um sintoma muito prevalente em pacientes oncológicos, principalmente na fase final de vida, e possui origem multifatorial. Entretanto, seu manejo pode ser feito em domicílio, através de cuidados e orientações da equipe aos pacientes e familiares. Podem ser realizadas medidas farmacológicas e não-farmacológicas (tais como otimização energética) para minimizar os efeitos da fadiga e para que o paciente possa permanecer em casa com conforto. Por esta razão, entendeu-se que para maioria dos pacientes atendidos pelo serviço da AD da instituição, a fadiga dispensaria a necessidade de visita à emergência ou hospitalização.

A febre/infecção também não foi selecionada como critério de alerta na classificação de risco. A febre em pacientes oncológicos em CPD pode ocorrer tanto por quadros infecciosos, quanto por causa tumoral.

Nos pacientes da AD da instituição, os tipos mais comuns de infecção acometem o trato urinário, trato respiratório, lesões por pressão e lesões tumorais. Estas infecções costumam ser manejadas inicialmente em domicílio pela equipe da AD, que avalia a necessidade de uso de antibiótico e/ou de outras medidas terapêuticas. O encaminhamento para hospital costuma ser reservado para os casos infecciosos graves e/ou refratários ao tratamento inicial.

A doença infecciosa causada pelo vírus SARS-CoV-2 (COVID-19) é um outro exemplo de infecção que desde 2020 começou a impactar na permanência em casa dos pacientes oncológicos atendidos pela AD.^{13,14} Nos casos de COVID-19 sem sinais de gravidade é oferecida a possibilidade de monitoramento do paciente de forma remota, com orientações da equipe da AD através de teleatendimento.¹⁴ A hospitalização geralmente é reservada para casos graves de COVID-19 e/ou outras situações de maior complexidade, considerando o desejo do paciente/ familiar em relação ao local de oferta de cuidados.

- Desenvolvimento de um Protocolo de Classificação de risco dos pacientes oncológicos em cuidados paliativos domiciliares, baseado em sinais e sintomas de alerta

A triagem da prioridade de atendimento domiciliar baseou-se na presença e intensidade dos sinais e sintomas de alerta (dor, falta de ar, náuseas/vômitos, sangramento e confusão mental aguda). Neste protótipo, a triagem da prioridade de atendimento foi denominada de classificação de risco.

A primeira versão do protocolo de classificação de risco possuía três categorias: vermelha, amarela e verde. A categoria vermelha consistia na presença de um ou mais sinais/sintomas de alerta de forte ou moderada intensidade (sinais/sintomas com pontuação entre 4 e 10 pontos). A categoria amarela correspondia à presença de um ou mais sinais e sintomas de alerta somente de leve intensidade (pontuação entre 1 e 3). A categoria verde era utilizada para pacientes sem nenhum sinal e sintoma de alerta.

A partir da análise em campo do protótipo de classificação de risco e das discussões feitas em equipe nos últimos quatro anos, foi reformulado o protocolo de classificação de risco em maio de 2022.

A versão final do protocolo de classificação de risco baseou-se no Sistema de Triagem de Manchester,⁸⁻¹⁰ ao contemplar cinco categorias/cores: vermelho, laranja, amarelo, verde e azul. Foram mantidos os sinais e sintomas de alerta usados na primeira versão do protocolo da AD e consolidados após a RIL.

Os portadores de sinais/sintomas de alerta de forte intensidade (pontuação maior ou igual a 7) passaram a caracterizar a categoria vermelha (com maior prioridade de atendimento),

enquanto os de moderada intensidade (pontuação entre 4 e 6) foram classificados na categoria laranja.

A categoria amarela passou a representar pacientes com sinais/sintomas de alerta de leve intensidade (pontuação entre 1 e 3). A classificação verde é utilizada para designar pessoas sem nenhum sinal/sintoma de alerta e sem outro motivo urgente para discussão de caso em equipe e/ou prioridade na marcação de consulta. Os pacientes da categoria verde são atendidos dentro do planejamento ordinário do serviço.

Outra mudança na versão atual do protocolo foi a criação da categoria azul, para designar pacientes sem sinais/sintomas de alerta, mas que possuam outra situação crítica com prioridade de atenção pela equipe da AD. Alguns exemplos contemplados na categoria azul seriam situações de vulnerabilidade social, sobrecarga de cuidador, sofrimento emocional/espiritual intenso ou a presença de outras condições clínicas potencialmente graves (tais como quadros infecciosos ou descompensação de comorbidades). A criação da categoria azul surgiu a partir da observação de que na primeira versão do protótipo, alguns pacientes eram propositalmente classificados pelos profissionais como vermelhos, mesmo na ausência de sinais/sintomas de alerta, para que tivessem prioridade na discussão de casos e/ou na marcação de consulta subsequente.

- Documentação na unidade

Em julho de 2022, formulou-se documentação oficial de Procedimento de Atividade Técnica que descreveu a versão atualizada do protocolo de avaliação de sinais e sintomas e classificação de risco dos pacientes da AD de uma unidade de cuidados paliativos oncológicos.

Resultados e discussão

Foi desenvolvido um instrumento para avaliação de sinais e sintomas dos pacientes oncológicos em cuidados paliativos domiciliares, descrito no Quadro 1.

Quadro 1 - Instrumento para avaliação de sinais e sintomas dos pacientes oncológicos em cuidados paliativos domiciliares:

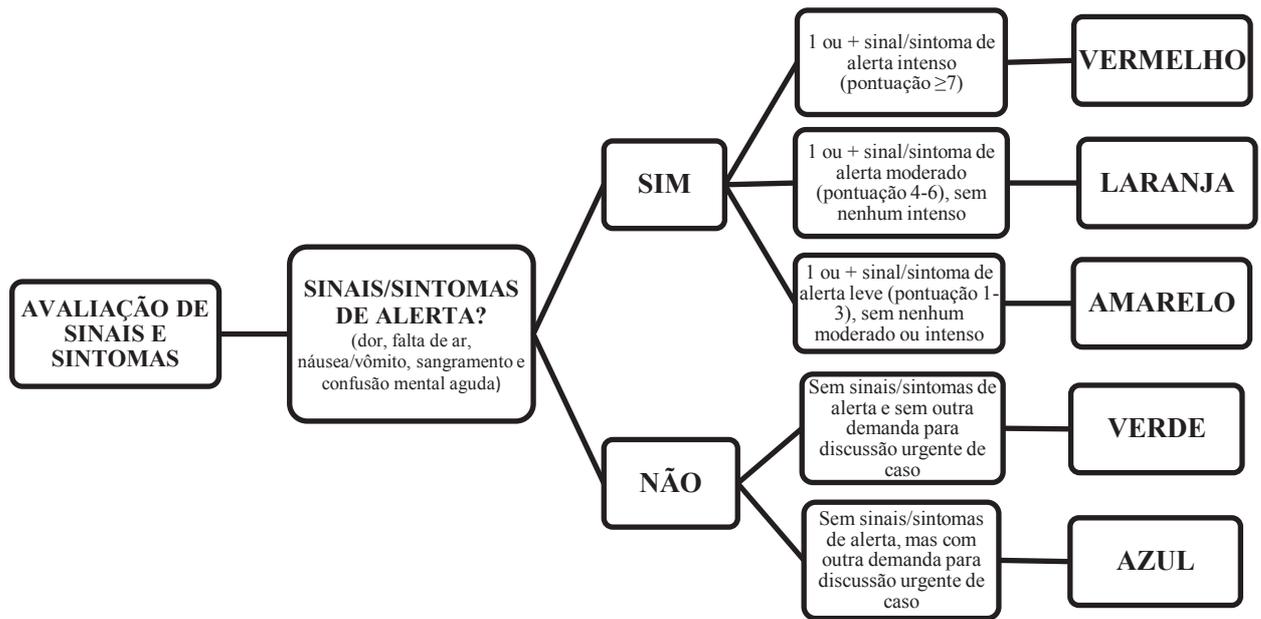
Sintomas da Escala de <i>Edmonton</i> (ESAS)	Intensidade (0-10)
Dor*	
Cansaço	
Náuseas*	

Falta de ar*	
Ausência de bem-estar	
Sonolência	
Ansiedade	
Tristeza	
Falta de apetite	
Outro	
Sinais e sintomas adicionais	Intensidade (0-10)
Constipação	
Diarreia	
Confusão mental aguda*	
Sangramento*	
Disfagia	
Origem da informação: () paciente () cuidador () profissional	
*sinais/sintomas de alerta utilizados na classificação de risco do paciente	

Fonte: Autores. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2022.

O instrumento utiliza dados da Escala de avaliação de sintomas associados a outros sinais e sintomas frequentemente relatados por pacientes com câncer avançado. Com base na presença e intensidade dos sinais e sintomas de alerta, é definida a classificação de risco do paciente, de acordo com Fluxograma apresentado na Figura 1.

Figura 1- Fluxograma para Classificação de Risco de pacientes oncológicos em cuidados paliativos domiciliares, com base em sinais e sintomas de alerta (Fonte: Autores. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2022)



As manifestações definidas neste protocolo como sinais e sintomas de alerta correspondem a situações de manejo mais complexo em domicílio e que representam um risco aumentado de ida à emergência e/ou hospitalização. Como muitos pacientes desejam permanecer em casa inclusive na fase final de vida, a equipe de CPD deve ser capaz de identificar e controlar fatores que possam prejudicar a permanência do paciente em casa.

A escolha destes sinais e sintomas de alerta (definidos com base numa RIL) é reforçada pelos resultados de um estudo de Mercadante *et al* que avaliou as principais causas de ligações de emergência feitas por pacientes oncológicos atendidos por serviço de CP domiciliar. De acordo com o estudo, as cinco principais causas para ligações de emergência foram, em ordem decrescente de prevalência: dispneia, dor, delirium, perda no nível de consciência e sangramento.¹⁵

Além disso, falta de ar (dispneia) e delirium (representada pela confusão mental aguda) são sintomas multidimensionais associados a um pior prognóstico e que podem causar intenso sofrimento para pacientes e seus familiares.^{16, 17}

Segundo modelo descrito por Hui e Bruera (2016), pacientes com câncer avançado possuem quatro categorias de necessidades pessoais: problemas agudos, crônicos, psicossociais e espirituais/ existenciais. A abordagem inicial dos profissionais de saúde deve ser direcionada para os problemas agudos, que envolvem sintomas físicos (como dor, falta de ar, náusea), *delirium* e depressão com risco de suicídio.¹⁸

É importante destacar que além dos sinais e sintomas de alerta, outros fatores relacionados à doença, individuais e ambientais interferem na escolha do local de óbito do paciente e, portanto, podem contribuir para interrupção ou continuidade dos cuidados do paciente em domicílio. Uma revisão sistemática feita por Gomes e Higginson (2006) mostrou que os fatores associados à maior probabilidade de óbito em domicílio são a preferência do paciente, boas condições sociais, acesso a serviços de AD, intensidade dos atendimentos domiciliares, evolução longa da doença, baixa capacidade funcional ambiente rural, rede de suporte social e momento sócio-histórico.¹⁷

Conforme citado, o protocolo de classificação de risco de pacientes oncológicos em CPD descrito neste artigo foi baseado no Sistema de Triagem de Manchester. Ambas as triagens utilizam critérios clínicos para determinar a prioridade de atendimento dos pacientes e classificá-los em uma de cinco categorias representadas por cores. Entretanto, no Quadro 2 são listadas algumas das principais diferenças entre estes dois sistemas de triagem.

Quadro 2: Principais diferenças entre o Sistema de Triagem de Manchester (STM) e a Classificação de risco em Cuidados Paliativos Domiciliares (CPD) oncológicos (Fonte: Autores. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2022)

Modelo de sistema de triagem	Sistema de Triagem de Manchester ⁸⁻¹⁰	Classificação de risco em CPD oncológicos (Fonte: autores)
Cenário	Serviços de emergência	Serviços de CPD
Executor da triagem	Enfermeiros	Enfermeiros e médicos
Perfil dos pacientes	Pacientes com diferentes problemas de saúde	Pacientes com câncer avançado em CPD
Objetivo	Determinar a prioridade de atendimento médico	Determinar a prioridade de atendimento domiciliar subsequente, teleatendimento e/ou discussão do caso em equipe
Outras características	Tempo máximo ideal até atendimento médico é definido conforme a categoria de risco do paciente;	Limite de tempo para o atendimento subsequente depende da categoria de risco do paciente, mas também pode variar conforme a

	Categoria azul significa “não-urgente” e é a que pode aguardar maior tempo até atendimento.	disponibilidade de recursos humanos no serviço da AD; Categoria azul representa pacientes sem sinais/sintomas de alerta, mas com outro motivo para discussão em equipe; a categoria verde é a de menor prioridade de atendimento;
--	---	--

Na versão atual da classificação de risco elaborada para pacientes em CPD, a categoria azul tem prioridade de atendimento maior do que a categoria verde. O motivo para isso é que na versão anterior do protocolo (que utilizava três cores: vermelho, amarelo e verde), a categoria verde já estava bem consolidada como grupo de pacientes sem nenhum sinal/sintoma de alerta e que por isso teriam agendamento de consulta conforme o funcionamento ordinário do serviço. Ao acrescentar mais duas categorias à classificação de risco (laranja e azul), os pesquisadores decidiram que a categoria verde manteria seu significado original, enquanto a categoria azul representaria pacientes sem nenhum sinal/sintoma de alerta, mas com outra demanda para discussão urgente em equipe.

Considerações finais

Este protocolo de classificação de risco de pacientes oncológicos foi elaborado com o objetivo de definir a prioridade para atendimento em um serviço de CPD no Rio de Janeiro. O sistema de triagem visa facilitar a alocação de recursos, sobretudo diante de um cenário de grande demanda (em número de pacientes e/ou complexidade de sintomas) associada a limitação de recursos humanos e materiais do sistema de saúde.

Trata-se de uma estratégia para identificar e facilitar o controle de sinais/sintomas de pacientes com câncer avançado atendidos em AD, tendo como principal objetivo melhorar a qualidade de vida e assim favorecer a permanência dos pacientes em casa, junto de seus familiares.

Referências

1. Worldwide Hospice Palliative Care Alliance (WHPCA) [homepage in internet]. Global Atlas of Palliative Care. 2nd Edition. 2020 [cited 2022 sep 5]. Available from: <https://www.thewhpc.org/resources/global-atlas-on-end-of-life-care>.

2. Atty AT de M, Tomazelli JG. Cuidados paliativos na atenção domiciliar para pacientes oncológicos no Brasil. *Saúde debate*. [Internet]. 2018 [acesso em 05 de setembro 2022];42(116). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201811618>.
3. WHO. World Health Organization. Definition of Palliative Care. World Health Organization, 2020. <https://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>
4. Mracek J, Earp M, Sinnarajah A. Palliative home care and emergency department visits in the last 30 and 90 days of life: A retrospective cohort study of patients with cancer. *BMJ support. palliat. care* (Online). 2021 [cited 2022 sep 5];(1):1–10. Available from: <https://doi.org/10.1136/bmjspcare-2021-002889>.
5. Hui D, Bruera E. The Edmonton Symptom Assessment System 25 Years Later: Past, Present, and Future Developments. *Journal of Pain and Symptom Management*, v. 53, n. 3, p. 630–643, 2017.
6. Hui, D; Bruera, E. Models of palliative care delivery for patients with cancer. *Journal of Clinical Oncology*, ASCO, 2020. Vol 38: 9, p 852-865.
7. Mercadante S, Adil C, Caruselli A, Ferrera P, Costanzi A, Marchetti P, et al. The palliative-supportive care unit in a comprehensive cancer center as crossroad for patients' oncological pathway. *PLoS ONE*. [Internet]. 2016 [cited 2022 sep 5];11(6). Available from: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0157300>.
8. Jesus APS, Okuno MFP, Campanharo CRV, Lopes MCBT, Batista REA. Manchester Triage System: assessment in an emergency hospital service. *Rev Bras Enferm*. 2021;74(3):e20201361. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-1361>
9. Santos Filho, LAM. Revisão sistemática do Sistema de Triagem de Manchester na estratificação de risco. Monografia de Conclusão do Curso de Medicina, Faculdade de Medicina da Bahia, Universidade Federal da Bahia. Salvador: 2013. VIII, 28p.
10. Mackway-Jones K, Marsden J, Windle J, (Eds.). *Emergency triage: Manchester Triage Group* [Internet]. 3rd ed. Chichester (UK): John Wiley & Sons, Ltd.; 2014 [cited 2022 Set 05]. 192p. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/book/10.1002/9781118299029>
11. Dhiliwal S, Salins N, Deodhar J, Rao R, Muckaden MA. Pilot testing of triage coding system in home-based palliative care using Edmonton Symptom Assessment Scale. *Indian J Palliat Care*. 2016;22:19. - [PMC](#) - [PubMed](#)
- 12 Fontenelles, MJ *et al*. Metodologia da pesquisa científica: diretrizes para a elaboração de um protocolo de pesquisa. *Revista Paraense de Medicina*, Belém, v. 23, n. 3, jul-set, 2009.

13. Porzio G, Cortellini A, Bruera E, Verna L, Ravoni G, Peris F, Spinelli G. Home Care for Cancer Patients During COVID-19 Pandemic: The Double Triage Protocol. *J Pain Symptom Manage*. 2020 Jul;60(1):e5-e7. doi:10.1016/j.jpainsymman.2020.03.021. Epub 2020 Mar 31. PMID: 32240755; PMCID: PMC7165240.
14. Silva VG da, Telles AC, Guimarães N de PA, Souza FN de, Campo LL, Bittencourt NCC de M, et al. A propulsão do teleatendimento no cuidado paliativo oncológico domiciliar durante a pandemia de COVID-19. *Res Soc Dev*. [Internet]. 2022 [acesso em 05 de setembro 2022];11(5):e35711528300. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i5.28300>.
15. Mercadante S, Porzio G, Valle A, Aielli F, Costanzo V, Adile C, et al. Emergencies in patients with advanced cancer followed at home. *J. pain symptom manage*. [Internet]. 2012 [cited 2022 jan 01];44(2). Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2011.07.016>.
16. Verhoef MJ, de Nijs E, Horeweg N, Fogteloo J, Heringhaus C, Jochems A, et al. Palliative care needs of advanced cancer patients in the emergency department at the end of life: an observational cohort study. *Support. care cancer*. [Internet]. 2020 [Cited 2022 sep 5];28(3). Available from: <https://doi.org/10.1007/s00520-019-04906-x>.
17. Gomes B, Higginson IJ. Factors influencing death at home in terminally ill patients with cancer: Systematic review. *Br. med. j*. [Internet]. 2006 [cited 2022 sep 5];332(7540). Available from: <https://doi.org/10.1136/bmj.38740.614954.55>.
18. Hui, D; Bruera, E. Integrating palliative care into the trajectory of cancer care. *Nat Rev Clin Oncol*. 2016 March; 13(3): 159–171. doi:10.1038/nrclinonc.2015.201.

3.4. Produto 4: Produção Técnica

FLUXOGRAMA PARA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO DE PACIENTES ONCOLÓGICOS EM CUIDADOS PALIATIVOS DOMICILIARES, COM BASE EM SINAIS E SINTOMAS DE ALERTA

Flávia Navi de Souza^{1,2}, Vanessa Gomes da Silva^{3,4}, Alexandre Sousa da Silva⁵

1 Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Pós-Graduação em Saúde e Tecnologia no Espaço Hospitalar– Mestranda do Programa de Mestrado Profissional (PPGSTEH). Rio de Janeiro – RJ, Brasil.

2. Instituto Nacional de Câncer José de Alencar Gomes da Silva (INCA), Médica do Serviço de Assistência Domiciliar da Unidade de Cuidados Paliativos (Hospital do Câncer IV). Rio de Janeiro – RJ, Brasil.

3. Instituto Oswaldo Cruz/ Fiocruz - Doutoranda do Programa em Ensino em Biociências e Saúde. Rio de Janeiro – RJ, Brasil.
4. Instituto Nacional de Câncer José de Alencar Gomes da Silva (INCA), Enfermeira e Coordenadora do Serviço de Assistência Domiciliar da Unidade de Cuidados Paliativos (Hospital do Câncer IV). Rio de Janeiro – RJ - Brasil.
5. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Pós-Graduação em Saúde e Tecnologia no Espaço Hospitalar. Professor doutor e orientador do Programa de Mestrado Profissional (PPGSTEH). Rio de Janeiro – RJ, Brasil.

3.4. 1- Resumo da Produção Técnica e Tecnológica (PTT)

Objetivo: Elaborar um fluxograma para guiar o processo de classificação de risco dos pacientes oncológicos em cuidados paliativos domiciliares. **Tipologia/Estratificação da produção técnica segundo a Classificação de Produção Técnica da CAPES de 2020:** a Produção Técnica e Tecnológica está inserida na área de Manual ou Protocolos, com estratificação T1 e com correspondência ao desenvolvimento de produto. Possui subtipologia de protocolo tecnológico experimental/aplicação ou adequação tecnológica. Consiste num conjunto das informações, decisões, normas e regras que se aplica a determinada atividade, que encerra os conhecimentos básicos de uma ciência, uma técnica, um ofício ou procedimento. É um documento organizacional que traduz o planejamento do trabalho a ser executado, sendo uma descrição detalhada de todas as medidas necessárias para a realização de uma tarefa, sob a forma de um fluxograma. **Método:** Foram utilizados como base teórica de elaboração do fluxograma: sistemas de triagem emergência fundamentados em prioridades clínicas (como o Sistema de Triagem de Manchester); revisão integrativa da literatura sobre triagem em cuidados paliativos domiciliares para pacientes oncológicos; reuniões entre grupo gestor da assistência domiciliar de uma unidade de cuidados paliativos oncológicos no Rio de Janeiro. **Resultados:** Foi elaborado um fluxograma para auxiliar os profissionais a realizarem a classificação de risco dos pacientes com câncer em cuidados paliativos domiciliares, visando a determinar a prioridade de atendimento pela equipe de saúde. Com base na presença e intensidade de sinais e sintomas de alerta (dor, falta de ar, náuseas/vômitos, confusão mental aguda e sangramento), o paciente é classificado pelo profissional de saúde em uma das cinco categorias/cores: vermelho, laranja, amarelo, verde e azul. Essa classificação é registrada através de outro produto elaborado para o serviço: a ficha de coleta de dados dos pacientes oncológicos atendidos em cuidados paliativos domiciliares. **Conclusão, aplicabilidade e impacto:** O produto facilitará o processo de classificação de risco dos pacientes por parte dos profissionais de saúde. Irá auxiliar na triagem

de prioridade de atendimento domiciliar dos pacientes e na discussão de casos em equipe. Como consequência, o produto facilitará a identificação e controle de sinais e sintomas dos pacientes em domicílio, evitando a necessidade de procura por serviços de emergência ou hospitalização.

Palavras-chave: Neoplasias; Cuidados Paliativos; Serviços de Assistência Domiciliar; Triagem; Guias de Prática Clínica como Assunto.

3.4.2- Apresentação da Produção Técnica:

Este fluxograma foi elaborado para auxiliar o processo de classificação de risco dos pacientes em CPD. Com base na presença e intensidade dos chamados sinais e sintomas de alerta (dor, falta de ar, náuseas/vômitos, confusão mental aguda e sangramento), o profissional de saúde deve classificar o paciente em uma das cinco categorias ou níveis representados por cores: vermelho, laranja, amarelo, verde e azul.

Essa classificação por cores foi baseada no Sistema de Triagem de Manchester (STM), que utiliza uma metodologia de tomada de decisão pautada por prioridades clínicas (MACKWAY-JONES; MARSDEN; WINDLE, 2014). O STM foi criado na Inglaterra em 1997 para estabelecer prioridade de atendimento médico dos usuários das unidades de urgência e emergência, a partir da queixa do paciente (SANTOS FILHO, 2013; JESUS *et al.*, 2021).

Já o protocolo de classificação de risco para pacientes em CPD tem como objetivo identificar situações de manejo mais complexo em domicílio e fazer uma triagem tanto da prioridade de marcação de consulta domiciliar subsequente quanto para direcionar a as discussões de casos em equipe. O fluxograma é apresentado no Apêndice 2 desta pesquisa.

3.5. Produto 5: Produção Técnica

FICHA DE COLETA DE DADOS DOS PACIENTES ONCOLÓGICOS ATENDIDOS EM CUIDADOS PALIATIVOS DOMICILIARES

Flávia Navi de Souza^{1,2}, Vanessa Gomes da Silva^{3,4}, Alexandre Sousa da Silva⁵

1 Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Pós-Graduação em Saúde e Tecnologia no Espaço Hospitalar– Mestranda do Programa de Mestrado Profissional (PPGSTEH). Rio de Janeiro – RJ, Brasil.

2. Instituto Nacional de Câncer José de Alencar Gomes da Silva (INCA), Médica do Serviço de Assistência Domiciliar da Unidade de Cuidados Paliativos (Hospital do Câncer IV). Rio de Janeiro – RJ, Brasil.

3. Instituto Oswaldo Cruz/ Fiocruz - Doutoranda do Programa em Ensino em Biociências e Saúde. Rio de Janeiro – RJ, Brasil.
4. Instituto Nacional de Câncer José de Alencar Gomes da Silva (INCA), Enfermeira e Coordenadora do Serviço de Assistência Domiciliar da Unidade de Cuidados Paliativos (Hospital do Câncer IV). Rio de Janeiro – RJ - Brasil.
5. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Pós-Graduação em Saúde e Tecnologia no Espaço Hospitalar. Professor doutor e orientador do Programa de Mestrado Profissional (PPGSTEH). Rio de Janeiro – RJ, Brasil.

3.5.1- Resumo da Produção Técnica e Tecnológica (PTT)

Objetivo: Elaborar uma ficha de coleta de dados dos pacientes oncológicos atendidos em cuidados paliativos domiciliares. **Tipologia/Estratificação da produção técnica segundo a Classificação de Produção Técnica da CAPES de 2020:** a Produção Técnica e Tecnológica está inserida na área de Manual ou Protocolos, com estratificação T1 e com correspondência ao desenvolvimento de produto. Possui subtipologia de protocolo tecnológico experimental/aplicação ou adequação tecnológica. É um documento organizacional que traduz o planejamento do trabalho a ser executado, sendo uma descrição detalhada de todas as medidas necessárias para a realização de uma tarefa, sob a forma de um instrumento de gestão e assistência. **Método:** A ficha de coleta de dados dos pacientes oncológicos atendidos em cuidados paliativos domiciliares foi elaborada a partir de reuniões do grupo gestor do serviço da Assistência Domiciliar de uma unidade de cuidados paliativos oncológicos no Rio de Janeiro. Utilizou como base outros produtos elaborados pelo serviço: protocolo de avaliação e classificação de risco para determinar prioridade de atendimento dos pacientes em cuidados paliativos domiciliares; fluxograma para guiar o processo de classificação de risco dos pacientes oncológicos em cuidados paliativos domiciliares. **Resultados:** Foi elaborada uma ficha de coleta de dados dos pacientes oncológicos atendidos em cuidados paliativos domiciliares. Seu uso destina-se a enfermeiros e médicos do serviço de Assistência Domiciliar de uma unidade de cuidados paliativos oncológicos. O produto reúne dados referentes aos pacientes atendidos a cada dia pelo profissional da Assistência Domiciliar. Estes dados incluem: os sinais e sintomas de alerta, a classificação de risco do paciente e as intervenções realizadas pelo profissional. Os dados coletados são registrados por funcionários administrativos da assistência domiciliar e em seguida disponibilizados para toda equipe através de planilha que reúne o nome do paciente, a classificação de risco, sinal/sintoma de alerta presente e a intervenção realizada pelo profissional no dia do atendimento. **Conclusão, aplicabilidade e impacto:** Este produto é de

fácil aplicabilidade e oferece os seguintes benefícios ao serviço de cuidados paliativos domiciliares: direcionamento tanto da discussão de casos quanto da prioridade de marcação de consulta domiciliar subsequente (presencial ou através de teleatendimento), com base na classificação de risco dos pacientes; planejamento de cuidados de forma interdisciplinar; monitoramento dos sinais e sintomas e do desfecho dos pacientes; otimização dos recursos do serviço; identificação e controle de sinais e sintomas de manejo complexo em domicílio. Tem impacto positivo na qualidade de vida dos pacientes/ familiares, pois contribui para que o paciente possa ficar confortável em domicílio, reduzindo a procura por serviço de emergência ou hospitalização. Este produto poderá servir de base para construção de um sistema informatizado de coleta de dados, através de *tablets* ou *smartphones*. **Palavras-chave:** Neoplasias; Cuidados Paliativos; Serviços de Assistência Domiciliar;

3.5.2- Apresentação da Produção Técnica

A primeira versão desta ficha foi desenvolvida pelo Núcleo de Apoio da AD em 2018, tendo sido modificada pelo mesmo grupo durante a realização desta pesquisa de mestrado. A versão atualizada desta Ficha de coleta de dados dos pacientes oncológicos atendidos em cuidados paliativos domiciliares é apresentada no Apêndice 3 desta dissertação e contém a classificação de risco elaborada em 2022.

Trata-se de uma ficha que padroniza a coleta de dados relacionados à classificação de risco dos pacientes atendidos a cada dia e cujo preenchimento se destina a enfermeiros e médicos da AD. São registrados os seguintes dados de cada paciente: nome, matrícula, intensidade de cada sinal e sintoma de alerta, classificação de risco (categoria/cor) e intervenções/conduas realizadas pelo profissional de saúde.

A classificação de risco é determinada pela maior intensidade de sinal/sintoma de alerta do paciente. Dessa forma, mesmo que o paciente apresente sinais e sintomas de alerta de diferentes intensidades, aquele de maior intensidade irá prevalecer para definição da classificação de risco. Ao final de cada atendimento domiciliar, o paciente recebe apenas uma classificação de risco. Todos os sinais e sintomas de alerta devem ser registrados na Ficha de coleta de dados dos pacientes oncológicos atendidos em cuidados paliativos domiciliares, independentemente da intensidade, para que possam ser discutidos em equipe e auxiliem na definição do plano de cuidados.

O *design* gráfico desta ficha foi elaborado de forma que a marcação de qualquer sinal e sintoma de alerta intenso correspondesse ao nível vermelho da classificação (ambos estão localizados na mesma linha). Essa lógica se repete nas demais categorias/ cores, em que a

classificação de risco do paciente estará na mesma linha do sinal/sintoma de intensidade mais elevada. As classificações de risco verde e azul se diferenciam pela ausência ou presença de outros motivos para discussão do caso em grupo, conforme citado no Produto 4 desta pesquisa (item 3.4).

No dia seguinte ao atendimento do enfermeiro/médico, as informações coletadas através dessa ficha são registradas por funcionárias administrativas da AD e posteriormente disponibilizadas na forma de planilha para os demais profissionais do serviço. Estes dados permitem a discussão de casos em equipe, priorizando a classificação de risco dos pacientes e visando planejamento de cuidados de forma interdisciplinar.

Além disso, é realizado um acompanhamento para monitorar o desfecho clínico de cada paciente em relação aos sintomas de alerta na consulta subsequente (manutenção do sinal/sintoma, melhora total/parcial ou piora). Também são registrados os casos que resultaram em ida ao Serviço de Pronto-Atendimento (SPA), internação hospitalar ou óbito. Este instrumento não visa substituir o registro em prontuário, mas padroniza a coleta de dados, podendo servir de base para um sistema informatizado em *tablets* ou *smartphones* que poderão ser utilizados pelos profissionais de saúde.

3.6 Produto 6: Produção técnica

PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO DE PACIENTES ONCOLÓGICOS EM CUIDADOS PALIATIVOS DOMICILIARES

Flávia Navi de Souza^{1,2}, Vanessa Gomes da Silva^{3,4}, Alexandre Sousa da Silva⁵

1 Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Pós-Graduação em Saúde e Tecnologia no Espaço Hospitalar– Mestranda do Programa de Mestrado Profissional (PPGSTEH). Rio de Janeiro – RJ, Brasil.

2. Instituto Nacional de Câncer José de Alencar Gomes da Silva (INCA), Médica do Serviço de Assistência Domiciliar da Unidade de Cuidados Paliativos (Hospital do Câncer IV). Rio de Janeiro – RJ, Brasil.

3. Instituto Oswaldo Cruz/ Fiocruz - Doutoranda do Programa em Ensino em Biociências e Saúde. Rio de Janeiro – RJ, Brasil.

4. Instituto Nacional de Câncer José de Alencar Gomes da Silva (INCA), Enfermeira e Coordenadora do Serviço de Assistência Domiciliar da Unidade de Cuidados Paliativos (Hospital do Câncer IV). Rio de Janeiro – RJ - Brasil.

5. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Pós-Graduação em Saúde e Tecnologia no Espaço Hospitalar. Professor doutor e orientador do Programa de Mestrado Profissional (PPGSTEH). Rio de Janeiro – RJ, Brasil.

3.6.1- Resumo da Produção Técnica e Tecnológica (PTT)

Objetivo: Elaborar um protocolo de avaliação e classificação de risco para determinar prioridade de atendimento dos pacientes em cuidados paliativos domiciliares.

Tipologia/Estratificação da produção técnica segundo a Classificação de Produção Técnica da CAPES de 2020: a Produção Técnica e Tecnológica está inserida na área de Manual ou Protocolos, com estratificação T1 e que possui correspondência ao desenvolvimento de produto ou desenvolvimento de técnica. Possui subtipologia de protocolo tecnológico experimental/aplicação ou adequação tecnológica. Consiste num conjunto das informações, decisões, normas e regras que se aplica a determinada atividade, que encerra os conhecimentos básicos de uma ciência, uma técnica, um ofício ou procedimento. É um documento organizacional que traduz o planejamento do trabalho a ser executado, sendo uma descrição detalhada de todas as medidas necessárias para a realização de uma tarefa, sob a forma de um protocolo. **Método:** A construção deste protocolo teve início a partir reuniões entre equipe gestora da Assistência Domiciliar e de buscas estruturadas da literatura. Foi realizada uma revisão integrativa da literatura sobre métodos de triagem em cuidados paliativos domiciliares e outra revisão integrativa sobre os sinais e sintomas que determinam visita à emergência ou hospitalização de pacientes oncológicos em cuidados paliativos domiciliares, para compreender quais as situações que necessitam de prioridade de atendimento. **Resultados:** A partir dos dados das revisões integrativas da literatura e de reuniões entre equipe da assistência domiciliar, foram definidas as situações clínicas de manejo mais complexo no domicílio. Dor, falta de ar, náuseas ou vômitos, sangramento e confusão mental aguda foram nomeados, na produção técnica, como sinais e sintomas de alerta. A escolha destes sinais e sintomas considerou a estrutura da assistência domiciliar da instituição no momento da pesquisa, bem como o perfil dos pacientes atendidos pelo serviço. Elaborou-se um protocolo de avaliação e triagem de risco com cinco categorias/cores (vermelho/ laranja/ amarelo/ verde/ azul), para determinar a prioridade de atendimento dos pacientes. Foi elaborado também um Procedimento de Atividade Técnica para formalizar a avaliação e classificação de risco pela Assistência Domiciliar da Unidade de Cuidados Paliativos do Instituto Nacional de Câncer José de Alencar Gomes da Silva (INCA). **Conclusão, aplicabilidade e impacto:** O produto terá grande impacto no serviço da Assistência Domiciliar, favorecendo a avaliação clínica dos pacientes de forma mais

estruturada e classificação de risco dos pacientes. Os benefícios deste produto incluem: monitoramento dos pacientes, identificação de situações que necessitem de uma rápida intervenção por parte da equipe, orientar as discussões de casos e elaboração de plano de cuidados, facilitar a alocação de recursos e mapeamento do perfil dos pacientes. Ao definir quais pacientes precisam ter o atendimento priorizado, o protocolo permite melhorar a eficiência dos serviços de assistência domiciliar, sobretudo em situações de equipes de saúde reduzidas e número elevado de pacientes graves. O produto possui fácil aplicabilidade, pois utiliza informações referentes a sinais e sintomas avaliados rotineiramente nas consultas domiciliares, através de anamnese e exame físico. A classificação de risco requer um treinamento breve e simples do profissional de saúde para que possa ser utilizado durante os atendimentos domiciliares. Em relação ao potencial de inovação, este protocolo irá desenvolver conhecimentos inéditos para melhor acompanhamento de pacientes oncológicos em cuidados paliativos na atenção domiciliar, permitindo conhecimento do perfil dos pacientes e monitoramento dos desfechos das intervenções propostas pela equipe. Embora pacientes com câncer avançado e baixa capacidade funcional tenham indicação para atendimento pela atenção domiciliar, no Brasil ainda existem poucos serviços especializados nesse tipo de cuidado. E, mesmo em serviços especializados, faltam ferramentas para monitorar o perfil clínico dos pacientes e/ou as estratégias terapêuticas mais efetivas para controle de sintomas. **Palavras-chave:** Triagem; Sinais e Sintomas; Neoplasias; Cuidados Paliativos; Serviços de Assistência Domiciliar; Guias de Prática Clínica como Assunto.

3.6.2 – Apresentação da Produção Técnica:

A produção técnica foi documentada através de um Procedimento de Atividade Técnica criado para AD da unidade HC IV do INCA. Este documento foi publicado na intranet do INCA em 05/09/2022, sob o número 304.1830.004. A apresentação do protocolo nesta pesquisa foi autorizada pela Direção do HC IV/INCA, conforme descrito no Termo de Anuência (Anexo 1).

AVALIAÇÃO DE SINAIS E SINTOMAS E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO DOS PACIENTES ONCOLÓGICOS EM CUIDADOS PALIATIVOS NA ASSISTÊNCIA DOMICILIAR

Elaboradores: Flávia Navi de Souza e Vanessa Gomes da Silva

Revisor: Regina Bokehi Nigri

Aprovador: Renata de Freitas

1. OBJETIVO

Normatizar a avaliação de sinais e sintomas e a classificação de risco dos pacientes da Assistência Domiciliar do Hospital do Câncer IV (HC IV), a fim de estimar as principais demandas clínicas e determinar a prioridade de atendimento pela equipe. O objetivo geral desse protocolo é melhorar o processo de trabalho da AD e com isso favorecer a qualidade de vida dos pacientes atendidos e de seus familiares.

2. CAMPO DE APLICAÇÃO (ABRANGÊNCIA)

Esse procedimento se aplica aos enfermeiros e médicos, incluindo residentes e *fellows*, que atuem no setor da Assistência Domiciliar; assim como os profissionais do Posto Avançado, Ambulatório ou Internação Hospitalar, no momento do encaminhamento do paciente para a Assistência Domiciliar.

3. CONCEITOS (DEFINIÇÕES, SIGLAS, SÍMBOLOS):

3.1 CP - CUIDADOS PALIATIVOS

Abordagem que melhora a qualidade de vida dos pacientes (adultos e crianças) e de suas famílias que enfrentam problemas associados a doenças com risco de vida. Previne e alivia o sofrimento por meio da identificação precoce, da avaliação e do tratamento corretos da dor e de outros problemas físicos, psicossociais ou espirituais (OMS, 2002).

3.2 AD – ASSISTÊNCIA DOMICILIAR

Processo de assistência terapêutica, realizado por equipe multidisciplinar no domicílio do paciente e que visa atender as necessidades reais dos pacientes, matriculados no Instituto Nacional de Câncer (INCA) que foram encaminhados à unidade de CP – HC IV, com câncer avançado, sem possibilidade de tratamento curativo e que estejam com a capacidade funcional reduzida (INCA, 2021).

Nesta temática, a Portaria nº 825, de 25 de abril de 2016, descreve a Atenção Domiciliar como uma nova modalidade de atenção à saúde, substitutiva ou complementar às já existentes, caracterizada por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação prestadas em domicílio, com garantia de continuidade de cuidados e integrada às redes de atenção à saúde. A AD do INCA, inscrita na modalidade AD2 (Atenção Domiciliar /Tipo 2) está destinada aos usuários que possuam problemas de saúde e dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde e que necessitem de maior

frequência de cuidado, recursos de saúde e acompanhamento contínuo, podendo ser oriundos de diferentes serviços da rede de atenção (BRASIL, 2016).

3.3- ESAS - Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton (*Edmonton Symptom Assessment System*)

Escala utilizada para avaliar de forma sistemática a presença e intensidade de múltiplos sintomas em pacientes em cuidados paliativos, permitindo o rastreamento e monitoramento de sintomas em diferentes cenários de cuidados, como por exemplo em serviços de AD (HUI; BRUERA, 2017).

3.4- CLASSIFICAÇÃO DE RISCO COM BASE NOS SINAIS E SINTOMAS DE ALERTA

Triagem para determinar o risco dos pacientes da AD, com base nos sinais e sintomas de alerta (dor, falta de ar, náuseas/vômitos, sangramento e confusão mental aguda) que são situações clínicas de manejo complexo no domicílio. Esta classificação foi desenvolvida a partir de revisão da literatura sobre critérios de gravidade/prognóstico e sobre fatores associados à visita à emergência ou hospitalização de pacientes em CP domiciliares, somada à vivência profissional da equipe. Essa classificação de risco dos pacientes da AD serve para orientar as discussões de casos em equipe e avaliar a prioridade de atendimento domiciliar subsequente e/ou de teleatendimento, a fim de melhorar a qualidade de vida dos pacientes, para que possam permanecer com conforto em seu domicílio, evitando visitas à emergência ou hospitalizações desnecessárias.

4. DESCRIÇÃO (PROCEDIMENTOS)

4.1- Durante a consulta domiciliar

4.1.1 Realizar rotineiramente a avaliação de sinais e sintomas do paciente, incluindo os sintomas da Escala de Edmonton e os sinais e sintomas adicionais, conforme modelo apresentado no Apêndice 1.

4.1.2 Perguntar ao paciente sobre a presença e intensidade dos sinais/sintomas nas últimas 24 horas, pontuando-os de 0 a 10, sendo zero a ausência do sintoma e dez a intensidade máxima. Quando o paciente não puder se expressar, os sinais e sintomas devem ser perguntados ao cuidador ou então estimados pelo profissional de saúde. Na impossibilidade de o paciente realizar a avaliação, os sintomas de ansiedade, depressão e sensação de mal-estar não são pontuados. Em relação à interpretação da pontuação: notas de 1 a 3 representam um

sinal/sintoma de leve intensidade; notas de 4 a 6 representam sinal/sintoma de moderada intensidade; notas maiores ou iguais a 7 representam um sinal/sintoma de forte intensidade.

4.2 Após a consulta domiciliar

4.2.1 Registrar em prontuário eletrônico, os dados referentes à avaliação de sinais e sintomas, detalhando as características, tais como intensidade, início, frequência, qualidade do sintoma, fatores precipitantes ou atenuantes e respostas prévias a tratamentos. Os registros têm a finalidade de documentar as manifestações clínicas, permitir acompanhamento evolutivo e o planejamento dos cuidados em equipe.

4.3 Classificação de risco

4.3.1 Classificar o risco conforme a presença e intensidade destes sinais e sintomas de alerta no momento da avaliação profissional, utilizando uma das cinco categorias nomeadas por cores: vermelho, laranja, amarelo, verde ou azul. O processo de classificação de risco é descrito no fluxograma apresentado no Apêndice 2 e a interpretação de cada categoria de risco é definida no Quadro 1 a seguir.

Quadro 1. Definição das categorias/cores da classificação de risco

	VERMELHO	Possui 1 ou mais sinais/sintomas de alerta de forte intensidade.
	LARANJA	Possui 1 ou mais sinais/sintomas de alerta de moderada intensidade (e nenhum intenso).
	AMARELO	Sem sinais/sintomas de alerta de forte ou moderada intensidade. Possui 1 ou mais sinais/sintomas de alerta de leve intensidade.
	VERDE	Sem nenhum sinal/sintoma de alerta e sem outra demanda que necessite de discussão de caso em equipe com urgência.
	AZUL	Sem nenhum sinal/sintoma de alerta, mas com outra demanda para discussão de caso ou para marcação de consulta presencial com urgência.

4.3.2 Complementar a avaliação dos sinais e sintomas pelo exame físico e avaliação da capacidade funcional através da Escala de *Karnofsky* ou KPS (descrita no Anexo 2 da dissertação).

4.3.3 Elaborar o plano terapêutico mais apropriado em cada caso.

4.3.4 Registrar os sinais/sintomas de alerta, a classificação de risco e o código das intervenções e condutas realizadas pelo profissional para cada paciente. Esses registros devem ser feitos na Ficha de coleta de dados dos pacientes oncológicos atendidos em

cuidados paliativos domiciliares (Apêndice 3). Os códigos das intervenções e condutas terapêuticas realizadas pelos profissionais de saúde são destacados no Quadro 2.

Quadro 2. Códigos das intervenções e condutas terapêuticas

1 - Ajuste de medicamento
2- Encaminhamento SPA/INT
3- Exames coletados/indicação de coleta
4- Solicitação de exames de imagem
5- Reforço de adesão medicamentosa
6- Medidas não farmacológicas
7- Pedidos de Parecer
8- Solicitação de O2
9- Orientação de óbito

4.4 Discussão de casos pela equipe da AD:

4.4.1 Realizar discussão em equipe dos casos de pacientes com classificação vermelha que devem ser considerados como prioridade.

4.4.2 Reavaliar o plano de cuidados e adotar a conduta adequada.

4.4.3 Discutir, em sequência, os casos dos pacientes na seguinte ordem de classificação de risco: laranja, amarela, verde e azul. Embora a categoria azul não contemple a presença de sinais e sintomas de alerta, pode representar a existência de outra situação de gravidade e que necessite de discussão pela equipe, seja para realização de medidas farmacológicas ou não-farmacológicas, solicitação de internação hospitalar e/ou outras condutas que a equipe julgar adequadas.

4.4.4 Sinalizar os pacientes com classificação azul que tenham prioridade para marcação de consulta domiciliar.

4.5 Agendamento das consultas domiciliares presenciais

4.5.1 Utilizar como base a classificação de risco indicada na última consulta do paciente, visando reduzir a necessidade de procura por serviços de emergência ou hospitalização dos pacientes mais graves.

4.5.2 Agendar prioritariamente o paciente sinalizado como vermelho, por apresentar sofrimento intenso com necessidade de reavaliação o mais breve possível.

4.5.3 Agendar sucessivamente os pacientes classificados como laranja, amarelo e verde.

4.5.4 Agendar pacientes da categoria azul conforme a urgência e complexidade da situação específica notificada pelo profissional.

4.5.5 Realizar teleatendimento ao paciente quando não for possível o atendimento presencial em curto prazo (SILVA *et al.*, 2022).

OBSERVAÇÃO: Embora o agendamento priorize a marcação de consultas para pacientes classificados com sinais/sintomas de alerta mais intensos, esse processo está sujeito também a outros fatores logísticos, tais como área geográfica onde o paciente reside e o número de profissionais disponíveis na AD.

5 MONITORIZAÇÃO

A classificação de risco dos pacientes e as intervenções realizadas pelos profissionais devem ser registradas pela equipe administrativa da AD e posteriormente disponibilizados na forma de planilha atualizada para toda equipe da AD. Os desfechos clínicos devem ser avaliados nas consultas subsequentes (manutenção do sinal/sintoma, melhora total/parcial ou piora), assim como os indicadores de ida ao Serviço de Pronto-Atendimento (SPA), indicador de internação e de óbito dos pacientes da AD.

O serviço da AD utiliza alguns indicadores para monitorar o processo de classificação de risco, tais como:

- Número de classificações de risco realizadas;
- % de pacientes por categoria de risco;
- Número de intervenções realizadas;
- % por tipo de intervenção realizada;
- Número de visitas agendadas;
- % de visitas realizadas de acordo com a classificação de risco;
- Número de teleatendimentos realizados.

6 REFERÊNCIAS

BRASIL. PORTARIA Nº 825, DE 25 DE ABRIL DE 2016. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0825_25_04_2016.html

CASTILHO, R. K.; DA SILVA, V.C.S.; PINTO, C. S. Manual de Cuidados Paliativos da Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP) – 3ª ed – Rio de Janeiro: Atheneu, 2021.

HUI, David; BRUERA, Eduardo. The Edmonton Symptom Assessment System 25 Years

Later: Past, Present, and Future Developments. *Journal of Pain and Symptom Management*, v. 53, n. 3, p. 630–643, 2017.

INCA, Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Cuidados paliativos: vivências e aplicações práticas do Hospital do Câncer IV / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. – 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

SILVA, V. G. da; TELLES, A. C.; GUIMARÃES, N. de P. A.; SOUZA, F. N. de; CAMPO, L. L.; BITTENCOURT, N. C. C. de M.; NIGRI, R. B.; SOUZA, M. das G. G. de . The propulsion of call service in palliative oncology care in the COVID-19 pandemic. *Research, Society and Development*, [S. l.], v. 11, n. 5, p. e35711528300, 2022. DOI: 10.33448/rsd-v11i5.28300. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/28300>

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. National cancer control programmes: policies and managerial guidelines world. Genebra, 2002.

4- CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em função do crescente número de pessoas diagnosticadas com câncer em fase avançada, esta pesquisa buscou aprimorar o processo de avaliação de pacientes oncológicos em cuidados paliativos domiciliares.

A avaliação dos sinais e sintomas físicos, emocionais, sociais e espirituais é uma etapa fundamental para que se possa elaborar um plano efetivo de cuidados paliativos, capaz de atender às necessidades dos pacientes e familiares no ambiente domiciliar. De forma simplificada: é impossível aliviar um sofrimento, sem que antes este seja identificado.

Esta dissertação teve como objetivo descrever a elaboração de um protocolo para avaliação de pacientes oncológicos em CPD e triagem da prioridade de atendimento. Este protocolo teve sua origem a partir de um projeto inovador na instituição, iniciado em 2018 pelos membros do Núcleo de Apoio da AD do INCA. Embora sua versão inicial tenha sido elaborada de forma mais empírica, o protocolo foi sofrendo modificações durante o período de realização do presente estudo, incorporando achados de revisões estruturadas da literatura e novas percepções da equipe da AD.

Este protocolo não pretende esgotar todas as etapas de um atendimento domiciliar, nem tornar rígida a interação entre os profissionais de saúde e pacientes/familiares. Este produto visa facilitar a avaliação dos pacientes por parte da equipe da AD e, conseqüentemente, melhorar o controle dos sinais e sintomas, seguindo um princípio básico dos CP.

Cada sinal/sintoma identificado deverá ser cuidadosamente investigado quanto às suas características, como, por exemplo, intensidade, frequência, data de início, fatores predisponentes ou atenuantes, etiologia e impacto provocado pelo sinal/sintoma.

Destaca-se também que o planejamento de cuidados em equipe deve ser individualizado para cada paciente. Para isso, além dos sintomas físicos, devem ser consideradas as seguintes informações: dados biográficos, desejos e valores culturais dos pacientes/famíliares; condições emocionais, sociofamíliares e espirituais dos pacientes; e recursos disponíveis no sistema de saúde.

Por fim, salienta-se que o propósito desta pesquisa não foi abordar as medidas terapêuticas indicadas no controle de cada sintoma. Embora o tratamento da dor e de outros sintomas físicos, psicológicos, sociais e espirituais seja um dos pilares dos cuidados paliativos, este tema foge ao escopo deste projeto de pesquisa.

5- PERSPECTIVAS FUTURAS

Através deste protocolo, espera-se melhorar o funcionamento do serviço da AD e assim trazer benefícios para pacientes/famíliares e para os profissionais da equipe. Além disso, objetiva-se pleitear recursos de sistemas informatizados para coleta dos dados, mapeamento do perfil dos pacientes atendidos pelo serviço e acompanhamento dos desfechos dos pacientes após as intervenções realizadas pela equipe da AD.

Um dos projetos idealizados para informatização do protocolo inclui o desenvolvimento de um aplicativo. Será um aplicativo móvel, para uso em celular ou *tablet* fornecido pelo hospital, de fácil aplicabilidade e de acesso gratuito através das plataformas IOS e Android. Os usuários deste aplicativo serão os profissionais da AD, que poderão registrar a avaliação e classificação de risco dos pacientes, de modo informatizado, durante o atendimento domiciliar.

Outro desdobramento deste protocolo será o compartilhamento das informações da classificação de risco com os próprios pacientes/ famíliares, de modo a facilitar a compreensão destes sobre o funcionamento da AD e aumentar sua autonomia no reconhecimento de situações de manejo complexo no ambiente domiciliar. Inicialmente estas orientações poderão ser feitas verbalmente pela equipe da AD durante os atendimentos. Uma proposta futura inclui a elaboração de material informativo, impresso e/ou audiovisual, em linguagem/formato acessível para público leigo, voltado para pacientes/famíliares.

Em relação aos profissionais de saúde, será dada continuidade às atividades de treinamento da equipe da AD através das discussões de casos clínicos, aulas e/ou vídeos

educacionais. Com isso, serão aperfeiçoadas estratégias tanto para a identificação quanto para o controle dos sinais e sintomas.

Com intenção de aprofundar o estudo dos CPD e dos desdobramentos deste protocolo, será desenvolvida uma nova pesquisa, através de um projeto de doutorado. Essa futura pesquisa incluirá um estudo clínico para avaliação dos resultados e validação do uso do protocolo descrito nesta dissertação.

REFERÊNCIAS

ALONSO-BABARRO, Alberto *et al.* The association between in-patient death, utilization of hospital resources and availability of palliative home care for cancer patients. **Palliative Medicine**, v. 27, n. 1, p. 68–75, 2013.

ANDERSEN, Sarah K. *et al.* Days at home in the last 6 months of life: A patient-determined quality indicator for cancer care. **Journal of Oncology Practice**, v. 15, n. 7, p. E308–E315, 2019.

ATTY, Adriana Tavares de Moraes; TOMAZELLI, Jeane Glauca. Cuidados paliativos na atenção domiciliar para pacientes oncológicos no Brasil. **Saúde em Debate**, v. 42, n. 116, p. 225–236, 2018.

AZEREDO, Thereza Raquel Machado *et al.* Efficacy of the Manchester Triage System: a systematic review. **Int Emerg Nurs**. 2015 Apr;23(2):47-52. doi: 10.1016/j.ienj.2014.06.001. Epub 2014 Jun 18. PMID: 25087059.

BITTENCOURT, Nair Caroline Cavalcanti de Mendonça *et al.* Sinais e sintomas manifestados por pacientes em cuidados paliativos oncológicos na assistência domiciliar: uma revisão integrativa. **Escola Anna Nery**, v. 25, n. 4, p. 1–14, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde – **Resolução nº 466/2012**.

Disponível em:

<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html>. Acesso em: 10 set. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de atenção domiciliar.**, Brasília, v.2. 2013.

Disponível em:

<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_domiciliar_melhor_casa.pdf>. Acesso em: 02 maio 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **PORTARIA DE CONSOLIDAÇÃO Nº 2** - Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. Política Nacional para Prevenção e Controle do Câncer (PNPCC). 2017. Disponível em:

<<https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/MatrizesConsolidacao/Matriz-2-Politicas.html>>. Acesso em: 25 ago 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **PORTARIA Nº 825, DE 25 DE ABRIL DE 2016**. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas. Disponível em:

<https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0825_25_04_2016.html> Acesso em: 10 jun. 2022.

BRASIL. Tribunal de contas da União - TCU. **Acórdão n. 1944/2019**. Disponível em:

<https://portal.tcu.gov.br/imprensa/noticias/diagnostico-de-cancer-no-brasil-e-realizado-de-forma-tardia.htm#.XYWE_CEbYIw.whatsapp>. Acesso em: 23 set. 2019.

BRASIL. Ministério da Educação. Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior. **Considerações sobre Classificação de Produção Técnica e Tecnológica (PTT) - Enfermagem**. Disponível em: <https://www.gov.br/capes/pt-br/centrais-de-conteudo/documentos/avaliacao/ENF_ConsideraessobreClassificaodeProduoTcnicaeTecnolgi ca.pdf>. Acesso em 05 jan. 2022.

BRITO, A.C.S.; ESTEVES, E. M. F. L.; RODRIGUES, L.O. R. Infecção; 2021). In: OLIVEIRA, L. C.; SAMPAIO, S.G. S.M. (Org.). **Cuidados paliativos: vivências e aplicações práticas do Hospital do Câncer IV/ Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva**. – Rio de Janeiro: INCA, 2021. p. 167-174.

CHENG, Wen-wu; WILLEY, Jie; PALMER, Lynn; ZHANG, Tao; BRUERA, Eduardo. Interval between palliative care referral and death among patients treated at a comprehensive cancer center. **J Palliat Med**. 2005 Oct;8(5):1025-32. doi: 10.1089/jpm.2005.8.1025. PMID: 16238515.

CHITNIS, X. A. *et al.* Effect of a home-based end-of-life nursing service on hospital use at the end of life and place of death: A study using administrative data and matched controls. **BMJ Supportive and Palliative Care**, v. 3, n. 4, p. 422–430, 2013.

CLEELAND, C. S. **The M. D. Anderson Symptom Inventory User Guide: version 1**. Houston: The University of Texas M.D. Anderson Cancer Center, 2009.

DHILIWAL, Sunil R.; MUCKADEN, Maryann. Impact of specialist home-based palliative care services in a tertiary oncology set up: A prospective non-randomized observational study. **Indian Journal of Palliative Care**, v. 21, n. 1, p. 28–34, 2015.

DHILIWAL, S. *et al.* Pilot testing of triage coding system in home-based palliative care using Edmonton Symptom Assessment Scale. **Indian J Palliat Care**. 2016;22:19.

EARLE, Craig C. *et al.* Trends in the aggressiveness of cancer care near the end of life. **Journal of Clinical Oncology**, v. 22, n. 2, p. 315–321, 2004.

EARLE, Craig C. *et al.* Evaluating claims-based indicators of the intensity of end-of-life cancer care. **International Journal for Quality in Health Care**, v. 17, n. 6, p. 505–509, 2005.

ENGUIDANOS, Susan *et al.* Expanding access to home-based palliative care: A randomized controlled trial protocol. **Journal of Palliative Medicine**, v. 22, n. S1, p. S58–S65, 2019.

FONTELLES, M. J. *et al.* Metodologia da pesquisa científica: diretrizes para a elaboração de um protocolo de pesquisa. **Revista Paraense de Medicina**, Belém, v. 23, n. 3, jul-set, 2009.

HUI, David; BRUERA, Eduardo. Integrating palliative care into the trajectory of cancer care. **Nat Rev Clin Oncol**. 2016 March; 13(3): 159–171. doi:10.1038/nrclinonc.2015.201.

HUI, David; BRUERA, Eduardo. The Edmonton Symptom Assessment System 25 Years Later: Past, Present, and Future Developments. **Journal of Pain and Symptom Management**, v. 53, n. 3, p. 630–643, 2017.

HUI, David *et al.* Implementation of the Edmonton Symptom Assessment System for Symptom Distress Screening at a Community Cancer Center: A Pilot Program. *Oncologist*. 2017 Aug;22(8):995-1001. doi: 10.1634/theoncologist.2016-0500. **Epub** 2017 May 5. PMID: 28476945; PMCID: PMC5553963.

HUI, David *et al.* Improving patient and caregiver outcomes in oncology: Team-based, timely, and targeted palliative care. **CA: A Cancer Journal for Clinicians**, v. 68, n. 5, p. 356–376, set. 2018.

INCA. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSE ALENCAR GOMES DA SILVA. **Conheça o Hospital do Câncer IV / INCA**: 4 ed. Rio de Janeiro. 2014.

INCA. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSE ALENCAR GOMES DA SILVA. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Estimativa 2018: incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro. 2017.

INCA. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSE ALENCAR GOMES DA SILVA. **Sobre o INCA: Institucional**. Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/institucional>>. Acesso em: 18 set. 2019.

JESUS, A.P.S *et al.* Manchester Triage System: assessment in an emergency hospital service. **Revista Brasileira de Enfermagem**. 2021; 74(3):e20201361. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-1361>>

MACIEL, M.G. S. Definições e princípios. In: OLIVEIRA, R. A. (Org.). **Cuidado Paliativo**. São Paulo: CREMESP, 2008. p.15-32.

MACIEL, M. G. S. Avaliação do paciente em cuidados paliativos. In: CARVALHO, R. T.; PARSONS, H. A. (Org.). **Manual de Cuidados Paliativo ANCP**. 2 ed. Porto Alegre: Editora Meridional Ltda., 2012. p. 31-41.

MACKWAY-JONES, Kevin; MARSDEN, Janet., WINDLE, Jill, (Eds.). **Emergency triage: Manchester Triage Group**. 3rd ed. Chichester (UK): John Wiley & Sons, Ltd.; 2014. 192 p.

MENDES, Ernani Costa; VASCONCELLOS, Luiz Carlos Fadel. Cuidados Paliativos no câncer e os princípios doutrinários do SUS. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 39, n. 106, p. 881-892, JUL-SET 2015.

MERCADANTE, S. *et al.* How do cancer patients receiving palliative care at home die? A descriptive study. **J Pain Symptom Manage**. 2011 Nov;42(5):702-9. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2011.01.014. **Epub** 2011 May 31. PMID: 21621963.

MERCADANTE, S. *et al.* The characteristics of advanced cancer patients followed at home, but admitted to the hospital for the last days of life. **Internal and Emergency Medicine**, v. 11, n. 5, p. 713–718, 2016.

MERCADANTE, S. *et al.* The Palliative-Supportive Care Unit in a Comprehensive Cancer Center as Crossroad for Patients' Oncological Pathway, 2016. **PLoS ONE** 11(6): e0157300. doi:10.1371/ journal.pone.0157300

MIRANDA, Bruno *et al.* Pacientes con cáncer, servicio de urgencias y prestación de cuidados paliativos. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 62, n. 3, p. 207–211, 2016.

MONCHO, Maria Elena Iriarte; PALOMAR-ABRIL, Vicente; SORIA-COMES, Teresa. Palliative Care Unit at Home: Impact on Quality of Life in Cancer Patients at the End of Life in a Rural Environment. **American Journal of Hospice and Palliative Medicine**, v. 39, n. 5, p. 523–529, 2022.

MRACEK, Jennifer; EARP, Madalene; SINNARAJAH, Aynharan. Palliative home care and emergency department visits in the last 30 and 90 days of life: A retrospective cohort study of patients with cancer. **BMJ Supportive and Palliative Care**, n. 1, p. 1–10, 2021.

OLIVER, J. Planning and implementing palliative care services: A guide for programme managers. **Journal of Chemical Information and Modeling**, v. 53, n. 9, p. 1689–1699, 2013. Disponível em: <<https://apps.who.int/iris/handle/10665/250584>>.

OPAS. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Renovação da atenção primária em saúde nas Américas: documento de posicionamento da Organização Pan-Americana da saúde**. Washington, D.C. 2007. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/renovacao_atencao_primaria_saude_americas.pdf>. Acesso em: 15 jul. 2019.

PANTANO, N. P. **É possível prever a sobrevivência de pacientes ambulatoriais com câncer avançado quando encaminhados aos cuidados paliativos?** 2016. 124 f. Dissertação de Mestrado em Oncologia – Hospital de Câncer de Barretos, Barretos, 2016.

PORZIO G. *et al.* Home Care for Cancer Patients During COVID-19 Pandemic: The Double Triage Protocol. **J Pain Symptom Manage**. 2020 Jul;60(1):e5-e7. doi:10.1016/j.jpainsymman.2020.03.021. Epub 2020 Mar 31. PMID: 32240755; PMCID: PMC7165240.

POTTER, J. *et al.* Symptoms in 400 patients referred to palliative care services: prevalence and patterns. **Palliative Medicine**, v. 17, issue 4, p. 310-314, jun, 2003.

RIOLFI, Mirko *et al.* Effectiveness of palliative home-care services in reducing hospital admissions and determinants of hospitalization for terminally ill patients followed up by a palliative home-care team: A retrospective cohort study. **Palliative Medicine**, v. 28, n. 5, p. 403–411, 2014.

SANTOS FILHO, L.A.M. **Revisão sistemática do Sistema de Triagem de Manchester na estratificação de risco**. Salvador: 2013. VIII, 28p.

SAPORETTI, L. A. Diagnóstico e abordagem do sofrimento humano. In: CARVALHO, R. T.; PARSONS, H. A. (Org.). **Manual de Cuidados Paliativos ANCP**. 2 ed. Porto Alegre: Editora Meridional Ltda., 2012. p. 42-55.

SEOW, Hsien *et al.* Trajectory of performance status and symptom scores for patients with cancer during the last six months of life. **Journal of Clinical Oncology**, v. 29, n. 9, p. 1151–1158, 2011.

SILVA, A.M.O.P.; CORTIZO, S.A.A. Avaliação do Paciente e Índices Prognósticos. In: CASTILHO, R.K.; DA SILVA, V.C.S.; PINTO, C.S. (Org). **Manual de Cuidados Paliativos da Academia Nacional de Cuidados Paliativos**. 3 ed. Rio de Janeiro, São Paulo: Editora Atheneu, 2021. p. 11-16.

SILVA, Geisiane A. *et al.* Clinical utility of the modified Glasgow Prognostic Score to classify cachexia in patients with advanced cancer in palliative care, **Clinical Nutrition**. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.clnu.2019.07.002>>

SILVA V.G. *et al.* A propulsão do teleatendimento no cuidado paliativo oncológico domiciliar durante a pandemia de COVID-19. **Res Soc Dev**. [Internet]. 2022 [acesso em 05 de setembro 2022];11(5):e35711528300. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i5.28300>.

SOARES, Luiz Guilherme L. *et al.* Quality Indicators of End-of-Life Care Among Privately Insured People With Cancer in Brazil. **American Journal of Hospice and Palliative Medicine**, v. 37, n. 8, p. 594–599, 2020.

SOUSA, A. D. A. **Sintomas em cuidados paliativos: da avaliação ao controlo**. 2012. 151 f. Dissertação de Mestrado em Oncologia – Universidade do Porto, Porto, 2012.

SOUZA, F. N. *et al.* Assistência Domiciliar. In: OLIVEIRA, L. C.; SAMPAIO, S.G. S.M. (Org.). **Cuidados paliativos: vivências e aplicações práticas do Hospital do Câncer IV/ Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva**. – Rio de Janeiro: INCA, 2021. p. 24-33. Disponível em: https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//cuidados_paliativos-hciv.pdf. Acesso em: 20 mar 2022.

SUTRADHAR, Rinku; BARBERA, Lisa; SEOW, Hsien Yeang. Palliative homecare is associated with reduced high- and low-acuity emergency department visits at the end of life: A population-based cohort study of cancer decedents. **Palliative Medicine**, v. 31, n. 5, p. 448–455, 2017.

TENÓRIO, J.M. *et al.* Desenvolvimento e Avaliação de um Protocolo Eletrônico para Atendimento e Monitoramento do Paciente com Doença Celíaca. **Revista de Informática Teórica e Aplicada**. Porto Alegre, RS, v. 17, n 2, p 210-220, mar., 2011. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/rita/article/view/rita_v17_n2_p210> Acesso em 10 out. 2020.

VASCONCELOS, G. B.; PEREIRA, P. M. Cuidados Paliativos em atenção domiciliar: uma revisão bibliográfica. **Rev. Adm. Saúde**, São Paulo, v. 18, 70, jan. – mar, 2018.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **National cancer control programmes: policies and managerial guidelines world**. Geneva, 2002.

WHO. WHO Cancer Resolution; **Cancer prevention and control in the context of an integrated approach**. 17th World Health Assembly, v. 22, n. May, p. 1–6, 2017.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO guidelines for the pharmacological and radiotherapeutic management of cancer pain in adults and adolescents**. [S.l.: s.n.], 2018.

APÊNDICES

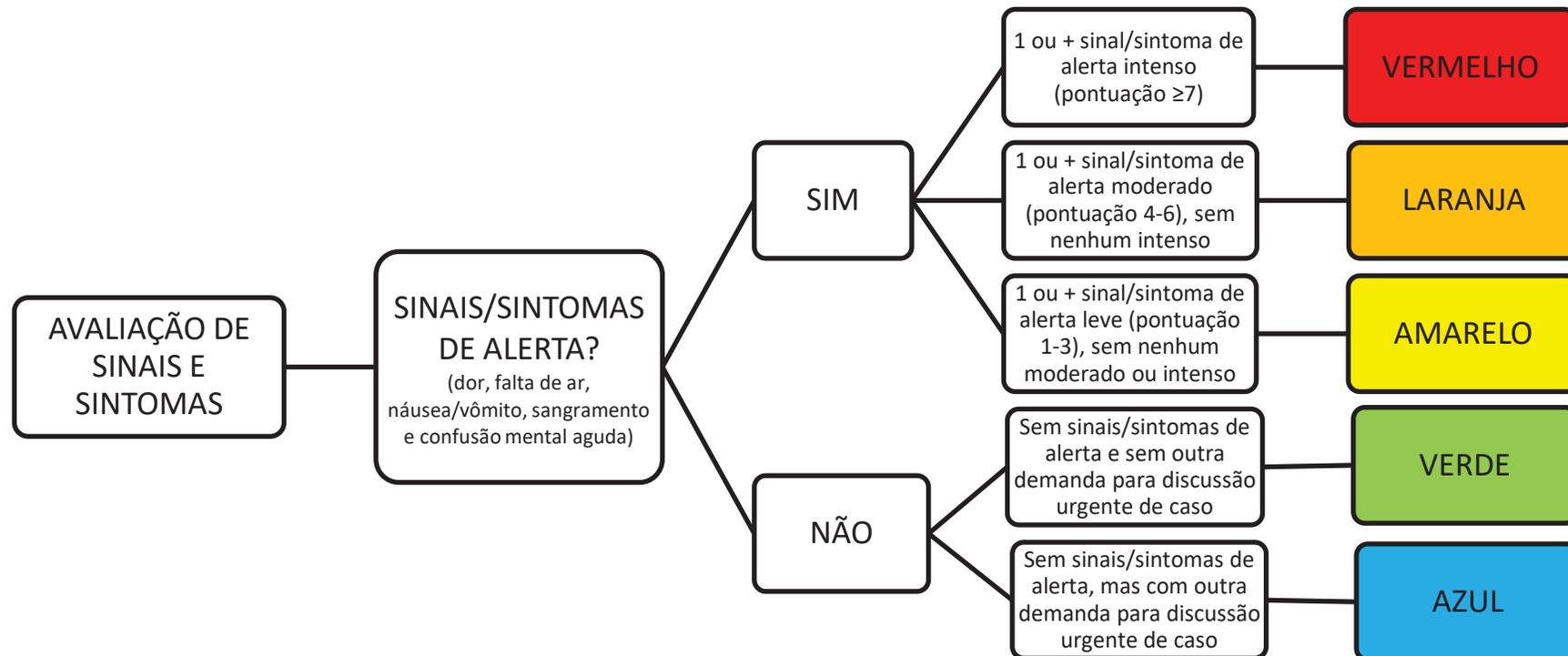
APÊNDICE 1: Quadro - Instrumento para avaliação de sinais e sintomas dos pacientes oncológicos em cuidados paliativos domiciliares:

Sintomas da Escala de <i>Edmonton</i> (ESAS)	Intensidade (0-10)
Dor*	
Cansaço	
Náuseas*	
Falta de ar*	
Ausência de bem-estar	
Sonolência	
Ansiedade	
Tristeza	
Falta de apetite	
Outro	
Sinais e sintomas adicionais	Intensidade (0-10)
Constipação	
Diarreia	
Confusão mental aguda*	
Sangramento*	
Disfagia	
Origem da informação: () paciente () cuidador () profissional	

Os sinais/sintomas de alerta utilizados para classificação de risco do paciente estão destacados na tabela com asterisco (*).

APÊNDICE 2

Figura - Fluxograma para Classificação de Risco de pacientes oncológicos em cuidados paliativos domiciliares, com base em sinais e sintomas de alerta:



APÊNDICE 3 – Figura – Ficha de coleta de dados dos pacientes oncológicos atendidos em cuidados paliativos domiciliares

SINAIS E SINTOMAS DE ALERTA	DOR	FALTA DE AR	NÁUSEAS/ VÔMITOS	SANGRAMENTO	CONFUSÃO MENTAL AGUDA	CLASSIFICAÇÃO
Paciente: _____	() Intenso () Moderado	() Intenso () Moderado	() Intenso () Moderado	() Intenso () Moderado	() Intenso () Moderado	() Vermelho () Laranja
Matrícula: _____	() Leve () Ausente	() Leve () Ausente	() Leve () Ausente	() Leve () Ausente	() Leve () Ausente	() Amarelo () Verde
Intervenção: _____	() Sintomas de alerta ausentes, mas com outra necessidade de discussão:					() Azul
Paciente: _____	() Intenso () Moderado	() Intenso () Moderado	() Intenso () Moderado	() Intenso () Moderado	() Intenso () Moderado	() Vermelho () Laranja
Matrícula: _____	() Leve () Ausente	() Leve () Ausente	() Leve () Ausente	() Leve () Ausente	() Leve () Ausente	() Amarelo () Verde
Intervenção: _____	() Sintomas de alerta ausentes, mas com outra necessidade de discussão:					() Azul
Paciente: _____	() Intenso () Moderado	() Intenso () Moderado	() Intenso () Moderado	() Intenso () Moderado	() Intenso () Moderado	() Vermelho () Laranja
Matrícula: _____	() Leve () Ausente	() Leve () Ausente	() Leve () Ausente	() Leve () Ausente	() Leve () Ausente	() Amarelo () Verde
Intervenção: _____	() Sintomas de alerta ausentes, mas com outra necessidade de discussão:					() Azul
Paciente: _____	() Intenso () Moderado	() Intenso () Moderado	() Intenso () Moderado	() Intenso () Moderado	() Intenso () Moderado	() Vermelho () Laranja
Matrícula: _____	() Leve () Ausente	() Leve () Ausente	() Leve () Ausente	() Leve () Ausente	() Leve () Ausente	() Amarelo () Verde
Intervenção: _____	() Sintomas de alerta ausentes, mas com outra necessidade de discussão:					() Azul
Paciente: _____	() Intenso () Moderado	() Intenso () Moderado	() Intenso () Moderado	() Intenso () Moderado	() Intenso () Moderado	() Vermelho () Laranja
Matrícula: _____	() Leve () Ausente	() Leve () Ausente	() Leve () Ausente	() Leve () Ausente	() Leve () Ausente	() Amarelo () Verde
Intervenção: _____	() Sintomas de alerta ausentes, mas com outra necessidade de discussão:					() Azul
Paciente: _____	() Intenso () Moderado	() Intenso () Moderado	() Intenso () Moderado	() Intenso () Moderado	() Intenso () Moderado	() Vermelho () Laranja
Matrícula: _____	() Leve () Ausente	() Leve () Ausente	() Leve () Ausente	() Leve () Ausente	() Leve () Ausente	() Amarelo () Verde
Intervenção: _____	() Sintomas de alerta ausentes, mas com outra necessidade de discussão:					() Azul

Códigos das Intervenções		Interpretação das cores
1) Ajuste de medicamentos	6) Medidas não farmacológicas	Vermelho = qualquer sintoma de alerta intenso
2) Encaminhamentos ao SPA/INT	7) Pedidos de parecer	Laranja= qualquer sintoma de alerta moderado (e nenhum intenso)
3) Exames coletados/ Indicação de coleta	8) Solicitação de O2	Amarelo= qualquer sintoma de alerta leve (e nenhum moderado ou intenso)
4) Solicitação de exame de imagem	9) Orientação de óbito	Verde= sintomas de alerta ausentes e sem motivos para discussão de caso
5) Reforço de adesão medicamentosa		Azul=sintomas de alerta ausentes, mas com outro motivo para discussão de caso

ANEXOS

ANEXO 1 - TERMO DE ANUÊNCIA

TERMO DE ANUÊNCIA

O Instituto Nacional de Câncer José de Alencar Gomes da Silva (INCA) está de acordo com a execução do projeto **PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO DE PACIENTES ONCOLÓGICOS EM CUIDADOS PALIATIVOS DOMICILIARES: triagem baseada em sinais e sintomas de alerta** coordenado por Flávia Navi de Souza, pesquisadora da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO) e médica do INCA, e assume o compromisso de apoiar o desenvolvimento da referida pesquisa nesta Instituição durante a realização do projeto. Trata-se de um produto técnico elaborado durante o Programa de Pós-Graduação de Saúde e Tecnologia no Espaço Hospitalar da UNIRIO (mestrado profissional) e consiste na descrição de um protocolo para avaliação e classificação de risco dos pacientes da Assistência Domiciliar (AD). Esta pesquisa irá se restringir à descrição do processo de elaboração deste protocolo e apresentação do produto final elaborado. O referido projeto foi desenvolvido a partir de revisão da literatura sobre os fatores determinantes de visita à emergência ou hospitalização de pacientes oncológicos em cuidados paliativos domiciliares. Não será utilizado nenhum tipo de entrevista com pessoas ou consulta a dados de prontuário de pacientes. O objetivo da pesquisa é facilitar a avaliação, monitoramento e triagem de pacientes da AD do INCA, facilitando o controle de sinais/sintomas e dessa forma aumentar a probabilidade de permanência dos pacientes em suas casas, com conforto e qualidade de vida.

Esta pesquisa dispensou registro no sistema CEP/CONEP, conforme disposto nos incisos VI e VII do Parágrafo Único do art. 1º da Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) que dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. Os referidos incisos desta resolução são reproduzidos a seguir:

- VI - pesquisa realizada exclusivamente com textos científicos para revisão da literatura científica;
- VII - pesquisa que objetiva o aprofundamento teórico de situações que emergem espontânea e contingencialmente na prática profissional, desde que não revelem dados que possam identificar o sujeito;

Rio de Janeiro, 08 de setembro de 2022.

Renata de Freitas

Renata de Freitas

Direção do Hospital do Câncer IV/INCA

Renata de Freitas
CRM 52.59330-8/SIAPE 1507317
Diretora
Hospital do Câncer IV/INCA

ANEXO 2 – QUADRO - ESCALAS DE CAPACIDADE FUNCIONAL EM ONCOLOGIA

Escola de Zubrod (ECOG)	Escola de Karnofsky (%)
PS 0 - Atividade normal	100 - nenhuma queixa: ausência de evidência da doença
	90 - capaz de levar vida normal; sinais menores ou sintoma da doença
PS 1 - Sintomas da doença, mas deambula e leva seu dia a dia normal	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
PS 2 - Fora do leito mais de 50% do tempo	60 - necessita de assistência ocasional, mas ainda é capaz de prover a maioria de suas atividades
	50 - requer assistência considerável e cuidados médicos freqüentes
PS 3 - No leito mais de 50% do tempo, carente de cuidados mais intensivos	40 - incapaz; requer cuidados especiais e assistência
	30 - muito incapaz; indicada hospitalização, apesar da morte não ser iminente
PS 4 - Preso ao leito	20 - muito debilitado; hospitalização necessária; necessitando de tratamento de apoio ativo
	10 - moribundo, processos letais progredindo rapidamente

Fonte: Cuidados Paliativos Oncológicos - Controle de Sintomas (Conduas do INCA/MS).