



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE - CCS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GERONTOLOGIA
CURSO DE MESTRADO ACADÊMICO

ANA KARINA DE ANDRADE ARAÚJO GALVÃO

**CONTROLE DOS SINTOMAS COM IDOSOS HOSPITALIZADOS EM CUIDADOS
PALIATIVOS: ESTRATÉGIA CENTRADA NA PESSOA IDOSA**

RECIFE

2023

ANA KARINA DE ANDRADE ARAÚJO GALVÃO

**CONTROLE DOS SINTOMAS COM IDOSOS HOSPITALIZADOS EM CUIDADOS
PALIATIVOS: ESTRATÉGIA CENTRADA NA PESSOA IDOSA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gerontologia da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para obtenção do título de mestre em Gerontologia. Área de concentração: GERONTOLOGIA.

Orientadora: Prof^a Dr^a Nadja Maria Jorge Asano

Coorientador: Prof^o Dr^o Hugo Moura de Albuquerque Melo

RECIFE

2023

Catálogo na fonte:
Bibliotecário: Aécio Oberdam, CRB4: 1895

G182c Galvão, Ana Karina de Andrade Araújo.
Controle dos sintomas com idosos hospitalizados em cuidados paliativos:
estratégia centrada na pessoa idosa / Ana Karina de Andrade Araújo Galvão. –
2023.

82 p. : il.

Orientadora: Nadja Maria Jorge Asano
Coorientador: Hugo Moura de Albuquerque Melo
Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco, Centro de
Ciências da Saúde. Programa de Pós-graduação em Gerontologia. Recife, 2023.
Inclui referências.

1. Idoso. 2. Sintomas. 3. Cuidados paliativos. Asano, Nadja Maria Jorge
(orientador). II. Título.

618.97 CDD (23.ed.)

UFPE (CCS 2023 - 144)

ANA KARINA DE ANDRADE ARAÚJO GALVÃO

**CONTROLE DOS SINTOMAS COM IDOSOS HOSPITALIZADOS EM CUIDADOS
PALIATIVOS: ESTRATÉGIA CENTRADA NA PESSOA IDOSA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gerontologia da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para obtenção do título de mestre em Gerontologia. Área de concentração: GERONTOLOGIA.

Aprovada em: 10/03/2023.

BANCA EXAMINADORA

DR^a FABIA MARIA DE LIMA - UPE

DR^a MARIA DAS GRAÇAS WANDERLEY DE SALES CORIOLANO - UFPE

DR. HUGO MOURA DE ALBUQUERQUE MELO - UFPE

Aos meus amados pais Reinaldo e Maristela, aos meus filhos Mariana e Samuel que são a certeza do cuidado de Deus por mim e ao meu esposo Emanuel, confidente e parceiro de vida.

AGRADECIMENTOS

Toda caminhada traz consigo marcas de aprendizados, desafios, dúvidas, momentos de parada para repensar novas estratégias de avanço ou mesmo nos permitir refletir cada passo no silêncio dos pensamentos. A dinâmica desse movimento inevitavelmente me reservou e presenteou com o sentimento de gratidão, fruto do reconhecimento às pessoas que compuseram essa trajetória oscilante de sensações, a qual me honrou com a parceria, com a palavra contundente de otimismo, com os exemplos de histórias de vida, com a doação de tempo e paciência comigo ao longo desses dois anos de mestrado.

Elenco cada uma delas aqui: eterna gratidão primeiramente à Deus, que em todos os momentos me permitiu enxergar que sem Ele nada disso estaria acontecendo e que as “paradas obrigatórias” ao longo do processo foram a prova do seu cuidado para que eu aprendesse que confiar é sinônimo de abandono à sua vontade que sempre será perfeita e agradável.

Aos meus pais, Reinaldo e Maristela pelo exemplo de doação e perseverança no amor. Sim, a vocês sou gratidão por mais um ciclo de minha vida com a presença fiel, amiga, contemplativa e doce que estiveram sempre dispostos a me conduzir, me permitir descansar e ser brisa leve no aconchego do dia a dia. Que honra ser filha de vocês! Obrigada também por acessarem meu coração através do amor inesgotável, que hoje como mãe entendo e experimento com meus filhos, e serem pontes de travessia nas vivências até hoje.

Aos meus filhos Mariana e Samuel! Obrigada pela força inexplicável que vocês me deram ao longo dessa caminhada. Quando mamãe olha para vocês, logo vem à mente nossos abraços, beijos, afetos e ensinamentos que me refazem e me fortalecem em cada desafio. Minha Mari com sua ternura, inteligência e acolhimento (sou privilegiada de ter você como minha menina) e meu Samuel com seu carinho e olhar apaixonado, sua alegria e expansividade que contagia a todos em sua volta e ainda mais por me ensinar que sua vida é reflexo de esperança.

Ao meu esposo, Emanuel obrigada por segurar minha mão em diversos momentos e entender minha dinâmica de vida desde que nos conhecemos e topar embarcar comigo nos desafios que só nos fazem amadurecer e cada dia mais ter a certeza de que fiz a escolha certa: você!

Aos meus idosos favoritos, meus avós maternos Nair e Severino (Biu) por me honrarem com seu cuidado e suas histórias de vida que são fonte inesgotável de zelo, honestidade e aconchego nos seus abraços. Aos meus avós paternos, Gilmi e Manoel, que

hoje vibram no Céu (como sinto forte isso) porque sei que cada momento dos netos era motivo de orgulho e extensão do que vocês sempre cultivaram em mim. Vocês são muito especiais em minha vida e a memória de tudo que aprendi com os dois é muito presente. Amo muito vocês, meus veinhos!

Ao meu irmão, André Luiz, meu orgulho, meu querido, meu encontro e lembrança de que nunca estarei só. Obrigada por sempre acreditar que sou capaz. À minha irmã, Adriana, te amo e te respeito...o tempo nos encontrará.

À minha tia Flávia, que também posso chamar de mãe, por estar sempre disposta a estender sua mão quando meus braços não conseguem chegar. Obrigada por ser tão presente na memória afetiva dos meus filhos.

Às minhas amigas e irmãs que ricamente ganhei no trabalho, Gitana, Elisa, Larissa, Careli, Dany e Mayara por todo carinho, respeito, atenção e confiança nesse trabalho, pelo mérito de eu ter conseguido dar andamento a ele e por acreditarem tão lindamente no propósito hoje apresentado. Vocês mergulharam comigo nessa jornada e nesse sonho. Sou só gratidão!

Aos meus professores, minha orientadora, Dr^a Nadja Maria, obrigada por me ensinar que nos detalhes compomos nosso cuidado no que fazemos. Cada leitura e experiência repassadas foram alicerces para eu construir o trabalho que hoje está posto, de forma que contemplo cada folha e agradeço pelo seu olhar junto comigo. Ao meu coorientador, Dr^o Hugo Moura pela sua atuação fundamental quando a dúvida pairava e por vezes perdia o norte do caminho. Você me mostrava que cada passo dado era sim motivo de vitória e que deveria ser comemorado e contemplado com carinho. À professora Graça Coriolano, pela sua exímia empatia, solicitude e disposição na contribuição desse trabalho que foi construído com muito de sua experiência e paciência na organização dos dados expostos. Vocês são o eixo de sustentação e motivação para mim na jornada acadêmica.

E não poderia deixar de agradecer aos meus pacientes que são lições de vida diária, prova de resiliência, fé, confiança e perseverança na trajetória extenuante, por vezes, mas que me mostram o quanto é bom cuidar e proporcionar a dignidade em cada situação apresentada nesse período vivido. A gratidão a vocês engrandece minha história de vida, muitas vezes, melhor escrita e sentida pelas versões que vocês ressignificam e ressoam em minha caminhada.

RESUMO

A demanda em Cuidados Paliativos (CP) é crescente em todo o mundo devido ao envelhecimento populacional. Cerca de 40 milhões de pessoas em todo o mundo necessitam de CP todos os anos, mas apenas 14% destes clientes recebem intervenção deste tipo. O controle dos sintomas é uma das maiores preocupações na abordagem paliativa, requerendo uma avaliação sistemática, excelentes cuidados de saúde e uma prescrição cuidadosa. Na prática dos CP é comum o paciente apresentar mais de um sintoma ao mesmo tempo, decorrente da evolução da doença ou do tratamento. O presente estudo objetivou identificar os sintomas relatados pelos idosos hospitalizados sob CP como estratégia para plano de cuidado multidisciplinar centrado na pessoa. Pesquisa de natureza quantitativa, transversal em um primeiro momento (D0), seguida do acompanhamento temporal em mais dois momentos (D1 e D2) dos sintomas relatados pelos idosos, caracterizando o estudo quase experimental com 53 idosos em CP, idade ≥ 60 anos, de ambos os sexos, admitidos na enfermaria de Oncohematologia do Hospital das Clínicas de Pernambuco. Os dados foram tabulados, compilados e expressos por meio de análise univariada: média com desvio padrão e mediana, variação mínimo-máximo, contagem e frequência, permitindo caracterização do perfil sociodemográfico e clínico dos idosos e identificação dos sintomas relatados por eles. Para comparação dos sintomas relatados pelos próprios idosos em Cuidados Paliativos nos 3 momentos do estudo foi realizada Prova de Friedman. Neste estudo, foi verificado que a maioria dos pacientes oncológicos idosos em Cuidados Paliativos no HC - UFPE foram mulheres (57%) e homens (43%), com média de idade de 69 (± 6) anos. A maioria era aposentada, casada, com renda familiar de até 1,5 salário mínimo, a principal ocupação antes da aposentadoria estava relacionada ao grupo composto por agricultores, trabalhadores braçais e donas de casa. Residiam em imóvel próprio e no interior do estado de Pernambuco. Quanto à caracterização clínica, observou-se maior incidência de câncer do sistema digestório, seguido do urogenital e em terceiro de mama. Dentre os sintomas relatados pelos idosos com base na Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton (ESAS), destacam-se 3 sintomas com maior frequência de relatos: dor, mal-estar e fadiga. Houve redução significativa nas médias dos escores da ESAS tanto em seus domínios, quanto no escore total. A dor apresentou a maior média (8 ± 3) e falta de ar a menor média (2 ± 3) no momento D0. No momento D2 todas as médias reduziram de forma importante, porém a falta de apetite apresentou a maior média do momento D2 (4 ± 3) e falta de ar a menor média (1 ± 2). Dessa forma, a compreensão dos CP concentra-se também no gerenciamento de sintomas, sendo o agrupamento de sintomas uma forma congruente para avaliação fidedigna do idoso, à medida em que a associação de um

sintoma ao outro, predispõe melhor interpretação e conseqüentemente formulação de estratégia para o manejo e controle dos sintomas.

Palavras-chave: idoso; sintomas; cuidados paliativos

ABSTRACT

The demand for Palliative Care (PC) is increasing worldwide due to population aging. Around 40 million people around the world require CP every year, but only 14% of these clients receive this type of intervention. Symptom control is one of the major concerns in the palliative approach, requiring systematic assessment, excellent health care and careful prescription. In the practice of PC, it is common for the patient to present more than one symptom at the same time, due to the evolution of the disease or treatment. The present study aimed to identify the symptoms reported by elderly people hospitalized under PC as a strategy for a person-centered multidisciplinary care plan. Quantitative, cross-sectional research at first (D0), followed by temporal monitoring in two more moments (D1 and D2) of the symptoms reported by the elderly, characterizing the quasi-experimental study with 53 elderly people in PC, aged ≥ 60 years, from both sexes, admitted to the Oncohematology Ward of the Hospital das Clínicas de Pernambuco. Data were tabulated, compiled and expressed through univariate analysis: mean with standard deviation or median, minimum-maximum variation, count and frequency, allowing the characterization of the sociodemographic and clinical profile of the elderly and identification of the symptoms reported by them. To compare the symptoms reported by the elderly in Palliative Care in the 3 moments of the study, the Friedman Test was performed. In this study, it was verified that the majority of elderly cancer patients in Palliative Care at HC – UFPE were women (57%) and men (43%), with a mean age of 69 (± 6) years. Most were retired, married, with a Family income of up to 1.5 minimum wages, the main occupation before retirement was related to the group composed of farmers, manual workers and housewives. They lived in their own property and in the interior of the state of Pernambuco. As for the clinical characterization, there was a higher incidence of cancer of the digestive system, followed by the urogenital and in third of the breast. Among the symptoms reported by the elderly based on the Edmonton Symptom Assessment Scale (ESAS), 3 symptoms with the highest frequency of reports stand out: pain, malaise and fatigue. There was a significant reduction in the means of the ESAS scores both in its domains and in the total score. Pain had the highest average (8 ± 3) and shortness of breath the lowest average (2 ± 3) at moment D0. At moment D2, all means reduced significantly, but appetite had the highest mean at moment (4 ± 3) and shortness of breath the lowest mean (1 ± 2). In this way, the understanding of the PC also focuses on the management of symptoms, with the grouping of symptoms being a congruent way for a reliable assessment of the elderly, as the association of one Symptom with another predisposes better interpretation and, consequently, formulation of a strategy for Symptom management and control.

Keywords: elderly; symptoms; palliative care

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Fluxograma de Coleta de Dados	38
Figura 2 – Estratificação dos momentos da pesquisa	39
Figura 3 – Identificação dos sintomas relatados pelos idosos com base na escala de Edmonton na admissão. N=53	45
Figura 4 – Intensidade dos sintomas relatados pelos idosos com base na escala de Edmonton. N=53	45

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Perfil sociodemográfico e clínico da amostra	43
Tabela 2 – Agrupamento de sintomas relatados na Escala de Edmonton. N=53	46
Tabela 3 – Frequência de idosos inseridos nos agrupamentos de sintomas. N=53	46
Tabela 4 – Comparação dos sintomas nos três momentos de aplicação da Escala de Edmonton. N=49	47
Tabela 5 – Medidas de controle de sintomas utilizadas pela equipe multiprofissional. N=53	47

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANCP	Academia Nacional de Cuidados Paliativos
AVC	Acidente Vascular Cerebral
CAPC	Center to Advance Palliative Care
CEP HC	Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas
CP	Cuidados Paliativos
DCNT	Doença Crônica Não Transmissível
EBSERH	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
ESAS	Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton
HC UFPE	Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco
IAHSP	Associação Internacional de Hospices e Cuidados Paliativos
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INCA	Instituto Nacional do Câncer
MINI-COG	Mini Avaliação Cognitiva
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PCST	<i>Palliative Care Screening Tool</i>
PNS	Pesquisa Nacional de Saúde
PPS	Palliative Performance Scale
PTS	Plano Terapêutico Singular
SUS	Sistema Único de Saúde
SRAS	Sistema de Regulação em Assistência à Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	16
2	REFERENCIAL TEÓRICO	19
2.1	ENVELHECIMENTO POPULACIONAL.....	19
2.2	CUIDADOS PALIATIVOS	21
2.3	AVALIAÇÃO DE SINTOMAS EM CUIDADOS PALIATIVOS	24
2.4	O PLANO TERAPÊUTICO SINGULAR COMO ESTRATÉGIA CENTRADA NA PESSOA E A ABORDAGEM GERIÁTRICA.....	27
3	OBJETIVOS.....	30
3.1	GERAL.....	30
3.2	ESPECÍFICOS.....	30
4	METODOLOGIA.....	31
4.1	DESENHO DA PESQUISA.....	31
4.2	LOCAL DA PESQUISA.....	31
4.3	POPULAÇÃO E AMOSTRA DE PARTICIPANTES.....	32
4.4	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO	32
4.5	DEFINIÇÃO E CATEGORIZAÇÃO DAS VARIÁVEIS.....	33
4.6	INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS	34
4.6.1	Avaliação do contexto sociodemográfico e clínico.....	35
4.6.2	Avaliação cognitiva.....	35
4.6.3	Critérios de elegibilidade para cuidados paliativos.....	36
4.6.4	Avaliação prognóstica e funcional do paciente.....	36
4.6.5	Aplicação de pré-teste da Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton (ESAS).....	36
4.6.6	Aplicação do instrumento de avaliação de sintomas dos idosos hospitalizados e	

cuidados paliativos.....	37
4.7 RECRUTAMENTO DOS PARTICIPANTES.....	37
4.8 PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS	37
4.9 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	40
5 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS	41
6 RESULTADOS	42
6.1 CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E CLÍNICO DOS IDOSOS SOB CUIDADOS PALIATIVOS.....	42
6.2 IDENTIFICAÇÃO DOS SINTOMAS RELATADOS PELOS IDOSOS	44
6.3 COMPARAÇÃO DOS SINTOMAS NOS TRÊS MOMENTOS DE APLICAÇÃO DA ESCALA DE AVALIAÇÃO DE SINTOMAS DE EDMONTON (D0, D1 E D2).....	46
6.4 MEDIDAS DE CONTROLE DE SINTOMAS REALIZADAS PELA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR NO PLANO DE CUIDADOS DE ROTINA DO SETOR.....	47
8 DISCUSSÃO	49
9 CONCLUSÃO.....	56
REFERÊNCIAS	57
APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO..	70
APÊNDICE B - QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO	73
APÊNDICE C - QUESTIONÁRIO CLÍNICO.....	74
ANEXO A - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA	75
ANEXO B - MINI-COG – MINI AVALIAÇÃO COGNITIVA	79
ANEXO C - ESCALA PALLIATIVE CARE SCREENING TOOL (PCST).....	80
ANEXO D - ESCALA DE PERFORMANCE PALIATIVA (PPS).....	81
ANEXO E - ESCALA DE AVALIAÇÃO DE SINTOMAS DE EDMONTON (ESAS)	82

1 INTRODUÇÃO

O fenômeno do envelhecimento populacional é uma realidade cada vez mais impactante, o que se configura como uma questão de saúde pública, por ser responsável pelo aparecimento de diferentes questões da estrutura social, econômica, política e cultural, visto que o crescente número da população idosa traz como consequência relevante o surgimento de novas demandas relacionadas à maior procura por serviços de saúde, refletida nas novas configurações de cuidado à essa faixa etária (MIRANDA *et al.*, 2016).

O envelhecimento mundial está atrelado ao cenário de fortes mudanças, visto no fenômeno da transição demográfica, caracterizada pela redução das taxas de mortalidade e significativas alterações na estrutura etária da população com aumento da expectativa de vida (CAMARANO, 2014; SIMÕES, 2016).

Além disso, o fenômeno da transição demográfica está intimamente ligado à transição epidemiológica pela expressão de doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs), consequentemente variáveis graus de dependência, sejam elas físicas e/ou emocionais e a ocorrência de aumento da utilização dos serviços de saúde (SAPETA; LOPES, 2007; SANTOS *et al.*, 2019).

No Brasil, em 2013, as DCNTs ocasionaram aproximadamente 72,6% das mortes, o que culminou na elaboração do “Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil, 2011 - 2022”, elaborado pelo Ministério da Saúde. As propostas estão estruturadas em três eixos: vigilância, informação, avaliação e monitoramento; promoção da saúde e cuidado integral (MALTA; SILVA JR, 2013; MALTA; DE MOURA; BERNAL, 2015).

Deste modo, a demanda pelos serviços de saúde vem aumentando, visto que nos idosos as doenças são múltiplas, resultando em maior e mais prolongado uso desses serviços e consequente prolongamento do cuidado integral à pessoa idosa (CAMPOLINA *et al.*, 2013).

Nesse contexto, a interface com a abordagem do Envelhecimento Ativo torna-se fundamental, à medida que traz uma nova sustentação para esse período da vida, assegurando o aumento da expectativa de uma vida saudável atrelado à qualidade de vida para todas as pessoas que estão no processo de senilidade, incluindo: pessoas idosas consideradas frágeis, fisicamente incapacitadas e que necessitem de mais cuidados, mas que ao mesmo tempo possam continuar a contribuir ativamente em seu meio social (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005; SOUSA *et al.*, 2018). Por ser uma questão de grande relevância mundial, o processo do envelhecer precisa ser analisado baseado na integração do binômio longevidade x qualidade de vida (MOSER, 2019).

As melhorias na assistência à saúde contribuíram para se viver mais e melhor (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2017; SANTOS *et al.*, 2019). O Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde, publicado pela OMS em 2015, evidencia a necessidade de transformação dos sistemas de saúde, inicialmente baseados em formas curativas focadas na doença, modificando-se para implantação de cuidados integrais centrados no idoso (SHIM *et al.*, 2018).

As características do modelo de atenção à saúde vigente fundamentado nas ações curativas, centrado no cuidado médico e estruturado com ações e serviços de saúde dimensionados a partir da oferta, tem se mostrado insuficiente para dar conta dos desafios sanitários atuais e, insustentável para os enfrentamentos futuros. Esse modelo de atenção à saúde aponta para a necessidade de uma organização que construa a intersectorialidade para a promoção da saúde, contemple a integralidade dos saberes e considere as vulnerabilidades de grupos ou populações e suas necessidades, fortalecendo as ações sobre as condições crônicas (DA SILVA, 2011).

Dessa maneira, a oferta de Cuidados Paliativos (CP) é urgente, assim como a necessidade de identificar idosos que se beneficiariam com a abordagem paliativa, sendo uma alternativa para proporcionar qualidade de vida a esses idosos nos hospitais visto que há um aumento na prevalência dessa faixa etária com DCNT ameaçadoras à vida (LEITE, 2020).

Como tal, os Cuidados Paliativos devem ser integrados na gestão de doenças crônicas e contextualizados em qualquer ponto da trajetória da doença e não apenas na fase terminal, visto que os CP são conduzidos por princípios e não protocolos, pois reconhece que critérios individuais devem ser considerados na tomada de decisão (GARFINKEL; ZUR-GIL; BEN-ISRAEL, 2007; BRASIL, 2018).

Uma estratégia utilizada para operacionalizar os Cuidados Paliativos e que favorece o trabalho interdisciplinar é a utilização do Plano Terapêutico Singular (PTS), o qual se apresenta como ferramenta transformadora do cuidado e articulada através de um conjunto de propostas terapêuticas para um indivíduo ou coletividade com o objetivo do cuidado integral elaborado por equipe interdisciplinar (PACHECO *et al.*, 2013).

Quando relacionado à diminuição dos sintomas físicos, a equipe necessita aprender a interpretar e compreender não somente as queixas verbais, mas as expressões corporais e faciais. E quando possível, pode-se utilizar escalas específicas para avaliação de sintomas (FRANCO *et al.*, 2017).

Uma das estratégias utilizadas pelo modelo paliativo para obter alívio do sofrimento dos pacientes é um controle adequado de sintomas (SPICHIGUER *et al.*, 2011). Sabe-se que

os doentes são a fonte mais fidedigna de informação e quem melhor identifica e avalia os seus sintomas, especialmente aqueles que acarretam maior subjetividade, tal como a dor e o cansaço (RICHARDSON; JONES, 2009).

O controle de sintomas é um dever e um sinal de respeito pelo doente, de humanidade na abordagem do sofrimento e o manejo dessa sintomatologia torna-se reflexo da compreensão dos valores e vontades de alguém que necessita de ajuda (MARQUES, 2005).

Nesse sentido, justifica-se esse estudo, pela importância do controle dos sintomas através do acompanhamento temporal dos mesmos pelo próprio idoso hospitalizado e não apenas pela equipe de saúde, cuidador ou familiar, o que ampara o princípio de valorização da pessoa e fidedignidade no acompanhamento de um plano terapêutico singular ao idoso (HERRING, 2016).

Dessa forma, para que os CP proporcionem uma abrangência em todas as áreas da vida do paciente, torna-se fundamental a atuação de uma equipe multiprofissional, pautada na formulação de um planejamento e consenso no método terapêutico a ser utilizado com identificação precoce dos sintomas de caráter físico, psicológico e social fundamentando a integralidade do cuidar com a culminância no controle sistemático dos sintomas apresentados (SANTOS *et al.*, 2019).

Diante do contexto abordado, como ocorre o controle dos sintomas e o acompanhamento do plano terapêutico singular com os idosos hospitalizados em Cuidados Paliativos?

Espera-se com esse estudo que a avaliação do controle dos sintomas relatados pelos próprios idosos possa proporcionar a elaboração de um plano de cuidados assertivo para eles, de forma a dar veracidade às suas respostas e a valorização da pessoa idosa quanto ao esclarecimento de questões referentes ao seu tratamento.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 ENVELHECIMENTO POPULACIONAL

Nas últimas décadas, o envelhecimento populacional foi marcado pelo aumento da expectativa de vida e redução das taxas de natalidade e mortalidade na maioria dos países do mundo. Houve crescimento da quantidade de idosos com 80 anos e mais, etapa vulnerável do ponto de vista social e da saúde física e mental, dentre as quais é comum a perda de autonomia e o aumento da dependência (FREEDMAN, 2020).

No Brasil, considerado país de terceiro mundo, estudos populacionais do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), indicam que existem, atualmente, cerca de 30,2 milhões de pessoas idosas. A esperança de vida ao nascer é, em média, 75,4 anos para os homens e 78,2 para as mulheres, sendo que a faixa etária que mais cresce é a de 80 anos e mais, confirmando a tendência mundial geral (IBGE, 2018).

O envelhecimento demográfico e o envelhecimento individual devem ser diferenciados. O primeiro é decorrente da mudança na estrutura etária da população e acontece com o aumento da proporção de pessoas consideradas idosas. O envelhecimento demográfico pode ser reversível a partir da entrada de migrantes jovens, do aumento da fecundidade e/ou o aumento da mortalidade a idades avançadas. Já o envelhecimento individual, embora seja concebido como um processo, está associado ao conceito de velhice e fragilização (DARDENGO; MAFRA, 2018).

A idade, por si só, não é um preditor de fragilidade e velhice, uma vez que o processo de envelhecimento é heterogêneo (muda de pessoa a pessoa). Entretanto, a idade passou a ser o principal marcador de envelhecimento humano. A maioria dos países usam 60 ou 65 anos para definir uma pessoa como idosa. No Brasil, o Estatuto do Idoso a define como aquela que alcança os 60 anos de idade (GIACOMIN, KC *et al.*, 2019).

Contudo, a população não envelhece da mesma forma: há pessoas idosas que permanecem absolutamente capazes de realizar as suas atividades cotidianas por si mesmas, ainda que apresentem doenças crônicas ou outras condições importantes de saúde. Outras pessoas precisam de apoio e adaptações para a realização de suas atividades e algumas se tornam completamente dependentes de cuidados contínuos e da ajuda de terceiros, mesmo que não sejam cronologicamente tão idosas. Assim, a presença de múltiplos problemas de saúde e a idade avançada não implicam, necessariamente em dependência para a realização das suas atividades da vida diária, ou dependência funcional (BRASIL, 2018).

A estrutura de causas de mortalidade de pessoas de 60 anos ou mais se concentra principalmente nas doenças não-transmissíveis. No ano de 2019, três grupos de causas correspondiam a mais de 60% do total de óbitos de pessoas idosas, tanto na população feminina, quanto masculina, sendo elas: doenças do aparelho circulatório, neoplasias e doenças do aparelho respiratório. Doenças infecciosas e parasitárias eram as causas em menos de 4% dos óbitos para ambos os sexos. Homens e mulheres idosos pouco se diferenciaram quanto à distribuição percentual das causas de mortalidade. As principais diferenças encontradas foram a maior proporção de óbitos na população masculina por neoplasias e causas externas (19,6% e 4,4%, respectivamente) em relação à feminina (16,4% e 3,0%, respectivamente) e a maior proporção de óbitos por doenças do sistema nervoso e doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas em idosas (4,6% e 8,1%, respectivamente) em comparação aos homens idosos (3,1% e 6,3%, respectivamente) (ROMERO; MAIA, 2022).

Em relação ao perfil de morbidade, a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2019 mostrou a alta prevalência de doenças crônicas entre a população idosa brasileira. Apenas 19% das pessoas idosas relataram não ter sido diagnosticadas com nenhuma das doenças crônicas referidas no inquérito (Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus, artrite ou reumatismo, depressão, câncer e Acidente Vascular Cerebral). Convivem com mais de uma doença crônica 58,3% das pessoas idosas, sendo que 5,5 milhões dessas (34,4% do total de idosos) convivem com 3 ou mais doenças crônicas. As dez doenças crônicas mais prevalentes na população idosa são: hipertensão arterial (56,4%), problema crônico de coluna (31,1%), diabetes (20,8%), artrite ou reumatismo (18,2%), alguma doença do coração (ex.: infarto, angina, insuficiência cardíaca) (13,1%), depressão (11,8%), câncer (6,8%), acidente vascular cerebral (AVC) (5,6%), asma (ou bronquite asmática) (4,7%) e alguma doença crônica no pulmão (ex.: enfisema pulmonar, bronquite crônica ou doença pulmonar obstrutiva crônica) (3,0%).

O envelhecimento populacional se traduz em maior carga de doenças crônico-degenerativas, mais incapacidades e aumento da utilização dos serviços de saúde; cenário de atuação urgente da divulgação e desmistificação da abordagem paliativa em todas as fases da vida, em caráter especial à fase do envelhecimento como forma de promover dignidade e dias melhores vividos no amparo da oferta de uma visão holística e integral em saúde (SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA, 2015; SANTOS *et al.*, 2019). Globalmente, a prevalência destas doenças que limitam a vida, superou doenças infecciosas e agora são as principais causas de morte em idosos (WHO, 2018).

2.2 CUIDADOS PALIATIVOS

Historicamente, a mudança na forma de tratamento do paciente idoso teve início na década de 1960 focando primordialmente o doente e não a doença, culminando com o advento dos Cuidados Paliativos no Reino Unido (GOMES, 2016). Cicely Saunders (enfermeira, assistente social e médica) fundou no Reino Unido o primeiro *Hospice St. Christopher*, cujo objetivo era oferecer atenção ao paciente com doenças terminais compreendendo as dimensões física, social, emocional e espiritual da dor, além do controle de outros sintomas, caracterizando o caráter reivindicatório de assistência global ou holística (ANCP, 2017).

O termo *pallium*, de origem do latim, significa manto ou casaco, usado à época pelos antigos gregos e romanos para enfrentar e se proteger do frio, associando-se então à ideia de proteção e de cuidado. O termo *palliare*, também originário do latim, significa acolher, aliviar, atenuar e confortar; confunde-se historicamente com o termo *hospice* (abrigo ou hospedaria destinada a receber e cuidar de peregrinos e viajantes) da Era Cristã, quando tais instituições fizeram parte da disseminação do Cristianismo desde o século V pela Europa (LOYOLA, 2014).

Os Cuidados Paliativos são um componente fundamental dos sistemas nacionais de saúde e um serviço essencial dentro das reformas da cobertura universal de saúde, devido à sua eficácia em aliviar a dor e o sofrimento das pessoas que são acometidas por doenças ameaçadoras à vida, sendo de fundamental importância a inserção dessa abordagem de forma precoce com vistas a reduzir carga de sintomas e conseqüentemente a vivência de dias com mais qualidade (WORLD PALLIATIVE CARE ALLIANCE, 2020). De acordo com Palmeira; Scorsolini-Comin e Peres (2011), o Cuidado Paliativo está intimamente ligado a três níveis de intervenção: físico (dor e náusea), psicossocial (medos e preocupações) e espiritual.

A demanda em Cuidados Paliativos é crescente em todo o mundo devido ao envelhecimento populacional (ANCP, 2020). Os órgãos nacionais e internacionais de saúde enfatizam cada vez mais a necessidade de criação de políticas baseadas em evidências, reconhecendo o paliativismo como essencial no cuidado nos serviços de saúde (BRASIL, 2020).

Cerca de 40 milhões de pessoas em todo o mundo necessitam de Cuidados Paliativos todos os anos, mas apenas 14% destes clientes recebem intervenção deste tipo. Globalmente, as doenças não transmissíveis causam 70% das mortes e geram 93% das necessidades de Cuidados Paliativos. Aproximadamente, 37,4% de todas as mortes requerem Cuidados

Paliativos e 80% das necessidades globais de Cuidados Paliativos são pertinentes aos países de renda média (SOUSA *et al.*, 2019).

O declínio na condição de saúde de um indivíduo pode levá-lo aos Cuidados Paliativos e, de acordo com a Aliança Mundial de Cuidados Paliativos, mais de 100 milhões de pessoas por ano se beneficiam desse tipo de cuidado, incluindo pacientes e seus cuidadores e familiares. Entretanto, embora esse número seja expressivo, ainda significa que menos de 8% da população que necessita desse tipo de cuidado têm acesso garantido a ele (WHPCA, 2020).

Considerando o aumento do número de pessoas que precisarão de assistência paliativa, desenvolver competências em Cuidados Paliativos durante o processo de formação de profissionais da saúde é fundamental (CALDAS GHO *et al.*, 2018). Diante disso, as competências em Cuidados Paliativos que precisam ser desenvolvidas envolvem atenção centrada na pessoa, respeito à autonomia e assistência à família. Portanto incluem questões técnicas, culturais e éticas, diminuindo a intervenção médica invasiva e oferecendo recursos para melhorar a qualidade de vida. Esses cuidados suscitam diferentes questões éticas, como o respeito à autonomia do paciente, o princípio da beneficência – profissional da saúde agir para o bem do paciente –, o princípio da não maleficência – profissional da saúde não causar mal/dano ao paciente – e o princípio da justiça, que defende o direito à saúde (BLASCO, PG, 2018).

Alguns órgãos, a exemplo da Organização Mundial de Saúde (OMS), recomendam a prestação e inserção dos Cuidados Paliativos nas políticas de saúde. Porém, uma declaração emitida pelo órgão em questão, mostra que os serviços de Cuidados Paliativos ainda são escassos nas instituições de saúde (GOMES; OTHERO, 2016). Em 31 de outubro de 2018, o Ministério da Saúde publicou a Resolução nº 41, que normatiza a oferta de Cuidados Paliativos como parte dos cuidados continuados integrados no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018). Tais princípios podem ser assim elencados:

- Início dos Cuidados Paliativos o mais precocemente possível;
- Promover o alívio da dor e outros sintomas desagradáveis;
- Afirmar a vida e considerar a morte como um processo normal da vida;
- Não acelerar nem adiar a morte;
- Integrar os aspectos psicológicos e espirituais no cuidado ao paciente;
- Oferecer um sistema de suporte que possibilite o paciente viver tão ativamente quanto possível, até o momento da sua morte;
- Oferecer sistema de suporte para auxiliar os familiares durante a doença do paciente e a enfrentar o luto;

- Trabalho em equipe multiprofissional e interdisciplinar para abordar as necessidades do paciente e de seus familiares, incluindo aconselhamento de luto, se indicado;
- Melhorar a qualidade de vida e influenciar positivamente o curso da doença.

A necessidade por Cuidados Paliativos nunca foi tão grande no mundo e, no Brasil, também está crescendo em passos rápidos por conta do envelhecimento populacional, do aumento do câncer e de outras doenças não transmissíveis (SILVA *et al.*, 2021).

Diante desse panorama mundial, a Organização das Nações Unidas (ONU) em 2015 lançou os objetivos de desenvolvimento sustentável como roteiro para melhorar a vida na terra e nesse documento para que haja cobertura universal de saúde deve estar incluído a promoção, prevenção, tratamento, reabilitação e Cuidados Paliativos (WHO; WHPCA, 2020).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) publicou em 2014 o Atlas Global de Cuidados Paliativos que traduz o resultado dessa filosofia de cuidado ao redor do mundo. O Brasil obteve a Classificação 3A, que caracteriza países onde os Cuidados Paliativos são oferecidos de maneira isolada, de forma irregular, a disponibilidade de morfina é limitada e há um pequeno número desse tipo de serviço comparado ao tamanho da população (WORLD PALLIATIVE CARE ALLIANCE, 2014).

Diante de tal contexto histórico, a OMS definiu os Cuidados Paliativos como forma de promover assistência para a prevenção e o alívio impecável do sofrimento, aprimorando a qualidade de vida dos pacientes e de suas famílias, por meio de identificação precoce dos sintomas, avaliação correta e tratamento adequado da dor e de outros problemas de ordem física, psicossocial e espiritual (DURANTE; TONINI; ARMINI, 2014).

Em paralelo, a Associação Internacional de Hospices e Cuidados Paliativos (IAHSP) define da seguinte forma:

*Os Cuidados Paliativos são cuidados holísticos ativos, ofertados a pessoas de todas as idades que se encontram em intenso sofrimento relacionado à sua saúde, proveniente de doença severa, especialmente aquelas que estão no final da vida. O objetivo dos Cuidados Paliativos é, portanto, melhorar a qualidade de vida dos pacientes, de suas famílias e de seus cuidadores (RADBRUCH *et al.*, 2020).*

Os Cuidados Paliativos podem melhorar o controle de sintomas, a resposta às doenças e a qualidade de vida do indivíduo e familiar, visto que o aparecimento de sintomas desagradáveis no percurso do processo de adoecimento precisa ser conduzido de forma a otimizar a condição de conforto ao idoso nessa dinâmica de vida (DONKOR *et al.*, 2018; VANBUTSELE *et al.*, 2018; BALDUCCI, 2019). Do contrário, o manejo não adequado de

sintomas leva o idoso a progressiva dependência funcional e outras complicações (ALEXANDER; GOLDBERG; KORC-GRODZICKI, 2016; AMADOR *et al.*, 2019).

2.3 AVALIAÇÃO DE SINTOMAS EM CUIDADOS PALIATIVOS

O paciente quando possui seus sintomas físicos aliviados, se torna passível de avaliação adequada pelos membros da equipe e melhor cuidado integral. Entretanto, os idosos enfrentam dificuldades no manejo da dor, visto que a dor e a sua gravidade tendem a ser subnotificadas (SANTIVASI; PARTAIN; WHITFORD, 2019). A presença da equipe multiprofissional no contexto dos Cuidados Paliativos permite o direcionamento da tomada de decisão quanto às atuações de cada profissional, com vistas ao atendimento das necessidades físicas, psicossociais e espirituais individualizadas e consequente facilitador de condutas práticas e que geram benefícios, além da causa curativa do processo de adoecimento, pois o fator primordial será pautado no conforto, comunicação assertiva e dignidade (KLARARE *et al.*, 2018).

A compreensão multidimensional do adoecimento proporciona à equipe uma atuação ampla e diversificada que se dá através da observação, análise, orientação, visando identificar os aspectos relevantes para a evolução de cada caso. Cada profissão tem uma função importante nesse processo (PACHECO; GOLDIM, 2019). Segundo Luiz *et al.* (2018) os métodos para identificar a dor são através de escalas para mensurar a sua intensidade, registro em prontuário e notificação à equipe médica, podendo utilizar como intervenções de enfermagem para alívio da dor medidas não farmacológicas e/ou administrar analgesia conforme protocolos e prescrição médica, considerando a condição clínica de cada paciente.

O controle dos sintomas é uma das maiores preocupações do doente e família, requerendo uma avaliação sistemática, excelentes cuidados de saúde e uma prescrição cuidadosa (TWYXCROSS, 2003). Na prática dos Cuidados Paliativos é comum o paciente apresentar mais de um sintoma ao mesmo tempo, decorrente da evolução da doença ou do tratamento (GOMES; OTHERO, 2016). Atrelado a esse contexto, a aplicação de escalas de assistência é um dos métodos utilizados para proporcionar um cuidado diferenciado a cada paciente a partir dos escores apresentados. Os instrumentos de avaliação de sintomas identificam, quantificam e podem documentar a necessidade de intervenções terapêuticas, assim como avaliar a eficácia das mesmas (FIORENTINO *et al.*, 2011).

Assim, é reconhecida a importância do uso de instrumentos por profissionais de saúde na avaliação de pessoas com doenças que não respondem mais ao tratamento modificador, de modo a identificar precocemente a necessidade de acompanhamento sob a filosofia dos

Cuidados Paliativos (FONSECA ACF e SILVA NK, 2021). No contexto da abordagem paliativa, uma escala muito utilizada é a Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton – ESAS. Desenvolvida no Canadá, no ano de 1991, em um programa de Cuidados Paliativos no Hospital Geral de Edmonton, teve sua tradução e adaptação transcultural para o português brasileiro no ano de 2013 (MONTEIRO; ALMEIDA; KRUSE, 2013).

Inicialmente estava voltada aos pacientes oncológicos, porém na atualidade, ela está sendo utilizada independente da patologia e obtém credibilidade inclusive na gerontologia. Trata-se de uma escala que avalia a combinação de sintomas físicos e psicológicos. Engloba 9 sintomas frequentemente encontrados em pacientes em Cuidados Paliativos. É graduada de 0 a 10, onde 0 representa a ausência do sintoma e 10 representa o sintoma em sua pior intensidade. São eles: dor, fadiga, náusea, depressão, ansiedade, sonolência, apetite, bem-estar e dispneia. A escala é de fácil aplicação e pode ser preenchida pelo paciente, pela família ou equipe de saúde (MANFREDI *et al.*, 2000).

Esta graduação ainda pode ser estratificada como de intensidade baixa (< 4), moderada (≥ 4 e < 7) e grave (≥ 7). Recomenda-se que o doente avalie cada um dos sintomas de acordo com o que sente no preciso momento, quando se encontram internados em instituições hospitalares ou lares (RIBEIRO, 2012). Através da ESAS, o profissional consegue uma avaliação mais concreta do paciente mediante dados mensuráveis sobre a intensidade dos sintomas e conseqüentemente definir prioridades no planejamento das intervenções junto à equipe de saúde (LENHANI; DAS MERCÊS, 2017).

Diante de tal perspectiva, identificar os sintomas de pacientes em CP exige preparo e treinamento, onde a equipe de saúde deve estar atenta para verificar agrupamento de sintomas e a presença de outros (VAN LANCKER, 2016). De acordo com Kim *et al.*, 2005:

“Um cluster de sintomas consiste em 2 ou mais sintomas que estão relacionados entre si e que ocorrem juntos. Os agrupamentos de sintomas são compostos por grupos estáveis de sintomas, são relativamente independentes de outros clusters, e podem revelar dimensões subjacentes específicas dos sintomas. As relações entre os sintomas dentro de um cluster devem ser mais fortes do que as relações entre os sintomas em diferentes aglomerados. Os sintomas em um cluster podem ou não compartilhar a mesma etiologia.”

A importância do tratamento desde o início da sintomatologia é tão relevante quando for levada em consideração a intensidade dos sintomas vividos, ao mesmo tempo no peso que esses sintomas acarretam ao estado funcional recaindo sobre a qualidade de vida (TEUNISSEN *et al.*, 2007). A aplicabilidade do ESAS facilita a identificação dos sintomas desconfortantes, pois foca nos sintomas mais comuns encontrados em pacientes sob Cuidados

Paliativos, além de subsidiar no manejo dos sintomas de forma precoce, proporcionando conforto e alívio ao paciente (FRANCO *et al.*, 2017).

Os Cuidados Paliativos geriátricos são uma oportunidade de oferecer a melhor qualidade de vida, tendo como pilar uma avaliação multidimensional, com identificação precoce dos problemas físicos, cognitivos e/ou psicossociais, que permitirá planejar, de forma oportuna e apropriada, as intervenções para manter e aprimorar o estado funcional, tratar e aliviar os sintomas, prevenir as complicações e referenciar mais brevemente aqueles com necessidades potenciais para Cuidados Paliativos (“Revista da JOPIC Foco e Escopo”, 2019).

Associado a identificação precoce e seriada dos sintomas dos idosos em Cuidados Paliativos pela Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton (ESAS), o *Center to Advance Palliative Care* (CAPC) em 2004 desenvolveu a escala *Palliative Care Screening Tool* (PCST) para indicação de Cuidados Paliativos por meio dos seguintes critérios: doença de base, doenças associadas, condição funcional do paciente e condições pessoais do paciente, que ao final tem como resultado a necessidade ou não de Cuidados Paliativos. Quando o escore (somatório dos quatro critérios) é maior ou igual a quatro pontos, considera-se ter condições para Cuidados Paliativos. A indicação ou não segundo a escala PCST ocorre em função do somatório dos itens e se caracteriza da seguinte forma: até dois pontos sem indicação de Cuidados Paliativos; até três pontos o paciente deve ser mantido em observação clínica; igual ou maior do que quatro pontos, considerar indicação de Cuidados Paliativos (LUCCHETTI *et al.*, 2009).

Outra escala muito utilizada em Cuidados Paliativos é a escala *Palliative Performance Scale* (PPS) instrumento construído em 1996 no Canadá. Tem como objetivo avaliar a performance dos pacientes em Cuidados Paliativos que orienta o estabelecimento do prognóstico e funcionalidade do doente. Essa escala analisa cinco parâmetros: mobilidade, atividade e evidências de doenças, autocuidado, ingestão e estado de consciência e atribui valores de 0% a 100%, sendo que 0% significa a morte, 100% que o doente não possui alteração funcional. A escala PPS avalia Cuidados Paliativos se o paciente apresenta escore menor do que 40% (CARVALHO; PARSONS, 2012).

Diante da realidade complexa e ao mesmo tempo desafiadora na inserção dos idosos aos benefícios precoces da abordagem paliativa, vale ser ressaltada a urgência na divulgação e direcionamento para os Cuidados Paliativos como uma forma inovadora de assistência ao indivíduo e o seu entorno, visto que a trajetória de vida do idoso deve perpassar por melhores experiências. O que se pretende é a defesa de princípios importantes nesse processo em busca

de uma vida digna com a beneficência, em que o bem do paciente prevaleça e seja estruturador do cuidado (COSTA *et al.*, 2016).

A Academia Nacional de Cuidados Paliativos - ANCP vem trazer tal abordagem de maneira clara e objetiva a partir do momento em que lançou no ano de 2021 uma carta de esclarecimento do verdadeiro e coerente sentido da terapia paliativa:

Cuidado Paliativo não é um tratamento que deve ser considerado apenas quando o paciente se encontra moribundo e exaurido pelo uso de medidas invasivas prolongadas em um leito de terapia intensiva; tampouco deve ser indicado com o intuito de economizar gastos ou de abreviar a vida dos pacientes. Os Cuidados Paliativos aliviam os sintomas e angústias e ajudam o paciente a ter uma convivência melhor com sua doença, tornando - o autor de suas próprias decisões aliados à manutenção da dignidade e qualidade de vida (ANCP, 2021).

Diante de tal exposto, a população de pacientes idosos que necessitam da abordagem paliativista tende a ser cada vez maior em decorrência da nova tendência demográfica. Portanto, torna-se salutar melhorar o acesso de pessoas idosas a essa modalidade de cuidado, pois a iniciação precoce a abordagem paliativa a indivíduos em idade avançada e o manejo no controle dos sintomas, impõe-se como fundamental para a garantia de melhores experiências ao fim da vida e muito antes, a garantia de dias melhores vividos pela reafirmação da integralidade na experiência de vida do idoso (GARDINER *et al.*, 2011).

2.4 O PLANO TERAPÊUTICO SINGULAR COMO ESTRATÉGIA CENTRADA NA PESSOA E A ABORDAGEM GERIÁTRICA

A avaliação multidimensional da pessoa idosa permite a formulação de um diagnóstico situacional a medida em que identifica necessidades, demandas, vulnerabilidades, mas, também, os recursos disponíveis e as potencialidades que compõem o contexto pessoal, familiar e comunitário de cada sujeito. A investigação que considera os aspectos clínicos, psicossociais e funcionais possibilita a efetivação de uma clínica ampliada em saúde, a qual não se limita a identificar e tratar sintomas e doenças, mas, sim, compreender e intervir no contexto produtor da doença, do agravo e do sofrimento. O exercício da clínica ampliada pressupõe a utilização de dispositivos como o Plano Terapêutico Singular (PTS), de maneira a deslocar-se do sintoma e da doença para o sofrimento e o contexto em que eles aparecem (BRASIL, 2014).

O PTS é um fio condutor que mantém o foco nas necessidades específicas, permitindo responder às demandas de cada sujeito, em ações coordenadas e complementares, na perspectiva do cuidado integral. É esse fio condutor, focado na pessoa idosa, que determinará

o seu percurso pela rede de cuidados, permitindo também a definição de fluxos e protocolos adequados a cada situação (BRASIL, 2018).

A utilização do PTS como dispositivo de intervenção e de cuidado desafia a organização tradicional do processo de trabalho em saúde, pois pressupõe a necessidade de maior articulação entre os profissionais e direcionamento do cuidado frente às intervenções necessárias para as especificidades da população idosa. Essa articulação envolve médicos, enfermeiros, farmacêuticos, nutricionistas, assistentes sociais, psicólogos, fisioterapeutas, capelão, fonoaudiólogo, dentista e terapeuta ocupacional. A equipe de Cuidados Paliativos é, por natureza, multiprofissional. Embora a composição inicial mínima seja com médico, enfermeiro e assistente social na prática clínica, para um cuidado de qualidade, outras profissões são fundamentais e ampliam as diversas formas de abordagem do indivíduo nesse estágio (SEVALHO, 2018).

A compreensão multidimensional do adoecimento proporciona à equipe uma atuação ampla e diversificada que se dá através da observação, análise, orientação, visando identificar os aspectos relevantes para a evolução de cada caso. Cada profissão tem uma função importante nesse processo (PACHECO; GOLDIM, 2019).

Tal perspectiva nos direciona para a articulação com os Cuidados Paliativos geriátricos e a dimensão do Plano Terapêutico Singular (PTS), definido como um conjunto de propostas terapêuticas articuladas que resultam da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar, considerando as percepções de cada profissional da equipe a fim de atender as necessidades de saúde de cada pessoa e definir propostas de cuidados (SUELEN *et al.*, 2007). O PTS apresenta-se como uma estratégia para resolução de queixas relatadas pelo paciente no decorrer do seu internamento e conseqüentemente controle de sua sintomatologia, bem como o fortalecimento do cuidado integralizado (COSTA; GARCIA; LIMA JÚNIOR, 2020).

Desde a publicação do documento *The solid facts – Palliative Care* despertou-se o olhar à necessidade de incluir os Cuidados Paliativos como parte da assistência plena à saúde, no tratamento a todas as doenças crônicas, inclusive em programas de atenção aos idosos. Um passo fundamental à saúde pública, uma vez que o processo de envelhecimento da população brasileira está cada vez mais acentuado e já impõe desafios profundos, urgentes e prioritários para a agenda política e social do país, prioritariamente na área da saúde (GOMES; OTHERO, 2016).

Com isso, a proposta dos Cuidados Paliativos geriátricos é desafiadora diante deste cenário de envelhecimento populacional (OLSHANSKY, 2018). O idoso tem as suas

especificidades pelas alterações fisiológicas próprias do envelhecimento, as apresentações atípicas das doenças e a dependência de uma variedade de profissionais da área de saúde nos vários níveis de atenção. O cuidado a essa clientela depende de um esforço complexo, com questões médicas, sociais e psicológicas específicas que poderão ser respondidas adequadamente por uma abordagem interdisciplinar focada no paciente, nos seus valores e interesses legítimos (CHAI, 2014).

3 OBJETIVOS

3.1 GERAL:

Analisar o controle dos sintomas dos idosos hospitalizados em Cuidados Paliativos como estratégia para plano de cuidado multidisciplinar centrado na pessoa.

3.2 ESPECÍFICOS:

- Caracterizar o perfil sociodemográfico e clínico dos idosos sob Cuidados Paliativos;
- Identificar os sintomas relatados pelos idosos investigados;
- Comparar os sintomas nos três momentos de aplicação da Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton (ESAS);
- Relatar as medidas de controle de sintomas realizados pela equipe multidisciplinar no plano de cuidados de rotina do setor.

4 METODOLOGIA

4.1 DESENHO DA PESQUISA:

Trata-se de uma pesquisa de natureza quantitativa, realizada através de um estudo transversal que se caracteriza pela observação direta em um único momento de determinado fenômeno (MARCONI; LAKATOS, 2003). Tal ponto foi observado no chamado momento zero (coleta na admissão). Nessa perspectiva foi realizado o questionário sociodemográfico e clínico e aplicação das escalas de avaliação de Cuidados Paliativos. Em um segundo momento, foi feito o seguimento desses idosos de forma seriada, tratando-se de um desenho quase experimental, pois envolve o acompanhamento temporal do grupo em estudo em mais dois momentos D1 e D2 (idosos hospitalizados), além de permitir uma análise comparativa dos sintomas apresentados (se houve ou não melhora deles) associado ao plano de cuidados elaborado por cada profissional de saúde com vistas a atender as demandas de sintomatologia do paciente idoso (POLIT; BECK, 2011). A essa abordagem seriada temporalmente, será dividido em D1 (coleta após 72h com aplicação apenas da Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton ESAS para comparação temporal dos sintomas) e D2 (coleta após 96h do internamento também com aplicação apenas da ESAS para avaliação dos escores nos momentos estudados). Os estudos quase experimentais examinam relações de causa e efeito entre variáveis independentes e dependentes (SOUSA; DRIESSNACK; MENDES, 2007).

4.2 LOCAL DA PESQUISA:

O estudo foi realizado na enfermaria de Oncohematologia do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco (HC UFPE). O Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco - HC-UFPE é um hospital universitário, público, certificado junto aos Ministérios da Educação e da Saúde. Oferece serviços assistenciais de referência à comunidade e ajuda a formar e a qualificar profissionais, atuando também como campo de produção científica. Com uma área construída de 64 mil m², divididos em sete blocos e dois anexos, foi inaugurado no dia 14 de setembro de 1979 pelo Reitor Paulo Frederico do Rego Maciel. Porém sua história começa na década de 1950, no reitorado do Professor Joaquim Inácio de Almeida Amazonas, quando foi lançada a pedra fundamental.

Em 11 de dezembro de 2013, a Universidade Federal de Pernambuco assinou o contrato de adesão com a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh), estatal ligada ao Ministério da Educação, que passou a gerir o HC, em janeiro de 2014, e a desenvolver o plano de reestruturação, construindo um novo modelo de gestão para reconduzir o HC ao

patamar de excelência na assistência, ensino e pesquisa. O HC UFPE é referência em várias especialidades e em procedimentos inovadores quanto a tecnologia, voltados para a melhor assistência ao paciente.

O HC dispõe do Serviço de Oncologia e Hematologia, além de ambulatórios de subespecialidades nessas áreas, como o Ambulatório de Oncogeriatría e Oncogenética. A Unidade de Oncologia e Hematologia desenvolve atividades sobre prevenção e diagnóstico precoce do câncer durante todo o ano, como palestras, eventos técnicos, debates e distribuição de materiais educativos para disseminar informações sobre o tema. Oferece ainda consultas e acompanhamento nas áreas de Psicologia, Enfermagem, Nutrição e mais recentemente, Odontologia. Em média, atualmente, são atendidos mais de 500 pacientes (entre consultas de acompanhamento e novos atendimentos) e realizadas cerca de 900 quimioterapias por mês. O HC ainda dispõe de uma unidade de internação especializada com 24 leitos distribuídos em 12 enfermarias, ocupando a ala norte do 11º andar. Os pacientes que são atendidos no HC são encaminhados via Central de Regulação da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco.

4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA DE PARTICIPANTES:

A população consiste em indivíduos de ambos os sexos, com idade equivalente ou superior a 60 anos, admitidos na enfermaria de Oncohematologia do HC UFPE. Para definir o tamanho da amostra, foi realizado o cálculo da média de uma população finita e conhecida (Figura 1) de 444 idosos, valor obtido através do Sistema de Regulação em Assistência à Saúde (SRAS) do HC UFPE pela frequência de internamentos do setor de Oncohematologia no ano de 2019, com nível de confiança de 95%, erro máximo desejado de 4, desvio padrão da população de 16. Dessa forma, a amostra arredondada foi de 54 idosos.

$$(Z^2) \cdot (\text{Sigma}^2) \cdot (X^2) / (d^2 \cdot X - 1) + (Z^2 \cdot \text{Sigma}^2)$$

Figura 1. Fórmula utilizada para cálculo de amostra finita e conhecida.

Legenda: Z = nível de confiança; Sigma = desvio padrão da população; X = universo de pacientes; d = erro máximo desejado.

4.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Crítérios de Inclusão:

- Idosos com idade igual ou superior a 60 anos;
- Permanecer internado por no mínimo 96h na enfermaria de Oncohematologia do HC UFPE;
- Capacidade para comunicar-se de forma verbal ou escrita.

Crêterios de Exclusão:

- Idosos com cogni o comprometida avaliada através da aplica o da Mini Avalia o Cognitiva (Mini-cog);
- Em uso de seda o paliativa.

4.5 DEFINI O E CATEGORIZA O DAS VARIÁVEIS**VARIÁVEIS INDEPENDENTES****Dados demográficos e clínicos**

VARIÁVEIS	DEFINI�O OPERACIONAL	CATEGORIZA�O
Sexo	Variável qualitativa categórica conforme consta no prontuário.	NOMINAL dicot�mica Masculino Feminino
Idade	Aferida como variável quantitativa contínua em anos de vida completos, conforme registro em prontuário.	QUANTITATIVA CONTÍNUA
Grau de escolaridade	Grau de instru�o que o indivíduo possui, indicando as etapas de estudo que foram iniciadas ou concluídas.	QUALITATIVA ORDINAL
Ocupa�o (atividade laboral)	ato de trabalhar em algo; o próprio trabalho a ser executado ou que se executou; serviço.	QUALITATIVA NOMINAL
Renda familiar	Soma da renda bruta individual dos moradores de uma mesma residência.	QUANTITATIVA CONTÍNUA
Doença de Base	Variável categórica descrita como doença inicial no processo de hospitaliza�o.	QUALITATIVA NOMINAL
Tempo de Doença	Expresso em período desde que iniciou o processo de adoecimento, sendo categorizada através de anos, meses e dias.	QUANTITATIVA CONTÍNUA
Tratamento atual	Formas de aplica�o para melhoria do processo de doença.	QUALITATIVA NOMINAL

FONTE: Galvão, 2022.

VARIÁVEIS DEPENDENTES

Utilização das Escalas de Cuidados Paliativos e a interface com o Plano Terapêutico do Paciente

VARIÁVEIS	DEFINIÇÃO OPERACIONAL	CATEGORIZAÇÃO
PPS	Avalia cinco aspectos da funcionalidade do paciente: a deambulação, a atividade e nível de evidência da doença, o autocuidado, a ingestão oral e o estado de consciência.	QUALITATIVA NOMINAL
PCST	Avalia quatro critérios: doença de base, doenças associadas, condição funcional do paciente e condições pessoais do paciente. Quando o score (somatório dos quatro critérios) é maior ou igual a quatro pontos, considera-se ter condições para cuidados paliativos.	QUALITATIVA NOMINAL
Sintomas relatados pelo paciente	De acordo com a ESAS, relaciona qual sintoma está apresentando no momento.	QUALITATIVA NOMINAL
Pontuação aferida a cada sintoma	Escores aferidos conforme relato de 0 a 10 (sendo 0 ausência do sintoma e 10 maior pontuação).	QUANTITATIVA DISCRETA
Adequação de condutas terapêuticas pela equipe de saúde frente aos sintomas relatados	Variável categórica aferida através da organização por prioridades de acordo com escore de sintoma mais prevalente relatado.	QUALITATIVA ORDINAL

FONTE: Galvão, 2022.

PPS: Escala *Palliative Performance Scale*; PCST: Escala *Palliative Care Screening Tool*; ESAS: Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton.

4.6 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

Os dados foram coletados a partir do preenchimento de um questionário formulado pela pesquisadora, contemplando dados de identificação sociodemográfica e clínico dos idosos (APÊNDICE 1). Para avaliação cognitiva será utilizada a Mini Avaliação Cognitiva

(Mini-cog) (ANEXO 1). Para abordagem paliativa foram utilizadas a Escala *Palliative Care Screening Tool* (PCST) (ANEXO 2), a Escala *Palliative Performance Scale* (PPS) (ANEXO 3) e a Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton (ESAS) (ANEXO 4).

4.6.1 Avaliação do contexto sociodemográfico e clínico

Para caracterizar a população estudada segundo perfil sociodemográfico e clínico, foi realizada a aplicação de um questionário semiestruturado construído pela própria pesquisadora.

A classificação da ocupação (atividade laboral) foi dividida em três categorias G1, G2 e G3, sendo o grupo G1 composto por profissões com maior demanda cognitiva e G3 com menor demanda. Profissões do G1 incluíam: profissionais das ciências e das artes, dirigentes, técnicos de nível médio; do G2: trabalhadores de serviços administrativos, vendedores e prestadores de serviços, artesãos e trabalhadores da produção, operadores e montadores de máquinas, membros das forças armadas; do G3: trabalhadores agrícolas, donas de casa e trabalhadores braçais (MARTINS *et al.*, 2019);

Foi realizado agrupamento dos mesmos em 5 categorias (Grupo de Sintomas) GS1: sintomas urológicos e gastrintestinais; GS2: sintomas psicológicos; GS3: dor física, insônia e problemas nas vias aéreas; GS4: problemas no autocuidado e por último GS5: fadiga, falta de apetite e energia e boca seca (CAMILLERI *et al.*, 2014).

Em relação ao perfil clínico, foi elencado doença atual, tempo de doença e tratamento atual (quimioterapia, radioterapia e/ou controle de sintomas).

4.6.2 Avaliação Cognitiva

Para o teste de rastreio cognitivo foi realizada a Mini Avaliação Cognitiva (Mini-cog). É um teste de avaliação cognitiva rápida em média três minutos para sua aplicação.

Neste teste, a memória de evocação é avaliada a partir de três palavras que devem ser proferidas pelo idoso. Em seguida, o idoso deve ser capaz de se lembrar das palavras após desenhar um relógio (tal situação serve como um distrator). Para cada palavra lembrada, o idoso contabiliza um ponto e o desenho correto do relógio vale dois pontos. O escore total é de 5 pontos. Será considerada normal a pontuação de 3 a 5 pontos e anormal os valores de 0 a 2 pontos. Vale ser ressaltado que escores abaixo dos mencionados anteriormente serão excluídos da pesquisa (BORSON *et al.*, 2003).

4.6.3 Critérios de Elegibilidade para Cuidados Paliativos

De acordo com a Escala *Palliative Care Screening Tool* (PCST) foi realizada a avaliação dos idosos elegíveis para Cuidados Paliativos a partir da identificação dos critérios como doença de base, doenças associadas, condição funcional do paciente e condições pessoais do paciente. A graduação é feita da seguinte forma: até 2 pontos – sem indicação de cuidados paliativos; 3 pontos – observação clínica; e maior ou igual a 4 pontos – considerar Cuidados Paliativos (LUCCHETTI, 2018).

4.6.4 Avaliação Prognóstica e Funcional do Paciente

Através da aplicação prévia da pesquisadora ao realizar anamnese do paciente com as indicações propostas pela Escala *Palliative Performance Scale* (PPS) que analisa cinco parâmetros: mobilidade, atividade e evidências de doenças, autocuidado, ingestão e estado de consciência. Atribui-se 100% ao desempenho e autonomia completos dessas funções e abaixo de 40% com perfil para Cuidados Paliativos (MACIEL; CARVALHO, 2009).

4.6.5 Aplicação de Pré-Teste da Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton (ESAS)

Foi realizada uma aplicação prévia do instrumento de coleta de dados para monitoramento acerca do entendimento da Escala de Avaliação de Sintomas (ESAS) pelo paciente de acordo com os critérios de inclusão estabelecidos no estudo, sendo utilizado para tal um quantitativo de 3 idosos escolhidos aleatoriamente. Nesse momento, é importante ser ressaltado que a aplicação da escala tem por objetivo o autorrelato pelo idoso dos sintomas apresentados.

De acordo com as dificuldades encontradas, torna-se necessária a aplicação da ESAS com a assistência da pesquisadora, com as seguintes regras: a pesquisadora, através do consentimento do paciente, forneceria a escala verificando as possíveis dificuldades na leitura e registro das respostas. Se o pesquisador verificasse que não havia qualquer tipo de dificuldade, o paciente preencheria a escala e devolveria quando terminasse. Caso o paciente necessite de apoio, a pesquisadora ficaria próxima para a leitura e registro das questões, ficando vedada a realização de comentários extras pela possibilidade de enviesar os resultados. Sendo identificadas tais dificuldades no entendimento, tal conduta será expandida e repetida com os demais participantes.

4.6.6 Aplicação do Instrumento de Avaliação de Sintomas dos Idosos Hospitalizados em Cuidados Paliativos

A coleta de dados foi realizada em três etapas (momento zero, momento 1 e momento 2), sendo a primeira através da aplicação na admissão hospitalar da Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton (ESAS) que consiste em uma escala que traz como forma de avaliação a combinação de sintomas físicos e psicológicos, sendo composta por uma lista de nove sintomas frequentemente encontrados em pacientes em Cuidados Paliativos (dor, fadiga, náusea, depressão, ansiedade, sonolência, apetite, bem-estar e dispneia) (ALEGRE, 2009).

Na segunda etapa (momento 1), após 72h de internação foi utilizada novamente a escala, visto que já foram estabelecidas melhorias decorrentes da intervenção junto à equipe multiprofissional através das primeiras respostas dadas pelo paciente e por último, com 96 horas de internação (momento 2), reaplicada a escala como maneira de verificar as alterações dos escores dos sintomas apresentados no primeiro dia da internação hospitalar e propor um direcionamento para o idoso através da formulação de um plano de cuidados de adequação ao tratamento pela equipe de saúde.

4.7 RECRUTAMENTO DOS PARTICIPANTES:

As etapas do recrutamento sucederam-se da seguinte forma:

- 1- Internamento do idoso na enfermaria de Oncohematologia do HC UFPE para controle de algum sintoma (dor, náuseas, êmese, inapetência, fadiga, diarreia e/ou constipação, dentre outros);
- 2 - Avaliação dos critérios de elegibilidade do estudo;
- 3 - Convite verbal diretamente ao idoso e a aceitação voluntária após orientações acerca da relevância do estudo;
- 4 - Assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE);
- 5 - Início da coleta seguindo temporalmente os três momentos designados do estudo.

4.8 PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS

A coleta foi iniciada após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas (CEP HC) sob CAAE 54990122.5.0000.8807. Sequencialmente, foi realizado um pré-teste como forma de verificação dos critérios de elegibilidade do estudo, fornecimento de orientações ao idoso sobre a pesquisa, bem como do nível de compreensão dos idosos em relação à aplicação da Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton (ESAS). A pesquisa foi dividida em três momentos (D0, D1 e D2).

No momento da admissão hospitalar, foi explicado ao idoso o estudo que se pretendeu realizar, de forma a retirar possíveis dúvidas quanto à sua participação. A entrevista foi realizada à beira leito ou em poltrona, de forma a proporcionar conforto e segurança ao idoso, admitindo a presença de acompanhante e se necessário ou a pedido do próprio paciente, a retirada dele. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi entregue ao idoso e após leitura e assinatura foi feito o teste de rastreio cognitivo Mini-cog, preenchido o questionário sociodemográfico, cultural e clínico, finalizando com as escalas de verificação em Cuidados Paliativos (PCST e PPS) e a aplicação da Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton (ESAS). Essa abordagem no ato da admissão do paciente idoso foi denominada momento *zero* da pesquisa.

Em seguida, foi realizada apenas a reaplicação do instrumento de avaliação de sintomas (ESAS) com 72h do internamento (*momento 1*) e por fim com 96h após o internamento, a última aplicação da ESAS (*momento 2*). Nesses dois últimos momentos foi reaplicada apenas a ESAS como forma de garantia de comparação temporal dos escores dos sintomas autorrelatados pelo idoso e a adequação da sintomatologia com as condutas da equipe de saúde, visto que a caracterização do perfil sociodemográfico e clínico já havia sido consolidada no momento zero da pesquisa. Ao longo da realização das entrevistas com os idosos, foi feito acompanhamento dos registros de evoluções em prontuários pelos profissionais que atenderam a esses pacientes na enfermaria, com o objetivo de adequar as condutas de acordo com a sintomatologia descrita pelo paciente (Figuras 1 e 2).

Figura 1 Fluxograma de Coleta de Dados



FONTE: Galvão, 2022.

Figura 2 Estratificação dos momentos da pesquisa



FONTE: Galvão, 2022.

PPS: Escala *Palliative Performance Scale*; PCST: Escala *Palliative Care Screening Tool*;

ESAS: Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton

A indicação de cada cuidado prescrito por cada membro da equipe multidisciplinar de acordo com o sintoma relatado, foi levado em consideração na melhoria da condição de saúde do idoso hospitalizado em Cuidados Paliativos, caracterizando dessa forma a estratégia de gestão em saúde do Plano Terapêutico Singular, o qual já está configurado na rotina do setor para cada paciente internado.

O Plano Terapêutico Singular do setor encontra-se estabelecido da seguinte forma: após cada paciente ser internado, o médico formula inicialmente a prescrição de acordo com a sintomatologia apresentada, o enfermeiro faz a anamnese do paciente e verifica as necessidades de saúde a serem otimizadas.

Em seguida, após solicitação médica e conforme demanda apresentada pelo paciente, os demais profissionais da equipe multiprofissional do setor de Oncohematologia do HC UFPE (fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, psicólogo, assistente social e fonoaudiólogo), fazem sua visita ao setor para avaliação e direcionamento das diretrizes do manejo dos sintomas, adequando um plano de cuidados ao paciente internado.

Diante do contexto de prevenção da contaminação da Covid-19, foram seguidas as devidas orientações da OMS (OPAS/OMS, 2020). Higienização do ambiente a serem realizadas as entrevistas, o uso de álcool 70% para desinfecção de mãos e objetos, a distância mínima um metro entre as pessoas e o uso de máscara como medidas adotadas.

4.9 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Este projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco e aprovado sob o CAAE 54990122.5.0000.8807 (Apêndice 4).

5 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS

Os dados foram tabulados, compilados e expressos por meio de análise univariada: média com desvio padrão, variação mínimo-máximo, contagem e frequência, permitindo caracterização do perfil sociodemográfico e clínico dos idosos, a identificação dos sintomas relatados por eles e as medidas de controle dos sintomas coletadas do prontuário, descritas pela equipe multidisciplinar no plano terapêutico.

Para comparação dos sintomas relatados pelos próprios idosos em Cuidados Paliativos nos 3 momentos foi realizada Prova de Friedman. O programa de análise foi o StatisticaStatSoft 12.0, considerando $p < 0.05$.

6 RESULTADOS

6.1 CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E CLÍNICO DOS IDOSOS SOB CUIDADOS PALIATIVOS

Dos 53 idosos da amostra incluídos no momento D0 ocorreram quatro perdas no seguimento, duas mulheres e dois homens, sendo duas perdas por óbito, uma devido alta hospitalar por controle de sintomas com 48h do internamento e outra por transferência de setor por suspeita Covid.

O estudo avaliou 53 pessoas idosas, sendo 30 mulheres (57%) e 23 homens (43%), com média de idade de 69 (± 6) anos variando entre 60 e 87 anos. Desses apenas 1 idoso era analfabeto (2%) e apenas 4 tinham ensino superior completo (8%). A maioria era aposentada (72%), casada (47%), com renda familiar até 1,5 SM (Salário Mínimo) (58%), a principal ocupação antes da aposentadoria estava relacionada ao grupo G3, composto por agricultores, trabalhadores braçais e donas de casa. Residiam em imóvel próprio (81%) e no interior do estado de Pernambuco (49%). Em relação a profissão exercida antes da aposentadoria, o grupo prevalente do estudo foi o G3 (55%). (Tabela 1).

Em relação à caracterização clínica (Tabela 1), observou-se maior incidência de câncer do sistema digestório com 19 casos (38%), cujos tipos mais prevalentes são câncer gástrico e colorretal, seguido do câncer urogenital com 12 casos (23%) e em terceiro lugar o câncer de mama com 10 casos (19%). O tempo de doença predominante foi de 3 anos, sendo o principal tratamento a quimioterapia (70%), seguido do controle de sintomas (23%) e por último, a radioterapia (8%). Em relação a utilização das escalas de avaliação para Cuidados Paliativos, a Escala PPS que norteia funcionalidade e prognóstico dos pacientes, houve uma predominância de 45% da amostra com performance para abordagem paliativa em paralelo a Escala PCST que indica critérios de elegibilidade para Cuidados Paliativos, estando 100% da amostra pesquisada com demanda de critérios direcionados a abordagem em estudo.

Tabela 1. Perfil sociodemográfico e clínico da amostra

N=53	
Perfil sociodemográfico	
Sexo, n (%)	
Feminino	30 (57)
Masculino	23 (43)
Idade (anos), média (\pm)	69 (06)
Idade (anos), variação mínimo-máximo	60-87
Escolaridade, n (%)	
Analfabeto	01 (02)
Ensino fundamental	35 (66)
Ensino médio	13 (25)
Ensino superior	04 (08)
Situação laboral, n (%)	
Aposentado	
Sim	38 (72)
Não	15 (28)
Pensionista	
Sim	06 (11)
Não	47 (89)
Recebendo auxílio	
Sim	08 (15)
Não	45 (85)
Trabalhando	
Sim	01 (02)
Não	52 (98)
Demanda cognitiva da profissão antes da aposentadoria, n (%)	
G1	05 (09)
G2	19 (36)
G3	29 (55)
Naturalidade, n (%)	
Recife, capital	16 (30)
Recife, região metropolitana	08 (15)
Interior do estado de Pernambuco	26 (49)
Outros estados	03 (06)
Residência, n (%)	
Própria	43 (81)
Alugada	06 (11)
Estado civil, n (%)	
Solteiro	07 (13)

Casado	25 (47)
Viúvo	11 (21)
Divorciado	06 (11)
União estável	
Renda, n (%)	
0-1,5 SM	31 (58)
>1,5-3,5 SM	16 (30)
>3,5	06 (11)
Perfil clínico	
Doença de base, n (%)	
Mama	10 (19)
Sistema digestório (ex. fígado, pâncreas, reto, cólon, estômago)	19 (38)
Sistema respiratório (ex. pulmão e laringe)	06 (09)
Sistema urogenital (ex. próstata, ovário, colo do útero, rim)	12 (23)
Sistema imunológico (ex. timo e linfoma)	07 (13)
Tempo de doença (anos), média (\pm)	03 (03)
Tempo de doença (anos), variação mínimo-máximo	1-13
Tratamento, n (%)	
Quimioterapia	37 (70)
Radioterapia	04 (08)
Controle dos sintomas	12 (23)
Escala de performance paliativa, n (%)	
Cuidados paliativos	24 (45)
Vigilância para cuidados paliativos	29 (55)
Escala palliative care screening tool, n (%)	
Cuidados paliativos	53 (100)
Vigilância para cuidados paliativos	00 (00)

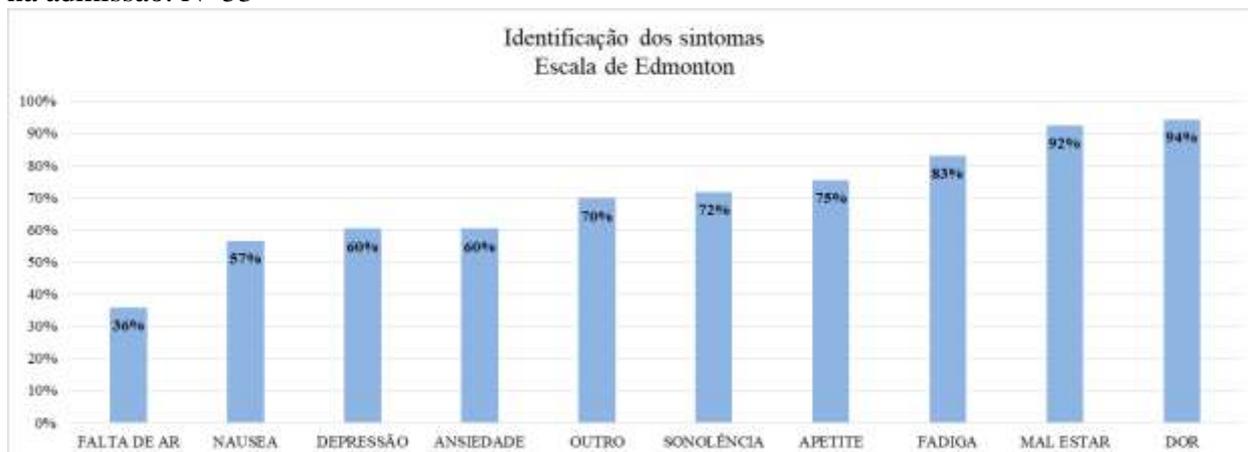
FONTE: Galvão, 2022.

G1, G2, G3: Grupos de maior a menor demanda cognitiva respectivamente; SM: Salário mínimo

6.2 IDENTIFICAÇÃO DOS SINTOMAS RELATADOS PELOS IDOSOS INVESTIGADOS

Dentre os sintomas relatados pelos idosos com base na escala de Edmonton, destacam-se três sintomas com maior frequência de relatos: dor (94%), mal-estar (92%) e fadiga (83%). Ansiedade e depressão foram relatadas em igual frequência e falta de ar e náuseas foram os menos relatados (Figura 1).

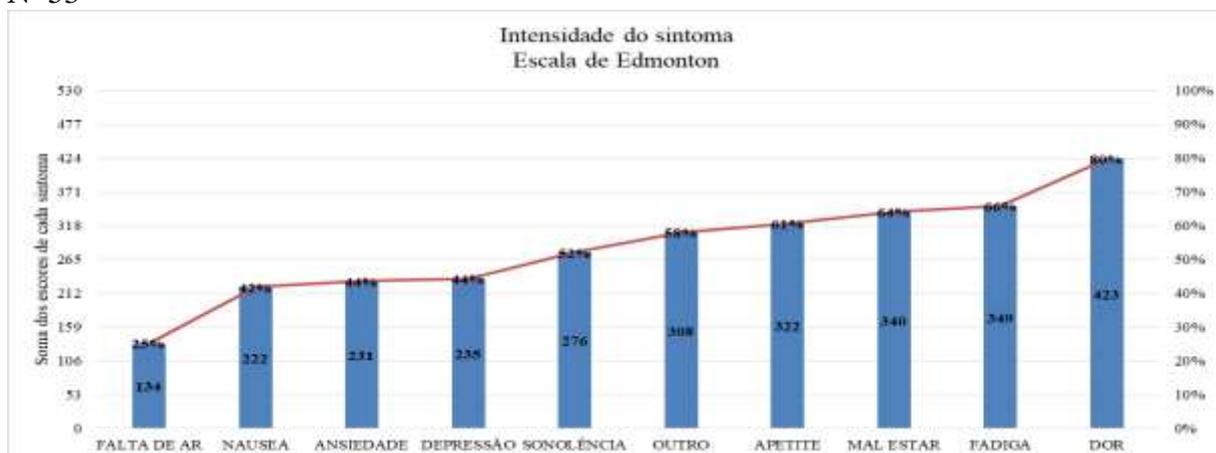
Figura 3 - Identificação dos sintomas relatados pelos idosos com base na escala de Edmonton na admissão. N=53



FONTE: Galvão, 2022.

Com relação a intensidade dos sintomas relatados, a dor foi o sintoma que alcançou a maior soma das pontuações da ESAS e atingiu 80% de intensidade em relação ao máximo possível. Em segundo e terceiro lugar aparecem fadiga e mal-estar que atingiram 66% e 64% de intensidade, respectivamente, em relação ao máximo possível. Falta de ar e náuseas foram os sintomas que apresentaram as menores intensidades referidas pelos idosos (Figura 2).

Figura 4 - Intensidade dos sintomas relatados pelos idosos com base na escala de Edmonton. N=53



FONTE: Galvão, 2022.

Com relação ao agrupamento dos sintomas relatados pelo uso da ESAS, observa-se que os grupos GS3 e GS5 foram os mais relatados (Tabela 2).

Tabela 2 - Agrupamento de sintomas relatados na Escala de Edmonton. N=53

Agrupamento de sintomas	n	%
GS1	31	58%
GS2	35	66%
GS3	51	96%
GS4	07	13%
GS5	50	94%

FONTE: Galvão, 2022.

GS1: sintomas urológicos e gastrintestinais; GS2: sintomas psicológicos; GS3: dor física, insônia e problemas nas vias aéreas; GS4: problemas no autocuidado; GS5: fadiga, falta de apetite e energia e boca seca.

A maioria dos idosos relatavam sintomas de três agrupamentos de sintomas (36%), seguido de quatro agrupamentos de sintomas (30%). Apenas um idoso relatou sintomas de apenas um grupo (Tabela 3).

Tabela 3 - Frequência de idosos inseridos nos agrupamentos de sintomas. N=53

Agrupamentos de sintomas	Grupos	N (total)	%
1 grupo	GS2 – n=01	01	02%
2 grupos	GS3/GS5 – n=11	11	21%
3 grupos	GS2/GS3/GS5 – n=09	19	36%
	GS1/GS3/GS5 – n=08		
	GS1/GS2/GS3 – n=01		
4 grupos	GS1/GS2/GS5 – n=01	16	30%
	GS1/GS2/GS3/GS5 – n=15		
5 grupos	GS2/GS3/GS4/GS5 – n=01	06	11%
	GS1/GS2/GS3/GS4/GS5 – n=06		

FONTE: Galvão, 2022.

GS1: sintomas urológicos e gastrintestinais; GS2: sintomas psicológicos; GS3: dor física, insônia e problemas nas vias aéreas; GS4: problemas no autocuidado; GS5: fadiga, falta de apetite e energia e boca seca.

6.3 COMPARAÇÃO DOS SINTOMAS NOS TRÊS MOMENTOS DE APLICAÇÃO DA ESCALA DE AVALIAÇÃO DE SINTOMAS DE EDMONTON (D0, D1 E D2)

A comparação entre os momentos D0, D1 e D2 ocorreu com amostra composta por 49 idosos. Houve redução significativa nas médias dos escores da ESAS tanto em seus domínios, quanto no escore total. Observa-se que a dor apresentou a maior média (8 ± 3) e falta de ar a menor média (2 ± 3) no momento D0. No momento D2 todas as médias reduziram de forma

importante, porém apetite apresentou a maior média do momento D2 (4±3) e falta de ar a menor média (1±2) (Tabela 4).

Tabela 4- Comparação dos sintomas nos três momentos de aplicação da Escala de Edmonton. N=49

Edmonton	D0		D1		D2		p-valor
	X(±)	range	X(±)	range	X(±)	range	
Dor	8 (3)	0-10	4 (3) ^a	0-8	2 (2) ^{bc}	0-7	<0.0001
Fadiga	7 (3)	0-10	4 (3) ^a	0-9	2 (3) ^{bc}	0-8	<0.0001
Sonolência	5 (4)	0-10	4 (3) ^a	0-8	3 (2) ^{bc}	0-8	<0.0001
Náuseas	5 (4)	0-10	3 (3)	0-10	2 (2) ^b	0-7	<0.0001
Apetite	6 (4)	0-10	5 (3)	0-10	4 (3) ^b	0-10	<0.0001
Falta de ar	2 (3)	0-10	1 (2)	0-8	1 (2) ^b	0-8	0.021
Depressão	4 (4)	0-10	3 (3) ^a	0-9	2 (3) ^b	0-17	<0.0001
Ansiedade	4 (4)	0-10	3 (3) ^a	0-9	2 (3) ^b	0-8	<0.0001
Mal estar	7 (3)	0-10	4 (3) ^a	0-9	3 (2) ^{bc}	0-9	<0.0001
Outro	6 (4)	0-10	3 (3) ^a	0-10	2 (3) ^{bc}	0-10	<0.0001
Total	55 (19)	16-91	34 (18) ^a	3-67	23 (17) ^{bc}	0-68	<0.0001

FONTE: Galvão, 2022.

X(±)= média (desvio padrão); range ou amplitude total; p-valor: prova de Friedman (D0 versus D1=a; D0 versus D2=b; D1 versus D2=c; a, b, c = p<0.05).

6.4 MEDIDAS DE CONTROLE DE SINTOMAS REALIZADAS PELA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR NO PLANO DE CUIDADOS DE ROTINA DO SETOR

Dentre as 14 medidas de controle de sintomas realizadas, destacaram-se orientações em saúde (higiene das mãos, uso de máscaras, atenção quanto a febre, sangramentos) (92%), analgesia (87%), escuta clínica (62%) e anti eméticos (62%) como as quatro mais adotadas pela equipe multidisciplinar no plano de cuidados de rotina do setor (Tabela 5).

Tabela 5 - Medidas de controle de sintomas utilizadas pela equipe multiprofissional. N=53

Medidas de controle de sintomas	n	%
01 Hemotransfusão	01	02%
02 Vigilância dieta VO	01	02%
03 Estímulo AVD	01	02%
04 Conciliação medicamentosa	02	04%
05 Mobilização	02	04%
06 Oxigenioterapia	05	09%

07	Hidratação	08	15%
08	Ansiolítico	09	17%
09	Medidas laxativas	19	36%
10	Adaptação cardápio	32	60%
11	Anti emético	33	62%
12	Escuta clínica	33	62%
13	Analgesia	46	87%
14	Orientações em saúde	49	92%

FONTE: Galvão, 2022.

8 DISCUSSÃO

Neste estudo, foi verificado que a maioria dos pacientes oncológicos idosos em Cuidados Paliativos no HC - UFPE eram mulheres, resultado semelhante ao encontrado na literatura. A prevalência no sexo feminino é o perfil esperado para países em desenvolvimento, onde o número de câncer em mulheres é maior em relação aos homens (CASTÔR *et al.*, 2019). Vale ressaltar que a população feminina é a que busca mais, e de maneira mais precoce, o serviço de saúde, podendo ser um dos motivos da sua maior prevalência. Quanto às questões de sexo, observa-se que no Brasil as políticas públicas são mais direcionadas para a saúde da mulher em detrimento da saúde do homem. Por exemplo: redução da mortalidade materna, prevenção de câncer de mama, campanha contra HPV (Papiloma Vírus Humano), dentre outras (SADOVSKY *et al.*, 2015). Nessa perspectiva, os homens, na maioria das vezes, sofrem mais com as condições graves e crônicas da saúde do que as mulheres, além de, na maioria das vezes, morrerem mais cedo que elas (CARVALHO *et al.*, 2016). Uma revisão sistemática estadunidense evidenciou perfil epidemiológico predominante com média de idade de 64,3 anos (FULTON *et al.*, 2019). Esse estudo evidencia semelhante média de idade ao encontrado na literatura com valor de 69 anos.

A análise da escolaridade nesse estudo demonstra tendência a um baixo grau de instrução, apresentando mais da metade da amostra apenas ensino fundamental, à luz de um recorte socioeconômico menos privilegiado. Na literatura encontramos o estudo sobre o perfil de pacientes oncológicos onde 53,7% possuía ensino fundamental incompleto (LAUTER *et al.*, 2014). Outro estudo também resultou em maioria (40%) com o ensino fundamental incompleto (CASTÔR *et al.*, 2019). O déficit de conhecimento contribui para piora da qualidade de vida, além de ocasionar a falta de autocuidado e atraso na identificação de sinais e sintomas, gerando uma barreira na adesão ao tratamento. Estudos apontam que um maior conhecimento a respeito da doença contribui para seu tratamento, bem como para a tomada de decisões acerca desta (BONIN *et al.*, 2014).

Quanto à renda salarial, essa foi prevalente até 1,5 salário-mínimo, em sua maioria, proveniente da aposentadoria. Tal resultado converge com estudo sobre o perfil sociodemográfico e clínico de pacientes sob Cuidados Paliativos oncológicos que mostra que a maioria dos pacientes tinha renda de um a dois salários-mínimos, normalmente, oriunda de aposentadoria. Essas características somadas às dificuldades que emergem deste perfil – como a falta de condições financeiras e estruturais para os exames de prevenção diagnóstica para o

câncer – podem ter refletido na busca tardia pelo atendimento e pelo diagnóstico de câncer avançado. (VISENTIN *et al.*, 2018).

Quanto a ocupação prevalente nesse estudo foi evidenciada o grupo de agricultores, donas de casa e trabalhadores braçais, nomeado como G3. A ocupação pode consistir em um fator de risco para neoplasias, dado que algumas estão ligadas ao período de exposição a agentes promotores e potencializadores da oncogênese (DALMAU *et al.*, 2018). Em relação à maioria dos pacientes oncológicos terem como ocupação a agricultura, destaca-se a importância da avaliação de fatores ocupacionais e ambientais na etiologia do câncer. Estudos internacionais e nacionais não deixam dúvidas sobre os danos causados pelos agrotóxicos na população, meio ambiente, saúde do consumidor e, principalmente, à saúde do produtor rural (INCA, 2017).

Em relação ao perfil clínico dos pacientes idosos, a maioria era acometida por algum tipo de neoplasia. A neoplasia mais recorrente foi a relacionada ao sistema digestório (38%), seguida do sistema urogenital (23%) e a terceira mais acometida foi o câncer de mama (19%). Segundo estudo realizado em um Hospital Geral do Ceará em 2021, as neoplasias mais comumente encontradas foram as neurológicas e gastrintestinais, ambas com 22,5% (FARIAS; BEZERRA, 2021).

No ano de 2014 foi estimado para o Brasil que existiriam 79.060 mil novos casos de câncer gastrintestinal, considerando os de cólon e reto, estômago, cavidade oral e esôfago. Vários fatores podem favorecer o aparecimento das neoplasias, como o estilo de vida, o tabagismo, o sedentarismo, a obesidade, o padrão alimentar, o etilismo e o uso das drogas (PEREIRA; FORTES, 2015). Esse estudo corrobora com dados internacionais em que o câncer do trato digestório é mais predominante em países de transição (BRAY *et al.*, 2018). Esses dados concordam com os registros nacionais do INCA, que, apesar de dividir a incidência do câncer por meio de categorias, indicam números significativos de câncer nesse aparelho. Na lista dos tipos de câncer mais incidentes no mundo, aparece o câncer de intestino (1,4 milhão de casos) em terceiro lugar. Nos homens, o câncer de intestino (10,0%) também aparece em terceiro lugar, e o de estômago (8,5%) em 4º lugar. Já em mulheres, o câncer de intestino se apresenta em 2º lugar (9,2%) e o câncer de estômago em 5º lugar (4,8%) (INCA, 2020).

Em relação ao câncer urogenital (próstata, ovário, colo uterino) elencado nesse estudo em 2º lugar, corrobora com as estimativas lançadas pelo Instituto Nacional do Câncer (INCA), a estimativa mundial aponta o câncer de próstata como o segundo câncer mais frequente em homens no mundo. Foram estimados 1.280 mil casos novos, o equivalente a

7,1% de todos os valores de cânceres considerados. Já o câncer do colo do útero é o sexto câncer entre as mulheres no mundo. Em 2018, foram esperados 370 mil casos novos com um risco estimado de 9,9/100 mil mulheres (BRAY *et al.*, 2018; FERLAY *et al.*, 2018). O principal fator de risco associado ao câncer do corpo uterino é obesidade, principalmente em mulheres acima dos 50 anos (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA, 2019).

O câncer de ovário é o oitavo câncer mais incidente entre as mulheres no mundo. Em 2018, foram estimados 295 mil casos novos, representando 1,6% de todos os cânceres. Esse valor corresponde a um risco estimado de 7,8/100 mil mulheres. As maiores taxas de incidência estimadas foram observadas nos países europeus (centro e norte) e na América do Norte (BRAY *et al.*, 2018; FERLAY *et al.*, 2018). Os principais fatores de risco associados ao câncer de ovário são: idade (carcinoma epitelial) e histórico familiar de cânceres de ovário e de mama (mutações dos genes BRCA1 ou BRCA2). Outros fatores de risco também importantes são: reprodutivos e hormonais, menarca precoce, menopausa tardia, obesidade e tabagismo (AMERICAN CANCER SOCIETY, 2019a; INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA, 2019).

Em relação ao terceiro lugar mais prevalente nesse estudo, para o Brasil, estimam-se que 66.280 casos novos de câncer de mama, para cada ano do triênio 2020-2022. Não existe somente um fator de risco para câncer de mama, no entanto a idade acima dos 50 anos é considerada o mais importante (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA, 2019). Outros fatores que contribuem para o aumento do risco de desenvolver a doença são fatores genéticos (mutações dos genes BRCA1 e BRCA2) e fatores hereditários (câncer de ovário na família) (BRAY *et al.*, 2018; FERLAY *et al.*, 2018), além da menopausa tardia (fatores da história reprodutiva e hormonal), obesidade, sedentarismo e exposições frequentes a radiações ionizantes (fatores ambientais e comportamentais) (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA, 2019).

No que concerne aos principais sintomas relatados pelos idosos em Cuidados Paliativos através da utilização da ESAS obteve-se em primeiro lugar a dor, seguida de mal-estar e fadiga em terceiro lugar. A dor é o sintoma mais comum entre os pacientes com câncer encaminhados para Cuidados Paliativos, sendo seu manejo de forma segura e eficaz dentro de um cuidado interdisciplinar (YANG J *et al.*, 2021). Além disso, a dor é um dos sintomas mais frequentes com taxa de incidência de 50,7% para todos os estágios do câncer e 66,4% para estágios avançados, estando relacionado a aspectos significativos na vida dos pacientes,

incluindo atividades diárias, função social, qualidade do sono e função cognitiva (WOOD H *et al.*, 2018).

Tal fato, pode ser constatado ao longo dos meses que se sucederam à coleta dos dados, visto que cada idoso abordado, em sua maioria, referia os prejuízos sociais, afetivos e de desconforto decorrentes da dor não controlada no momento da admissão na enfermaria de Oncologia do HC-UFPE, e com o passar dos dias, a redução substancial e gradativa de tal sintoma, decorrente da observância do nível da dor na sua entrada e em paralelo, a execução das medidas farmacológicas (graduando de acordo com a escada analgésica da dor, proposta pela OMS, sendo dor leve tratada com analgésicos não opióides, dor moderada com opióides leves como tramal e codeína e a dor forte com opióides fortes como morfina, metadona, fentanil) e não farmacológicas para controle do sintoma desagradável, visto por exemplo no local do estudo da enfermaria de Oncohematologia, o uso da capelania hospitalar, musicoterapia, apoio psicológico foram de grande relevância.

Há uma necessidade crescente de desenvolver e prestar cuidados de acordo com os princípios dos Cuidados Paliativos com foco no gerenciamento de sintomas psicossociais e existenciais, sendo melhor manejado através do agrupamento dos sintomas (cluster) e não apenas o sintoma isolado sem relevância contextual (CHANDRA *et al.*, 2015).

Um achado relevante trata da correlação da dor com constipação, visto que a ocorrência da constipação é um efeito colateral comum dos opióides que são prescritos para aliviar a dor física (CAMILLERI *et al.*, 2014). Logo, foi observado que dentre as medidas de controle de sintomas, duas delas: a adaptação do cardápio (60%) com dietas laxativas em sintonia com o uso de medidas laxativas (36%) através do uso de medicações favoreceu a otimização do dor quando relacionada a constipação.

Em relação ao sintoma mal-estar, referido em segundo lugar pelos idosos no estudo, vale primeiramente ser elucidado o conceito de mal-estar na condição de adoecimento. Segundo o dicionário, mal-estar é a sensação física ou emocional desagradável, estado de inquietação, de aflição mal definida, indisposição, muitas vezes acompanhada de fadiga, dor difusa ou falta de interesse nas atividades. Na identificação do sintoma, a frequência relatada no estudo, apresenta o sintoma mal-estar em uma frequência de 92% dos idosos, bem ao lado de fadiga 83% e quando comparado ao grau de intensidade dos mesmos, percebe-se que a fadiga entra em segundo lugar e de imediato já aparece o mal-estar, corroborando que a coexistência desses sintomas pode ser compreendida como uma extensão do outro, tanto no que se refere à sua identificação pelo idoso quanto na sua intensidade.

Na literatura observa-se que a fadiga é um dos sintomas mais comuns e complexos experimentados por pacientes diagnosticados com câncer. Esta é definida como “uma sensação angustiante, persistente e subjetiva de cansaço ou exaustão física, emocional e/ou cognitiva relacionada ao câncer ou ao tratamento do câncer que não é normal à atividade recente e interfere no funcionamento normal” (PYSZORA A *et al.*, 2017; HENSON LA *et al.*, 2020).

Houve uma melhora considerável em relação aos três momentos do estudo, visto que os escores relacionados tanto a dor, quanto ao mal-estar e fadiga que foram os mais relevantes e intensos no momento da admissão e no último momento D2, observou-se queda significativa. Em comparação ao estudo que foi realizado em uma unidade de Cuidados Paliativos do Distrito Federal que avaliou os sintomas de pacientes, a fadiga não apresentou melhora após 72h de internação (NEVES; MUNIZ; REIS, 2020).

Um ponto bastante salutar diz respeito ao sintoma náusea, o qual foi de baixa relevância citada pelos pacientes, estando em 9º lugar do sintoma citado, tanto na identificação (57%) quanto na intensidade (42%) apresentada pelos idosos. Tal ocorrido, diverge de outros estudos que trazem as náuseas como um sintoma experimentado por até 68% dos pacientes com câncer em algum momento de sua doença (SCARBOROUGH BM; SMITH CB, 2018). Um contraponto a ser feito está na medida de otimização de anti eméticos cautelosa pela equipe, o que reforça o controle desse sintoma e por esse motivo não ter sido tão citado pelos idosos.

Tal exposto, nos direciona a compreensão de que Cuidados Paliativos concentra-se também no gerenciamento de sintomas, no lugar de doenças em si. Através do agrupamento de sintomas torna-se mais congruente uma avaliação fidedigna do idoso em Cuidados Paliativos à medida em que a associação de um sintoma ao outro, predispõe melhor interpretação e conseqüentemente formulação de estratégia eficaz no manejo e controle dos sintomas. Por exemplo, a dor pode interferir na mobilidade e vice-versa. A fadiga pode interferir no apetite e essa coexistência de queixas de saúde nos idosos, principalmente, tem uma significância no gerenciamento do controle de sintomas (SELMAN *et al.*, 2017). Diante desse raciocínio, nosso estudo trouxe exatamente no último momento (D2) que todas as médias reduziram de forma importante, porém a falta de apetite apresentou a maior média do momento D2 (4 ± 3), justificado pela afirmativa anterior, tendo em vista que a fadiga pode a longo prazo trazer repercussões para o controle de sintomas, nesse caso interferindo na questão do apetite do idoso no último momento de seguimento. Houve melhora do apetite em

paralelo a melhora dos outros sintomas, porém com uma redução não tão significativa como os demais apresentados na Tabela 4.

Com relação ao agrupamento dos sintomas relatados com o uso da escala de Edmonton, observa-se que os grupos GS3 e GS5 foram os mais relatados (Tabela 2), corroborando com os estudos que trazem a significância da prevalência desses dois grupos. Por exemplo, o agrupamento da insônia e dor está de acordo com a literatura que indica que o sono tem uma influência causal nos níveis de dor (FINAN, 2013). O agrupamento da fadiga e boca seca podem indicar que a fadiga é mediada por uma disfunção do sistema nervoso parassimpático. Dessa forma, a identificação de cinco agrupamentos de sintomas de idosos hospitalizados em Cuidados Paliativos pode ajudar o profissional de saúde na identificação de sintomas e estabelecer prioridades no manejo dos sintomas à medida que o tratamento de um sintoma pode influenciar positivamente outro sintoma (VAN LANCKER *et al.*, 2016).

Em relação as medidas de controle de sintomas, foram elencadas como as quatro mais adotadas pela equipe multidisciplinar no plano de cuidados de rotina do setor (Tabela 5): as orientações em saúde (higiene das mãos, uso de máscaras, atenção quanto a febre, sangramentos) (92%), analgesia (87%), escuta clínica (62%) e anti eméticos (62%). Para que tais medidas alcancem o controle de sintomas, foi realizado individualmente e rotineiramente o plano de cuidados ao paciente idoso em Cuidados Paliativos com o objetivo de reavaliações e no caso do nosso estudo, através da utilização da ESAS como ferramenta de acompanhamento dos cuidados prestados, refletidos pelos escores dos sintomas a medida que os momentos D0, D1 e D2 ocorreram.

Houve convergência com estudos da literatura, que reforçam a importância do plano de cuidados como forma de identificar o início dos sintomas e traçar os objetivos baseados em escalas de avaliação de sintomas, lembrando que as metas devem ser revisadas periodicamente, a partir da reavaliação dos sintomas, respeitando os valores do paciente com a finalidade da otimização no gerenciamento de sintomas (RODGERS, 2020). Outro ponto bastante positivo no estudo que também fundamenta os achados na literatura foi o registro em prontuário das condutas de cada profissional e atualmente com a implantação do prontuário eletrônico, oportuniza a melhoria da comunicação e conseqüentemente a adequação de condutas com vistas ao controle de sintomas dos pacientes idosos hospitalizados.

O Instituto Nacional de Câncer (INCA) em 2022 lançou a série, com previsão de periodicidade anual, cuja proposta é oferecer subsídios, a partir da experiência prática de profissionais atuantes na unidade, para o desenvolvimento dos Cuidados Paliativos, tendo seu primeiro volume, *A avaliação do paciente em Cuidados Paliativos*, a qual abrange

exatamente a etapa inicial da abordagem ao paciente e reforçando nosso estudo ao solidificar que os registros dos profissionais em prontuário promovem comunicação efetiva, rápida e objetiva entre a equipe, transmitindo informações relevantes e mantendo a continuidade na assistência e o direcionamento do plano de cuidados, que complementa as discussões da equipe, bem como orienta a modificações de condutas e alcance dos objetivos propostos ao paciente (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2022).

9 CONCLUSÃO

Os dados obtidos nesta pesquisa revelaram que a maioria dos pacientes foram do sexo feminino com média de idade de 69 anos, baixo grau de escolaridade e renda salarial, esta proveniente em sua maioria pela aposentadoria. Em relação ao perfil clínico, destacaram-se três principais, sendo a neoplasia mais recorrente relacionada ao sistema digestório (38%), seguida do sistema urogenital (23%) e a terceira mais acometida foi o câncer de mama (19%).

Dentre os principais sintomas relatados pelos idosos em Cuidados Paliativos tivemos em primeiro lugar a dor, seguida de mal-estar e fadiga em terceiro lugar. Vale ser ressaltado que houve redução significativa dos escores de acompanhamento pela ESAS nos momentos propostos no estudo (D0, D1 e D2), evidenciando que o gerenciamento de sintomas, o seu agrupamento e posterior integração de um plano de cuidados pela equipe multidisciplinar, foram de grande relevância para o estabelecimento de melhorias, visando o controle dos sintomas relatados no momento da admissão desses pacientes.

Como limitações do meu estudo, a amostra com público de um único setor do Hospital das Clínicas e apenas com perfil de pacientes com doenças oncológicas.

Sugere-se como trabalhos futuros, a realização de pesquisas abrangendo outros setores do hospital que vive também o cenário dos Cuidados Paliativos e permitir identificar os sintomas dos pacientes nessa abordagem, maior número amostral, vinculação a outras unidades hospitalares para conhecimento do seu público idoso, bem como disseminar o conhecimento sobre a necessidade crescente de implementar precocemente os Cuidados Paliativos, o que irá auxiliar o manejo adequado dos sintomas através do planejamento e implementação de uma assistência adequada.

A importância desse trabalho para os profissionais de saúde no que concerne a otimização de medidas de controle de sintomas efetivas para o gerenciamento da assistência prestada, assim como para a gestão hospitalar, pois com o controle dos sintomas há uma redução significativa de custos hospitalares, aliado a uma maior satisfação para o paciente e equipe de saúde.

REFERÊNCIAS

ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS - ANCP. **Carta à População Brasileira** [Internet]. Rio de Janeiro: ANCP, 2021.

ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS – ANCP. **História dos cuidados paliativos**. São Paulo, 2017.

ALEXANDER, K.; GOLDBERG, J.; KORC-GRODZICKI, B. Palliative Care and Symptom Management in Older Patients with Cancer. **Clinics in geriatric medicine**, v. 32, n. 1, p. 45–62, fev. 2016.

AMADOR, S. et al. A systematic review and critical appraisal of quality indicators to assess optimal palliative care for older people with dementia. **Palliative medicine**, v. 33, n. 4, p. 415–429, abr. 2019.

AMERICAN CANCER SOCIETY. **Cancer facts & figures 2019**. Atlanta: American Cancer Society, 2019a.

BALDUCCI, L. Geriatric Oncology, Spirituality, and Palliative Care. *Journal of pain and symptom management*, v. 57, n. 1, p. 171–175, jan. 2019.

BONIN CDB, SANTOS RZ DOS, GHISI GL DE M, VIEIRA AM, AMBONI R, BENETTI M. Construção e validação do Questionário de conhecimentos para pacientes com insuficiência. *Arq Bras Cardiol*. [Internet]. 2014, 102(4).

BLASCO PG. A ordem dos fatores altera o produto: reflexões sobre educação médica e cuidados paliativos. **Educ Méd** [Internet].2018;19(2):104-14.DOI: 10.1016/j.edumed.2016.07.010.

BORSON, S., SCANLAN, J. M., CHEN, P., & GANGULI, M. (2003). The Mini-Cog as a screen for dementia: validation in a population-based sample. **Journal of the American Geriatrics Society**, 51(10), 1451–1454. <https://doi.org/10.1046/j.1532-5415.2003.51465.x>

BRASIL, Ministério da Saúde. Resolução n.41, de 31 de outubro de 2018. **Dispõe sobre as diretrizes para a organização dos cuidados paliativos, à luz dos cuidados continuados integrados, no âmbito Sistema Único de Saúde (SUS)**. DOU, Ed. 225, Seção 1, p. 276.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Orientações técnicas para a implementação de Linha de Cuidado para Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa no Sistema Único de Saúde – SUS [recurso eletrônico]** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

_____. Ministério da Saúde. **Diretrizes para o Cuidado das Pessoas Idosas no SUS: proposta de modelo de atenção integral**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014a.

BRAY, F. et al. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA: a cancer journal for clinicians*, Hoboken, v. 68, n. 6, p. 394-424, Nov. 2018.

CALDAS GHO, MOREIRA SNT, VILAR MJ. Cuidados paliativos: uma proposta para o ensino da graduação em Medicina. **Rev Bras Geriatr Gerontol** [Internet]. 2018.

CAMARANO, A. A. **Perspectivas de crescimento da população brasileira e algumas implicações**. Rio de Janeiro : Ipea, 2014. 658 p.: il.

CAMILLERI, M., DROSSMAN, D., BECKER, G., WEBSTER, L., DAVIES, A., MAWE, G., 2014. **Emerging treatments in neurogastroenterology: a multidisciplinary working group consensus statement on opioid-induced constipation**. *Neurogastroenterol. Motil.* 26 (10), 1386–1395

CAMPOLINA AG, ADAMI F, SANTOS JLF, LEBRÃO ML. A transição de saúde e as mudanças na expectativa de vida saudável da população idosa: possíveis impactos da prevenção de doenças crônicas. **Cad. Saúde Pública**. [Internet] 2013; 29(6).

CARVALHO, R. T.; PARSONS, H. A. (Org.) **Manual de Cuidados Paliativos ANCP**. 2.ed. São Paulo: s. n., 2012.

CARVALHO FP, SILVA SK, OLIVEIRA LC, FERNANDES AC, SOLANO LC, BARRETO EL. Conhecimento acerca da política nacional de atenção integral à saúde do homem na estratégia de saúde da família. *Rev APS*. 2016;16(4):386-92.

CASTÔR, K. S. et al. Palliative care: epidemiological profile with a biopsychosocial look on oncological patients. **Brazilian Journal Of Pain**, v. 2, n. 1, p. 49–54, 2019.

CHAI, E. MEIER, D. MORRIS, J. GOLDBIRSCHE, S. Geriatric Palliative Care – a practical guide for clinicians. New York: Oxford University Press; 2014.

CHANDRA A, CRANE SJ, TUNG EE, HANSON GJ, NORTH F, CHA SS, et al. Patient-reported geriatric symptoms as risk factors for hospitalization and emergency department visits. *Aging Dis*. 2015;6(3):188–95.

CLOSS, V. E.; HELENA, C.; SCHWANKE, A. A evolução do índice de envelhecimento no Brasil , nas suas regiões e unidades federativas no período de 1970 a 2010. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, v. 15, n. 3, p. 443–458, 2010.

COSTA, R. S. DA et al. Reflexões bioéticas acerca da promoção de cuidados paliativos a idosos. **Saúde em Debate**, v. 40, n. 108, p. 170–177, mar. 2016.

DALMAU, N. et al. Untargeted lipidomic analysis of primary human epidermal melanocytes acutely and chronically exposed to UV radiation. *Mol. Omics.*, p. 1-11, 2018.

DARDENGO, C.F.R.; MAFRA, S.C.T. Os conceitos de velhice e envelhecimento ao longo do tempo: contradição ou adaptação? ” **Revista de Ciências Humanas**, no 2, 2018.

DA SILVA, S. F. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: Desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 16, n. 6, p. 2753–2762, 2011.

DONKOR, A. et al. Barriers and facilitators to implementation of cancer treatment and palliative care strategies in low- and middle-income countries: systematic review. **International journal of public health**, v. 63, n. 9, p. 1047–1057, dez. 2018.

DURANTE, A.L.T.C; TONINI, T; ARMINI, L.R. Conforto em cuidados paliativos: o saber-fazer do enfermeiro no hospital geral. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, v. 8, n. 3, p. 530-536, 2014.

FARIA, L. C. et al. Envelhecimento, Relações de Gênero e Qualidade de Vida da População Idosa. In: **Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais**, 2019.

FARIAS, M. V.; BEZERRA, A. M. DA S. Perfil Sociodemográfico E Clínico De Pacientes Oncológicos Em Cuidados Paliativos De Um Hospital Público Do Ceará, Brasil. v. 15, n. 2, p. 31–37, 2021.

FERLAY, J. et al. Estimating the global cancer incidence and mortality in 2018: GLOBOCAN sources and methods. *International journal of cancer*, New York, v. 144, n. 8, p. 1941- 1953, Apr. 2019.

FIorentino, L. et al. The symptom cluster of sleep, fatigue and depressive symptoms in breast cancer patients: Severity of the problem and treatment options. **Drug Discovery Today: Disease Models**, v. 8, n. 4, p. 167–173, 2011.

FINAN PH, GOODIN BR, SMITH MT. The association of sleep and pain: An update and a path forward. *J Pain [Internet]*. 2013;14(12):1539–52.

FONSECA ACF, SILVA NK. Identificação da necessidade de cuidados paliativos. In: CORDEIRO FR, et al. *Final de vida: abordagem multidisciplinar*. Porto Alegre: Moriá, 2021; 123-136.

FLORIANI, C. A.; SCHRAMM, F. R. Casas para os que morrem: a história do desenvolvimento dos hospices modernos. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 17, n. suppl 1, p. 165–180, 2010.

FRANCO, H. C. P. et al. Papel da enfermagem na equipe de cuidados paliativos: a humanização no processo da morte e morrer. **Revista Gestão & Saúde**, v. 17, n. 2, p. 48–61, 2017.

FREEDMAN A, Nicolle J. Social isolation and loneliness: the new geriatric giants Approach for primary care. **Can Fam Physician** 2020; 66(3):176-182.

FULTON JJ, LEBLANC TW, CUTSON TM, STARR KNP, KAMAL A, RAMOS K, ET AL. Integrated outpatient palliative care for patients with advanced cancer: a systematic review and meta-analysis. **Palliat Med.** 2019 Feb;33(2):123-34.

GARFINKEL, D.; ZUR-GIL, S.; BEN-ISRAEL, J. The war against polypharmacy: A new cost-effective geriatric-positive approach for improving drug therapy in disabled elderly people. **Israel Medical Association Journal**, v. 9, n. 6, p. 430–434, 2007.

GIACOMIN, K.C.; DUARTE, Y.A.O; CAMARANO, A.A.; NUNES, D.P.; FERNANDES, D. Cuidado e limitações funcionais em atividades cotidianas – ELSI-Brasil. **Revista de Saúde Pública** 52 (Suppl 2) 9s, 2019.

GOMES, A. L. Z.; OTHERO, M. B. Cuidados paliativos. **Estudos Avancados**, v. 30, n. 88, p. 155–166, 2016.

HENSON LA, et al. Palliative Care and the Management of Common Distressing Symptoms in Advanced Cancer: Pain, Breathlessness, Nausea and Vomiting, and Fatigue. **J Clin Oncol**, 2020; 38(9): 905-914.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Projeções da população: revisão – 2018. Rio de Janeiro: IBGE; 2018.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. Além dos 60. Rede Câncer, n. 39, p. 18–21, nov. 2017.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. Tipos de câncer. Rio de Janeiro: INCA, 2019.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). Estimativa 2020: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2020.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. **A avaliação do paciente em cuidados paliativos.**

[s.l: s.n.]. v. 1

INCA - Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Estimativa 2018: Incidência de câncer no Brasil. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Rio de Janeiro, 2017. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2018/estimativa-2018.pdf>>.

KIM, H.-J. McGuire, d.b.; Tulman, I.; Barsevick, a.m. Symptom clusters: concept analysis and clinical implications for cancer nursing. *Cancer Nurs.* (2005) 28 (4), 270–282.

KLARARE, A. J. H. Team type, team maturity and team effectiveness in specialist palliative home care: an exploratory questionnaire study. **Journal of interprofessional care**, (s.l.), v. 33, n. 5, p.504-511, set. 2018.

LAUTER DS, HERR GEG, SOUZA MM, CERATTI JO, KOLANKIEWICZ ACB. Perfil clínico e epidemiológico de pacientes oncológicos. *CONVIBRA - Gestão, Educação e Promoção da Saúde*, 2014.

LEITE, A. C. Characterization of Patients Eligible for Palliative Care in Hospital Admission Units of a University Hospital. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, p. 710–715, 2020.

LENHANI, B. E.; DAS MERCÊS, N. N. A. Avaliação De Sintomas Do Paciente Com Câncer De Bexiga Em Cuidados Paliativos: Estudo De Caso. **Cogitare Enfermagem**, v. 22, n. 4, p. 10–14, 2017.

LOYOLA, C. M. D. Cuidado Continuado. In: Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: **Fiocruz**, 2 ed., rev., amp; 2014. p. 959-977.

LUCCHETTI G, BADAN NETO AM, RAMOS SAC, FARIA LFC, GRANERO ALO, PIRES SL. Uso de uma escala de triagem para cuidados

paliativos nos idosos de uma instituição de longa permanência. **Geriatr Gerontol Aging**. 2009; 3(3):104-108.

LUCCHETTI G, BADAN M, RAMOS C, FARIA C, ALESSANDRA G, SUELI P, ET AL. Uso de uma escala de triagem para cuidados paliativos nos idosos de uma instituição de longa permanência. **Geriatr Gerontol Aging** [Internet]. 2018.

LUIZ, M.M et al. Cuidados paliativos em enfermagem ao idoso em UTI: uma revisão. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, v. 10, n. 2, p. 585-592, 2018.

LUZ, E. P. DA et al. Perfil sociodemográfico e de hábitos de vida da população idosa de um município da região norte do Rio Grande do Sul, Brasil. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 17, n. 2, p. 303–314, 2014.

MACIEL, M. G. S.; CARVALHO, R. T. DE. A Escala de Desempenho em Cuidados Paliativos versão 2 (EDCP v2). **Victoria Hospice Society**, v. 2, p. 2–4, 2009.

MALTA, D. C.; DE MOURA, L.; BERNAL, R. T. I. Differentials in risk factors for chronic non-communicable diseases from the race/color standpoint. **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 20, n. 3, p. 713–726, 2015.

MARTINS, N. I. M. et al. Variáveis demográficas e clínicas como preditoras diferenciais de alteração cognitiva na doença de Parkinson. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 22, n. 1, p. 1–9, 2019.

MANFREDI, P. L. et al. Palliative care consultations: How do they impact the care of hospitalized patients? **Journal of Pain and Symptom Management**, v. 20, n. 3, p. 166–173, 2000.

MARCONI, M.; LAKATOS, E. **Fundamentos de metodologia científica**. [s.l: s.n].

MARQUES, M. – Os laços sem-fim e os desafios da medicina. **Acta Médica Portuguesa**. 18 (2005) 353-370.

MENDES, N. P. et al. Tecnologia socioeducacional de videodebate para o cultivo do envelhecimento ativo. **Escola Anna Nery**, v. 22, n. 3, 2018.

MONTEIRO, D. DA R.; ALMEIDA, M. DE A.; KRUSE, M. H. L. Tradução e adaptação transcultural do instrumento Edmonton Symptom Assessment System para uso em cuidados paliativos. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 34, n. 2, p. 163–171, 2013.

MOSER, A. O envelhecimento da população brasileira e seus desafios. **Revista Eclesiástica Brasileira**, v. 70, n. 277, p. 132-152, 2019.

NEVES, K. E. S.; MUNIZ, T. S.; REIS, K. M. C. DOS. Evaluation of symptoms in oncological patients admitted to an exclusive palliative care unit. **Cogitare Enfermagem**, v. 25, p. 1–13, 2020.

OLIVEIRA, A. S. Transição Demográfica, Transição Epidemiológica e Envelhecimento Populacional no Brasil. **Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**, v. 15, n. 32, 2019.

OLSHANSKY, S.J. From lifespan to healthspan. **JAMA**, v. 320, n. 13, p. 1323–1324, 2018.

OPAS/OMS Brasil - Folha informativa – COVID-19 (doença causada pelo novo coronavírus) [Internet]. 2020 [cited 2020 Jul 10]. Available from: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=6101:covid19&Itemid=875»https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=6101:covid19&Itemid=875

PACHECO, M. C. S.; SILVA, E. P., SOUSA, M. M., MELO, F. A. B. P., GOUVEIA, R. A., ANDRADE, A. F. R., CABRAL, A. F. F. Projeto Terapêutico Singular como estratégia de prática da multiprofissionalidade nas ações de saúde. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, 17(2), 197-202, 2013.

PACHECO, C. L.; GOLDIM, J. R.. Percepções da equipe interdisciplinar sobre cuidados paliativos em oncologia pediátrica. **Revista Bioética.**, Brasília, v. 27, n. 1, p. 67-75, Mar. 2019.

PALMEIRA, H. M., SCORSOLINI-COMIN, F., & PERES, R. S. (2011). Cuidados paliativos no Brasil: revisão integrativa da literatura científica. *Aletheia*, Canoas, 1(35), 179-189.

PEREIRA NC, FORTES RC. Autoimagem corporal de pacientes com câncer gastrointestinal. *Comunicação em Ciências da Saúde*. 2015 Maio; 2(26): 29-44.

POLIT DF, BECK CT. Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: Avaliação de evidências para a prática da enfermagem. 7rd ed. Porto Alegre: Artmed; 2011.

PYSZORA A, et al. Physiotherapy programme reduces fatigue in patients with advanced cancer receiving palliative care: randomized controlled trial. *Support Care Cancer*, 2017; 25(9): 2899-2908.

RADBRUCH, L. et al. Redefining Palliative Care-A New Consensus-Based Definition. **Journal of pain and symptom management**, 6 maio 2020.

Revista da JOPIC Foco e Escopo. v. 02, p. 0–95, 2019.

RIBEIRO ASS. Controlo de sintomas em cuidados paliativos num serviço de medicina interna [dissertação]. Portugal (Lisboa): Universidade de Lisboa/ Faculdade de Medicina; 2012.

RICHARDSON, L. A.; JONES, G. W. A review of the reliability and validity of the Edmonton Symptom Assessment System. **Current Oncology**, v. 16, n. 1, p. 53–64, 2009.

RIO, M. I. DEL; PALMA, A. Cuidados Paliativos : Historia Y Desarrollo. **Boletín Escuela de Medicina U. C. ,Pontificia Universidad Católica de Chile**, v. 32, n. 1, p. 16–22, 2007.

RODGERS, P. E. End-of-life care: serious illness progression, prognostication, and advance care planning. *FP Essentials, Leawood, KS*, v. 498, p. 21-25, Nov. 2020.

ROSA URBANO SOUSA COSTA, J.; ÁVILA GARCIA, C.; MOISÉS DE LIMA JÚNIOR, E. Relato De Experiência: Utilização Do Projeto Terapêutico Singular Como Estratégia De Produção De Um Cuidado Integral. **Revista interdisciplinar em saúde**, v. 7, n. Único, p. 345–364, 2020.

SANTIVASI, Wil L et al. The role of geriatric palliative care in hospitalized older adults. *Hospital Practice*, (s.l.), v. 48, n. sup1, p. 37-47, 2020.

SANTOS, C. E. DOS et al. Palliative care in Brasil: present and future. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 65, n. 6, p. 796–800, 22 jul. 2019.

SADOVSKY AI, POTON WL, REIS-SANTOS B, BARCELOS MRB, SILVA ICM. Índice de Desenvolvimento Humano e prevenção secundária de câncer de mama e colo do útero: um estudo ecológico. *Cad Saúde Pública [Internet]*. 2015

SAPETA, P.; LOPES, M. - Cuidar em fim de vida: factores que interferem no processo de interação enfermeiro-doente (Junho 2006) - in: **Revista Referencia II** série, nº4, Junho 2007, Lisboa, p. 35-60.

SEVALHO, G. O conceito de vulnerabilidade e a educação em saúde fundamentada em Paulo Freire. *Interface Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu*, v. 22, n. 64, p. 177-188, 2018.

SCARBOROUGH BM, SMITH CB. Optimal pain management for patients with cancer in the modern era. *CA Cancer J Clin*, 2018; 68(3): 182-196.

SELMAN LE, BRIGHTON LJ, ROBINSON V, GEORGE R, KHAN SA, BURMAN R, et al. Primary care physicians' educational needs and learning preferences in end of life care: A focus group study in the UK. *BMC Palliat Care*. 2017;16(1):1–9.

SILVA, A. S., Fassarella, B. P. A., FARIA, B. S., NABBOUT, T. G. M. E., NABBOUT, H. G. M. E., & Avila J. C. (2021). Envelhecimento populacional: realidade atual e desafios. **Glob Acad Nurs.** (Sup.3):e188. <https://dx.doi.org/10.5935/2675-5602.20200188>.

SHIM, H. et al. No 主観的健康感を中心とした在宅高齢者における健康関連指標に関する共分散構造分析Title. **Advanced Optical Materials**, v. 10, n. 1, p. 1–9, 2018.

SOUSA, A. D. R. S. et al. Intervenções de enfermagem nos cuidados paliativos em Oncologia Pediátrica: revisão integrative. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 72, p. 531-540, 2019.

SOUSA, V.; DRIESSNACK, M.; MENDES, I. A. C. An overview of research designs relevant to nursing: Part 1: quantitative research designs. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 15, n. 3, p. 502–7, 2007.

SOUSA, N. F. S. *et al.* **Envelhecimento ativo: prevalência e diferenças de gênero e idade em estudo de base populacional.** Cadernos de Saúde Pública, v. 34, 2018.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA. Vamos falar de Cuidados Paliativos. Brasil: SBBG, 2015.

SUELEN, J. Projeto terapêutico singular como estratégia do cuidado. v. 2, n. 1, 2007.

SPICHIGUER E, MÜLLER-FRÖHLICH C, DENHAERYNCK K, STOLL H, HANTIKAINEN V, DODD M. Symptom prevalence and changes of symptoms over ten days in hospitalized patients with advanced cancer: a descriptive study. **Eur J Oncol Nurs.** 2011; 15(2):95-102.

SWAMI M, CASE AA. Effective Palliative Care: What Is Involved?. *Oncology (Williston Park)*, 2018; 32(4):180-4

TAVARES DE CARVALHO, R.; AFONSECA PARSONS, H.; (ORGANIZADORES). Manual de Cuidados Paliativos ANCP Ampliado e atualizado. **Academia Nacional de Cuidados Paliativos**, p. 1–592, 2012.

TEUNISSEN, S. C. C. M. et al. Symptom Prevalence in Patients with Incurable Cancer: A Systematic Review. **Journal of Pain and Symptom Management**, v. 34, n. 1, p. 94–104, 2007.

TWYCROSS, R. – Cuidados Paliativos, 2ª ed. Lisboa: Climepsi Editores, 2003. ISBN 972-796-093-6.

VANBUTSELE, G. et al. Effect of early and systematic integration of palliative care in patients with advanced cancer: a randomised controlled trial. **The Lancet. Oncology**, v. 19, n. 3, p. 394–404, mar. 2018.

VAN LANCKER A, BEECKMAN D, VERHAEGHE S, VAN DEN NOORTGATE N, VAN HECKE A. Symptom clustering in hospitalised older palliative cancer patients: A cross-sectional study. *Int J Nurs Stud*. 2016;61:72–81.

VISENTIN A, MANTOVANI MF, KALINKE LP, BOLLER S, SARQUIS LMM. A terapêutica paliativa em adultos com câncer: um estudo transversal. **Rev Bras Enferm**. [Internet]. 2018;71(2):271-9.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Envelhecimento ativo: uma política de saúde. p. 62, 2005.

WOOD H, et al. Updates in palliative care - overview and recent advancements in the pharmacological management of cancer pain. *Clin Med (Lond)*, 2018; 18(1):17-22.

WORLD PALLIATIVE CARE ALLIANCE. **Global atlas of palliative care at the end of life**. [Internet]. 2a ed. London:WHPCA; 2020.

WORLD PALLIATIVE CARE ALLIANCE, WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global atlas of palliative care at the end of life.** Londres: WPCA; 2014. p. 103.

YANG J, et al. Acupuncture for palliative cancer pain management: systematic review. *BMJ Support Palliat Care*,2021; 11(3): 264-270.

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GERONTOLOGIA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(PARA MAIORES DE 18 ANOS OU EMANCIPADOS)

Convidamos o (a) Sr. (a) para participar como voluntário (a) da pesquisa **CONTROLE DOS SINTOMAS COM IDOSOS HOSPITALIZADOS EM CUIDADOS PALIATIVOS: ESTRATÉGIA CENTRADA NA PESSOA IDOSA**, que está sob a responsabilidade do (a) pesquisador (a) Ana Karina de Andrade Araújo Galvão, residente na Avenida Caxangá, número 521, apto 504, Madalena – Recife – PE, CEP: 50630-370 – Telefone (081) 987206714, e-mail para contato: ana.kgalvao@ufpe.br. Esta pesquisa está sob a orientação de Nadja Maria Jorge Asano Telefone: (081) 987662698, e-mail: nadja.asano@ufpe.br e co orientação Hugo Moura de Albuquerque Melo Telefone: (081) 996507495, e-mail para contato hugo.amelo@ufpe.br

Este projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco, aprovado sob o CAAE 54990122.5.0000.8807.

Todas as suas dúvidas podem ser esclarecidas com a responsável por esta pesquisa. Apenas quando todos os esclarecimentos forem dados e você concorde com a realização do estudo, pedimos que rubriche as folhas e assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma via lhe será entregue e a outra ficará com o pesquisador responsável.

O (a) senhor (a) estará livre para decidir participar ou recusar-se. Caso não aceite participar, não haverá nenhum problema, desistir é um direito seu, bem como será possível retirar o consentimento em qualquer fase da pesquisa, também sem nenhuma penalidade.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

Descrição da pesquisa e esclarecimento da participação: O objetivo da pesquisa é investigar os sintomas relatados pelos idosos hospitalizados em Cuidados Paliativos como estratégia para plano de cuidado multidisciplinar entrado na pessoa. Esta pesquisa está sendo desenvolvida pela importância na identificação dos sintomas pelo próprio idoso hospitalizado, não apenas pela equipe de saúde, cuidador ou familiar, o que ampara o princípio de valorização da pessoa e fidedignidade na formulação de um posterior plano terapêutico singular ao idoso. Sua participação é muito importante e será voluntária, respondendo algumas questões sobre seu estado de saúde, informações de identificação geral e familiar, sintomas mais prevalentes no período de internamento hospitalar e sua resposta quanto à adequação terapêutica proposta. A coleta levará em média 30 minutos para ser realizada podendo ser dividida em mais de um momento, se necessário. A pesquisadora irá ao encontro do participante na comodidade do seu leito hospitalar. Será solicitado ao participante da pesquisa que responda às perguntas de forma sincera e voluntária.

RISCOS: O presente estudo oferece riscos relacionados à possível constrangimento durante a realização da entrevista e cansaço, no entanto, o participante terá a liberdade de interromper a pesquisa a qualquer momento que desejar. Como não haverá coleta de material biológico, realização de exames complementares e uso de medicamentos, os riscos secundários a este estudo são mínimos. Para minimizar os riscos de contaminação da Covid-19, serão adotadas todas as medidas de

segurança e higienização recomendadas pelas autoridades de saúde, além disso, será monitorada a presença de sintomas como tosse, febre e dor de cabeça, qualquer que o apresente, será aconselhado a testagem para Covid-19. Ainda como forma de prevenção a pesquisadora deverá apresentar as duas doses mais o reforço para a coleta.

BENEFÍCIOS diretos/indiretos para os voluntários: Ao final desse estudo, as informações que ele gerar, poderão trazer benefícios aos idosos hospitalizados em Cuidados Paliativos de forma a promover direcionamento de plano terapêutico singular, otimizando as questões sintomáticas na adequação do tratamento e prescrição de cuidados e como benefícios indiretos está relacionado à contribuição para comunidade acadêmica em relação ao fundamento da pesquisa.

Esclarecemos que os participantes dessa pesquisa têm plena liberdade de se recusar a participar do estudo e que esta decisão não acarretará penalização por parte dos pesquisadores. Todas as informações desta pesquisa serão confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre a sua participação. Os dados coletados ficarão armazenados em bancos de dados, salvo em pastas de arquivo de computador pessoal, sob a responsabilidade da pesquisadora, no endereço acima informado, pelo período de mínimo 5 anos após o término da pesquisa.

Nada lhe será pago e nem será cobrado para participar desta pesquisa, pois a aceitação é voluntária, mas fica também garantida a indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa, conforme decisão judicial ou extra-judicial. Se houver necessidade, as despesas para a sua participação serão assumidas pelos pesquisadores (ressarcimento de transporte e alimentação).

Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos do estudo, o participante de pesquisa poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos do HC/UFPE no endereço: Avenida Prof. Moraes Rego ,1235, 3º Andar, Cidade Universitária, Recife-PE, Brasil CEP: 50670-901, Tel.: (81) 2126.3743 e-mail: cep.hcpe@ebserh.gov.br.

(assinatura do pesquisador)

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO VOLUNTÁRIO (A)

Eu, _____, CPF _____, abaixo assinado, após a leitura (ou a escuta da leitura) deste documento e de ter tido a oportunidade de conversar e ter esclarecido as minhas dúvidas com o pesquisador responsável, concordo em participar do estudo **CONTROLE DOS SINTOMAS COM IDOSOS HOSPITALIZADOS EM CUIDADOS PALIATIVOS: ESTRATÉGIA CENTRADA NA PESSOA IDOSA**, como voluntário (a). Fui devidamente informado (a) e esclarecido (a) pelo (a) pesquisador (a) sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade (ou interrupção de meu acompanhamento/ assistência/tratamento).

Local e data _____

Assinatura do participante: _____

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e o aceite do voluntário em participar. (02 testemunhas não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome:	Nome:
Assinatura:	Assinatura:

APÊNDICE B - QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

Questionário Sociodemográfico

Nome (iniciais): _____	
Idade: _____ Data de Nascimento: ____/____/____ Sexo: () F () M	
Estado Civil: () Solteiro(a) () Casado(a) () Viúvo(a) () Divorciado(a)	
Grau de escolaridade:	Analfabeto () 1º grau incompleto () 1º grau completo () 2º grau incompleto () 2º grau completo () Ensino superior completo () Outro ()
Aposentado (a) ou pensionista:	Sim () Não ()
Profissão:	
Quantidade de moradores no domicílio:	
Filhos: Idades:	
Natural de:	
Tipo de casa:	Própria () Alugada () Cedida/emprestada ()
Renda familiar:	Até 1,5 salário mínimo () 1,5 até 3 salários mínimos () 3 até 4,5 salários mínimos () 4,5 até 6 salários mínimos () Acima de 6 salários mínimos ()

APÊNDICE C - QUESTIONÁRIO CLÍNICO**Questionário Clínico**

Doença de Base:

Tempo de Doença:

Tratamento atual

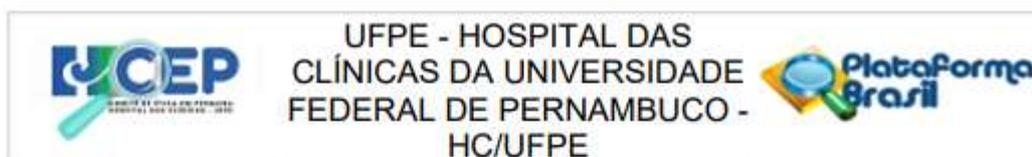
Quimioterapia ()

Radioterapia ()

Hormonioterapia ()

Outro ()

ANEXO A - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: IDENTIFICAÇÃO DE SINTOMAS DE IDOSOS SOB CUIDADOS PALIATIVOS EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO RECIFE E A IMPORTÂNCIA DO PLANO TERAPÊUTICO SINGULAR

Pesquisador: ANA KARINA DE ANDRADE ARAÚJO GALVÃO

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 54990122.5.0000.8807

Instituição Proponente: EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES - EBSERH

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.293.160

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um trabalho de conclusão de mestrado da aluna Ana Karina de Andrade Araújo Galvão sob a orientação do Profa. Dra. Nadja Maria Jorge Asano e co-orientação do Prof. Dr. Hugo Moura de Albuquerque Melo, do Programa de Pós-Graduação em Gerontologia da Universidade Federal de Pernambuco.

Trata-se de uma pesquisa de natureza quantitativa, transversal, realizada na enfermaria de Oncohematologia do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco (HC UFPE) com indivíduos de ambos os sexos, com idade equivalente ou superior a 60 anos.

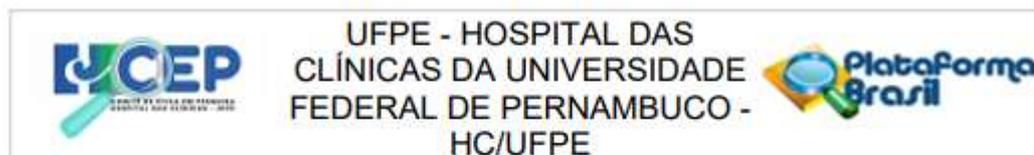
A coleta dos dados acontecerá em três momentos: momento zero (admissão hospitalar), momento 1 (coleta após 72h) e momento 2 (coleta após 96h do internamento). Será feito o seguimento desses idosos de forma seriada, tratando-se de um desenho quase experimental, pois envolve uma intervenção posterior aplicada a um grupo e acompanhamento temporal do grupo de idosos hospitalizados.

Objetivo da Pesquisa:

Geral

Investigar os sintomas relatados pelos idosos hospitalizados em Cuidados Paliativos e o avaliar o

Endereço: Av. Professor Moraes Rego, 1235, Bloco C, 3º andar do prédio principal, Ala Norte, 1ª sala à esquerda do
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.670-901
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2126-3743 **E-mail:** cep.hcpe@ebserh.gov.br



Continuação do Parecer: 5.293.160

efeito do plano de cuidados elaborado pela equipe multidisciplinar de saúde.

Específicos

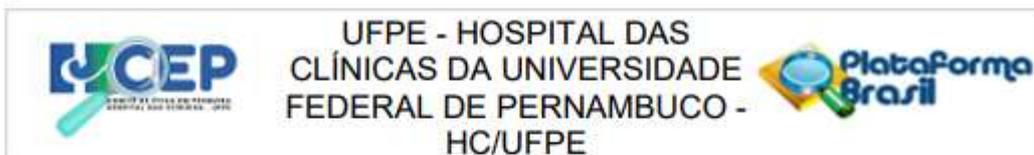
- Caracterizar o perfil sociodemográfico e cultural de idosos em Cuidados Paliativos;
- Identificar os sintomas relatados pelos próprios idosos em Cuidados Paliativos;
- Comparar os sintomas nos três momentos de aplicação da Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton (ESAS);
- Avaliar o plano de cuidados de rotina da equipe de saúde da enfermaria sobre os sintomas relatados pelos próprios idosos em Cuidados Paliativos;
- Analisar fatores associados aos sintomas relatados pelos próprios idosos em Cuidados Paliativos.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os pesquisadores informam que os riscos do estudo estão relacionados à possível constrangimento durante a realização da entrevista e cansaço, no entanto, o participante terá a liberdade de interromper a pesquisa a qualquer momento que desejar. Como não haverá coleta de material biológico, realização de exames complementares e uso de medicamentos, os riscos secundários a este estudo são mínimos. Além disso, mediante o contexto de pandemia, trata-se de risco de contaminação durante a realização das entrevistas. O sujeito será informado sobre a não obrigatoriedade em responder às questões ou fazê-las em um segundo momento, sem prejuízo algum a si próprio. Será realizado à beira leito, garantindo a privacidade e o conforto do voluntário. Para minimizar os riscos de contaminação da Covid-19, serão adotadas todas as medidas de segurança e higienização recomendadas pelas autoridades de saúde, além disso, será monitorada a presença de sintomas como tosse, febre e dor de cabeça, qualquer que o apresente, será aconselhado a testagem para Covid-19. Ainda como forma de prevenção a pesquisadora deverá apresentar as duas doses mais o reforço para a coleta.

Quanto aos benefícios, os pesquisadores referem que as informações geradas poderão trazer benefícios a idosos hospitalizados em Cuidados Paliativos de forma a promover um direcionamento de plano de cuidados e promover adequações nas questões sintomáticas do tratamento, bem como, contribuir com comunidade acadêmica sobre a importância dos sintomas dos idosos e a formas de melhoria pela abordagem paliativa.

Endereço: Av. Professor Moraes Rego, 1235, Bloco C, 3º andar do prédio principal, Ala Norte, 1ª sala à esquerda do
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.670-901
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2126-3743 **E-mail:** cep.hcpe@ebserh.gov.br



Continuação do Parecer: 5.293.160

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto cuja temática irá permitir a expansão dos conhecimentos sobre o tema, e, por conseguinte, a realização de uma assistência de qualidade em conformidade com o desenvolvimento das tecnologias de cuidado.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Vide "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações".

Recomendações:

Sugere-se que o TCLE seja impresso em frente e verso.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

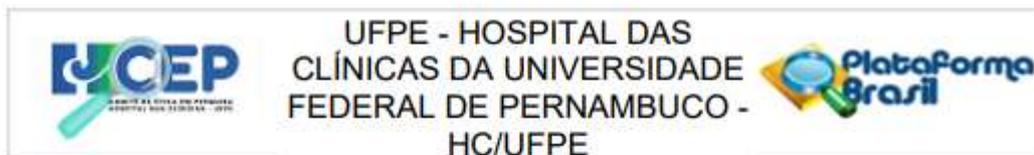
Aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1881683.pdf	03/03/2022 14:46:51		Aceito
Outros	CARTA_RESPOSTA_ANAKARINA.doc	01/03/2022 15:51:27	ANA KARINA DE ANDRADE ARAÚJO GALVÃO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_DETALHADO_CORRIGIDO_ANAKARINA.doc	01/03/2022 15:51:00	ANA KARINA DE ANDRADE ARAÚJO GALVÃO	Aceito
Outros	RESPOSTADEPENDENCIAANAKARINA.pdf	17/02/2022 11:26:33	ANA KARINA DE ANDRADE ARAÚJO GALVÃO	Aceito
Outros	CURRICULUM_HUGOMOURA.pdf	13/01/2022 08:11:18	ANA KARINA DE ANDRADE ARAÚJO GALVÃO	Aceito
Outros	TERMO_RESPONSABILIDADECOVID.pdf	10/01/2022 14:42:10	ANA KARINA DE ANDRADE ARAÚJO GALVÃO	Aceito
Outros	TERMO_COMPROMISSOPESQUISADOR.pdf	10/01/2022 14:41:39	ANA KARINA DE ANDRADE ARAÚJO GALVÃO	Aceito
Outros	DECLARACAO_VINCULOMESTRADO.pdf	10/01/2022 14:40:54	ANA KARINA DE ANDRADE ARAÚJO GALVÃO	Aceito
Outros	CARTA_ANUENCIASAME.pdf	10/01/2022	ANA KARINA DE	Aceito

Endereço: Av. Professor Moraes Rego, 1235, Bloco C, 3º andar do prédio principal, Ala Norte, 1ª sala à esquerda do
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.670-901
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2126-3743 **E-mail:** cep.hcpe@ebserh.gov.br



Continuação do Parecer: 5.293.160

Outros	CARTA_ANUENCIASAME.pdf	14:40:04	ANDRADE ARAÚJO GALVÃO	Aceito
Outros	CARTA_ANUENCIAHCUFPE.doc	10/01/2022 14:39:33	ANA KARINA DE ANDRADE ARAÚJO GALVÃO	Aceito
Outros	CARTA_ANUENCIA.pdf	10/01/2022 14:38:20	ANA KARINA DE ANDRADE ARAÚJO GALVÃO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMO_CONSENTIMENTO.doc	10/01/2022 14:37:51	ANA KARINA DE ANDRADE ARAÚJO GALVÃO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMO_CONSENTIMENTO.pdf	10/01/2022 14:37:36	ANA KARINA DE ANDRADE ARAÚJO GALVÃO	Aceito
Outros	CURRICULUM_NADJA.pdf	10/01/2022 14:36:21	ANA KARINA DE ANDRADE ARAÚJO GALVÃO	Aceito
Outros	CURRICULUM_ANAKARINA.pdf	10/01/2022 14:31:54	ANA KARINA DE ANDRADE ARAÚJO GALVÃO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_DETALHADO.doc	10/01/2022 14:29:14	ANA KARINA DE ANDRADE ARAÚJO GALVÃO	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_ROSTO.pdf	06/01/2022 14:31:36	ANA KARINA DE ANDRADE ARAÚJO GALVÃO	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RECIFE, 16 de Março de 2022

Assinado por:
Givaneide Oliveira de Andrade Luz
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Professor Moraes Rego, 1235, Bloco C, 3º andar do prédio principal, Ala Norte, 1ª sala à esquerda do
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.670-901
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2126-3743 **E-mail:** cep.hcpe@ebserh.gov.br

ANEXO C - ESCALA PALLIATIVE CARE SCREENING TOOL (PCST)

Critério número 1 - Doenças de base – dois pontos para cada subitem

- 1.Câncer-metástase ou recidiva
- 2.Doença pulmonar obstrutiva crônica DPOC avançada- repetidas exacerbações
- 3.Sequela de acidente vascular cerebral (AVC) - decréscimo de função motora maior ou igual 25%
- 4.Insuficiência renal grave – clearance de creatinina <10ml/min
- 5.Insuficiência cardíaca grave – insuficiência cardíaca congestiva (ICC) com fração de ejeção (FE) do ventrículo esquerdo FE< 25%, miocardiopatia ou insuficiência coronariana significativa.
- 6.Outras doenças limitantes à vida do paciente

Critério número 2 - Doenças associadas – um ponto para cada subitem:

- 1.Doença hepática
- 2.Doença renal moderada – clearance de creatinina < 60ml/min.
- 3.DPOC moderada – quadro clínico estável
- 4.ICC moderada - quadro clínico estável
- 5.Outras doenças associadas – o conjunto delas vale 1 ponto

Critério número 3 - Condição funcional do paciente

- 1.Condição funcional do paciente – Esse critério avalia o grau de deficiência do paciente, levando em consideração a capacidade de realizar atividades habituais do cotidiano, atos de cuidados pessoais e número de horas confinado ao leito ou à cadeira de rodas.
- 2.Pontua-se 0 (paciente totalmente independente, ativo, que não possui restrições) até 4 (completamente dependente, necessita de ajuda em período integral, confinado à cama ou ao cadeirante).

Critério número 4 - Condições pessoais do paciente – um ponto para cada subitem:

Condições pessoais do paciente – um ponto para cada subitem:

- 1.Necessita de ajuda para decisões complexas de tratamento e questões psicológicas ou espirituais não definidas.
- 2.Histórico de internações recentes em serviços de emergências.
- 3.Hospitalizações frequentes por descompensação da doença de base
- 4.Internações prolongadas em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) ou paciente já internado em UTI com mau prognóstico

ANEXO D - ESCALA DE PERFORMANCE PALIATIVA (PPS)

Escala de performance paliativa					
%	Deambulação	Atividade e evidência de doença	Autocuidado	Ingestão	Nível de consciência
100	Completa	Normal, sem evidência de doença	Completo	Normal	Completo
90	Completa	Normal, alguma evidência de doença	Completo	Normal	Completo
80	Completa	Com esforço, alguma evidência de doença	Completo	Normal	Completo
70	Reduzida	Incapaz para o trabalho, alguma evidência de doença	Completo	Normal ou reduzida	Completo
60	Reduzida	Incapaz de realizar hobbies, doença significativa	Assistência ocasional	Normal ou reduzida	Completo ou com períodos de confusão
50	Sentado ou deitado	Incapacitado para qualquer trabalho, doença extensa	Assistência considerável	Normal ou reduzida	Completo ou com períodos de confusão
40	Acamado	<i>Idem</i>	Assistência quase completa	Normal ou reduzida	Completo ou com períodos de confusão
30	Acamado	<i>Idem</i>	Dependência completa	Reduzida	Completo ou com períodos de confusão
20	Acamado	<i>Idem</i>	<i>Idem</i>	Ingestão limitada a colheradas	Completo ou com períodos de confusão
10	Acamado	<i>Idem</i>	<i>Idem</i>	Cuidados com a boca	Confuso ou em coma
0	Morte	-	-	-	-

ANEXO E - ESCALA DE AVALIAÇÃO DE SINTOMAS DE EDMONTON (ESAS)

Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton (ESAS-r)		
Por favor, circule o número que melhor descreve como você está se sentindo agora		
Sem Dor	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior Dor Possível
Sem Cansaço	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior Cansaço Possível
Cansaço = falta de energia		
Sem Sonolência	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior Sonolência Possível
Sonolência = sentir-se com sono		
Sem náusea	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior náusea possível
Com apetite	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior Falta de Apetite Possível
Sem Falta de Ar	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior Falta de Ar Possível
Sem Depressão	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior Depressão Possível
Depressão = sentir-se triste		
Sem Ansiedade	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior Ansiedade Possível
Ansiedade = sentir-se nervoso		
Com Bem-Estar	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior Mal-estar Possível
Bem-Estar/Mal-Estar = como você se sente em geral		
Sem _____	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior _____ possível
Outro problema (por exemplo, prisão de ventre)		