



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS, SAÚDE E TECNOLOGIA
CAMPUS II – IMPERATRIZ/MA
CURSO DE MEDICINA

PROFESSORA ESP. MELISSA MARRA CESARIO GIACOMIN

THAYRON RANYERE BRILHANTE PORTO

**MANEJO FARMACOLÓGICO DE PACIENTES EM CUIDADOS PALIATIVOS EM
UMA UNIDADE DE TRATAMENTO ONCOLÓGICO**

THAYRON RANYERE BRILHANTE PORTO

**MANEJO FARMACOLÓGICO DE PACIENTES EM CUIDADOS PALIATIVOS EM
UMA UNIDADE DE TRATAMENTO ONCOLÓGICO**

Projeto de Trabalho de Conclusão de Ciclo
apresentado ao Curso de Medicina da
Universidade Federal do Maranhão -
UFMA/Imperatriz, como parte dos requisitos
para a obtenção do título de Bacharel em
Medicina.

Orientadora: Melissa Marra Cesário Giacomini

Imperatriz, Maranhão
2023

Ficha gerada por meio do SIGAA/Biblioteca com dados fornecidos pelo(a) autor(a).
Diretoria Integrada de Bibliotecas/UFMA

Brilhante Porto, Thayron Ranyere.

MANEJO FARMACOLÓGICO DE PACIENTES EM CUIDADOS
PALIATIVOS EM UMA UNIDADE DE TRATAMENTO ONCOLÓGICO /
Thayron Ranyere Brilhante Porto. - 2023.
32 f.

Orientador(a): MELISSA MARRA CESARIO GIACOMIN.

Curso de Medicina, Universidade Federal do Maranhão,
Imperatriz/MA, 2023.

1. Cuidados paliativos. 2. Manejo farmacológico. 3.
Oncológico. I. CESARIO GIACOMIN, MELISSA MARRA. II.
Título.

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS DE IMPERATRIZ
CURSO DE MEDICINA**

Candidato: Thayron Ranyere Brilhante Porto

Título: MANEJO FARMACOLÓGICO DE PACIENTES EM CUIDADOS PALIATIVOS
EM UMA UNIDADE DE TRATAMENTO ONCOLÓGICO

Orientador: Prof. Esp. Melissa Marra Cesário Giacomini
Universidade Federal do Maranhão- Curso de Medicina/CCIm

A Banca Julgadora de trabalho de Defesa do Trabalho de Conclusão de Curso, em
sessão
pública realizada a 05/10/2023, considerou

Aprovado (x)

Reprovado ()

Banca examinadora:

Presidente: Prof^a Esp. Melissa Marra Cesário Giacomini
Universidade Federal do Maranhão/CCIm- Curso de Medicina

Prof^a Esp. Raquel Loiola Gomes Moreira
Universidade Federal do Maranhão/CCIm- Curso de Medicina

Esp. Camila Oliveira de Sá
Hospital São Rafael/unimed/ Oncoradium

SUMÁRIO

RESUMO.....6

ABSTRACT.....7

1 INTRODUÇÃO.....8

2 METÓDOS.....11

2.1 Tipo de estudo.....11

2.2 Amostra.....11

2.3 Critérios de inclusão.....12

2.4 Critérios de exclusão.....12

2.5 Riscos e benefícios.....12

2.6 Metodologia de análise de dados.....12

3 RESULTADOS.....13

4 DISCUSSÃO.....16

5 CONCLUSÃO.....19

REFERÊNCIAS.....20

APÊNDICE.....23

ANEXOS.....25

RESUMO

Os cuidados paliativos ainda sofrem grande resistência devido à dificuldade de entendimento de familiares, pacientes e dos profissionais da área da saúde a respeito do conceito, indicações, manejo de sintomas e do seu benefício. Dentro dos cuidados paliativos, está o alívio dos sintomas físicos, para isso, a Organização Mundial da Saúde anualmente produz uma lista modelo de medicamentos essenciais, que apresenta as necessidades mínimas de medicamentos para um sistema de saúde, abrangendo fármacos sintomáticos para pacientes em cuidados paliativos. Foram coletados os dados, de acordo com o Instrumento Padronizado de Coleta de Dados – Modificado pelo autor, nos prontuários selecionados para a pesquisa. Posteriormente, foram analisados os dados coletados e realizado geração de gráficos, sendo correlacionados com a 22ª lista modelo de medicamentos essenciais da OMS e outras referências. Foram registradas 447 queixas dos cinco sintomas estudados. Os pacientes queixaram de dor 237 vezes (53,02%); de dispneia, 68 vezes (15,22%); de vômito, 63 vezes (14,09%); de náuseas, 47 vezes (10,51%); e, de constipação intestinal, 32 vezes (7,16%). O resultado de cada sintoma foi dividido em três grupos. O grupo A representa os pacientes que receberam tratamento medicamentoso para seu sintoma conforme a 22ª lista de medicamentos essenciais da OMS. No grupo B, estão pacientes que receberam tratamento para sua queixa, mas com medicamentos que não estão listados pela OMS. O grupo C, representa aqueles que não receberam medicamentos direcionados para o sintoma. Dos pacientes com sintoma de dor, 87 (36,71%) se condizem com a grupo A, 145 (61,18%), no grupo B e 5 (2,11%) no grupo C. Das queixas de dispneia, 28 (41,18%) condizem com a grupo A, 25 (36,76%) com o grupo B e 15 (22,06%) com a grupo C. Referindo de vômitos, no grupo A, 51(80,95%), no grupo B, 10 (15,87%), no grupo C, 2 (3,17%). Com náuseas 40 (85,11%) se enquadraram no grupo A, 5 (10,64%) no grupo B demonstra e 2 (4,26%) no grupo C. Relatando constipação, 12 (37,50%) se enquadram no grupo A, 10 (31,25%) no grupo B e 10 (31,25%) no grupo C. Diante dos dados coletados durante a pesquisa, é possível perceber que nem sempre os pacientes oncológicos, em cuidados paliativos, têm seus sintomas manejados da forma mais adequada ou, se quer, receberam tratamento para sua queixa.

Palavras-chave: Cuidados paliativos, manejo farmacológico, oncológico.

ABSTRACT

Palliative care still suffers great resistance due to the difficulty in understanding among family members, patients and health professionals regarding the concept, indications, symptom management and its benefits. Within palliative care, there is the relief of physical symptoms, for this, the World Health Organization annually produces a model list of essential medicines, which presents the minimum medicine needs for a health system, covering symptomatic medicines for patients in palliative care. . Data were collected, in accordance with the Standardized Data Collection Instrument – Modified by the author, in the medical records selected for the research. Subsequently, the collected data was analyzed and graphs were generated, being correlated with the 22nd WHO model list of essential medicines and other references. 447 complaints of the five symptoms studied were recorded. Patients complained of pain 237 times (53.02%); dyspnea, 68 times (15.22%); vomiting, 63 times (14.09%); nausea, 47 times (10.51%); and, of intestinal constipation, 32 times (7.16%). The result of each symptom was divided into three groups. Group A represents patients who received drug treatment for their symptom according to the 22nd WHO list of essential medicines. In group B, there are patients who received treatment for their complaint, but with medications that are not listed by the WHO. Group C represents those who did not receive medication targeted at the symptom. Of the patients with pain symptoms, 87 (36,71%) were in group A, 145 (61,18%) in group B and 5 (2.11%) in group C. Of the complaints of dyspnea, 28 (41.18%) correspond to group A, 25 (36.76%) to group B and 15 (22.06%) to group C. Reporting vomiting, in group A, 51 (80.95%), in group B, 10 (15.87%), in group C, 2 (3.17%). With nausea, 40 (85.11%) fell into group A, 5 (10.64%) into group B and 2 (4.26%) into group C. Reporting constipation, 12 (37.50%) fell into in group A, 10 (31.25%) in group B and 10 (31.25%) in group C. Given the data collected during the research, it is possible to see that cancer patients in palliative care do not always have their symptoms managed in the most appropriate way or, if desired, they received treatment for their complaint.

Keywords: Palliative care, pharmacological, oncological management.

1. INTRODUÇÃO

O termo cuidado paliativo tem origem no latim *pallium*, fazendo referência aos mantos usados pelos cavaleiros para se protegerem durante as tempestades. Portanto, o termo paliativo possui como significado proteção (CASTILHO; SILVA; PINTO, 2021).

A temática de cuidados paliativos ainda sofre grande resistência devido à dificuldade de entendimento de familiares, pacientes e até mesmo dos profissionais da área de saúde a respeito do conceito, indicações, terapêutica de sintomas e do seu benefício. Muitos profissionais da saúde ainda associam cuidados paliativo a cuidados exclusivos da fase final de vida. Em contrapartida, o número de pesquisa em torno desse tema tem aumentado (RYAN et al., 2020).

A primeira definição de cuidados paliativos foi dada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1990, definindo os cuidados paliativos como os cuidados totais ativos em pacientes que não responderam ao tratamento curativo, com a finalidade de gerar uma melhor qualidade de vida para o paciente e seus familiares (CASTILHO; SILVA; PINTO, 2021).

Em 2002, a OMS atualizou a definição de cuidados paliativos para:

“Cuidados Paliativos consistem na assistência promovida por uma equipe multidisciplinar, que objetiva a melhoria da qualidade de vida do paciente e seus familiares, diante de uma doença que ameace a vida, por meio da prevenção e alívio do sofrimento, da identificação precoce, avaliação impecável e tratamento de dor e demais sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais.” (WHO, 2002).

Com essa nova definição, os cuidados paliativos podem ser citados como uma abordagem extensível a doenças com risco à vida, que necessita de uma intervenção em conjunto com o tratamento modificador da doença (HAWLEY, 2014).

Em 2017, a International Association for Hospice and Palliative Care (IAHPC) elaborou um conceito global – cuidados paliativos são cuidados holísticos ativos de indivíduos de todas as idades com sofrimento importante relacionado à saúde devido a doenças graves e, principalmente, de pessoal em fase final de vida. Possui como objetivo a melhoria da qualidade de vida dos pacientes, familiares e cuidadores (RYAN et al., 2020).

No ano de 2018, a OMS atualizou seu conceito de 2002, trazendo a definição de cuidados paliativos como uma abordagem que melhora a qualidade de vida dos pacientes, adultos e crianças, e de suas famílias, que enfrentam dificuldades

associadas a doenças com risco à vida. É um método que visa prevenir e aliviar a dor e outros sintomas através da identificação precoce, da avaliação e do tratamento correto, bem como outras queixas de cunho físico, psicossocial ou espiritual (WHO, 2020).

A clara ampliação do conceito de cuidados paliativos da OMS em 2002, incluindo pacientes portadores de doenças potencialmente fatais, deixando de restringir a pacientes com doenças incuráveis deixou a abordagem mais abrangente. Antes disso, havia uma dicotomização entre cuidados modificadores da doença e cuidados paliativos, atualmente os cuidados paliativos são considerados como cuidado simultâneo e complementar, devendo ser indicados em qualquer momento da evolução do paciente. À medida com que o prognóstico vai se agravando e se tem a diminuição da possibilidade de tratamentos modificadores, os cuidados paliativos se tornam prioridade, até sua exclusividade na proximidade da morte. Abordagem essa, que deve continuar para os familiares após a morte do paciente, através do suporte ao luto (FRANCK, 2016).

Em 2002, junto com a atualização do conceito de cuidados paliativos, a OMS publicou seus princípios os quais tem como base, proporcionar o alívio da dor e dos sintomas estressantes, afirmar a vida e considerar a morte um processo natural, não estender nem apressar a morte, integrar os aspectos espirituais e psicológicos do atendimento ao paciente, oferecer um sistema de apoio e ajuda ao paciente para viver o mais ativamente até a morte, utilizar uma abordagem de equipe para entender as necessidades dos pacientes e seus familiares, incluindo aconselhamento no luto, melhorar a qualidade de vida e também influenciar positivamente o curso da doença. São medidas aplicáveis no início do curso da doença juntamente com as outras terapias destinadas a prolongar a vida e incluem as investigações necessárias para entender e gerenciar melhor as complicações clínicas angustiantes (WHO, 2002).

Em 2017, a IAHPC modificou alguns dos princípios da OMS, entre eles estão: dar preferência a intervenções baseadas em evidências, auxiliar os pacientes junto de suas famílias a determinar os objetivos do tratamento, respeitar os valores e crenças do paciente e família, que são aplicáveis em todos os estabelecimentos de saúde e em todos os níveis e podem ser fornecidos por profissionais com treinamento básico em cuidados paliativos (RYAN et al., 2020).

No Brasil, foi fundada em 1997 a Associação Brasileira de Cuidados Paliativos (ABCP), encerrada em 2014. Atualmente, existe a Academia Nacional de Cuidados

Paliativos (ANCP), fundada em 2005. Porém, ainda se faz precário o registro oficial de serviços de CP no país ou dos cursos de pós-graduação. No Brasil, em 2017 a ANCP fez um levantamento e apurou que apenas 71 faculdades de medicina das 339 instituições existentes, ou seja 21% das faculdades, tinham em sua grade curricular, de caráter optativo ou regular, o ensino sobre CP. Mais recente, em 2022, foi aprovado a obrigatoriedade da abordagem de cuidados paliativos na diretriz nacional curricular das faculdades de medicina (CASTILHO; SILVA; PINTO, 2021).

Desde agosto de 2011, a medicina paliativa se tornou área de atuação de seis especialidades médicas: anesthesiologista, pediatria, geriatria, oncologia, clínica médica e medicina de família. Em 2013, as especialidades de cirurgia de cabeça e pescoço e medicina intensiva adentraram nesse grupo (FIGUEREDO, 2013).

Hoje é estabelecido que o CP deve fazer parte dos cuidados oferecidos pela Rede de Atenção à Saúde (RAS). No site da ANCP, há 123 médicos com título na área de atuação em CP e 340 serviços reconhecidos até 2019 (SANTOS; FERREIRA; GUIRRO, 2020).

O alívio do sofrimento é reconhecido universalmente como um princípio dos CP. O controle sintomático pode proporcionar uma melhor qualidade de vida para esses pacientes e conseqüentemente para seus familiares. Dessa forma, o manejo farmacológico dos sintomas torna-se imprescindível (SCHWARZ; BAGGIO; BUENO, 2016).

A Organização Mundial da Saúde anualmente produz uma lista, sendo a mais atual a 22ª lista modelo de medicamentos essenciais, que apresenta as necessidades mínimas de medicamentos para um sistema básico de saúde, contendo a maioria dos fármacos eficazes, seguros e com boa relação custo-benefício para as condições prioritárias. Um dos tópicos abordados nesse documento são medicamentos relacionados a cuidados paliativos (WHO, 2021).

Portanto, pesquisas que avaliam a forma de utilização desses medicamentos possibilitam evidenciar problemas na manipulação medicamentosa e, assim, possibilitam mudanças educativas e estruturais para melhor adequação do cuidado. Com a baixa quantidade de estudos em torno da utilização de medicamentos em CP, a melhoria do conhecimento nessa área pode auxiliar os profissionais, atuais e futuros (SCHWARZ; BAGGIO; BUENO, 2016).

2 MÉTODOS

2.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo descritivo, quantitativo e transversal. As pesquisas descritivas têm como finalidade principal a descrição das características de determinada população ou fenômeno, ou o estabelecimento de relações entre variáveis. São inúmeros os estudos que podem ser classificados sob este título e uma de suas características mais significativas aparece na utilização de técnicas padronizadas de coleta de dados (GIL, 1999).

Segundo Fonseca (2002) a abordagem quantitativa faz uso da linguagem matemática, com a objetividade da análise dos dados brutos coletados com instrumentos neutros e padronizados. À vista disso, permite-se uma análise mais confiável acerca de determinado assunto. Por fim, o estudo é dito transversal, uma vez que a exposição ao fator ou causa está presente ao efeito no mesmo momento ou intervalo de tempo analisado (HOCHMAN et al, 2005).

A coleta de dados será feita através da análise de prontuários de pacientes, aplicação de ferramenta de indicativo de cuidados paliativos e preenchimento de formulário no local da pesquisa. As ferramentas e formulários que serão aplicados buscam saber:

1- Supportive and Palliative Care Indicators Tool - SPICT BR (ANEXO A): É uma ferramenta que usa como base os indicadores clínicos de doenças avançadas de fácil reconhecimento, permitindo uma orientação prática sobre quais pacientes estão em riscos de deterioração e descrevem mudança no estado de saúde do paciente, auxiliando o médico a reconhecer pacientes que podem se beneficiar dos cuidados paliativos e de apoio no planejamento de cuidados.

2- Instrumento Padronizado de Coleta de Dados – Modificado pelo autor (ANEXO C): É o formulário que será utilizado para coleta dos dados dos pacientes a fim de obter informações sobre seu estado patológico e conduta medicamentosa que foi adotada. Teve como base o anexo B para formulação.

2.2 Amostra

Foram analisados todos os prontuários de pacientes que passaram pelo pronto socorro do hospital de referência para pacientes oncológicos da região sul maranhense, durante o ano de 2021. Dos quais 250 prontuários era de pacientes que apresentavam pelo menos um dos cinco sintomas estudados e foram internados.

Desses prontuários, foram coletadas 447 queixas, pelo fato de o paciente ter ido mais de uma vez no ano ao pronto socorro ou apresentar mais de uma queixa sintomática.

2.3 Critérios de inclusão

Pacientes oncológicos, internados durante o ano de 2021 na unidade pública de tratamento oncológico de Imperatriz, que se encontram em critério de cuidado paliativo de acordo com o instrumento SPICT BR e que apresentam algum sintoma como, náuseas, vômitos, dispneia, constipação intestinal e/ou dor.

2.4 Critérios de exclusão

Pacientes em cujos prontuários não foram encontradas as queixas sintomatológicas e menores de 19 anos.

2.5 Riscos e benefícios

Toda pesquisa está sujeita a riscos, assim, neste estudo há o risco de exposição dos envolvidos da área de interesse e divulgação dos dados obtidos por meios impróprios, o que poderá colocar em risco a reputação dos pesquisadores e a privacidade dos indivíduos analisados diante da população. Desta forma, o desconforto será evitado com o compromisso em coletar os dados e manter anonimato no instrumento de coleta de dados, evitando exposições.

Em relação aos benefícios, este estudo pretende demonstrar, através do levantamento dos dados coletados e analisados, a importância do emprego de cuidados paliativos como um instrumento de melhor qualidade de vida nesses pacientes e, assim, contribuir para a elaboração de medidas públicas regionais eficientes em sua implantação

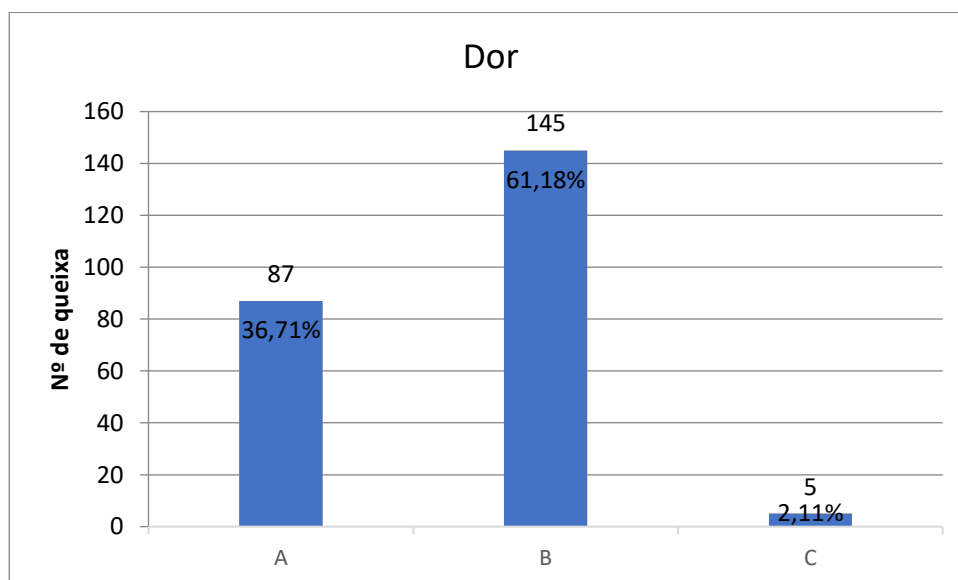
2.6 Metodologia de análise de dados

Os dados, obtidos por meio da aplicação dos formulários e tabulados por meio do programa Microsoft® Office Excel® 2019, será analisado, de acordo com o sintoma apresentado pelo paciente, as variáveis possíveis encontradas foram, se o mesmo recebeu algum dos medicamentos listado como essenciais pela OMS em 2021, para tratamento daquele sintoma, se foi tratado, porém com um medicamento que não foi listado pela OMS ou se não foi ofertado nenhum medicamento para tratamento sintomático. Para análise de dados, será gerado, em forma de porcentagem, um valor a partir da relação entre o número de resposta da variável pelo número total de resposta, possibilitando assim, mensurar de forma mais clara qual parcela dos pacientes obtiveram tratamento, de acordo com a lista de medicamentos.

3.RESULTADOS

Foram registradas 447 queixas dos cinco sintomas estudados. Dentre elas, os pacientes queixaram de dor 237 vezes (53,02%); de dispneia, 68 vezes (15,22%); de vômito, 63 vezes (14,09%); de náuseas, 47 vezes (10,51%); e, de constipação intestinal, 32 vezes (7,16%). Foi possível elaborar gráficos referentes a cada sintoma, a fim de observar seu manejo farmacológico de acordo com divisão em três colunas. A coluna A representa os pacientes que receberam tratamento medicamentoso de acordo com a 22ª lista de medicamentos essenciais da OMS para tratamento do sintoma em questão, para pacientes em cuidados paliativos. Na coluna B, estão pacientes que receberam tratamento com medicamentos que não estão listados pela OMS, mas que são utilizados para a queixa do paciente. Na coluna C, estão representados aqueles que não receberam medicamentos direcionados para o sintoma citado.

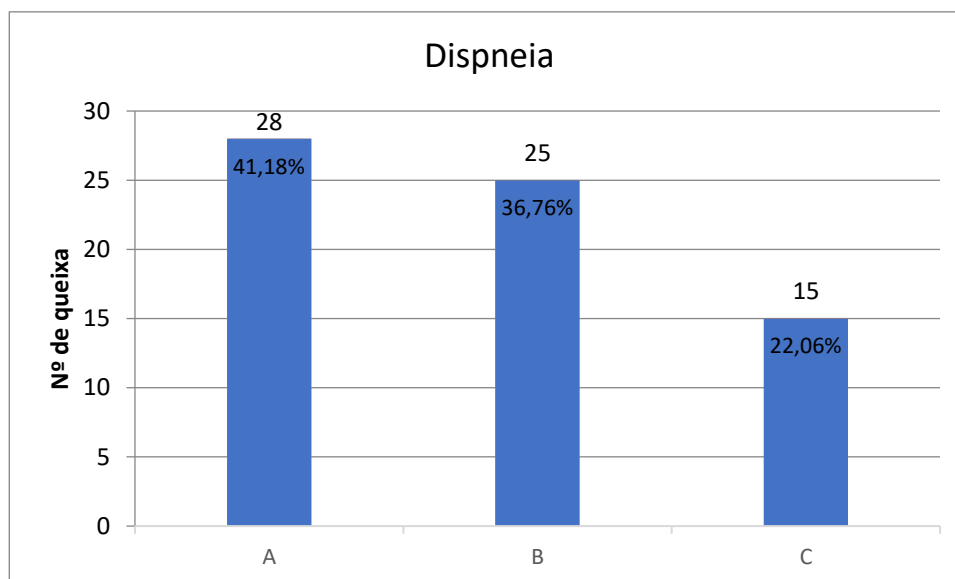
A figura 1 está representando as vezes que o sintoma de dor foi relatado em pacientes que necessitaram de internação, 237 vezes, cujo 87 (36,71%) se condizem com a coluna A, 145 (61,18%) com a coluna B e 5 (2,11%) a coluna C.



Fonte: Autor, 2023

Figura 1. Manejo dos pacientes com dor que necessitaram de internação

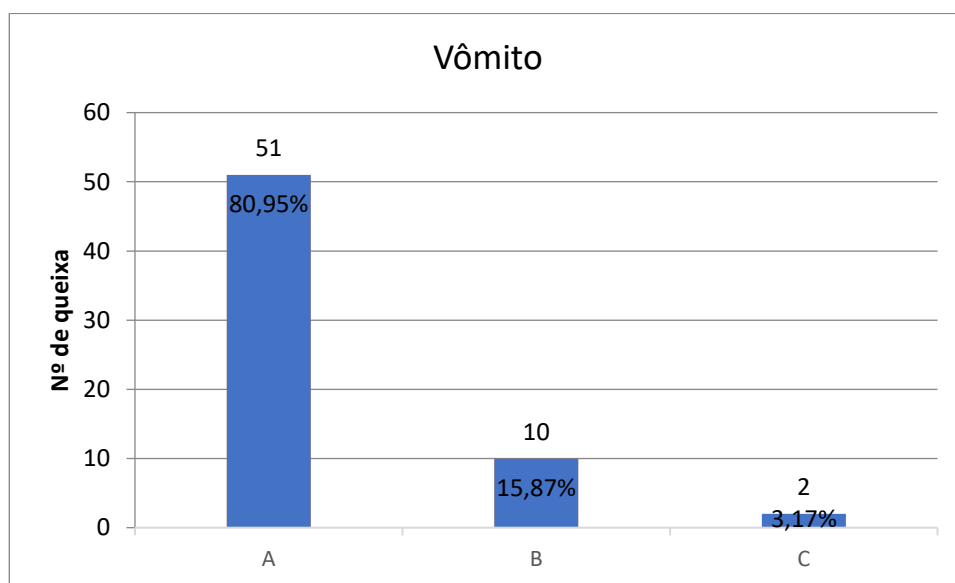
Como segundo sintoma mais relatado, temos a dispneia, que está representada na figura 2. Das 68 queixas relatadas, 28 (41,18%) condizem com a coluna A, 25 (36,76%) com a coluna B e 15 (22,06%) com a coluna C.



Fonte: Autor, 2023

Figura 2. Manejo dos pacientes com dispneia que necessitaram de internação

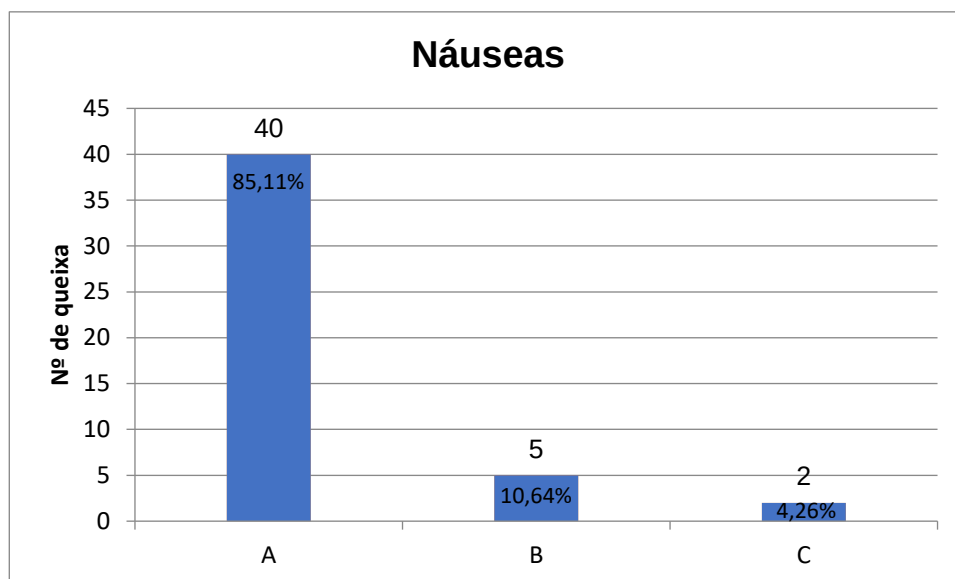
Referente a queixa de vômitos, foram internados 63 pacientes com esse sintoma, representado pela figura 3 de acordo com o seu manejo farmacológico, na coluna A, 51(80,95%), na coluna B, 10 (15,87%), na coluna C, 2 (3,17%).



Fonte: Autor, 2023

Figura 3. Manejo dos pacientes com vomito que necessitaram de internação.

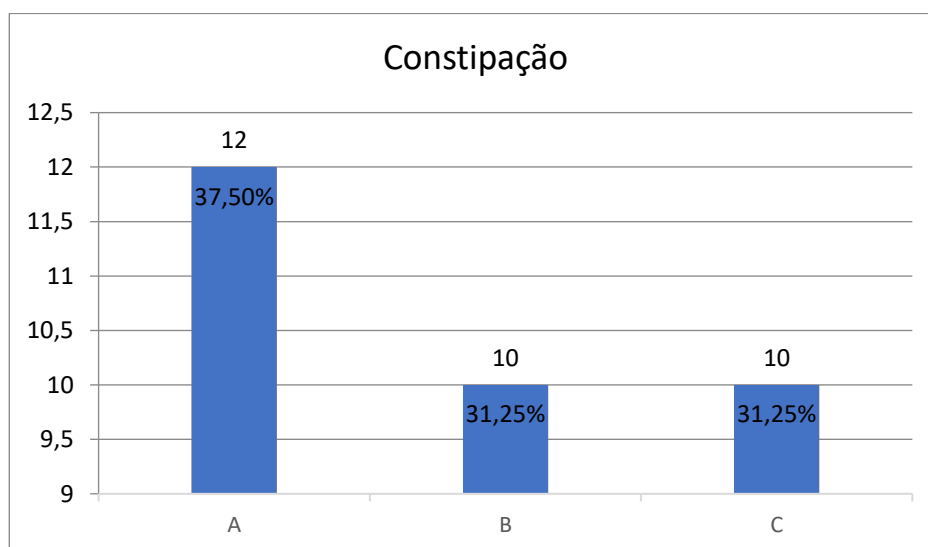
Na figura 4 estão representados os pacientes que foram internados com queixa de náusea, sendo, 47 pacientes, dos quais 40 (85,11%) se enquadraram na coluna A, 5 (10,64%) na coluna B demonstra e, por fim, 2 (4,26%) na coluna C.



Fonte: Autor, 2023

Figura 4. Manejo dos pacientes com náuseas que necessitaram de internação

Como sintoma menos relatado como queixa de pacientes que necessitaram de internação, temos a constipação, que foi informada 32 vezes, representadas na figura 5, das quais 12 (37,50%) se enquadram na coluna A, 10 (31,25%) na coluna B e 10 (31,25%) na coluna C.



Fonte: Autor, 2023

Figura 5. Manejo dos pacientes com constipação que necessitaram de internação

4. DISCUSSÃO

Os analgésicos não opioides são compostos por anti-inflamatórios não esteroides (AINEs), paracetamol e dipirona. Nos cuidados paliativos, são recomendados no primeiro degrau da escada de analgesia da OMS, podendo ser poupadores de opioide. Sua administração em geral é via oral, com efeito inicial em 30 minutos e pico em 120 minutos (CARVALHO; BRANCO, 2022).

Deve-se atentar às contraindicações relativas ao uso de AINEs no cuidado paliativo, que são: risco elevado de hemorragia gastrointestinal, acometimento renal, doenças hepáticas, predisposição a eventos cardiovasculares. As interações medicamentosas devem ser analisadas individualmente, principalmente em idosos em uso de medicamentos concomitantes (SJOGREN; ELSNER; KAASA, 2015).

Para tratamento de dores moderadas a intensas, conforme a recomendação de analgesia da OMS, a terapia de escolha deve ser um opioide forte, que tenha seus efeitos mais estudados e um início de ação mais rápido. Os não opioides podem ser utilizados como drogas coanalgésicas, com intuito de otimização da terapia (CARVALHO; BRANCO, 2022).

Nos últimos anos a principal ferramenta para o manejo da dor, principalmente de origem oncológica, tem sido a classe de medicamentos dos opioides, se fazendo presente na lista modelo de medicamentos essenciais da OMS que sofreu atualização em 2021 (ANAGUSKO; ROCHA, 2022).

No que se refere a dispneia, ela é tida como o sintoma que causa maior sofrimento para o paciente em cuidado paliativo. É um sintoma subjetivo de desconforto respiratório, que em casos mais graves se manifesta com sensação de avidez por ar, sufocamento ou receio de não conseguir mais respirar (ROCHA, 2022).

Cerca de 70% dos pacientes em cuidados paliativos sofrem nas seis últimas semanas de vida de dispneia, essa porcentagem ainda é ampliada em pacientes com insuficiência cardíaca, 85%, e em doença pulmonar obstrutiva crônica, 95%. Nesse contexto a droga mais utilizada é o opioide para controle sintomático, sendo mais eficiente em pacientes jovens e com dispneia grave, sendo inconsistente as evidências de que este benefício dependa do tipo de doença subjacente (ROCHA, 2022).

Alguns achados clínicos podem auxiliar a identificar a gravidade da situação, tais como taquidispneia, uso de musculatura acessória, tiragem intercostais e cianose, possibilitando a melhor escolha da abordagem terapêutica. Muitos pacientes são

portadores de dispneia refratária em doenças avançadas e a melhor abordagem terapêutica depende do conhecimento clínico da fisiopatologia da doença em questão e do uso de recursos farmacológicos e não farmacológicos para controle dos sintomas (ROCHA, 2022).

Os sintomas de náuseas e vômitos são descritos como desagradáveis e angustiantes, e que surgem sem muita relação aos cuidados paliativos. Esses sintomas acontecem em até 68% dos pacientes oncológicos, 43 a 49% dos que possuem síndrome da imunodeficiência adquirida, 17 a 48% em pessoas com insuficiência cardíaca e 30 a 43% em doentes renais (BRAZ; COELHO; SOUZA, 2022).

Quanto à incidência de náuseas e vômitos, em cuidados paliativos, é maior em pacientes portadores de tumores que afetam a cavidade abdominal. Câncer ginecológico com incidência de 42%, gástrico 36%, esofágico 26% e colorretal 22%. (LUNDSTRÖM; ZACHRISSON; FÜRST, 2005).

A obstipação é um sintoma frequente em pacientes em cuidados paliativos, se fazendo presente em 30 a 90% dos casos, mais evidenciado em portadores de câncer avançado e usuários de opioide. A constipação gera uma cascata de sintomas, entre eles dor abdominal, perda de apetite, náuseas e vômitos, diarreia paradoxal, retenção de urina e confusão mental. Tais efeitos aumentam o sofrimento e desconforto do paciente, diminuindo a sua qualidade de vida (CASSEFO; NAKAEMA, 2022).

A constipação é um sintoma que aumenta a procura aos serviços de saúde, devendo ser realizado monitoramento frequente e contínuo do hábito intestinal e assim definir medidas preventivas, em especial em usuários de opioides. Uma investigação fisiopatológica possibilita direcionar a melhor terapêutica. Por se tratar de uma condição subjetiva, demanda maior debate em torno da sua definição quando se trata de pacientes em cuidados paliativos e no uso de opioides (CASSEFO; NAKAEMA, 2022).

Observa-se que a implementação dos cuidados paliativos na prestação de assistência médica sofre restrição, devido à falta de conhecimento sobre esse tipo de cuidado, ou até mesmo desinteresse em relação a eles. Além disso, existe escassez de leitos especializados e profissionais capacitados para lidar com pacientes elegíveis para cuidados paliativos. A falta de preparo para receber esses doentes prejudica a oferta apropriada de tratamento a eles. Os profissionais enfrentam uma carga de trabalho excessiva, com jornadas extenuantes, maior demanda por leitos, intervalos

reduzidos para descanso, resultando em menos tempo disponível para dedicar aos pacientes em cuidados paliativos. Isso afeta a qualidade do atendimento, incluindo a avaliação minuciosa e o tratamento adequado, que são fundamentais no processo de alívio dos sintomas (SOUSA PHSF, 2020).

Portanto, devido à dificuldade de mensurar o prognóstico da doença e a falta de diálogo sobre o planejamento assistencial, gerado muitas vezes pelas barreiras de comunicação entre equipe e paciente, estes são sentenciados a um fim de vida com controle sintomático inadequado (ROCHA, 2022).

A padronização de estratégias, associada com a capacitação dos profissionais de saúde na abordagem de pacientes com patologias crônicas, além da expansão de serviços especializado em cuidados paliativos, intra e extra-hospitalares, seria capaz de diminuir esse problema e proporcionar um melhor acolhimento e mais dignidade para esses pacientes já fragilizados em seu fim de vida (ROCHA, 2022).

5. Conclusão

Diante dos dados coletados durante a pesquisa, é possível perceber que nem sempre os pacientes oncológicos, em cuidados paliativos, têm seus sintomas manejados da forma mais adequada ou, se quer, recebem tratamento para sua queixa. Tal cenário não se faz distante dos demais, onde se é visto que o âmbito de paliativo ainda possui barreiras a serem quebradas e conhecimento a ser difundindo entre os profissionais de saúde, sejam médicos ou demais profissionais. Portanto, a educação continuada se faz necessária para mudar este cenário. É possível ver mudanças com a obrigatoriedade dessa temática ser abordada ainda durante a formação médica, um passo de muitos que podem ser alcançados, seja por estímulo à pesquisa, debates e capacitação dos profissionais atuantes e melhoria das abordagens terapêuticas.

REFERÊNCIAS

- ANAGUSKO, Sérgio Seiki; ROCHA, Juraci Aparecida (ed.). TRATAMENTO FARMACOLÓGICO DA DOR: OPIOIDES. *In*: CARVALHO, Ricardo Tavares de *et al*, (ed.). **Manual Da Residência De Cuidados Paliativos**: Abordagem Multidisciplinar. 2. ed. Satana de Parnaíba: Manole, 2022. cap. 14, p. 184-219. ISBN 9786555767728.
- BRAZ, Alessandra Garcia; COELHO, Pedro Alexandre B.; SOUZA, Milena dos Reis B. de. NÁUSEAS E VÔMITOS. *In*: CARVALHO, Ricardo Tavares de *et al*, (ed.). **Manual Da Residência De Cuidados Paliativos**: Abordagem Multidisciplinar. 2. ed. Satana de Parnaíba: Manole, 2022. cap. 18, p. 248-259. ISBN 9786555767728.
- CARVALHO, Luiz Filipe G. L. de; BRANCO, Tiago Pugliese (ed.). TRATAMENTO FARMACOLÓGICO DA DOR: ANALGÉSICOS NÃO OPIOIDES E DROGAS ADJUVANTES. *In*: CARVALHO, Ricardo Tavares de *et al*, (ed.). **Manual Da Residência De Cuidados Paliativos**: Abordagem Multidisciplinar. 2. ed. Satana de Parnaíba: Manole, 2022. cap. 13, p. 171-183. ISBN 9786555767728.
- CASSEFO, Gustavo; NAKAEMA, Katia Emi. OBSTIPAÇÃO. *In*: CARVALHO, Ricardo Tavares de *et al*, (ed.). **Manual Da Residência De Cuidados Paliativos**: Abordagem Multidisciplinar. 2. ed. Satana de Parnaíba: Manole, 2022. cap. 19, p. 260 - 268. ISBN 9786555767728.
- CASTILHO, Rodrigo Kappel; SILVA, Vitor Carlos Santos da; PINTO, Cristhiane da Silva (ed.). **Manual de cuidados paliativos da Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP)**. 3. ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2021. 624 p.
- DE LIMA, Liliana, Palliative care and pain treatment in the global health agenda, **Pain**, v. 156, n. Supplement 1, p. S115–S118, 2015.
- FIGUEIREDO, M. G. M. C. A.; STANO, R. C. M. T.. O estudo da morte e dos cuidados paliativos: uma experiência didática no currículo de medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Brasília, v. 37, n. 2, p. 298-306, jun. 2013.
- FIGUEREDO Marcos Tulio. **Educação em cuidados paliativos: uma experiência brasileira**. Mundo Saude. 2003; 27(1):165-70.
- FONSECA, J. J. S. Metodologia da pesquisa científica. Fortaleza: UEC, 2002.
- FRANCK, E. M., **Alterações de pele em pacientes em cuidados paliativos na terminalidade da doença e final da vida: coorte prospectiva**, Mestrado em Enfermagem na Saúde do Adulto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2017.
- GIL, A. C. Métodos e técnicas de pesquisa social. 5.ed. São Paulo: Atlas, 1999.
- HAWLEY, Philippa H., The Bow Tie Model of 21st Century Palliative Care, **Journal of Pain and Symptom Management**, v. 47, n. 1, p. e2–e5, 2014.

Hochman B, Nahas FX, Oliveira Filho RS, Ferreira LM. Desenhos de pesquisa. São Paulo. Acta Cir Bras. 2005; 20

LUNDSTRÖM, Staffan; ZACHRISSON, Ulla; FÜRST, Carl Johan. When Nothing Helps: propofol as sedative and antiemetic in palliative cancer care. **Journal Of Pain And Symptom Management**, [S.L.], v. 30, n. 6, p. 570-577, dez. 2005. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2005.05.017>.

NEVES A. L. A.; SantosK. C.; BezerraL. V. M. de A.; Farias Ângelo C. M.; NogueiraP. S.; TeixeiraA. F. As dificuldades inerentes ao cuidado paliativo em pacientes oncológicos no Brasil: uma revisão da literatura. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 15, n. 11, p. e11151, 11 nov. 2022.

PASTRANA, Tania et al, Disparities in the Contribution of Low- and Middle-Income Countries to Palliative Care Research, **Journal of Pain and Symptom Management**, v. 39, n. 1, p. 54–68, 2010.

ROCHA, Juraci Aparecida (ed.). DISPNEIA. In: CARVALHO, Ricardo Tavares de et al, (ed.). **Manual Da Residência De Cuidados Paliativos**: Abordagem Multidisciplinar. 2. ed. Satana de Parnaíba: Manole, 2022. cap. 15, p. 220-232. ISBN 9786555767728.

RYAN, Suzanne et al, Evolving Definitions of Palliative Care: Upstream Migration or Confusion?, **Current Treatment Options in Oncology**, v. 21, n. 3, p. 20, 2020.
SANTOS, André Filipe Junqueira dos; FERREIRA, Esther Angélica Luiz; GUIRRO, Úrsula Bueno do Prado. **Atlas dos Cuidados Paliativos no Brasil 2019**. São Paulo: Ancp, 2020.

SANTOS, Glauber Eduardo de Oliveira. 2017. **Cálculo Amostral**: calculadora online. Disponível em: <<https://praticaclinica.com.br/anexos/ccolaborativa-calculo-amostal/ccolaborativa-calculo-amostal.php>> Acesso em: 07 de jan. 2022

SJOGREN, P.; ELSNER, F.; KAASA, S. Non-opioid analgesics. In: CHERNY, N et al, (ed.). **Textbook of Palliative Medicine**. 5. ed. Londres: Oxford University, 2015. p. 567 - 575. ISBN 0199656096.

SCHWARZ, Ester Duk; BAGGIO, Stéphanie Oliveira; BUENO, Denise. Prescrições de medicamentos em unidade de cuidadospaliativos de um hospital universitário de Porto Alegre. **Clinical & Biomedical Research**, v. 36, n. 1, p. 27–36, 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Palliative Care**, 2020. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care> Acesso em: 14 de dez. 2021

World Health Organization (WHO). **World Health Organization Model List of Essential Medicines – 22nd List**, 2021. Geneva: World Health Organization.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). National cancer control programmes: policies and managerial guidelines. 2.ed. Geneva: WHO, 2002

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Who Library. **National cancer control programmes : policies and managerial guidelines**. 2. ed. Geneva: World Health Organization, 2002.

APÊNDICE

APENDICE A

06/01/2022 21:07

E-mail de UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO - Solicitação de uso de pesquisa



THAYRON RANYERE BRILHANTE PORTO <thayron.porto@discente.ufma.br>

Solicitação de uso de pesquisa

3 mensagens

THAYRON RANYERE BRILHANTE PORTO <thayron.porto@discente.ufma.br>
Para: denise.bueno@ufrgs.br

22 de novembro de 2021 16:33

Boa tarde Dra. Denise Bueno,
Me chamo Thayron Ranyere Brilhante Porto, acadêmico de medicina da Universidade Federal do Maranhão, UFMA, Campus Imperatriz. Estou desenvolvendo o meu TCC voltado para medicamentos utilizados em pacientes que se encontram em cuidados paliativos de um hospital da cidade, e gostaria de utilizar seu Instrumento Padronizado de Coleta de Dados que se encontra no apêndice 1 do seu trabalho "Prescrições de medicamentos em unidade de cuidados paliativos de um hospital universitário de Porto Alegre.", para coletar os dados dos meus pacientes, e gostaria da sua autorização para utilizá-la. Desde já agradeço sua atenção.

atenciosamente,
Thayron Ranyere Brilhante Porto

Denise Bueno <denise.bueno@ufrgs.br>
Para: THAYRON RANYERE BRILHANTE PORTO <thayron.porto@discente.ufma.br>

22 de novembro de 2021 16:53

Thayron

Trata-se de artigo que foi originado a partir da dissertação de mestrado de Stéphanie Oliveira Baggio.

Desta forma autorizamos sua utilização e espero poder ler seu TCC.

Bom trabalho.

Denise Bueno
Docente Titular-Departamento de Produção e Controle de Medicamentos
Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Assistência Farmacêutica - Faculdade de Farmácia
Docente do Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde-Faculdade de Medicina
Universidade Federal do Rio Grande do Sul

<http://lattes.cnpq.br/2413108146059860>
<https://orcid.org/0000-0002-6037-8764>

[Texto das mensagens anteriores oculto]

--

THAYRON RANYERE BRILHANTE PORTO <thayron.porto@discente.ufma.br>
Para: Denise Bueno <denise.bueno@ufrgs.br>

22 de novembro de 2021 17:08

Muito obrigado.
Meu TCC será publicado acredito eu que no final de 2022 ou início de 2023, será uma honra ter a senhora como leitora dele.

[Texto das mensagens anteriores oculto]

APENDICE B

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
MARANHÃO - UFMA



Continuação do Parecer: 5.743.926

Recomendações:

Não há recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências.

O pedido de dispensa de TCLE é coerente e fundamentado.

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_1951126.pdf	22/09/2022 08:57:52		Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRosto.pdf	22/09/2022 08:57:38	THAYRON RANYERE	Aceito
Outros	QUESTIONARIO.pdf	16/09/2022 16:55:49	THAYRON RANYERE	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	FIEL_ISENCAO_TCUD.pdf	16/09/2022 16:51:48	THAYRON RANYERE BRILHANTE PORTO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_detalhado.pdf	16/09/2022 16:29:47	THAYRON RANYERE BRILHANTE PORTO	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Termo_de_autorizacao.pdf	16/09/2022 16:25:06	THAYRON RANYERE BRILHANTE PORTO	Aceito
Orçamento	financeiro.pdf	16/09/2022 16:15:00	THAYRON RANYERE	Aceito
Brochura Pesquisa	Brochura.docx	16/09/2022 16:09:35	THAYRON RANYERE	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	16/09/2022 15:56:22	THAYRON RANYERE	Aceito
Brochura Pesquisa	Brochura.pdf	16/09/2022 15:55:05	THAYRON RANYERE	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Avenida dos Portugueses, 1966 CEB Velho
Bairro: Bacanga CEP: 65.080-805
UF: MA Município: SAO LUIS
Telefone: (98)3272-8708 Fax: (98)3272-8003 E-mail: cepufma@ufma.br

APENDICE C

07/09/2023, 13:38

Submissões | OBSERVATÓRIO DE LA ECONOMÍA LATINOAMERICANA



INÍCIO / Submissões

Submissões

O cadastro no sistema e posterior acesso, por meio de login e senha, são obrigatórios para a submissão de trabalhos, bem como para acompanhar o processo editorial em curso. [Acesso](#) em uma conta existente ou [Registrar](#) uma nova conta.

Condições para submissão

Como parte do processo de submissão, os autores são obrigados a verificar a conformidade da submissão em relação a todos os itens listados a seguir. As submissões que não estiverem de acordo com as normas serão devolvidas aos autores.

✓

A contribuição é original e inédita, e não está sendo avaliada para publicação por outra revista; caso contrário, deve-se justificar em "Comentários ao editor".

✓

O arquivo da submissão está em formato Microsoft Word, OpenOffice ou RTF.

✓

Onde disponível, os URLa para as referências foram fornecidos.

✓

O texto está em espaço simples; usa uma fonte de 12-pontos; emprega itálico em vez de sublinhado (exceto em endereços URL); as figuras e tabelas estão inseridas no texto, não no final do documento na forma de anexos.

✓

O texto segue os padrões de estilo e requisitos bibliográficos descritos em [Diretrizes para Autores](#), na página Sobre a Revista.

Diretrizes para Autores

A Revista Observatório de la Economía Latinoamericana aceita apenas artigos originais, não publicados em outros periódicos. Aceitamos artigos apresentados em eventos, desde que essas informações sejam disponibilizadas pelos autores.

https://ojs.observatoriolatinoamericano.com/ojs/index.php/ojs/about/submissions

1/5

07/09/2023, 13:38

Submissões | OBSERVATÓRIO DE LA ECONOMÍA LATINOAMERICANA

As normas para formatação e preparação de originais são:

- Máximo de 20 páginas:
- Idiomas permitidos: Português, Inglês e, Espanhol:
- Autoria: máximo de 8 autores por artigo:
- Fonte Arial tamanho 12, espaçamento entre linhas 1,5;
- As Figuras e Tabelas devem vir correspondentes do texto, editáveis, em fonte 10, tanto para o conteúdo quanto para o título (que deve vir logo acima dos elementos gráficos) e fonte (que deve vir logo abaixo do elemento gráfico).
- Título em português, inglês ou espanhol, no início do arquivo, com fonte 14;
- Resumo ou resumo, acompanhado de palavras-chave e palabras clave, com espaçamento simples, logo abaixo do título;
- As referências devem seguir as normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT).
- O arquivo submetido não deve conter a identificação dos autores.

Taxa de Publicação

- Esta revista não cobra taxa de submissão;
- Esta revista cobra a publicação de artigos, no valor de: R\$ 685,00 (brasileiros) por artigo a publicar e 180 usd (outras nacionalidades).

Articles

Section default policy

Declaração de Direito Autoral

A Revista Observatorio de la Economía Latinoamericana reserva-se o direito de modificar as alterações normativas, ortográficas e gramaticais originais, a fim de manter o padrão de culto da linguagem, respeitando o estilo dos autores. Os trabalhos finais não serão enviados aos autores.

Política de Privacidade

https://ojs.observatoriolatinoamericano.com/ojs/index.php/ojs/about/submissions

2/5

07/09/2023, 13:38

Submissões | OBSERVATÓRIO DE LA ECONOMÍA LATINOAMERICANA

Os nomes e endereços informados nesta revista serão usados exclusivamente para os serviços prestados por esta publicação, não sendo disponibilizados para outras finalidades ou a terceiros.

ENVIAR SUBMISSÃO

IDIOMA

English

Português (Brasil)

EDIÇÃO ATUAL

RTM 1.0

RSE 1.0

RSE 1.0

VISITANTES

31,256 Pageviews

Aug 7th - Sep 7th



PALAVRAS-CHAVE

ANEXOS

ANEXO A

Supportive and Palliative Care Indicators Tool (SPICT-BR™)

O SPICT é um guia para identificação de pessoas sob o risco de deterioração e morrendo. Avaliar esse grupo de pessoas para necessidade de suporte e cuidado paliativos.

Procure por indicadores gerais de piora da saúde.

- Internações hospitalares não programadas.
- Capacidade funcional ruim ou em declínio com limitada reversibilidade. (a pessoa passa na cama ou cadeira mais de 50% do dia).
- Dependente de outros para cuidados pessoais devido a problemas físicos e/ou de saúde mental. É necessário maior suporte para o cuidador.
- Perda de peso significativa nos últimos 3-6 meses e/ ou um baixo índice de massa corporal.
- Sintomas persistentes apesar do tratamento otimizado das condições de base.
- A pessoa ou sua família solicita cuidados paliativos, interrupção ou limitação do tratamento ou um foco na qualidade de vida.

Procure por quaisquer indicadores clínicos de uma ou mais das condições avançadas.

Câncer Capacidade funcional em declínio devido a progressão do câncer. Estado físico muito debilitado para tratamento do câncer ou tratamento para controle dos sintomas.	Doença cardiovascular Classe funcional III/IV de NYHA- insuficiência cardíaca ou doença coronariana extensa e intratável com: • falta de ar ou dor precordial em repouso ou aos mínimos esforços. Doença vascular periférica grave e inoperável.	Doença renal Estágios 4 e 5 de doença renal crônica (TFG < 30ml/mi) com piora clínica. Insuficiência renal complicando outras condições limitantes ou tratamentos. Decisão de suspender a diálise devido à piora clínica ou intolerância ao tratamento.
Demência/ fragilidade Incapaz de vestir-se, caminhar ou comer sem ajuda. Redução da ingestão de alimentos e líquidos e dificuldades na deglutição. Incontinência urinária e fecal. Incapaz de manter contato verbal; pouca interação social. Fratura de fêmur, múltiplas quedas. Episódios frequentes de febre ou infecções; pneumonia aspirativa.	Doença respiratória Doença respiratória crônica grave com: • falta de ar em repouso ou aos mínimos esforços entre as exacerbações. Necessidade de oxigenioterapia por longo prazo. Já precisou de ventilação para insuficiência respiratória ou ventilação é contraindicada.	Doença hepática Cirrose avançada com uma ou mais complicações no último ano: • Ascite resistente a diuréticos • Encefalopatia hepática • Síndrome hepatorenal • Peritonite bacteriana • Sangramentos recorrentes de varizes esofágicas Transplante hepático é contraindicado.
Doença neurológica Deterioração progressiva da capacidade física e/ou da função cognitiva mesmo com terapia otimizada. Problemas da fala com dificuldade progressiva de comunicação e/ou deglutição. Pneumonia aspirativa recorrente; falta de ar ou insuficiência respiratória.	Deterioração e sob o risco de morrer de qualquer outra condição ou complicação que não seja reversível.	
Revisar o cuidado atual e planejar o cuidado para o futuro.		
▪ Reavaliar o tratamento atual e medicação para que o paciente receba o cuidado otimizado. ▪ Considere o encaminhamento para avaliação de um especialista se os sintomas ou necessidades forem complexos e difíceis de manejar. ▪ Acordar sobre objetivos do cuidado atual e futuro e planejar o cuidado com a pessoa e sua família. ▪ Planejar com antecedência caso a pessoa esteja em risco de perda cognitiva. ▪ Registre em prontuário, comunique e coordene o plano geral de cuidados.		

Preencher utilizando as seguintes siglas e dados:

Dieta: VO – Via oral
SNE – Sonda nasointestinal
NPO – Nada por via oral

Respiração: E – Eupneico
D – Dispneico
B – Bradipneico
T – Taquipneico

Morse: Escore a partir de 0

Braden: Escala a partir de 0

Dor: Escala de 0 a 10

16. O paciente apresentou

- () Náuseas
() Vômitos
() Diarreia
() Constipação

17. Houve relato de fadiga?

- () Sim () Não

18. Quais medicamentos o paciente utilizou durante a internação?

Medicamento	Dose (mg)	Posologia	Via de administração	Início	Fim

19. Quantos dias o paciente ficou internado na unidade?

____|____|____ dias

20. Qual a condição do paciente na alta da unidade?

- (1) Alta melhorando
(2) Óbito
(3) Outra. Qual? _____

21. Qual o encaminhamento pós-alta hospitalar?

- (1) Ambulatório HCPA
(2) Médico externo ao HCPA
(3) Outro hospital em Porto Alegre
(4) Hospital em outra cidade
(5) Outro Qual? _____

22. Houve alguma intercorrência durante a internação? Qual?

ANEXO C

Instrumento Padronizado de Coleta de Dados – Modificado pelo autor

Número do Prontuário: _____

1. Data de nascimento ____ / ____ / ____

2. Sexo:

(1) Masculino (2) Feminino

3. Peso: _____

4. Data da internação: ____ / ____ / 2021

5. Primeira internação do ano?

(1) sim (2) não

6. Data de internações anteriores, se houver: ____ / ____ / ____

7. Neoplasia do paciente: _____

8. Paciente fez uso de tratamento oncológico?

(1) Sim (1.1) Cirurgia (1.2) Radioterapia (1.3) Quimioterapia (2) Não

9. Motivo da atual internação: _____

10. Paciente apresentou náuseas?

(1) sim (2) não

Medicamento usado para o tratamento do sintoma:

10.1 O fármaco utilizado para o controle da náusea está presente na lista de medicamentos essenciais para sintomas em cuidados paliativos?

(1) sim (2) não (3) não foi tratado

11. O paciente apresentou vômitos?

(1) sim (2) não

Medicamento usado para o tratamento do sintoma:

11.1 O fármaco utilizado para o controle do vômito está presente na lista de medicamentos essenciais para sintomas em cuidados paliativos?

(1) sim (2) não (3) não foi tratado

12. O paciente apresentou Constipação?

(1) sim (2) não

Medicamento usado para o tratamento do sintoma:

12.1 O fármaco utilizado para o controle da constipação está presente na lista de medicamentos essenciais para sintomas em cuidados paliativos?

(1) sim (2) não (3) não foi tratado

13. O paciente apresentou Dor?

(1) sim (2) não

Medicamento usado para o tratamento do sintoma:

13.1 O fármaco utilizado para o controle da Dor está presente na lista de medicamentos essenciais para sintomas em cuidados paliativos?

(1) sim (2) não (3) não foi tratado

14. O paciente apresentou Dispneia?

(1) sim (2) não

Medicamento usado para o tratamento do sintoma:

14.1 O fármaco utilizado para o controle da dispneia está presente na lista de medicamentos essenciais para sintomas em cuidados paliativos?

(1) sim (2) não (3) não foi tratado

15. Dias de Internação: _____

16. Motivo da alta:

(1) Alta (2) Óbito (3) Outro: _____

17. Intercorrência na internação:
