



GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO



HOSPITAL N. S. DA CONCEIÇÃO S.A. (Matriz) CNPJ 92.787.118/0001-20 - Av. Francisco Trein, 596 F. 33572000 - Porto Alegre - RS - CEP 91350 200
Filiais: Hospital Fêmeina, Hospital Cristo Redentor, Hospital Criança Conceição, Unidade de Pronto Atendimento Zona Norte Moacyr Scliar, Unidade de Saúde Santíssima Trindade, Unidade de Saúde Parque dos Maias, Unidade de Saúde Nossa Senhora Aparecida, Unidade de Saúde Jardim Leopoldina, Unidade de Saúde Floresta, Unidade de Saúde Divina Providência, Unidade de Saúde Costa e Silva, Unidade de Saúde COINMA, Unidade de Saúde Barão de Bagé, Centro de Educação Tecnológica e Pesquisa em Saúde - CETPS, Centro de Atenção Psicossocial I - Infantil, Unidade de Saúde SESC, Centro de Atenção Psicossocial II - Adulto, Unidade de Saúde Conceição, Unidade de Saúde Jardim Itu e Centro de Atenção Psicossocial III - Álcool e Drogas.
Vinculado ao Ministério da Saúde - Decreto 99244/90



RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE – GHC TRABALHO DE CONCLUSÃO DA RESIDÊNCIA PROGRAMA DE ATENÇÃO AO PACIENTE CRÍTICO

Tratamento da dor em unidade de terapia intensiva em pacientes
sob cuidados paliativos: uma revisão integrativa da literatura.

Tatiane C. Soldi

Porto Alegre, fevereiro de 2020



GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO



HOSPITAL N. S. DA CONCEIÇÃO S.A. (Matriz) CNPJ 92.787.118/0001-20 - Av. Francisco Trein, 596 F. 33572000 - Porto Alegre - RS - CEP 91350 200
Filiais: Hospital Fêmeina, Hospital Cristo Redentor, Hospital Criança Conceição, Unidade de Pronto Atendimento Zona Norte Moacyr Scliar, Unidade de Saúde Santíssima Trindade, Unidade de Saúde Parque dos Maias, Unidade de Saúde Nossa Senhora Aparecida, Unidade de Saúde Jardim Leopoldina, Unidade de Saúde Floresta, Unidade de Saúde Divina Providência, Unidade de Saúde Costa e Silva, Unidade de Saúde COINMA, Unidade de Saúde Barão de Bagé, Centro de Educação Tecnológica e Pesquisa em Saúde - CETPS, Centro de Atenção Psicossocial I - Infantil, Unidade de Saúde SESC, Centro de Atenção Psicossocial II - Adulto, Unidade de Saúde Conceição, Unidade de Saúde Jardim Itu e Centro de Atenção Psicossocial III - Álcool e Drogas.
Vinculado ao Ministério da Saúde - Decreto 99244/90



RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE – GHC TRABALHO DE CONCLUSÃO DA RESIDÊNCIA PROGRAMA DE ATENÇÃO AO PACIENTE CRÍTICO

Tratamento da dor em unidade de terapia intensiva em pacientes
sob cuidados paliativos: uma revisão integrativa da literatura.

Tatiane C. Soldi

Gabriela C. Becker
Orientadora

Porto Alegre, fevereiro de 2020

Este trabalho foi escrito segundo as normas da revista "*Clinical and Biomedical Research*" apresentadas em anexo.

Sumário

1. Introdução.....	8
2. Método.....	11
3. Resultados e Discussão.....	12
4. Referências.....	16
5. Tabela.....	17
6. Figuras.....	18

Resumo

Introdução: Em 2012, a Organização Mundial da Saúde definiu o conceito de cuidados paliativos (CP) como uma abordagem que promove qualidade de vida a pacientes e seus familiares diante de doenças que ameaçam a continuidade da vida, através de prevenção e alívio do sofrimento. Esta linha de cuidado tem como objetivo melhorar a qualidade de vida de pacientes com doenças graves em condições de risco de vida e dos pacientes em condições crônicas independente do ambiente de cuidado – seja em nível domiciliar, ambulatorial ou hospitalar, incluindo unidade de terapia intensiva (UTI).

Método: Trata-se de um estudo descritivo com abordagem qualitativa do tipo revisão integrativa, sobre pacientes paliativos em UTI buscando responder à pergunta “como é tratada a dor em pacientes paliativos em UTI?” A coleta de dados foi realizada entre julho e dezembro de 2019 nas bases de dados Cochrane, Lilacs e Pubmed. Foram selecionados artigos publicados entre 2015 e 2019.

Resultados: Foram selecionados quatro artigos, dos quais três são da base Pubmed e um da base Lilacs, não foram encontrados estudos sobre o tema na base Cochrane.

Conclusão: Através dos poucos estudos selecionados, é possível concluir que os cuidados paliativos ainda é um assunto pouco discutido e divulgado entre os profissionais de saúde, principalmente os que atuam em unidades de terapia intensiva. É preciso que os profissionais se qualifiquem mais para que possam oferecer uma melhor qualidade de vida aos pacientes. Para isso, são necessárias pesquisas contínuas que utilizem método adequado.

Palavras chaves: Cuidados paliativos, unidade de terapia intensiva, dor, manejo da dor, cuidados críticos.

ABSTRACT

Introduction: In 2012, the World Health Organization defined the concept of palliative care (PC) as an approach that promotes quality of life for patients and their families in the face of diseases that threaten the life, through prevention and relief of suffering. This kind of care aims to improve the quality of life of patients with serious illnesses in life-threatening conditions and patients in chronic conditions regardless of the care environment - at home, outpatient or hospital, including intensive care unit (ICU).

Methods: It's a descriptive study with a qualitative approach like an integrative review, about patients with palliative care in the ICU looking to answer the question "How the pain is show is pain treated in patients on palliative care in the ICU?" Data collection was carried out between July and December 2019 in the Cochrane, Lilacs and Pubmed databases. Articles published between 2015 and 2019 were selected.

Results: Four articles were selected, three are from the Pubmed database and one from the Lilacs database, no studies on the topic were found in the Cochrane database.

Conclusion: Through the few selected studies, it is possible to conclude that palliative care is still a subject with a little discussion and few disseminated among health professionals, especially those who work in intensive care units. It's necessary that professionals are more qualified so that they can offer a better quality of life to patients. For this, continuous research using an appropriate method is necessary.

Keywords: *Palliative care, intensive care units, pain, pain management, critical care*

1. INTRODUÇÃO

A palavra paliativo vem do latim *pallium*, que significa manto, proteção. Na sua origem, a palavra fala sobre oferecer abrigo, trazer conforto e minimizar sofrimento. É dessa forma que devemos entender a expressão “paliativo” quando vinculada à noção de cuidado: proteger aqueles que a medicina curativa já não mais acolhe.

Em 2002, a Organização Mundial da Saúde (OMS) o descrevia como cuidados totais a pacientes sem possibilidade de cura, e o definiu como “a abordagem que promove qualidade de vida a pacientes e seus familiares diante de doenças que ameaçam a continuidade da vida, através de prevenção e alívio do sofrimento. Requer a identificação precoce, avaliação e tratamento impecável da dor e outros problemas de natureza física, psicossocial e espiritual”.

Os cuidados paliativos (CP) são necessários em condições crônicas, bem como em condições de risco de vida, desta forma, não há limite na prestação do cuidado paliativo, ele é fundamental em todos os níveis de cuidado⁽¹⁾. O objetivo dos CP é melhorar a qualidade de vida de pacientes com doença grave, seja tratando os seus sintomas ou até mesmo os efeitos adversos presentes. A prática dos CP também é utilizada para pacientes com expectativa de vida de seis meses ou menos, quando as terapias convencionais não proporcionam manejo dos sintomas⁽²⁾.

A OMS traz em 2012 as definições e os princípios dos cuidados paliativos:

- Promover o alívio da dor e outros sintomas estressantes;
- Reafirmar a vida e ver a morte como um processo natural;
- Não pretender antecipar e nem postergar a morte;
- Integrar aspectos psicossociais e espirituais ao cuidado;
- Oferecer um sistema de suporte que auxiliem o paciente a viver tão ativamente quanto possível, até a sua morte;
- Oferecer um sistema de suporte que auxilie a família e entes queridos a sentirem-se amparados durante todo o processo da doença;

- Deve ser iniciado o mais precocemente possível, junto a outras medidas de prolongamento de vida, e incluir todas as investigações necessárias para melhor compreensão e manejo dos sintomas⁽³⁾.

O conceito de oferecer CP não se refere apenas a pacientes que estejam no final da vida, mas também se encaixa nas situações em que os pacientes necessitam de cuidados após o diagnóstico de uma doença e se beneficiem de tratamentos que podem alterar o progresso da doença. Novos conceitos de CP tentam combinar esse tipo de cuidado com o tratamento da doença em curso, constituindo uma intervenção que pode ser oferecida junta ao tratamento potencialmente curativo e deve ser usado para atender as necessidades de pacientes que apresentem doenças potencialmente fatais⁽⁴⁾.

Durante o curso de uma doença e o processo de luto, pacientes e familiares apresentam necessidade variável de CP, de acordo com a intensidade dos problemas que surgem de forma dinâmica (Figura 1). Ao longo do tempo, o foco e os objetivos do cuidado vão progressivamente se deslocando desde uma ênfase em tratamentos modificadores da doença, até tratamentos com intenção exclusivamente paliativa⁽⁵⁾.

Para a equipe que atua em unidade de terapia intensiva (UTI), muitas vezes é difícil a compreensão de que o paciente não se beneficiará mais de tratamentos e procedimentos curativos, necessitando somente que seja respeitada sua vontade e que seja realizado o adequado manejo de seus sintomas.

Alguns dos dilemas enfrentados na unidade de terapia intensiva são⁽⁶⁾:

- Formação insuficiente dos médicos;
- Impotência frente a inevitabilidade da morte;
- Dificuldade de encarar a finitude;
- Falta de comunicação sobre as decisões de fim de vida;
- Pacientes que não participam de discussões sobre seus cuidados;
- Familiares com expectativas irreais sobre tratamentos na UTI.

O controle adequado dos sintomas advindos das doenças é uma estratégia fundamental em cuidados paliativos e deve ser individualizado e baseado nas necessidades de cada paciente⁽⁷⁾. O sintoma mais prevalente, por sua vez, em todos pacientes críticos é a dor, que pode

ser definida basicamente como uma experiência sensitiva e emocional desagradável, associada a dano real ou potencial dos tecidos e é uma das principais causas do sofrimento humano, suscitando incapacidade e comprometimento da qualidade de vida, o que a torna um problema de saúde pública⁽⁸⁾. Pacientes que estão em tratamento em UTI com doenças crônicas e avançadas raramente apresentam um só sintoma, o que pode dificultar a avaliação e o controle do mesmo, tornando imprescindível uma discussão que abranja toda equipe multidisciplinar para se assumir os objetivos terapêuticos.

Para o manejo farmacológico da dor, utiliza-se a escala analgésica da dor da OMS, que demonstra que se deve progredir dos analgésicos não-opioides para os opioides de acordo com a intensidade da dor e a resposta ao tratamento (Figura 2), pode-se utilizar adjuvantes em cada degrau da escala para indicações específicas⁽⁹⁾.

A via de administração utilizada preferencialmente é a via oral, que é a menos invasiva e que permite maior independência do paciente. Outra opção são os sistemas transdérmicos, porém ainda são pouco usados nas práticas atuais. O ideal é que se evite fármacos injetáveis, mas quando não se é possível, o recomendado é recorrer à via subcutânea - uma via alternativa bastante usada em cuidados paliativos⁽¹⁰⁾.

O tema CP não é recente, há muitos anos se fala dessa prática, principalmente em pacientes oncológicos, onde a terminalidade é mais aceita, um paciente com câncer que realiza tratamentos agressivos já experimenta esse tipo de cuidado e conseguem ter uma melhor qualidade de vida.

É imprescindível que o assunto CP seja mais difundido, que todas as equipes médicas e multiprofissionais saibam identificar o paciente que pode se beneficiar desse tratamento. A UTI demonstra ser um campo que merece atenção, onde os pacientes críticos mesmo em situações debilitantes podem usufruir de uma melhor qualidade de vida. Apesar da importância do assunto, ainda há a falta de conhecimento de equipes de UTIs sobre essa prática. Assim, o presente estudo tem como objetivo realizar uma revisão integrativa para identificar e caracterizar os artigos disponíveis em periódicos científicos que realizaram relato dos CP em UTIs.

2. MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem qualitativa do tipo revisão integrativa ⁽¹¹⁾, que contribui para o processo de sistematização e análise de resultados, visando a compreensão de determinado tema a partir de outros estudos independentes, permitindo sintetizar o conhecimento e apontar lacunas que necessitam ser preenchidas sobre um tema definido e específico. Uma revisão integrativa deve obedecer aos seguintes passos: identificação do problema com definição da pergunta da pesquisa; estabelecimento de critérios de inclusão e/ou exclusão dos estudos; definição das informações a serem extraídas dos estudos; avaliação dos estudos; interpretação dos resultados; apresentação da revisão e síntese dos resultados ⁽¹²⁾.

Para o presente estudo, foi elaborada a seguinte pergunta norteadora: como é tratada a dor de pacientes em cuidados paliativos em uma UTI?

A busca de artigos foi realizada nas bases de dados Cochrane, Lilacs (Biblioteca Virtual em Saúde e Pubmed (National Library of Medicine)).

A busca para identificar os estudos iniciou com uma revisão no intuito de identificar descritores suficientemente sensíveis que localizassem os artigos para cumprir os objetivos da pesquisa. Para compor a estratégia de busca, foram identificados Descritores em Ciências da saúde (DeCS) na Bireme em português e termos MeSH (Medical Subject Headings) no Pubmed. Os DeCs utilizados foram cuidado paliativo uti, dor e cuidado crítico. Os termos MeSH foram palliative care, icu, pain, pain management e critical care. Os termos e descritores foram combinados entre si, para viabilizar a busca de artigos relacionados ao objetivo deste estudo.

A coleta de dados foi realizada entre os meses de julho e dezembro de 2019. Os critérios de inclusão foram a obtenção de textos na íntegra, com resumo e textos completos, artigos escritos em português e inglês publicados no período de 2015 a 2019. Foram excluídas publicações que tratavam de pacientes menores de 18 anos e publicações que não tratavam do tema.

Os artigos selecionados foram enumerados em um quadro (Tabela 1) contemplando os seguintes itens: base de dados, periódico, título, autores e ano de publicação.

3. RESULTADO E DISCUSSÃO

A partir da busca realizada nas bases de dados Cochrane, Lilacs e Pubmed considerando os critérios de inclusão citados anteriormente, foram encontrados quatro artigos, dos quais três artigos são da Pubmed e um artigo da Lilacs. Não foram encontrados estudos sobre o tema em questão na base de dados Cochrane.

Verificou-se que dois artigos foram publicados em 2018, um em 2016 e um em 2015. Constatou-se que os artigos publicados são recentes, o que pode estar relacionado ao maior interesse sobre o cuidado aos pacientes críticos e em situações de terminalidade.

Através da pesquisa realizada, foi verificado que poucos trabalhos tratam do assunto de manejo da dor em pacientes sob cuidados paliativos em UTI. Tal fato pode ser explicado, pela falta de prática e de conhecimento da equipe multiprofissional de saúde, que deveria ser responsável pelo cuidado do indivíduo em todas as dimensões.

Os CP, devem ser implementados em pacientes que recebem o diagnóstico de uma doença sem possibilidade de cura, estando estes em fase terminal ou não. Um dos maiores desafios é tornar os cuidados paliativos uma prática comum nas UTIs. Os CP são um campo dedicado a ajudar pessoas gravemente doentes a alcançar objetivos além da sobrevivência, incluindo controle de sintomas, acompanhamento de projetos de vida e conexão com os familiares.

Papel fundamental nesse cuidado é a equipe multiprofissional em saúde que irá acompanhar o paciente durante sua internação, essa equipe pode ser formada por médicos, enfermeiros, farmacêuticos, fisioterapeutas, nutricionistas, fonoaudiólogos, odontólogos, psicólogos, onde cada um com sua especialidade, são capazes de discutir e avaliar o melhor tratamento para o paciente.

O farmacêutico, como membro da equipe multidisciplinar, está em posição de fornecer aconselhamento especializado em medicação e educação, assumindo um papel fundamental dentro da equipe de cuidados paliativos, dedicado ao uso racional e adequado dos medicamentos.

A otimização da terapia medicamentosa não é importante apenas para o conforto físico, mas também para permitir que os pacientes se envolvam em outros aspectos do cuidado, como espirituais, emocionais e psicológicos que surgem ao longo do processo saúde-doença⁽¹³⁾.

O controle da dor está associado ao trabalho de uma equipe interdisciplinar e à habilidade de comunicação e de relacionamento interpessoal, sendo estas a base dos cuidados paliativos⁽¹⁴⁾.

Existem diversas escalas para avaliar a intensidade da dor em um paciente, se o paciente está em condições de verbalizar pode-se utilizar a escala numérica onde ele numa escala de zero a dez (onde zero significa nenhuma dor e dez significa a pior dor já experimentada pelo paciente) vai poder atribuir uma nota a dor que está sentindo. Para o paciente não comunicativo, sedado e sob ventilação mecânica (VM) utiliza-se a escala Behavioural Pain Scale, que avalia três aspectos: expressão facial, movimentos corporais e tolerância a VM.

Precisa-se que a dor seja bem compreendida e avaliada pela enfermagem e que haja uma comunicação eficiente entre profissionais para que possa ser discutido em equipe qual a melhor forma de tratamento e acima de tudo que seja respeitada vontade do paciente e sua família quanto ao manejo do sintoma.

Em alguns casos, pode-se argumentar que as pessoas têm desejos de trocar a qualidade de vida por terapias que prolonguem a vida. Isso nem sempre ocorre, pois pacientes em seu último ano de vida acabam apresentando maior ocorrência de dor, depressão e confusão, e a assistência médica a esses pacientes ainda não é adequada⁽¹⁵⁾.

Quando o foco é estrito no controle da doença, os pacientes experimentam mais dor, ansiedade e exaustão familiar. Nas UTIs, muitos tratamentos são propostos, inúmeros procedimentos são realizados, o tempo de hospitalização pode ser longo e, assim, os pacientes não “vivem” mais de fato, o que não é aceitável, pois existem recursos que podem ser fornecidos para a melhoria da qualidade de vida desses pacientes⁽¹⁵⁾.

O estudo de Wang de 2019 demonstra que as necessidades de cuidados paliativos entre pacientes críticos é heterogênea e sugere que a intensidade do envolvimento especializado em cuidados paliativos pode diferir entre os pacientes, com base em suas necessidades. Entender quais pacientes irão se beneficiar mais do cuidado paliativo ajuda o hospital e a equipe a direcionar o pessoal qualificado para atender as necessidades na UTI.

Tratamento

Os opióides continuam a ser os principais e mais usados medicamentos para tratar a dor em pacientes críticos, sendo terminal ou não, uma vez que as doses podem variar de acordo com cada paciente e suas condições. A constipação como efeito adverso no uso de opióides é um sintoma já bem descrito e sua ocorrência é bem comum, principalmente em pacientes acamados com a motilidade intestinal reduzida. Os profissionais de saúde devem avaliar o risco de constipação e, se possível, manejar a administração de laxantes concomitante ao uso de opióides. Para o tratamento da dor, muitas vezes outras formulações podem ser usadas como adjuvantes, como anti-inflamatórios e anticonvulsivantes (exemplo: gabapentina e carbamazepina)⁽¹⁶⁾.

Sedação Paliativa

A sedação paliativa é um recurso utilizado em pacientes em terminalidade para aliviar sintomas graves e refratários - quando não são controlados adequadamente e estão associados a um sofrimento intolerável por parte do paciente. Na busca de artigos desta revisão, não foi encontrado nenhum trabalho que tratasse do assunto sedação paliativa em pacientes críticos, somente o trabalho de Prado de 2018 trata do assunto, mesmo tendo excluído os pacientes de UTI devido à complexidade ele mostra que o uso de sedação paliativa é bastante comum em pacientes em final de vida, com uma frequência de 54,2%. O estudo também relata que não só pacientes com dor refratária fizeram uso de sedação paliativa, mas também pacientes que apresentaram dispneia refratária. Os sedativos mais usados são benzodiazepínicos, como midazolam, e os neurolépticos, como clorpromazina e haloperidol, o que corrobora a literatura existente⁽¹⁷⁾.

Dado ao exposto deste trabalho, os dados encontrados indicam que ainda falta muito a se fazer nesse campo dos CP em UTI é uma área de conhecimento que carece de mais estudos e práticas. Isso pode estar relacionado a falta de disciplinas na grade curricular não só dos médicos, mas de todos profissionais da saúde, é indispensável que a morte e os CP sejam abordados de forma mais abrangente durante a formação e em discussões nos ambientes de trabalho. É necessário que se pense mais no paciente e não só nas comorbidades que ele apresenta, que

quando não se pode mais tratar a doença que o acomete que se possa dar mais qualidade de vida e respeito as suas decisões e a de seus familiares.

Quando se fala de paliativos se fala de vida, vida com qualidade, o objetivo vital que todas as pessoas desejam não é ter uma boa morte, mas ter a melhor vida possível até o fim. Como já dizia Cicely Saunders “Você é importante porque você é você. E você é importante até o fim da sua vida. Faremos todo o possível não só para ajudá-lo a morrer em paz, mas também para fazer você viver até o momento de morrer.”

4. REFERÊNCIAS

1. Connor SR, Sepulveda Bermedo MC, editors. Global Atlas of Palliative London: Worldwide Palliative Care Alliance; 2014.
2. Zeng YS, Wang C, Ward KE, Hume AL. Complementary and Alternative Medicine in Hospice. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2018 November; 56(5).
3. De Oliveira RA. Cuidado Paliativo São Paulo: Cremesp; 2008.
4. Davies E, Higginson J, editors. The solid facts. Palliative care. Europe: WHO; 2004.
5. Azevedo D, editor. Vamos falar de cuidados paliativos: Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia; 2014.
6. Arantes ACdLQ. Indicações de cuidados paliativos. In Carvalho RTd. Manual de Cuidados Paliativos.: Academia Nacional de Cuidados Paliativos; 2012. p. 56-74.
7. Kretzer LP. Cuidados paliativos nas unidade de terapia intensiva. In Moritz RD. Cuidados paliativos nas unidade de terapia intensiva. São Paulo: Atheneu; 2012. p. 53-70.
8. Bottega FH, Fontana RT. A dor como quinto sinal vital: Utilização de escala de avaliação por enfermeiros de um hospital geral. *Texto & Contexto - Enfermagem*. 2010 Jun.
9. Drumond Ferreira , Nobrega Mendonça. Cuidados Paliativos - Guia de Bolso. 1st ed. São Paulo: ANCP; 2017.
10. Gonçalves JF, Alvarenga M, Silva A. The last forty-eight hours of life in a portuguese palliative care unit: does it differ from elsewhere? *Journal of Palliative Medicine*. 2003 December.
11. Ganong LH. Integrative Rewiews of Nursing. *Research ,n Nursrng & Health*. 1987 June; 10.
12. Mendes DS, de Campos Pereira Silveira C, Galvão. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem.. *Texto Contexto Enferm*. 2008 Dez; 17.
13. Walker KA. Role of the pharmacist in palliative care. *Progress in Palliative Care*. 2010; 18.
14. Mendes Luiz , Mourão Netto JJ, Barbosa Vasconcelos AK, Coelho Brito dC. Cuidados paliativos em enfermagem ao idoso em UTI: uma revisão integrativa. *Resvista Online de Pesquisa*. 2018 jun.
15. Gawande A. Quantity and Quality of Life. *Jama*. 2016 January.
16. Campbell ML. Caring for dying patients in the intensive care unit. *AACN advanced critical care*. 2015 June; 26(2).
17. Prado B, Diniz Gomes DB. Continuous palliative sedation for patients with advanced cancer at a tertiary care cancer center. *BMC palliative care*. 2018.

5. TABELA

Tabela 1. Distribuição dos artigos selecionados.

Base de dados	Periódico	Título	Autores	Ano
Pubmed	AACN Advanced Critical Care	Caring for Dying Patients in the Intensive Care Unit	Margaret L. Campbell	2015
Pubmed	JAMA	Quantity and Quality of Life Duties of Care in Life-Limiting Illness	Atul Gawande	2016
Pubmed	Journal of Pain and Symptom Management	Latent Class Analysis of Specialized Palliative Care Needs in Adult Intensive Care Units from a Single Academic Medical Center	David Wang, Caleb Ing, Craig Blinderman, May Hua	2018
Lilacs	Revista Online de Pesquisa. Cuidado é fundamental	Cuidados paliativos em enfermagem ao idoso em UTI: Uma revisão integrativa	Marina Mendes Luiz, José Jeová Mourão Netto, Ana Karina Barbosa Vasconcelos, Maria da Conceição Coelho Brito	2018

6. FIGURAS

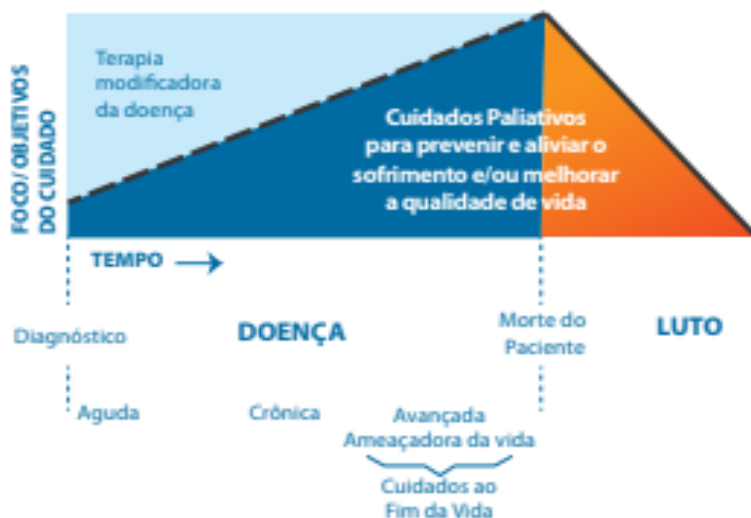


Fig.1 O papel dos cuidados paliativos durante a doença e o luto.

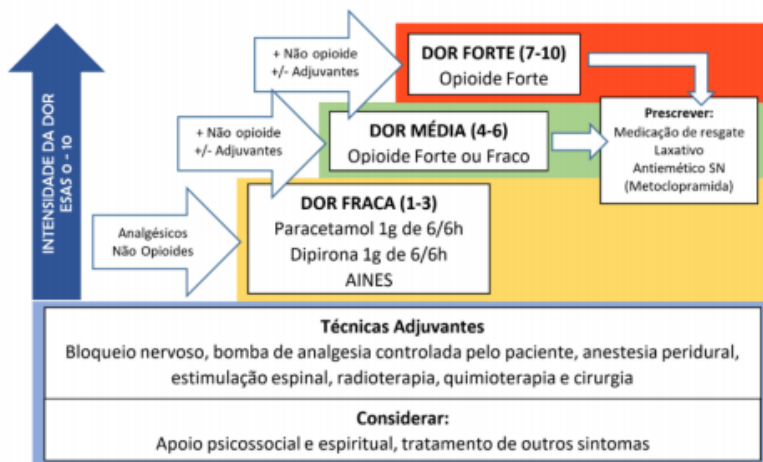


Fig 2. Escala analgésica de dor da OMS

Instruções aos Autores

Escopo e política

A Clinical and Biomedical Research (CBR), antiga Revista HCPA, é uma publicação científica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) e da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (FAMED/UFRGS). É um periódico científico de acesso livre que tem a finalidade de publicar trabalhos de todas as áreas relevantes das Ciências da Saúde, incluindo pesquisa clínica e básica. Os critérios de seleção para publicação incluem: originalidade, relevância do tema, qualidade metodológica e adequação às normas editoriais da revista.

A CBR apoia as políticas para registro de ensaios clínicos da Organização Mundial da Saúde (OMS)

[<http://www.who.int/ictrp/en/>] e do *International Committee of Medical Journal Editors* (ICMJE) [http://www.icmje.org/clin_trial.pdf]. Sendo assim, somente serão aceitos para publicação os artigos de pesquisas clínicas que tenham recebido número de identificação do Registro Brasileiro de Ensaios Clínicos (ReBEC) <http://www.ensaiosclinicos.gov.br> ou de outro banco de dados oficial dedicados ao registro de ensaios clínicos. Todos os artigos publicados são revisados por pares anônimos. Uma vez que o artigo seja aceito para publicação, os seus direitos autorais são automaticamente transferidos para a revista. O conteúdo do material enviado para publicação na CBR implica que o mesmo não tenha sido publicado e não esteja submetido a outra revista. Artigos publicados na CBR, para serem publicados em outras revistas, ainda que parcialmente, necessitarão de aprovação por escrito dos editores. Os conceitos e declarações contidos nos trabalhos são de total responsabilidade dos autores. Os artigos podem ser redigidos em português, inglês ou espanhol. As submissões em inglês são fortemente encorajadas pelos editores. O manuscrito deve enquadrar-se em uma das diferentes categorias de artigos publicados pela revista, conforme a seguir:

Forma e preparação de artigos

SERÃO CONSIDERADOS PARA PUBLICAÇÃO

Editorial

Comentário crítico e aprofundado, preparado a convite dos editores e submetido por pessoa com notório saber sobre o assunto abordado. Os editoriais podem conter até 1000 palavras. Esta seção pode incluir o editorial de apresentação da Revista, assinado pelo Editor, além de editoriais especiais, que compreendem colaborações solicitadas sobre temas atuais ou artigos publicados na Revista.

Instruções aos Autores

Artigos de Revisão

Artigos que objetivam sintetizar e avaliar criticamente os conhecimentos disponíveis sobre determinado tema. Devem conter até 6.000 palavras. Esses artigos devem apresentar resumo, não estruturado com número não superior a 200 palavras (exceto revisões sistemáticas – ver estrutura de resumo em ‘Artigos Originais’) e uma lista abrangente, mas preferencialmente não superior a 80 referências. Tabelas devem ser incluídas no mesmo arquivo do manuscrito (após as referências) e as figuras devem ser enviadas como documento suplementar em arquivos individuais.

Artigos Especiais

Manuscritos exclusivamente solicitados pelos editores, sobre tema de relevância científica, a autores com reconhecida expertise na área e que não se enquadrem nos critérios de Editorial.

Artigos Originais

Artigos com resultados inéditos de pesquisa, constituindo trabalhos completos que contêm todas as

informações relevantes que o leitor possa avaliar seus resultados e conclusões, bem como replicar a pesquisa. A sua estrutura de texto deve apresentar os tópicos: Introdução, Métodos, Resultados e Discussão. A(s) conclusão(ões) deve(m) estar no último parágrafo da Discussão, não sendo necessária uma seção específica. Implicações clínicas e limitações do estudo devem ser apontadas. Para os artigos originais, deve-se apresentar um resumo estruturado (Introdução, Métodos, Resultados e Conclusões), caso o artigo for escrito no idioma português, deverá apresentar também o resumo e título em inglês. O Resumo e o Abstract não devem exceder 250 palavras.

Os artigos submetidos nesta categoria não devem exceder 3.000 palavras. Tabelas devem ser incluídas no mesmo arquivo do manuscrito (após as referências) e as figuras devem ser enviadas como documentos suplementares em arquivos individuais.

Relatos de Caso

São artigos baseados em casos peculiares e comentários sucintos sobre a importância do caso em

relação ao conhecimento atual na área. Devem conter até 1.000 palavras, com um total de, no máximo, duas tabelas ou figuras e 15 referências, já que o objetivo dos relatos não é apresentar uma revisão bibliográfica. A sua estrutura deve apresentar os seguintes tópicos: Introdução, explicando a relevância do caso;

Instruções aos Autores

Apresentação do caso (Relato do Caso) e Discussão. Os relatos de casos devem descrever achados novos ou pouco usuais, ou oferecer novas percepções sobre um problema estabelecido.

O conteúdo deve limitar-se a fatos pertinentes aos casos. O sigilo em relação à identificação dos pacientes é fundamental, não devendo ser relatadas datas precisas, iniciais ou qualquer outra informação não relevante ao caso, mas que eventualmente possa identificar o paciente.

Os Relatos de Caso devem ter Resumo não estruturado com no máximo 150 palavras.

Tabelas devem ser incluídas no mesmo arquivo do manuscrito (após as referências) e as figuras devem ser enviadas como documentos suplementares em arquivos individuais.

Relatos de Casos: Imagens em Medicina

Seção destinada à publicação de Imagens elucidativas, não usuais e/ou de amplo interesse de situações médicas. Deve conter até 500 palavras e um total de cinco referências. Duas a três imagens (resolução mínima de 300 dpi).

Cartas

Opiniões e comentários sobre artigo publicado na Revista, sobre temas de relevância científica e/ou

observações clínicas preliminares. O texto deve ser breve com, no máximo, 500 palavras. Apenas uma tabela e uma figura são permitidas e, no máximo, cinco referências. Não devem ter resumo.

Comunicações Breves

Comunicações breves são resultados preliminares de pesquisas originais ou estudos mais pontuais que contêm todas as informações relevantes para que o leitor possa avaliar os seus resultados e conclusões, bem como replicar a pesquisa. A estrutura é semelhante a artigos originais; no entanto, o resumo (Português, Espanhol, ou Inglês) não deve exceder 150 palavras e o texto não deve exceder 1.200 palavras. Ter no máximo duas Tabelas ou Figuras.

Suplementos

Além dos números regulares, a CBR publica o suplemento da Semana Científica do HCPA.

CONFLITOS DE INTERESSE

Conflitos de interesse surgem quando o autor tem relações pessoais ou financeiras que influenciam seu julgamento. Estas relações podem criar tendências favoráveis ou desfavoráveis a um trabalho e prejudicar a objetividade da análise. Os autores devem informar sobre possíveis conflitos de interesse na ocasião do envio do manuscrito.

Instruções aos Autores

Cabe ao editor decidir se esta informação deve ou não ser publicada e usá-la para tomar decisões editoriais. Uma forma comum de conflito de interesse é o financiamento de trabalhos de pesquisa por terceiros, que podem ser empresas, órgãos públicos ou outros.

Esta obrigação para com a entidade financiadora pode levar o pesquisador a obter resultados que a satisfaçam, tornando o estudo tendencioso. Autores devem descrever a interferência do financiador em qualquer etapa do estudo, bem como a forma de financiamento e o tipo de relacionamento estabelecido entre patrocinador e autor. Os autores podem optar por informar nomes de pareceristas para os quais seu artigo não deva ser enviado, justificando-se.

PRIVACIDADE E CONFIDENCIALIDADE

Informações e imagens de pacientes que permitam sua identificação só devem ser publicadas com

autorização formal e por escrito do paciente, e apenas quando necessárias ao objetivo do estudo. Para a autorização formal, o paciente deve conhecer o conteúdo do artigo e ter ciência de que este artigo poderá ser disponibilizado na internet. Em caso de dúvida sobre a possibilidade de identificação de um paciente, como fotos com tarjas sobre os olhos, deve ser obtida a autorização formal. No caso de distorção de dados para evitar identificação, autores e editores devem assegurar-se de que tais distorções não comprometam os resultados do estudo.

EXPERIÊNCIAS COM SERES HUMANOS E ANIMAIS

Toda matéria relacionada com pesquisa em seres humanos e pesquisa em animais deve ter aprovação prévia de Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) ou Comissão de Ética no Uso de Animais (CEUA), respectivamente. Os trabalhos deverão estar de acordo com as recomendações da Declaração de Helsinque (vigente ou atualizada), das Resoluções CNS 466/2012 e complementares e da Lei 11.794/2008 para estudos em animais. É importante indicar o número do registro do projeto no respectivo Comitê ou Comissão de Ética, bem como da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), se aplicável.

PREPARO DO ARTIGO

O cadastro no sistema como autor e posterior acesso com login e senha são obrigatórios para submissão e verificação do estágio das submissões.

Identificação: devem constar: a) Título do artigo, claro e conciso. Não usar abreviaturas. Título reduzido para constar no cabeçalho e título no idioma inglês;

Clin Biomed Res 2018

Instruções aos Autores

b) Nome completo dos autores; c) Afiliação dos autores com a indicação da instituição e a unidade de vínculo (títulos pessoais e cargos ocupados não deverão ser indicados); d) Indicação do autor correspondente, acompanhada do endereço institucional completo; e) Trabalho apresentado em reunião científica, indicar o nome do evento, o local e a data da realização.

OS NOMES DE TODOS OS AUTORES DO MANUSCRITO DEVEM SER INDICADOS NO SISTEMA COM OS RESPECTIVOS ENDEREÇOS ELETRÔNICOS.

Resumo e Palavras-chave: os artigos devem conter o resumo em português e em inglês. Verificar a estrutura e o número máximo de palavras conforme descrito para cada tipo de artigo específico (ver anteriormente). Os resumos estruturados, exigidos apenas para os artigos originais, devem apresentar, no início de cada parágrafo, o nome das subdivisões que compõem a estrutura formal do artigo (Introdução, Métodos, Resultados e Conclusões). As palavras-chave, expressões que representam o assunto tratado no trabalho, devem ser em número de 3 a 10, fornecidas pelo autor, baseando-se no DeCS (Descritores em Ciências da Saúde) publicado pela Bireme, que é uma tradução do MeSH (*Medical Subject Headings*) da *National Library of Medicine*, disponível no endereço eletrônico: <http://decs.bvs.br>. As palavras-chave devem ser apresentadas em português e em inglês.

Manuscrito: deverá obedecer à estrutura exigida para cada categoria de artigo. Citações no texto e as referências citadas nas legendas das tabelas e das figuras devem ser numeradas consecutivamente na ordem em que aparecem no texto, com algarismos arábicos. As referências devem ser citadas no texto sobrescritas, conforme o exemplo: Texto¹. texto¹⁻³, texto^{4,6,9}.

Tabelas: devem ser numeradas consecutivamente, com algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto e encabeçadas por um título apropriado. Devem ser citadas no texto, mas deve-se evitar a duplicação de informação. As tabelas, com seus títulos e rodapés, devem ser autoexplicativas. As abreviações devem ser especificadas como nota de rodapé sem indicação numérica. As demais notas de rodapé deverão ser feitas em algarismos arábicos e sobrescritas.

Figuras e gráficos: as ilustrações (fotografias, gráficos, desenhos, etc.) devem ser enviadas em arquivos separados, em formato JPG (em alta resolução – no mínimo, 300 dpi). Devem ser numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto e serem suficientemente claras para permitir sua reprodução e estarem no mesmo idioma do texto.

Instruções aos Autores

Não serão aceitas fotocópias. Se houver figuras extraídas de outros trabalhos previamente publicados, os autores devem providenciar a permissão, por escrito, para a sua reprodução. Esta autorização deve acompanhar os manuscritos submetidos à publicação. As figuras devem possuir um título e legenda (se necessário). Ambos devem preceder a figura propriamente dita.

Abreviações: as abreviações devem ser indicadas no texto no momento de sua primeira utilização. No restante do artigo, não é necessário repetir o nome por extenso.

Nome de medicamentos: deve-se usar o nome genérico.

Havendo citação de aparelhos/equipamentos: todos os aparelhos/equipamentos citados devem incluir modelo, nome do fabricante, estado e país de fabricação.

Agradecimentos: devem incluir a colaboração de pessoas, grupos ou instituições que tenham colaborado para a realização do estudo, mas cuja contribuição não justifique suas inclusões como autores; neste item devem ser incluídos também os agradecimentos por apoio financeiro, auxílio técnico, etc. Devem vir antes das referências bibliográficas.

Conflitos de interesse: Caso haja algum conflito de interesse (ver anteriormente) o mesmo deve ser declarado. Caso não haja, colocar nesta seção: “Os autores declaram não haver conflito de interesse”

Referências: devem ser numeradas consecutivamente, na mesma ordem em que foram citadas no texto e identificadas com algarismos arábicos. A apresentação deverá estar baseada no formato denominado “*Vancouver Style*”, conforme exemplos abaixo, e os títulos de periódicos deverão ser abreviados de acordo com o estilo apresentado pela *List of Journal Indexed in Index Medicus, da National Library of Medicine* e disponibilizados no endereço: <ftp://nlmpubs.nlm.nih.gov/online/journals/ljiweb.pdf>. Os autores devem certificar-se de que as referências citadas no texto constam da lista de referências com datas exatas e nomes de autores corretamente grafados. A exatidão das referências bibliográficas é de responsabilidade dos autores. Comunicações pessoais, trabalhos inéditos ou em andamento poderão ser citados quando absolutamente necessários, mas não devem ser incluídos na lista de referências e apenas citados no texto. Caso entendam necessário, os editores podem solicitar a apresentação de trabalhos não publicados citados no manuscrito.

Instruções aos Autores

Exemplos de citação de referências:

Artigos de periódicos (de um até seis autores)

Almeida OP. Autoria de artigos científicos: o que fazem os tais autores? Rev Bras Psiquiatr. 1998;20:113-6.

Artigos de periódicos (mais de seis autores)

Slatopolsky E, Weerts C, Lopez-Hilker S, Norwood K, Zink M, Windus D, et al. Calcium carbonate as a phosphate binder in patients with chronic renal failure undergoing dialysis. N Engl J Med. 1986;315:157-61.

Artigos sem nome do autor

Cancer in South Africa [editorial]. S Afr Med J. 1994;84:15.

Livros no todo

Ringsven MK, Bond D. Gerontology and leadership skills for nurses. 2nd ed. Albany (NY): Delmar Publishers; 1996.

Capítulos de livro

Phillips SJ, Whisnant JP. Hypertension and stroke. In: Laragh JH, Brenner BM, editors. Hypertension: pathophysiology, diagnosis, and management. 2nd ed. New York: Raven Press; 1995. p. 465-78.

Livros em que editores (organizadores) são autores

Norman IJ, Redfern SJ, editors. Mental health care for elderly people. New York: Churchill Livingstone; 1996.

Teses

Kaplan SJ. Post-hospital home health care: the elderly's access and utilization [dissertation]. St. Louis (MO): Washington Univ.; 1995.

Trabalhos apresentados em congressos

Bengtsson S, Solheim BG. Enforcement of data protection, privacy and security in medical informatics. In: Lun KC, Degoulet P, Piemme TE, Rienhoff O, editors. MEDINFO 92. Proceedings of the 7th World Congress on Medical Informatics; 1992 Sep 6-10; Geneva, Switzerland. Amsterdam: North-Holland;1992. p. 1561-5.

Instruções aos Autores

Artigo de periódico em formato eletrônico

Morse SS. Factors in the emergence of infectious diseases. *Emerg Infect Dis* [serial online] 1995 Jan-Mar [cited 1996 Jun 5];1(1):[24 screens]. Available from: URL:<http://www.cdc.gov/ncidod/EID/eid.htm>.

Outros tipos de referência deverão seguir o documento International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals: Sample References http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html

Requisitos técnicos

Arquivo word (doc ou .rtf), digitado em espaço duplo, fonte tamanho 12, margem de 2 cm de cada lado, página de título, resumo e descritores, texto, agradecimentos, referências, tabelas e legendas e as imagens enviadas em formato jpg ou tiff com resolução mínima de 300dpi. *06 abr 2018*.

Identificação interna do documento FTMUAD2QL7-EP7WIWF2



Nome do arquivo: TCR_Tatiane_Soldi_7903612020227.pdf

Data de vinculação ao processo: 27/02/2020 19:21

Autor: TATIANE CRISTINA SOLDI (112445)

Processo: 1703684