

Elaboração de um protocolo de classificação de risco para pacientes oncológicos em Cuidados Paliativos Domiciliares

Development of a risk classification protocol for cancer patients in Home-based Palliative Care

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

DOI: 10.1590/0103-1104202313824

RESUMO Os serviços de Cuidados Paliativos Domiciliares especializados no tratamento de pacientes oncológicos têm como objetivo identificar e controlar sintomas físicos, psicossociais e espirituais em domicílio. Alguns desafios encontrados são a complexidade de sintomas, a sobrevida reduzida dos pacientes com câncer avançado e limitações do sistema de saúde. Para estratificar a prioridade de atendimento dos pacientes com câncer avançado em Cuidados Paliativos Domiciliares, foi elaborado um protocolo de classificação de risco. Este artigo é um relato de experiência sobre o processo de elaboração de um protocolo de classificação de risco para pacientes com câncer avançado atendidos em um serviço de Cuidados Paliativos Domiciliares no Rio de Janeiro. A etapa inicial envolveu reuniões da equipe da Assistência Domiciliar de um hospital oncológico e buscas estruturadas na literatura. Depois, foram listadas as situações clínicas de manejo mais complexo no domicílio, chamadas de sinais e sintomas de alerta: dor, falta de ar, náuseas/vômitos, sangramento e confusão mental aguda. Elaborou-se um protocolo de avaliação e classificação de risco com cinco categorias/cores, para determinar a prioridade de atendimento dos pacientes. O sistema de triagem desenvolvido possui fácil aplicabilidade e requer um treinamento breve do profissional de saúde para que possa ser utilizado durante os atendimentos domiciliares.

PALAVRAS-CHAVE Cuidados Paliativos. Neoplasias. Serviços de assistência domiciliar. Triagem. Sinais e sintomas.

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

KEYWORDS *Palliative Care. Neoplasms. Home care services. Triage. Signs and symptoms.*

¹Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (Unirio) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.
flavia_navi@yahoo.com.br

²Instituto Nacional de Câncer José de Alencar Gomes da Silva (Inca) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

³Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Instituto Oswaldo Cruz (IOC) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.



Introdução

O câncer é a principal causa de necessidade de Cuidados Paliativos (CP) no mundo, uma vez que muitos casos dessa doença são diagnosticados em fase avançada e com pouca chance de cura^{1,2}.

Os CP são aplicáveis desde o início do curso do câncer, em conjunto com terapias modificadoras de doença. À medida que a doença se agrava, ocorre uma progressiva redução das terapias modificadoras de doença (como quimioterapia) e aumento das medidas de CP. Os CP incluem investigações para controlar as complicações clínicas do paciente e oferecer suporte para ajudar a família no enfrentamento da doença do paciente e na fase de luto³.

A oferta de CP em domicílio está associada à redução de visitas à emergência, inclusive na fase final de vida, permitindo que pacientes fiquem em casa, junto de seus familiares, pelo maior tempo possível⁴.

Pacientes com câncer avançado geralmente apresentam múltiplos sintomas, que precisam ser pesquisados rotineiramente pelos profissionais de saúde⁵.

Os pacientes oncológicos atendidos por serviços de Cuidados Paliativos Domiciliares (CPD) se caracterizam por baixa capacidade funcional e baixa expectativa de sobrevida^{6,7}. Considerando esse perfil de pacientes e as limitações de recursos dos serviços de saúde, é desejável que as equipes de Assistência Domiciliar (AD) sejam capazes de definir quais são os pacientes com maior prioridade de atendimento.

Diversos serviços de emergência no mundo já demonstraram a grande importância do uso do sistema de triagem (também denominado classificação de risco), para definir priorização de atendimento de pacientes com maior gravidade⁸. Um exemplo é o Sistema de Triagem de Manchester (STM), criado no Reino Unido, em 1997, para estabelecer prioridade clínica de atendimento médico dos usuários das unidades de urgência e emergência, e que atualmente é utilizado em vários países do mundo⁸⁻¹⁰.

Uso de sistema de triagem é uma etapa fundamental na gestão de risco clínico em qualquer serviço em que a demanda clínica supere a oferta de recursos para atendimento¹⁰.

Apesar dos benefícios evidenciados em serviços de emergência, o sistema de triagem ainda não é uma estratégia utilizada com frequência em serviços de CPD. Estudo de Dhiliwal et al.¹¹ avaliou o uso de sistema de triagem para pacientes em CPD, com base na avaliação de sintomas clínicos. O referido estudo mostrou que a triagem facilitou a intervenção precoce da equipe de CPD, melhorou o controle de sintomas dos pacientes e reduziu o número de mortes em hospital¹¹.

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

Material e métodos

Este estudo consiste num relato de experiência sobre a elaboração de um protocolo de classificação de risco para pacientes com câncer avançado atendidos em um serviço de CPD.

A descrição deste relato foi baseada no processo de sistematização de experiência proposto por Holliday¹². Conforme Eckert¹³, a sistematização de experiência é uma proposta metodológica que consiste na reflexão crítica de uma experiência concreta, visando a produzir processos de aprendizagem¹³.

O presente artigo teve como foco descrever de forma organizada o processo de criação do protocolo de classificação de risco para pacientes em CPD, estimular uma reflexão sobre

os resultados desenvolvidos e compartilhar experiências práticas com outros profissionais de saúde e/ou pesquisadores.

Contextualização

Este estudo foi desenvolvido entre os anos de 2018 e 2022. A primeira versão do protocolo de classificação de risco foi idealizada por dois pesquisadores de um serviço oncológico de CPD. Sua origem ocorreu em 2018, a partir de uma necessidade prática de definir a prioridade de atendimento de pacientes assistidos pelo serviço de AD vinculado a um hospital oncológico de Cuidados Paliativos Exclusivos, na cidade do Rio de Janeiro (Brasil).

A experiência cotidiana dos atendimentos presenciais em domicílio e em teleatendimentos com pacientes em CPD, somada aos desafios discutidos entre a equipe da AD, contribuiu para os pesquisadores formularem algumas hipóteses sobre as circunstâncias que interferiam na probabilidade de permanência dos pacientes em casa.

Entre 2020 e 2022, o estudo recebeu a participação de um pesquisador externo, que contribuiu para orientação e aprimoramento da versão final do protocolo como um produto tecnológico desenvolvido durante um curso de mestrado profissional. A seguir, serão descritas as diferentes etapas percorridas pelos pesquisadores desde a idealização da primeira versão do protocolo até a versão atual.

Pesquisa bibliográfica

Foi realizada uma busca na literatura, com a descrição e a análise dos dados coletados com a finalidade de desenvolvimento de um produto tecnológico em saúde¹⁴. Primeiramente, foi elaborada uma Revisão Integrativa da Literatura (RIL) sobre os fatores associados à visita à emergência ou hospitalização de pacientes oncológicos em CPD, visando a compreender quais situações provocavam a interrupção dos

CPD¹⁵. Através da RIL, foram identificadas as principais causas, os fatores de risco e os fatores de proteção com relação à procura de emergência ou hospitalização¹⁵.

Em seguida, os pesquisadores elaboraram uma RIL sobre os métodos utilizados para triagem de atendimento de pacientes oncológicos em CPD. Os dados obtidos nessa RIL foram sistematizados e serão detalhados em artigo científico a ser publicado. A escassez de estudos sobre triagem em CPD motivou os pesquisadores a elaborarem uma proposta de protocolo de triagem de atendimento para pacientes oncológicos em CPD no Brasil, com base na avaliação de sinais e sintomas.

Elaboração de uma proposta de avaliação de sinais e sintomas

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

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

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

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

descrever o exame físico e a conduta terapêutica. A implementação do protótipo era acompanhada de reuniões diárias do serviço da AD, nas quais eram esclarecidas as dúvidas sobre o preenchimento das informações e discutidos os casos mais complexos.

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

Definição dos sinais e sintomas de alerta na AD

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

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

Posteriormente, foi realizada uma busca bibliográfica estruturada, baseada em evidências científicas, através de uma RIL sobre os fatores determinantes de visita à emergência ou hospitalização de pacientes oncológicos em CPD¹⁵. Os resultados dessa RIL foram importantes para consolidar os sinais e sintomas de alerta. Além disso, o processo de escolha desses parâmetros considerou aspectos resultantes de novas reuniões entre pesquisadores do grupo gestor da AD, a estrutura da AD da instituição no momento da pesquisa, bem como o perfil dos pacientes atendidos pelo serviço.

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

Apesar de identificadas na RIL como fatores associados à visita à emergência ou

hospitalização, a fadiga e a febre/infecção não foram incluídas como sinais/sintomas de alerta no protótipo de classificação de risco da AD¹⁵.

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

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

As infecções mais diagnosticadas em pacientes com câncer são as dos tratos respiratório, urinário e abdominal¹⁶. Diante da suspeita de infecção, a equipe da AD deve avaliar a necessidade de uso de antibiótico e/ou outras medidas terapêuticas, visando a oferecer conforto para o paciente em domicílio. O encaminhamento para o hospital geralmente é reservado para os casos infecciosos graves e/ou refratários ao tratamento inicial.

A doença infecciosa causada pelo vírus Sars-CoV-2 (Covid-19) é um outro exemplo de infecção que, desde 2020, começou a impactar a permanência em casa dos pacientes oncológicos atendidos pela AD^{17,18}. Nos casos de Covid-19 sem sinais de gravidade, é oferecida a possibilidade de monitoramento do paciente de forma remota, com orientações da equipe da AD por meio de teleatendimento¹⁷. A hospitalização, geralmente, é reservada para casos graves de Covid-19 e/ou outras situações de maior complexidade, considerando o desejo do paciente/familiar com relação ao local de oferta de cuidados.

Desenvolvimento de um protocolo de classificação de risco dos pacientes oncológicos em Cuidados Paliativos Domiciliares, baseado em sinais e sintomas de alerta

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

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

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

A versão final do protocolo de classificação de risco baseou-se no STM⁸⁻¹⁰, ao contemplar cinco categorias/cores: vermelho, laranja, amarelo, verde e azul. Foram mantidos os sinais e sintomas de alerta usados na primeira versão do protocolo da AD e consolidados após a RIL.

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

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

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

Documentação na unidade

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

Resultados e discussão

Foi desenvolvido um instrumento para avaliação de sinais e sintomas dos pacientes oncológicos em CPD, descrito no *quadro 1*.

Quadro 1. Instrumento para avaliação de sinais e sintomas dos pacientes oncológicos em Cuidados Paliativos Domiciliares

Sintomas da Escala de Edmonton (ESAS)	Intensidade (0-10)
Dor*	
Cansaço	
Náuseas*	
Falta de ar*	
Ausência de bem-estar	
Sonolência	
Ansiedade	
Tristeza	
Falta de apetite	
Outro	
Sinais e sintomas adicionais	Intensidade (0-10)
Constipação	
Diarreia	
Confusão mental aguda*	
Sangramento*	
Disfagia	

Origem da informação: () paciente () cuidador () profissional

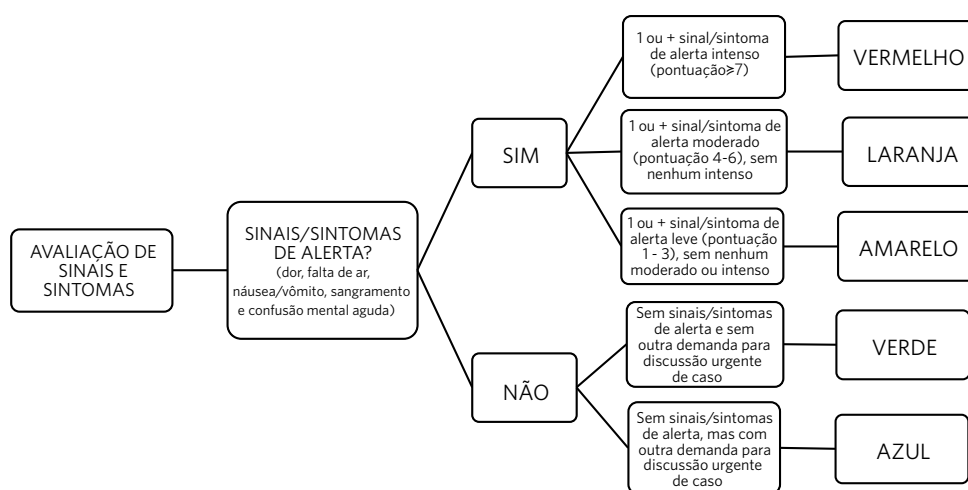
*sinais/sintomas de alerta utilizados na classificação de risco do paciente

Fonte: elaboração própria.

O instrumento utiliza dados da Escala de avaliação de sintomas associados a outros sinais e sintomas frequentemente relatados por pacientes com câncer avançado. Com base na presença e

intensidade dos sinais e sintomas de alerta, é definida a classificação de risco do paciente, de acordo com Fluxograma elaborado pelos pesquisadores e apresentado na figura 1.

Figura 1. Fluxograma para classificação de risco de pacientes oncológicos em Cuidados Paliativos Domiciliares, com base em sinais e sintomas de alerta



Fonte: elaboração própria.

As manifestações definidas nesse protocolo como sinais e sintomas de alerta correspondem a situações de manejo mais complexo em domicílio e que representam um risco aumentado de ida à emergência e/ou hospitalização¹⁵. Como muitos pacientes desejam permanecer em casa, inclusive na fase final de vida, a equipe de CPD deve ser capaz de identificar e controlar fatores que possam prejudicar a permanência do paciente em casa.

A escolha desses sinais e sintomas de alerta (definidos com base numa RIL) é reforçada pelos resultados de um estudo de Mercadante et al.¹⁹, que avaliou as principais causas de ligações de emergência feitas por pacientes oncológicos atendidos por serviço de CP domiciliar. De acordo com o estudo, as cinco principais causas para ligações de emergência foram, em ordem decrescente de prevalência: dispneia, dor, *delirium*, perda no nível de consciência e sangramento.

Além disso, falta de ar (dispneia) e *delirium* (representado pela confusão mental aguda) são sintomas multidimensionais associados a um pior prognóstico e que podem causar intenso sofrimento para pacientes e seus familiares^{20,21}.

Segundo modelo descrito por Hui e Bruera⁶, pacientes com câncer avançado possuem quatro categorias de necessidades pessoais: problemas agudos, crônicos, psicossociais e

espirituais/existenciais. A abordagem inicial dos profissionais de saúde deve ser direcionada para os problemas agudos, que envolvem sintomas físicos (como dor, falta de ar, náusea), *delirium* e depressão com risco de suicídio²².

É importante destacar que, além dos sinais e sintomas de alerta, outros fatores relacionados à doença, individuais e ambientais, interferem na escolha do local de óbito do paciente e, portanto, podem contribuir para interrupção ou continuidade dos cuidados do paciente em domicílio. Uma revisão sistemática feita por Gomes e Higginson²¹ mostrou que os fatores associados à maior probabilidade de óbito em domicílio são a preferência do paciente, boas condições sociais, acesso a serviços de AD, intensidade dos atendimentos domiciliares, evolução longa da doença, baixa capacidade funcional, ambiente rural, rede de suporte social e momento sócio-histórico²¹.

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

Quadro 2. Principais diferenças entre o Sistema de Triagem de Manchester (STM) e a classificação de risco em Cuidados Paliativos Domiciliares (CPD) oncológicos

Modelo de sistema de triagem	Sistema de Triagem de Manchester ⁸⁻¹⁰	Classificação de risco em CPD oncológicos (Fonte: autores)
Cenário	• Serviços de emergência	• Serviços de CPD
Executor da triagem	• Enfermeiros	• Enfermeiros e médicos
Perfil dos pacientes	• Pacientes com diferentes problemas de saúde	• Pacientes com câncer avançado em CPD
Objetivo	• Determinar a prioridade de atendimento médico	• Determinar a prioridade de atendimento domiciliar subsequente, teleatendimento e/ou discussão do caso em equipe
Outras características	Tempo máximo ideal até atendimento médico é definido conforme a categoria de risco do paciente;	Limite de tempo para o atendimento subsequente depende da categoria de risco do paciente, mas também pode variar conforme a disponibilidade de recursos humanos no serviço da AD;

Quadro 2. Principais diferenças entre o Sistema de Triagem de Manchester (STM) e a classificação de risco em Cuidados Paliativos Domiciliares (CPD) oncológicos

Modelo de sistema de triagem	Sistema de Triagem de Manchester ⁸⁻¹⁰	Classificação de risco em CPD oncológicos (Fonte: autores)
Outras características	Categoria azul significa 'não urgente' e é a que pode aguardar maior tempo até atendimento	Categoria azul representa pacientes sem sinais/sintomas de alerta, mas com outro motivo para discussão em equipe; a categoria verde é a de menor prioridade de atendimento

Fonte: elaboração própria.

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

Considerações finais

Este relato de experiência descreveu o processo de elaboração do protocolo de classificação de risco de pacientes oncológicos atendidos por um serviço de CPD. Esta pesquisa se iniciou a partir da necessidade identificada pelos pesquisadores de definir a prioridade de atendimento dos pacientes no serviço em que o protocolo foi desenvolvido.

O referido protocolo busca identificar e facilitar o controle de sinais/sintomas de pacientes com câncer avançado atendidos em

AD, tendo como objetivo final melhorar a qualidade de vida e favorecer a permanência dos pacientes em casa, junto de seus familiares. Possui fácil aplicabilidade por profissionais de saúde, requerendo apenas um breve treinamento para que possa ser utilizado em consultas domiciliares.

Desde sua primeira versão, o protocolo foi sofrendo adaptações visando ao aperfeiçoamento do processo de avaliação de pacientes com câncer em CPD e a, assim, auxiliar o planejamento de cuidados pela equipe da AD. Embora a última versão do protocolo de classificação de risco em CPD tenha sido finalizada em 2022, o processo de avaliação dos resultados de sua aplicação e a validação desse instrumento serão focos de novos estudos.

Por meio deste artigo, os autores pretendem compartilhar uma estratégia de triagem prática e inovadora usada para direcionar a alocação de recursos, diante de um cenário de grande demanda (em número de pacientes e/ou complexidade de sintomas) e limitação de recursos humanos e materiais do sistema de saúde.

Colaboradores

Souza FN (0000-0003-1478-7038)*, Silva VG (0000-0003-3438-3401)* e Silva AS (0000-0002-5573-4111)* contribuíram igualmente para a elaboração do manuscrito. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Worldwide Hospice Palliative Care Alliance. Global Atlas of Palliative Care. 2. ed. 2020. [acesso em 2022 set 5]. Disponível em: <https://www.thewhpc.org/resources/global-atlas-on-end-of-life-care>.
2. Atty ATM, Tomazelli JG. Cuidados paliativos na atenção domiciliar para pacientes oncológicos no Brasil. *Saúde debate*. 2018 [acesso em 2022 set 5]; 42(116):225-236. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201811618>.
3. World Health Organization. Definition of Palliative Care. 2020. [acesso em 2022 set 5]. Disponível em: <https://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>.
4. Mracek J, Earp M, Sinnarajah A. Palliative home care and emergency department visits in the last 30 and 90 days of life: A retrospective cohort study of patients with cancer. *BMJ support. palliat. care*. 2021 [acesso em 2022 set 5]; (1):1-10. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bmjspcare-2021-002889>.
5. Hui D, Bruera E. The Edmonton Symptom Assessment System 25 Years Later: Past, Present, and Future Developments. *J. pain symptom man.* 2017; 53(3):630-643.
6. Hui D, Bruera E. Models of palliative care delivery for patients with cancer. *J. clin. oncol.* 2020; 38(9):852-865.
7. Mercadante S, Adil C, Caruselli A, et al. The palliative-supportive care unit in a comprehensive cancer center as crossroad for patients' oncological pathway. *PLoS ONE*. 2016 [acesso em 2022 set 5]; 11(6):e0157300. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0157300>.
8. Jesus APS, Okuno MFP, Campanharo CRV, et al. Manchester Triage System: assessment in an emergency hospital service. *Rev. bras. enferm.* 2021 [acesso em 2022 jun 1]; 74(3):e20201361. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-1361>.
9. Santos Filho LAM. Revisão sistemática do Sistema de Triage de Manchester na estratificação de risco. [monografia]. Salvador: Faculdade de Medicina da Bahia, Universidade Federal da Bahia; 2013. 28 p.
10. Mackway-Jones K, Marsden J, Windle J, editores. *Emergency triage: Manchester Triage Group*. 3. ed. Chichester (UK): John Wiley & Sons; 2014. [acesso em 2022 set 5]. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/book/10.1002/9781118299029>.
11. Dhiliwal S, Salins N, Deodhar J, et al. Pilot testing of triage coding system in home-based palliative care using Edmonton Symptom Assessment Scale. *Indian J Palliat Care*. 2016 [acesso em 2022 set 5]; 22(19). Disponível em: <https://doi.org/10.4103/0973-1075.173943>.
12. Holliday OJ. Para sistematizar experiências. 2. ed. Brasília, DF: MMA; 2006. p. 128.
13. Eckert C. Orientações para elaboração de sistematização de experiências. Porto Alegre: EMATER/RS-ASCAR; 2009. p. 9-18.
14. Fontenelles MJ, Simões MG, Frias SH, et al. Metodologia da pesquisa científica: diretrizes para a elaboração de um protocolo de pesquisa. *Rev. para. med. Belém*. 2009; 23(3):25-37.
15. Souza FN, Silva VG, Silva AS. Fatores associados à visita à emergência ou hospitalização em cuidados paliativos oncológicos domiciliares: uma revisão integrativa. *Rev. Pesqui. (Univ. Fed. Estado Rio J.)*. 2023 [acesso em 2023 abr 15]; (15):e12000. Disponível em: <https://doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v15.12000>.
16. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Capítulo 18 – Infecções. In: Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. *Cuidados paliativos: vivências e aplicações práticas do Hospital do Câncer IV*. Rio de Janeiro: INCA; 2021. p. 167-174.
17. Silva VG, Telles AC, Guimaraes NPA, et al. A propulsão do teleatendimento no cuidado paliativo oncológico domiciliar durante a pandemia de CO-

- VID-19. Res Soc Dev. 2022 [acesso em 2022 set 5]; 11(5):e35711528300. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i5.28300>.
18. Porzio G, Cortellini A, Bruera E, et al. Home Care for Cancer Patients During COVID-19 Pandemic: The Double Triage Protocol. *J. pain symptom manage.* 2020 [acesso em 2022 set 5]; 60(1):e5-e7. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.03.021>.
 19. Mercadante S, Porzio G, Valle A, et al. Emergencies in patients with advanced cancer followed at home. *J. pain symptom manage.* 2012 [acesso em 2022 jan 1]; 44(2). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2011.07.016>.
 20. Verhoef MJ, Nijs E, Horeweg N, et al. Palliative care needs of advanced cancer patients in the emergency department at the end of life: an observational cohort study. *Support. care cancer.* 2020 [acesso em 2022 set 5]; 28(3). Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s00520-019-04906-x>.
 21. Gomes B, Higginson IJ. Factors influencing death at home in terminally ill patients with cancer: Systematic review. *BMJ, Br. med. j. (Clin. res. ed.)*. 2006 [acesso em 2022 set 5]; 332(7540). Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bmj.38740.614954.55>.
 22. Hui D, Bruera E. Integrating palliative care into the trajectory of cancer care. *Nat. rev., Clin. oncol. (Online)*. 2016 [acesso em 2022 jun 1]; 13(3):159-171. Disponível em: <https://doi.org/10.1038/nrclinonc.2015.201>.

Recebido em 26/12/2022
 Aprovado em 22/05/2023
 Conflito de interesses: inexistente
 Suporte financeiro: não houve