



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CEILÂNDIA
CURSO DE ENFERMAGEM

LETHÍCIA SIQUEIRA DE ARAUJO

INDICADORES DE QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA À DOR EM CUIDADOS PALIATIVOS

Brasília

2014



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CEILÂNDIA
CURSO DE ENFERMAGEM

LETHÍCIA SIQUEIRA DE ARAUJO

INDICADORES DE QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA À DOR EM CUIDADOS PALIATIVOS

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como requisito para obtenção do grau de bacharel, no curso de Enfermagem da UnB-FCE – Universidade de Brasília – Faculdade de Ceilândia.

Orientadora:

Prof^a. Ms. Janaína Meirelles Sousa

Brasília

2014

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada à fonte.

ARAUJO, Lethícia Siqueira.

Indicadores de Qualidade da Assistência à Dor em Cuidados Paliativos / Lethícia Siqueira de Araujo. – Brasília: Universidade de Brasília, 2014.

46 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) – Universidade de Brasília, Faculdade de Ceilândia. Curso de Enfermagem, 2014.

Orientadora: Janaína Meirelles Sousa

1. Assistência Terminal. 2. Cuidados Paliativos. 3. Indicadores de Qualidade em Assistência à Saúde. I. Janaína Meirelles Sousa II. Universidade de Brasília. Curso de Enfermagem. III. Indicadores de qualidade da assistência à dor em cuidados paliativos

INDICADORES DE QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA À DOR EM CUIDADOS PALIATIVOS

LETHÍCIA SIQUEIRA DE ARAUJO

BANCA EXAMINADORA

Prof(a). Ms. Janaína Meirelles Sousa
Orientadora

Prof(a). Ms. Diane Scherer Kuhn Lago
Avaliador

Prof(a). Dra. Ana Cláudia Afonso Valladares Torres
Avaliador

Dedico este trabalho a todos que compartilharam comigo os momentos vividos ao longo desses cinco anos de graduação e que de algum modo contribuíram para a minha formação profissional. Aos meus pais, irmãos, familiares, amigos, companheiros de curso, professores e em especial a minha orientadora Janaína Meirelles Sousa.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço a Deus que permaneceu ao meu lado me dando forças para não desistir e para superar os momentos de dúvidas e incertezas durante toda a minha trajetória e realização deste trabalho.

Aos meus amados pais, Adriana e Jorge, por serem meu exemplo e minha base, possibilitando que eu chegasse até aqui, por sempre confiarem em mim e em minhas escolhas e principalmente por compartilharem comigo todos os sonhos e conquistas.

Aos meus queridos irmãos, Julianne e João Vítor, que com paciência, amor e carinho estiveram ao meu lado, me apoiando e acreditando em meu potencial.

A todos os meus amigos e meus colegas de curso pela convivência, cumplicidade, companheirismo, carinho e por todas as experiências compartilhadas. Em especial aos amigos Rhana, Luís Carlos, Mariana, Luana, Hudson e Ingrid, por todo o apoio e compreensão e também por entenderem as minhas ausências e estarem ao meu lado ao longo desses anos de graduação.

À equipe do Ambulatório de Dor Crônica do Hospital de Base do Distrito Federal por possibilitarem a realização desse estudo e por todo o auxílio prestado.

Aos docentes da Faculdade de Ceilândia/Universidade de Brasília, em especial os do curso de Enfermagem, que foram fundamentais para o meu crescimento e aprendizado, sendo grandes responsáveis pela profissional que me tornei e por despertar em mim a paixão pelo cuidar em enfermagem.

Em especial, agradeço à minha orientadora Janaína Meirelles Sousa por ter me apresentado a fascinante área dos Cuidados Paliativos, por ter me acolhido e compartilhado comigo parte de seu conhecimento, por ter tido muita paciência, calma, sabedoria, dedicação e compreensão durante todo o período em que trabalhamos juntas.

“Há em cada um de nós um potencial para a bondade que é maior do que imaginamos; para dar sem buscar recompensa; para escutar sem julgar; para amar sem impor condições”.
Elisabeth Kübler-Ross (1998)

ARAUJO, Lethícia Siqueira. **Indicadores de qualidade da assistência à dor em cuidados paliativos.** Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Enfermagem) – Universidade de Brasília, Graduação em Enfermagem, Faculdade de Ceilândia, Brasília, 2014. 46 p.

RESUMO

O uso de indicadores de qualidade nos serviços de saúde proporciona a identificação de problemas reais e potenciais e, possibilita o acompanhamento da qualidade do atendimento oferecido, de forma constante, em busca da melhoria da qualidade e da excelência do serviço prestado. Este estudo tem como objetivo identificar o perfil dos usuários de um serviço ambulatorial de Cuidados Paliativos, caracterizando a terapêutica prescrita aos pacientes com dor e, propor indicadores de qualidade em dor no contexto ambulatorial de cuidados paliativos. Trata-se de uma pesquisa documental, descritiva, exploratória, em que foram analisados os prontuários de pacientes atendidos em um serviço ambulatorial de cuidados paliativos. Os resultados evidenciaram 338 prontuários analisados, onde o diagnóstico de câncer gastrointestinal esteve associado a maior incidência de dor intensa por 16,9% (32) dos usuários com registro de dor. A terapêutica farmacológica foi prescrita para 86,7% (293) dos pacientes, sendo que 91,5% (268) das prescrições foram destinadas para alívio do sintoma dor. Dos prontuários analisados emergiram oito numeradores e quatro denominadores que configuraram oito indicadores de qualidade, sendo sete destes de processo e um de resultado, evidenciados como se segue: prevalência da dor; índice de prescrição de tratamento farmacológico e não farmacológico para analgesia; Índice de deficiência na avaliação da dor; índice de gerenciamento eficaz da dor; e prevalência de dor leve, moderada e intensa nos pacientes com dor. Os prontuários analisados elucidaram indicadores de processo e de resultado, permitindo apreender que a dor está sendo avaliada e a existência de tratamento farmacológico prescrito. Os numeradores e denominadores identificados permitem sua aplicabilidade no ambulatório em que foi realizado o estudo instigando a melhoria e o aperfeiçoamento do gerenciamento da dor

em adultos na unidade ambulatorial, além de contribuir com as evidências que sustentam os cuidados paliativos.

Palavras-chave: Assistência Terminal. Cuidados Paliativos. Indicadores de Qualidade em Assistência à Saúde.

ARAUJO, Lethícia Siqueira. **Quality Indicators for pain assistance in palliative care.** Completion of course work (Nursing course) – University of Brasília, Undergraduate Nursing, Faculty of Ceilândia, Brasília, 2014. 46 p.

ABSTRACT

The objectives of this study are identify the profile of Palliative Care service users; characterizing the therapy prescribed to patients with pain and propose quality indicator for pain in palliative care primary service context. This is a documental, descriptive and exploratory research that analyzed medical records of patients attended in a palliative care primary service. The results showed 338 medical records analyzed where the diagnosis of gastrointestinal cancer has been associated to the high incidence of severe pain in 16,9% (32) of the patients with pain record. The pharmacological therapy was prescribed for 86,7% (293) of the patients, which 91,5% (268) of prescriptions were intended for the pain relief. From the medical records analyzed eight numerators and four denominators were identified and configure eight quality indicators, of which seven process indicators and one outcome indicator, evidenced as follows: Prevalence of pain; pharmacological and non-pharmacological therapy for analgesia index; deficiency index in the evaluation of pain; index of effective pain management; and prevalence of mild, moderate and severe pain in patients with pain. The records elucidated process and outcome indicators, allowing a better comprehension that pain is being assessed and the existence of pharmacological treatment prescribed. The numerators and denominators identified allow its applicability in the clinic in which the research was performed arousing the improvement and enhancement of pain management in adults on the ambulatory unit, in addition to contributing the evidence that supports palliative care.

Keywords: End of Life Care. Palliative Care. Quality Indicators in Health Care.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Escada Analgésica da OMS.....	23
------------------------------------------------	----

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Categorização dos indicadores de qualidade segundo a trilogia de Donabedian.....	31
---------------------------------------------------------------------------------------------------	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Perfil dos usuários do serviço ambulatorial de Cuidados Paliativos.....27

Tabela 2. Classificação da Intensidade da Dor segundo Patologia de Base e Sexo....29

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANA: *American Nursing Association*

ANCP: Academia Nacional de Cuidados Paliativos

ENV: Escala Numérica Verbal

EVA: Escala Visual Analógica

HBDF: Hospital de Base do Distrito Federal

IASP: Associação Internacional de Estudos da Dor

JCAHO: *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations*

MMII: Membros Inferiores

NDNQI[®]: Base de Dados Nacional de Indicadores de Qualidade de Enfermagem

NCP: National Consensus Project

OMS: Organização Mundial de Saúde

SAD: Sociedade Americana de Dor

SADT: Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Terapia

SBED: Sociedade Brasileira para o Estudo da Dor

SECPAL: Sociedade Espanhola de Cuidados Paliativos

SNC: Sistema Nervoso Central

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	15
1.1 O Contexto dos Cuidados Paliativos.....	17
1.2 A Dor em Cuidados Paliativos.....	20
2. OBJETIVOS.....	25
3. METODOLOGIA.....	25
4. RESULTADOS.....	27
5. DISCUSSÃO.....	32
6. CONCLUSÃO.....	38
REFERÊNCIAS.....	39
ANEXO A	

1. INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional progressivo e o aumento da expectativa de vida mudaram de forma significativa o conjunto de doenças que até então eram responsáveis pelo adoecimento e a morte das pessoas, hoje constituído por doenças crônicas graves e câncer que acarretam importantes problemas físicos, psicológicos e sociais (WHO, 2004). Nessa perspectiva o número de pessoas que necessitam de cuidados no final da vida, também chamados de cuidados paliativos, cresce a cada ano.

Os cuidados paliativos surgiram para atender pessoas com câncer já em fase avançada, mas acabaram sendo estendidos a todos aqueles que possuem alguma doença crônica que cause dor intensa, além de sintomas físicos que levem ao sofrimento emocional e espiritual, a ponto de tornar a vida extremamente difícil de ser vivida (SILVA & SUDIGURSKY, 2008). O objetivo principal dessa abordagem é prevenir e reduzir o sofrimento por meio do controle da dor e outros sintomas, além de proporcionar suporte para que haja qualidade de vida, incorporando o cuidado espiritual e psicossocial de modo a fornecer o cuidado integral ao paciente e sua família. Cabe ressaltar que esse tipo de cuidado não deve se restringir apenas ao fim da vida, podendo ser iniciado quando do diagnóstico de doença que ameaça a vida (LEVY *et al.*, 2006).

Na ótica dos cuidados paliativos a mensuração da qualidade da assistência prestada permite aos profissionais de saúde a reflexão e a avaliação do cuidado e, como consequência, a busca por melhorias e pela excelência (PASMAN *et al.*, 2009). Para incorporar os padrões de qualidade, se faz necessário que os serviços de saúde construam indicadores de qualidade para que se possa avaliar a assistência oferecida, de forma a torná-la cada vez mais eficiente e eficaz, fornecendo subsídios para o processo decisório (FRANCO, 2010; CINTRA *et al.*, 2010).

De acordo com o Ministério da Saúde os indicadores podem ser compreendidos como sendo as características mensuráveis que apontam dados da realidade e

mostram as mudanças ocorridas, não é uma medida direta da qualidade e sim um instrumento que identifica e dirige a atenção para questões específicas e que necessitam de revisão frequente (SILVA, 2003; PASMÁN *et al.*, 2009; TRONCHIN, 2009).

Os indicadores de saúde são instrumentos que permitem monitorizar e melhorar o funcionamento de um estabelecimento de saúde, além de avaliar e melhorar o seu desempenho e progresso, assim como, a eficiência da assistência prestada (COSTA, 2011; SILVA, 2003). Donabedian propõe indicadores de qualidade divididos em três vertentes amplamente aceitas: resultado (resposta do paciente à assistência prestada), estrutura do cuidado (condições necessárias para a prestação de um serviço de qualidade) e processo, que se refere às ações e decisões dos profissionais de saúde e dos usuários (PASMÁN *et al.*, 2009; COSTA, 2011).

Segundo a *American Nursing Association* (ANA) a qualidade no cuidado de enfermagem consiste na realização dos procedimentos possíveis, sem erro e que atendam o paciente da maneira mais adequada possível, considerando os princípios éticos e garantindo a satisfação do paciente e da família (SILVA, 2003). A ANA possui uma Base de Dados Nacional de Indicadores de Qualidade de Enfermagem (NDNQI®) na qual sugere 14 indicadores para a avaliação da assistência de enfermagem, entre eles estão a satisfação do paciente com o controle da dor e com os cuidados de enfermagem (VIEIRA & KURCGANT, 2010; SILVA, 2003; COREN-SP, 2010).

Nos Estados Unidos, o National Consensus Project (NCP) para a qualidade nos cuidados paliativos desenvolveu e publicou em *guidelines* oito domínios para o cuidado no final da vida, abrangendo a definição de cuidados paliativos da Organização Mundial de Saúde – OMS (COSTA, 2011; NCP, 2013). Os domínios definidos pela NCP são: estrutura e processo dos cuidados; aspectos físicos do cuidado; aspectos psicológicos e psiquiátricos do cuidado; aspectos sociais do cuidado; aspectos existenciais, religiosos e espirituais do cuidado; aspectos do cuidado a nível cultural; cuidado do paciente no final da vida; e aspectos éticos e legais do cuidado (COSTA, 2011; FERREIRA, 2012; NCP, 2013).

A disponibilidade da utilização de indicadores de qualidade para cuidados paliativos já é uma realidade no Reino Unido, porém existem indicadores que são aplicados à avaliação dos cuidados paliativos em outros países (COSTA, 2011). Na Austrália há três indicadores em uso: a intensidade da dor quantificada, o plano de cuidados para a dor e o uso de purgativos/laxantes iniciado em doentes com terapêutica de opioides (COSTA, 2011). Na Espanha o grupo da qualidade da Sociedade Espanhola de Cuidados Paliativos (SECPAL) desenvolveu e publicou um guia que descreve indicadores relevantes na dimensão qualidade divididos em quatro domínios: atenção aos doentes e famílias, evolução da melhoria da qualidade, estrutura e organização e trabalho em equipe (SECPAL, 2008). No Canadá, país classificado em 9º lugar num índice internacional de “qualidade da morte”, os profissionais de saúde aceitaram muitos indicadores relacionados com a dor, manejo de sintomas, acesso aos serviços de cuidados paliativos e atendimento de urgência (COSTA, 2011).

A utilização de indicadores proporciona a identificação de problemas reais e potenciais e traz como benefício a possibilidade de acompanhar a qualidade do atendimento de enfermagem de forma constante, além disso, atividades que envolvem o controle de qualidade permitem que os enfermeiros avaliem continuamente a sua prática assistencial em busca da melhoria da qualidade e da excelência do serviço prestado (MOURA *et al.*, 2009; TRONCHIN, 2009). Porém, construir indicadores assistenciais consiste em um desafio a ser vencido, assim como a sua implantação, uma vez que normalmente é necessário que eles possuam conceito, numerador e denominador para que então sejam submetidos a um processo de validação para posterior implantação (MOURA *et al.*, 2009; TRONCHIN, 2009).

1.1 O contexto dos Cuidados Paliativos

O modelo de cuidados paliativos teve início com Cicely Saunders, que em 1967 fundou em Londres o St. Christofer Hospice, primeiro *hospice* moderno. Ela foi responsável por introduzir o controle efetivo da dor e afirmar que doentes terminais –

aqueles sem possibilidades terapêuticas de cura – precisam de dignidade, compaixão e respeito, assim como introduziu uma rigorosa metodologia científica nos testes de tratamentos (RICHMOND, 2005). Além disso, Saunders pregava que, para o tratamento dos outros sintomas advindos da terminalidade da doença, o cuidado deveria abranger não apenas os pacientes, mas também suas famílias, englobando as dimensões físicas, psicossociais e espirituais (CHAVES *et al.*, 2011).

No ano de 1982, o Comitê de Câncer da OMS criou um grupo de trabalho para o desenvolvimento de *guidelines* visando o alívio da dor oncológica e a integração da filosofia e conceito do cuidado *hospice* para serem recomendáveis aos programas nacionais de controle do câncer de todos os países (FOLEY, 2005). Com o objetivo de facilitar a tradução fidedigna do termo *hospice* a OMS passou a adotar o termo cuidados paliativos.

Em 1986, a OMS publicou sua primeira definição de cuidados paliativos na qual considerava este como o último estágio de cuidado (SILVA & HORTALE, 2006). Porém, sabe-se que eles podem e devem ser oferecidos logo após o diagnóstico de qualquer doença crônica fatal o mais cedo possível (SILVA & HORTALE, 2006). Por esta razão, em 2002 a OMS publicou uma versão revisada que conceitua cuidados paliativos como uma abordagem que visa melhorar a qualidade de vida de pacientes com doenças terminais e seus familiares, por meio da prevenção, alívio do sofrimento e precoce identificação, avaliação e tratamento da dor e outras alterações físicas, psicológicas e espirituais (WHO, 2002).

A OMS também estabeleceu que os cuidados paliativos devem contar com uma equipe multidisciplinar que atenda às necessidades dos pacientes e seus familiares e ofereça um sistema de apoio para ajudar o paciente a viver da forma mais ativa possível até a morte; além disso, devem proporcionar não só o alívio da dor, mas também de outros sintomas que causam angústia e desconforto ao paciente, visando sempre promover a qualidade de vida daqueles que estão recebendo o cuidado (WHO, 2002). Para que haja respeito aos princípios que permeiam a prática dos cuidados paliativos é preciso que o profissional atue como um facilitador na solução dos

problemas dos pacientes, que tenha conhecimento específico para a prescrição de medicamentos e adoção de medidas não farmacológicas visando o alívio da dor e outros sintomas; e que se considere o paciente como um ser único, complexo e multidimensional (ANCP, 2009; ARAUJO & SILVA, 2007).

O modelo de cuidados paliativos introduziu um conceito de cuidar cujo foco não é a cura definitiva do paciente e sim um cuidado multidisciplinar, integral, humanizado, que alivie os sintomas, e vise ao suporte individual e familiar dos sujeitos envolvidos, garantindo qualidade de vida adequada às necessidades biopsicossociais e espirituais do paciente (SANTOS, PAGLIUCA & FERNANDES, 2007). Um dos maiores objetivos dessa abordagem é proporcionar qualidade de vida aos dias que ainda restam ao indivíduo, preservando a sua autonomia no processo decisório, com foco principal no cuidado e não na cura (SANTANA *et al.*, 2009; SANTOS, PAGLIUCA & FERNANDES, 2007).

No Brasil, o cuidado paliativo iniciou-se nos anos 80 e teve um crescimento significativo a partir do ano 2000 quando houve a consolidação dos serviços, destinados a esse tipo de cuidado, já existentes. De acordo com a Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP) atualmente no Brasil há muitas iniciativas voltadas aos cuidados paliativos, porém em número insuficiente levando-se em conta o crescente número de indivíduos com câncer e doenças crônicas fatais, o aumento da população idosa e, a extensão geográfica do país (ANCP, 2009; SILVA & HORTALE, 2006).

Considerando o contexto atual observa-se a necessidade de desenvolvimento de políticas de saúde específicas para indivíduos ao final da vida que poderiam servir como base técnica para a discussão de uma política nacional de cuidados paliativos, tendo em vista que o Brasil ainda não possui uma estrutura pública de cuidados paliativos que seja qualitativa e quantitativamente adequada à demanda existente (SILVA & HORTALE, 2006). Além disso, observa-se uma deficiência na formação de profissionais de saúde no que diz respeito aos cuidados e à assistência na terminalidade, havendo falta de conhecimento no que refere à comunicação e ao manejo do paciente que se encontra nessa condição (SANTANA *et al.*, 2009).

1.2 A Dor em Cuidados Paliativos

A dor é um sintoma presente em grande parte das doenças e destaca-se no contexto das doenças avançadas, uma vez que estas estão relacionadas com sintomas associados ao sofrimento e fazem com que o indivíduo se dê conta de sua finitude e da fragilidade humana. A consciência disso acarreta na presença da dor emocional, que somada à dor física causa interferência na qualidade de vida do paciente e de seus familiares (CRESMESP, 2008; ANCP, 2009).

Diante do fato de que a doença crônica progressiva em sua fase terminal está relacionada a diversos sintomas intensos e oscilantes, em 1960 Cicely Saunders introduz o conceito de dor total e expõe a relevância que as dimensões do sofrimento humano (físico, mental, social e espiritual) têm na caracterização da dor. Por meio desse conceito, Saunders admite que uma pessoa não sofre apenas pelos danos físicos que lhe foram causados, mas também devido às consequências emocionais, sociais e espirituais proporcionadas pela consciência de finitude e proximidade com a morte (CRESMESP, 2008; ANCP, 2009). Para Saunders, o cuidado paliativo é dirigido ao alívio da dor total e dos sofrimentos, sendo de extrema importância a presença de uma equipe multiprofissional que possa oferecer uma abordagem multidisciplinar no alívio do sofrimento do paciente (CREMESP, 2008; PEDROSO & CELICH, 2006).

O conceito de dor aceito mundialmente e exposto pela Associação Internacional de Estudos da Dor (IASP) refere-se a dor como uma experiência sensorial, uma manifestação subjetiva, de experiência única e individual que envolve mecanismos físicos, psíquicos e culturais da pessoa que a experimenta. (MERSKEY & BOGDUK, 1994; CREMESP, 2008; PEDROSO & CELICH, 2006; ANCP, 2009). Tendo em vista a sua subjetividade, cada ser aprende a descrevê-la de forma personalizada tomando como base vivências e experiências prévias, e por esta razão, não há como mensurá-la laboratorialmente sendo essencial acreditar no relato do paciente para a sua correta avaliação (SBED, 2011; CREMESP, 2008).

Em 2000, a *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* (JCAHO) classificou a dor como quinto sinal vital e desde então tanto a JCAHO como a Sociedade Americana de Dor (SAD) a descrevem dessa forma (SAÇA *et al.*, 2010; PEDROSO & CELICH, 2006; WHO, 2001). Ao descrever a dor como um sinal vital sugere-se que a sua avaliação seja automática, devendo ocorrer ao mesmo tempo em que são verificados os demais sinais vitais e ser registrada, pois dessa forma possibilita-se que haja conhecimento da conduta tomada, sua razão e seus resultados (SAÇA *et al.*, 2010; PEDROSO & CELICH, 2006).

A avaliação da dor é um primeiro passo vital para o manejo desse sintoma e deve ser feita de forma detalhada e cuidadosa, a fim de se elucidar as prováveis causas e efeitos da dor na vida do paciente e de verificar a eficácia do tratamento utilizado (WHO, 1996; BRASIL, 2001; PEDROSO & CELICH, 2006). Segundo a JCAHO, esta avaliação deve contemplar localização, intensidade baseada em uma escala, momento de início, duração e padrão da dor, fatores que a aliviam e a agravam, efeitos nas atividades diárias e na qualidade de vida e a eficiência da intervenção (MORETE & MINSON, 2010; WHO, 1996). Vale ressaltar que uma anamnese completa e exame clínico são essenciais para uma avaliação adequada, assim como o estabelecimento precoce de vias de comunicação claras pela equipe multiprofissional dos cuidados paliativos para a assistência (ANCP, 2009; BRASIL, 2001).

Na avaliação da dor podem ser usadas escalas unidimensionais ou multidimensionais, porém antes de aplicá-las deve-se analisar se ela está adequada à população em questão. As escalas unidimensionais são aquelas que medem apenas a intensidade da dor, sendo as mais utilizadas a escala numérica verbal de dor (ENV), na qual 0 é a ausência de dor e 10 a dor mais forte imaginável, e a escala visual analógica (EVA). São muitas as escalas multidimensionais que já foram traduzidas e validadas para o português, elas medem e avaliam o efeito da dor no humor e na vida do indivíduo, as mais utilizadas são: Questionário *McGill* de Dor (multissensitivo) que mede também a localização da dor; Inventário Breve de Dor que mensura a interferência desse sintoma na qualidade de vida do doente; *McGill* Reduzido que de forma

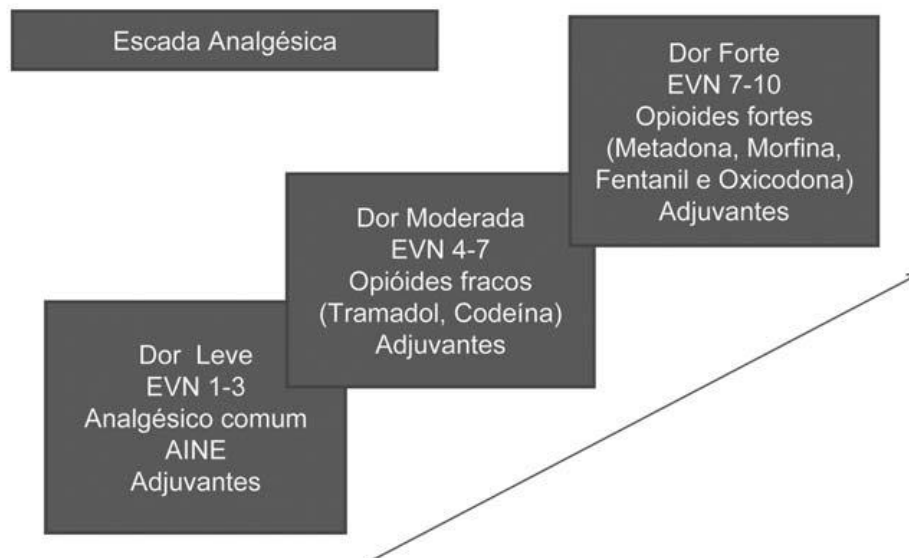
simplificada mede o componente sensitivo e afetivo da dor; e a Escala de Ansiedade e Depressão que avalia a alteração do humor relacionada com a intensidade da dor (SBED, 2011).

O manejo da dor deve levar em consideração três aspectos que podem estar combinados, são eles: a identificação e o tratamento da causa da dor, quando isso for possível, o uso de medidas farmacológicas e o de não farmacológicas (ANCP, 2009). Porém, para que se opte pela melhor opção terapêutica é imprescindível identificar o tipo de dor de acordo com a sua natureza. Ela pode ser nociceptiva (originada pela estimulação de nociceptores), somática (bem localizada e comumente descrita como contínua e agravada pelo movimento), visceral (mal localizada, seguindo muitas vezes trajetos de dermatômos), neuropática (originada a partir de lesões ou compressões em estruturas do sistema nervoso central ou periférico) ou complexa, também chamada de mista, uma vez que possui múltiplas características e é comumente encontrada em pacientes com tumores (CREMESP, 2008).

Dessa forma, em 1986, a OMS estabeleceu alguns princípios para o tratamento da dor oncológica que também pode ser aplicado para a dor crônica de qualquer natureza. Esses seis princípios são validados e aceitos mundialmente até os dias de hoje e servem como método eficaz de se aliviar a dor (CREMESP, 2008). De acordo com esses princípios a dor deve ser tratada: pela boca, pelo relógio, pela escada analgésica, pelo indivíduo, com uso de adjuvantes e atentando-se aos detalhes. Em outras palavras, pode-se dizer que no tratamento da dor deve-se utilizar a via oral sempre que possível, administrar os medicamentos com intervalos regulares que respeitem o tempo de ação de cada um deles, considerar a escada analgésica elaborada pela OMS, levar em consideração as particularidades do indivíduo quando for estabelecer a dose e o analgésico a ser utilizado, utilizar adjuvantes para potencializar os efeitos analgésicos ou tratar os efeitos colaterais e, avaliar continuamente se a analgesia está sendo alcançada considerando o conceito de dor total (CREMESP, 2008; ANCP, 2009; BRASIL, 2001).

A OMS juntamente com a IASP propôs uma escada analgésica baseada em três degraus conforme a intensidade da dor apresentada pelo paciente. Essa escada pode ser facilmente aplicada em todos os tipos de dor e visa organizar e padronizar o tratamento farmacológico da dor (SBED, 2011; IASP, 2010). Para dores fracas recomenda-se o uso de anti-inflamatórios, para as dores moderadas sugere-se o uso de opioides fracos, que podem ou não ser associados aos anti-inflamatórios, e na ocorrência de dores fortes preconiza-se o uso de opioides fortes, que também podem ou não ser associados aos anti-inflamatórios (Figura 1). Vale ressaltar que os fármacos adjuvantes podem ser usados em qualquer um dos três degraus da escada (SBED, 2011).

Figura 1 – Escada Analgésica da OMS.



FONTE: SBED, 2011

Tendo como base a escada analgésica da OMS, a ANCP divulgou em 2006 uma lista com os fármacos sugeridos para cuidados paliativos em cada degrau dessa escada (ANCP, 2006). Porém, observam-se dificuldades na analgesia para o controle

eficaz da dor, muitas vezes devido à desinformação do profissional e ao medo de prescrever opioides e também devido ao fato de alguns dos fármacos indicados no segundo grau (opioídeos fracos) possuírem na prática clínica baixa eficácia e um limite de dose (NASCIMENTO, 2011; SBED, 2011). A partir do momento em que o profissional desenvolve habilidades e conhecimentos sobre a dor a fim de alcançar meios de avaliar e mensurar a sua complexidade, terá parâmetros para poder proporcionar um cuidado e uma assistência condicionados à intensidade da dor (AVANCI *et al.*, 2009; BOTTEGA & FONTANA, 2010).

Os profissionais de enfermagem, mais do que qualquer outro profissional de saúde, são os que passam maior tempo com pacientes terminais acompanhando o sofrimento, o avanço da doença e a morte do ser cuidado; por esta razão, são frequentemente acometidos por desgastes emocionais e por sentimentos de impotência, insegurança, medo e falta de competência e/ou de confiança perante o cuidado no final da vida (PIMENTA, 2010; AVANCI *et al.*, 2009; VASCONCELOS, SANTANA & SILVA, 2012).

Por ter uma maior proximidade com o paciente, a equipe de enfermagem consegue pautar a assistência prestada na qualidade de vida e tratar a dor não só com a prescrição médica, mas também com apoio psicológico e contato humano englobando o alívio da dor total conceituada por Saunders (AVANCI *et al.*, 2009). Dessa forma, colabora na reorganização do plano terapêutico de uso de analgésicos, avaliando a resposta do paciente e a ocorrência de efeitos colaterais, e propõe estratégias não farmacológicas para aliviar a dor (BRASIL, 2001).

Cabe ao enfermeiro que atua em cuidados paliativos buscar sanar ou aliviar desconfortos apresentados pelo paciente e familiar por meio do seu conhecimento; promover um cuidado centrado no paciente sem ignorar a importância da comunicação estabelecida com familiares e/ou cuidadores; promover o alívio de sintomas, o conforto e o bem-estar; preservar a integridade física, moral e espiritual do paciente; e acima de tudo reconhecer o paciente como um ser humano único e complexo (WATERKEMPER & REIBNITZ, 2010; PIMENTA, 2010; AVANCI *et al.*, 2009).

2. OBJETIVOS

Frente ao contexto dos cuidados paliativos no que diz respeito à assistência à dor, este estudo busca os objetivos que se seguem:

- Identificar o perfil dos usuários do Serviço Ambulatorial de Cuidados Paliativos;
- Caracterizar a terapêutica prescrita aos pacientes com dor;
- Propor indicadores de qualidade em dor no contexto ambulatorial de Cuidados Paliativos.

3. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, retrospectivo, de abordagem quantitativa que visa à construção de indicadores de qualidade da assistência à dor em cuidados paliativos. O método utilizado para a coleta de dados foi a pesquisa documental, que consiste no exame de materiais de natureza diversa, que ainda não receberam um tratamento analítico. No presente estudo, a análise documental foi realizada por meio da análise dos prontuários dos pacientes.

O estudo foi realizado em um hospital público, localizado no Distrito Federal, classificado como hospital geral, de nível de atenção ambulatorial e hospitalar de média e alta complexidade. Dispõe de atendimento ambulatorial, de internação, urgência, Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Terapia (SADT), por demanda espontânea e referenciada, pelo Sistema Único de Saúde. A unidade ambulatorial que fez parte do estudo foi a Unidade de Cuidados Paliativos.

A Unidade de Cuidados Paliativos mantém um prontuário específico para os usuários do serviço e os mantém arquivados na referida unidade. Nos prontuários de pacientes constam os formulários: Ficha de Cadastro de Paciente em Cuidados Paliativos Oncológicos, Ficha de Avaliação de Enfermagem do Centro de Referência

em Tratamento da Dor Crônica – HBDF e Ficha de Avaliação de Enfermagem – 1ª Consulta dos Cuidados Paliativos Oncológicos. As informações contidas nos prontuários originaram-se do registro do atendimento oferecido por médicos, residentes de medicina, equipe de enfermagem e nutricionistas. Os dados contidos nos prontuários e que foram objeto de análise são: dados sobre o sexo e a idade do paciente, estado civil, grau de instrução, ocupação, região de procedência, diagnóstico médico, patologias associadas, história da doença atual, eliminações fisiológicas, tratamentos e medicações utilizadas pelo paciente, conhecimento do paciente sobre o estado atual da doença, avaliação da dor, avaliação do “*Performance status*” do paciente, tratamento utilizado para dor e condutas de enfermagem no tratamento da dor.

Os critérios para utilização dos prontuários foram: todos os prontuários de saída do serviço por óbito, no qual constasse registro da data de óbito; prontuários disponíveis na Unidade de Cuidados Paliativos; prontuários de pacientes que usufruíram do serviço no período de 2005 a 2012. Foram excluídos da amostra: os prontuários de saída do serviço por óbito, no qual não constasse registro da data de óbito; prontuários de saída do serviço por óbito antes do ano de 2005 ou após o ano de 2012.

A análise dos prontuários ocorreu no ambiente da Unidade de Cuidados Paliativos, em dias e horários combinados com a coordenação do serviço, no período de agosto a dezembro de 2013. O número de prontuários analisados foi de 338.

Os dados coletados foram armazenados em um banco de dados e para o tratamento estatístico utilizou-se o programa Epi-Info versão 3.5.2. sendo posteriormente organizados e descritos em tabelas, por meio de medidas de frequência simples e percentual.

O presente estudo faz parte da pesquisa intitulada “Análise da Assistência Ambulatorial em Dor e Cuidados Paliativos em Hospital Público do Distrito Federal” que foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria do Estado de Saúde do Distrito Federal (SES/DF) com aquisição de Parecer Favorável (nº 328.860) autorizando a sua realização (ANEXO A). O desenvolvimento do estudo atendeu as normas nacionais e internacionais de ética em pesquisa envolvendo seres humanos.

4. RESULTADOS

Foram analisados 338 prontuários de pessoas que foram a óbito entre 2005 e 2012, sendo 49,1% (166) do sexo feminino e 50,9% (172) do sexo masculino. A idade média foi de 62 anos, sendo que 58% (196) possuíam mais de 61 anos e apenas 2,4% (8) encontravam-se abaixo dos 30 anos. Em 35,2% (119) dos prontuários analisados a ocupação informada pelo paciente era que já estava aposentado.

Observa-se na tabela 1 que a maioria (83,1%) das pessoas atendidas no serviço durante o período analisado era de procedência do Distrito Federal e 32,2% (109) dos pacientes eram casados.

Tabela 1. Perfil dos usuários do serviço ambulatorial de Cuidados Paliativos.

Variáveis	N (=338)	%
Sexo		
Masculino	172	50,9
Feminino	166	49,1
Estado civil		
Casado	109	32,2
Solteiro	20	5,9
Viúvo	13	3,8
Desquitado	9	2,7
Ignorado	187	55,3
UF de origem		
DF	281	83,1
GO	39	11,5
MG	4	1,2
TO	1	0,3
Ignorado	12	3,9

Embora o fato de todos os prontuários analisados pertencerem a pacientes em cuidados paliativos, a possibilidade de cura foi assinalada em 11% (37) destes, e

apenas 0,6% (2) dos prontuários não possuíam registro referente a esse assunto. Porém, a grande maioria 88,4% (299) encontrava-se fora de possibilidade curativa.

Em todos os prontuários o diagnóstico de base constituía-se de alguma neoplasia maligna, sendo que nos homens a maior incidência foi de câncer no trato gastrointestinal 35,5% (61), seguido do câncer de próstata em 11,6% dos homens e do câncer de pulmão em 12,2% (21). Assim como nos homens, o câncer gastrointestinal foi o de maior incidência nas mulheres com 30,1% (50), seguido pelo câncer de mama 16,26% (27), o de colo do útero em 10,24% (17) e o de pulmão com 10,8% (18). Os dados revelam que as neoplasias relacionadas ao sistema gastrointestinal apresentaram maior incidência no serviço, conforme tabela 2.

Nos prontuários analisados a avaliação da intensidade da dor seguiu a escala numérica verbal de dor (ENV) que a classifica de 0-10, onde 0 (zero) é a ausência de dor e 10 (dez) a dor mais forte imaginável. Em 39,4% (133) dos prontuários não houve registro da presença e/ou intensidade da dor, e apenas 4,4% (15) dos pacientes não apresentaram nenhuma dor. A incidência de dor intensa foi a mais elevada atingindo 35,2% (119) dos pacientes, seguida pela dor moderada 16% (54) e dor leve 5% (17).

Ao compararmos a intensidade da dor com a patologia de base apresentada pelos usuários, observamos que o diagnóstico de câncer gastrointestinal está associado a maior incidência de dor intensa em 16,9% (32) dos usuários com registro de dor, sendo 59,4% (19) em pacientes do sexo masculino e 40,6% (13) do sexo feminino; os diagnósticos de câncer de mama, pulmão e próstata apresentaram a segunda maior incidência de dor intensa, estando presente em 5,8% (11) dos usuários, conforme tabela 2. Vale ressaltar que em alguns prontuários o registro da patologia de base e/ou a intensidade da dor estava incompleto, impossibilitando a generalização dos dados.

Tabela 2. Classificação da Intensidade da Dor segundo Patologia de Base e Sexo.

Patologia de Base	Intensidade da Dor (N= 189)											
	Leve				Moderada				Intensa			
	Sexo Feminino		Sexo Masculino		Sexo Feminino		Sexo Masculino		Sexo Feminino		Sexo Masculino	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Câncer gastrintestinal	3	1,59	2	1,06	5	2,65	8	4,23	13	6,88	19	10,05
Câncer de mama	2	1,06	--	--	3	1,59	--	--	11	5,82	--	--
Câncer de pulmão	1	0,53	--	--	4	2,12	4	2,12	5	2,65	6	3,17
Câncer de próstata	--	--	--	--	--	--	2	1,06	--	--	11	5,82
Câncer de pâncreas	1	0,53	1	0,53	2	1,06	3	1,59	4	2,12	--	--
Câncer de fígado	1	0,53	1	0,53	--	--	--	--	1	0,53	1	0,53
Câncer vesícula biliar	--	--	1	0,53	--	--	1	0,53	4	2,12	--	--
Câncer cavidade oral	--	--	--	--	1	0,53	--	--	1	0,53	5	2,65
Câncer de cabeça e de pescoço	--	--	1	0,53	--	--	--	--	1	0,53	2	1,06
Câncer de rim	--	--	--	--	1	0,53	1	0,53	1	0,53	3	1,59
Câncer no SNC ¹	--	--	--	--	--	--	--	--	1	0,53	1	0,53
Câncer de tireoide	--	--	--	--	1	0,53	--	--	1	0,53	--	--
Câncer de laringe	--	--	--	--	--	--	1	0,53	1	0,53	2	1,06
Câncer de faringe	--	--	1	0,53	--	--	3	1,59	1	0,53	2	1,06
Câncer de útero	--	--	--	--	3	1,59	--	--	2	1,06	--	--
Câncer colo de útero	--	--	--	--	2	1,06	--	--	10	5,29	--	--
Câncer de ovário	--	--	--	--	3	1,59	--	--	1	0,53	--	--
Câncer de pele	--	--	--	--	--	--	1	0,53	--	--	--	--
Linfoma não Hodgkin	--	--	--	--	--	--	1	0,53	--	--	--	--
Câncer de face	--	--	1	0,53	1	0,53	--	--	1	0,53	--	--
Câncer de pelve	--	--	--	--	1	0,53	--	--	--	--	1	0,53
Câncer de peritônio	--	--	--	--	2	1,06	--	--	--	--	--	--
Câncer coluna lombar	--	--	--	--	--	--	--	--	1	0,53	--	--
Câncer de vulva	--	--	--	--	--	--	--	--	1	0,53	--	--
Câncer de mediastino	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	1	0,53
Câncer de mandíbula	1	0,53	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
Câncer de seio maxilar	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	1	0,53
Câncer de amígdala	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	1	0,53
Tumor em MMII ²	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	1	0,53

¹ SNC: Sistema Nervoso Central² MMII: Membros Inferiores

No período de permanência no serviço os usuários utilizaram diversos recursos terapêuticos. A incidência da quimioterapia foi de 50,4% (170), e da radioterapia de 40,7% (137), e em 26% (88) verificou-se associação entre o tratamento quimioterápico e radioterápico. Constatou-se baixa incidência de uso da braquiterapia e da hormonioterapia por 0,3% (1) e 0,6% (2) dos usuários, respectivamente.

A terapêutica farmacológica foi prescrita para 86,7% (293) dos pacientes, sendo que 91,5% (268) das prescrições foram destinadas para alívio do sintoma dor e 8,5% (25) para alívio de outros sintomas como náuseas, vômitos, constipação, pirose. Dentre as prescrições para o sintoma dor em 87,7% (235) delas havia registro de algum opioide. A morfina foi o opioide prescrito em 45,6% (154) dos casos de dor, seguida pela codeína com 15,7% (53). Vale ressaltar que a constipação como efeito adverso do uso de opioides foi encontrada em 23,7% dos prontuários. A prescrição de fármacos não opioides (anti-inflamatórios não esteroides e esteroides) para tratar a dor foi encontrada em 12,3% (33) dos prontuários.

O uso de antidepressivos como adjuvantes no tratamento do sintoma dor foi evidenciado em 26,3% (89) das prescrições, enquanto os benzodiazepínicos foram utilizados por 8,3% (28) dos pacientes.

Diante do exposto, para a construção dos indicadores de qualidade em dor utilizou-se as variáveis: intensidade de dor, número de pacientes com dor, número de pacientes atendidos no serviço, quantidade de prontuários com registro de dor e tratamento farmacológico e não farmacológico prescrito na existência de dor. As variáveis possibilitaram identificar oito numeradores e quatro denominadores de qualidade e propor oito indicadores de qualidade no âmbito da dor em cuidados paliativos (Quadro 1).

Quadro 1. Categorização dos indicadores de qualidade segundo a trilogia de Donabedian.

Categoria	Indicador	Numerador	Denominador
Processo	Prevalência da dor	Número de pacientes com dor	Número de pacientes no serviço
	Prevalência de dor leve nos pacientes com dor	Total de pacientes com dor leve	Total de pacientes com dor
	Prevalência de dor moderada nos pacientes com dor	Total de pacientes com dor moderada	Total de pacientes com dor
	Prevalência de dor intensa nos pacientes com dor	Total de pacientes com dor intensa	Total de pacientes com dor
	Índice de deficiência na avaliação da dor	Número de prontuários com registro da avaliação da dor	Total de prontuários
	Índice de prescrição de tratamento farmacológico para analgesia	Total de pacientes com tratamento farmacológico	Total de pacientes com dor
	Índice de prescrição de tratamento não farmacológico para analgesia	Total de pacientes com tratamento não farmacológico	Total de pacientes com dor
Resultado	Índice de gerenciamento eficaz da dor	Total de pacientes com dor após o início do tratamento antiálgico	Total de pacientes com dor antes do início do tratamento antiálgico

5. DISCUSSÃO

Os prontuários analisados pertenciam a pessoas com neoplasia maligna e em sua maioria com idade superior a 61 anos, corroborando com o que é encontrado na literatura de que o envelhecimento populacional e o aumento da expectativa de vida provocaram alterações no conjunto de doenças que anteriormente eram responsáveis pelo adoecimento e a morte das pessoas, sendo esse conjunto hoje constituído principalmente por doenças como o câncer (WHO, 2004).

De acordo com o projeto Globocan 2012, realizado pela Agência Internacional para Pesquisa em Câncer da OMS, as estimativas mundiais de novos casos de câncer foram de 14,1 milhões, já as de óbitos por câncer foram de 8,2 milhões no ano de 2012 (BRASIL, 2014). Nessa perspectiva o número de pessoas que necessitam de cuidados paliativos cresce a cada ano, porém na maior parte do mundo existe a escassez de serviços e o acesso a um cuidado paliativo de qualidade é baixo em países fora da América do Norte, Europa e Austrália (WHO, 2014).

Neste estudo 88,4% dos prontuários analisados evidenciaram a impossibilidade de cura, demonstrando que a procura por este tipo de serviço ocorre quando o paciente já se encontra em estado avançado da doença. A OMS recomenda que a assistência paliativa se inicie quando no diagnóstico de doença incurável que ameace a vida, com objetivo de realizar o controle dos sintomas e a manutenção da qualidade de vida. (WHO, 2002; LEVY *et al.*, 2006).

Cabe salientar que nem todas as pessoas que estão em condição de terminalidade por alguma doença irão requerer cuidados paliativos, portanto, a prevalência de dor tem servido como critério para a inclusão em serviços que prestam esse tipo de cuidado (ANCP, 2009; CREMESP, 2008; WHO, 2014). A análise dos prontuários revelou que a dor estava presente em 53,5% dos casos e pode ter sido usada como um indicador da necessidade de cuidados paliativos. A dor é um sintoma presente em grande parte das doenças e destaca-se no contexto das doenças avançadas, pois estas estão relacionadas com sintomas associados ao sofrimento e

fazem com que o indivíduo se dê conta de sua fragilidade e da proximidade da morte (ANCP, 2009; CREMESP, 2008).

Segundo a *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* (JCAHO) ao se registrar a presença da dor, deve-se também contemplar sua intensidade segundo uma escala com localização, momento de início, duração e padrão da dor, fatores que a aliviam e a agravam, efeitos nas atividades diárias e na qualidade de vida, assim como, a eficiência da intervenção proposta. Entretanto, o uso de instrumentos que contemplem todos esses aspectos, como o Questionário de *McGill*, demandam muito tempo de preenchimento do profissional, observando-se a preferência dos profissionais de saúde para as escalas unidimensionais, como a ENV, que permitem uma aplicação rápida, sendo facilmente respondida pelo paciente (WHO, 1996; MORETE & MINSON, 2010; ANDRELLA, ARAÚJO & LIMA, 2007).

Dentre os prontuários analisados nenhum possuía registro completo da dor como preconizado pela JCAHO, sendo que em 39,4% dos prontuários não havia nenhuma anotação sobre a presença ou a intensidade da dor enquanto nos demais a única anotação referente à dor era a sua intensidade. A ausência desses dados instigou neste estudo a proposição do indicador “Índice de deficiência na avaliação da dor”.

Apesar de muitos considerarem que avaliação e mensuração da dor são termos equivalentes é importante diferenciá-los para entender a realidade da experiência da dor (DA SILVA & RIBEIRO-FILHO, 2011). A mensuração é uma forma de quantificar a dor sentida, comparando-a com vivências anteriores e é feita utilizando-se escalas unidimensionais, como a ENV utilizada no ambulatório em que o estudo foi realizado, ao passo que, a avaliação é mais que uma simples mensuração, é realizada por meio da aplicação de escalas multidimensionais que permitem a determinação da intensidade, localização, tipo de dor, entre outras características (DA SILVA & RIBEIRO-FILHO, 2011). Assim sendo, a proposição do indicador “Índice de deficiência na avaliação da dor” se justifica pelo fato de que a avaliação incorreta da dor é a principal causa de um manejo inapropriado para o seu alívio, potencializando o sofrimento dos pacientes.

Por outro lado, o indicador “Índice de gerenciamento eficaz da dor” visa identificar se o tratamento empregado para o alívio algóico atingiu o objetivo esperado, ou seja, se a intensidade da dor foi reduzida, para tal é imprescindível que não haja fracassos na avaliação da dor e de seu alívio sendo necessário um registro constante da avaliação da dor como um todo e não apenas a sua intensidade.

Na Unidade de Cuidados Paliativos onde ocorreu este estudo, a avaliação da intensidade da dor embasou a escolha do tratamento farmacológico, utilizando-se para o alívio da dor a escada analgésica proposta da OMS e pela Associação Internacional de Estudos da Dor (IASP), baseada em três degraus conforme a intensidade da dor apresentada pelo paciente (SBED, 2011; IASP, 2010).

O tratamento para dor com a utilização de algum fármaco opioide foi encontrado em 69,5% (235) do total de prontuários analisados, corroborando com o estudo realizado por Mendes *et al.* (2014) com adultos com câncer, no qual constatou que 69,8% (37) dos pacientes utilizaram algum opioide para o tratamento da dor (MENDES *et al.*, 2014).

Nunes, Garcia & Sakata, em estudo realizado com pacientes oncológicos, avaliaram o uso de morfina como fármaco de primeira escolha no tratamento de dor oncológica, como alternativa à escada analgésica recomendada pela OMS, e concluíram que não houve melhor efeito analgésico da morfina, além da incidência de efeitos adversos, como a constipação, ter sido maior em 83,3% dos indivíduos que utilizaram a morfina em relação aos que foram tratados segundo a escada analgésica (NUNES, GARCIA & SAKATA, 2014). Nos prontuários analisados neste estudo, dentre os efeitos adversos, a maior incidência de constipação foi encontrada em pacientes que fizeram uso de algum opioide (23,7%), principalmente a morfina, corroborando com os achados de Nunes, Garcia & Sakata.

Na aferição da qualidade da assistência prestada em serviços de saúde, os indicadores surgem como uma possibilidade de monitoramento do cuidado e estabelecimento de padrões de referência para o funcionamento do serviço, assim como, para a melhoria contínua do mesmo (PASMAN *et al.*, 2009; FRANCO *et al.*, 2010). Os indicadores consistem em características mensuráveis que apontam dados

da realidade e mostram as mudanças ocorridas nas atividades propostas em um serviço, embora não seja uma medida direta da qualidade, permite identificar e dirigir a atenção para questões específicas que necessitam de revisão frequente, além de serem essenciais para a fundamentação da tomada de decisão baseada em evidências (PASMAN *et al.*, 2009; SILVA, 2003; TRONCHIN *et al.*, 2009; HOFFMANN *et al.*, 2013).

Os indicadores de qualidade que estão em evidência no cenário internacional, assim como os propostos nesse trabalho, referem-se aos processos e resultados dos cuidados paliativos, pois essas duas categorias possuem considerável relevância para o manejo dos sintomas e avaliação das condutas tomadas. Ressalta-se que a utilização de indicadores de resultados pode ser um processo complexo, sendo necessários ajustes na hora de utilizá-los para que na comparação entre diferentes instituições e profissionais elas sejam justas (PASMAN *et al.*, 2009; COSTA, 2011). No entanto, na implantação de indicadores de qualidade referentes à dor, no serviço em que se realizou esse estudo, é indispensável o estabelecimento de prioridades dentro do plano terapêutico, assim como a opção pelas melhores ações e medidas a serem adotadas, a fim de priorizar as questões que devem ser trabalhadas pela equipe (DUARTE, 2009).

Neste estudo os indicadores propostos são da dimensão qualidade, pois estes são claramente definidos e mensuráveis além de serem categorizados por Donabedian em três vertentes amplamente aceitas – estrutura, processo e resultado (PASMAN *et al.*, 2009; COSTA, 2011). Os indicadores de qualidade geralmente são descritos com um numerador e um denominador, e são de grande relevância para os serviços de saúde uma vez que podem indicar problemas potenciais ou a boa qualidade do cuidado prestado (PASMAN *et al.*, 2009).

Os indicadores de estrutura estão intimamente associados aos recursos físicos e humanos necessário para a prestação de um cuidado de qualidade, mas nenhum dos indicadores propostos neste estudo pertence a essa categoria, uma vez que a análise dos prontuários não permitiu evidenciar se havia deficiência de recursos materiais e/ou humanos (COSTA, 2011).

Por outro lado, os indicadores de processo referem-se às atividades, rotinas e procedimentos que fazem parte da assistência à saúde (FRANCO *et al.*, 2010). A

maioria dos indicadores propostos pertence a essa categoria, com numeradores e denominadores que se referem às atividades constituintes do cuidado de saúde, e permitem identificar a adequabilidade dos serviços prestados no manejo da sintomatologia da dor (PASMAN *et al.*, 2009).

Já os indicadores de resultados são aqueles que objetivam evidenciar o agravamento, recuperação ou melhoria da saúde de cada indivíduo e possuem relação direta com os cuidados recebidos (COSTA, 2011). Dentre os indicadores propostos apenas um se enquadra nessa categoria, “Índice de gerenciamento eficaz da dor”, pois propõe avaliar se o tratamento empregado para o alívio da dor foi eficaz ou não, possibilitando a avaliação da terapêutica utilizada e servindo como ferramenta para embasar mudanças no plano terapêutico inicialmente proposto.

Descrever a dor importando-se somente com a sua intensidade é o mesmo que considerá-la em uma simples dimensão, ou seja, que a dor varia apenas na magnitude sensorial. Porém, a mensuração da dor é um quesito de grande importância na prática clínica, uma vez que permite determinar o tratamento necessário, sua eficácia e se o mesmo precisa ser interrompido ou alterado (DA SILVA & RIBEIRO-FILHO, 2011). Diante disso, a criação de indicadores de dor para utilização em um serviço ambulatorial de cuidados paliativos visa medir a efetividade da assistência prestada, ou seja, se os resultados esperados são alcançados, além de avaliar de forma sistêmica o desempenho do serviço colaborando com a melhora da qualidade no atendimento ao paciente (DUARTE, 2009).

A dor é uma experiência subjetiva e deve ser mensurada considerando-se instrumentos de autoavaliação de dor, que permitam ao paciente compartilhar o plano terapêutico a ser prescrito. Dessa forma, a implementação dos indicadores obtidos por meio da autoavaliação da dor – como os de “Prevalência de dor leve, moderada e intensa nos pacientes com dor”, propostos no presente estudo – é um pré-requisito primordial para o tratamento e manipulação eficazes da dor, pois permite aperfeiçoar a escolha terapêutica, determinando a conduta a ser tomada em cada caso, sendo essencial para a avaliação dos métodos que a controlam (DA SILVA & RIBEIRO-FILHO, 2011).

Embora o indicador “Prevalência de Dor” apenas quantifique o número de indivíduos com dor, há situações em que medidas grosseiras como essa de ausência ou presença de dor, colaboram para a determinação de recursos terapêuticos a serem disponibilizados nos serviços. Quando associado a outros indicadores, como os que consideram a intensidade da dor, pode subsidiar escolhas de outras formas terapêuticas a serem oferecidas nos serviços, assim como a manutenção da assistência em rede, de forma a oferecer resolutividade no manejo do sintoma dor. (DA SILVA & RIBEIRO-FILHO, 2011).

Os indicadores “Índice de prescrição de tratamento farmacológico e não farmacológico para analgesia”, permitem determinar a incidência de prescrição de conduta terapêutica farmacológica e não farmacológica frente à presença de dor, possibilitando o acompanhamento do acesso de pacientes a prescrição terapêutica, assim como associados aos indicadores de “Prevalência de dor leve, moderada ou intensa nos pacientes com dor” favorecem o monitoramento da eficácia da terapêutica prescrita.

Segundo estudo realizado por Costa (2011) são poucos os avanços mundiais no que tange a avaliação da qualidade dos cuidados paliativos e criação de indicadores específicos, com exceção do Reino Unido.

Na Austrália já há três indicadores relacionados à dor em uso, sendo que um deles, intensidade da dor quantificada, se assemelha ao indicador Prevalência da dor proposto por este trabalho (COSTA, 2011). No Canadá, diversos indicadores de qualidade específicos estão em uso. Um estudo realizado em 2008 avaliou a aceitabilidade de 19 indicadores de qualidade em cuidados paliativos e constatou que muitos deles foram aceitos pelos profissionais de saúde, como os relacionados à dor e ao manejo dos sintomas (COSTA, 2011; GRUNFELD *et al.*, 2008).

A utilização de indicadores de qualidade em cuidados paliativos é uma realidade em alguns países, como Reino Unido e Canadá, porém a grande maioria desses indicadores não foi avaliada em detalhes e, portanto, para a sua aplicação no Brasil são necessárias adaptações e traduções (PASMAN *et al.*, 2009; COSTA, 2011).

6. CONCLUSÃO

Os indicadores de qualidade são instrumentos que norteiam a prática da equipe multidisciplinar de cuidados paliativos, fornecendo evidências para a realização de intervenções e subsidiando o gerenciamento do cuidado. Os oito indicadores propostos neste estudo, além de serem de fácil aplicação, possuem numeradores e denominadores que podem ser obtidos pelos formulários padronizados no prontuário dos pacientes do serviço estudado. Para tanto, se faz necessário que os registros da assistência prestada sejam realizados continuamente e de forma sistemática, de modo a possibilitar a utilização dos indicadores propostos.

Na literatura nacional ainda são poucos os estudos que propõem e discutem a aplicabilidade de indicadores de qualidade em dor em cuidados paliativos. A escassez de estudos instiga à realização de pesquisas que identifiquem dados e processos de cuidado e que permitam avaliar a eficácia e a qualidade da assistência prestada em serviços ambulatoriais de cuidados paliativos. Cabe ressaltar que ao utilizar indicadores de qualidade em serviços de cuidados paliativos, o profissional estará favorecendo a melhoria e o aperfeiçoamento do gerenciamento da dor em adultos na unidade ambulatorial, além de contribuir com as evidências que sustentam os cuidados paliativos.

REFERÊNCIAS

ANDRELLA, G.Q.; ARAÚJO, P.M.P.; LIMA, S.M.P.F. Estudo comparativo entre duas escalas de dor e a aplicação em pacientes. **Estudos**, Goiânia, v. 34, n. 1/2, p. 21-34, jan./fev. 2007. Disponível em: <<http://seer.ucg.br/index.php/estudos/article/viewFile/305/246>>. Acesso em setembro 2014.

ARAUJO, M.M.T. DE; SILVA, M.J.P. DA. A comunicação com o paciente em cuidados paliativos: valorizando a alegria e o otimismo. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 41, n. 4, Dez. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342007000400018&lng=en&nrm=iso>. Acesso em agosto 2014.

ASSOCIAÇÃO NACIONAL CUIDADOS PALIATIVOS – ANCP. Critérios de Qualidade para Unidades de cuidados paliativos. Organização de Serviços de Cuidados Paliativos; 2006.

ASSOCIAÇÃO NACIONAL CUIDADOS PALIATIVOS – ANCP. Manual de Cuidados Paliativos. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2009. 320p.

AVANCI, B.S.; et al. Cuidados paliativos à criança oncológica na situação do viver/morrer: a ótica do cuidar em enfermagem. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, Dez. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452009000400004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em agosto 2014.

BOTTEGA, F.H.; FONTANA, R.T. A dor como quinto sinal vital: utilização da escala de avaliação por enfermeiros de um hospital geral. **Texto contexto - enferm.** [online]. 2010, vol.19, n.2, pp. 283-290.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Cuidados paliativos oncológicos: controle da dor**. Rio de Janeiro: INCA; 2001.

_____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Estimativa 2014: Incidência de Câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2014.

CHAVES, J.H.B.; et al. Cuidados paliativos na prática médica: contexto bioético. **Rev. dor**, São Paulo, v. 12, n. 3, Sept. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-00132011000300011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em agosto 2014.

CINTRA, E.A.; et al. Utilização de indicadores de qualidade para avaliação da assistência de enfermagem: opinião dos enfermeiros. **J Health Sci Inst.** 2010; 28 (1): 29-34.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO – COREN-SP. **Indicadores de Qualidade.** COREN-SP CAT nº026/2010. São Paulo: junho, 2010. Disponível em: <http://coren-sp.gov.br/sites/default/files/026_2010_indicadores_de_qualidade.pdf>. Acesso em julho 2014.

*CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO – CREMESP. **Cuidado Paliativo.** São Paulo, 2008. Disponível em: <http://www.cremesp.org.br/library/modulos/publicacoes/pdf/livro_cuidado%20paliativo.pdf>. Acesso em julho 2014.

COSTA, M. P. **Indicadores de qualidade para a contratualização de cuidados paliativos.** 2011. Dissertação (Mestrado em Gestão de Saúde) – Universidade Nova de Lisboa, Lisboa, 2011. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/10362/6231>>. Acesso em julho 2014.

DA SILVA, J.A.; RIBEIRO-FILHO, N.P. A dor como um problema psicofísico. **Rev. dor,** São Paulo, v. 12, n. 2, Junho, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-00132011000200011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em setembro 2014.

DUARTE, E.R.M. **Modelo Sistêmico de Avaliação de Desempenho Hospitalar por meio de Indicadores Assistenciais: Indicador de Atenção à Dor Aguda no Perioperatório.** Tese (doutorado) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Escola de Engenharia. Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção, Porto Alegre, 2009. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/28521/000711012.pdf?sequence=1>>. Acesso em setembro 2014.

FERREIRA, P.L.; et al. Cuidados de fim de vida: Portugal no projeto europeu PRISMA. **Rev Port Saúde Pública,** 2012; 30: 62-70.

FOLEY, K.M. The past and the future of palliative care. Improving end of life care: why has it been so difficult? **Hastening Center Report Special Report,** 2005; 35 (6): S42-6.

FRANCO, J.N.; et al. Percepção dos enfermeiros sobre os resultados dos indicadores de qualidade na melhoria da prática assistencial. **Rev. bras. enferm.,** Brasília, v. 63, n. 5, Out. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672010000500018&lng=en&nrm=iso>. Acesso em agosto 2014.

GRUNFELD, E.; et al. Toward population-based indicators of quality end-of-life care. **Cancer**. 2008; 112(10): 2301–2308.

HOFFMANN, F.; et al. Measuring Progress: Indicators for Care Homes. [S.l.]: European Centre for Social Welfare Policy and Research. Viena, Áustria: 2013.

INTERNACIONAL ASSOCIATION FOR THE STUDY OF PAIN – IASP. **Guia para o Tratamento da Dor em Contextos de Poucos Recursos**. 2010. Disponível em: <[http://www.iasp-pain.org/AM/Template.cfm?Section=Guide to Pain Management in Low Resource Settings&Template=/CM/ContentDisplay.cfm&ContentID=15927](http://www.iasp-pain.org/AM/Template.cfm?Section=Guide%20to%20Pain%20Management%20in%20Low%20Resource%20Settings&Template=/CM/ContentDisplay.cfm&ContentID=15927)>. Acesso em maio 2014.

LEVY, M.H.; et al. Palliative care. Clinical practice guidelines in oncology. **J. Natl. Compr. Canc. Netw**. Setembro, 2006; 4(8): 776-818.

MENDES, T.R.; et al. Ocorrência da dor nos pacientes oncológicos em cuidado paliativo. **Acta paul. enferm**. São Paulo, v. 27, n. 4, agosto 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002014000400011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em setembro 2014.

MERSKEY, H.; BOGDUK, N. **Task force of taxonomy: classification of chronic pain**. Seattle: IASP, 1994.

MORETE, M.C.; MINSON, F.P. Instrumentos para a avaliação da dor em pacientes oncológicos. **Rev. Dor** 2010; 11(1): 74-80. Disponível em: <http://www.dor.org.br/revistador/Dor/2010/volume_11/n%C3%BAmero_1/pdf/Volume_1_1_n_1_pag_74_80.pdf>. Acesso em julho 2014.

MOURA, G.M.S.S.; et al. Construção e implantação de dois indicadores de qualidade assistencial de enfermagem. **Rev. Gaúcha Enferm**. 2009; 30 (1): 136-140.

NASCIMENTO, L.A.; et al. Manejo da dor e dificuldades relatadas pela equipe de enfermagem na administração de opióides. **Rev. el. de Enf**. v. 13, n. 4, 2011. Disponível em: <<http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/10432/10222>>. Acesso em agosto 2014.

NATIONAL CONSENSUS PROJECT FOR QUALITY PALLIATIVE CARE – NCP. **Clinical Practice Guidelines for Quality Palliative Care**. 3ª ed. 2013 Disponível em: <http://www.nationalconsensusproject.org/NCP_Clinical_Practice_Guidelines_3rd_Edition.pdf> Acesso em agosto 2014.

NOBRE, C.F.C. **A experiência da pessoa com dor crónica do foro oncológico um estudo fenomenológico**. Março, 2013. 244 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa. Portugal, 2013.

NUNES, B.C.; GARCIA, J.B.S.; SAKATA, R.K. Morfina como primeiro medicamento para tratamento da dor de câncer. **Rev Bras Anesthesiol.** 2014; 64(4): 236–240.

PASMAN, H.R.W.; et al. Quality-indicators for palliative care: a systematic review. **Journal of Pain and Symptom Management**, 2009, 38(1), 145-156

PEDROSO, R.A.; CELICH, K.L.S. **Dor: quinto sinal vital, um desafio para o cuidar em enfermagem.** Texto & Contexto Enferm. 2006; 15(2): 270-6.

PIMENTA, C.A.M. Cuidados paliativos: uma nova especialidade do trabalho da enfermagem?. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 23, n. 3, Junho 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002010000300001&lng=en&nrm=iso. Acesso em agosto 2014.

RICHMOND, C. **Obituaries: Dame Cicely Saunders**, Founder of the Modern Hospice Movement, 331 BRIT. MED. J. 238, 238 (2005). Disponível em: <http://www.bmj.com/content/331/7510/238.pdf%2Bhtml>. Acesso em julho 2014.

SAÇA, C.; et al. A dor como 5º sinal vital: atuação da equipe de enfermagem no hospital privado com gestão do Sistema Único de Saúde (SUS). **J Health Sci Inst.** 2010; 28(1): 35-41.

SANTANA J.C.B.; et al. Cuidados paliativos aos pacientes terminais: percepção da equipe de enfermagem. **Rev. Bioethikós**, Centro Universitário São Camilo. 2009; 3(1): 77-86.

SANTOS, M.C.L.; PAGLIUCA, L.M.F.; FERNANDES, A.F.C. Cuidados paliativos ao portador de câncer: reflexões sob o olhar de Paterson e Zderad. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 2, Abr. 2007. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692007000200024&lng=en&nrm=iso. Acesso em julho 2014.

SILVA, R.C.F. DA; HORTALE, V.A. Cuidados paliativos oncológicos: elementos para o debate de diretrizes nesta área. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 10, Out. 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006001000011&lng=en&nrm=iso. Acesso em julho 2014.

SILVA, L.D. Indicadores de qualidade do cuidado de enfermagem na terapia intensiva. **Rev.enferm. UERJ.** 2003 jan/abr.; 11(1): 111-116.

SILVA, E.P.; SUDIGURSKY, D. Concepções sobre cuidados paliativos: revisão bibliográfica. **Acta Paul Enferm.** 2008; 21(3): 504-8.

SOCIEDADE BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA DOR – SBED. **II Consenso Nacional de Dor Oncológica.** São Paulo: Grupo Editorial Moreira Jr.; 2011. Disponível

em: <<http://www.dor.org.br/profissionais/pdf/IIConsensodeDor.pdf>>. Acesso em agosto 2014.

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CUIDADOS PALIATIVOS – SECPAL. **Guía de Cuidados Paliativos**. Espanha, 2008. Disponível em: <<http://www.secpal.com/guiacp/index.php>>. Acesso em julho 2014.

TRONCHIN, D.M.R.; et al. Subsídios teóricos para a construção e implantação de indicadores de qualidade em saúde. **Rev. Gaúcha Enferm.** Porto Alegre (RS) 2009 set; 30(3): 542-6.

VASCONCELOS, E.V.; SANTANA, M.E.; SILVA, S.E.D. Desafios da enfermagem nos cuidados paliativos: revisão integrativa. **Enfermagem em Foco**, 2012; 3(3): 127-130.

VIEIRA, A.P.M.; KURCGANT, P. Indicadores de qualidade no gerenciamento de recursos humanos em enfermagem: elementos constitutivos segundo percepção de enfermeiros. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 23, n. 1, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002010000100002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em agosto 2014.

WATERKEMPER, R.; REIBNITZ, K.S. Cuidados paliativos: a avaliação da dor na percepção de enfermeiras. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre (RS) mar, 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. **Cancer pain relief – with a guide of opioid availability**. 2ª ed. Geneva: World Health Organization; 1996. Disponível em: <<http://whqlibdoc.who.int/publications/9241544821.pdf>>. Acesso em agosto 2014.

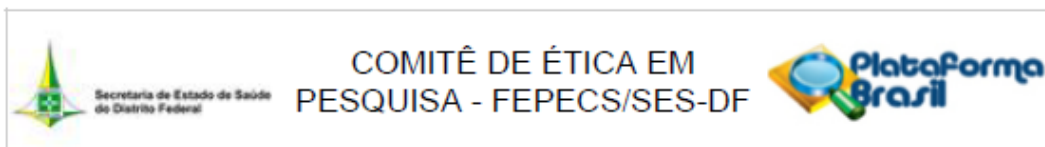
_____. **New pain standards: A giant opportunity to change patterns of care in the US Cancer Pain Release**. Vol. 14, nº2, 2001. Disponível em: <<http://www.whocancerpain.wisc.edu/?q=node/186>>. Acesso em agosto 2014.

_____. **National cancer control programmes: policies and managerial guidelines**. 2ª ed. Geneva: World Health Organization; 2002. Disponível em: <<http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>>. Acesso em agosto 2014.

_____. **Palliative care: the solid facts**. Copenhagen: WHO, 2004. Disponível em: <http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/98418/E82931.pdf>. Acesso em julho 2014.

_____. **Worldwide Palliative Care Alliance. Global Atlas of Palliative Care at the End of Life**. Jan. 2014. Disponível em: <<http://www.who.int/nmh/Global Atlas of Palliative Care.pdf>>. Acesso em setembro 2014.

ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Análise da assistência ambulatorial em Dor e Cuidados Paliativos em Hospital Público do Distrito Federal.

Pesquisador: Janaina Meirelles Sousa

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 16174013.0.0000.5553

Instituição Proponente: FUNDAÇÃO DE ENSINO PESQUISA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 328.860

Data da Relatoria: 24/06/2013

Apresentação do Projeto:

Sem alteração em relação ao parecer 2987 de 10/06.

Objetivo da Pesquisa:

Sem alteração em relação ao parecer 2987 de 10/06.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Sem alteração em relação ao parecer 2987 de 10/06.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Sem alteração em relação ao parecer 2987 de 10/06.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Sem alteração em relação ao parecer 2987 de 10/06.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Pendência resolvida.

Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS
Bairro: ASA NORTE **CEP:** 70.710-904
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3325-4955 **Fax:** (33)3325-4955 **E-mail:** cepesdf@saude.df.gov.br



Secretaria de Estado de Saúde
do Distrito Federal

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - FEPECS/SES-DF



Continuação do Parecer: 328.860

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

BRASILIA, 08 de Julho de 2013

Assinador por:
luiz fernando galvão salinas
(Coordenador)

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS

Bairro: ASA NORTE

CEP: 70.710-904

UF: DF

Município: BRASILIA

Telefone: (61)3325-4955

Fax: (33)3325-4955

E-mail: cepsesdf@saude.df.gov.br