

Cuidados paliativos - Cuidados de fim de vida

Todas Áreas

Objetivos:

Disponibilizar definição de fim de vida e recomendações para manejo de sintomas neste contexto clínico.

Data da última alteração: terça, 31 de janeiro de 2023

Data de validade da versão: sexta, 31 de janeiro de 2025

Autores e Afiliação:

Natália Souza Campos (médica), Olga Laura Sena Almeida (médica), Nereida Kilza da Costa Lima (médica), Adriana dos Santos Garbelini (enfermeira), Bruna Teixeira Pinto (terapeuta ocupacional)

Definição / Quadro Clínico:

Na literatura médica, a fase final de vida é definida como as últimas semanas, a última semana ou as últimas 48 horas de vida do paciente. A terminologia varia de acordo com o estudo realizado, porém o conceito-chave que define esta fase da doença é a irreversibilidade. Considerando o objetivo de permitir ao paciente um processo de morte digno, com controle adequado de sintomas de modo a minimizar seu sofrimento e de sua família, é essencial identificar os sinais de final de vida e atuar de modo a fornecer controle adequado dos sintomas mais frequentes apresentados nesta fase.

Diagnóstico:

Nos últimos meses de seu adoecimento, sendo este oncológico ou não, o organismo do paciente inicia um processo de declínio funcional que, ao se aproximar da fase final de vida, se acelera. Este processo se caracteriza por presença de síndrome anorexia-caquexia, perda acelerada de status performance, disfunções orgânicas, aumento da frequência de complicações clínicas (tais como infecções e eventos tromboembólicos) e ocorrência de delirium.

Exames Complementares:

VALIDADE ÉTICA:

Resolução CFM Nº 1.805/2006 (Publicada no D.O.U., 28 nov. 2006, Seção I, pg. 169):

"Na fase terminal de enfermidades graves e incuráveis é permitido ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente, garantindo-lhe os cuidados necessários para aliviar os sintomas que levam ao sofrimento, na perspectiva de uma assistência integral, respeitada a vontade do paciente ou de seu representante legal".

Código de Ética Médica: Resolução CFM nº 2.217, de 27 de setembro de 2018, modificada pelas Resoluções nº 2.222/2018 e 2.226/2019: Capítulo I, item XXII - Princípios fundamentais: "Nas situações clínicas irreversíveis e terminais, o médico evitará a realização de procedimentos diagnósticos e terapêuticos desnecessários e propiciará aos pacientes sob sua atenção todos os cuidados paliativos apropriados".

Capítulo V, Art. 41 - É vedado ao médico: "Abreviar a vida do paciente, ainda que a pedido deste ou de seu representante legal".

Parágrafo único. Nos casos de doença incurável e terminal, deve o médico oferecer todos

os cuidados paliativos disponíveis sem empreender ações diagnósticas ou terapêuticas inúteis ou obstinadas, levando sempre em consideração a vontade expressa do paciente ou, na sua impossibilidade, a de seu representante legal.

OBJETIVOS DO CUIDADO:

A equipe de saúde deve ter como objetivo principal, neste momento, o alívio de sintomas e o acolhimento ao paciente e sua família. Além de reavaliações frequentes para verificar controle de sintomas, faz-se necessária uma abordagem honesta com o paciente e sua família de modo a entender seus valores e propiciar a criação de um plano de cuidados individualizado, que deve incluir via de alimentação, uso de sedação paliativa, permanência ou não no hospital, horário de visita, presença de acompanhante, entre outros cuidados.

Além da abordagem medicamentosa, o cuidado em fase final de vida deve incluir abordagem não-farmacológica e, principalmente, multiprofissional, de modo a aliviar o sofrimento existencial associado à percepção de finitude e o sofrimento espiritual que acompanha esta percepção. A abordagem em conjunto com a equipe multiprofissional permite a detecção adequada destas questões e proporciona ao paciente e sua família um espaço para acolhimento e resoluções de conflitos, fortalecimento de vínculos familiares, despedidas, perdão e demonstração de amor.

O diálogo honesto entre equipe de saúde, paciente e familiares permite também a organização, ainda em vida, quanto a pendências associadas a inventário, herança, guarda e tutela de dependentes, organização de rituais de luto apropriados de acordo com a fé do paciente e sua família e planejamento quanto aos desejos do paciente em relação ao destino do seu corpo (local de enterro, cremação).

Quanto à abordagem farmacológica, ao se elaborar a prescrição do paciente em fase final de vida, deve-se priorizar medicamentos que contribuam para controle de sintomas e suspender medicamentos e tratamentos que não possuam benefício neste momento, dando preferência para a via de administração mais confortável ao paciente. Em situações em que há dúvida quanto ao benefício de um tratamento, é possível propor um tratamento em caráter de teste, com reavaliação periódica quanto ao seu impacto em controle de sintomas.

Quanto à abordagem não farmacológica, deve-se priorizar a biografia do paciente, características e informações trazidas tanto por ele quanto por seus familiares a respeito das crenças, valores, sentidos e significados da vida, da morte e do próprio adoecimento; músicas, toques, cheiros que lhe trazem bem-estar, boas recordações e sensações; atividades significativas que costumava desempenhar no seu cotidiano; vínculos fortalecidos e rede de suporte significativa para o paciente.

Sugere-se a realização de interconsulta com o Grupo de Cuidados Paliativos para avaliação e elaboração do plano terapêutico em conjunto com a equipe assistente, o paciente e sua família.

Tratamento:

SINTOMAS MAIS PREVALENTES NA FASE FINAL DE VIDA:

1. Dor

Dor é uma experiência sensorial e emocional, associada ou relacionada a lesão tecidual real ou potencial. Assim, a experiência de dor é altamente individual, e devemos levar em consideração o relato do paciente.

Considerando o padrão de piora de sintomas ao se aproximar da terminalidade, a equipe assistente não deve esperar o paciente sentir dor para fornecer a medicação. Deve-se

avaliar a melhor via de administração caso a caso, ponderando a capacidade de deglutição do paciente e, em caso de impossibilidade de via oral, priorizar as vias endovenosa e subcutânea. O esquema analgésico deve ser organizado de modo a manter a analgesia de horário, com resgates disponíveis se necessário; sempre que possível, a associação com analgésico simples é valiosa para controle de dor e menor necessidade de opioides. Caso o paciente apresente dor mal controlada e já fizer uso de opioide previamente, considerar transicionar para infusão contínua de morfina, o que tende a reduzir os efeitos colaterais associados com a infusão em bolus por permitir níveis séricos mais estáveis do medicamento. Pacientes com disfunção renal têm maior risco de intoxicação pela morfina uma vez que o clearance da droga é renal. Nestas situações, recomenda-se iniciar com doses menores de morfina, com maior espaçamento entre as doses (a cada 6 ou 8 horas). Doses de resgate também devem ser prescritas em caso de dor entre as doses de morfina de horário e são úteis para o ajuste da dose total diária no dia seguinte. A dose de resgate costuma ser 1/6 a 1/10 da dose total diária prescrita de horário e pode ser feita a cada 2 a 4 horas, dependendo da função renal do paciente. É muito importante que a equipe médica oriente os acompanhantes e a enfermagem quanto ao uso do resgate em caso de necessidade para facilitar o controle adequado dos sintomas e o ajuste fino da dose diária de morfina. Deve-se evitar realizar resgates na bomba de morfina pelo risco de intoxicação e por não ser possível a checagem pela enfermagem a beira leito para contabilização pela equipe médica dos resgates realizados. O tratamento não farmacológico consiste em avaliar as melhores posturas para o paciente com o auxílio de uso de coxins; músicas que podem lhe trazer bem-estar; presença ou não de familiares, considerando presença física ou mesmo o envio de áudios, vídeos dos entes queridos; benefícios de rituais relacionados à crença do paciente; técnicas de relaxamento; atividades significativas que podem lhe trazer alívio e maior conforto.

2. Dispneia

É um dos sintomas mais prevalentes nas últimas semanas de vida do paciente, tendendo a se tornar mais frequente e intensa com a proximidade da morte. É razoável realizar tratamentos específicos para causas potencialmente reversíveis de dispneia sempre que possível, porém com a proximidade da morte a dispneia tende a se tornar refratária a intervenções, sendo necessário manejo estritamente sintomático, com medidas farmacológicas e não farmacológicas. Para pacientes sem condições de relatar sintomas, sugere-se o uso da escala RDOS para avaliação de dispneia - vide anexo.

Morfina em baixa dose é a base do controle da dispneia. Ocasionalmente, associa-se benzodiazepínicos para amenizar a ansiedade e desconforto psicológico associados à sensação de dispneia. Oxigênio suplementar deve ser utilizado apenas em casos de hipoxemia associada ao desconforto respiratório. Além disso, uso de medidas não-farmacológicas como ventilador portátil, posicionamento adequado no leito, considerando uso de coxins e outras adaptações; preferência por ambientes abertos; técnicas de respiração e relaxamento, avaliação da presença ou não de familiares, considerando a presença física ou mesmo o envio de áudios, vídeos dos entes queridos são também bem-vindas.

Em caso de refratariedade no controle da dispneia com uso de morfina em baixa dose e sofrimento intenso, o uso da sedação paliativa deve ser considerado. Se o paciente persistir com dispneia apesar da dose de 10mg/dia de morfina endovenosa, considerar o início de midazolam para controle do sintoma.

3. Náuseas e vômitos

Para o adequado controle de náuseas e vômitos no paciente em fim de vida, deve-se

realizar uma avaliação criteriosa quanto às possíveis causas destes sintomas de modo a direcionar o manejo farmacológico de acordo com o mecanismo envolvido. A avaliação de alterações potencialmente reversíveis, que possam ser controladas com tratamentos farmacológicos, também tem importância no controle do desconforto associado a estes sintomas.

No caso de obstrução intestinal, a passagem de sonda nasogástrica para drenagem possui papel importante no alívio de sintomas pela descompressão gástrica. A escopolamina e octreotida podem ser utilizados como antissecretores, e o uso de corticosteroide contribui para redução do edema de alça e dos efeitos inflamatórios locais.

Uma causa frequente de náuseas e vômitos é o uso de opioide, tanto pelo efeito medicamentoso direto quanto pelo efeito obstipante dessa classe. No caso de náuseas em pacientes com uso crônico de opioide, sugere-se otimização do manejo de constipação intestinal junto ao manejo específico da náusea induzida pelo opioide. Para abordagem farmacológica, quando necessária, é indicado o uso de antieméticos, realizar a rotação de opioides e, em caso de refratariedade, prescrever antipsicóticos.

Medidas não farmacológicas que podem auxiliar no manejo de náuseas e vômitos incluem preferência por alimentos gelados, refeições fracionadas em pequenas porções e controle de odores no ambiente. O acompanhamento conjunto com a equipe de nutrição pode ajudar neste contexto.

O quadro abaixo direciona o tratamento farmacológico para o controle de náuseas e vômitos conforme a causa.

4. Delirium

Na literatura, há relato de presença de delirium em até 88% dos pacientes na fase final de vida, sendo possível a ocorrência tanto do delirium hiperativo quanto do hipoativo. De modo geral, pela exuberância dos sinais e desconforto tanto do paciente quanto dos cuidadores e familiares, o delirium hiperativo tende a ser mais tratado; não devemos, porém, subestimar o sofrimento causado pelo delirium hipoativo. A ocorrência de delirium refratário é sinal de mau prognóstico, muito associada com a proximidade do óbito. No contexto de final de vida, deve-se ponderar o benefício de realizar investigação extensa das causas do delirium e seu tratamento, com priorização do manejo dos sintomas. Cada caso deve ser avaliado individualmente, levando em consideração os riscos e benefícios associados.

Os medicamentos de escolha para controle do delirium são os antipsicóticos.

Benzodiazepínicos podem ser associados ao tratamento para controle mais rápido dos sintomas, porém deve-se evitar seu uso isolado.

O manejo do delirium deve abordar os aspectos biopsicossociais do indivíduo com abordagem de uma equipe interdisciplinar, baseada na integralidade e humanização do cuidado. Sendo assim, é essencial utilizar de medidas como: interagir com o paciente e seus familiares, realizar modificações do ambiente (adequação de temperatura, ajuste de luminosidade - dando preferência a luz natural-, controle de ruídos), flexibilizar protocolos rígidos e favorecer a rede social de apoio de modo a auxiliar no enfrentamento das crises. Além disso, como medidas não farmacológicas também pode-se avaliar a presença no leito de objetos pessoais e fotos significativas para o paciente; auxílio no reconhecimento do ambiente em que se encontra (apontar para o lençol com o logo da instituição, para a maca, as janelas); auxílio na recuperação do histórico do adoecimento (ocorrências em ordem cronológica) e o próprio acolhimento do paciente.

5. Ronco da morte (“sororoca”)

Situação comum em pacientes na fase terminal, causada pelo acúmulo de secreções em

vias aéreas superiores. É causa de sofrimento principalmente para familiares e cuidadores, com a percepção de desconforto respiratório, devendo ser minimizado ao máximo. A classe de escolha para controle do ronco são os anticolinérgicos – escopolamina e atropina. A aspiração de vias aéreas deve ser evitada, por causar mais desconforto do que alívio neste contexto. A mudança de postura e melhor posicionamento de cabeça e cervical podem contribuir para amenizar os roncos.

6. Anorexia, dieta e hidratação

Na fase final de vida, a atividade metabólica do organismo é reduzida, levando a menor necessidade de ingestão calórica e, conseqüentemente, uma situação de “anorexia fisiológica”. Neste contexto, em que o paciente não apresenta desejo de se alimentar, com mínima aceitação de alimentos e líquidos, iniciar dieta por via alternativa com sonda enteral ou dieta parenteral não traz benefícios. A dieta enteral pode ocasionar desconforto pela presença da sonda, distensão abdominal, náuseas, vômito com risco de broncoaspiração, sensação de plenitude e desconforto abdominal, além de aumento do risco de delirium pelo uso da sonda. Assim, a conduta neste momento é acolher os familiares e o paciente, orientar quanto a chamada dieta de conforto – em que é ofertado apenas o que o paciente deseja ingerir, na quantidade em que ele aceita – e priorizar hidratação pela via oral. Caso o paciente não possua segurança para oferta de líquidos via oral e a família expressar desconforto com a ausência de hidratação, sugere-se priorizar a via subcutânea para hidratação, em alíquotas baixas, levando em consideração os riscos da hiperidratação (congestão pulmonar, desconforto respiratório, maior prevalência do ronco da morte). Uso de gazes molhadas ou cubos de gelo para aliviar a sensação de boca seca é mais eficaz neste contexto do que a hidratação artificial. É importante esclarecer junto aos familiares que a hidratação e a ingestão alimentar nessa fase final de vida podem trazer desconforto em caso de não aceitação pelo paciente e que há evidências que mostram que essa conduta não melhora a sobrevida e pode trazer impactos negativos significativos para a qualidade de vida do paciente.

PLANO TERAPÊUTICO E OUTRAS CONSIDERAÇÕES:

A partir do momento em que a fase final de vida é diagnosticada e as metas de cuidado são definidas, a presença da equipe de saúde é essencial tanto para reavaliar sintomas com maior frequência quanto para o acolhimento da família e do paciente. No processo ativo de morte, recomenda-se uma reavaliação a beira leito pelo menos a cada 2 a 4 horas, dependendo do controle dos sintomas, ou em intervalos menores se necessário. A comunicação deve ser feita de forma clara, empática e honesta, de modo a preparar os familiares e o paciente para as mudanças esperadas nas próximas horas e dias, inclusive quanto aos sinais de alarme e a presença de sintomas descompensados. Importante destacar que essa comunicação deve respeitar os limites, os desejos (pela ciência ou não dessas informações) e o processo de elaboração tanto do paciente quanto dos seus familiares; o que reforça a orientação de que tal comunicação aconteça de forma gradual e até por repetidas vezes, se paciente e/ou familiares apresentarem essa necessidade. A aferição de sinais vitais neste momento perde espaço e não deve ser realizada pelo risco de trazer desconforto ao paciente e o uso de escalas para avaliar sintomas se torna preponderante. Pode-se utilizar a escala de Edmonton (ESAS) se o paciente estiver consciente e comunicativo e as escalas PAINAD e RDOS se o paciente estiver inconsciente. Nesta fase, deve-se suspender a monitorização contínua a beira leito com o monitor multiparamétrico quando este estiver presente e a equipe de enfermagem e os familiares devem ser orientados quanto ao não benefício desta monitorização. A higiene corporal e a mudança de decúbito devem ser avaliadas individualmente e de acordo com o desejo do

paciente. Priorizar mudanças de posição que visam a descompressão e garantam maior conforto ao paciente.

Sempre que possível, é aconselhável flexibilizar a rotina de visitas e a presença de acompanhantes, respeitando-se os desejos do paciente e solicitando a liberação de estado de gravidade pela equipe de enfermagem para flexibilização das visitas e do número de acompanhantes na portaria. A visita de crianças e adolescentes, desde que haja vontade do paciente e de cada indivíduo, é encorajada e pode ser organizada em conjunto com o serviço de psicologia.

A equipe de saúde tem papel essencial na organização de um ambiente seguro e acolhedor que permita a comunicação entre o paciente em fase terminal e seus entes queridos; a presença de objetos que tenham significado especial para o paciente, entrada de alimentos que o paciente expresse desejo e rituais de despedida trazem alívio do sofrimento neste contexto delicado, e permitem a melhor elaboração do luto pelos familiares.

É importante conversar com o paciente e família sobre a vontade de receber suporte espiritual. Pode-se solicitar uma visita pelo Capelão do hospital, que é Padre da Igreja Católica, mas que faz abordagem espiritual independentemente da religião ou mesmo na ausência de crença específica. A visita do Capelão pode ser solicitada pelo ramal 2901 (Grupo de Cuidados Paliativos) ou pelo celular que está disponível com as equipes de enfermagem das enfermarias e assistentes sociais. A Rede de Apoio Espiritual do HCFMRP também tem vários profissionais cadastrados, de diversas religiões, capacitados para o atendimento em ambiente hospitalar, cujos contatos estão disponíveis nas equipes de enfermagem. Pode-se também solicitar à enfermagem/assistência social para que viabilize a visita de algum sacerdote espiritual que já acompanhe o paciente e sua família.

Ressalta-se que o fato de o paciente estar em cuidados paliativos e em fase final de vida não pode ser, em nenhuma hipótese, justificativa para não serem realizadas as avaliações necessárias, a implementação de todas as medidas possíveis de conforto e a assistência nos momentos próximos ao óbito e imediatamente após para familiares e acompanhantes. Nas situações em que o paciente estiver estável, em fase final de vida, mas que ainda não esteja em processo ativo de morte, deve-se considerar a transferência hospitalar para hospitais de menor complexidade no Complexo HC-FAEPA (Hospital Estadual de Ribeirão Preto ou Hospital Estadual de Serrana) ou na cidade de origem sempre que possível. Essa decisão deve ser sempre compartilhada com a família ponderando os benefícios da proximidade com entes queridos e a garantia da continuidade do cuidado.

O Grupo de Cuidados Paliativos está à disposição para auxiliar em caso de dificuldades, atuando sempre em conjunto com a equipe responsável pelo paciente.

Referências Bibliográficas Externas:

- Oxford Textbook of Palliative Medicine, 6ª edição.
- Organização Mundial da Saúde. Palliative Care: symptom management and end-of-life care, 2014.
- Academia Nacional de Cuidados Paliativos. Manual de Cuidados Paliativos. 2ª edição.
- Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretários da Saúde e Hospital Sírio Libanês. Manual de Cuidados Paliativos, 2020.
- Egidio DF. Assessment and management of nausea and vomiting in palliative care. UpToDate Inc., 2021. Acesso em 07/01/2022.
- Joseph FJ et. al. Diagnosis of delirium and confusional states. UpToDate Inc., 2020. Acesso em 08/01/2022.
- Joseph FJ. Delirium and acute confusional states: prevention, treatment and prognosis. UpToDate Inc., 2019. Acesso em 08/01/2022

- E Bruera et. al. The Edmonton Symptom Assessment System (ESAS): a simple method for the assessment of palliative care patients, 1991.
- Daiane RM et. al. Tradução e adaptação transcultural do instrumento Edmonton Symptom Assessment System para uso em cuidados paliativos, 2013.
- Margaret LC et. al. A Respiratory Distress Observation Scale for patients unable to self-report dyspnea, 2010.

Anexos:

Figura 1: Manejo Farmacológico da Dor

Medicação	Via de administração	Doses
Dipirona sódica 500mg comprimido Dipirona sódica 500mg/ml gotas	Oral ou enteral	500mg a 1g a cada 6 ou 4h
Dipirona sódica 1g/2ml	Endovenosa ou subcutânea	1g a cada 6 ou 4h
Paracetamol 500mg comprimido Paracetamol 200mg/ml gotas	Oral ou enteral	500mg a 1g a cada 6h – dose máxima de 4g por dia
Morfina	Oral ou enteral	Dose inicial: 5mg a cada 4h
Morfina	Endovenosa ou subcutânea	Dose inicial: 2mg a cada 4h em bolus ou 10mg em bomba de infusão em 24h

Figura 2: Manejo Farmacológico da Dispneia

Medicação	Via de administração	Dose
Morfina	Endovenosa ou subcutânea	2mg a cada 6h ou 2mg a cada 4h se dispneia moderada ou intensa; 10mg em infusão contínua em 24h Resgates: bolus de 10% da dose a cada 4h
Midazolam	Endovenosa ou subcutânea	1mg/h em infusão contínua Resgates: bolus de 1-5mg a cada 4h

Figura 3: Manejo Farmacológico de Náuseas e Vômitos

Etiologia	Medicamento	Via de administração	Dose
Obstrução intestinal	Haloperidol	Subcutânea	0,5 a 2mg a cada 8 ou 6h
	Dexametasona	Endovenosa ou subcutânea	4mg a cada 12h
	Escopolamina	Endovenosa ou subcutânea	20 a 60mg a cada ou 6h
Estase gástrica	Metoclopramida	Endovenosa subcutânea	10mg a cada 8 ou 6h
	Bromoprida	Endovenosa	10mg a cada 8h
	Domperidona	Oral	10mg a cada 8h
Hipertensão intracraniana	Dexametasona	Endovenosa ou subcutânea	8mg a cada 12 ou 8h
Alterações metabólicas / medicamentoso	Metoclopramida	Endovenosa ou subcutânea	10mg a cada 8 ou 6h
	Ondansetrona	Endovenosa ou subcutânea	4 a 8mg a cada 8h
	Haloperidol	Subcutânea	1 a 2mg a cada 8h

Figura 4: Manejo Farmacológico de Delirium

Medicação	Via de administração	Dose
Haloperidol	Oral ou subcutânea	2,5 a 5mg a cada 8h
Clorpromazina	Oral	12,5mg a cada 12h
Quetiapina	Oral	12,5 a 200mg a cada 12h
Risperidona	Oral	0,5 a 2mg a cada 12h

Figura 5: Manejo Farmacológico de Broncorreia e Sorroca

Medicação	Via de administração	Dose
Escopolamina	Oral, endovenosa ou subcutânea	20mg a cada 8 ou 6h
Atropina, colírio	Sublingual	2 gotas a cada 6h
Brometo de ipratrópio	Inalação	Até 40 gotas a cada 4h

Figura 6: Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton

Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton (ESAS-r)												
Por favor, circule o número que melhor descreve como você está se sentindo												
Sem dor	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior dor possível
Sem cansaço	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior cansaço possível
Sem sonolência	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior sonolência possível
Sem náusea	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior náusea possível
Com apetite	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior falta de apetite possível
Sem falta de ar	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior falta de ar possível
Sem depressão	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior depressão possível
Sem ansiedade	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior ansiedade possível
Com bem-estar	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior mal-estar possível
Sem _____ (outro sintoma)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior _____ possível

Figura 7: Escala de Avaliação de Dor em Demência Avançada (PAINAD-Br)

Escala de avaliação de dor em demência avançada – PAINAD-Br Instruções: Observe o paciente por cinco minutos antes de pontuar os comportamentos dele ou dela. Pontue os comportamentos de acordo com a tabela a seguir.				
Comportamento	0	1	2	Pontuação
Respiração	- Normal	- Dificuldade ocasional para respirar	- Respiração ruidosa e com dificuldade - Longo período de hiperventilação - Respiração Cheyne-Stokes	
Vocalização negativa	- Nenhuma	- Resmungos ou gemidos ocasionais - Fala baixa ou em baixo tom, de conteúdo desaprovador ou negativo	- Chamados perturbadores negativos - Resmungos ou gemidos altos - Choro	
Expressão facial	- Sorrindo ou inexpressiva	- Triste - Assustada - Franzida	- Careta	
Linguagem corporal	- Relaxada	- Tensa - Andar angustiado/aflito, de um lado para o outro - Inquietação	- Rígida - Punhos cerrados - Joelhos encolhidos - Puxar ou empurrar para longe - Comportamento agressivo	
Consolabilidade	- Sem necessidade de consolar	- Distraído(a) ou tranquilizado(a) por voz ou toque	- Incapaz de ser consolado(a), distraído(a) ou tranquilizado(a)	
				Total:
O total de pontos varia de 0-10. Uma possível interpretação é: 1-3 dor leve, 4-6 dor moderada, 7-10 dor intensa. Estas variações são baseadas em escala padrão de dor de 0-10, mas não foram comprovadas na literatura para esta avaliação.				

Figura 8: Escala de Observação de Desconforto Respiratório (Respiratory Distress Observation Scale - RDOS)

Respiratory Distress Observation Scale (RDOS)			
Pontuação	0 ponto	1 ponto	2 pontos
Frequência cardíaca (/min)	< 90	90-109	≥110
Frequência respiratória (/min)	<19	19-29	≥30
Inquietação: movimentos despropositados	não	ocasional	frequente
Respiração paradoxal: movimentos abdominais na inspiração	não		sim
Utilização da musculatura acessória: elevação da clavícula durante inspiração	não	levemente	pronunciado
Grunhido ao final da expiração	não		sim
Batimento nasal: movimento involuntário das narinas	não		sim
Aparência de medo: Olhos arregalados Tensão da musculatura facial Fronte franzida Boca aberta Dentes cerrados	não		sim
Total:			

Instruções de uso:

1. RDOS não substitui resposta auto-referida pelo paciente, se capaz de se comunicar.
2. RDOS é uma ferramenta para avaliação de adultos.
3. RDOS não pode ser aplicada em pacientes em uso de bloqueador neuromuscular.
4. Contar a frequência cardíaca e respiratória por 1 minuto, auscultar se necessário.
5. Grunhidos podem ser audíveis na ausculta em pacientes intubados.

Direcionamento:

RDOS < 3: pouco ou nenhum desconforto respiratório

RDOS ≥ 3: necessidade de alívio/palição do desconforto respiratório

Objetivo do tratamento é manter RDOS < 3