
Guia de Registro

Enfermaria de Cuidados Paliativos

Estrutura única de nove blocos, usada na admissão e na evolução diária. Conduta sempre em tópicos, sob orientação do preceptor Dr. Vitor Rodrigues.

01 Os nove blocos — mapa geral

03 Estado oncológico e psicossocial

05 PPS e perfil paliativo

07 Evolução completa — exemplo

09 Frases prontas e erros comuns

02 Motivo, contexto e HPP

04 Exames e exame físico

06 Conduta

08 Fase de últimas horas ou dias

Material de apoio à documentação clínica. Não substitui julgamento clínico nem os protocolos do serviço.

Estes blocos respondem "por que este paciente está aqui e o que ele já trazia". Escritos por extenso na admissão, mantidos enxutos na evolução.

Motivo da internação

- Uma frase objetiva, sem narrativa.
- Ex.: "Dor abdominal não controlada em domicílio", "Rebaixamento do nível de consciência", "Admissão para cuidados de fim de vida".
- Na evolução, repetir a mesma frase da admissão — ela é a âncora de leitura.

Contexto de internação

- Procedência: domicílio, pronto-socorro, transferência, ambulatório — e quem encaminhou.
- O que vinha acontecendo nos dias ou semanas anteriores.
- O que já foi tentado antes da internação e por que não bastou.
- Como estava o cuidado em casa.
- Na evolução, uma a duas linhas bastam.

História patológica pregressa (HPP)

- Comorbidades com grau de controle — não só a lista de diagnósticos.
- Cirurgias prévias e internações nos últimos 6 meses.
- Alergias.
- Medicações de uso contínuo: fármaco, dose, via, horário — uma por linha.
- **Opioide em uso:** fármaco, dose diária total e via.
- **Resgates nas últimas 24 horas e eficácia** — o dado que mais orienta ajuste de dose. Duas doses com boa resposta e oito com resposta parcial pedem condutas opostas.
- Laxante em uso, última evacuação e adesão real ao tratamento.

HISTÓRIA PATOLÓGICA PREGRESSA (HPP)

Comorbidades: HAS controlada em uso de anti-hipertensivo.

Alergias: nega.

Medicações de uso contínuo:

- Anti-hipertensivo — 1 cp — VO — 8h
- Analgesia de horário
- Laxante

Opioide em uso: morfina, via oral.

Resgates nas últimas 24h: 2 — eficácia boa.

Laxante em uso: sim · última evacuação há 3 dias · adesão boa

Adesão é achado clínico. "Adesão parcial" sem explicação não serve. Se a medicação não estava sendo feita em casa por falta de dinheiro, por dificuldade de deglutição ou porque o cuidador trabalha fora, isso muda a conduta — e o motivo aparece no bloco psicossocial.

Estado oncológico

- Sítio primário, histologia e data do diagnóstico.
- Estadiamento e sítios metastáticos.
- Cirurgia: qual, data, intenção curativa ou paliativa.
- Quimioterapia: linhas, esquemas, datas, melhor resposta e motivo da suspensão.
- Radioterapia: sítio, dose, data, intenção.
- Hormonioterapia, alvo ou imunoterapia.
- Toxicidades que ainda repercutem — neuropatia, mucosite, citopenias.
- **Status atual:** em tratamento modificador da doença ou fora de possibilidade terapêutica modificadora.
- Equipe oncológica assistente.

História psicossocial e hábitos de vida

- Moradia e estrutura familiar: com quem mora, condições da casa.
- Cuidador principal — nome, vínculo, disponibilidade — e grau de sobrecarga.
- Rede de apoio: quem mais participa do cuidado.
- Condições socioeconômicas: renda, benefício, transporte, acesso a medicação.
- Ocupação e escolaridade.
- Tabagismo com carga tabágica, etilismo, outras substâncias.
- Alimentação e via: ingesta, disfagia, via oral, SNE ou gastrostomia.
- Cavidade oral: íntegra, candidíase, mucosite, xerostomia.
- Espiritualidade e religiosidade: tradição, importância atribuída, desejo de assistência.
- Fontes de sentido e preocupações, na palavra do paciente.

O bloco psicossocial é onde as altas se decidem. Quem cuida, quantas horas por dia, se há dinheiro para a medicação e se a casa comporta uma cama — são essas informações, e não o exame físico, que determinam se a desospitalização é possível. Em paliativos, esse bloco não é acessório.

O que enxugar na evolução

- Estado oncológico: uma linha com neoplasia, estágio, metástases e status.
- Psicossocial: cuidador, sobrecarga e rede de apoio — atualizar apenas quando houver mudança relevante.

Quando reescrever por extenso

- Mudança de status oncológico — entrada em FPTM, por exemplo.
- Troca de cuidador principal ou sobrecarga que se agravou.
- Perda de acesso a medicação ou de suporte domiciliar.

Admissão e evolução usam exatamente os mesmos blocos, na mesma ordem, sem numeração. O que muda é a extensão: na admissão os cinco primeiros são escritos por extenso; na evolução diária eles ficam enxutos e o exame físico é o que carrega o dia.

BLOCO	O QUE ENTRA	MUDA TODO DIA?
Motivo da internação	Uma frase objetiva. Sem narrativa.	Não
Contexto de internação	Procedência, quem encaminhou, o que vinha acontecendo, o que falhou em casa.	Não
História patológica pregressa	Comorbidades, cirurgias, internações, alergias, medicações de uso contínuo, opioide, resgates.	Não
Estado oncológico	Neoplasia, estadiamento, metástases, linhas de tratamento, status atual.	Raramente
Psicossocial e hábitos de vida	Moradia, cuidador, rede, socioeconômico, hábitos, alimentação, espiritualidade.	Raramente
Exames complementares	Laboratório, gasometria, imagem, microbiologia — com data.	Quando houver novo
Exame físico	Sinais vitais, um sistema por linha, dispositivos com sítio e data.	Sim
PPS e perfil paliativo	Uma linha: percentual, travessão, perfil.	Sim
Conduta	Tópicos com traço, sob orientação do preceptor.	Sim

TRÊS CONVENÇÕES QUE VALEM PARA TUDO

Exame físico por sistema - Um sistema por linha, sempre na mesma ordem. - Permite comparar com o de ontem sem reler o texto. - Sistema sem alteração pode sair da lista naquele dia.	Conduta em tópicos - Um traço por conduta, uma por linha. - Cabeçalho fixo: sob orientação do preceptor Dr. Vitor Rodrigues. - Nunca em parágrafo corrido.	PPS fecha antes da conduta - Bloco próprio, uma linha só. - Percentual, travessão, perfil paliativo. - Ex.: PPS 40% — paliativo predominante.
---	--	---

Por que a ordem fixa ajuda. Quem lê no plantão procura pela posição, não pelo título. Se a conduta é sempre a última coisa e o PPS sempre vem logo antes dela, a leitura vira reflexo — e é isso que faz o registro ser efetivamente usado.

EXAMES COMPLEMENTARES

O que registrar

- **Laboratório**, com data: Hb, Ht, leuco, plaquetas, ureia, creatinina, Na, K, Ca corrigido, Mg, albumina, BT/BD, TGO/TGP, PCR, INR.
- **Gasometria**, com data: pH, pCO₂, pO₂, HCO₃, BE, lactato.
- **Imagem**: exame, data e a alteração relevante — não o laudo inteiro.
- **Microbiologia**: cultura, sítio, data e resultado.

Critério de parcimônia

- Registrar só o que muda conduta.
- Data sempre ao lado do valor — sem data, o número não serve para comparar.
- Na evolução, apenas o que é novo ou o que mudou.
- Se não houve exame novo: "Sem exames novos no período", em vez de repetir os antigos.
- Quando decidir não investigar, dizer por quê.

EXAME FÍSICO — UM SISTEMA POR LINHA

Sinais vitais:	PA __x__ · PAM __ · FC __ · FR __ · SatO ₂ __% · T __°C Glicemia capilar __
Estado geral:	REG/MEG, nível de consciência, hidratação, coloração, padrão respiratório, fâcies de dor
Cabeça e pescoço:	mucosas, cavidade oral, linfonodos, turgência jugular
Aparelho respiratório:	MV, ruídos adventícios, expansibilidade, musculatura acessória, secreção de vias aéreas
Aparelho cardiovascular:	bulhas, ritmo, sopros, TEC, pulsos
Abdome:	RHA, dor à palpação, massas, ascite, visceromegalias
Geniturinário:	diurese, balanço hídrico, sonda vesical, globo vesical
Extremidades:	edema, perfusão, temperatura, linfedema
Pele e feridas:	lesão por pressão (local e estágio), ferida tumoral (odor, exsudato, sangramento), turgor
Neurológico:	Glasgow, orientação, força, déficits focais, sinais de HIC
Dispositivos e invasões (sítio + data):	CVC, PAI, sonda vesical, SNE ou GTT, ostomia, dreno

O que não pode faltar em paliativos

- **Cavidade oral** — xerostomia, candidíase e mucosite causam recusa alimentar e desconforto silencioso.
- **Pele e feridas** — odor e exsudato de ferida tumoral pesam sobre a dignidade e sobre a visita da família.
- **Fâcies de dor, gemência e agitação à mobilização** — os sinais de dor de quem não verbaliza.
- **Dispositivos com data** — sonda e cateter com data são revisados; sem data, permanecem por semanas.

O que enxugar

- Na admissão o exame é completo; na evolução, é dirigido.
- Sistema sem alteração e sem relação com o problema do dia pode sair da lista.
- Sinais vitais só se orientarem conduta; em conforto exclusivo, registrar "não aferidos por decisão de conforto".

Último bloco, sempre em tópicos, com o cabeçalho fixo. É a parte do registro que a enfermagem e o plantão consultam com pressa — e por isso é a que menos tolera parágrafo.

CONDUTA (sob orientação do preceptor Dr. Vitor Rodrigues)

- Manter analgesia de horário, sem alteração de dose, dado o bom controle com dois resgates
- Aumentar frequência de higiene oral para 4/4h e iniciar lubrificação labial
- Ajustar laxante, com meta de evacuação em até 48h
- Acionar nutrição para avaliação de consistência e fracionamento da dieta
- Reavaliar necessidade de manutenção da sonda vesical
- Conversa com a filha agendada para amanhã, sobre trajetória e metas

Ordem que funciona

- Controle de sintomas primeiro.
- Depois cuidados de conforto e medidas não farmacológicas.
- Depois suspensões, sempre justificadas.
- Depois acionamentos multiprofissionais.
- Por último, o plano de comunicação com a família.

Como escrever cada tópico

- Verbo no infinitivo: manter, ajustar, iniciar, suspender, acionar, reavaliar.
- Racional junto quando não for óbvio: "dado o bom controle com dois resgates".
- Meta quando houver: "com meta de evacuação em até 48h".
- Uma conduta por linha — nunca duas coisas no mesmo traço.

O que precisa de justificativa

- Toda medida suspensa — sem a frase, lido de fora parece esquecimento e não decisão.
- Toda decisão de não investigar.
- Toda mudança de via de administração.
- Toda manutenção de dispositivo invasivo.

Condutas frequentes em paliativos

- Higiene oral frequente e lubrificação labial.
- Laxante de horário com meta de evacuação.
- Transição para via subcutânea antes que a via oral falhe.
- Reavaliação de dispositivos invasivos.
- Acionamento de nutrição, serviço social, psicologia, fisioterapia, assistência espiritual.
- Agendamento de conversa com a família.

Cada problema encontrado deve virar um tópico. Se a xerostomia aparece no exame físico e não reaparece na conduta, ela foi observada e não tratada — e é isso que o prontuário registra. No exemplo da página seguinte, a xerostomia do exame físico vira conduta, a constipação de três dias vira conduta com meta, e os dois resgates da HPP justificam manter a analgesia. Nada é observado sem consequência, e nenhuma conduta aparece sem achado que a sustente.

EVOLUÇÃO – CUIDADOS PALIATIVOS

Data/hora: 25/08/2026 – 08:30 · Leito: 12A · DIH: 4

MOTIVO DA INTERNAÇÃO

Dor abdominal não controlada em domicílio.

CONTEXTO DE INTERNAÇÃO

Encaminhada do pronto-socorro após três dias de piora progressiva da dor, sem resposta à analgesia domiciliar. Cuidado domiciliar realizado pela filha, em tempo integral.

HISTÓRIA PATOLÓGICA PREGRESSA (HPP)

Comorbidades: HAS controlada em uso de anti-hipertensivo. Alergias: nega.

Medicações de uso contínuo relevantes: anti-hipertensivo, analgesia de horário, laxante.

Resgates nas últimas 24h: 2 – eficácia boa.

ESTADO ONCOLÓGICO

Adenocarcinoma de pâncreas, estágio IV, com metástases hepáticas.

Status: fora de possibilidade terapêutica modificadora.

HISTÓRIA PSICOSSOCIAL E HÁBITOS DE VIDA

Cuidadora principal: Ana, filha, presente em tempo integral. Sobrecarga moderada.

Sem outras mudanças no período.

EXAMES COMPLEMENTARES

Sem exames novos no período. Urocultura de 24/08 em andamento.

EXAME FÍSICO

Sinais vitais: PA 110x70 · FC 88 · FR 18 · SatO₂ 96% em ar ambiente · T 36,4°C

Estado geral: REG, lúcida e orientada, hidratada, hipocorada 2+/4+, eupneica, sem fácies de dor em repouso.

Cabeça e pescoço: mucosa oral seca, com xerostomia importante. Sem linfonodomegalias.

Aparelho respiratório: MV presente bilateralmente, sem ruídos adventícios.

Aparelho cardiovascular: BNF em 2T, sem sopros, TEC < 3s.

Abdome: flácido, doloroso à palpação em epigástrio, RHA presentes e diminuídos.

Geniturinário: diurese espontânea presente, ~800 mL. Evacuação ausente há 3 dias.

Extremidades: sem edema, bem perfundidas.

Pele e feridas: íntegra, turgor diminuído. Sem lesões por pressão.

Neurológico: Glasgow 15, orientada, sem déficits focais.

Dispositivos e invasões (sítio + data):

- Sonda vesical de demora desde 20/08

PPS E PERFIL PALIATIVO

PPS 40% – paliativo predominante

CONDUTA (sob orientação do preceptor Dr. Vitor Rodrigues)

- Manter analgesia de horário, sem alteração de dose, dado o bom controle
- Aumentar frequência de higiene oral para 4/4h e iniciar lubrificação labial
- Ajustar laxante, com meta de evacuação em até 48h
- Acionar nutrição para avaliação de consistência e fracionamento da dieta
- Reavaliar necessidade de manutenção da sonda vesical
- Conversa com a filha agendada para amanhã, sobre trajetória e metas

Nome – CRM – 25/08/2026, 08:30

Leia da esquerda para a direita: a coluna de deambulação tem prioridade. Havendo discordância entre colunas, escolha o percentual mais alto que ainda descreve o paciente.

PPS	DEAMBULAÇÃO	ATIVIDADE E EVIDÊNCIA DE DOENÇA	AUTOCUIDADO	INGESTA	CONSCIÊNCIA
100%	Completa	Normal, sem evidência de doença	Completo	Normal	Plena
90%	Completa	Normal, alguma evidência de doença	Completo	Normal	Plena
80%	Completa	Normal com esforço, alguma evidência de doença	Completo	Normal ou reduzida	Plena
70%	Reduzida	Incapaz do trabalho habitual, doença significativa	Completo	Normal ou reduzida	Plena
60%	Reduzida	Incapaz de hobbies e tarefas domésticas	Assistência ocasional	Normal ou reduzida	Plena ou confusão
50%	Sentado ou deitado a maior parte do tempo	Incapaz de qualquer trabalho, doença extensa	Assistência considerável	Normal ou reduzida	Plena ou confusão
40%	Restrito ao leito a maior parte do tempo	Incapaz de qualquer trabalho, doença extensa	Assistência quase completa	Normal ou reduzida	Plena, sonolência ou confusão
30%	Totalmente restrito ao leito	Incapaz de qualquer trabalho, doença extensa	Dependência total	Reduzida	Plena, sonolência ou confusão
20%	Totalmente restrito ao leito	Incapaz de qualquer trabalho, doença extensa	Dependência total	Mínima, colheradas	Plena, sonolência ou confusão
10%	Totalmente restrito ao leito	Incapaz de qualquer trabalho, doença extensa	Dependência total	Apenas cuidados com a boca	Sonolência ou coma
0%	Óbito	—	—	—	—

O SEGUNDO TERMO DA LINHA

Precoce

- Diagnóstico recente de doença ameaçadora à vida, ainda em tratamento modificador pleno.
- A palição atua no controle de sintomas e no suporte à decisão.

Complementar

- Tratamento modificador segue, mas com carga sintomática crescente.
- A palição divide o cuidado com a oncologia.

Predominante

- Benefício do tratamento modificador em declínio.
- Sintomas e funcionalidade passam a comandar as decisões.

Exclusivo

- Sem tratamento modificador em curso.
- Todo o cuidado voltado a conforto e qualidade de vida.

PPS E PERFIL PALIATIVO
PPS 40% – paliativo predominante

A tendência vale mais que o valor isolado. Um PPS de 40% estável há dois meses e um PPS de 40% que era 70% há três semanas descrevem situações clínicas muito diferentes. Registrar todo dia constrói a curva — e a curva é o que sustenta a conversa com a família.

Quando a trajetória vira, a estrutura é a mesma, com um bloco extra de reconhecimento da fase. O que se registra deixa de ser a doença e passa a ser o conforto.

SINAIS QUE SUSTENTAM O RECONHECIMENTO DA FASE

- | | |
|--|---|
| ☐ Queda funcional para PPS $\leq$ 20% | ☐ Restrito ao leito |
| ☐ Sonolência progressiva ou rebaixamento | ☐ Ingesta oral mínima ou ausente |
| ☐ Disfagia inclusive para medicações | ☐ Respiração ruidosa por secreção de vias aéreas |
| ☐ Padrão respiratório alterado (Cheyne-Stokes, apneias) | ☐ Livedo, extremidades frias, cianose periférica |
| ☐ Oligúria ou anúria | ☐ Delirium terminal ou agitação |
| ☐ Desinteresse pelo entorno | ☐ Recusa consistente de via oral |

Exames complementares

- "Sem novas coletas — sem indicação nesta fase, por não modificarem a conduta."

Exame físico

- "Sinais vitais: não aferidos por decisão de conforto."
- Foco em consciência, padrão respiratório, secreção, perfusão periférica, livedo e cavidade oral.

Reconhecimento da fase final

- Sinais presentes, em tópicos.
- Conforto aparente: tranquilo, desconforto ocasional ou persistente.
- **Dor não verbal:** testa franzida, gemência, rigidez, agitação à mobilização.
- Esforço respiratório, secreção de vias aéreas, agitação.
- Resgates administrados e resposta obtida.
- A conversa com a família e o que ela compreendeu.

Conduta típica

- Manter apenas medidas de conforto.
- Suspender medicações e intervenções sem benefício nesta fase.
- Transicionar administração para via subcutânea.
- Manter prescrição antecipatória para dor, dispneia, secreção e agitação.
- Higiene oral frequente e lubrificação ocular.
- Mudança de decúbito conforme conforto, não por rotina.
- Suspender aferição de sinais vitais, glicemia capilar e balanço hídrico.
- Manter acompanhamento familiar ampliado e ofertar assistência espiritual.

A frase que nomeia a fase. "Paciente em fase de últimas horas a dias de vida, evidenciada por [sinais], em cuidados de conforto exclusivo." Sem ela no prontuário, a equipe que assume o plantão não tem respaldo escrito para sustentar as decisões já tomadas.

CONDUTA E PROPORCIONALIDADE

Reavaliada a proporcionalidade das medidas em curso; [intervenção] suspensa por não agregar benefício clínico nem conforto ao paciente nesta fase.

Optado por não solicitar novos exames complementares, uma vez que o resultado não modificaria a conduta atual.

Aferição rotineira de sinais vitais suspensa por decisão de conforto; monitorização clínica mantida por avaliação de sintomas.

CONTROLE DE SINTOMAS

Dor em controle satisfatório, sem necessidade de doses de resgate nas últimas 24 horas.

Dor não controlada apesar de [conduta atual]; ajustada [conduta] considerando [racional]. Meta para as próximas 24 horas: dor $\leq$ 3/10 em repouso.

Sintoma refratário caracterizado: [sintoma] persistente apesar de medidas otimizadas, com sofrimento intolerável ao paciente.

COMUNICAÇÃO COM A FAMÍLIA

Realizada conversa com [nome, vínculo] em ambiente reservado. Explorado o entendimento prévio sobre a doença e ofertadas informações de forma gradual, conforme o desejo de saber. Abordados [temas]. Demonstrou compreensão [boa/parcial], verbalizando [conteúdo]. Reforçado o compromisso da equipe com o conforto do paciente e mantida a disponibilidade para novas conversas.

Família orientada quanto aos sinais esperados da fase final de vida, incluindo alteração do padrão respiratório, redução progressiva do nível de consciência e ausência de fome e sede, esclarecendo tratar-se de processo natural e não de sofrimento.

ERROS QUE APARECEM NO REGISTRO

Conduta em parágrafo

- **Problema:** uma conduta some no meio da frase e deixa de ser executada.
- **Correção:** um traço por conduta, uma por linha.

Exame físico corrido

- **Problema:** impossível comparar com o de ontem sem reler tudo.
- **Correção:** um sistema por linha, sempre na mesma ordem.

Dispositivo sem data

- **Problema:** sonda e cateter permanecem por semanas sem revisão.
- **Correção:** sítio e data de instalação, sempre.

Exame sem data

- **Problema:** o número não serve para comparar nem para justificar conduta.
- **Correção:** data ao lado do valor.

Achado sem conduta

- **Problema:** o sintoma foi observado e não tratado — e o prontuário registra isso.
- **Correção:** cada achado relevante vira um tópico na conduta.

PPS sem perfil

- **Problema:** o percentual sozinho não diz em que ponto do cuidado o paciente está.
- **Correção:** percentual, travessão, perfil — sempre os dois.