



DIRETRIZ ASSISTENCIAL DE CUIDADOS PALIATIVOS

SUMÁRIO

1. DEFINIÇÃO.....	3
2. PRINCÍPIOS.....	3
3. CONCEITOS EMPREGADOS.....	4
4. CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE DO PACIENTE PARA CUIDADOS PALIATIVOS.....	5
5. CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE PARA CUIDADOS PALIATIVOS CONFORME A DOENÇAS DE BASE.....	6
6. AVALIAÇÃO DOS PACIENTES.....	7
7. ESTRATIFICAÇÕES DOS CUIDADOS PALIATIVOS.....	9
8. CONSIDERAÇÕES JURÍDICAS E ÉTICAS.....	11
9. ORIENTAÇÃO, ENCAMINHAMENTO E ACOMPANHAMENTO PARA A EQUIPE DE CUIDADOS PALIATIVOS.....	12
10. REFERÊNCIAS.....	12
11. CONTROLE DE VERSÕES.....	12

	Nome	Data
Elaborado por:	Ivonildo Silveira Rios Junior	05/02/2024
Aprovado por:	Luís Onofre Rezende de Carvalho	05/02/2024

1. DEFINIÇÃO

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2002), os Cuidados Paliativos são definidos como “uma abordagem que promove a qualidade de vida de pacientes e seus familiares diante de situações que ameaçam a continuidade da vida, através da prevenção e alívio do sofrimento. Para tal, requer a identificação precoce, avaliação e tratamento impecável da dor e outras situações angustiantes de natureza física, psicossocial e/ou espiritual”.

O trabalho multiprofissional e interdisciplinar é um ponto importante nos cuidados paliativos. O foco da atenção deixa de ser a doença e passa a ser o doente, o ser biográfico, ativo, que possui direito à informação e plena autonomia para tomar as decisões sobre seu tratamento. Os Cuidados Paliativos também preconizam a atenção individualizada ao paciente e à sua família, como também a constante busca da excelência no controle de todos os sintomas e a prevenção do sofrimento.

2. PRINCÍPIOS

PRINCÍPIOS DOS CUIDADOS PALIATIVOS

Promover o alívio da dor e outros sintomas estressantes

Reafirmar a vida e encarar a morte como um processo natural

Não pretender antecipar ou adiar a morte

Integrar aspectos psicossociais e espirituais ao cuidado

Oferecer um sistema de suporte que possibilite ao paciente viver tão ativamente quanto possível, até o momento da sua morte

Oferecer um sistema de suporte que auxilie a família e entorno afetivo a sentirem-se amparados durante todo o processo da doença

Abordagem multiprofissional para focar nas necessidades dos pacientes e familiares, incluindo acompanhamento no luto

Melhorar a qualidade de vida e influenciar positivamente o curso da doença

Ser iniciado o mais precocemente possível, junto com outras medidas de prolongamento da vida (como quimioterapia e radioterapia) e incluir todas as investigações necessárias para melhor compreensão e manejo dos sintomas

	Nome	Data
Elaborado por:	Ivonildo Silveira Rios Junior	05/02/2024
Aprovado por:	Luis Onofre Rezende de Carvalho	05/02/2024

3. CONCEITOS EMPREGADOS

Paciente terminal: o paciente normalmente se encontra bastante debilitado, com importante restrição de suas atividades básicas, já em linhas avançadas de tratamento ou ainda em processo de fim de vida.

Paciente em processo de morte ou terminalidade: com frequência apresenta sinais importantes progressão da doença, com prognóstico limitado de cerca de seis meses de vida.

Fase final de vida: é caracterizada pelo rápido declínio das funções orgânicas, falência vital irreversível, tendo prognóstico de vida estimado em horas ou poucos dias.

Futilidade terapêutica ou tratamento fútil: são medidas equivocadas, que quando adotadas podem prolongar o sofrimento ou até acelerar o processo de morte, não sendo efetiva na correção ou melhora das condições do enfermo. Podem ser procedimentos diagnósticos, terapêuticos ou quaisquer outros que são inúteis diante da situação do doente, podendo causar ainda mais sofrimento ao paciente e aos seus familiares.

Distanásia: trata-se do prolongamento desnecessário, exagerado e artificial do processo de morte, trazendo mais sofrimento aos doentes. Muitas vezes o desejo obstinado de recuperar o paciente, em vez de ajudar ou permitir uma morte natural, acaba por prolongar sua agonia.

Eutanásia: morte intencional, provocada pelo sentimento de piedade ao portador de uma doença avançada, incurável e em estado de grande sofrimento. É atualmente classificada como homicídio conforme a Legislação Brasileira.

Ortotanásia: significa morte correta, a morte pelo processo natural. Assim, em vez de se prolongar artificialmente o processo de morte (distanásia), entende-se que este se desenvolve naturalmente. A ortotanásia é conduta atípica frente ao Código Penal, pois não é a causa da morte da pessoa, uma vez que este processo já foi irreversivelmente instalado.

	Nome	Data
Elaborado por:	Ivonildo Silveira Rios Junior	05/02/2024
Aprovado por:	Luís Onofre Rezende de Carvalho	05/02/2024

4. CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE DO PACIENTE PARA CUIDADOS PALIATIVOS

CRITÉRIOS PARA CUIDADOS PALIATIVOS CONFORME AS CONDIÇÕES DO PACIENTE

Doença progressiva, incurável e avançada

Poucas possibilidades de resposta às terapêuticas curativas ou quando as complicações decorrentes destas forem inaceitáveis

Evolução clínica oscilante, caracterizada pelo surgimento de várias crises de necessidades ou reagudizações recorrentes

Grande impacto emocional ou social para o doente e sua família, relacionado de maneira explícita ou não à proximidade da morte

Prognóstico de vida reservado (estimado em menos de seis meses)

Necessidade de adequação terapêutica ou das ações de investigação clínica

Internação prolongada sem evidência de melhora

Ser portador de uma doença progressiva e incurável e preferir não ser submetido a tratamento de prolongamento da vida

	Nome	Data
Elaborado por:	Ivonildo Silveira Rios Junior	05/02/2024
Aprovado por:	Luis Onofre Rezende de Carvalho	05/02/2024

5. CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE PARA CUIDADOS PALIATIVOS CONFORME A DOENÇAS DE BASE

CRITÉRIOS PARA CUIDADOS PALIATIVOS CONFORME DOENÇAS DE BASE

DOENÇAS ONCOLÓGICAS:

- Qualquer paciente com câncer metastático ou inoperável

DOENÇAS CARDÍACAS:

- Classe funcional NYHA IV
- Fração de ejeção < 20%
- Refratariedade ao tratamento otimizado, incluindo vasodilatadores
- Outros fatores de mal prognóstico: arritmia sintomática resistente, história de parada cardíaca, embolia cardiogênica, história de acidente vascular cerebral

DOENÇAS PULMONARES:

- Dispnéia incapacitante
- VEF1 < 30%
- Cor pulmonale
- Hipoxemia em oxigenioterapia com retenção de CO₂
- Perda de peso não intencional

SINDROMES DEMENCIAIS:

- Incapacidade de andar (restrito ao leito ou cadeira)
- Dependência considerável ou completa para atividades de vida diária
- Incontinências
- Impossibilidade de comunicação (menos de seis palavras inteligíveis)
- Comprometimento nutricional a despeito de suporte adequado
- Albumina sérica < 2,5 mg/dl
- Visitas frequentes à emergência por sintomas de descompensação clínica

SINDROME DE FRAGILIDADE:

- Confinamento ao leito
- Úlceras de pressão
- Perda de peso não intencional
- Albumina sérica < 2,5 mg/dl
- Visitas frequentes à emergência por sintomas de descompensação clínica

ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL – FASE AGUDA:

Paciente comatoso, com pelo menos um dos seguintes critérios (a partir do 3º dia de coma):

- Respostas de tronco cerebral anormais
- Resposta verbal anormal
- Ausência de retirada a estímulo doloroso
- Creatinina sérica > 1,5mg/dL

ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL – FASE CRÔNICA:

- Baixo status funcional PPS < 40%)
- Inabilidade de manter hidratação e oferta calórica com pelo menos um dos seguintes:
 - Perda de peso >10% nos últimos 6 meses ou >7,5% nos últimos 3 meses
 - Albumina sérica < 2,5g/dL
 - História atual de pneumonia aspirativa não responsiva a intervenções de fonoterapia
 - Disfagia severa a ponto de impedir o paciente de receber fluidos ou alimentação necessários para sustentar a vida (sem receber nutrição ou hidratação artificial)

	Nome	Data
Elaborado por:	Ivonildo Silveira Rios Junior	05/02/2024
Aprovado por:	Luís Onofre Rezende de Carvalho	05/02/2024

- Outros fatores de mal prognóstico:

- Declínio funcional progressivo nos últimos 12 meses com complicações médicas frequentes;
- Pneumonia aspirativa;
- Pielonefrite;
- Úlcera de pressão refratária estágio III ou IV;
- Febre recorrente após antibióticos.

ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL – EXAMES DE IMAGEM

- AVC hemorrágico não traumático:

- Volume extenso: infratentorial >20ml ou supratentorial >50ml
- Extensa inundação ventricular
- Envolvimento cerebelar >30% da área de superfície
- Desvio de linha média >1,5cm
- Hidrocefalia obstrutiva em paciente com declínio do estado geral, ou que não seja candidato a derivação ventriculoperitoneal

- AVC trombótico ou embólico:

- Infarto anterior extenso com envolvimento cortical e subcortical
- Infarto bihemisférico extenso
- Oclusão da artéria basilar
- Oclusão bilateral da artéria vertebral

DOENÇAS RENAIS:

- Recusa de transplante renal ou procedimento dialítico
- Clearance de creatinina <15ml/min
- Creatinina sérica > 8mg/dl (6mg/dl se DM tipo II)

PACIENTES EM UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA (UTI):

Admissão de paciente portador de uma ou mais condições crônicas limitantes, proveniente de instituições de longa permanência

- Tempo prolongado de ventilação mecânica ou falhas repetidas nas tentativas de desmame
- Falência múltipla de órgãos
- Câncer metastático
- Encefalopatia hipóxica
- Sofrimento familiar que comprometa a tomada de decisões

6. AVALIAÇÃO DOS PACIENTES

Quando se identifica os critérios de inclusão para os Cuidados Paliativos, é realizada a avaliação do doente, buscando os devidos parâmetros para o diagnóstico e assistência do processo de terminalidade.

A avaliação clínica do doente deve conter elementos fundamentais que possibilitem a compreensão de quem é a pessoa doente. Deve-se identificar suas preferências e dificuldades, a cronologia da evolução de sua doença e os tratamentos já realizados, quais as suas necessidades atuais e sintomas, o exame físico, os medicamentos propostos, as demais

	Nome	Data
Elaborado por:	Ivonildo Silveira Rios Junior	05/02/2024
Aprovado por:	Luís Onofre Rezende de Carvalho	05/02/2024

decisões clínicas e a impressão a respeito da evolução, além do prognóstico e as expectativas com relação ao tratamento proposto.

Os principais elementos a serem avaliados estão na tabela a seguir:

AValiação em Cuidados Paliativos

Dados biográficos: nome e como gosta de ser chamado, sexo, idade, estado civil, número de filhos, ocupação, local de nascimento e procedência, religião, com quem mora e quem cuida a maior parte do tempo, o que gosta de fazer, o que sabe sobre sua doença e o quanto desejase-ber

Dados da doença de base: cronologia, exames diagnósticos e tratamento realizados

Avaliação funcional: Palliative Performance Scale (PPS), Escala de Karnofsky (KPS), Escala de ECOG

Avaliação de sintomas: Edmonton symptom assessment (ESAS) – dor, dispnéia, delirium, náuseas e vômitos, perda de apetite, fadiga, tristeza, ansiedade, insônia, etc.

Exame físico

Exames complementares e interconsultas de especialistas necessários

Impressão e prognóstico: horas a dias, dias a semanas, semanas a meses, meses a anos (para expectativas superiores a seis meses)

Decisões terapêuticas: medicamentos e doses, início ou suspensão de medidas, solicitação de novos exames e/ou outras avaliações médicas especializadas

Plano de cuidados interdisciplinar: necessidade de intervenções multiprofissionais, com o registro do efeito esperado das ações

Dentre os itens citados acima, a avaliação funcional é fundamental para a vigilância da curva evolutiva da doença e se constitui em elemento valioso na tomada de decisões, previsão de prognóstico e diagnóstico de terminalidade. Dentre as várias escalas de desempenho, as mais utilizadas atualmente são as de Karnofsky e a de ECOG.

A Escala de Karnofsky (KPS) é uma escala de desempenho que foi inicialmente desenvolvida para avaliar a capacidade física em pacientes oncológicos, mas que tem tido seu uso aplicado para a avaliação de outras doenças crônicas incapacitantes:

	Nome	Data
Elaborado por:	Ivonildo Silveira Rios Junior	05/02/2024
Aprovado por:	Luís Onofre Rezende de Carvalho	05/02/2024

Gradação	Significado
100	Normal; ausência de queixas; sem evidências de doença
90	Capaz de realizar atividades normais; sinais e sintomas mínimos de doença
80	Atividade normal com esforço; alguns sinais ou sintomas de doença. Incapacidade para grande esforço físico, consegue deambular
70	Não requer assistência para cuidados pessoais, mas é incapaz de realizar atividades normais, como tarefas caseiras e trabalhos ativos
60	Requer assistência ocasional, mas consegue realizar a maioria dos seus cuidados pessoais
50	Requer considerável assistência e freqüentes cuidados médicos
40	Incapacitado; requer cuidados especiais e assistência, autocuidado limitado. Permanece mais de 50% do horário vigíl sentado ou deitado
30	Severamente incapacitado, indicado hospitalização, embora a morte não seja iminente
20	Muito doente, necessário internação hospitalar e tratamento de suporte. Completamente incapaz de realizar autocuidado. Confinado à cama
10	Moribundo, processo de morte progredindo rapidamente

Referência: http://www.inca.gov.br/rbc/n_48/v02/pdf/conduas3.pdf

A Escala de Desempenho de Zubrod, da EstearnCooperativeOncologyGroup (ECOG), também serve para medir o estado geral dos pacientes em Cuidados Paliativos:

OBS: comparando com a escala de Karnosky	
0	Completamente ativo; capaz de realizar todas as suas atividades sem restrição (Karnofsky 90-100%)
1	Restrição a atividades físicas rigorosas; é capaz de trabalhos leves e de natureza sedentária (Karnofsky 70-80%)
2	Capaz de cuidar de si totalmente, mas incapaz de realizar qualquer atividade de trabalho; ambulatorial e não-acamado em mais de 50% do tempo. Ocasionalmente necessita de assistência (Karnofsky 50-60%)
3	Capaz de realizar somente autocuidados limitados, confinado ao leito ou cadeira mais de 50% das horas em que o paciente está acordado. Ambulatorial 50% do tempo ou menos. Cuidados constantes (Karnofsky 30-40%)
4	Completamente incapaz de realizar autocuidados básicos, totalmente confinado ao leito ou à cadeira. Pode necessitar de hospitalização (Karnofsky < 30%).

Referências: http://www.cbc.org.br/upload/emc/autoavaliacao/concologica/1/04_avaliacao_paciente.htm
http://www.inca.gov.br/rbc/n_48/v02/pdf/conduas3.pdf

7. ESTRATIFICAÇÕES DOS CUIDADOS PALIATIVOS

A abordagem dos Cuidados Paliativos valoriza a história natural da doença, a história pessoal de vida e as reações fisiológicas, emocionais e culturais dos pacientes e familiares diante do

	Nome	Data
Elaborado por:	Ivonildo Silveira Rios Junior	05/02/2024
Aprovado por:	Luís Onofre Rezende de Carvalho	05/02/2024

adoecer, o que faz com que o plano de cuidados seja altamente individualizado e variável ao longo do tempo. Com o intuito de facilitar a comunicação entre os diversos profissionais da equipe e orientar as linhas gerais do plano de cuidados do paciente em um determinado momento, utilizamos a seguinte estratégia de estratificação, dividindo as ações paliativas nas seguintes fases:

Monitoramento proativo ou cuidado paliativo precoce:

- O paciente é portador de doença que ameaça sua vida e apresenta bom status funcional (KPS ou PPS >60%).
- Nesse momento é improvável que a morte ocorra em decorrência de sua doença de base. Em caso de instabilidade clínica aguda, deve ser encaminhado para UTI e receber suporte avançado de vida em caso de PCR.
- A prioridade é o tratamento curativo ou restaurativo, utilizando os princípios da beneficência e autonomia.
- Prognóstico estimado em meses a anos.

Cuidado paliativo complementar

- O paciente é portador de doença que ameaça sua vida e apresenta status funcional intermediário (KPS ou PPS entre 40-60%).
- Nesse momento é improvável que o paciente possa responder de maneira completa ou satisfatória ao tratamento curativo. No entanto pode se beneficiar de procedimentos ou tratamentos invasivos que proporcionem melhora de sintomas e qualidade de vida, respeitando o desejo do paciente ou de seus representantes legais.
- Em caso de instabilidade clínica aguda, a transferência para UTI deve ser ponderada, levando-se em consideração as condições potencialmente reversíveis, podendo ser definido limite de esforço terapêutico.
- Prognóstico estimado em semanas a meses.

Cuidado paliativo predominante

- O paciente é portador de doença que ameaça a vida e apresenta baixostatusfuncional (KPS ou PPS <40%), sendo identificados critérios de irreversibilidade da doença de base.
- Todas as ações devem buscar a melhor qualidade de vida possível e o controle de sintomas desconfortáveis (tratamento de infecções, correção de distúrbios hidroeletrólíticos, analgesia, etc.), utilizando os princípios da autonomia e não maleficência.

	Nome	Data
Elaborado por:	Ivonildo Silveira Rios Junior	05/02/2024
Aprovado por:	Luís Onofre Rezende de Carvalho	05/02/2024

- Não adicionar ou manter terapias fúteis. Não deve ser encaminhado para UTI, respeitando o desejo do paciente ou de seus representantes legais.
- Prognóstico estimado em dias a algumas semanas.

Cuidado paliativo exclusivo (Cuidados de fim de vida)

- O paciente é portador de doença que ameaça a vida, com baixo status funcional (KPS ou PPS <40%) e declínio rápido e irreversível do estado geral.
- Esta piora acentuada pode ser evidenciada pelo comprometimento do nível da consciência e instabilidade cardiopulmonar.
- Suspender todas as terapias fúteis, focando exclusivamente no controle de sintomas. Não deve ser encaminhado para UTI, respeitando o desejo do paciente ou de seus representantes legais.
- Prognóstico estimado em horas a poucos dias.
- Em todas as fases, deve ser prestado apoio aos pacientes e familiares, abordando os diagnósticos, condutas e prognóstico, além do controle rígido da dor e outros sintomas desconfortáveis e assistência psicossocial e espiritual.

8. CONSIDERAÇÕES JURIDICAS E ÉTICAS

Resolução CFM Nº 1.805/2006(Publicada no D.O.U., 28 nov. 2006)

“Resolução da Ortotanásia”

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.

Art. 1º É permitido ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente em fase terminal, de enfermidade grave e incurável, respeitada a vontade da pessoa ou de seu representante legal.

§ 1º O médico tem a obrigação de esclarecer ao doente ou a seu representante legal as modalidades terapêuticas adequadas para cada situação.

§ 2º A decisão referida no caput deve ser fundamentada e registrada no prontuário.

§ 3º É assegurado ao doente ou a seu representante legal o direito de solicitar uma segunda opinião médica.

§ 4º O médico registrará, no prontuário, as diretivas antecipadas de vontade que lhes foram diretamente comunicadas pelo paciente.

	Nome	Data
Elaborado por:	Ivonildo Silveira Rios Junior	05/02/2024
Aprovado por:	Luis Onofre Rezende de Carvalho	05/02/2024

§ 5º Não sendo conhecidas as diretivas antecipadas de vontade do paciente, nem havendo representante designado, familiares disponíveis ou falta de consenso entre estes, o médico recorrerá ao Comitê de Bioética da instituição, caso exista, ou, na falta deste, à Comissão de Ética Médica do hospital ou ao Conselho Regional e Federal de Medicina para fundamentar sua decisão sobre conflitos éticos, quando entender esta medida necessária e conveniente.

9. ORIENTAÇÃO, ENCAMINHAMENTO E ACOMPANHAMENTO PARA A EQUIPE DE CUIDADOS PALIATIVOS

O Centro Goiano de Oncologia ainda não dispõe de uma equipe completa de Cuidados Paliativos, sendo assim os pacientes que atenderem aos critérios serão orientados e encaminhados aos nossos serviços parceiros após o devido consentimento e aprovação do paciente e de seus familiares.

10. REFERÊNCIAS

Manual de Cuidados Paliativos ANCP. 2ª edição. Porto Alegre: Sulina; 2012

Cuidado Paliativo. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP);2008

Diretrizes Assistenciais do Hospital Israelita Albert Einstein (HIAE). Avaliação e Monitorização do Paciente em Cuidados Paliativos. Versão eletrônica atualizada em março de 2012

Conflitos bioéticos do viver e do morrer. Organização: Rachel Moritz. Câmara técnica sobre terminalidade da vida e cuidados paliativos do Conselho Federal de Medicina. Brasília: CFM; 2011

Cuidados Paliativos: Recomendaciones de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL). Serieguías y manuales. Madrid, Spain: Ministerio de Sanidad yCo

11. CONTROLE DE VERSÕES

Versão	Motivo	Data da Revisão
01/2022	Criação	10/01/2022
02/2024	Revisão / Formatação	05/02/2024

	Nome	Data
Elaborado por:	Ivonildo Silveira Rios Junior	05/02/2024
Aprovado por:	Luis Onofre Rezende de Carvalho	05/02/2024