

POP

HUJB-UFCG/EBSERH

Primeiro Atendimento da Comissão de Cuidados Paliativos

Versão: 1 | 2024



1. OBJETIVO

Padronizar o primeiro atendimento da Comissão de Cuidados Paliativos (CCP) aos pacientes e seus familiares, nas unidades assistenciais do Hospital Universitário Júlio Bandeira (HUJB).

Assegurar a provisão de cuidados de qualidade, alívio do sofrimento e promoção da dignidade e conforto do paciente e de seus familiares, através da implementação eficaz de planos de cuidados personalizados, comunicação interdisciplinar e avaliação contínua da resposta do paciente aos cuidados paliativos.

2. DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS

2.1. Material

- Computador com acesso à internet;
- Login de acesso ao Aplicativo de Gestão dos Hospitais Universitários (AGHUX);
- Sala de atendimento privativa;
- Cadeiras confortáveis;
- Materiais de escritório (papel, canetas);
- Recursos educativos: impressos e/ou audiovisuais (opcional);
- Lista de contatos de profissionais de saúde da equipe de cuidados paliativos;
- Anexos deste POP.

2.2. Descrição dos Procedimentos

- Certificar-se de que a sala de atendimento esteja limpa, organizada e ofereça privacidade suficiente para o paciente e seus familiares;
- Dispor as cadeiras de forma confortável para todos os presentes;
- Preparar todos os materiais necessários, como impressos e canetas, para registrar informações importantes durante o atendimento;
- Acolher o paciente e seus familiares com empatia e respeito, fornecendo suporte emocional, esclarecendo dúvidas e orientando sobre os serviços disponíveis.
- Apresentar-se e informar sua profissão;
- Nortear a conversa pelo protocolo PACIENTE;
- Encorajar o paciente e seus familiares a expressarem suas preocupações, medos e expectativas;



- Ouvir atentamente as preocupações do paciente e de seus familiares;
- Fazer perguntas abertas para entender melhor as necessidades físicas, emocionais, sociais e espirituais do paciente;
- Aplicar a escala de avaliação funcional (Karnofsky para adultos) e (Lansky para pediatria) (**Anexo 1**);
- Aplicar a escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton (EASE) (**Anexo 2**);
- Aplicar o instrumento NECPAL-BR (Necessidades Paliativas) (**Anexo 3**), se positivo seguir próximos passos;
- Preencher a ficha de primeiro atendimento (**Anexo 4**) para avaliar o paciente, buscando os parâmetros que apoiem de forma cuidadosa a identificação de critérios de inclusão ou elegibilidade para os Cuidados Paliativos;
- Registrar as informações importantes discutidas durante o atendimento, mantendo-as confidenciais em conformidade com as políticas de privacidade e proteção de dados, incluindo as necessidades identificadas, questões levantadas e planos futuros;
- Despedir-se cordialmente e reiterar o compromisso da equipe em fornecer apoio contínuo;
- Manter uma comunicação regular entre a comissão de cuidados paliativos, a equipe assistencial, e outros profissionais envolvidos no cuidado do paciente;
- Registrar todas as intervenções, avaliações e decisões tomadas durante o atendimento, no prontuário do paciente (AGHUX);
- Agendar reunião familiar;
- Após reunião familiar, realizar estratificação dos cuidados, conforme manual de cuidados paliativos, em colaboração com a equipe assistencial e, quando possível, com a participação do paciente e seus familiares.

3. REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº41. 13 de outubro de 2018**. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2018/res0041_23_11_2018.html. Acesso em: 29 maio 2024.

MATSUMOTO, D.Y. Cuidados Paliativos: conceitos, fundamentos e princípios. In: Academia Nacional de Cuidados Paliativos. Manual de Cuidados Paliativos. (Orgs: Ricardo Tavares de Carvalho e Henrique Afonseca Parsons). Ampliado e atualizado, 2ª ed., 2012. p. 24. Disponível em: <https://www.paliativo.org.br/>. Acesso em: 29 maio 2024.



HOSPITAL UNIVERSITÁRIO JÚLIO BANDEIRA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE 9HUIB-ufcg). Regimento da Comissão de Cuidados Paliativos do HUIB-UFCG. Disponível em: <REG.CCPali.001REGIMENTODACOMISSODECUIDADOSPALIATIVOS.pdf (www.gov.br)>. Acesso em: 21 junho 2024.

4. HISTÓRICO DE REVISÃO

Versão	Data	Descrição da atualização
1	06/08/2024	Versão inicial.

5. RESPONSÁVEIS PELO DOCUMENTO

Elaboração Bárbara Priscila Miranda dos Santos (Enfermeira da Unidade de Regulação- HC-UFU) Flávia Maria Pinheiro Paulino (Fisioterapeuta UMULTI) Gabriella Pereira Leite dos Santos (Psicóloga Hospitalar UMULTI) Ruth Leia Silva dos Santos Noya (Farmacêutica) Wagner da Silva Lima (Assistente Social UMULTI)	Data: 07/07/2024
Análise Comissão de Cuidados Paliativos	Data: 07/07/2024
Validação Maria Helena Pinto Goncalves – Assistente Administrativo – Setor de Gestão da Qualidade	Data: 29/07/2024 Conforme Processo SEI: 23771.004784/2024-03
Aprovação Ana Paula Oliveira da Silva - Superintendente	Data: 30/07/2024 Conforme Processo SEI: 23771.004784/2024-03

Permitida a reprodução parcial ou total, desde que indicada a fonte e sem fins lucrativos. © 2024, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. Todos os direitos reservados www.ebserh.gov.br



APÊNDICE 1 - FICHA DE PRIMEIRO ATENDIMENTO



COMISSÃO CUIDADOS PALIATIVOS (CCP)

DATA AVALIAÇÃO: / / AVALIADOR (S):

IDENTIFICAÇÃO
 PACIENTE:
 HÁ ALGUMA OBSERVAÇÃO RELEVANTE QUANTO À ORIENTAÇÃO SEXUAL OU IDENTIDADE DE GÊNERO?
 SEXO: F M IDADE: / / DATA DE NASCIMENTO: / /
 COR/ETNIA/RÇA: AMARELA BRANCA INDIGENA PARDO PRETA IGNORADO
 ESTADO CIVIL: SOLTEIRO CASADO VIÚVO DIVORCIADO
 RELIGIÃO: ATÉU EVANGÉLICO CATÓLICO CANDOMBLECISTA ESPÍRITA OUTRA: _____
 ESCOLARIDADE: _____
 ACOMPANHANTE: _____ TELEFONE: _____
 ENDEREÇO: _____ CIDADE: _____

DINÂMICA SOCIOFAMILIAR
 RESIDE EM: EM SITUAÇÃO DE RUA ACOHAMENTO INSTITUCIONAL SOZINHO COM FAMILIARES
 QUANTAS PESSOAS MORAM NA RESIDÊNCIA: _____
 NÚMERO DE FILHOS: _____
 FAMILIAR REFERÊNCIA: _____
 QUEM CUIDA A MAIOR PARTE DO TEMPO: _____

CONDIÇÕES DE SAÚDE DA FAMÍLIA
 PACIENTE TEM ALGUMA DEFICIÊNCIA PERMANENTE QUE LIMITE AS SUAS ATIVIDADES HABITUAIS? SIM NÃO
 SE SIM, ESPECIFICAR: _____
 FÍSICA MENTAL AUDITIVA VISUAL
 MÚLTIPLAS OUTRA: _____

DEPENDENTE QUIMICO? SIM NÃO
 CASO SIM, ESPECIFICAR: _____
 ALCOOL CIGARRO OUTRAS DROGAS: _____

ALGUM MEMBRO DA FAMÍLIA É PORTADOR DE ALGUMA DOENÇA GRAVE? SIM NÃO.
 CASO SIM QUAL, NÚMERO DE PESSOAS E QUAIS OS TIPOS DE DOENÇAS? _____
 EXISTE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA NA FAMÍLIA? SIM NÃO. CASO SIM, QUAIS DEFICIÊNCIAS? _____

O QUE GOSTA DE FAZER (LAZER): _____
 ESTADO DE HUMOR ATUAL: _____
 ATIVIDADE FÍSICA: SIM NÃO. SE SIM, QUAL: _____
 ATIVIDADE SEXUAL: SIM NÃO
 CONSTIPÇÃO: SIM NÃO SE SIM, QUANTOS DIAS SEM EVACUAR: _____
 PERDA DE PESO NOS ÚLTIMOS MESES: SIM NÃO. CASO SIM, QUANTOS KILOS: _____
 COMORBIDADES: SIM NÃO. SE SIM, QUAL: _____
 USA ALGUM DISPOSITIVO AUXILIAR: VISÃO AUDIÇÃO MOBILIDADE VENTILADOR



CONDIÇÕES DE TRABALHO E RENDIMENTOS
 OCUPAÇÃO: DESEMPREGADO ESTUDANTE AGRICULTOR DO LAR EMPREGADO INFORMAL EMPREGADO FORMAL NÃO SE APLICA
 FONTE DE RENDA COMPLEMENTAR: APOSENTADORIA/PENSIÃO PÓS-GRADUAÇÃO PFR BPC AUXÍLIO-DOENÇA NÃO POSSUI

CONHECIMENTO ACERCA DA DOENÇA/ACOMETIMENTO DA SAÚDE (Perguntar de forma clara sem induzir a resposta):
 O que sabe sobre sua doença?
 O quanto deseja saber?
 Qual é a sua percepção do que o futuro reserva?
 Qual é a sua percepção do que está acontecendo agora?
 O que a equipe falou sobre sua doença e o que você pode esperar?
 Você está preocupado com sua doença? O que é mais preocupante?
 Você já teve tempo de pensar como poderia ser se você ficasse mais doente?

SOBRE A DOENÇA DE BASE
 Diagnóstico Principal:
 Queixa Principal:
 HDA/HDP:
 Tratamentos Realizados (cronologia):



Exames Complementares:

Avaliação Funcional - Resultados
 Escala de Karnofsky (KPS) ou Lansky:
Avaliação de Sintomas:
 Edmonton Symptom Assessment (ESAS):
 NCCPAL () PSI ()

Avaliação das ABVD'S:
Situação atual relacionado as Atividades Básicas da Vida Diária:
 Alimentar-se:
 Ir ao banheiro
 Escovar a roupa e vestir-se:
 Tomar banho e cuidar da higiene pessoal:
 Andar e transferir (exemplo, da cama para cadeira de rodas)

Avaliação das AIVD'S:
Quanto as Atividades Instrumentais da vida Diária.
 Gerenciar as finanças:
 Lidar com transporte (dirigir ou usar o transporte público):+
 Manipular e tomar medicamentos:
 Fazer compras:
 Preparar refeições
 Usar o telefone/ligar tv.
 Considerar:
 • Capacidade de deslocamento do usuário.
 • Local de moradia.
 • Dificuldades financeiras extremas.
 • Complexidade dos sintomas apresentados

DECISÕES TERAPEUTICAS:
 Medicina
 Enfermagem
 Fisioterapia

UNIBS E RECONSTRUÇÃO

Terapeuta Ocupacional
 Nutrição
 Fonoaudiologia
 Psicologia
 Serviço Social
 Farmácia
OBSERVAÇÕES:



ANEXO 1 - ESCALA DE AVALIAÇÃO FUNCIONAL



AVALIAÇÃO FUNCIONAL EM PEDIATRIA-LANSKY

ESCORE	ELEMENTOS DE AVALIAÇÃO
100	Totalmente ativa/normal
90	Pequena restrição em atividades físicas extenuantes
80	Ativa, mas se cansa rapidamente
70	Maior restrição nas atividades recreativas e menor tempo gasto nessas atividades
60	Levanta-se e anda, mas brinca ativamente muito pouco, brinca principalmente em repouso
50	Veste-se, mas fica deitada a maior parte do tempo; atividades e jogos em repouso.
40	Maior parte do tempo na cama/brinca em repouso sem ajuda.
30	Maior parte do tempo na cama e necessita de auxílio para brincar em repouso.
20	Frequentemente dormindo, o brincar se restringe a jogos passivos.
10	Não brinca e não sai da cama.
0	Não responde.

ESCALA DE DESEMPENHO DE KARNOFSKY (KPS)

NÚMERO	SIGNIFICADO
100	Normal, nenhuma queixa, nenhuma evidência de doença
90	Capaz de continuar atividade normal, pequenos sintomas
80	Atividade normal com esforço, alguns sintomas
70	Cuidados para si, incapaz de continuar sua atividade normal
60	Requer ajuda ocasional, cuidados para as maiorias das necessidades
50	Requer ajuda considerável e cuidado frequente
40	Incapacitado, requer cuidado especial e ajuda
30	Severamente incapacitado, hospitalizado, morte não iminente
20	Muito doente, precisa de cuidado intensivo
10	Moribundo, processo de fatalidade progredindo rapidamente



ANEXO 2 - ESCALA DE EASE



PACIENTE: _____
DATA: ____/____/____

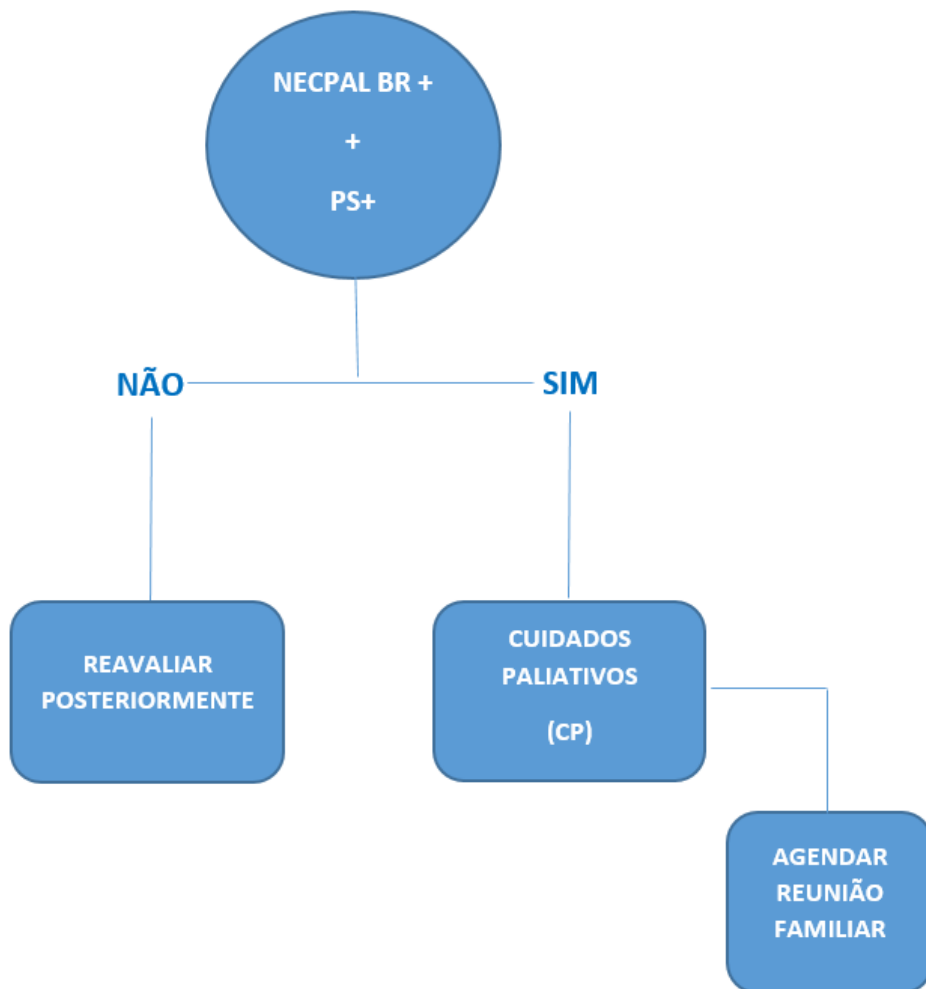
Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton (EASE)

Sem Dor	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior Dor Possível
Sem Fadiga												Pior Fadiga Possível
Sem Náusea												Pior Náusea Possível
Sem Depressão												Pior Depressão Possível
Sem Ansiedade												Pior Ansiedade Possível
Sem Sonolência												Pior Sonolência Possível
Bom Apetite												Pior Apetite Possível
Boa Sensação De Bem-Estar												Pior Mal-Estar Possível
Sem Falta De Ar												Pior Falta De Ar Possível

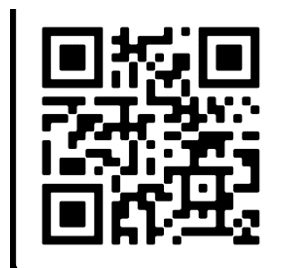
*Por favor, circule o número que melhor descreve a intensidade dos seguintes sintomas neste momento. Também pode-se perguntar a média durante as últimas 24 horas.



ANEXO 4 - FLUXOGRAMA DE PRIMEIRA CONSULTA DA CCP



AVALIAÇÃO FUNCIONAL-
PEDIATRIA: LANSKY
ADULTO: KARNOFSKY



ESCALA DE SINTOMAS



NECPALL BR



FICHA DE PRIMEIRA
CONSULTA

