

Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais

LINHA DE CUIDADOS E DIRETRIZES ASSISTENCIAIS

Caderno 2 CUIDADOS PALIATIVOS

FHEMIG[®]
FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO
ESTADO DE MINAS GERAIS

FUNDAÇÃO HOSPITALAR DE MINAS GERAIS
DIRETORIA ASSISTENCIAL

CUIDADOS PALIATIVOS

Linha de Cuidados e Diretrizes Assistenciais, nº 02.

Belo Horizonte - MG
2024



© Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte. A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens desta obra é dos autores. O conteúdo desta e de outras obras da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais pode ser acessada na página <www.fhemig.mg.gov.br>.

1ª Edição - 2024.

Elaboração

Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais
Diretoria Assistencial
Gerência de Diretrizes Assistenciais
Coordenação de Desempenho Assistencial e Linhas de Cuidados
Rodovia Papa João Paulo II, 4001, Serra Verde
Belo Horizonte/Minas Gerais. CEP: 31.630-901 Telefone (31) 3239-8357
Site: www.fhemig.mg.gov.br

Editoração e Organização

Coordenação de Desempenho Assistencial e Linhas de Cuidado - CDALC

Diagramação de capa

Wagner Antônio Perche/Núcleo de Publicidade/ACS

Coordenação da elaboração

Desirée Mainart Braga – Assessoria DIRASS
Lara Drummond Paiva – Coordenadora da CDALC/GDA/DIRASS

Lista de Autores

Alisson Rubson Alves - CDALC/GDA/DIRASS
Ana Carolina Amaral de Castro Hadad - Gerente de Diretrizes Assistenciais/DIRASS/FHEMIG
Arthur Felipe Ribeiro Mendes - Coordenador da COEMULT/GDA/DIRASS
Camila de Andrade Oliveira - CDALC/GDA/DIRASS
Cátia Cardoso de Araújo - HAC/FHEMIG
Cláudia Patrícia Marra - HAC/FHEMIG
Cristiane Nascimento Lima - CDALC/GDA/DIRASS
Deise Campos Cardoso - FHEMIG
Desirée Mainart Braga - Assessoria DIRASS
Gabriela Casanova Martins dos Santos - HJXXIII/FHEMIG
Gisele Oliveira - HAC/FHEMIG
Guilherme Donini Armiato - CDALC/GDA/DIRASS
Iranice dos Santos - GDA/DIRASS
Janine Madureira Rodrigues - HAC/FHEMIG
Kátia Cristina Martins Fonseca - COEMULT/GDA/DIRASS
Larissa Giovana Barbosa Souto - EMAD/PBH
Leonardo Ferreira da Silva - EMAD/PBH
Liliane Santos Silva - HAC/FHEMIG
Lucas Henrique de Carvalho - HJXXIII/FHEMIG
Maria Clara de Freitas Coelho - CDALC/GDA/DIRASS
Maria Lucia dos Santos Cabral - COEMULT/GDA/DIRASS
Mayara Leisly Lopes Rocha Fonseca - HAC/FHEMIG
Priscila Penido Antunes - COEMULT/GDA/DIRASS
Quesia Vitória Bezerra - COEMULT/GDA/DIRASS
Tiago Sávio Moreira Passos - COEMULT/GDA/DIRASS
Wesley Gomes Prata - MOV/FHEMIG

Aprovação

Ana Carolina Amaral de Castro Hadad - Gerente de Diretrizes Assistenciais/DIRASS/FHEMIG
Lucinéia Maria de Queiroz Carvalhais Ramos - Diretora Assistencial/FHEMIG

A borboleta não vive muito.
Mas nesse pouco tempo, ela transforma muitas vidas. No
pouco tempo de vida, ela poliniza as plantas, embeleza a
natureza e deixa as pessoas mais felizes.
Ela é um exemplo de que a vida não se mede só em tempo.
A vida também se mede em intensidade.

(Fundação do Câncer, 2010)

APRESENTAÇÃO

No momento em que se luta pela regulamentação e aprovação da Política Pública de Cuidados Paliativos no país, esta publicação - resultado do trabalho de inúmeros profissionais, com base em sua experiência frente ao sofrimento humano - constitui um alento.

Esta Linha de Cuidado (Caderno nº 2) é um produto valoroso e atual composto de 20 capítulos que abordam questões primordiais relacionadas aos cuidados paliativos, cujo propósito é trazer para pacientes, familiares e cuidadores, e também para os profissionais de saúde, conhecimentos práticos e de fácil aplicação visando minimizar as múltiplas dores do ser humano que enfrentam doenças, por ora, sem perspectiva de cura.

Nesse contexto, são apresentadas técnicas desenvolvidas especialmente para cuidado paliativo individualizado, por meio de adequação e ou modificação do tratamento, pela promoção do acolhimento, conforto e higiene, do uso de diferentes vias de administração medicamentosa, da comunicação assertiva, do enfrentamento do luto, dentre outras medidas de saúde tão necessárias quando se almeja a excelência do cuidado.

Este documento sistematiza as melhores e mais atuais evidências para o cuidado paliativo e poderá ser utilizado pelos prestadores do Sistema Único de Saúde de Minas Gerais (SUS/MG), e de todo o país, se configurando como uma entrega de valor em saúde.

Que os cuidados paliativos se tornem prática usual nos serviços de saúde da Rede Fhemig. Aproveite a leitura e faça parte dessa (tão necessária) mudança.

Dra. Lucinéia Maria de Queiroz Carvalhais Ramos
Diretora Assistencial da FHEMIG

EXPEDIENTE FHEMIG

Presidência

Renata Ferreira Leles Dias

Chefe de Gabinete

Carolina Santos Lages

Procuradoria

João Viana da Costa

Controladoria Seccional

Marcela Oliveira Ferreira Dias

Assessoria de Comunicação Social

Janaína de Oliveira

Assessoria Estratégica

Bárbara Campos de Andrade

Diretoria de Planejamento, Gestão e Finanças

Lucas Salles de Amorim Pereira

Diretoria Assistencial

Lucinéia Maria de Queiroz Carvalhais Ramos

Diretoria de Gestão de Pessoas

Marina Emediato Lara Carvalho Mohl

Diretoria de Contratualização, Faturamento e Parcerias

Júlia Mara Sousa Oliveira

UNIDADES ASSISTENCIAIS DA FHEMIG

Complexo Hospitalar de Urgência e Emergência

Hospital Infantil João Paulo II | Hospital João XXIII | Hospital Maria Amélia Lins - **Fabício Giarola Oliveira**

Complexo Hospitalar de Especialidades

Hospital Alberto Cavalcanti | Hospital Júlia Kubitschek - **Cláudia Fernanda de Andrade**

Unidades Assistenciais de Saúde Mental

Instituto Raul Soares - **Marco Antônio de Rezende Andrade**

Complexo Hospitalar de Barbacena

Centro Hospitalar Psiquiátrico de Barbacena | Hospital Regional de Barbacena Dr. José Américo - **Claudinei Emídio Campos**

Unidades Assistenciais de Referência

Hospital Regional Antônio Dias - **Polyana de Oliveira Caires**

Hospital Regional João Penido - **Daniel Ortiz Miotto**

Maternidade Odete Valadares - **Raquel Mariz Martins**

Hospital Eduardo de Menezes - **Virgínia Antunes de Andrade Zambelli**

Unidades Assistenciais de Reabilitação e Cuidados Integrados

Casa de Saúde Padre Damião - **Adelton Andrade Barbosa**

Casa de Saúde Santa Fé - **Claudete Bernardo Basaglia**

Casa de Saúde Santa Izabel - **Gabriella Rodrigues da Silva**

Casa de Saúde São Francisco de Assis - **Vanessa Cristina Leite da Silveira**

Hospital Cristiano Machado - **Andreza Conceição Lopes Vieira Sete**

Sistema Estadual de Transplantes

MG Transplantes - **Omar Lopes Cançado Júnior**

LISTA DE SIGLAS

ABIM – *American Board of Internal Medicine*

AD – Atenção Domiciliar

AIDS - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

AINES – Anti-inflamatórios não esteroides

ALMG – Assembléia Legislativa de Minas Gerais

AMCP – Aliança Mundial de Cuidados Paliativos

ANCP – Academia Nacional de Cuidados Paliativos

APS – Assistência Primária em Saúde

ATS – *American Thoracic Society*

CAM – *Confusion Assessment Method*

CEAF – Componente Especializado da Assistência Farmacêutica

CFM – Conselho Federal de Medicina

CFN – Conselho Federal de Nutricionistas

CHPB – Centro Hospitalar Psiquiátrico de Barbacena

CID – Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde

CIF – Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde

CII – Infusão intravenosa contínua;

CP – Cuidados paliativos

CREFITO – Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional

CSI – Infusão subcutânea contínua

CSPD – Casa de Saúde Padre Damião

CSSFA – Casa de Saúde São Francisco de Assis

CSSFE – Casa de Saúde Santa Fé

CSSI – Casa de Saúde Santa Izabel

CW – *Choosing Wisely*

DAV – Diretivas Antecipadas de Vontade

DPOC – Doença pulmonar obstrutiva crônica

DRG – *Diagnosis-Related Groups*

DSM-V – *Psychiatric Association's Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*

EFAT – *Edmonton Functional Assessment Toll*

EMAD – Equipe multiprofissional de Atenção Domiciliar

EMAP – Equipe multiprofissional de apoio.

EN – Escala numérica de dor

EV – Endovenoso

Fhemig – Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais

HCM – Hospital Cristiano Machado

HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana

IC – Insuficiência cardíaca

IM – Intra muscular

IV – Intravenoso;

LP – Lesão por pressão

MD – Mandato duradouro

MIF – Medida de independência funcional

MS – Ministério da Saúde

OMS – Organização Mundial da Saúde

PNCP – Política Nacional de Cuidados Paliativos

PO – Oral

PR – Via retal;

PTS – Plano terapêutico singular

RAS – Rede de Atenção à Saúde

RASS – Escala de agitação e sedação de Richmond

RUE – Redes de Atenção às Urgências e Emergências

SAD – Serviço de Atenção Domiciliar

SBGG – Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia

SC – Subcutâneo

SIP – *Sickness Impact Profile*

SL – Sublingual

SNE – Sonda nasoentérica

SUAS – Sistema Único de Assistência Social

SUS – Sistema Único de Saúde

TGI – Trato gastrointestinal

TV – Testamento vital

UCPs – Unidades de Cuidados Prolongados

USP – Universidade de São Paulo

UTK – Úlcera terminal de Kennedy

VO – Via Oral

WHPCA – Atlas Global de Cuidados Paliativos

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA	14
3 DOENÇAS AMEAÇADORAS E VIDA E A POSSIBILIDADE DE CUIDADOS PALIATIVOS NA REDE FHEMIG: LEVANTAMENTO A PARTIR DOS GRUPOS DE DIAGNÓSTICOS RELACIONADOS (DRG)	17
4 ARCABOUÇO LEGAL.....	23
5 ASPECTOS ÉTICOS-JURÍDICOS	25
6 CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE E EXCLUSÃO.....	27
7 REABILITAÇÃO EM CUIDADOS PALIATIVOS	31
8 DIRETRIZES CLÍNICAS.....	32
8.1 CONTROLE DOS SINTOMAS	32
8.1.1 Manejo da dor	32
8.1.2 Manejo da dispnéia	37
8.1.3 Manejo da tosse e hipersecreção das vias aéreas	39
8.1.4 Manejo do delirium.....	41
8.1.5 Manejo das náuseas e vômitos.....	44
8.2 SEDAÇÃO PALIATIVA	45
8.2.1 Tópicos para serem considerados para a sedação terminal.....	47
8.2.2 Especificidades da sedação intermitente ou breve (KNMG Guideline for Palliative Sedation, 2009).....	48
8.2.3 Protocolo de consentimento e registro em prontuário	49
8.2.4 Esquema farmacológico.....	49
8.3 EXTUBAÇÃO PALIATIVA	51
8.3.1 Bioética e legislação da extubação paliativa.....	51
8.3.2 Procedimentos necessários para realização de extubação paliativa.....	53
8.3.3 Passos para a realização da extubação paliativa	54
9 NUTRIÇÃO CLÍNICA EM CUIDADOS PALIATIVOS.....	56
9.1 TRIAGEM E AVALIAÇÃO NUTRICIONAL NOS CUIDADOS PALIATIVOS 58	
9.2 TERAPIA NUTRICIONAL NOS CUIDADOS PALIATIVOS	59
9.2.1 Terapia nutricional nos últimos dias de vida	61
10 HIPODERMÓCLISE	63
11 ÚLCERA TERMINAL DE KENNEDY	70

12 CHOOSING WISELEY: O QUE NÃO FAZER EM CUIDADOS PALIATIVOS	73
13 COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS	74
14 DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE	77
15 ESPIRITUALIDADE E CUIDADOS PALIATIVOS	79
16 ASSISTÊNCIA AOS ENLUTADOS NOS CUIDADOS PALIATIVOS	82
16.1 O PROCESSO DE LUTO.....	82
16.2 LUTO EM CUIDADOS PALIATIVOS.....	86
16.3 ASSISTÊNCIA AO LUTO.....	87
17 ATUAÇÃO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL	90
17.1 ATRIBUIÇÕES DA ENFERMAGEM.....	90
17.2 ATRIBUIÇÕES DA FISIOTERAPIA.....	90
17.3 ATRIBUIÇÕES DA FONOAUDIOLOGIA	91
17.4 ATRIBUIÇÕES DA PSICOLOGIA.....	92
17.5 ATRIBUIÇÕES DO SERVIÇO SOCIAL	92
17.6 ATRIBUIÇÕES DO TERAPEUTA OCUPACIONAL.....	93
18 TÓPICOS ESPECIAIS	95
18.1 CUIDADOS PALIATIVOS PERINATAIS E NEONATAIS	95
18.1.1 Introdução	95
18.1.2 Indicação de cuidados paliativos na neonatologia e na perinatologia.....	97
18.1.3 Atuação da equipe de cuidados paliativos.....	99
18.1.4 Atendimento no ambulatório de pré-natal na medicina fetal.	100
18.1.5 Atendimento na sala do parto.....	101
18.1.6 Atendimento das unidades neonatais	102
18.1.7 O luto.....	103
18.2 CUIDADOS PALIATIVOS EM ONCOLOGIA.....	104
19 O PAPEL DOS LEITOS DE CUIDADO PROLONGADO DA FHEMIG NO CUIDADO À TERMINALIDADE DA VIDA	110
20 ESTRATÉGIAS PARA DESOSPITALIZAÇÃO DOS PACIENTES EM CUIDADOS PALIATIVOS	112
20.1 COMPONENTE PÓS HOSPITALAR – ATENÇÃO DOMICILIAR NOS CUIDADOS PALIATIVOS	113
20.2 TRANSFERÊNCIA DE CUIDADOS NOS CUIDADOS PALIATIVOS	114
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	117

1 INTRODUÇÃO

Alisson Rubson Alves
Guilherme Donini Armiato

*“Curar às vezes, aliviar muito frequentemente e confortar sempre”
(Oliver Holme)*

Os cuidados paliativos (CP) objetivam cuidados às pessoas que apresentam adoecimento evolutivo, que tendem a subjugar o sujeito as limitações e sofrimento mediante a evolução da doença. Estas pessoas são mais comumente expostas às doenças crônicas que têm curso progressivo com amplo impacto na qualidade de vida de pacientes e de seus familiares.

O CP não, necessariamente, busca o prolongamento da vida com o postergar da morte, todavia tem como alvo “aliviar a dor e o sofrimento, oferecendo apoio integral ao paciente e seus familiares durante o percurso da doença e, após a morte, acolher os familiares e seu processo de luto (FITARONI *et al.*, 2021).

É uma abordagem multiprofissional, uma forma de melhorar a qualidade de vida de pessoas com doenças graves. Portanto, cuidado paliativo é um tratamento e não um diagnóstico e beneficia todos os pacientes com doenças graves através de uma série de medidas que abordam as diversas dimensões do ser humano (físico, mental, familiar, social e espiritual).

Devemos reforçar que o cuidado paliativo não é a última tentativa de tratamento na vida de um paciente; não significa interrupção de tratamento médico e não está associado à morte certa. Ao contrário, significa colocar os interesses do ser humano, do paciente no centro das ações, hierarquizando seus valores, individualidades, experiência e vontades. O centro das ações não é a doença e sim o paciente.

A Medicina Paliativa no Brasil foi estabelecida como área de atuação médica através da resolução do Conselho Federal de Medicina 1973/2011, publicada no Diário Oficial da União, em agosto de 2011. Desde então, vem ganhando cada vez mais destaque ao oferecer dignidade e conforto aos pacientes que necessitam desse tratamento.

A Política Nacional de Cuidados Paliativos (PNCP), instituída no Brasil pela Portaria GM/MS nº 3.681 de 7 de maio de 2024, define as competências e atribuições da Rede de Atenção à Saúde, estabelecendo a formação e organização das equipes de cuidados paliativos em dois formatos: equipe matricial e equipe assistencial. A equipe matricial deve incluir, no mínimo, médico, enfermeiro, assistente social e psicólogo, podendo ser complementada por outros profissionais, como fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, dentista, farmacêutico, fonoaudiólogo e nutricionista, conforme a necessidade institucional. Já a equipe assistencial

deve contar, no mínimo, com médico, enfermeiro, assistente social, psicólogo e técnicos de enfermagem, podendo também incluir, conforme a necessidade e disponibilidade dos serviços, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, dentista, farmacêutico, fonoaudiólogo, nutricionista e profissional de assistência espiritual (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2024).

2 SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA

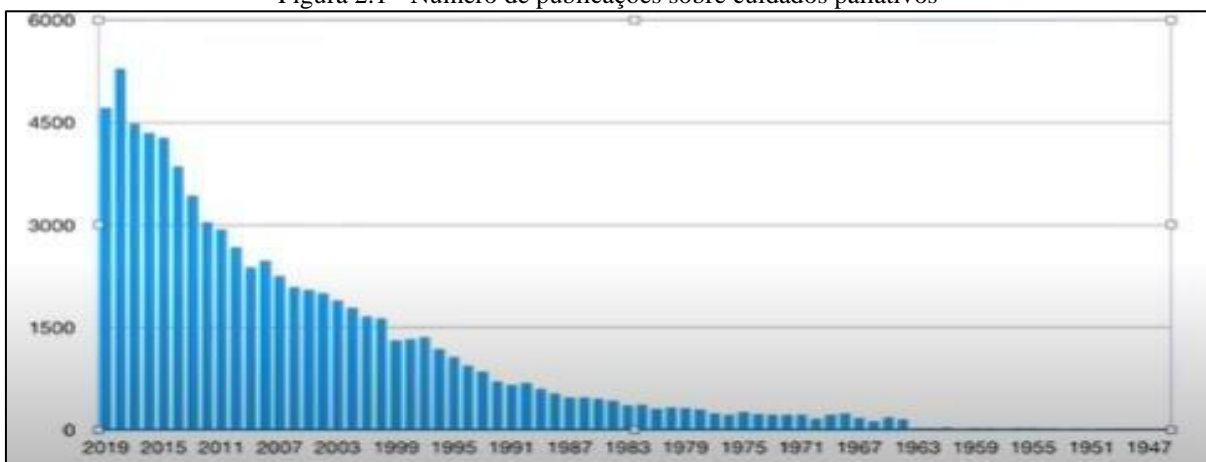
Alisson Rubson Alves
Deise Campos Cardoso
Guilherme Donini Armiato

Conforme estudo divulgado pela Organização Mundial da Saúde mais de 40 milhões de pessoas morrem anualmente com a necessidade de cuidados paliativos. Na mesma publicação foi mencionado que 78% destas pessoas são de nações com menor capacidade de renda, e que apenas 14% delas consegue acesso aos cuidados paliativos com qualidade (RODRIGUES *et al.*, 2022, p 02).

É evidente o crescimento do movimento paliativista no mundo, no início do século XXI. A Inglaterra disponibilizou acesso gratuito a cuidados paliativos entre 2003 e 2004 atendendo cerca de 250 mil pacientes. Nos Estados Unidos, mais de 1,2 milhões de pessoas receberam tratamento paliativo, no ano de 2005.

No Brasil foi evidenciado, nos últimos anos, maior propagação de serviços que oferecem CP, embora incipiente e muito abaixo da proporção populacional no país. Um estudo recente aponta que “em 2012, eram 92 serviços distribuídos nos âmbitos hospitalar, domiciliar e do tipo hospice. Em 2018 eram 177 serviços, e em 2020, 198 serviços, a uma taxa de 0,94 serviços/milhão de habitantes, aquém da Argentina e do Chile” (RODRIGUES *et al.*, 2022, p 02).

Figura 2.1 - Número de publicações sobre cuidados paliativos



Fonte: SANTOS *et al.*, 2020

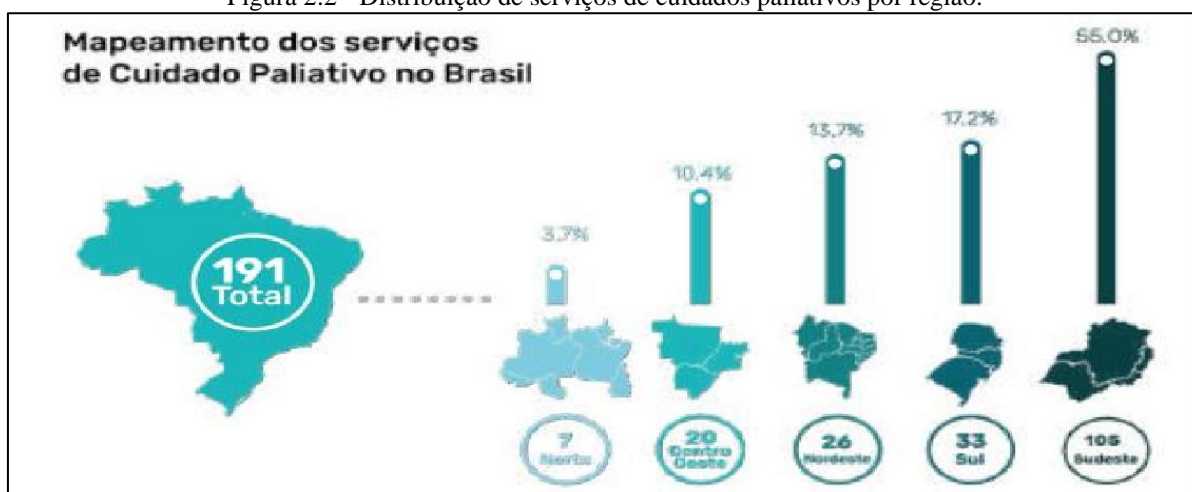
A importância progressiva dos cuidados paliativos na assistência prestada aos pacientes fica ainda mais notável quando se evidencia o incremento histórico dos estudos sobre o tema. Nunca houve tantos artigos publicados sobre temas relacionados ao fim de vida,

como mostra a figura 2.1.

A avaliação da qualidade dos cuidados paliativos prestados dá-se através de parâmetros como oferta de serviços de cuidados paliativos, disponibilidade e acesso a opioides, informações à população sobre os cuidados paliativos, capacitação dos profissionais e desenvolvimento de políticas públicas relacionadas ao tema, analisadas em conjunto. Nesse sentido, em estudo publicado em 2015, o Brasil ocupa a 42º entre 80 países avaliados (THE ECONOMIST, 2015).

Apesar da crescente abertura de serviços de cuidados paliativos no Brasil ainda há uma assimetria na distribuição dentro do território nacional. Os serviços concentram-se no Sudeste, predominantemente no estado de São Paulo (Figura 2.2). Dentre os 191 serviços cadastrados em 2019, 105 estavam na Região Sudeste. A publicação mostra ainda que 64% do total dos serviços prestam atendimento público pelo SUS.

Figura 2.2 - Distribuição de serviços de cuidados paliativos por região.



Fonte: SANTOS *et al.*, 2020

O Estado de Minas Gerais possui 19 serviços cadastrados de cuidados paliativos, sendo a segunda unidade federativa com mais locais de atendimento. Em relação ao número de leitos, Minas Gerais concentra 71 leitos de cuidados paliativos, ficando em terceiro lugar, atrás de São Paulo (284) e Rio de Janeiro (103). A maior parte das localidades que prestam o atendimento ficam concentradas nas capitais e regiões metropolitanas.

A escassez de serviços que atendem cuidados paliativos é acentuada quando destacamos a população pediátrica. Aproximadamente 7% dos pacientes que precisam de cuidados paliativos no mundo são crianças. Isso totaliza aproximadamente 4 milhões de pessoas. Porém, apenas 1% dessa população tem acesso a esse atendimento qualificado.

A Rede Fhemig reconhecendo a importância em garantir cuidados paliativos com qualidade para seus pacientes possui equipe especializada em vários de seus hospitais, inclusive equipes de cuidados paliativos em pediatria, presentes no Complexo Hospitalar de Urgência – Hospital Infantil João Paulo II e Maternidade Odete Valadares. A crescente demanda reforça a importância da valorização e capacitação constante das equipes já existentes, bem como a criação de equipes naqueles hospitais que ainda não possuem esse serviço.

3 DOENÇAS AMEAÇADORAS A VIDA E A POSSIBILIDADE DE CUIDADOS PALIATIVOS NA REDE FHEMIG: LEVANTAMENTO A PARTIR DOS GRUPOS DE DIAGNÓSTICOS RELACIONADOS (DRG)

Alisson Rubson Alves

A Fundação Hospitalar de Minas Gerais (Fhemig), através de seus Complexos hospitalares e rede de hospitais especializados, desempenha um papel importante na abordagem de pacientes com doenças ameaçadoras a vida, como na assistência às pessoas com câncer, queimaduras graves, com HIV/AIDS, nas circunstâncias de doenças cerebrovasculares, politraumas, insuficiência cardíaca, insuficiência hepática, doenças pulmonares crônicas e doenças degenerativas, como a demência.

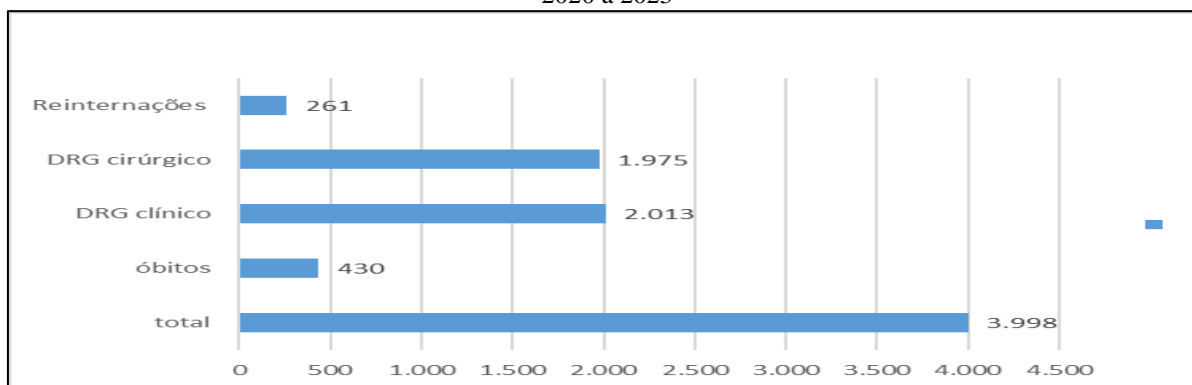
Neste contexto, este capítulo oferece uma visão detalhada sobre o número de atendimentos realizados para essas condições em 10 hospitais da rede Fhemig, os quais adotam a metodologia do DRG (*Diagnosis Related Group* - Grupos de Diagnósticos Relacionados). Esses hospitais incluem o Hospital João XXIII, o Hospital Maria Amélia Lins e o Hospital Infantil João Paulo II (formando o Complexo Hospitalar de Urgência e Emergência), além do Hospital Alberto Cavalcanti e o Hospital Júlia Kubitschek (componentes do Complexo de Especialidades). Também estão incluídos nesta análise o Hospital Eduardo de Menezes, o Hospital Regional João Penido, o Hospital Regional Antônio Dias, a Maternidade Odete Valadares e o Hospital Regional de Barbacena (este último sendo o principal hospital do Complexo Hospitalar de Barbacena). O período analisado compreende os atendimentos realizados de 01/01/2020 a 31/12/2023 (FHEMIG B, 2024).

O sistema DRG tem sido uma ferramenta fundamental adotada pelos hospitais da Fhemig desde 2019, proporcionando uma abordagem eficaz para a gestão ao direcionar gestores e equipes assistenciais na expansão dos processos de cuidado em busca da eficiência e segurança do paciente. No entanto, para que os dados do DRG reflitam com precisão o número real de atendimentos, é essencial que as codificações dos registros de prontuários dos pacientes abranjam integralmente 100% dos casos tratados, garantindo o registro preciso de diagnósticos, procedimentos, condições e desfechos clínicos durante a internação hospitalar. Contudo, a rede hospitalar da Fhemig tem mantido cerca 95 a 97 % nas metas de codificação de prontuários, o que demonstram que os números estatísticos de atendimentos, onde a fonte é o DRG, pode ter uma margem de percentual ligeiramente maior, do que está demonstrado neste capítulo (FHEMIG, 2024).

Os dados extraídos da plataforma DRG dos dez hospitais destacam a necessidade de integrar cuidados paliativos à prática assistencial, conduzidos por equipes multidisciplinares, em face das doenças críticas que seguem. Isso é corroborado por indicadores como a taxa global de óbitos e as readmissões hospitalares em menos de 30 dias. Além disso, merece atenção especial a baixa incidência de atendimentos relacionados a quadros de demência, os quais, por sua vez, recebem maior atenção na rede ambulatorial e nas “casas de saúde” da rede Fhemig, setores estes que não adotam o DRG. Esses dados são fruto do atendimento prestado às pacientes durante o período de hospitalização nos dez hospitais da Fhemig que empregam a metodologia DRG.

Durante o período compreendido entre 01/01/2020 e 31/12/2023, os hospitais da Fhemig atenderam um total de 3.988 casos oncológicos. Destes, 430 pacientes (10,78%) faleceram durante a internação, enquanto 261 (6,55%) necessitaram de reinternação em menos de 30 dias após a alta hospitalar. A maioria das internações (50,47%) ocorreu devido a demandas clínicas e emergências, com uma média de permanência de 8 dias, enquanto as internações cirúrgicas representaram 49,53% dos casos, com média de permanência de 6,7 dias. Notavelmente, o Hospital Alberto Cavalcanti concentrou 83,47% dos casos oncológicos da Fhemig, com uma taxa de mortalidade de 10,42% e uma taxa de reinternação de 7,10%, (DRG BRASIL, 2024).

Gráfico 3.1 – Atendimentos de casos oncológicos na rede de hospitais da Fhemig que utilizam o DRG – 2020 a 2023

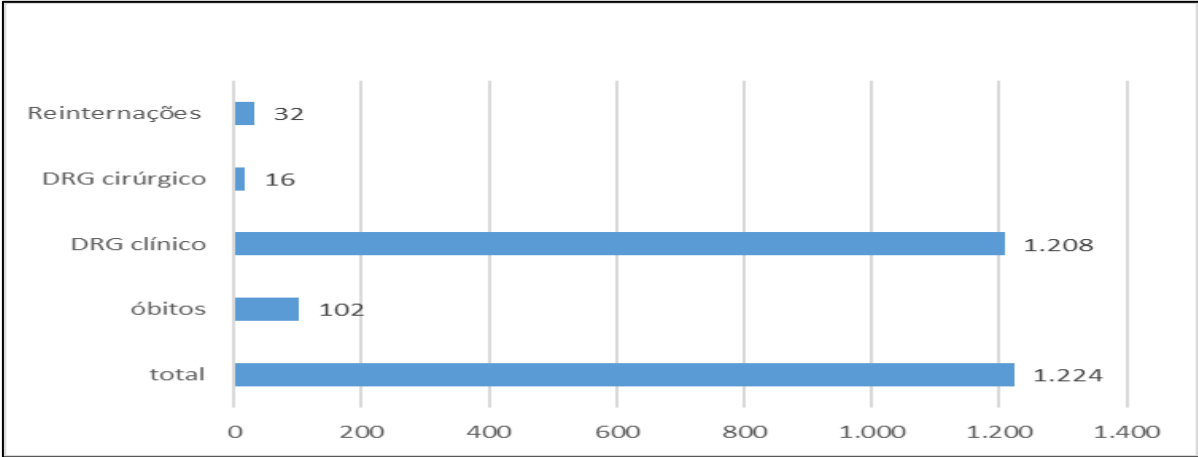


Fonte: DRG, 2024

Por outro lado, durante o mesmo período, os hospitais da Fhemig atenderam 1.224 casos de insuficiência cardíaca, com uma taxa de mortalidade de 8,33% e uma taxa de reinternação de 2,62%. A vasta maioria desses casos (98,77%) exigiu internação clínica ou de emergência, com uma média de permanência de 11,5 dias, enquanto as internações cirúrgicas foram menos comuns (1,30%), mas apresentaram uma média de permanência

significativamente maior de 50,9 dias, devido à complexidade dos procedimentos (DRG BRASIL, 2024).

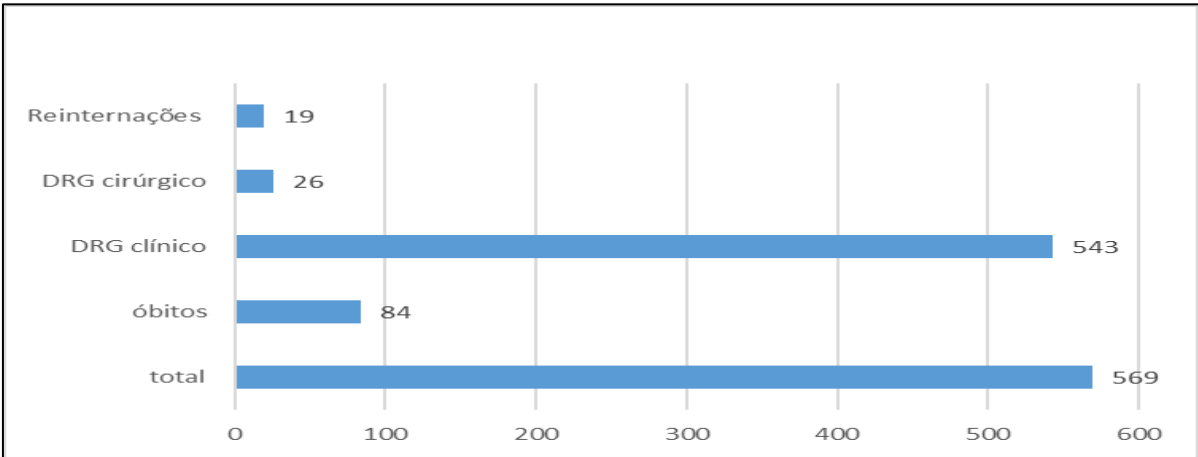
Gráfico 3.2 - Atendimentos de casos de insuficiência cardíaca na rede de hospitais da Fhemig que o utilizam o DRG - 2020 a 2023



Fonte: DRG, 2024

Da mesma forma, foram registrados 569 atendimentos de insuficiência hepática, com uma taxa de mortalidade de 14,76% e uma taxa de reinternação de 3,34%. A maioria dos casos (95,43%) exigiu internação clínica, com uma média de permanência de 12,7 dias, enquanto as internações cirúrgicas foram menos frequentes (4,57%), mas obtiveram uma média de permanência um pouco maior de 18,6 dias (DRG BRASIL, 2024).

Gráfico 3.3 - Atendimentos de casos de insuficiência hepática na rede de hospitais da Fhemig que o utilizam o DRG - 2020 a 2023

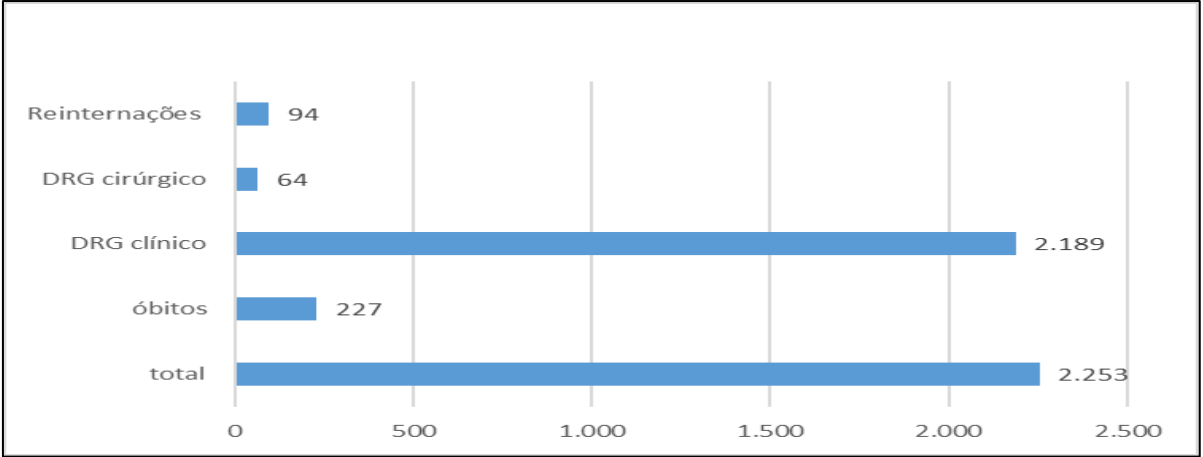


Fonte: DRG, 2024

Além disso, foram atendidos 2.253 casos de DPOC e outras pneumopatias crônicas, com uma taxa de mortalidade de 10,08% e uma taxa de reinternação de 4,17%. A maioria dos

casos (97,16%) demandou internação clínica, com uma média de permanência de 11,7 dias, enquanto as internações cirúrgicas foram menos frequentes (2,84%), mas apresentaram uma média de permanência maior de 24,1 dias (DRG BRASIL, 2024).

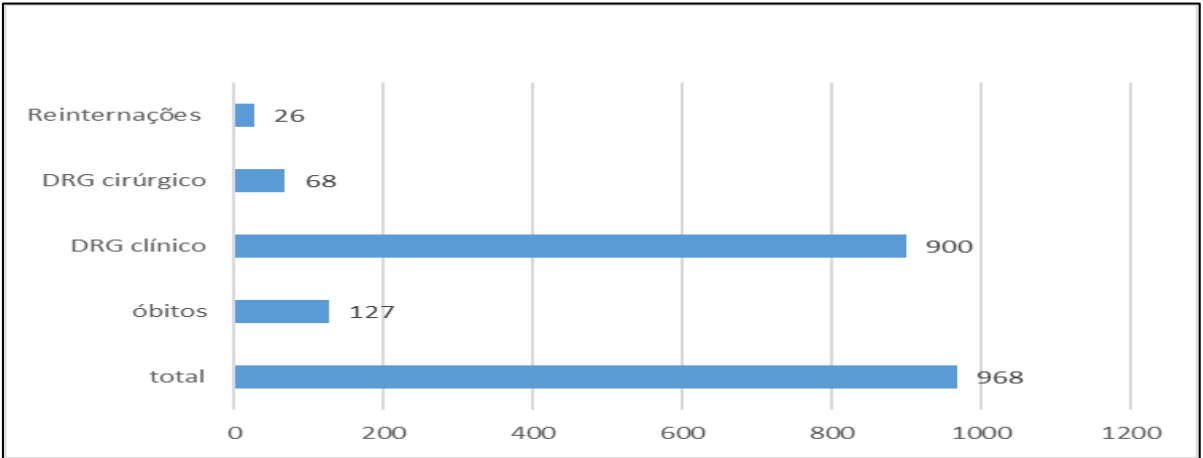
Gráfico 3.4 - Atendimentos de casos de DPOC e outras pneumopatias crônicas em hospitais da rede Fhemig que utilizam o DRG - 2020 a 2023



Fonte: DRG, 2024

No que diz respeito aos casos de HIV/AIDS, foram registrados 968 atendimentos, com uma taxa de mortalidade de 13,12% e uma taxa de reinternação de 2,69%. A maioria dos casos (93,03%) exigiu internação clínica, com uma média de permanência de 18,1 dias, enquanto as internações cirúrgicas foram menos frequentes (6,96%), mas apresentaram uma média de permanência significativamente maior de 39,1 dias (DRG BRASIL, 2024).

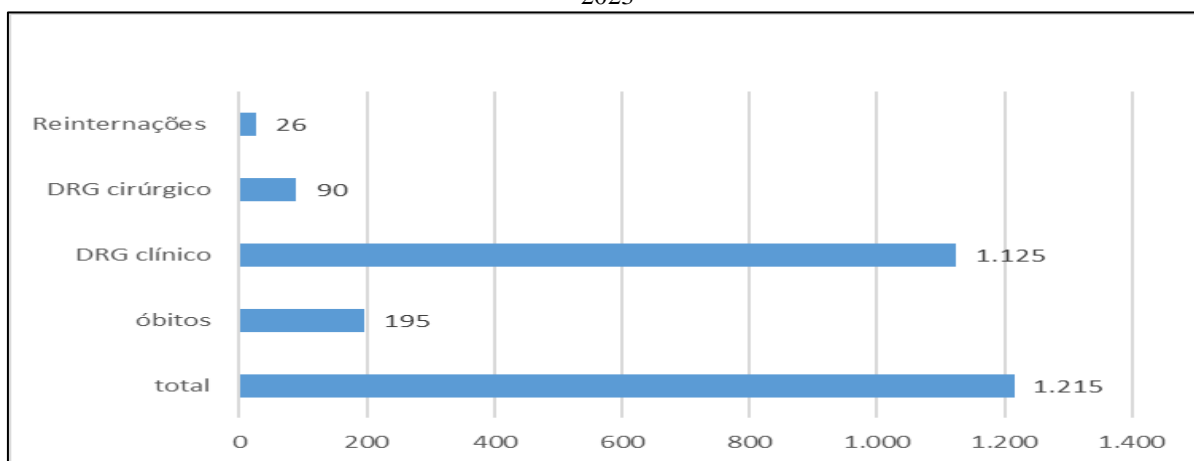
Gráfico 3.5 - Atendimentos a pessoas vivendo com HIV/AIDS nos hospitais da rede Fhemig que utilizam o DRG – 2020 a 2023



Fonte: DRG, 2024

Em relação aos atendimentos de AVC, foram registrados 1.215, com uma taxa de mortalidade de 16,05% e uma taxa de reinternação de 2,14%. A maioria dos casos (92,57%) exigiu internação clínica, com uma média de permanência de 9,4 dias, enquanto as internações para neurocirurgia (3,13%) e cirurgia geral (4,30%) foram menos frequentes, mas apresentaram uma média de permanência maior de 28,5 dias (DRG BRASIL, 2024).

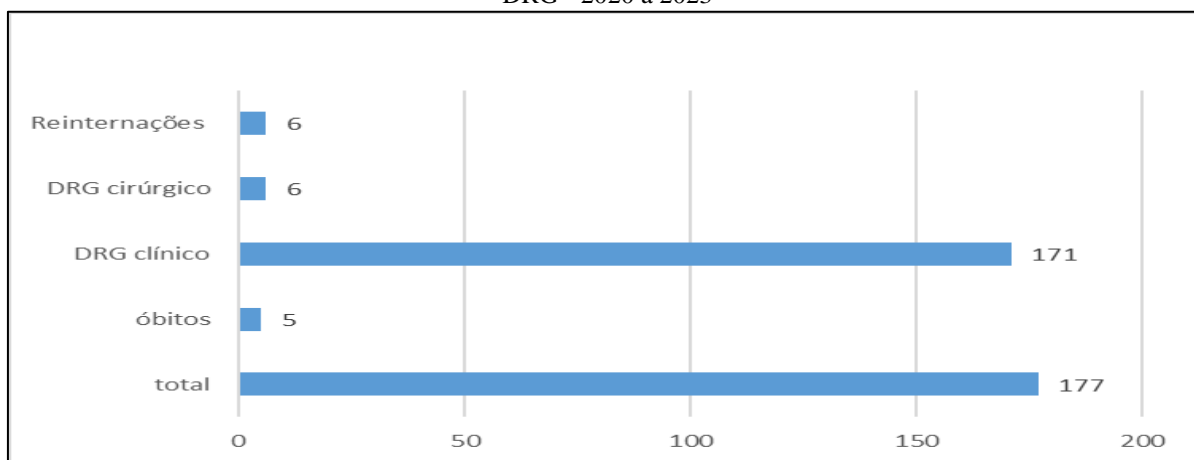
Gráfico 3.6 - Atendimentos de pessoas com AVC nos hospitais da rede Fhemig que utilizam o DRG - 2020 a 2023



Fonte: DRG, 2024

Foram atendidos 177 pacientes com quadros de insuficiência renal crônica, dos quais 5 evoluíram para óbito. Observou-se 6 reinternações e 171 internações por demanda clínica, com média de permanência de 14,3 dias. Já as internações cirúrgicas totalizaram 6, com média de permanência de 18,5 dias (DRG BRASIL, 2024).

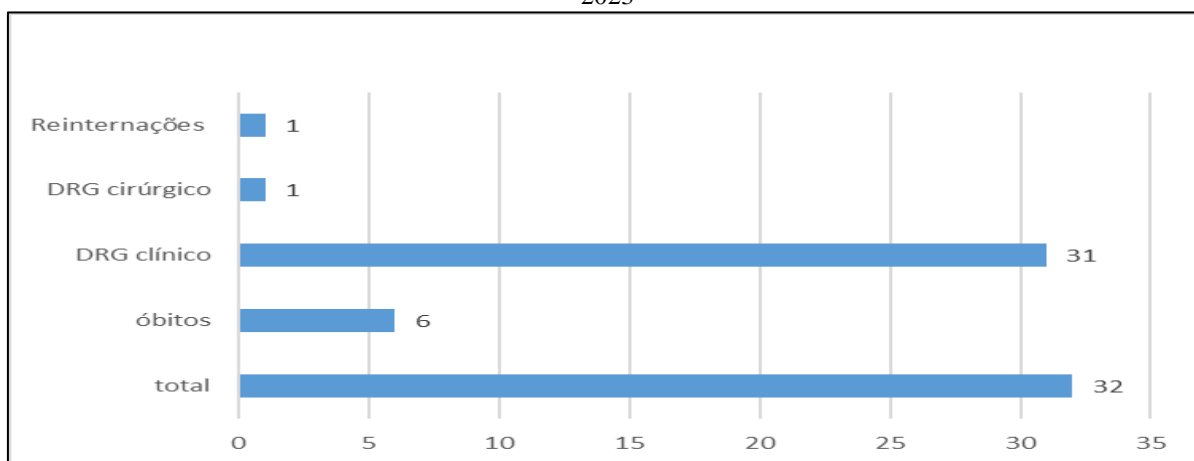
Gráfico 3.7 - Atendimentos de casos de insuficiência renal crônica nos hospitais da rede Fhemig que utilizam o DRG - 2020 a 2023



Fonte: DRG, 2024

Por fim, durante o mesmo período, foram atendidos 32 casos de demência, com uma taxa de mortalidade de 18,75% e uma taxa de reinternação de 3,13%. A grande maioria dos casos (96,88%) demandou internação clínica, com uma média de permanência de 9,0 dias, enquanto apenas um caso (3,13%) necessitou de internação cirúrgicas, com média de permanência de 9,2 dias (DRG BRASIL, 2024).

Gráfico 3.8 - Atendimentos de casos de demências nos hospitais da rede Fhemig que utilizam o DRG - 2020 a 2023



Fonte: DRG, 2024

Diante da alta taxa de mortalidade e da complexa situação imposta pelo adoecimento em doenças ameaçadoras à vida, os cuidados paliativos assumem um papel fundamental no alívio do sofrimento e na promoção da qualidade de vida de pacientes e familiares. Os dados demonstrados nos parágrafos anteriores evidenciam a complexidade e a diversidade das condições de saúde atendidas nos hospitais da Fhemig, destacando a importância de abordagens específicas para cada doença ameaçadora a vida e com possibilidade de cuidados paliativos, a fim de melhorar a qualidade de vida do paciente e a eficácia dos serviços de saúde oferecidos pela instituição. A implementação de cuidados paliativos desde o início da doença, através da integração ao tratamento convencional, treinamento de profissionais e políticas públicas que assegurem o acesso universal, é fundamental para proporcionar qualidade de vida e até mesmo a morte digna, além de respeitar a vontade da pessoa (D'ALESSANDRO *et al.*, 2023).

4 ARCABOUÇO LEGAL

Alisson Rubson Alves

Desde os primórdios da idade média existem registros de hospedarias em monastérios que recebiam vários enfermos, além de pessoas assoladas pela fome, miséria e mulheres gestantes. Para determinados historiadores, isso denota que “a filosofia paliativista” teve seu início desde os tempos remotos, haja vista a preocupação em aliviar o sofrimento da pessoa através da proteção e amparo.

Em 1918 a britânica Cicely Saunders (graduada em enfermagem, serviço social e medicina), publicou vários artigos científicos que nortearam o trabalho de paliativista em vários países. Em 1967, fundou o *St. Christopher 's Hospice* na cidade de Londres, que foi reconhecido como importante serviço de cuidados paliativos. A médica Saunders nunca aceitou falas acerca de que nada mais poderia fazer, pelo contrário, ela foi defensora de que sempre haveria muito a fazer pelo paciente (ANCP, 2023).

No Brasil a Resolução n ° 41, de 31 de outubro de 2018, dispõe sobre as diretrizes para a organização dos cuidados paliativos, à luz dos cuidados continuados integrados, no âmbito do Sistema Único de Saúde. No primeiro parágrafo da resolução, destaca-se que os cuidados paliativos devem ser incluídos nos cuidados continuados integrados oferecidos no âmbito da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Também estabelece que os cuidados paliativos deverão ser ofertados em qualquer ponto da RAS (BRASIL, 2018):

- I - Atenção Básica: ordenadora da rede e coordenadora do cuidado, será responsável por acompanhar os usuários com doenças ameaçadoras de vida em seu território, prevalecendo o cuidado longitudinal, ofertado pelas equipes de atenção básica, conjuntamente com o Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF-AB), com a retaguarda dos demais pontos da rede de atenção sempre que necessária;
- II - Atenção Domiciliar: as equipes de atenção domiciliar, cuja modalidade será definida a partir da intensidade do cuidado, observando-se o plano terapêutico singular, deverão contribuir para que o domicílio esteja preparado e seja o principal locus de cuidado no período de terminalidade de vida, sempre que desejado e possível. Será indicada para pessoas que necessitem de cuidados paliativos em situação de restrição ao leito ou ao domicílio, sempre que esta for considerada a oferta de cuidado mais oportuna.
- III - Atenção Ambulatorial: deverá ser estruturada para atender as demandas em cuidados paliativos proveniente de outros pontos de atenção da rede;
- IV - Urgência e Emergência: os serviços prestarão cuidados no alívio dos sintomas agudizados, focados no conforto e na dignidade da pessoa, de acordo com as melhores práticas e evidências disponíveis; e
- V - Atenção Hospitalar: voltada para o controle de sintomas que não sejam passíveis de controle em outro nível de assistência.

Em 2014, a Assembléia Mundial da Saúde sobre Cuidados Paliativos tratou de ações para o fortalecimento dos cuidados paliativos com a recomendação de garantir políticas públicas que englobem educação de profissionais, familiares e pacientes, medicamentos essenciais e programas de atendimento e acesso aos cuidados na Rede de Atenção à Saúde (AMCP, 2020).

Em 2014, a Assembleia Mundial da Saúde publicou a Resolução 67.19, destacando a preocupação com doenças e agravos não transmissíveis, exortando os países membros a implementarem os cuidados paliativos em seus sistemas de saúde, principalmente na atenção básica e no atendimento domiciliar. O tema começa a entrar no radar das políticas públicas de saúde no Brasil com a publicação da Portaria no 483/2014 do Ministério da Saúde, que redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, incluindo os cuidados paliativos como recurso a ser disponibilizado (RODRIGUES, 2023).

Em Minas Gerais, a Lei nº 23.938 de 23 de setembro de 2021, estabelece princípios, diretrizes e objetivos para as ações voltadas para os cuidados paliativos no âmbito da saúde pública. No artigo 6º inciso VI, é citada a garantia de “uma atenção humanizada, baseada em evidências, abrangendo toda a linha de cuidado em todos os níveis de atenção, com ênfase na atenção básica, domiciliar e em integração com os serviços especializados” (ALMG, 2021).

5 ASPECTOS ÉTICOS-JURÍDICOS

Gisele Oliveira

“Os corpos são perecíveis, mas os habitantes desses corpos são eternos, indestrutíveis e impenetráveis”
Bhagavad Gita (texto religioso hindu do século IV antes de Cristo)

No Brasil, as tratativas relacionadas aos aspectos ético-jurídicos começam a se desenhar a partir da Resolução nº 1.805 publicada em 2006 pelo Conselho Federal de Medicina (CFM). Já nessa época, iniciaram-se várias discussões a respeito da prática de cuidados paliativos considerando a aceitação da morte como uma etapa natural, na qual o profissional e/ou familiar não deve intervir de forma a postergá-la.

A abordagem em cuidados paliativos é cada vez mais reconhecida como uma parte essencial aos sistemas de saúde, sendo sensivelmente crescente a busca por este tipo de tratamento. Haja vista, a população está atingindo limites maiores de idade. Vale ressaltar que a assistência prestada por profissionais da saúde aos pacientes em fase terminal permeia vários aspectos, indo desde o legal até o ético.

Com práticas relacionadas ao cuidado do sofrimento físico e psíquico, as doenças ameaçadoras da vida vêm permeadas de máculas que produzem consequências significativas tanto aos pacientes como a seus familiares.

O conceito de morte é controverso nas ciências médicas, mas, é comprovado que esta não é um evento instantâneo, e sim, um processo que se amplifica no tempo, ocorrendo em etapas, não sendo, em geral, a parada total ou instantânea da vida, caracterizando-se de forma lenta e progressiva (LOPES *et al.*, 2018).

Alguns diplomas legais ou mesmo normativas específicas trazem, também, à baila o tema cuidados paliativos e, dentre estas, podemos citar a Portaria nº 19/2002 do Ministério da Saúde e a Resolução do Conselho Federal de Medicina nº 2.217/18. No que tange legalmente sobre os cuidados paliativos, temos a Resolução nº 41/2018 que disciplina as diretrizes e os cuidados continuados integrados na rede pública de saúde, ou seja, no âmbito do Sistema Único de Saúde/SUS.

Em seu artigo 2º, a Resolução em referência define cuidados paliativos como um

Conjunto de práticas assistenciais promovidas por uma equipe multidisciplinar, que objetiva a melhoria da qualidade de vida do paciente e de seus familiares, diante de uma doença que ameaça a vida, por meio da prevenção e alívio do sofrimento, da identificação precoce, avaliação impecável e tratamento da dor e demais sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais (Brasil, 2018).

Mas para tanto é importante frisar a prerrogativa do paciente em consentir com o tratamento indicado, conforme consta no artigo 1º da Resolução nº 1.805/2006 do CFM, que

Permite 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 (BRASIL, 2006).

No que tange aos aspectos éticos, o cuidado paliativo baseia-se na qualidade de vida e não no seu tempo. Sua finitude exige uma abordagem humanizada e empática, buscando proporcionar amparo ao paciente e a seus familiares. Uma questão importante e que vale a pena aqui esclarecer, é a distinção entre o paciente terminal e o paciente em cuidados paliativos. Os cuidados paliativos devem ser aplicados ao paciente em associação a outros tratamentos pertinentes ao seu caso, a partir do diagnóstico de uma doença incurável e progressiva. Os cuidados ao fim da vida são uma parte importante dos cuidados paliativos, referindo-se à assistência que um paciente deve receber durante a última etapa de sua vida, a partir do momento em que fica claro que ele se encontra em um estado de declínio progressivo e inexorável, aproximando-se da morte (BURLÁ e PY, 2014). Fato é que uma condição é consequência da outra, ou seja, o paciente em fase terminal culmina como prioridade na assistência paliativa como garantia de conforto e qualidade, tratando-se de uma transição de cuidado contínuo, buscando sempre oferecer suporte que permita uma vida com mais individualidade e o mais ativa possível.

Para tanto, algumas políticas contribuíram para o entendimento e implantação, de modo transversal, dos cuidados paliativos no Brasil, como a Política Nacional de Atenção Básica, a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, a Política Nacional de Medicamentos, a Política Nacional de Assistência Farmacêutica e Assistência Domiciliar (OVERNEY, 2019).

Levar em consideração a morte é algo necessário, e entre tantas necessidades, “o partir” requer firmeza, sobriedade e aceitação. A morte é uma parte integrante da experiência de viver, e o tempo entre o diagnóstico e o fim deve ser permeado de cuidados, presenças e de vida na vida.

6 CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE E EXCLUSÃO

Guilherme Donini Armiato

Definir qual paciente é elegível para os cuidados paliativos e estratificar o plano de cuidados, com base nas peculiaridades do doente e no estágio em que se encontra a doença, é um grande desafio para a equipe de saúde. Essa definição não depende apenas de conhecimento técnico científico. A percepção do ser humano como agente determinante de seu próprio curso de adoecer, os valores individuais e crenças religiosas devem ser consideradas na tomada de decisão. Dessa forma, fica claro que as avaliações dos pacientes candidatos aos cuidados paliativos devem ser individualizadas e multidisciplinares (CARVALHO, 2018).

Para facilitar e sistematizar a abordagem desse paciente sugere-se uma avaliação em quatro etapas:

1.1 Quem é o paciente?

Para um diagnóstico mais preciso é necessário a visão do ser humano como um todo, integrado a um ambiente e a sociedade. Isso é mais factível quando o paciente é avaliado por uma equipe multidisciplinar, com maior número de profissionais possível. Deve-se levar em conta o estado nutricional do paciente, seus valores individuais, suas crenças religiosas, hábitos, vícios, estrutura familiar, medos e principalmente as expectativas do indivíduo.

1.2 Qual o diagnóstico?

A definição do diagnóstico é muito importante no manejo dos pacientes em cuidados paliativos. Permite o melhor entendimento do profissional de saúde sobre o processo evolutivo da doença e oferece um certo conforto ao familiar ao saber a história natural da doença em curso.

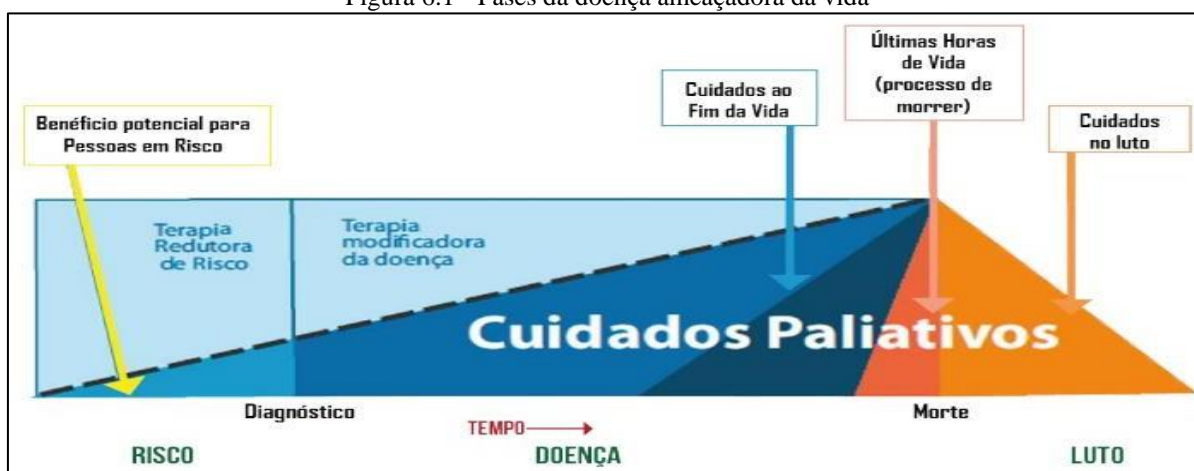
A evolução das doenças ameaçadoras a vida ocorre basicamente de três formas: 1) Os pacientes oncológicos geralmente se mantêm estáveis por um período de tempo após a instituição da terapia modificadora da doença até que, em um dado momento, há progressão da doença e súbito declínio funcional. 2) Os pacientes com doenças crônicas como insuficiência cardíaca congestiva, doença pulmonar obstrutiva crônica, doença renal crônica e cirrose hepática apresentam piora progressiva da funcionalidade, acentuada por períodos de exacerbação dessas doenças. Geralmente, após resolução do quadro de exacerbação, não há retorno ao estado basal prévio. 3) Por fim, os pacientes com doenças neurodegenerativas apresentam declínio cognitivo e funcional lento e progressivo desde o diagnóstico até o óbito.

Esse declínio é acentuado por intercorrências agudas (CARVALHO, 2018).

1.3 Qual a fase da doença?

A terceira etapa da avaliação é identificar a fase da doença que o paciente se encontra. O reconhecimento da fase da doença (Figura 6.1) é indispensável para a estratificação do plano de cuidados. “Ao longo da evolução da doença, a intensidade dos cuidados é variável, sendo que o foco e os objetivos vão progressivamente transitando de uma ênfase em tratamentos modificadores da doença até abordagens com intenções exclusivamente paliativas” (TELESSAUDE UFMG).

Figura 6.1 - Fases da doença ameaçadora da vida



FONTE: Adaptado de Comissão Permanente de Cuidados Paliativos da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia, 2015

- Na primeira fase, considera-se que o tratamento modificador da doença é a demanda central do paciente. Nessa fase, as intercorrências agudas e potencialmente reversíveis devem ser tratadas e o paciente tem indicação de medidas artificiais mantenedoras de vida, se necessário.
- Na segunda fase (progressão da doença de base) o paciente ainda tem maior demanda de medidas modificadoras da doença, porém as intervenções em cuidados paliativos passam, de maneira gradual, a ter mais impacto nos cuidados. Nessa fase, o acolhimento psicossocial do paciente e familiar é indispensável. Se possível, esse é o momento do início do acompanhamento da equipe de cuidados paliativos. Assim como na primeira fase, as intercorrências agudas e potencialmente reversíveis devem ser tratadas e o paciente tem indicação de medidas artificiais mantenedoras de vida, se necessário.
- Na terceira fase, o progressivo declínio funcional e carência nutricional evidenciam uma doença avançada e com critérios de terminalidade. Nesse momento, apesar das medidas

terapêuticas não estarem contraindicadas para tratamento de intercorrências agudas (infecções, distúrbios hidroeletrólitos), os cuidados paliativos assumem papel central no cuidado ao paciente. O foco do tratamento volta-se ao controle dos sintomas e a intensificação do atendimento multidisciplinar no intuito de mitigar o sofrimento do paciente e seus familiares.

- Na quarta fase está caracterizada a fase final de vida. Nesse momento, o paciente apresenta doenças avançadas e a expectativa de vida é de dias a poucas semanas de vida. É imprescindível que o vínculo entre paciente, família e equipe já esteja bem sedimentado nesse momento. Medidas invasivas como ventilação mecânica e transferência para unidade de terapia intensiva não são consideradas apropriadas.

- A quinta fase é conhecida como processo ativo de morte. É caracterizada pelas últimas horas de vida do paciente. O tratamento deve ser focado no controle dos sintomas e acolhimento aos familiares. A participação da equipe de cuidados paliativos nesse momento é fundamental.

- A sexta fase ocorre após o falecimento do paciente. Nesse momento, o objetivo dos cuidados é acolher os familiares em luto. A duração do luto é variável para cada membro da família. Profissionais da psicologia, serviço social e capelania adquirem papel central nesse cuidado. Porém, a equipe médica deve estar próxima para garantir possíveis esclarecimentos clínicos necessários (CARVALHO, 2018).

1.4 Qual a funcionalidade do paciente?

A funcionalidade do paciente é definida pela capacidade de participar ativamente do planejamento terapêutico, tomar decisões sobre sua própria vida e realizar atividades de vida diária básicas e instrumentais. Existem várias escalas que avaliam a funcionalidade dos pacientes em cuidados paliativos. As escalas mais utilizadas são: IVCF-20 (Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional); PPS (*Palliative Performance Scale*) e KPS (*Karnofsky Palliative Scale*). A funcionalidade deve ser avaliada no momento da consulta do paciente e comparada com a funcionalidade nas 4 semanas anteriores. Isso ajuda a diferenciar se o declínio funcional é decorrente de algum agravo agudo ou trata-se de progressão da própria doença (D'ALESSANDRO, 2020), cabe ressaltar que avaliações de funcionalidade pregressas possam constar nos atendimentos ambulatoriais e/ou serviços de saúde externos ao hospital, o que requer a interlocução, seja por meio de discussões de caso, relatórios multiprofissionais e registros em prontuário.

Diante do exposto, pode-se concluir que frente a doenças incuráveis e ameaçadoras a

vida há necessidade de definição de qual tipo de cuidado paliativo (Quadro 6.1) o paciente precisa, com objetivo de facilitar a comunicação entre os profissionais da equipe multidisciplinar e definir as linhas gerais do tratamento que será realizado.

A clareza na definição do plano terapêutico e tipo de cuidado paliativo proposto é indispensável e propicia um fim de vida mais digno e confortável. Toda conduta que será tomada precisa ser discutida e definida em conjunto entre equipe de saúde, familiar e paciente. O entendimento da evolução das doenças e escala de avaliação funcional auxiliam nessa tomada de decisão.

Quadro 6.1 - Estratificação do plano de cuidados paliativos.

Cuidado paliativo precoce	<ul style="list-style-type: none"> - paciente com doença ameaçadora a vida e bom status funcional (PPS>60%). - tem indicação de medidas invasivas em caso de intercorrências clínicas agudas (CTI, IOT). - a prioridade é o tratamento curativo modificador da doença. <p>Prognóstico estimado em meses a anos.</p>
Cuidado paliativo complementar	<ul style="list-style-type: none"> - paciente com doença ameaçadora a vida e status funcional intermediário (PPS entre 40 e 60%). - a resposta completa ao tratamento curativo é improvável. Pode ter benefícios com tratamentos invasivos de intercorrências agudas, respeitando a vontade do paciente (ou dos representantes legais). - os cuidados em terapia intensiva de situações agudas e reversíveis podem ser considerados. <p>Prognóstico estimado em semana a meses.</p>
Cuidado paliativo predominante	<ul style="list-style-type: none"> - doença ameaçadora a vida associada a baixo status funcional (PPS < 40%). - o foco dos cuidados deve ser na qualidade de vida e controle dos sintomas. Utilizar princípios da autonomia e não maleficência. - não iniciar terapias fúteis conforme desejo e valores do paciente (CTI, ventilação invasiva, por exemplo). <p>Prognóstico de dias a algumas semanas.</p>
Cuidado paliativo exclusivo	<ul style="list-style-type: none"> - doença ameaçadora a vida associada a baixo status funcional (PPS < 40%) e rápido declínio do estado geral. - o foco deve ser exclusivo no controle de sintomas. Não iniciar terapias fúteis conforme desejo e valores do paciente (CTI, ventilação invasiva, por exemplo). Considerar a suspensão de medidas fúteis. <p>Prognóstico de horas a poucos dias.</p>

Fonte: Adaptado de MAURIZ, 2014.

7 REABILITAÇÃO EM CUIDADOS PALIATIVOS

Sabrina Milane de Oliveira Alcântara

As medidas de reabilitação “contribuem para que a pessoa atinja e mantenha a funcionalidade ideal na interação com o meio ambiente, utilizando os seguintes resultados” (OMS, 2011, p.101):

- prevenção da perda funcional;
- redução do ritmo de perda funcional;
- melhora ou recuperação da função;
- compensação da função perdida;
- manutenção da função atual.

A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), “modelo [utilizado] para organização e documentação de informações sobre funcionalidade e incapacidade” (OMS, 2001), “prevê que outros componentes, além do corpo, são importantes para a capacidade de interagir e obter uma existência plena” (SÃO PAULO, 2023).

Considerando a necessidade de iniciar precocemente as ações de reabilitação e da prevenção precoce de incapacidades, foi publicada, em 2012, a Portaria MS/GM nº 793 que instituiu a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência. Dentre os objetivos propostos, destacam-se a ampliação do acesso, a qualificação do atendimento, a articulação e integração dos serviços de saúde (atenção básica, especializada e hospitalar) de forma a garantir a integralidade do cuidado às pessoas com deficiência temporária ou permanente; progressiva, regressiva ou estável; intermitente ou contínua.

Protocolo clínico a ser disponibilizado posteriormente.

8 DIRETRIZES CLÍNICAS

Gabriela Casanova Martins dos Santos

Guilherme Donini Armiato

“E a dor, essa mina qualquer vontade de viver. A dor é incessante (...) A dor é miseravelmente insuportável” -

Mario Pastore Neto (2022)

No livro “A Personificação do improvável: por um médico ‘im’paciente”, da autoria de Mario Pastore Neto, fica claro que o tratamento do paciente em cuidados paliativos, focado no controle de sintomas e individualizado de acordo com os valores do paciente, precisa ser mais discutido em nosso país. Dessa forma, serão abordadas, nesta linha de cuidados, ferramentas que podem ser utilizadas para o manejo dos principais sintomas dos pacientes em cuidados paliativos.

8.1 CONTROLE DOS SINTOMAS

8.1.1 Manejo da dor

A dor é definida como uma experiência sensitiva e emocional desagradável associada ou relacionada à lesão real ou potencial dos tecidos, onde cada indivíduo aprende a utilizá-la através das suas experiências anteriores (SBED, 2018).

Geralmente é um dos sintomas mais comuns que faz com que as pessoas procurem por serviços de pronto atendimento. A incidência é ainda maior em pacientes em cuidados paliativos (CARVALHO *et al.*, 2018).

Devido à característica multifatorial da dor e a sua percepção individual, a avaliação deve ser feita de maneira multidimensional. Após a anamnese completa e exame físico adequado (principalmente musculoesquelético e neurológico), o profissional precisa definir: o tipo de dor, o tempo de duração da dor e a intensidade da dor, conforme parâmetros descritos no quadro 8.1.

Os objetivos do tratamento da dor incluem aliviar o sofrimento, facilitar a função, melhorar a recuperação e satisfazer os pacientes, entretanto, quantificar a dor para definição do melhor manejo pode ser desafiador em alguns casos. Atualmente existem diversas ferramentas validadas para avaliação da dor, como a escala visual analógica, escala de avaliação numérica e escala de face. A escala visual analógica e a escala de avaliação numérica demonstraram alto nível de concordância para episódios de dor aguda e uma limitação da escala visual é que ela exige que o paciente tenha visão, destreza e compreensão da ferramenta para uso da régua deslizante. Crianças e adultos não-verbais podem não ter a

compreensão necessária para uso destas escalas e, neste grupo, a escala de classificação de dor facial é uma ferramenta validada que pode ser usada. É simples, rápida de usar, não verbal, requer instrução mínima e pode ser aplicada por um profissional de saúde ou familiar (Up to date, 2024).

Quadro 8.1 - Características da dor

TIPOS DE DOR	
1 Dor nociceptiva	Dor que ocorre quando há dano tecidual (exceto nervoso). É secundária a estado de estímulo do sistema somatossensitivo. Divide-se em dor somática (osso e tecidos moles) e dor visceral (órgãos internos).
2 Dor neuropática	Causada por lesões em sistema nervoso central ou periférico. Pode ser descrita como queimação, latejamento ou choque.
3 Dor mista	Ocorre quando há características de dor nociceptiva e dor neuropática.
4 Dor total	Dor que transcende a esfera da dor física e considera todas as dores das esferas da vida, como social, espiritual, financeira, familiar e psíquica. Geralmente esse tipo de dor não pode ser tratada exclusivamente com medicamentos e precisa de uma abordagem multiprofissional.
TEMPO DE INSTALAÇÃO	
1 Dor aguda	A dor dura até 1 mês após o início da lesão.
2 Dor subaguda	Entre 1 a 3 meses após início da lesão que ocasionou a dor.
3 Dor crônica	Ocorre geralmente após 3 meses do início da lesão
INTENSIDADE	
Intensidade da dor	Trata-se da principal característica a ser definida, pois quanto maior a intensidade da dor pior a qualidade de vida do paciente e maior o impacto nas atividades diárias. A intensidade deve ser continuamente reavaliada e pode ser realizada através de escalas validadas (Figura 8.1). Essa avaliação é indispensável para definir o analgésico adequado para tratamento da dor, bem como realizar o acompanhamento do controle desse sintoma.

Fonte: CARVALHO (2009); GALHARDONI (2015); CARVALHO *et al.* (2018); D' ALESSANDRO (2020).

Considerando que a abordagem da dor transcende a esfera física, o seu tratamento deve ser realizado de maneira multidisciplinar. Pode ser dividido em tratamento não medicamentoso, que consiste na utilização das modalidades da medicina integrativa (práticas integrativas), e em tratamento medicamentoso.

A medicina integrativa pode contribuir para o manejo da dor em suas diferentes modalidades. Dentre elas, destacam-se: fitoterapia, acupuntura, meditação, práticas corporais com massagem, musicoterapia e ioga (CARVALHO *et al.*, 2018). O planejamento estratégico atual da Fhemig define como missão da instituição oferecer atendimento de média e alta complexidade, fundamentado no cuidado humanizado do usuário do SUS. Dessa forma, os

serviços supracitados da medicina integrativa não estão no escopo de atendimento a serem desenvolvidos na rede a curto prazo. O tratamento medicamentoso, por sua vez, é guiado por princípios definidos pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1986, descritos no quadro 8.2.

Quadro 8.2 - Princípios do tratamento medicamentoso

PRINCÍPIOS DE ADMINISTRAÇÃO MEDICAMENTOSA	CONCEITO
1. Pela boca	Administrar o medicamento pela via menos invasiva possível. A via oral é a primeira escolha, quando disponível.
2. Pelo relógio	Prescrever os analgésicos com doses fixas de horário de acordo com o tempo de meia vida de cada um.
3. Pela escada	O tratamento deve ser guiado pela escada analgésica desenvolvida pela OMS (Figura 8.2).
Reavaliações em relação ao controle da dor, necessidade de alterar a dose dos medicamentos, bem como os efeitos colaterais devem ser realizadas repetidamente.	

Fonte: D'ALESSANDRO (2020)

Figura 8.1 – Escala Numérica de dor associada a descritores verbais.



Fonte: D'ALESSANDRO (2020).

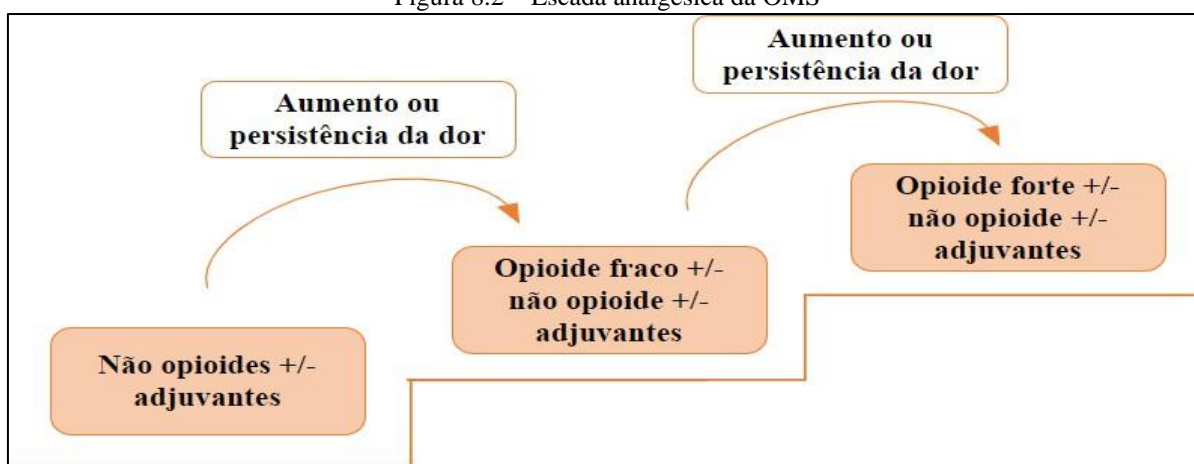
De acordo com a escala numérica de dor (EN) associada a descritores verbais (de sem dor a dor insuportável) (Figura 8.1), as dores são classificadas de acordo com scores, que vão de 0 a 10. Quando dor leve a moderada (score 1-6) é recomendável o uso de medicamentos não opiáceos associados ou não a drogas adjuvantes, de acordo com o quadro clínico do paciente. Deverá ser utilizada a dose e a frequência adequada destes medicamentos e, se mesmo assim, não houver controle adequado da dor, o indicado é prosseguir para o segundo degrau de tratamento, conforme escada analgésica (Figura 8.2). Nesta etapa, adiciona-se um opioide fraco (Quadro 8.3) e, permanecendo os sintomas, deve-se suspender o opioide fraco e iniciar o tratamento com opioide forte (BRASIL, 2001).

Quadro 8.3 – Medicamentos opiáceos

MEDICAMENTO	DOSE	INTERVALO	DOSE MÁXIMA
Codeína	30-60mg	a cada 6 a 8 horas	360mg
Tramadol	50-100mg	a cada 6 a 8 horas	400mg
Morfina	Dose individualizada	a cada 4 a 6 horas	Dose individualizada
Metadona	Dose individualizada	a cada 8 a 12 horas	Dose individualizada

Fonte: Adaptado de D'ALESSANDRO (2020).

Figura 8.2 – Escada analgésica da OMS



Fonte: D'ALESSANDRO (2020).

Os medicamentos não opiáceos são drogas de alta disponibilidade e baixo custo. Destacam-se os anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs): dipirona e paracetamol.

Os AINEs têm como principais efeitos colaterais a toxicidade gástrica, as hemorragias digestivas altas não varicosas, a retenção de sódio e água e, consequente, a elevação dos níveis pressóricos e toxicidade renal. Desta forma, devem ser evitados ou utilizados com cautela em paciente idosos, com disfunção renal, disfunção hepática, hipertensos ou aqueles com risco aumentado de hemorragia digestiva. Nestes casos, optar pela dipirona ou paracetamol (CARVALHO *et al.*, 2018).

Os medicamentos não opiáceos são drogas de alta disponibilidade e baixo custo. Destacam-se os anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs): dipirona e paracetamol. As posologias máximas sugeridas incluem: Ibuprofeno 3,2g/ dia e Diclofenaco 200mg/ dia; Dipirona 4g/dia e Paracetamol 4g/ dia.

Os analgésicos adjuvantes são chamados, também, de drogas coanalgésicas e possuem efeito analgésico, apesar de não ser esta a sua função primária. Dentre eles destacam-se: os antidepressivos tricíclicos, inibidores seletivos da recaptação da serotonina e os corticoides.

Os medicamentos de primeira linha para o tratamento da dor neuropática são pregabalina (não disponível na Fhemig) ou gabapentina (TAUBEN, 2023).

Os opioides são os medicamentos mais utilizados no tratamento da dor moderada a intensa e são empregados, particularmente, no controle da dor de pacientes oncológicos (MINSON, *et al.*, 2012). São divididos em opioides fracos (codeína e tramadol) e fortes (morfina e metadona) (Quadro 8.3).

Esses medicamentos são bastante eficazes quando administrados nas doses corretas e com intervalos de tempo adequados, porém há possibilidade de efeitos colaterais. Os principais efeitos colaterais associados aos opioides são: sedação, constipação, náuseas, vômitos, e efeitos cardiovasculares como vasodilatação e hipotensão (D'ALESSANDRO, 2020).

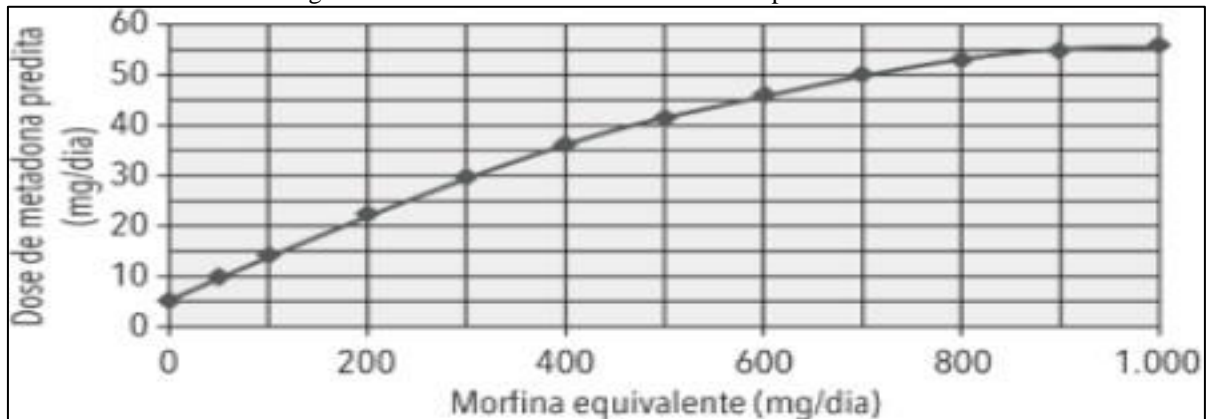
A sedação é secundária ao efeito anticolinérgico e ocorre, geralmente, no início da terapia ou no aumento das doses. Normalmente é autolimitada. A constipação é um efeito colateral muito comum e, por isso, recomenda-se o uso de laxativos nos pacientes em uso contínuo de opioide. As náuseas e vômitos podem ser tratados com uso de medicamentos antieméticos (MINSON, *et al.*, 2012).

Outras considerações em relação ao uso de opioides:

- opioide de resgate: a principal característica do opioide de resgate é o início de ação rápida e o tempo de meia vida curto. Por isso, o medicamento de escolha, naqueles pacientes em uso de opioide forte, é a morfina. A dose de resgate geralmente corresponde de 1/6 a 1/10 da dose total diária do opioide (D'ALESSANDRO, 2020).
- intoxicação por opioide: os sintomas clássicos de intoxicação por opioide são: depressão respiratória ($FR < 10 \text{ irpm}$), miose e rebaixamento do nível de consciência. Nestes pacientes a próxima dose de opioide deve ser suspensa, oxigenioterapia suplementar pode ser oferecida quando necessário e, nos casos com depressão respiratória, pode ser usado naloxona (antagonista opioide utilizado para reverter a depressão respiratória) (BOYER, 2012).
- rotação de opioide: trata-se da mudança do medicamento opiáceo como forma de melhorar a analgesia ou minimizar os efeitos colaterais. Estratégia necessária, pois alguns pacientes podem desenvolver tolerância aos opioides (redução de sensibilidade dos receptores após exposição crônica) ou apresentam alterações genéticas capazes de alterar a afinidade a diferentes opioides (CARVALHO *et al.*,

2018). Para que a rotação seja adequada deve-se levar em consideração a equipotência analgésica (Figura 8.3). Deve-se calcular a dose equivalente de morfina oral da droga em uso e após calcular a dose da nova medicação (Quadro 8.4). A nova dose deve ser 20-30% menor que a dose anterior (D’ALESSANDRO, 2020).

Figura 8.3 – Tabela de conversão de morfina para metadona



FONTE: CARVALHO *et al.* (2018).

Nota: A via contrária de conversão (metadona para morfina) não pode ser realizada por esta tabela.

Quadro 8.4 - Tabela de conversão de opioides

MEDICAMENTO	EV	VO
Morfina	10 mg	30 mg
Codeína	-	200 mg
Fentanil	0,1 mg	ND
Oxicodona LC		20 mg
Tramadol	100 mg	120 mg

FONTE: Adaptado de WIERMANN (2015).

8.1.2 Manejo da dispnéia

A dispnéia é um sintoma muito prevalente nos pacientes em cuidados paliativos e um dos sintomas que mais causa desconforto e sofrimento para estes pacientes e seus familiares. Define-se dispnéia como “experiência subjetiva de desconforto respiratório que consiste em sensações qualitativamente distintas que variam na intensidade” (PINTO, 2015, p.816-6).

Trata-se de sintoma subjetivo e pessoal e, por este motivo, o diagnóstico é clínico e não baseado em valores de saturação. Pode haver sensação de dispnéia sem hipoxemia. Na avaliação do paciente com dispnéia é muito importante a definição da intensidade, fator

desencadeante, fatores de melhora e piora, evolução temporal, associação com ansiedade e o impacto na funcionalidade e qualidade de vida (D'ALESSANDRO, 2020 e CARVALHO *et al.*, 2018).

O exame físico pode auxiliar a definir a causa da dispnéia, bem como a intensidade e as medidas de tratamento mais adequadas. É importante a avaliação da frequência respiratória, saturação, ausculta pulmonar e sinais de esforço respiratório como retração de fúrcula e uso de musculatura acessória para respirar (PINTO, 2015).

O manejo do paciente com dispnéia passa por 3 etapas: a primeira é tentar identificar a causa da dispnéia e tratá-la de maneira específica para reduzir o desconforto do paciente (Quadro 8.5).

Quadro 8.5 - Manejo das principais causas reversíveis de dispnéia

CAUSAS	TERAPIA ADEQUADA
Congestão	Diurético, Ventilação não-invasiva (VNI)
Broncoespasmo	Broncodilatadores e corticoide.
Derrame Pleural	Toracocentese, Drenagem de tórax
Obstrução tumoral de via aérea	Radioterapia, stents.
Linfangite carcinomatosa	Corticoides
Infecção Respiratória	Antibiótico
Anemia	Hemotransfusão.
Tromboembolismo Pulmonar	Anticoagulação

Fonte: Adaptado de CARVALHO *et al.*, 2018.

Quando a causa da dispnéia não puder ser identificada ou a dispnéia persistir mesmo após as medidas para tratamento da causa (Quadro 8.5), passando para as etapas seguintes que se baseiam no tratamento não medicamentoso e medicamentoso da dispnéia.

Diversas modalidades de terapia compõem o tratamento não medicamentoso da dispnéia, tais como: aspiração das vias aéreas, oxigenoterapia, posicionamento adequado do paciente no leito, fisioterapia respiratória, técnicas de respiração, apoio psíquico, social e espiritual e ventilação não invasiva (CARVALHO *et al.*, 2018).

A utilização de ventilação não invasiva deve ser avaliada individualmente e a decisão e os objetivos devem ser compartilhados com a família e o paciente. Pacientes com insuficiência cardíaca (IC) ou doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) podem se beneficiar desta intervenção. Paciente com rebaixamento de nível de consciência e/ou em processo ativo de morte habitualmente não são elegíveis para estas intervenções (CARVALHO, 2012).

O pilar do tratamento medicamentoso para dispnéia em pacientes em cuidados paliativos, após as tentativas supracitadas, é o opioide. Esses medicamentos agem reduzindo a

percepção do sistema nervoso central à dispnéia, a sensibilidade à hipercapnia e o consumo de oxigênio, e também aumentando da função cardiovascular (D’ALESSANDRO, 2020). A dose utilizada para tratamento da dispnéia é menor que a dose recomendada para o tratamento da dor.

Os principais representantes dessa classe de medicamentos para o manejo da dispnéia são a codeína e a morfina (Quadro 8.6).

Quadro 8.6 - Medicamentos utilizados no tratamento da dispnéia

MEDICAMENTO	DOSE INICIAL	INTERVALO	INDICAÇÕES
Codeína	30mg	a cada 4 a 6 horas	Dispneia leve
Morfina	5mg VO ou 2mg EV/SC	a cada 4 a 6 horas	Dispneia moderada a grave
Diazepam	5mg	até a cada 6 horas	Controle de ansiedade
Clonazepam	0,25 a 2mg	a cada 12 a 24 horas	Controle de ansiedade

Fonte: adaptado de D’ALESSANDRO (2020).

A ansiedade é considerada sintoma comumente associado à dispnéia e seu controle é indispensável para garantir o conforto do paciente em cuidados paliativos. Os principais medicamentos utilizados para o controle da ansiedade são os benzodiazepínicos (diazepam ou clonazepam) (Quadro 8.6).

As doses dos opioides e ansiolíticos devem ser individualizadas e ajustadas sistematicamente conforme resposta do paciente e presença de efeitos colaterais. Caso o paciente persista com dispnéia e desconforto respiratório, apesar da otimização das medidas medicamentosas e não medicamentosas, deve-se considerar a sedação paliativa que será abordada no “item 8.2” desta linha de cuidado.

8.1.3 Manejo da tosse e hipersecreção das vias aéreas

A tosse é um mecanismo de defesa do organismo que elimina o excesso de secreção produzida pelos pacientes e impede a entrada nas vias aéreas de substâncias indesejadas (HOMSI, 2001). Esse sintoma é resultado do estímulo dos receptores presentes na via respiratória (pulmão, pleura, brônquios, laringe, faringe, tranqueia, seios da face, membrana timpânica ou diafragma) ou de alterações presentes no centro da tosse e no sistema nervoso central (CARVALHO *et al.*, 2018).

A causa mais comum de tosse nos pacientes em cuidados paliativos são as neoplasias, principalmente a neoplasia de pulmão. A lesão tumoral pode causar tosse por efeito direto da massa, presença de derrame pleural, linfangite carcinomatosa, atelectasia ou infecção. Há,

ainda, outras situações que podem causar tosse: uso de alguns medicamentos (inibidores da enzima conversora de angiotensina), tratamento com quimioterapia ou radioterapia, tromboembolismo pulmonar, insuficiência cardíaca congestiva, DPOC e refluxo gastroesofágico (CARVALHO *et al.*, 2018).

A avaliação inicial do paciente com tosse deve ser realizada através da coleta de uma anamnese adequada, definindo a duração dos sintomas, fatores desencadeantes, fatores de melhora ou piora, impacto na qualidade de vida e história patológica pregressa. O exame físico, principalmente através da ausculta pulmonar, e a realização de exames de imagem complementares podem ajudar a definir a causa da tosse, assim como a realizar a terapia direcionada às causas passíveis de intervenção (VON GUNTEN, 2023).

Nos pacientes com dispnéia, se a causa da tosse for identificada e houver possibilidade de tratá-la - conforme estágio da doença e condições clínicas do paciente - deve ser realizado o tratamento específico. Se a causa da tosse não for identificável ou o tratamento não puder ser realizado é recomendável o uso de medicamentos específicos para controle do sintoma (VON GUNTEN, 2023).

Os opioides são os principais medicamentos disponíveis para o tratamento sintomático da tosse em pacientes em cuidados paliativos. O medicamento mais utilizado é a codeína, pois possui efeito antitussígeno e age inibindo o centro da tosse no sistema nervoso central. A dose de codeína recomendada para atingir efeito antitussígeno é 10 a 20mg a cada 4 a 6 horas (HOMSI, 2001). O uso de opioide mais forte está indicado nos pacientes com outros sintomas associados, como dor e/ou dispneia.

Além da tosse, outro sintoma respiratório comum em pacientes em cuidados paliativos é a hipersecreção brônquica e a sialorreia que podem intensificar os quadros de tosse e provocar dispneia. A abordagem terapêutica desse sintoma passa pelo uso de medicamentos como atropina, ipratrópio e escopolamina (Quadro 8.7). A melhora da broncorreia ocorre, pois, esses medicamentos possuem efeitos anticolinérgicos.

Quadro 8.7 - Medicamentos utilizados para tratamento de hipersecreção brônquica

MEDICAMENTO	VIA DE ADMINISTRAÇÃO	POSOLOGIA
Escopolamina	Via oral ou endovenosa	Até 20mg de 6/6 ou 8/8horas.
Atropina (colírio)	Sublingual	2 gotas a cada 6-12horas.
Brom. de ipratrópio	Via Inalatória	Até 40gts de 4/4hs.

Fonte: Adaptado de D’ALESSANDRO (2020).

8.1.4 Manejo do delirium

O delirium é uma síndrome cerebral orgânica caracterizada pela oscilação do nível de consciência associada a alteração comportamental como, por exemplo, alterações no sono, na propriocepção, na atenção ou na atividade psicomotora (CARVALHO *et al.*, 2018 apud LEONARD *et al.*, 2014). Pode acometer até 30% dos pacientes idosos internados (FRANCIS e YOUNG, 2020) e está presente em até 62% dos pacientes em cuidados paliativos. A presença dessa síndrome, isoladamente, é considerada um marcador de alta mortalidade (CRISPIM, BORGES e GRIIO, 2018).

A *American Psychiatric Association's Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-V) define os seguintes critérios para o diagnóstico de delirium:

1. Distúrbio da atenção (capacidade reduzida para direcionar, focalizar, manter e mudar a atenção) e da consciência (menor orientação para o ambiente).
2. Quando o distúrbio se desenvolve de maneira aguda (normalmente de horas a poucos dias), representa uma mudança da atenção e da consciência basais e tende a oscilar quanto à gravidade ao longo de um dia.
3. Distúrbio adicional na cognição (por exemplo: déficit de memória, desorientação, linguagem, capacidade visuoespacial ou percepção).
4. Os distúrbios não são mais bem explicados por outro transtorno neurocognitivo preexistente, estabelecido ou em desenvolvimento e não ocorrem no contexto de um nível gravemente diminuído de estimulação, como no coma.
5. Há evidências a partir da história, do exame físico ou de achados laboratoriais que justifiquem as alterações como efeito colateral de medicamentos, intoxicação ou abstinência de substâncias, exposição a uma toxina ou distúrbios metabólicos.

Além desses critérios, outros achados podem estar associados às alterações do nível de consciência, tais como:

1. Distúrbio psicomotor como hipoatividade, hiperatividade com aumento da atividade simpática, prejuízo no sono.
2. Alterações emocionais como medo, depressão euforia ou perplexidade (CRISPIM, BORGES e GRIIO, 2018).

Os pacientes em cuidados paliativos geralmente apresentam múltiplas comorbidades, usam vários medicamentos e podem ter inúmeros fatores de risco associados para o desenvolvimento do delirium (Quadro 8.8) (CARVALHO *et al.*, 2018).

Quadro 8.8 – Fatores de risco para desenvolvimento de delirium

Idade avançada	Desidratação
Déficit cognitivo	Distúrbios Hidroeletrólitos
Imobilidade	Uso de Psicofármacos
Demência	Polifarmácia
Desnutrição	Presença de múltiplas comorbidades
Infecções	Dor
Hiper ou Hipoglicemia	Acidente Vascular Cerebral
Insuficiências Orgânicas (Renal, Cardíaca, Hepática)	Hipoxemia

Fonte: Elaborado pelo autor (2023).

O delirium pode ser reversível se a causa for identificada e tratada adequadamente ou mesmo removida. O nível de investigação de causa com exames complementares deve ser avaliado caso a caso, conforme a funcionalidade do paciente, fase da doença e proporcionalidade terapêutica definida para o paciente (D’ALESSANDRO, 2020). Nos pacientes em fase final de vida, o tratamento do sintoma é, na maioria das vezes, mais importante que a busca pela própria causa, principalmente quando esse diagnóstico é feito através de métodos invasivos (CARVALHO *et al.*, 2018).

Existem várias escalas utilizadas para auxiliar no diagnóstico de delirium. Para esta Linha de Cuidado, será indicada a utilização da Escala *Confusion Assessment Method* (CAM) (Quadro 8.9).

Quadro 8.9 - Escala *Confusion Assessment Method*

- A. Estado confusional agudo com flutuação marcante
- B. Déficit de atenção marcante
- C. Pensamento e discurso desorganizados
- D. Alteração do nível de consciência (hipoativo ou hiperativo)

Considera-se *delirium* a presença dos itens A e B mais C e/ou D

Fonte: CARVALHO *et al.* (2018).

É importante considerar, também, que o delirium é classificado de acordo com a forma que se manifesta (Quadro 8.10):

Quadro 8.10 – Classificação do delirium conforme manifestação clínica

CLASSIFICAÇÃO	MANIFESTAÇÃO
Hipoativo	Redução da atividade psicomotora, acompanhada ou não de lentidão e letargia que podem chegar a estupor.
Hiperativo	Aumento da atividade psicomotora, que pode ser acompanhado de oscilação de humor, agitação e/ou recusa a cooperar com os cuidados assistenciais.
Misto	Paciente que apresenta oscilação entre as duas apresentações acima.

Fonte: SILVA e FILHO (2015).

O tratamento do delirium é baseado em 3 pilares: 1) identificação e tratamento da causa (quando reversível); 2) tratamento não farmacológico; e 3) tratamento farmacológico.

A identificação e o tratamento da causa devem ser realizados, sempre que possível, com as seguintes intervenções: tratamento de infecções, correção de distúrbios hidroeletrólíticos, tratamento de desidratação. Nos pacientes em cuidados paliativos, essa causa nem sempre é reversível e, em algumas situações, a propedêutica e as medidas terapêuticas devem ser ponderadas, levando em consideração o estágio da doença e a funcionalidade do paciente (CARVALHO *et al.*, 2018).

O tratamento não farmacológico deve ser realizado nos pacientes em que a causa do delirium não pode ser tratada (devido à funcionalidade do paciente ou ao estágio da doença) ou é refratária ao tratamento instituído. O quadro 8.11, lista as principais medidas não farmacológicas para o tratamento do delirium.

Quadro 8.11 – Medidas não farmacológicas para tratamento de delirium

1. Suspensão dos medicamentos potencialmente causadores de delirium.
2. Os profissionais devem se identificar e informar o procedimento que será realizado.
3. Perguntar como o paciente prefere ser chamado.
4. Manter o paciente junto dos familiares, amigos e pessoas conhecidas.
5. Manter o uso de óculos e aparelho auditivos.
6. Evitar contenção física.
7. Evitar restrição no leito por tempo prolongado.
8. Manter o ambiente com luz natural durante o dia.
9. Reduzir a incidência de luz e ruídos no período noturno.
10. Considerar, quando possível, a retirada de sondas e cateteres.

FONTE: Adaptado de D'ALESSANDRO, 2020.

O tratamento farmacológico, por sua vez, está indicado quando o paciente não responde ao tratamento não farmacológico. A principal classe de medicamento utilizado no tratamento de delirium hiperativo são os antipsicóticos. O haloperidol é o medicamento mais utilizado para o controle do delirium hiperativo (AZEVEDO, 2012). Os pacientes com delirium refratário ao tratamento medicamentoso otimizado são candidatos a sedação paliativa.

O controle adequado do delirium nos pacientes em cuidados paliativos reduz a mortalidade, melhora o conforto do paciente e diminui o sofrimento dos familiares. O haloperidol é um antipsicótico típico que pode ser usado no tratamento do delirium. Pode ser administrado VO, SC, EV e IM (sempre que possível preferir VO). A dose inicial preconizada em idosos é 0,5-1 mg; em jovens pode ser iniciado com 1-2 mg; se os sintomas de agitação persistirem, repetir dose inicial em 45-60 minutos; a dose máxima diária descrita é de 30 mg/dia, porém o controle de delirium em pacientes no fim de vida costuma ser alcançado com

doses menores. Após o controle dos sintomas devemos manter a dose inicial utilizada de 12/12h ou 8/8h e titular conforme evolução do quadro clínico (D'ALESSANDRO, 2020).

Os antipsicóticos atípicos como a quetiapina (dose inicial de 12,5mg) e risperidona (dose inicial de 1mg) também podem ser usados no tratamento de delirium (D'ALESSANDRO, 2020).

8.1.5 Manejo das náuseas e vômitos

Náusea é definida como a sensação desagradável da necessidade de vomitar e entende-se por vômito a expulsão rápida e forçada do conteúdo gástrico pela boca (D'ALESSANDRO, 2020). Pacientes em cuidados paliativos tem maior incidência desses sintomas (CARVALHO *et al.*, 2018).

Para tratar eficazmente as náuseas e vômitos, é fundamental compreender sua fisiopatologia. Esses sintomas ocorrem quando o centro do vômito no sistema nervoso central é ativado. Diversas áreas estão envolvidas nesse processo, incluindo a zona quimiorreceptora, o sistema vestibular e o córtex cerebral. Além disso, o trato gastrointestinal também desempenha um papel importante, seja através do nervo vago ou da motilidade gastrointestinal.

Dessa forma, ressalta-se a importância da definição da causa dos vômitos. Para isso, na prática clínica é necessária anamnese direcionada, definindo a frequência, intensidade, data de início, bem como fatores de melhora e piora dos vômitos. É importante descrever os medicamentos em uso pelo paciente e os sintomas associados como presença de constipação ou obstrução intestinal. Durante a realização do exame físico deve-se buscar sinais de irritação peritoneal, distensão abdominal, desidratação e ascite. Os exames complementares devem ser direcionados conforme a hipótese para causa dos vômitos (D'ALESSANDRO, 2020).

Os principais medicamentos potencialmente causadores de vômitos são: opioides, anticonvulsivantes, antifúngicos, antidepressivos tricíclicos, inibidores seletivos da recaptação de serotonina, anticolinérgicos e agentes quimioterápicos com atividade citotóxica (CARVALHO *et al.*, 2018).

Outras causas de náuseas ou vômitos incluem: infecções, insuficiência renal ou hepática, liberação de fatores tumorais, hiponatremia, hipercalcemia, discinesia e outras doenças do sistema vestibular, obstrução intestinal, carcinomatose peritoneal e hipertensão

intracraniana (D'ALESSANDRO, 2020).

O tratamento inicial pode ser realizado por meio de intervenções não medicamentosas como mastigar os alimentos lentamente, fazer refeições pequenas em intervalos menores, evitar alimentos gordurosos e doces, evitar ingerir líquidos durante a alimentação, evitar deitar-se após as refeições, preferir alimentos gelados ou em temperatura ambiente (D'ALESSANDRO, 2020). Na maioria das vezes essas intervenções, isoladamente, não são suficientes e precisamos iniciar tratamento medicamentoso. Os medicamentos de escolha mais usados para tratar náuseas e vômitos dependem da causa desse sintoma e estão listados na tabela 8.1.

Tabela 8.1 - Medicamentos utilizados para tratamento de vômitos conforme a causa

Causa das náuseas e vômitos	Medicamentos	Posologia
Induzido por medicamento	Metoclopramida	10mg EV ou VO até de 8/8hs
	Haloperidol	1 mg a 2 mg EV/SC de duas a três vezes ao dia
	Ondansetrona	de 4mg a 8mg EV a cada 8 horas
Secundária a estase gástrica	Metoclopramida	10mg EV ou VO até de 8/8hs
	Bromoprida	10 mg 3x/dia EV/VO
	Domperidona	10 mg 8/8h VO
Secundária a Hipertensão Intracraniana	Dexametasona	de 16 a 20 mg/dia EV/SC
Comprometimento do sistema vestibular	Dimenidrinato	50 mg a 100 mg EV/VO a cada 6 horas.

Fonte: Adaptado de D'ALESSANDRO, 2020.

Em pacientes com mais de uma causa para os vômitos ou naqueles com sintomas refratários a um medicamento em dose otimizada pode-se associar um segundo medicamento. Quando a causa do sintoma não é clara deve-se optar por medicamentos que atuam em mais de um receptor (CARVALHO *et al.*, 2018).

8.2 SEDAÇÃO PALIATIVA

A sedação paliativa é uma intervenção médica que visa aliviar o sofrimento de pacientes com doenças em estágio avançado e que não conseguiram controle adequado do sintoma com o tratamento otimizado. Consiste na administração de medicamentos que reduzem a consciência do paciente, aliviando a dor e o desconforto, sem o objetivo de lhe causar a morte. Embora possa ser vista como opção de intervenção extrema, a sedação

paliativa é considerada tratamento ético e legalmente aceito em muitos países (CARACENI *et al.*, 2012), inclusive no Brasil.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), este procedimento é indicado em casos de dor ou outros sintomas refratários, ou seja, que não respondem aos tratamentos convencionais e que causam sofrimento significativo ao paciente (WHO, 2018). Deste modo, contribui com a melhora da qualidade de vida, proporcionando-lhe conforto e alívio destes sintomas.

De acordo com o grau de redução da consciência do paciente, a sedação paliativa pode ser dividida em três níveis: sedação leve, sedação moderada e sedação profunda. Na sedação leve, o paciente permanece consciente, mas com menos ansiedade e dor; na sedação moderada, o paciente pode responder a estímulos verbais ou físicos, mas apresenta estado de sonolência significativo; já na sedação profunda, o paciente se encontra em estado de sono profundo e não responde a estímulos externos (MORITA *et al.*, 2016).

Existe, ainda, a possibilidade de sedação terminal e sedação intermitente. A sedação terminal é uma prática que ocorre quando o paciente está nos estágios finais de vida por doença incurável e envolve o uso de medicamentos que podem causar sedação profunda, além de reduzir a consciência e a percepção do paciente em relação ao ambiente ao seu redor (o paciente não acorda ou não recupera a consciência após a administração destes medicamentos).

A sedação intermitente é realizada por meio de sedação noturna para que durante o dia o paciente permaneça desperto para vivenciar situações que ele julgue significativas, apesar do desconforto. Também é considerada sedação intermitente aquela que pode ser desligada em situações pontuais de significado para o paciente. É uma prática que envolve o uso intermitente de medicamentos para aliviar o sofrimento do paciente. Os medicamentos são administrados de acordo com a necessidade, dependendo da gravidade dos sintomas do paciente. O objetivo é proporcionar alívio dos sintomas, como dor ou ansiedade, sem causar sedação excessiva ou perda de consciência. O paciente pode acordar ou recuperar a consciência após a suspensão desses medicamentos.

É importante considerar que a sedação paliativa não é uma forma de eutanásia ou suicídio assistido e deve ser realizada com o único objetivo de aliviar o sofrimento do paciente. A decisão de sua realização deve ser tomada em conjunto pela equipe médica e pelo paciente ou seus representantes legais, levando em consideração o estágio da doença, os sintomas apresentados e a vontade do paciente.

Durante a tomada da decisão, deverá ser considerada a possibilidade de efeitos colaterais associados à sedação paliativa, como a supressão da respiração, a hipotensão arterial e a depressão do sistema nervoso central. Deste modo, é fundamental que a sedação seja realizada por profissionais capacitados e que os pacientes sejam monitorados, de forma contínua, durante todo o procedimento (RADBRUCH *et al.*, 2009).

Em situações de doenças incuráveis, de morte inevitável, a sedação não irá alterar o desfecho do paciente, mas, sim, lhe proporcionar maior conforto e dignidade, em detrimento do prolongamento da vida. Esta pode ser uma opção mais aceitável quando a prioridade não é a sobrevivência.

Nestes casos, quando o único tratamento possível é proporcionar conforto e dignidade ao paciente, optar pelo conforto em detrimento do prolongamento da vida por alguns dias pode ser uma opção mais aceitável. Nesse contexto, o risco de redução do tempo de sobrevivência, decorrente do duplo efeito, é aceitável frente ao efeito desejado de proporcionar conforto e dignidade. Dessa forma, a prioridade não seria a sobrevivência, mas sim o conforto.

A sedação paliativa deve ser realizada de forma ética e segura, levando em consideração as particularidades de cada caso e respeitando a vontade do paciente. É fundamental que os profissionais de saúde estejam capacitados e atualizados sobre as melhores práticas em sedação paliativa, garantindo assim um atendimento de qualidade e humanizado aos pacientes em cuidados paliativos.

8.2.1 Tópicos para serem considerados para a sedação terminal

Para definição e realização do procedimento alguns critérios precisam ser observados com a finalidade de garantir maior assertividade e tratamento adequado:

1. Não há indicação de sedação paliativa para pacientes com rebaixamento do nível de consciência, sem sinais de desconforto;
2. Deve ser considerada em pacientes com sintomas de dispneia, dor, delirium, sofrimento existencial, entre outros, além de sintomas refratários ao tratamento disponível (a refratariedade do sintoma é definida, preferencialmente, por 2 médicos);
3. Para casos de sedação terminal, a sobrevida estimada deve ser menor que 2 semanas;
4. Objetivo de rebaixamento intencional do nível de consciência (ideal o paciente

ficar sonolento com leve despertar ao estímulo) - RASS 1 a 2 (Anexo III) ou Ramsay 5 (Anexo IV) - mediante o uso de medicamentos sedativos, com dose titulada proporcional para obter o conforto.

5. O ideal é a suspensão de fluidos e ingesta alimentar, pela maior chance de malefícios desses tratamentos em contexto de falecimento e sedação sem proteção de via aérea, mas cada caso deve ser avaliado isoladamente;

6. Deve ser estabelecido pela equipe assistente prazo pré-determinado para reavaliação do paciente e a dose de bolus indicado em caso de desconforto;

7. A equipe deve estar vigilante quanto aos sinais de desconforto, despertar inapropriado ou sedação excessiva;

8. Providenciar a obtenção do termo de consentimento esclarecido, em conformidade com os requisitos legais, assinados por uma pessoa adulta (paciente ou responsável legal).

9. Orientar o paciente ou seu representante legal acerca da sedação terminal (Quadro 8.12).

8.2.2 Especificidades da sedação intermitente ou breve (KNMG Guideline for Palliative Sedation, 2009)

1. Está indicada para pacientes em cuidados paliativos com sintoma refratário, mas pode ser aplicada, também, quando um sintoma é apenas temporariamente impossível de tratar;

2. As regras gerais sobre consentimento informado pelo paciente ou seu representante legal ainda se aplicam, mas não com tanta rigorosidade quanto na sedação paliativa terminal.

3. Geralmente não será necessário interromper a ingesta alimentar ou administração de fluidos nos pacientes elegíveis à sedação intermitente;

Quadro 8.12 – tópicos a serem abordados com o paciente e familiar antes da sedação terminal

• ABORDAGEM AO PACIENTE ANTES DA SEDAÇÃO:

- 1 A condição, expectativa de vida e perspectivas do paciente;
- 2 As indicações e o propósito da sedação paliativa;
- 3 As opções no caso de sofrimento insuportável e incurável;
- 4 O fato de que, quando praticada corretamente, a sedação contínua não encurta a vida;
- 5 O procedimento em situações imprevisíveis (agudas);
- 6 O potencial e as limitações da sedação paliativa, incluindo a profundidade da sedação, a possibilidade de retorno a

consciência (talvez não intencional) e a diferença entre sedação temporária e contínua;
7 As consequências da sedação paliativa (incluindo a perda parcial ou total da capacidade de comunicação);
8 O procedimento médico em si (incluindo os medicamentos a serem utilizados).

- **VISÕES ESPECÍFICAS DO PACIENTE:**

9 Desejos e visões do paciente em relação ao processo de morte (incluindo medos e ansiedades);
10 Doação de órgãos;
11 Momento de despedida da família;
12 Cuidados físicos durante a sedação paliativa;
13 Onde ele deseja morrer;
14 Procedimentos médicos a serem realizados;
15 Não administração de nutrição/hidratação artificial e suas consequências;
16 Continuação ou suspensão de tratamentos que prolongam a vida (ventilação mecânica, hemodiálise, reanimação cardiopulmonar);
17 Desejo do paciente em receber apoio de um conselheiro espiritual ou outra pessoa em relação a questões éticas e religiosas.

- **ABORDAGEM AOS FAMILIARES ANTES DA SEDAÇÃO:**

18 Fornecer informações e suporte à família do paciente, para ajudá-los a entender melhor a situação e o procedimento a ser realizado, bem como apoiá-los a lidar com esta experiência
19 Informar a família sobre a necessidade ou não de manter vigília sobre o paciente;
20 Informar adequadamente o representante designado pelo paciente durante a sedação paliativa.

FONTE: Adaptado de KNMG Guideline for Palliative Sedation (2009).

8.2.3 Protocolo de consentimento e registro em prontuário

1. Paciente SEM comprometimento cognitivo grave e consciente:
 - conversar previamente com a família e o paciente sobre a proposta do tratamento;
 - ter concordância do paciente.
 - registrar no prontuário.
2. Paciente COM comprometimento cognitivo grave:
 - conversar com a família sobre a proposta de tratamento e obter, desta, a concordância sobre o plano de cuidados.
 - registrar no prontuário.
3. Providenciar a obtenção do termo de consentimento esclarecido, em conformidade com os requisitos legais, assinados por uma pessoa adulta (paciente ou responsável legal).

8.2.4 Esquema farmacológico.

O medicamento de escolha para sedação paliativa é o midazolam. Caso o paciente apresente delirium ou agitação psicomotora, uma boa opção é a clorpromazina. Outros medicamentos sedativos como propofol, tiopental e fenobarbital podem ser utilizados como

sedativos, mas não são a primeira escolha na maioria dos casos (Quadro 8.13).

- Midazolam: medicamento de escolha exceto para delirium. Diluir 40 ml (200 mg) em 160 mL de SF 0,9%, resultando em uma solução de 1 mg/mL. Fazer bolus de 2ml (2 mg) e seguir com infusão de 0,5 mL/h (0,5 mg/h), com progressão a cada hora após novo bolus de 2mg, se mantiver desconforto. Fazer aumento da infusão contínua de 0,5 a 1 ml/h até atingir a sedação proposta.

Deixar doses de resgate equivalente a 1/12 da dose diária para escapes de sintomas.

- Clorpromazina: primeira escolha para paciente com delirium ou com contraindicação para benzodiazepínico: diluir 1 ampola de 25 mg/5mL em 100 mL de SF e fazer em bolus lento (infundir em 15 min = 400 mL/h) ou diluir 4 ampolas em 230 mL de SF e fazer a 10 mL/h. Progredir até atingir a sedação proposta.

Não é recomendado o uso de opióide (morfina ou fentanil) como sedativo por este não ser considerado dose sedativa em si (a sedação ocorre por efeito colateral). Doses elevadas de morfina causam sonolência, mas nem sempre a perda de consciência. Doses terapêuticas de opioides (ou seja, doses adaptadas ao grau de dor ou dispneia) não causam encurtamento da vida, mesmo que sejam utilizadas altas dosagens. Além disso, a morfina possui efeitos colaterais importantes (exemplo: pode aumentar o delírio ou induzir mioclonia). O uso de morfina para alcançar sedação paliativa é considerado prática inadequada. A morfina deve ser administrada ou continuada (junto com sedativos) apenas para aliviar a dor e/ou dispnéia; a dose deve ser calculada para aliviar a extensão real ou presumida da dor e/ou dispnéia (SYKES *et al.*, 2003). O uso de morfina para o tratamento do sintoma em si está indicado em associação com a sedação paliativa.

Quadro 8.13 - Medicamentos utilizados na sedação paliativa

MEDICAMENTO	DOSE SUGERIDA
Midazolam	0,5-5 mg por bolus IV/SC, depois CII/CCSI em 0,5-1 mg/h; dose de manutenção usual, 20-120 mg/dia
Lorazepam	0,25-2 mg via oral (VO)
Clorpromazina	10-25 mg VO, IV ou PR a cada 2-4 horas
Haloperidol	0,5-5 mg VO ou SC a cada 2-4 horas ou 1-5 mg por bolus IV/SC, depois CII/CSI em 5 mg/dia; dose de manutenção usual, 5-15 mg/dia
Fenobarbital	200 mg por bolus IV/SC; depois CII/CSI em 600 mg/dia; dose de manutenção usual, 600-1600 mg/dia
Tiopental	5-7 mg/kg por bolus IV, depois CII em 20 mg/h; dose de manutenção usual, 70-180 mg/h
Propofol	10 mg/h como CII; pode ser ajustado em 10 mg/h a cada 15-20 minutos; bolus de 20- 50 mg pode ser usado para sedação de emergência

Fonte: Adaptado de Rousseau (2004).

Nota: PO = oral; PR = via retal; SL = sublingual; IV = intravenoso; SC = subcutâneo; CII = infusão intravenosa contínua; CSI = infusão subcutânea contínua

8.3 EXTUBAÇÃO PALIATIVA

Extubação paliativa é a retirada de suporte ventilatório artificial do paciente que não preenche todos os critérios de segurança para uma extubação clínica segura, sendo considerado um procedimento que visa a melhoria da qualidade de vida de pacientes com doenças graves e incuráveis e que estão com suporte ventilatório invasivo (KAPADIA *et al.* 2019). É indicada quando a indignidade ao prolongar o processo de morrer e o sofrimento do paciente é maior ao se manter o tubo endotraqueal ou ao fazer traqueostomia em detrimento do risco de piora clínica que a falta de via aérea definitiva poderia trazer.

De acordo com a *American Thoracic Society* (ATS), a extubação paliativa deve ser realizada com cuidado para minimizar a dor e o desconforto do paciente, sendo considerado um procedimento complexo e desafiador, especialmente para pacientes com doenças respiratórias crônicas ou obstrutivas. Assim, é fundamental que a equipe médica esteja preparada para lidar com a ocorrência de possíveis complicações durante o procedimento, como a dispneia e a insuficiência respiratória (HUI *et al.*, 2014). Além disso, durante o processo de extubação paliativa, esta equipe deve estar atenta à comunicação com o paciente e sua família, prestando informações acerca do procedimento e suas possíveis complicações, além de favorecer maior envolvimento para tomada de decisão conjunta (BOLAND *et al.*, 2019).

Neste contexto, importa dizer que a presença de uma equipe capacitada quanto ao controle de sintomas (hipersecretividade e dispneia), ao respaldo bioético e legal, e quanto à comunicação de notícias difíceis em saúde é indispensável para que a realização deste procedimento seja, de fato, o caminho de menor sofrimento para o paciente.

8.3.1 Bioética e legislação da extubação paliativa

A extubação paliativa, procedimento complexo e de abordagem multidisciplinar, requer atendimento de critérios éticos e legais, relacionados à assistência médica e que foram instituídos, no Brasil, por meio de normas e diretrizes regulamentadoras.

A Resolução CFM nº 1.805, de 9 de novembro de 2006, estabelece que o processo de extubação deve ser realizado com base em critérios técnicos e científicos, levando em consideração a situação clínica do paciente e a avaliação individualizada dos riscos e benefícios. A decisão de extubar deve ser tomada em conjunto com o paciente e familiar (ou

responsável legal), sempre respeitando suas preferências e valores (CFM, 2006).

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 (BRASIL, 2006, p.169).

De acordo com a Resolução CFM nº 1.995, de 08 de agosto de 2012, todo paciente tem o direito de receber cuidados paliativos em todas as fases da doença, inclusive na fase terminal. Devem ser ofertados de forma integrada e multidisciplinar, envolvendo não apenas a equipe médica, mas também os profissionais de enfermagem, fisioterapia, psicologia, assistência social, entre outros (CFM, 2012).

Outro aspecto importante a ser considerado é a questão do consentimento informado. De acordo com o Código de Ética Médica, o médico deve informar o paciente ou seu representante legal sobre o diagnóstico, o prognóstico, os objetivos, os riscos e as alternativas terapêuticas disponíveis, permitindo que ele tome uma decisão informada e consciente sobre o tratamento (CFM, 2019).

Muitos familiares e equipes de saúde têm receio de que a extubação paliativa seja considerada eutanásia passiva, uma vez que a interrupção de procedimento que mantenha a vida possa ser interpretada como acelerar a morte do paciente. Para que isso não ocorra é fundamental que, tanto para a decisão quanto para a realização da extubação, sejam estabelecidos fluxos assistenciais seguros. Assim, a doença irreversível e incurável permanecerá como a causa da morte, pois ao se retirar o suporte ventilatório, que funciona como prolongador artificial da vida é permitido que o óbito ocorra no tempo natural (sem acelerar ou atrasar).

A manutenção do suporte ventilatório, em desacordo com os valores da vida e dos desejos prévios do paciente, é considerada distanásia, configurando-se, portanto, em tratamento incompatível com a identidade e dignidade do doente (CORADAZZI, 2019). Além disso, o prolongamento artificial do processo de morrer, com a manutenção da ventilação mecânica, não permitem a evolução natural de uma doença que é incurável para a medicina.

O processo fisiopatológico do falecimento que decorre da extubação paliativa não difere do processo fisiopatológico que ocorre quando se decide não intubar o paciente com doença terminal. Descontinuar um tratamento iniciado ou não iniciá-lo não possui diferença sob o ponto de vista ético-legal. No entanto, por ser culturalmente mais simbólica, a

extubação paliativa deve ter uma rotina de realização, registro em prontuário e comunicação mais cuidadosa do que os demais procedimentos de não introdução de medidas artificiais que ocorrem em cuidados de fim de vida. O procedimento de extubação paliativa, apesar de ser tão ético e legal quanto o de não intubação, exige protocolo rigoroso para a sua realização, a fim de evitar o sofrimento e respaldar a equipe que o está realizando (CORADAZZI, 2019).

A extubação paliativa, assim como toda tomada de decisão em cuidados paliativos deve priorizar a dignidade do paciente em detrimento de interesses institucionais, como a liberação de leitos ou questões voltadas para custos financeiros.

8.3.2 Procedimentos necessários para realização de extubação paliativa

1. Traçar um diagnóstico de uma condição que tenha como desfecho final o óbito sem possibilidade de reversibilidade pela medicina, ou seja, doença grave e incurável sem possibilidade de melhora clínica com qualidade de vida para o doente (ex.: câncer sem possibilidade de cura em estágio terminal, doença pulmonar obstrutiva crônica em estágio avançado, esclerose lateral amiotrófica);
2. Acessar os valores de vida e os desejos do paciente no contexto de adoecimento correlacionando com seus sentimentos e anseios da seguinte maneira:
 - Em conversa com o paciente que possui a capacidade decisória preservada e autonomia possível de ser comprovada;
 - Durante reuniões com os familiares ou representantes do paciente (responsáveis legais, procuradores de saúde), momento em que serão elucidados desejos que o paciente tenha manifestado ao longo da vida;
 - Acesso a diretivas antecipadas de vontade/testamento vital do paciente que, no momento, não responda por si e tenha realizado este documento em momento de lucidez.
3. Definição, durante discussão com equipe multidisciplinar, de que a extubação paliativa, de acordo com o quadro clínico do paciente, é o caminho de menor sofrimento (físico, psíquico, social e espiritual) frente ao adoecimento;
4. Apresentar aos familiares, durante reunião, o plano de cuidado e como ocorre o processo da extubação e as possíveis consequências que este procedimento poderá causar ao organismo do paciente, criando oportunidade para que dúvidas sejam esclarecidas e para que as opiniões quanto ao procedimento sejam consideradas na decisão final;

5. Registro em prontuário dos 4 passos anteriores, por mais de um profissional envolvido no cuidado, como representação da decisão em equipe do respeito à opinião e deliberação moral com os familiares;
6. Oferecer tempo para que a família reflita e tenha oportunidade de esclarecer mais dúvidas, por um período de 24-48 horas após a indicação feita pela equipe, antes de agendar data e horário do procedimento;
7. Certificar que todos os membros da equipe envolvida no momento do procedimento, e nos cuidados subseqüentes, estejam tranquilos com o procedimento a ser realizada e, caso exista algum profissional não concordante, sugerir que o mesmo seja substituído por outro profissional, com cuidado de oferecer possibilidade de aprimoramento técnico do profissional substituído quanto a normatização e a técnica do procedimento;
8. Registrar o diagnóstico em prontuário do paciente e condutas a serem realizadas.

8.3.3 Passos para a realização da extubação paliativa

1. Otimizar medicação sintomática para controle de dispnéia e secretividade (itens 8.1.2 e 8.1.3). O paciente deve estar confortável em ventilação mecânica antes de ser iniciado o processo de extubação paliativa;
2. A dieta enteral deve ser suspensa e medidas geradoras de hipersecretividade pulmonar e hipervolemia também devem ser suspensas (ex: hidratação com soro esquema ou água enteral). Controle medicamentoso de estase que já esteja ocorrendo também é essencial. Alguns protocolos incluem 24-48 horas de uso de corticóide sistêmico (hidrocortisona, metilprednisolona) como medida preventiva de edema de vias aéreas ou estridor laríngeo. É recomendado ter as medicações sintomáticas para dispneia (morfina, por exemplo) facilmente acessíveis no momento do procedimento para se realizar as medicações de resgate ou em infusão contínua se o paciente apresentar desconforto;
3. Redução de parâmetros de ventilação mecânica (VM) com reajuste de doses de medicação para conforto em caso de piora dos sintomas até parâmetros ventilatórios mínimos considerados para o paciente. Dados vitais como saturação de oxigênio, volume ventilatório, paO_2 , pCO_2 , capnografia e frequência respiratória não são indicativos de sintoma respiratório descontrolado. Os indicativos de sintomas são: esforço respiratório com uso de musculatura acessória (uso de musculatura intercostal, retração de fúrcula ou supraclavicular), batimento de aleta nasal, respiração paradoxal de padrão abdominal, gemência, fâcies tensa

demonstrando desconforto, taquicardia e hipertensão arterial. Se necessário o paciente poderá demandar sedação paliativa para o controle de sintomas para que o procedimento continue. Existe a possibilidade de extubação direta com parâmetros ventilatórios não mínimos, mas isso não é o mais recomendado por risco de sintomas de difícil controle e por fim maior sofrimento do que a permanência do tubo endotraqueal;

4. O paciente com sintoma bem controlado em parâmetros mínimos de VM, o balonete deve ser desinsuflado antes e após uma higiene brônquica eficiente e, por fim, o tubo endotraqueal é retirado ou a VM é desconectada da traqueostomia (TQT) (CORADAZZI, 2019);

5. Familiares podem ser convidados a participarem do procedimento. Familiares e pacientes (em caso de lucidez) devem ser orientados quanto às possíveis intercorrências que podem ocorrer acontecer durante ou após o procedimento, inclusive o risco de falecimento e de sintomas de difícil controle com necessidade de sedação para redução de sofrimento. Alguns pacientes - principalmente aqueles com intubação por quadro neurológico isoladamente - podem não falecer imediatamente após o procedimento de extubação, ao contrário dos pacientes com função respiratória alterada que podem ter seu falecimento nas primeiras horas ou dias após a extubação.

A extubação paliativa pode ser realizada com:

- a retirada do tubo orotraqueal;
- desconexão de ventilação mecânica da TQT com ou sem desinsuflação do balonete ou;
- decanulação (retirada de TQT).

Por fim, vale pontuar que cada caso deve ser planejado de forma individualizada e antecipadamente para que a equipe responsável defina qual tipo de extubação estará mais alinhado com o objetivo de cuidado a ser alcançado para o paciente. Ter uma equipe de cuidado paliativo acompanhando o caso é o cenário ideal para a realização da extubação paliativa, mas os demais profissionais de saúde podem realizar o procedimento se forem capacitados adequadamente para isso.

9 NUTRIÇÃO CLÍNICA EM CUIDADOS PALIATIVOS

Cátia Cardoso de Araújo

As doenças ameaçadoras da vida sejam agudas ou crônicas, com ou sem possibilidade de cura, trazem a necessidade de um olhar para o cuidado amplo e complexo em que haja interesse pela totalidade da vida do paciente com respeito ao seu sofrimento e de seus familiares (MESSIAS, 2020). Este tipo de cuidado foi definido em 2002 pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como cuidado paliativo (CP).

O CP tem o objetivo de proporcionar a melhoria da qualidade de vida aos indivíduos que sofrem de doenças ameaçadoras a vida, bem como de seus familiares. Este tipo de cuidado requer uma abordagem de equipe para garantir os melhores resultados para o paciente e para o cuidador (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014). Segundo a OMS, estes cuidados devem ser iniciados no momento do diagnóstico e devem oferecer o tratamento eficaz para o alívio de sintomas que podem trazer desconforto ao paciente, sejam eles causados pela doença ou pelo tratamento.

A abordagem do cuidado paliativo é multidimensional (nas dimensões física, emocional, familiar, social e espiritual) e se propõe a tratar diversas condições médicas que podem se beneficiar desse tratamento esteja ou não lidando com o fim de suas vidas (REYMOND, 2018).

A assistência em CP deve ser ativa, contínua, integral, humanizada e interdisciplinar, priorizando o controle da dor, o conforto físico e emocional, o alívio dos sintomas e do sofrimento. Um dos objetivos dos cuidados nutricionais nessa fase é reduzir o impacto causado pela presença de sintomas, que podem influenciar negativamente a qualidade de vida. Tais condições alteram as atividades cotidianas, a ingestão alimentar e o estado nutricional, além de prejudicar as relações psicossociais e familiares (DOYLE, 2005).

A nutrição possui papel preventivo, buscando assegurar as necessidades nutricionais na tentativa de preservar o peso, a composição corporal e retardar o desenvolvimento da caquexia. Ela auxilia no controle de sintomas, a manutenção da hidratação satisfatória e atua ressignificando o alimento, possibilitando a redução da ansiedade, o aumento da autoestima e do prazer (ACREMAN, 2009).

Além disso, a nutrição nos CP tem como objetivos principais: reduzir os efeitos adversos provocados pelos tratamentos, como náusea, vômito, má absorção, diarreia, saciedade precoce, obstipação intestinal, xerostomia, disfagia; retardar a progressão da

síndrome anorexia-caquexia; auxiliar no controle de sintomas; manter a hidratação; e preservar o peso e a composição corporal, possibilitando meios e vias para alimentação (SARHILL, 2003).

Sintomas relacionados com o estado nutricional, tais como: anorexia, perda de peso, fadiga, disfagia, saciedade precoce e xerostomia, são prevalentes em pacientes com câncer avançado e mostraram-se significativos para o pior prognóstico (SARHILL, 2003). A presença de desnutrição aumenta nos estágios mais avançados da doença e varia conforme o método de avaliação adotado para o diagnóstico nutricional (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015). A desnutrição aumenta o risco de complicações e os custos hospitalares, constituindo um importante fator de risco para a progressão da doença e da mortalidade. Ela costuma apresentar-se também em crianças e adolescentes sob cuidados paliativos oncológicos (BRUERA, 1992).

Compete ao profissional nutricionista, para acompanhamento do paciente paliativo, o desenvolvimento das seguintes atividades (CONSELHO FEDERAL DE NUTRICIONISTAS, 2018):

- a) executar as orientações descritas neste capítulo da linha de cuidado, exercendo o julgamento técnico em sua aplicação e levando em consideração as padronizações de órgãos oficiais e sociedades de classe;
- b) realizar e registrar em prontuário a avaliação do estado nutricional e metabólico (história nutricional, avaliação dietética, exame físico, antropometria, avaliação bioquímica), incluindo elaboração do diagnóstico de nutrição, da prescrição dietética e a evolução nutricional com as alterações nutricionais e comportamentais observadas;
- c) elaborar a prescrição dietética, com base nas diretrizes do diagnóstico de nutrição, doenças associadas, respeitando a individualidade do paciente e considerando as interações drogas/nutrientes e nutriente/nutriente;
- d) elaborar receituário de prescrição dietética individualizada para distribuição aos pacientes;
- e) solicitar exames laboratoriais necessários à avaliação nutricional, à prescrição dietética e à evolução nutricional dos pacientes;
- f) promover ações de educação alimentar e nutricional para pacientes, familiares ou responsáveis/acompanhantes, incentivando a mudança de hábitos alimentares e de vida;
- g) prescrever suplementos nutricionais, bem como alimentos para fins especiais,

quando necessário. A prescrição da suplementação de vitaminas, minerais e demais nutrientes, deverá observar a individualidade de cada caso e as normas regulamentadoras estabelecidas pelo CFN e Agência Nacional de Vigilância Sanitária;

h) interagir com a equipe multiprofissional, definindo com esta, sempre que pertinente, os procedimentos complementares à prescrição, a fim de garantir a uniformidade do cuidado.

Em cuidados paliativos, o nutricionista desempenhará um papel fundamental, uma vez que, devido aos tratamentos ou à própria evolução da doença de base, os doentes experimentarão sintomas que afetarão não só a via de alimentação, mas também o apetite, a digestão, a absorção de nutrientes, e o ato de consumir e obter prazer através da alimentação (PINHO-REIS, 2012).

9.1 TRIAGEM E AVALIAÇÃO NUTRICIONAL NOS CUIDADOS PALIATIVOS

A triagem de risco nutricional e a avaliação da condição nutricional devem ser realizadas dentro das primeiras 48 horas da admissão. A triagem e a avaliação nutricional, realizadas com ferramentas adequadas, podem detectar pacientes em risco de desnutrição ou desnutridos, respectivamente. Elas identificam precocemente o risco de desnutrição e sinalizam os pacientes que terão benefícios com a intervenção nutricional precoce e especializada, podendo minimizar a perda de peso. O diagnóstico obtido pela avaliação nutricional deverá ser registrado no prontuário e, de preferência, sinalizado para a equipe (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015).

A avaliação nutricional em CP é uma medida importante com o objetivo de definir as ações necessárias, pautadas na segurança e nos valores individuais do paciente, cujo foco principal é melhorar a qualidade de vida, por meio do controle de sintomas associados ao consumo de alimentos, adiamento da perda de autonomia e manutenção da qualidade de vida (PINHO-REIS, 2012).

Quadro 9.1 - Frequência de avaliação do estado nutricional

Paciente adulto	Cuidados Paliativos	
	Paciente fora de possibilidade de cura atual	Paciente em cuidado ao fim da vida
Com que frequência realizar a avaliação e a reavaliação do estado nutricional?	Na admissão ou em até 48h após, podendo variar conforme a situação clínica e nutricional do paciente e a cada 7-15 dias ou conforme a demanda do paciente ou do familiar.	Diariamente ou sempre que for necessário, de acordo com a evolução da doença e o aparecimento ou o agravamento dos sintomas, desde que seja desejo do paciente e da família e que não traga angústia ou constrangimento com o diagnóstico realizado.
Quais pacientes devem ser avaliados?	Todos, respeitando sempre a vontade do paciente e do cuidador.	Todos, respeitando sempre a vontade do paciente e do cuidador.

Fonte: Consenso Brasileiro de Nutrição Oncológica da SBNO / Sociedade Brasileira de Nutrição Oncológica 2021.

Por meio da avaliação nutricional precoce, é possível estimar a magnitude da desnutrição, determinar a intervenção nutricional adequada e, conseqüentemente, melhorar ou manter o estado nutricional (PINHO-REIS, 2012). Por isso, deve ser realizada em todos os pacientes adultos em CP, no momento da internação hospitalar, na primeira consulta ambulatorial ou domiciliar, e repetida conforme condição clínica e expectativa de vida do paciente. Entre os métodos de avaliação nutricional (Quadro 9.1), não há padrão ouro, uma vez que todos possuem limitações e podem ser influenciados por fatores não nutricionais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015).

9.2 TERAPIA NUTRICIONAL NOS CUIDADOS PALIATIVOS

O suporte nutricional (SN) deverá possibilitar não só os meios e as vias de alimentação necessária como também o controle de sinais e sintomas, relacionados com a alimentação, sem esquecer todas as considerações éticas e o significado que a alimentação adquire para o doente e sua família em cuidados paliativos (ALMEIDA, 2020).

Após triar, avaliar o estado nutricional e estimar as necessidades nutricionais deve-se definir a via de oferta dos nutrientes (MANUAL ORIENTATIVO, 2014). A estratégia nutricional dos pacientes em cuidados paliativos deve ser baseada no prognóstico. Deve-se considerar estado nutricional, ingestão alimentar e expectativa de vida. A tomada de decisão deve ser sempre em conjunto com o paciente, família e a equipe multiprofissional (HORIE, 2019).

A dieta via oral (VO) será sempre preferencial, desde que o trato gastrointestinal (TGI) esteja íntegro e o paciente apresente condições clínicas para realizá-la e assim o deseje. O paciente sob CP não está necessariamente em processo ativo de morte e cabe ao profissional saber identificá-lo (Quadro 9.1). É importante ressaltar que todo o conjunto: pacientes, familiares e equipes sejam avaliados e não apenas um fator isoladamente (CÔRREA, P.H; SHIBUYA, E., 2007).

Quadro 9.2 - Métodos conforme estimativa de necessidades calóricas e recomendações proteicas e hídricas

Questão Paciente adulto	Resposta segundo a expectativa de vida		
	Maior que 90 dias	Igual ou menor que 90 dias	Cuidado ao fim da vida
Qual método deve ser utilizado para estimativa das necessidades calóricas?	<ul style="list-style-type: none"> - De 25 kcal/kg a 35kcal/kg ao dia; - Utilizar o peso atual, usual ou mais recente. 	<ul style="list-style-type: none"> - Utilizar o peso atual, usual ou mais recente; - Se necessário, ajustar a recomendação proteica do paciente de acordo com as comorbidades. 	<ul style="list-style-type: none"> - De acordo com a aceitação e a tolerância do paciente.
Quais as recomendações proteicas?	<ul style="list-style-type: none"> - De 1,0 g de proteína/kg a 1,5 g de proteína/kg ao dia; - Utilizar o peso atual, usual ou mais recente; - Se necessário, ajustar a recomendação proteica do paciente de acordo com as comorbidades. 	<ul style="list-style-type: none"> - De 1,0 g de proteína/kg a 1,5 g de proteína/kg ao dia; - Utilizar o peso atual, usual ou mais recente; - Se necessário, ajustar a recomendação proteica do paciente de acordo com as comorbidades. 	<ul style="list-style-type: none"> - De acordo Com a aceitação e a tolerância do paciente.
Quais as recomendações hídricas?	<ul style="list-style-type: none"> - Adulto: de 30 ml/kg a 35 ml/kg ao dia; - Idoso: 25 ml/kg ao dia. 	<ul style="list-style-type: none"> - Adulto: de 30 ml/kg a 35 ml/kg ao dia; - Idoso: 25 ml/kg ao dia. 	<ul style="list-style-type: none"> - De 500 ml a 1.000 ml ao dia; - A hidratação deve ser administrada de acordo com a tolerância e a sintomatologia do paciente.

Fonte: Consenso Nacional de Nutrição Oncológica 2015.

A necessidade hídrica basal é de 30 a 35 ml/kg/dia. Para o paciente idoso, é de 25 ml/kg/dia (Quadro 9.2), considerando que isso pode variar de acordo com a sintomatologia apresentada e a tolerância do paciente. A maioria dos pacientes em cuidados ao fim de vida

requer quantidades mínimas de água e alimento para saciar a fome e a sede. Nessa fase, a recomendação hídrica preconizada é de 500 a 1.000 ml/dia. Assim, a oferta de líquidos, nessa fase, deve restringir-se à aceitação e à sintomatologia do indivíduo (SOCIEDADE BRASILEIRA DE NUTRIÇÃO ONCOLÓGICA, 2021).

O trabalho multiprofissional é essencial para que o paciente tenha qualidade de vida e uma sobrevida digna. O nutricionista é um dos responsáveis por oferecer recursos e esclarecimento aos pacientes e seus familiares. É essencial, independentemente de qualquer conduta dietoterápica a ser realizada, respeitar a vontade do paciente.

9.2.1 Terapia nutricional nos últimos dias de vida

Maria Clara de Freitas Coelho

É importante que a equipe médica reconheça que um paciente atingiu a fase final da vida e estabeleça uma comunicação clara com o paciente e seus familiares sobre os objetivos da assistência nesta fase, orientando sobre o curso natural do processo de morte, priorizando o controle de sintomas e do bem-estar, além de fornecer apoio emocional em conjunto com a equipe multiprofissional. Nesta fase os pacientes frequentemente apresentam declínio funcional progressivo e piora da carga de sintomas, tais como fraqueza e confusão mental que, juntos, podem influenciar negativamente na qualidade de vida. Além disto, anorexia, dificuldade, incapacidade ou recusa de ingesta alimentar e hídrica, bem como a percepção da imagem corporal muitas vezes muito emagrecida, podem gerar sofrimento emocional adicional e significativo aos pacientes e seus familiares/ cuidadores.

Em algumas situações, mais comumente nos cuidados paliativos dos pacientes oncológicos, pacientes e cuidadores consideram que toda ingestão artificial, de alimentos e líquidos, seja benéfica, enquanto, os profissionais de saúde envolvidos conseguem enxergar os possíveis efeitos colaterais e riscos associados a esta prática. Para um adequado alinhamento de expectativas e condutas para esta etapa, a equipe multiprofissional composta por médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, psicólogos, terapeutas ocupacionais e assistentes sociais, entre outros, deve orientar adequadamente os pacientes e seus familiares sobre as perspectivas e evolução do quadro, acolhendo angústias, sentimentos e fornecendo orientações práticas relacionadas processo de óbito.

Pesquisa extensa da literatura sobre o manejo nutricional de pacientes em cuidado paliativo direciona para uma revisão sistemática da Biblioteca Cochrane (GOOD *et al.*, 2014),

que objetivou determinar a eficácia da nutrição medicamente assistida em pacientes em cuidados paliativos, para prolongar e/ou melhorar a qualidade de vida. A inexistência, por motivos óbvios, de ensaios clínicos randomizados, impede a definição clara de eventuais benefícios e malefícios deste tratamento.

O Ministério da Saúde, em seu Manual de Cuidados Paliativos (2023), sugere alguns ajustes de prescrição em fase final de vida e no que tange o suporte nutricional, realça que a dieta oral estará indicada apenas se for o desejo do paciente (dieta de conforto), desde que haja nível de consciência adequado para uma ingesta segura. Não há evidência de benefício clínico em se manter a dieta oral ou via sonda nasointestinal (SNE) para oferecer dieta neste contexto. A redução ou suspensão de dieta nos pacientes que já possuem SNE ou gastrostomia deve ser considerada devido aos riscos e desconfortos que a dieta poderá oferecer nesta etapa (por exemplo: gastroparesia contribuindo para náuseas, desconforto abdominal e maior risco de broncoaspiração) (HUI; DEV; BRUERA, 2015), mas a descontinuidade da terapia nutricional já implementada deve ponderar os desejos, crenças e valores do paciente e seus familiares e considerar os aspectos bioéticos envolvidos. Respeitar a vontade do paciente representa contribuir para seu conforto e qualidade de vida (Instituto Nacional do Câncer/Consenso Nacional de Nutrição Oncológica, 2015). O manejo da hidratação do paciente na fase final de vida, como parte do suporte nutricional, também enfrenta escassez de evidências de alta qualidade na literatura. A desidratação pode aumentar o sofrimento do paciente gerando sede e contribuindo com quadros de fadiga e delírios, entretanto, a hiper-hidratação iatrogênica pode agravar a retenção de líquidos com aumento de secreção brônquica, derrame pleural, ascite, edema periférico e não contribuem em termos de sobrevida (SOCIEDADE BRASILEIRA DE NUTRIÇÃO PARENTERAL E ENTERAL *et al.*, 2019).

Concluindo, a equipe multiprofissional deverá guiar as decisões que envolvem o manejo nutricional do paciente no processo ativo de morte com base em suas percepções sobre os desejos e anseios do paciente/ familiares, analisando cada caso de forma individualizada, ponderando aspectos éticos como autonomia, beneficência, não maleficência e justiça, nas tomadas de decisão que o contexto exige.

A hipodermóclise consiste na inserção de um cateter por via subcutânea para reposição de fluidos e administração de fármacos principalmente nos casos de indisponibilidade da rede endovenosa (LÚCIO, LEITE e RIGO, 2022). É considerada via alternativa para pacientes que estão em cuidados paliativos e para aqueles em extremos de idade, pois apresentam maiores fragilidades com a via endovenosa. A via subcutânea é de fácil acesso, de eficácia comprovada, pouco agressiva, com poucos efeitos secundários e confortável para o paciente (SANTOS, RIBEIRO e ALVES *et al.* 2021).

A hipodermóclise pode ser utilizada para administração de medicamentos e fluidos na hipoderme ou espaço subcutâneo, de forma contínua ou intermitente (BRUNO, 2015). Trata-se de uma prática simples, segura e com diversas indicações, dentre elas, a indisponibilidade da via oral, principalmente nos pacientes geriátricos e/ou em cuidados paliativos que encontram em fase final de vida, quando há necessidade de uma via alternativa para administração de fármacos. Nesta fase a hipodermóclise vem para oferecer qualidade de vida e conforto para o paciente. (SBGG, 2016)

As principais indicações de hipodermóclise são (SBGG/ANCP, 2016):

- dificuldade de acesso venoso, necessitando de punções repetidas;
- impossibilidade da ingestão de medicamentos por via oral devido a vômitos por períodos prolongados, intolerância gástrica, obstrução intestinal;
- demência avançada com disfagia;
- para reposição de líquidos, na desidratação leve e moderada;
- administração de medicamentos com absorção mais rápida do que a via oral. Por exemplo, nos sintomas como dor, vômito, delirium, convulsões, agitação, dispneia;
- controle farmacológico dos sinais e sintomas inerentes ao fim de vida;
- na sedação paliativa.

A utilização de hipodermóclise como via de administração de medicamentos e fluidos apresenta as seguintes vantagens:

- fácil inserção e manutenção do cateter;
- via parenteral mais acessível e confortável que a rede venosa;
- punção superficial, com baixo risco de atingir vasos sanguíneos e nervos;

- exige menor habilidade para executar a técnica com menor tempo para colocar o cateter, uma vez que requer menos tentativas de punção;
- baixo risco de eventos adversos e complicações sistêmicas;
- redução de flutuação de concentrações plasmáticas dos opioides;
- não necessita de salinização ou heparinização do sítio de inserção;
- apresenta boa tolerância em pacientes agitados, em idosos com delirium; ou demência;
- pode ser usada em qualquer ambiente de cuidado, inclusive em domicílio;
- baixo custo.

Dentre as desvantagens da técnica podemos citar (SBGG/ANCP, 2016):

- limitação na administração de algumas medicações e eletrólitos;
- limitação de volume a ser administrado;
- impossibilidade de infusão rápida de volume, por exemplo, nos casos de desidratação severa, choque, hemorragias ou cirurgias;
- a absorção pode ser variável (influenciada pela perfusão e vascularização).

São contraindicações da hipodermóclise (SBGG; ANCP, 2016):

- absolutas: recusa do paciente, anasarca, distúrbios de coagulação, necessidade de reposição rápida de volume, reposição de eletrólitos em pacientes com distúrbios eletrolíticos graves;
- relativas: caquexia, síndrome da veia cava superior, áreas com circulação linfática comprometida (após cirurgia ou radioterapia), áreas de infecção, inflamação ou ulceração cutânea, proximidades de articulação e proeminências ósseas (SBGG/ANCP, p.17,2016).

Quadro 10.1 - Compatibilidade de medicamentos via hipodermóclise

Nome	Dose	Diluição	Comentários
Medicamentos			
Ampicilina	1g/dia	SF 0,9% 50 mL	Tempo de infusão: 20 minutos
Cefepime	1g 12/12h ou 8/8h	Reconstituir 1g em 10ml de água destilada e diluir em SF 0,9% 100ml	Tempo de infusão: 40 minutos Não há estudos para doses maiores
Ceftriaxone	1g 12/12h	Reconstituir 1g em 10ml de água destilada e diluir em SF 0,9% 100ml	Tempo de infusão: 40 minutos

Clorpromazina	12,5 a 50mg a cada 4 ou 6h	Sem diluição	Idosos - começar com menor dose possível
Dexametasona	2-16mg a cada 24h	Diluir 1 ampola de dexametasona 1ml em SF 0,9% 1ml ou Diluir 1 ampola de dexametasona 2,5ml em SF 0,9% 2,5ml	Aplicação lenta Administração 1 ou 2 vezes ao dia, pela manhã. Sítio exclusivo devido a incompatibilidade com outros medicamentos e risco de irritação local
Diclofenaco	75-150 mg em 24h	SF 0,9% 30ml	Pode causar irritação local
Dimenidrinato	50-100mg em 24h	SF 0,9% 1ml	
Dipirona	1-2g até 6/6h	SF 0,9% 2ml	Aplicação lenta em <i>bolus</i>
Ertapenem	1g 24/24h	Reconstituir em 10ml de água destilada e diluir em 50ml de SF 0,9%	Tempo de infusão: 30 minutos. O protocolo original (Forestier, 2012) propõe alternativa de infusão em <i>bolus</i> com diluição de 1g de ertapenem em 3,2ml de lidocaína 1% (sem epinefrina)
Escopolamina	20mg 8/8h até 60mg 6/6h	SF 0,9% 1ml (<i>bolus</i>)	Infusão em <i>bolus</i> ou contínua Não confundir com a apresentação combinada com dipirona
Fenitoína	100mg 8/8h	SF 0,9% 100ml	Tempo de infusão: 40 minutos
Fenobarbital	100-600mg/24h	SF 0,9% 100ml	Tempo de infusão: 40 Minutos. Pode causar dor e irritação local – se necessário, infundir mais lentamente Sítio exclusivo
Fentanil	A critério médico	Diluir 4 ampolas de fentanil 50mcg/ml em SF 0,9% 210ml	Infusão contínua a critério médico
Furosemida	20-140mg/24h	SF 0,9% 2ml (<i>bolus</i>) ou volumes maiores (infusão contínua)	
Haloperidol	0,5-30mg/24h	SF 0,9% 5ml	Para idosos frágeis, começar com a menor dose possível. Se a solução preparada tiver concentração de haloperidol \geq

			1mg/ml, recomenda-se usar água destilada como diluente (risco de precipitação com SF 0,9%)
Levomepromazina	Até 25mg/dia	SF 0,9% 30ml	Fotossensível Infusão em <i>bolus</i> ou contínua Pode causar irritação local
Meropenem	500mg-1g 8/8h	SF 0,9% 100ml	Tempo de infusão: 40-60 minutos A solução é estável por 3h em temperatura ambiente após reconstituição ou por 15h sob refrigeração(Roberts <i>et al.</i> , 2009)
Metoclopramida	30-120mg/dia	SF 0,9% 2ml (<i>bolus</i>)	Pode causar irritação local
Midazolam	1-5mg (<i>bolus</i>) 10-120mg/ dia (infusão contínua)	SF 0,9% 5ml (<i>bolus</i>) SF 0,9% 100ml (infusão contínua)	Pode causar irritação local
Morfina	Dose inicial: 2-3mg 4/4h (<i>bolus</i>) ou 10-20mg/24h (infusão contínua)	Não requer diluição (<i>bolus</i>) SF 0,9% 100ml (infusão contínua)	Infusão em <i>bolus</i> ou contínua Não existe dose máxima Iniciar com a menor dose possível em pacientes muito idosos, frágeis ou com doença renal crônica O intervalo entre as aplicações pode ser aumentado em pacientes com insuficiência hepática ou renal
Octreotide	300-900mcg/24h em <i>bolus</i> ou infusão contínua	SF 0,9% 5ml (<i>bolus</i>) SF 0,9% 100ml (infusão contínua)	Armazenamento em refrigerador – deve atingir a temperatura ambiente antes da administração Sítio exclusivo
Olanzapina	5-10mg 8/8h		Experiência ainda limitada no Brasil
Omeprazol	40mg 24/24h	Usar o próprio diluente.	Infusão lenta em <i>bolus</i> . Dose única diária Não mesclar com outros medicamentos
Ondansetrona	8-32mg/24h	SF 0,9% 30ml	Tempo de infusão: 30 minutos (risco de prolongamento do intervalo QT)
Ranitidina	50-300mg/24h	SF 0,9% 2ml	

Sumatriptano	6-12mg/dia		Experiência ainda limitada no Brasil
Tramadol	100-600mg/24h	SF 0,9% 20ml (<i>bolus</i>) SF 0,9% 100mL (infusão contínua)	
Soluções			
Soro fisiológico 0,9%	Máximo 1500ml/24h por sítio	-	SF 0,45% segue as Mesmas recomendações Volume de infusão máximo de 62,5ml/h Coxa é preferencial para volumes maiores
Soro glicofisiológico (2/3 SG 5% + 1/3 SF 0,9%)	Máximo 1500ml/24h por sítio	-	Volume de infusão máximo de 62,5ml/h Coxa é preferencial para volumes maiores
Soro glicosado 5%	Máximo 1000ml/24h por sítio	-	Volume de infusão máximo de 62,5ml/h Coxa é preferencial para volumes maiores
NaCl 20%	10-20ml/24h	SF 0,9% ou SG 5% 1000ml	Sempre requer diluição
KCl 19,1%	10-15ml/24h	SF 0,9% ou SG 5% 1000ml	Sempre requer diluição

Fonte: SBGG, 2ª Edição (2017).

Verde: consenso na literatura e uso amplo em serviços de Cuidados Paliativos no Brasil;

Amarelo: divergências na literatura e uso em alguns serviços de Cuidados Paliativos no Brasil;

Vermelho: divergências na literatura e uso muito limitado no Brasil; SF: soro fisiológico; SG: soro glicosado.

Figura 10.1 - Tabela de compatibilidade entre medicamentos (mesmo acesso)

MEDICAMENTOS	Cefepime	Ceftriaxona	Clorpromazina	Dexametasona	Dipirona	Escopolamina	Fenobarbital	Furosemida	Haloperidol	Levomepromazina	Metoclopramida	Midazolam	Morfina	Octreotida	Ondansetrona	Ranitidina	Tramadol
Cefepime		○	○	✖	✖	●	✖	●	●	●	●	✖	●	●	●	✖	●
Ceftriaxona	○		✖	✖	✖	○	✖	●	✖	○	●	●	●	●	✖	✖	○
Clorpromazina	○	✖		✖	✖	○	✖	✖	●	○	●	●	●	●	○	●	○
Dexametasona	✖	✖	✖		✖	✖	✖	✖	✖	✖	✖	✖	✖	✖	✖	✖	✖
Dipirona	✖	✖	✖	✖		✖	✖	✖	✖	✖	✖	✖	✖	✖	✖	✖	✖
Escopolamina	●	○	○	✖	✖		✖	○	●	○	●	●	●	●	●	○	●
Fenobarbital	✖	✖	✖	✖	✖	✖		✖	✖	✖	✖	✖	✖	✖	✖	✖	✖
Furosemida	●	●	✖	✖	✖	○	✖		✖	○	✖	✖	✖	○	✖	○	○
Haloperidol	●	✖	●	✖	✖	●	✖	✖		●	●	●	●	○	○	✖	●
Levomepromazina	●	○	○	✖	✖	○	✖	○	●		●	●	●	○	○	✖	○
Metoclopramida	●	●	●	✖	✖	●	✖	✖	●	●		●	●	●	●	●	●
Midazolam	✖	●	●	✖	✖	●	✖	✖	●	●	●		●	○	●	✖	✖
Morfina	●	●	●	✖	✖	●	✖	✖	●	●	●	●		●	●	●	✖
Octreotida	●	●	●	✖	✖	●	✖	○	○	○	●	○	●		●	○	○
Ondansetrona	●	✖	○	✖	✖	●	✖	✖	○	○	●	●	●	●		○	○
Ranitidina	✖	✖	●	✖	✖	○	✖	○	✖	✖	●	✖	●	○	○		○
Tramadol	●	○	○	✖	✖	●	✖	○	●	○	●	✖	✖	○	○	○	

○: Não testado. ✖: Incompatível. ●: Compatível
 Fonte: SBGG, 2ª Edição (2017)

As complicações da hipodermóclise podem acontecer quando a técnica de punção, de diluição e administração de medicamentos não for respeitada. Dentre as complicações podemos citar: endurecimento, hematoma, sinais flogísticos, celulite, secreção purulenta e necrose. Todos os sinais de complicações devem ser acompanhados pela equipe médica e de enfermagem e o acesso deve ser retirado imediatamente. Nos casos de edema, calor, rubor ou dor persistentes, deve-se retirar o acesso e realizar uma nova punção a pelo menos 5 cm de distância. Se houver celulite, recomenda-se aplicar uma compressa gelada por 15 minutos, monitorar a curva térmica, comunicar a equipe médica para considerar o uso de antibióticos tópicos ou sistêmicos, e garantir acompanhamento diário por um enfermeiro. A presença de secreção purulenta requer a retirada do acesso, drenagem manual, limpeza com SF 0,9% e aplicação de clorexidina alcoólica 5%, além de um curativo oclusivo com troca a cada 24 horas, e possível uso de antibióticos, conforme orientação médica. Para endurecimento, deve-se retirar o acesso e realizar nova punção a pelo menos 5 cm de distância. Em pacientes com câncer avançado, o edema abdominal pode ser confundido com infiltração local. No caso de hematomas, recomenda-se a aplicação de polissulfato de mucopolissacarídeo, com massagem

local a cada 4 horas, e uma nova punção com cateter não-agulhado. Pacientes com risco de sangramento devem ser puncionados na região do flanco, entre a cicatriz umbilical e a crista ilíaca, devido à menor vascularização. Em casos de necrose, é necessário retirar o acesso, realizar curativos diários e avaliar a necessidade de debridamento com papaína ou hidrogel, com avaliação diária por profissional enfermeiro (SBGG, 2017) .

11 ÚLCERA TERMINAL DE KENNEDY

Alisson Rubson Alves

Ana Carolina Amaral de Castro Hadad

Desirée Mainart Braga

A Úlcera Terminal de Kennedy (UTK), fenômeno experimentado por pessoas que se aproximam do fim da vida, é uma lesão tecidual de início abrupto e de rápida evolução, que acomete pacientes críticos, debilitados e acamados. “Sua etiologia é desconhecida, embora associada a um problema de hipoperfusão sanguínea, secundária ao processo de morte, que faz com que a pressão exercida sobre a proeminência óssea produza lesões em período de tempo mais curto” (AFONSO, 2022, p. 284). A observação deste tipo de lesão ocorreu em 1983 pela enfermeira norte-americana Karen Lou Kennedy e foi descrita em 1989 em conferência do National Pressure Ulcer Advisory Panel (BIOSCA, 2016; BARRIOSO, 2019).

O processo de terminalidade pode prosseguir sem patologia específica detectável; o único órgão que dará a voz de alarme será a pele que cobre as proeminências ósseas, pois vai nos mostrar o efeito prejudicial da pressão por um período de tempo muito mais curto. Nesses casos, mesmo com uma boa contribuição nutricional e frequência das mudanças posturais a cada duas horas, pode ser inevitável o desenvolvimento da lesão [o que não exclui a necessidade de manutenção de todas as medidas de prevenção] (ARAGÃO *et al.*, 2022, p. 10 apud BACHERO, 2014, grifo nosso).

A diferença entre a UTK e os demais tipos de lesão por pressão (LP) está, portanto, no seu processo de evolução: é mais superficial no início, porém alcança maior profundidade quando comparada com as demais LP (AFONSO, 2022) e, além disso, “na UTK a deterioração da pele apresenta-se de progressão rápida, mesmo no decurso de um único dia” (ARAGÃO *et al.*, 2022, p.2 apud CARVALHO *et al.*, 2021). Importante citar, também, as principais características das UTK’s que possibilitam a sua identificação nos pacientes em cuidados paliativos (Quadro 11.1).

Quadro 11.1 – Características da Úlcera Terminal de Kennedy

Aparência inicial	Abrasão ou flictena
Forma	Pera, borboleta ou ferradura.
Cor	Varia com o desenvolvimento da lesão: vermelha, amarela, azul, roxa; podendo haver pontos pretos nas bordas irregulares (formato de borboleta e ferradura – Figura 11.1).
Local	Sacroccígea ou outras regiões, como calcâneos e panturrilha.
Bordas	Irregulares.
Aspecto do tecido	Endurecido.
Evolução	Rápida progressão, indicando a presença de terminalidade e anúncio de morte. Pode iniciar como úlcera de Grau II e rapidamente evoluir para úlcera de Grau IV – Figura 11.1).

Fonte: ARAGÃO *et al.*, (2022 apud MAIA, 2018; ROCA-BIOSCA *et al.*, 2016; MINER, 2009; REITZ, 2016; SCHANK, 2009; JAKOBSEN *et al.*, 2020); AFONSO (2022).

Figura 11.1 – Desenvolvimento e Evolução da UTK



Fonte: BIOSCA (2016).

A Úlcera Terminal de Kennedy “quando associada a outras manifestações clínicas, comuns da fase final de vida, pode ser considerada sinal prognóstico para as últimas horas ou dias do paciente” (BARRIOSO, 2019, p. 2). O tempo até o óbito após o diagnóstico de UTK pode variar de 05 horas a 05 meses, sendo mais comum, tempos inferiores a 24 horas (ARAGÃO *et al.*, 2022). Sobre este assunto, e de forma complementar, Barriosos (2019, p.2) traz a primeiras evidências científicas que foram divulgadas sobre as UTK em pesquisa realizada pela enfermeira Kennedy:

Apresentou um estudo retrospectivo de 5 anos com 500 pessoas que apresentavam lesões por pressão em relação a taxa de prevalência de lesões por pressão no serviço que trabalhava, descobrindo que pacientes desenvolviam lesões por pressão em sua instituição morriam dentro de 2 semanas ou poucos meses. E ainda cerca de 55,7% das pessoas com lesões por pressão e doença avançada morreram dentro de 6 semanas após o início.

Diante do exposto, vale pontuar que a UTK caracteriza “a necessidade da adequação do plano de cuidados para a realidade [do paciente], baseando-se nos cuidados paliativos” ARAGÃO *et al.*, (2022).

Através dessa caracterização, é perceptível a significância de uma assistência multiprofissional sistematizada, em conjunto com os familiares dos pacientes, com embasamento direcionado por um plano de cuidados individualizado, humanístico, e que tenha como principais objetivos o alívio de desconfortos físicos, emocionais e a prevenção de novas lesões (ARAGÃO *et al.*, 2022, p.11).

Ainda que o planejamento destas ações deve ser realizado no âmbito individual, ou seja, adaptado para cada paciente, é possível citar algumas intervenções que irão se aplicar a todo e qualquer paciente em CP com diagnóstico de UTK (Quadro 11.2). “Não há prognóstico de cicatrização ou remissão para este tipo de lesão. No entanto, pode ser um convite aos familiares e pessoas do convívio do paciente a estarem presentes e se despedirem aos poucos de seu ente querido” (BARRIOSO, 2019, p.3).

Quadro 11.2 – Principais ações da assistência aos pacientes com UTK

<ul style="list-style-type: none">• Reunir-se com familiares e principais cuidadores e orientá-los acerca do comprometimento cutâneo nos casos do adoecimento crítico, e esclarecer que apesar da continuidade de cuidados, existe o potencial para o aparecimento de UTK.
<ul style="list-style-type: none">• Esclarecer, juntamente com a equipe multidisciplinar, acerca dos cuidados paliativos.
<ul style="list-style-type: none">• Planejar ações assistências com enfoque na prevenção de complicações decorrentes da UTK.
<ul style="list-style-type: none">• Realizar as mudanças de decúbito no leito a cada 2 horas.
<ul style="list-style-type: none">• Monitorar a evolução da lesão e estabelecer plano de cuidados conforme o julgamento clínico profissional e científico, considerando as características específicas do indivíduo avaliado.
<ul style="list-style-type: none">• Estabelecer ações de prevenção antecipando-se às potenciais complicações que possam provocar dor e desconforto ao paciente em cuidados paliativos, acometidos por UTK.

Fonte: Adaptado de Barriosos (2019).

Por fim, é importante pontuar que todas as condutas terapêuticas realizadas durante o cuidado do paciente em CP (controle da dor, conforto, mudança de decúbito para alívio da pressão capilar) possibilitam uma morte mais digna e favorece maior apoio aos familiares (AFONSO, 2022).

12 CHOOSING WISELEY: O QUE NÃO FAZER EM CUIDADOS PALIATIVOS

Guilherme Donini Armiato

“Qual a responsabilidade ética dos profissionais da saúde em questionar a efetividade de ações comumente realizadas?” (BARRIOSO, 2019).

À luz deste questionamento, foi lançada, em 2012, pela *American Board of Internal Medicine* (ABIM), a campanha *Choosing Wisely* (CW), que teve por objetivo “conscientizar profissionais da saúde - independente da área de atuação e especialidade - a reconsiderar certas condutas acerca da utilização exagerada ou imprópria de recursos médicos, questionando assim a eficácia de uma série de procedimentos” (ACTMED, 2023, p.1).

A *Choosing Wisely* foi uma iniciativa criada, a princípio, para auxiliar o profissional médico na tomada de decisões sábias em saúde e no engajamento dos pacientes em diálogos sobre intervenções excessivas (CWB, 2023). No entanto, devido a sua disseminação e boa aceitação pelos serviços de saúde a prática foi aderida por outras categorias profissionais.

A base de trabalho da CW é a elaboração de listas com recomendações, baseadas na melhor evidência científica disponível, realizadas por profissionais de saúde renomados, com visão centrada no paciente e com foco em qualidade e segurança (CWB, 2023). No contexto dos cuidados paliativos, foi elaborada pela Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG), uma lista com 05 recomendações de condutas para pacientes no final de vida (Anexo I):

- não indique alimentação artificial no contexto da terminalidade;
- não indique intubação orotraqueal como medida de conforto para tratar dispneia ao final da vida;
- não prescreva infusão de líquidos por via parenteral como medida de conforto para pacientes em processo de morrer;
- não promova controle glicêmico rigoroso em idoso em final de vida;
- não institua medidas de suporte avançado de vida em pessoas com doenças incuráveis sem ter conversado previamente sobre seus valores e preferências.

Ademais, vale pontuar que estas recomendações não visam estabelecer decisões ou excluir práticas, mas, sim, fomentar o debate acerca das melhores condutas a serem realizadas.

13 COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS

Ana Carolina de Castro Amaral Hadad
Camila de Andrade Oliveira Desirée Mainart Braga

A comunicação em saúde é entendida como prática que advém da interação entre os profissionais de saúde e destes com os pacientes, expressa por meio da fala, da escrita, de comportamentos gestuais e pelo toque (CORIOLANO-MARINUS *et al.* apud CARVALHO, 2007, p.2).

A comunicação de más notícias “carrega ambivalência que afeta tanto o doente quanto o profissional de saúde. Requer, portanto, manejo assertivo em processo que utilize recursos de enfrentamento saudáveis e adaptativos, viabilizando a troca de informações entre profissionais, pacientes e familiares” (LIMA *et al.*, 2019 apud MELLO, 2013; SALTZ, 2014, p.2). “Uma má notícia é qualquer informação que altera drasticamente a perspectiva que uma pessoa tem sobre seu futuro” (MAIELLO *et al.*, 2020 apud BAILE *et al.*, 2000).

Muitos profissionais de saúde se perguntam se devem ou não informar ao paciente sua atual condição, porém o correto a se pensar é “como devo informá-lo?”. E, para isto, a utilização de recursos e de estratégias que garantam uma boa comunicação deve ser utilizada, pois além de auxiliar estes profissionais a sanar esta dificuldade (ANCP, 2012) “influencia na resposta emocional da pessoa que recebe a notícia e na sua perspectiva de futuro” (MAIELLO *et al.*, 2020 apud BERTACHINI, 2011, p.81). Além disso,

Quanto ao desejo de ter a informação, alguns autores salientam que estudos em vários países do mundo já verificaram que, de uma forma geral, a maioria das pessoas manifestou o desejo de saber corretamente o diagnóstico caso viessem a desenvolver uma doença grave [...] Privar uma pessoa do conhecimento sobre os processos de sua doença é violá-la de seus direitos; se engana o paciente para evitar que ele se deprima, mas rapidamente a esperança inicial será suplantada pela desesperança produzida pelo “engano” (traição), que conduz a um estado de perda de confiança em seu médico (SILVA, 2008 apud PINTO, 1996; SILVA, 2005; STUART, 2001, p.36, grifo nosso).

Dentre os recursos e estratégias a serem utilizados pelos profissionais de saúde serão descritas no Quadro 13.1 abaixo, as 05 principais medidas adotadas pela Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP). Além disso, é importante citar as premissas básicas para uma boa comunicação (MAIELLO *et al.*, 2020), que envolvem:

- identificar-se ao paciente (nome e profissão);
- ter clareza quanto ao objetivo da comunicação (diagnóstico, prognóstico, falha ou limitação terapêutica, comunicação de óbito);

- reunir informações necessárias (resultado de exames, parecer da equipe, entre outros);
- comunicar-se de forma empática, mantendo contato visual e com o tom de voz calmo (anexo II: exemplos de frases para uma comunicação empática);
- atentar para a comunicação não verbal (observar como a mensagem está sendo processada pelo paciente).

Quadro 13.1 – Estratégias de comunicação

1. Se prepare para falar	<ul style="list-style-type: none"> ○ estar tranquilo e ter tempo disponível. ○ escolher o local da conversa e prezar pela privacidade do paciente. ○ utilizar linguagem simples e clara, evitando termos técnicos.
2. Compreenda o que paciente sabe e o que quer saber sobre sua situação	<ul style="list-style-type: none"> ○ entender o que o paciente deseja e suporta saber naquele momento. ○ ser sincero e fazer perguntas como: o que você sabe e o que você quer saber sobre sua doença? ○ atentar-se aos sinais de ansiedade e tristeza. ○ ouvir bem as perguntas e preocupações do paciente e de familiares.
3. Informe a situação	<ul style="list-style-type: none"> ○ dar a informação de forma gradual. ○ seja claro e respeite o tempo do paciente, use o toque afetivo para se aproximar do paciente. ○ demonstrar solidariedade e compaixão.
4. Acolha os sentimentos	<ul style="list-style-type: none"> ○ estar junto com o paciente e permitir que o mesmo expresse seus sentimentos. ○ transmitir afeto, cuidado e companheirismo. ○ respeitar preferências pessoais e culturais do paciente.
5. Dê continuidade e mostre a estratégia terapêutica.	<ul style="list-style-type: none"> ○ esclarecer sobre o tratamento e sintomas. ○ elaborar plano de cuidados onde o paciente possa participar dos próximos passos. ○ oferecer a possibilidade de novos encontros para esclarecimento de dúvidas.

Fonte: ANCP (2021); MAIELLO *et al.* (2020).

O protocolo SPIKES (Quadro 13.2) também pode ser um instrumento utilizado para auxiliar a comunicação de notícias difíceis. A partir de seu uso é possível colher informações cuidadosas do paciente, transmitir informações médicas, fornecer apoio ao paciente e traçar estratégias para o futuro (Baile, 2000).

Quadro 13.2 – SPIKES – Adaptado de Baile *et al.*, 2000

S - setting up the interview	Estudar o caso, planejar mentalmente a comunicação e se preparar para a entrevista. Considerar o uso de uma sala reservada e confortável e, se for do desejo do paciente, a presença de pessoas de sua confiança.
P - assessing the patient's Perception	Avaliar o conhecimento prévio do paciente sobre seu quadro e avaliar o grau de informação almejado.
I - obtain the patient's invitation	Convidar o paciente ao diálogo, esclarecer os detalhes e dúvidas.
K - giving Knowledge and information to the patient	Transmitir a informação.
E - adressisng the patient's Emotions with empathic responses	Aguardar resposta emocional de maneira empática.
S - strategy and summary	Resumir a reunião, deixando clara a percepção do paciente/família e traçar o plano de cuidado.

Fonte: Adaptado de Baile et at, 2000.

14 DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE

Janine Madureira Rodrigues
Mayara Leisly Lopes Rocha Fonseca

As diretivas antecipadas de vontade (DAV) constituem o direito de as pessoas decidirem a respeito da submissão ou não a futuros procedimentos médicos (CARVALHO, 2008). Enquanto prática surgiu nos Estados Unidos, na década de 1960, e constitui gênero de documentos para manifestação de vontade sobre os cuidados e tratamentos médicos no fim da vida. São constituídos por dois tipos formais: o testamento vital (TV) e o mandato duradouro (MD) (MONTEIRO E SILVA, 2019).

O TV é um documento redigido por pessoas que possuem maioridade civil (18 anos ou mais), com autonomia e capacidade de decisão preservadas acerca da tomada de decisões referentes ao tratamento médico que deseja ou não receber no futuro, no caso de doença incurável, quando não tiverem mais condições para tomada desta decisão. Geralmente é registrado em cartório (MONTEIRO E SILVA, 2019; SILVA PIRÔPO *et al.*, 2018).

O MD é a nomeação de uma pessoa como representante legal para ser consultada, pelo profissional médico, sempre que necessário, para tomada de decisões sobre cuidados médicos ou esclarecimento de dúvidas sobre o TV, quando esta pessoa não tiver mais autonomia e capacidade de decisão (MONTEIRO E SILVA, 2019).

As DAV são necessárias e imprescindíveis, tanto como instrumento de respeito à preservação da autonomia do indivíduo quanto política pública de saúde. Neste último caso, a dignidade humana, enquanto valor público se sobrepõe aos interesses institucionais. “As diretivas antecipadas do paciente prevalecerão sobre qualquer outro parecer não médico, inclusive sobre os desejos dos familiares” (CFM, 2012, p.1).

Partindo-se da premissa de que a morte é a etapa final da vida, e, portanto, parte dela, o direito à uma morte digna é garantida pelo princípio da dignidade da vida humana. Isto posto, a DAV é tida como instrumento que materializa o “direito do paciente recusar abuso ou excesso terapêutico” (CARVALHO, 2008, p. 620).

As DAV devem ser registradas no prontuário do paciente, para que toda equipe responsável pelo seu cuidado tenha acesso. Este registro deve ser realizado pelo médico e não carece de testemunhas ou registro em cartório. Sua validade é permanente ou até que o autor as revogue, podendo, ainda, ser revisada a qualquer momento (D’ALESSANDRO, PIRES, FORTE *et al.*, 2020).

No Brasil, as DAV foram regulamentadas pela Resolução do Conselho Federal de

Medicina (CFM) nº 1995 de 09 de agosto de 2012, considerando a necessidade e inexistência de regulamentação no contexto da ética médica brasileira. Entre os conceitos e diretrizes já abordados, a Resolução traz, ainda, as seguintes orientações:

O médico deixará de levar em consideração as diretivas antecipadas de vontade do paciente ou representante legal, caso em sua análise, as mesmas estejam em desacordo com o Código de Ética Médico (CFM, 2012, p1.)

Não sendo conhecidas as diretivas antecipadas do paciente, não existindo um representante legal e havendo desacordos entre familiares, o médico deverá recorrer ao Comitê de Bioética da Instituição ou, na falta deste, à Comissão de Ética Médica do hospital ou ainda ao Conselho Regional e Federal de Medicina para fundamentar sua decisão sobre os conflitos éticos existentes (CFM, 2012, p1.).

Vale pontuar, por fim, que a DAV é comumente utilizada por pacientes idosos e/ou acometidos por enfermidades graves, todavia esta prática poderia ser expandida para todo e qualquer paciente adulto, auxiliando na tomada de decisões de casos complexos de doenças agudas (THOPSON, 2015 apud D´ALESSANDRO, PIRES, FORTE *et al.*, 2020). E, além disso, deve ser vista como ferramenta de apoio aos profissionais de saúde para a condução do cuidado ao paciente e, principalmente, como instrumento que garanta uma morte digna.

15 ESPIRITUALIDADE E CUIDADOS PALIATIVOS

Cristiane Nascimento Lima

A relação entre espiritualidade e cuidados paliativos tem sido reconhecida como uma dimensão fundamental no tratamento holístico de pacientes em situações de terminalidade. De acordo com a OMS, o cuidado espiritual é prática essencial para a assistência paliativa. A espiritualidade é entendida como essencial no cuidado total do paciente, a partir dos novos conceitos de saúde que contempla o físico, emocional, social e espiritual do sujeito. No Brasil, os estudos sobre espiritualidade e CP são recentes e vêm crescendo à medida que cresce esse tipo de assistência no país (ESPERANDIO e LEGET, 2020).

Nesse contexto, muitas vezes a espiritualidade é confundida com religião. Contudo, os termos são distintos, pois um pode abranger o outro, sendo a espiritualidade um conceito mais amplo do que a religião. Pessini e Bertachini (2011) trazem no conceito cunhado por Leonardo Boff, a noção de que a espiritualidade está mais ligada à experiência do que ao dogma, sendo que a espiritualidade pode conter religiosidade, mas nunca se igualar. É como se a religião fosse a água encanada e a espiritualidade a fonte cristalina de onde toda água jorra.

De acordo com Bertachini e Pessini (2010), religião está ligada ao conceito de religare, de ser elo entre as coisas. Há sempre mensagens de salvação, que buscam responder algumas das angústias e sofrimentos humanos. Todas oferecem um caminho parecido para a salvação, através do comportamento e dos modelos de grandes mestres para serem seguidos. A isso também se associa os ensinamentos, dogmas, rituais e orações e a aceitação de alguma forma de realidade metafísica ou sobrenatural. “A religião codifica uma experiência de Deus e dá forma de poder religioso, doutrinário, moral e ritual ao longo de sua expressão histórica” (PESSINI E BERTACHINI, 2011).

Por outro lado, a espiritualidade traz a noção da profunda conexão com o cosmos,

Considero que espiritualidade esteja relacionada com aquelas qualidades do espírito humano, tais como amor e compaixão, paciência e tolerância, capacidade de perdoar, contentamento, noção de conflitos bioéticos do viver e do morrer, responsabilidade, noção de harmonia – que trazem felicidade tanto para a própria pessoa quanto para os outros (Dalai Lama apud Pessini e Bertachini, 2011, p.28).

Em sua revisão, Evangelista *et al.* (2016), desenham o conceito de espiritualidade como sendo multidimensional e abrangendo a busca pelo significado da vida, podendo estar relacionada com Deus ou uma força superior. É um componente que auxilia a ter mais

confiança em si, a perdoar, amar e transcender o sofrimento.

Já Puchalsk *et al.* (2011), conceitaram espiritualidade como a busca de significado e expressão da conexão consigo mesmo, com os outros, com a natureza e com o significado de sagrado.

Arrieira *et al.* (2017) abordam a espiritualidade através do conceito de fé, que é entendida como seu mais importante componente e tem sido referenciada como fator que contribui para melhora dos sintomas físicos e psicológicos do paciente, confirmando o olhar para o ser humano em sua pluralidade.

A espiritualidade possibilita que o paciente se sinta acolhido e consiga enfrentar a doença, por meio da reflexão sobre a vida e alívio das dores, além de proporcionar forças para enfrentar a idéia de finitude da vida (CRIZE *et al.*, 2018).

Evangelista *et al.* (2016), retratam a espiritualidade como um recurso que o paciente tem para compreender a si mesmo como ser humano, para lidar com o próprio sofrimento e a finitude. Barbosa *et al.* (2017) referem-se ao termo como busca pelo sentido, que transcende o sofrimento, sendo subjetivo e diferente para cada indivíduo.

Estudos também indicam a influência desta dimensão no alívio da dor. Enquanto proporciona um melhor enfrentamento da evolução da doença, também dá suporte para encarar o tratamento, o alívio do sofrimento e também da dor (FERREIRA E FORNAZARI, 2010). Evangelista *et al.* (2016) demonstram também em seu estudo que a espiritualidade e a religiosidade podem ser benéficas na diminuição da percepção dolorosa, podendo este fator estar associado a uma maior eficiência do sistema hipotálamo-pituitária-adrenal, que também responde pelo movimento da ansiedade e estresse no organismo.

Além disso, a espiritualidade enquanto componente ativo no tratamento de pacientes em cuidados paliativos também aborda a dimensão familiar. Para Barbosa *et al.* (2017), a intensificação do sofrimento pode influenciar além do doente, toda a qualidade de vida da família e principalmente a do cuidador mais próximo.

A família que vivencia a doença terminal de um dos seus membros passa a ter reações diversas, concernentes ao luto como negação, irritação, não aceitação, além da angústia da impotência frente à morte. Segundo Bouso *et al.* (2011), o nível de compreensão da família sobre o significado da doença faz com que o enfrentamento seja mais fácil ou mais desafiador. Quando existe uma assistência espiritual, a família pode atribuir a outrem a causa da enfermidade, eliminando a responsabilidade em relação à doença e podendo seguir em frente. Torna-se mais possível lidar com o estresse da situação vivida de forma mais saudável

(BOUSO *et al.*, 2011).

A espiritualidade também vai apoiar a família na relação com o luto, em que tanto o paciente quanto a família estarão vivendo conflitos de natureza existencial, podendo abalar suas crenças e valores e exercer forte influência no processo de morrer (BARBOSA *et al.*, 2017).

Um outro fator a ser abordado no trabalho com cuidados paliativos, é a espiritualidade da equipe que atende o paciente.

Em se tratando da espiritualidade dos profissionais que trabalham com cuidados paliativos, sabe-se que esta é muito importante e coopera para a realização cotidiana de seu trabalho, além de contribuir para a qualidade do cuidado prestado. O exercício da espiritualidade, ao tornar os profissionais mais sensíveis às necessidades dos pacientes, viabiliza um modelo de cuidado mais abrangente e humanizado (Arrieira *et al.*, 2018, p. 2).

Nesse estudo Arrieira *et al.* (2018) trazem a angústia dos profissionais que lidam com as doenças ameaçadoras da vida sem uma formação que os capacite para abordar essa dimensão espiritual, acabando muitas vezes por ser negada, já que não se identificam com quem poderia oferecer tais cuidados. Também aqui, Arrieira *et al.* (2018) fazem uma pontuação sobre a dificuldade de entendimento dos profissionais da saúde de perceber e abordar a espiritualidade como integrante do processo de morrer, já a morte foi completamente retirada do currículo da maioria das formações da área da saúde no Brasil.

Faz-se necessário, portanto, compreender e implementar modelos de abordagem à assistência espiritual em cuidados paliativos e incentivar que profissionais busquem sentido para a própria espiritualidade, já que os estudos apontam para esta como facilitadora de processos estressantes e também como parte do cuidado integral do paciente (ARRIEIRA *et al.*, 2018).

Isso posto, oferecer ao paciente assistência espiritual como forma de cuidado integral contribui para uma terminalidade mais digna, para a vivência do luto mais sadia e para a compreensão da dimensão espiritual como sendo parte importante senão essencial para pessoas que estejam envolvidas com a finitude, sejam elas pacientes, familiares ou profissionais que lidam com Cuidados Paliativos.

16 ASSISTÊNCIA AOS ENLUTADOS NOS CUIDADOS PALIATIVOS

Lucas Henrique de Carvalho

"O luto é uma forma cruel de aprendizado. Você aprende como ele pode ser pouco suave, raivoso. Aprende como os pêsames podem soar rasos. Aprende quanto do luto tem a ver com palavras, com a derrota das palavras e com a busca das palavras." (ADICHIE, 2021, p. 14)

A assistência dos cuidados paliativos (CP) prevê a atenção aos pacientes com doenças que ameaçam a continuidade da vida, desde o diagnóstico até o óbito, assim como para seus familiares ao longo de todo o curso da doença e também no processo de luto (WORLD HEALTH ORGANIZATION [WHO], 2018). Esta última atividade implica na necessidade dos profissionais de saúde compreenderem o fenômeno do luto do ponto de vista teórico para fundamentarem o acolhimento e as intervenções terapêuticas aos enlutados. Este capítulo pretende elucidar esses dois pontos tão fundamentais.

16.1 O PROCESSO DE LUTO

O luto foi estudado por inúmeros pesquisadores e teóricos, gerando vários modelos que explicam a vivência desse processo e suas implicações clínicas. Os estudos de Parkes citados por Franco (2021) revelam que a partir do século XVII, iniciou-se a difusão da idéia do luto como uma patologia, mas séculos depois o foco das pesquisas se repartiu em dois caminhos: reconhecendo o luto como uma vivência de uma perda, que requer uma adaptação do sujeito com a nova realidade; e o luto como responsável por um sofrimento psíquico importante, exigindo uma atenção maior e a identificação de fatores de risco e proteção para o desenvolvimento dessa dor.

A premissa conceitual compreende o luto como um processo desencadeado por um rompimento de um vínculo, sucedido de uma perda de alguém ou algo que ocupa um lugar significativo na vida da pessoa. Tal processo é natural e, apesar de nuances culturais e sociais implicarem em similaridades na forma como se vivencia o luto, a experiência também apresenta uma singularidade decorrente da história individual de cada um e da especificidade daquele vínculo que foi rompido. A perda atinge o sujeito de uma forma global, interferindo seus processos cognitivos, seu estado emocional, sua dimensão espiritual, suas relações sociais, além da parte física (Franco, 2021).

Essas manifestações foram listadas por Maria Helena Pereira Franco, uma das principais referências dos estudos sobre luto no Brasil e, aqui, foi sistematizada no quadro 16.1.

Quadro 16.1 - Repercussões do luto

DIMENSÃO	REPERCUSSÕES
Cognitiva	Confusão, desorganização, falta de concentração, desorientação e negação.
Emocional	Choque, entorpecimento, raiva, sentimento de culpa, alívio, depressão, irritabilidade, solidão, saudade, descrença, tristeza, negação, ansiedade, confusão e medo.
Física	Alterações no apetite e no sono, dispnéia, palpitações cardíacas, exaustão, diminuição ou perda do interesse sexual, alterações no peso, dor de cabeça, choro e mudanças do funcionamento intestinal.
Espiritual	Sonhos com o falecido, perda ou aumento da fé, raiva de Deus ou de qualquer representação de um poder religioso superior, sentimento de dor espiritual, questionamento de valores, sensação de ser traído por Deus, desapontamento com membros da igreja.
Social / Cultural	Perda da identidade, afastamento de pessoas significativas, isolamento, falta de interação e perda da capacidade de se relacionar socialmente.

Fonte: Franco (2021, p. 60)

Worden (2013), outro importante teórico da área, explica que foi muito difundida a teoria de Parkes que entende o processo do luto dividido em fases. Na primeira delas, do torpor, o sujeito nega a realidade da morte, ocorrendo, geralmente, no período logo após a perda. A saudade se apresenta na segunda fase, manifestada pelo desejo de retorno da pessoa falecida e negação da realidade permanente da perda, além de um acentuado sentimento de raiva. Já na fase três, da desorganização e desespero, o enlutado apresenta dificuldades para exercer suas funções cotidianas. E a última fase é a da reorganização, na qual o sujeito dá continuidade à vida, lidando melhor com a ausência da pessoa falecida.

Outro nome muito relevante nos estudos de morte e luto foi a psiquiatra Elizabeth Kübler Ross, que ao acompanhar muitas pessoas no final de vida e seus familiares, identificou nas suas experiências a vivência dos seguintes estágios: negação e isolamento, raiva, barganha, depressão, aceitação. Para a autora, esses estágios têm “duração variável, um substituirá o outro ou se encontrarão, às vezes, lado a lado” (KÜBLER-ROSS, 2017, p. 143). Franco (2021) alerta para o fato de que a experiência clínica e estudos posteriores mostram que a descrição das fases ajuda a compreender a vivência dos enlutados, mas essas não podem ser interpretadas como um caminho linear que todas pessoas precisam percorrer durante o luto.

Por outro lado, Worden (2013) apresenta um modelo teórico que rompe com a ideia de fases e passa a entender o processo de luto dotado de tarefas. Nessa perspectiva, o indivíduo enlutado é colocado no centro da ação, já que as tarefas exigem uma postura ativa para enfrentar e lidar com a perda. O autor dividiu em quatro tarefas, de forma didática, mas enfatizando que elas podem acontecer simultaneamente:

Tarefa 1 - Aceitar a realidade da perda, que envolve um processamento intelectual e emocional. Antes de efetivá-lo, é comum que a pessoa reaja com várias formas de negação, podendo ser por uma leve distorção da realidade ou, até mesmo, construções delirantes. Os rituais fúnebres são recursos relevantes para auxiliar nessa tarefa.

Tarefa 2 - Processar a dor do luto, que está relacionada principalmente às dimensões emocional e física. Quando essa tarefa se ausenta do processo, deve-se a supressão de sentimentos da pessoa de forma a evitar o contato com a dor. No entanto, raiva, tristeza, ansiedade, culpa e solidão são sentimentos naturais de serem vivenciados no momento e precisam ser sentidos, expressados e processados. O suporte psicoterapêutico nesse momento pode ser um importante aliado.

Tarefa 3 - Ajustar-se a um mundo sem a pessoa morta, que afeta diretamente os aspectos emocionais, espirituais e sociais. O enlutado precisa lidar com a lacuna no ambiente, escancarada pela ausência da pessoa morta, a qual ocupava um lugar com funções e papéis que já não são mais ocupados por alguém. A busca por um sentido e explicação da morte também atinge o indivíduo enlutado nesse momento, interferindo nos seus valores e crenças. E a mudança na própria identidade, agora contemplando um aspecto de alguém enlutado, influi na autoimagem e nos sentimentos.

Tarefa 4 - Encontrar conexão duradoura com a pessoa morta em meio ao início de uma nova vida. Nessa tarefa, o enlutado busca um lugar, na sua vida emocional, para a pessoa que faleceu ocupar, além de, aos poucos, abrir-se para novas relações e afetos. Quando isso não ocorre, o indivíduo tende a interromper a própria vida, demonstrando uma dificuldade de seguir em frente e sentindo que a vida ficou estancada desde a perda.

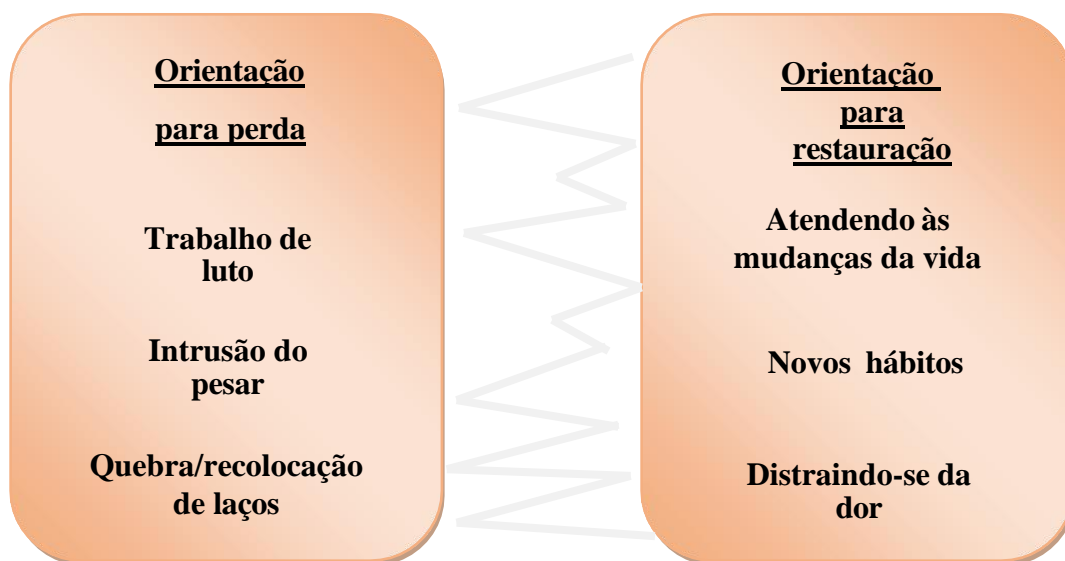
Esta última tarefa citada tem forte influência da teoria freudiana sobre luto, que mostra que as pessoas despendem afeto aos objetos de amor, apreendendo no seu próprio aparelho psíquico parte daquele objeto. E quando se perde esse objeto - seja por morte ou por outro fator - há um descompasso entre aquela presença interna que continua existindo e, em contrapartida, na realidade externa a ausência se faz real. Essa constatação, na realidade factual, provoca um intenso sofrimento, acompanhado de desinteresse, tristeza e dificuldade

de direcionar a libido para novos objetos. É de forma gradual e lenta que esse desligamento afetivo vai se consolidando e dando abertura para novos investimentos e vínculos (FREUD, 1996). Mas, em uma carta de anos depois, Freud sinalizou:

Embora saibamos que depois de tal perda a fase aguda do luto diminuirá, também sabemos que permaneceremos inconsoláveis e nunca encontraremos um substituto, não importa o que possa preencher a lacuna. E, na verdade, é assim que deve ser. É a única maneira de perpetuar aquele amor que não desejamos renunciar. (FREUD, 1960, apud BERZOFF, 2011, p. 265, tradução nossa)

Outro modelo de compreensão do luto, um dos mais utilizados na literatura científica, é o modelo do processo dual do luto (Figura 16.1). A dualidade do processo envolve uma oscilação do indivíduo enlutado entre dois pólos de enfrentamento do luto: um orientado para a perda e o outro para a restauração, conforme a imagem a seguir:

Figura 16.1 - Modelo do processo dual do luto.



Fonte: Traduzido e adaptado de Stroebe & Schut (1999, p.213)

A idéia do esquema é de que a pessoa, entre idas e vindas, enfrenta manifestações de cada uma das dimensões. Isso confere ao processo a possibilidade de sentir, visitar, revisitar e ressignificar a perda e o vínculo com a pessoa que faleceu. As observações clínicas demonstram essa realidade que se difere totalmente da ideia de fases do luto.

16.2 LUTO EM CUIDADOS PALIATIVOS

Em 1944, surgiu pela primeira vez o termo luto antecipatório, no cenário de guerra, para tentar explicar o sofrimento das esposas e de outros entes queridos dos soldados, ao anteciparem a dor da perda incitada pela quase certeza de que eles morreriam nos combates. O fenômeno semelhante foi observado nos contextos de adoecimento, em que, principalmente nos casos de morte iminente, as pessoas próximas ao enfermo apresentavam respostas do luto antes mesmo da morte se concretizar (WORDEN, 2013).

Pode-se perceber que esse conceito promoveu uma ampliação da compreensão de luto. Deixando de ser apenas uma reação após o óbito, mas também se aplicando a outras perdas impostas pelo adoecimento, como a perda da funcionalidade, das condições de vida prévias à doença e de planos e sonhos pessoais e familiares. Quando o paciente e família vivenciam essa realidade de perdas no luto antecipatório, entra em cena a possibilidade de realização de desejos, despedidas, diálogos francos, pedidos de perdão, resolução de pendências e, conseqüentemente, construção de novos sentidos existenciais e identidades (BRAZ & FRANCO, 2017).

Nesse sentido, conforme mostra Franco (2008), a equipe de cuidados paliativos precisa estar atenta para colaborar no enfrentamento da situação levando em consideração os fatores facilitadores, tais como uma comunicação compassiva e honesta sobre o ciclo da doença e sintomas, mobilização de redes de apoio formal ou informal. Por outro lado, existem fatores complicadores, que por vezes são difíceis de serem manejados, como os padrões disfuncionais de relacionamento entre familiares, recursos socioeconômicos escassos, crises familiares e doenças estigmatizadas, desafiando a criatividade das intervenções terapêuticas da equipe. Por isso, a equipe precisa estar bem capacitada e com profissionais disponíveis emocionalmente para esse apoio, levando em consideração a complexidade de sentimentos, tais como raiva, tristeza, culpa e arrependimentos. Isso fica bem evidente nesse conselho da Elizabeth Kübler-Ross para os profissionais:

Se tolerarmos a raiva deles [dos familiares] quer seja dirigida a nós ou ao falecido, ou contra Deus, teremos ajudado a darem passos largos na aceitação sem culpa. Se os incriminarmos por não reprimirem estes pensamentos pouco aceitos socialmente, seremos culpados por prolongarmos o pesar, a vergonha e o sentimento de culpa deles, que resultam frequentemente, em abalo da saúde física e emocional. (KÜBLER-ROSS, 2017, p. 185).

16.3 ASSISTÊNCIA AO LUTO

Diante de tantas repercussões na vida do enlutado, sabe-se que para passar pelo processo de luto é necessário um suporte, que pode advir da própria rede social (familiares, vizinhos, colegas de trabalho, amigos, etc.), assim como da comunidade religiosa e de profissionais da saúde. Além do apoio externo, o enlutado também é convocado a inventar meios criativos e singulares para ajudar a dar um sentido àquela experiência e amenizar a dor da perda. O coping religioso se refere ao uso da religiosidade e espiritualidade como meio de enfrentamento e é frequentemente utilizado por pessoas enlutadas (BARBOSA *et al.*, 2017; COTRIM, 2017). Alguns familiares organizam projetos sociais que ajudam pessoas que vivem com a mesma doença do ente falecido ou outras ações conectadas aos valores e desejos próprios ou de quem faleceu, promovendo um sentimento de realização diante da contribuição social dos projetos e por se identificarem com as atividades (BERZOFF, 2011).

A intervenção profissional também pode ser muito benéfica em alguns casos. Cotrim (2017) constatou que familiares enlutados tiveram melhora significativa nos sintomas depressivos e ansiosos após 12 sessões de psicoterapia. Leal (2012) também encontrou feedbacks positivos de famílias que tiveram acompanhamento psicológico após o rompimento de um vínculo significativo. Além disso, as famílias reconheceram a importância da assistência paliativista, que foi descrita como humana, respeitosa e muito dedicada ao conforto do paciente, gerando serenidade nos familiares por saberem que o ente querido teve uma assistência de qualidade e humanizada. No mesmo sentido, Braz e Franco (2017) afirmam que equipes capazes de proporcionar cuidados acolhedores, com continuidade emocional e atendendo demandas de ordem espiritual podem ser consideradas um fator protetivo para o desenvolvimento de um luto complicado.

Na literatura científica constam inúmeras possibilidades de ações terapêuticas que as equipes de cuidados paliativos podem promover para ofertar apoio aos enlutados, que serão listadas no quadro 16.2. É importante ressaltar que os profissionais responsáveis pelas intervenções precisam aprimorar e qualificar no que se refere às teorias sobre o luto para promover um acolhimento empático, solidário e bem fundamentado teoricamente.

Por fim, reconhecer e validar o sofrimento de quem carrega a dor de um luto é a base para iniciar um contato genuinamente humano. Quando essa interação é verdadeira e de qualidade, provavelmente despertará no profissional um olhar para a finitude humana. Assim, os efeitos desse encontro poderão ser colhidos dos dois lados: do familiar que se sentirá

ouvido, amparado e compreendido; e do profissional, que aos poucos vai entendendo a morte como um processo natural, que exige de todos a busca por uma vida com mais sentido e realização.

Quadro 16.2 - Intervenções para os enlutados

INTERVENÇÃO	CARACTERÍSTICAS
Chamada telefônica	Alguns familiares possuem mais facilidade de se expressarem à distância, sendo a ligação um bom meio de comunicação para tal. A escuta ativa, empática e sem julgamentos, promove um acolhimento importante para o enlutado. Além de ser um momento em que se pode realizar aconselhamento sobre o processo de luto. O ideal é que a ligação seja feita semanalmente após o funeral e o profissional precisa ir avaliando a necessidade de continuidade ou algum outro encaminhamento.
Visita domiciliar	Sugere-se que aconteça duas ou três semanas após o óbito. A visita proporciona um momento de maior intimidade entre o profissional e os familiares e permite uma intervenção mais personalizada e adaptada à realidade da família.
Consulta	O atendimento ambulatorial pode ser realizado por membros da equipe. Muitos familiares sentem-se amparados e satisfeitos de terem um acompanhamento com profissionais que também cuidaram do ente falecido. O retorno ao ambiente do hospital/ambulatório pode ser doloroso e um impedimento para alguns enlutados, mas outros aderem bem ao acompanhamento. O número de sessões e periodicidade deve ser avaliado caso a caso.
Grupo de apoio	O grupo proporciona o encontro entre familiares enlutados que podem trocar experiências, gerando um sentimento de identificação entre eles. Ter um espaço para expressar sua dor é muito importante para os familiares, principalmente quando não se tem um suporte psicossocial adequado. O ideal é que o grupo seja aberto e os familiares possam acessá-lo quando se sentirem à vontade para tal e na frequência que preferirem. Um ou mais profissionais devem mediar o grupo, acolhendo e usando técnicas de psicoterapia de grupo de psicoeducação.
Ferramenta da escrita	Pode ser sugerido aos familiares utilizarem o recurso da escrita, para que através dela possam criar uma narrativa do processo do luto. Este meio auxilia ricamente na elaboração psíquica do luto.
Cerimônias memoriais	A equipe pode promover eventos em que familiares discursam e levam fotos ou outros objetos relevantes, compartilhando memórias e expondo o legado de vida deixado pelo ente falecido.
Correspondências	O recurso do envio de cartas para os familiares com mensagens de conforto e acolhimento em datas importantes pode promover um alívio e diminuir o sentimento de dor e solidão, quando presentes. Além disso, a sensação de não ter sido esquecido pela equipe é muito importante para a família.
Recursos literários	A confecção e compartilhamento de cartilhas ou indicação de livros literários que abordam sobre o luto e estratégias de enfrentamento ajudam os enlutados a reconhecer suas reações como naturais do processo e pode incentivá-los a procurar os recursos internos e externos para lidar com a dor.
Caixa de memórias	Muito utilizado em equipes pediátricas, a equipe pode confeccionar durante o processo de adoecimento uma caixa com objetos significativos

	do paciente, produções artísticas feitas durante a internação e alguma mensagem de acolhimento da equipe. Após o óbito, as famílias podem levar a caixa como uma recordação póstuma e outras decidem enterrar junto com o corpo.
Comitê de apoio	Os profissionais podem criar um comitê responsável para acolher os familiares durante o processo de luto, tanto antecipatório, quanto após o óbito. Esse comitê pode ser integrado por pacientes e outros familiares enlutados voluntários que perderam algum ente querido há mais tempo e deseja colaborar. O ponto de identificação dos familiares com pessoas que passaram por experiências parecidas é extremamente potente para o enfrentamento da situação.
Participação ativa logo após óbito	O acolhimento no momento do óbito envolve uma escuta e presença sensível, respeitando as expressões de sofrimento e facilitando as formas de despedida. Deve-se fazer também as orientações sobre as questões de cartório e das burocracias funerárias. Além disso, se for possível e se os profissionais virem necessidade, podem comparecer no rito fúnebre para despedir do paciente e amparar os familiares.

Fonte: O quadro foi produzido pelo autor e é inspirada em experiências e estudos, tais como de Pimenta & Capelas (2019), Fernandes (2021), Spraker-Perlman *et al.* (2021), Lima *et al.* (2020).

17 ATUAÇÃO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL

Alisson Rubson Alves
Arthur Felipe Ribeiro Mendes
Cristiane Nascimento Lima
Kátia Cristina Martins Fonseca
Maria Lucia dos Santos Cabral
Priscila Penido Antunes
Quesia Vitória Bezerra
Tiago Sávio Moreira Possas

17.1 ATRIBUIÇÕES DA ENFERMAGEM

- Elaborar o histórico de enfermagem;
- Realizar os diagnósticos de enfermagem;
- Responsabilizar pelo plano assistencial de enfermagem;
- Fazer prescrições de enfermagem;
- Planejar o projeto terapêutico singular;
- Proporcionar medidas de proteção e conforto;
- Minimizar os sinais de sofrimento, por meio das escalas de avaliação da dor, escalas de avaliação risco para o desenvolvimento de lesão por pressão e riscos de queda (utilização das escalas do Tasy);
- Avaliar a condição de suporte do paciente e envolver o cuidador/ familiar;
- Colaborar nas ações de cuidado junto a equipe multiprofissional;
- Oferecer o suporte psicoemocional por meio de escuta ativa e qualificada;
- Promover ações de gestão do conhecimento na equipe de enfermagem;
- Exercer ações de educação em saúde a pacientes e familiares;
- Avaliar as diretivas antecipadas de vontade, junto a equipe médica;
- Acolher familiares e avaliar, bem como avaliar a condição de suporte.

17.2 ATRIBUIÇÕES DA FISIOTERAPIA

- Planejar o projeto terapêutico singular;
- Proporcionar medidas de proteção e conforto;
- Colaborar nas ações de cuidado junto a equipe multiprofissional;
- Avaliar a condição de suporte do paciente e envolver o cuidador/ familiar;

- Exercer ações de educação em saúde a pacientes e familiares;
- Oferecer o suporte psicoemocional por meio de escuta ativa e qualificada.

Quadro 17.1 - Relação entre nível de complexidade de atuação do fisioterapeuta, serviços do SUS e nível de capacitação em cuidados paliativos necessários.

Nível	Complexidade de atuação profissional	Serviços SUS	Nível de capacitação em Cuidados paliativos
I	A abordagem em Cuidados Paliativos deverá ser oferecida por todos os fisioterapeutas, sempre que em atendimento a pacientes com doenças ameaçadoras da vida, para prevenção ou alívio de situações simples de sofrimento físico, psicossocial ou espiritual.	Todos os serviços em qualquer nível de atenção à saúde do SUS.	Básico
II	O cuidado paliativo geral, oferecido por fisioterapeutas especialistas profissionais em qualquer outra área, deverá ser realizado, quando em atendimento de pacientes com doenças ameaçadoras de vida, para prevenção ou alívio de situações simples ou complexas de sofrimento físico, psicossocial ou espiritual, dentro de suas áreas de atuação.	Todos os serviços em qualquer nível de atenção à saúde do SUS que oferecem cuidados paliativos gerais.	Geral
III	Ações especializadas em cuidado paliativo deverão ser oferecidas por fisioterapeuta com competências em Cuidados Paliativos, quando em atendimento de pacientes com doenças ameaçadoras de vida, para prevenção ou alívio de situações simples ou complexas de sofrimento físico, psicossocial ou espiritual, em serviços essenciais ou não essenciais em cuidados paliativos, incluindo o	Todos os serviços em qualquer nível de atenção à saúde do SUS que oferecem cuidados paliativos especializados com equipe multiprofissional de cuidados paliativos.	Especializado

Fonte: Elaborado pelo autor.

17.3 ATRIBUIÇÕES DA FONOAUDIOLOGIA

- Planejar o projeto terapêutico singular;
- Proporcionar medidas de proteção e conforto;
- Oferecer o suporte psicoemocional por meio de escuta ativa e qualificada;
- Colaborar nas ações de cuidado junto a equipe multiprofissional;
- Avaliar a condição de suporte do paciente e envolver o cuidador/ familiar;
- Exercer ações de educação em saúde a pacientes, cuidador/familiar;
- Ofertar suporte nas habilidades de comunicação e buscar estratégias reabilitadoras

e/ou gerenciamento das funções orofaciais e sistema estomatognático, respeitando a doença base do paciente.

17.4 ATRIBUIÇÕES DA PSICOLOGIA

- Avaliar demandas psicoterapêuticas;
- Planejar o projeto terapêutico singular;
- Proporcionar medidas de proteção e conforto;
- Colaborar nas ações de cuidado junto a equipe multiprofissional;
- Avaliar a condição de suporte do paciente e envolver o cuidador/ familiar;
- Exercer ações de educação em saúde a pacientes e familiares;
- Oferecer suporte psicoemocional por meio de escuta ativa e qualificada;
- Escutar os anseios e medos por parte de familiares e/ou referências afetivas, bem como mediar as ações de acolhimento;
- Participar nas ações de suporte emocional;
- Orientar quanto as condutas singulares no plano de cuidados pela psicologia;
- Colaborar nas discussões clínicas junto a equipe multidisciplinar;
- Avaliar as diretivas antecipadas de vontade, junto a equipe médica;
- Acolher a família no processo doença-morte-luto;
- Intermediar a comunicação entre a equipe, paciente e família.

17.5 ATRIBUIÇÕES DO SERVIÇO SOCIAL

- Proporcionar espaços de escuta e acolhimento ao paciente e à família para que compreendam o processo de terminalidade e os desafios que o envolvem, considerando as possibilidades de cuidado e auxiliando na identificação de estratégias político-institucionais para enfrentar situações adversas que possam surgir durante esse processo;
- Realizar entrevista social para conhecer a história de vida do paciente, identificar seu papel dentro da organização familiar, sua condição socioeconômica, os determinantes culturais, sua rede de suporte social e retaguarda familiar;
- Identificar os múltiplos determinantes sociais que interferem no cuidado em saúde do paciente que foi acometido por doenças que ameaçam a vida, tendo como

referência o conceito ampliado de saúde;

- Orientar e garantir o acesso aos direitos sociais do paciente e suas redes de apoio, com foco no tripé da seguridade social (saúde, previdência e assistência social);
- Realizar intervenções educativas junto aos familiares, na perspectiva de orientar sobre os direitos sociais, fortalecimento de vínculo e responsabilidades;
- Trabalhar na perspectiva intersetorial, identificando a rede de serviços territoriais e acionando os recursos disponíveis e os encaminhamentos, visando à atenção às situações de vulnerabilidade social;
- Orientar sobre os direitos e garantias que envolvem seu tratamento e os recursos existentes para o acesso desses, na perspectiva da promoção da equidade e integralidade do cuidado para o paciente em cuidados paliativos;
- Apresentar proposta para construção do plano de cuidado, em conjunto dos demais profissionais da equipe multidisciplinar, com foco na humanização do atendimento, conforto, autonomia e na subjetividade diante do adoecer;
- Realizar a interlocução entre paciente/família/equipe/instituição, compreendendo os aspectos culturais, religiosos, sociais e os desafios que envolvem o cuidado integral e a tomada de decisões;

17.6 ATRIBUIÇÕES DO TERAPEUTA OCUPACIONAL

- Avaliar o desempenho ocupacional a partir do estado funcional do indivíduo;
- Orientar as adaptações para manutenção das funções físicas, cognitivas e sensoriais, controle da dor, fadiga e outros sintomas, independentemente da fase doença;
- Oferecer espaço de escuta e acolhimento, propiciando o resgate de lembranças e fortalecimento de vínculos familiares;
- Favorecer despedidas e expressão sentimentos;
- Orientar quanto à postura e movimentos adequados para minimização de gasto energético durante a realização das atividades da vida diária (AVD);
- Incentivar o treino das atividades da vida diária no autocuidado, no ambiente hospitalar e doméstico;
- Orientar e prescrever o uso da cadeira de rodas (quando necessário);
- Oferecer suporte, educação e treinamento aos cuidadores nos aspectos funcionais;

- Colaborar nas discussões clínicas junto a equipe multidisciplinar;
- Planejar o projeto terapêutico singular.

18 TÓPICOS ESPECIAIS

18.1 CUIDADOS PALIATIVOS PERINATAIS E NEONATAIS

Wesley Gomes Prata

18.1.1 Introdução

A OMS (Organização Mundial de Saúde) conceitua cuidados paliativos para a neonatologia como uma abordagem realizada por uma equipe multiprofissional que melhora a qualidade de vida de neonatos que apresentam uma doença ameaçadora ou limitante de vida, juntamente com sua família, através da identificação precoce, avaliação e tratamentos de sofrimentos, sejam físicos, psicossociais e espirituais (WHO, 2016).

Os cuidados paliativos perinatais são oferecidos aos pais e familiares quando o feto apresenta uma condição ameaçadora a sua vida, seja relacionada a uma doença diagnosticada no período gestacional, como malformações complexas graves, ou no caso de intercorrências gestacionais que ocasionarão a interrupção da gravidez em períodos de viabilidade fetal. Os cuidados neonatais são oferecidos para os recém-nascidos com uma doença ameaçadora da vida, junto com sua família, durante a internação e pós a alta hospitalar.

O conceito de dor total, trazido por Cicely Saunders, nos apresenta as quatro dimensões do sofrimento: dor física, psicológica, social e espiritual, evidenciando a necessidade de múltiplas intervenções para o seu controle, visando a integridade da pessoa (C, LARK, 2018). No período neonatal, a dor física será tratada principalmente com manejo correto da dor e de sintomas de difícil controle como sialorreia e distonias, por exemplo. Nas demais dimensões, o cuidado estará voltado para a família, considerando a realidade vivenciada pelo filho. Na dimensão espiritual, temos o sentimento de culpa, punição, merecimento, cura, e conflito com Deus, por exemplo. A dor social, retratada pelos problemas financeiros enfrentados, que podem ser intensificados por internações prolongadas, além de conflitos entre os familiares e estes com a equipe assistencial, e nas demandas relacionadas a benefícios sociais para a gestante, e as demandas pós óbito, por exemplo. A dor emocional ocasionada pela ansiedade, depressão, solidão, medo, revolta e outros.

Diante destas dores, a equipe de cuidados paliativos, juntamente com a equipe assistencial deve cuidar dos neonatos e suas famílias. Para tamanha demanda e pela necessidade de um olhar especialista para o paciente, faz-se necessário que a equipe de

cuidados paliativos seja multiprofissional, com profissionais da medicina, psicologia, enfermagem, assistência social, fisioterapia, terapia ocupacional e outros.

Os cuidados paliativos devem ser iniciados desde o diagnóstico da doença ameaçadora ou limitante, seja no feto ou no neonato, durante o curso daquela doença, até o desfecho final, seja a morte, a alta hospitalar ou a transferência para outra unidade de saúde. Conforme a figura abaixo (Figura 18.1) pode-se observar que, desde o diagnóstico, os cuidados paliativos são iniciados concomitantemente com a terapia modificadora da doença. À medida que a doença se torna sem perspectiva de cura, os cuidados paliativos assumem a maioria dos cuidados, se estendendo para a fase final de vida, morte e luto pós óbito (SBGG, 2015).

Figura 18.1 – Benefício potencial dos cuidados paliativos para os pacientes em relação ao momento da doença



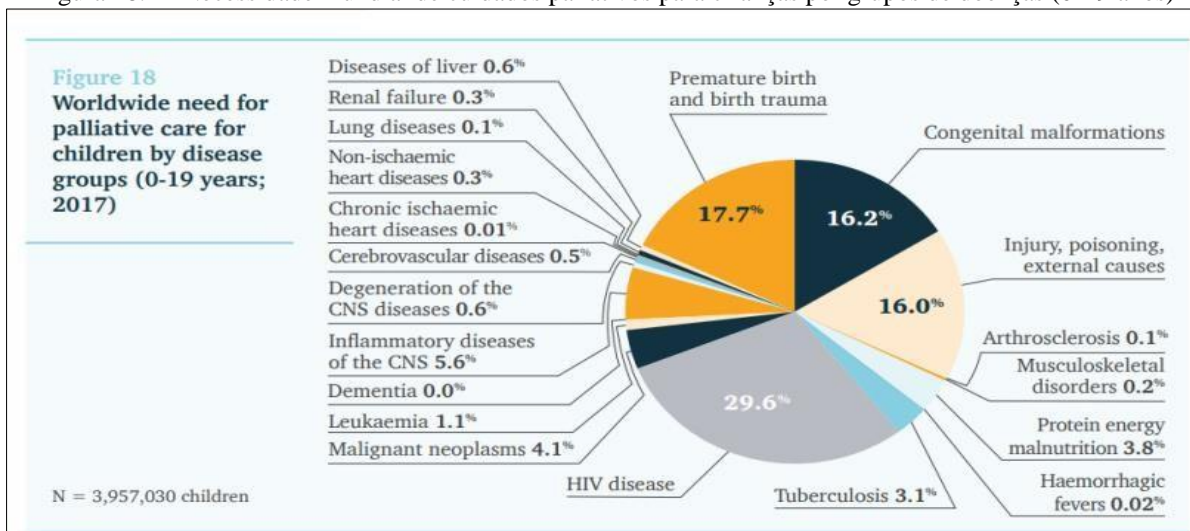
Fonte: Adaptado de Comissão Permanente de Cuidados Paliativos da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia, 2015

Os cuidados com o paciente com uma doença ameaçadora da vida devem ser feitos de maneira integrativa, ou seja, desde o diagnóstico são iniciados os cuidados modificadores da doença, os cuidados paliativos e os cuidados com o luto. O luto está presente durante toda a trajetória da doença, apresentando uma somatória de vários lutos que vão se apresentando e por isso se faz necessário o seu tratamento (MILSTEIN, 2005).

Com o avanço dos recursos tecnológicos na neonatologia, tanto no suporte avançado à vida quanto na terapêutica - como a nutrição parenteral, o uso de surfactante, o uso do corticóide perinatal - houve um aumento na sobrevivência de recém-nascidos com prematuridade extrema, assim como de recém-nascidos portadores de doenças como as encefalopatias hipóxico-isquêmicas, malformações congênitas, erros inatos de metabolismo, cardiopatias, miopatias e outras. Segundo o Atlas Global de Cuidados Paliativos, da WHPCA (Figura 18.2), das doenças na pediatria com indicação de cuidados paliativos, as doenças presentes no

período neonatal correspondem a 33,9% delas (prematuridade, problemas relacionados ao parto e malformações congênicas), trazendo toda a importância da presença dessa abordagem dentro das maternidades (KNAUL, 2020).

Figura 18.2 - Necessidade mundial de cuidados paliativos para crianças por grupos de doenças (0-19 anos)



FONTE: Global atlas of palliative care. 2th. London: WHPCA, 2020.

18.1.2 Indicação de cuidados paliativos na neonatologia e na perinatologia

Catlin e Carter (2002) sugeriram que os RNs com indicações de cuidados paliativos na neonatologia estariam incluídos nas seguintes categorias:

1. Recém-nascidos no limite da viabilidade com idade gestacional menor do que 25 semanas e peso de nascimento menor do que 500 g, se não houver crescimento intrauterino restrito;
2. Recém-nascidos portadores de uma ou mais malformações complexas maiores, descritas no quadro abaixo (Quadro 18.1):

Quadro 18.1 - Malformações complexas maiores

Problemas genéticos	Trissonomia 13, 15 ou 18, triploidia, nanismo torofórico ou formas letais de osteogênese imperfeita.
	Erros de metabolismo letais e até com a terapia disponível.
Problemas renais	Síndrome de Potter/agenesia renal e hipoplasia pulmonar grave, alguns casos de rins policísticos.
Anormalidade do SNC	Anencefalia/acrania, holoprosencefalia, alguns casos complexos ou graves de meningomielocoele ou encefalocoele grande, hidranencefalia.
	Hidrocefalia grave congênita com ausência de braçadeira ou mínima.
	Doenças neurodegenerativas que requerem ventilação (por

	exemplo, atrofia muscular da coluna vertebral.
Alterações cardíacas	Acardia, anomalias cardíacas inoperáveis, alguns casos de síndrome hipoplásica do coração esquerdo, pentalogia de Cantrell.
	Anomalias estruturais graves, como alguns casos de onfalocele gigante, hérnia diafragmática congênita grave com pulmões hipoplásicos.
	Gêmeos siameses inoperáveis.

Fonte: Catlin A, Carter B. Creation of a neonatal end-of-life palliative care protocol. J Perinatol. 2002

3. Recém-nascidos que não respondem às medidas terapêuticas instituídas:

- não responsivos à ressuscitação agressiva, independentemente da idade gestacional.
- ressuscitações cardiopulmonares repetidas;
- casos graves de lesão neurológica perinatal, como hemorragia ou leucomalácia;
- asfixia perinatal grave;
- doença ou disfunção de órgãos-alvo;
- sepse fulminante após tentativas de suporte;
- insuficiência intestinal grave.

Dickson (2017) elaborou uma categorização de pacientes elegíveis para cuidados paliativos na neonatologia (Figura 18.3) que define situações que podem ser encontradas nas unidades neonatais sem se fixar em princípios de classificação mais voláteis.

Figura 18.3 – Categorização de pacientes elegíveis para cuidados paliativos em neonatologia

CATEGORIZAÇÃO DE PACIENTES ELEGÍVEIS PARA CUIDADOS PALIATIVOS EM NEONATOLOGIA	
Categoria 1	Doenças potencialmente fatais para as quais o tratamento curativo pode ser viável, mas pode falhar (por exemplo, prematuridade extrema, doença cardíaca congênita)
Categoria 2	Situações em que a morte prematura é inevitável, mas podem existir longos períodos de tratamento intensivo que visam prolongar a vida e permitir a participação em atividades normais (por exemplo, anomalia cromossômica, espinha bífida grave e rins displásicos multicísticos bilaterais)
Categoria 3	Doenças progressivas sem opções de tratamento curativo. A abordagem é exclusivamente paliativa, e a sobrevida pode ser variável por alguns anos (por exemplo, anencefalia, displasia esquelética e distúrbios neuromusculares graves)
Categoria 4	Situações irreversíveis, mas não progressivas, que levam à grande incapacitação, à suscetibilidade a complicações de saúde e à probabilidade de morte prematura (por exemplo, encefalopatia isquêmica hipóxica grave)

Fonte: DICKSON (2017).

Em relação a perinatologia a equipe de cuidados paliativos deve atuar:

- em gestante cujo feto tem o diagnóstico de uma doença descritas anteriormente;
- gestantes com indicação de interrupção da gestação com fetos no limite da

viabilidade;

- nas perdas gestacionais, independentemente da idade gestacional.

18.1.3 Atuação da equipe de cuidados paliativos

A atuação da equipe de cuidados paliativos deve iniciar após a solicitação por qualquer membro da equipe assistencial diante de um recém-nascido/feto nas unidades da maternidade com provável indicação para o seguimento. Inicialmente deve ser feita uma reunião com membros da equipe assistencial para que seja conhecida a história clínica, o estado atual, prognósticos e a confirmação da indicação. Após, a equipe de cuidados paliativos se reúne com a família do recém-nascido/feto, realizando o acolhimento, informando sobre o prognóstico e conhecendo seus valores e expectativas.

Diante de todas essas informações elabora-se, juntamente com a família e a equipe assistencial, um plano de cuidados para o recém-nascido/feto durante sua internação. Tal plano de cuidado pode e deve ser modificado conforme a necessidade e o momento da doença.

A comunicação de notícias difíceis é um desafio para os profissionais de saúde, por isso foi proposto um protocolo com o mnemônico SPIKES (Quadro 18.2), com o objetivo de auxiliar os profissionais na abordagem a família (BAILE, 2000).

Quadro 18.2 – Protocolo de comunicação de notícias difíceis

ETAPA		DESCRIÇÃO
S	Setting up the interview	Planejar a entrevista
P	Perception	Avaliar a percepção do paciente e da família sobre a situação
I	Invitation	Convidar o paciente e a família para falar mais sobre a notícia
K	Knowledge	Transmitir conhecimento e informações sobre o assunto
E	Emotions	Abordar as emoções dos pacientes e familiares com respostas afetivas
S	Strategy and summary	Estabelecer estratégias e resumir o que foi conversado

Fonte: Adaptado de Iglesias e colaboradores, 2016

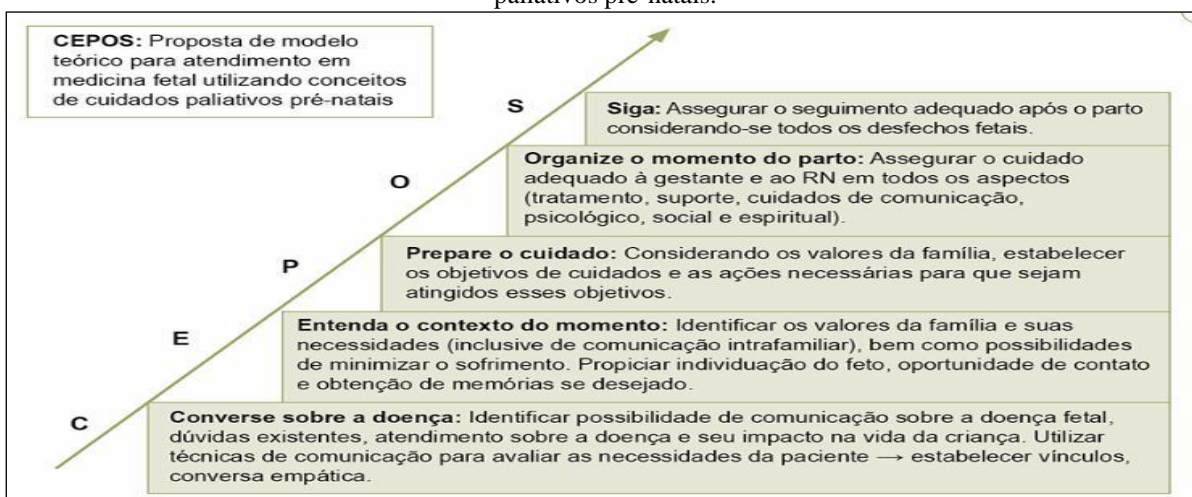
Tal técnica auxilia os profissionais de saúde na compreensão do entendimento da família sobre o quadro clínico do recém-nascido, seus valores, determina o prognóstico, envolve a família na elaboração do plano terapêutico com o intuito do melhor interesse da criança.

18.1.4 Atendimento no ambulatório de pré-natal na medicina fetal.

O obstetra que assiste a uma gestante cujo feto apresenta malformações que ameaçam a vida deve solicitar o acompanhamento da gestante e de sua família à equipe de cuidados paliativos.

Foi proposto por Andrade (2017), um modelo teórico de seguimento para essas gestantes e suas famílias, com o mnemônico CEPOS (Figura 18.4), com o objetivo de auxiliá-los a compreender o quadro clínico de fetos, seus impactos na vida da gestante e da família, identificar valores, expectativas e dúvidas, traçar um plano de cuidados para a gestante e o feto, preparar um plano de parto de acordo com os valores da família e manter o seguimento de acordo com o desfecho fetal.

Figura 18.4 – Proposta de modelo teórico para atendimento em medicina fetal utilizando conceitos de cuidados paliativos pré-natais.



Fonte: Adaptado de Andrade, 2017.

Wilkinson (2012) (Figura 18.5) propôs questões que devem ser trabalhadas com a família durante o pré-natal, com o intuito de trazer melhor clareza sobre o prognóstico diante da doença fetal.

Figura 18.5 – Questões propostas para aconselhamento dos pais e tomada de decisões em fetos com doença limitadora da vida.

1	Qual é o diagnóstico provável e qual a certeza do diagnóstico pré-natal?
2	Qual é a probabilidade de sobrevida além do período neonatal caso sejam tomadas medidas de suporte artificial de vida (por exemplo ventilação mecânica e cirurgia)?
3	Qual é a sobrevida global caso sejam dadas medidas de suporte artificial de vida?
4	Qual é o déficit físico e cognitivo esperado caso o recém-nascido sobreviva?
5	Qual é o fardo do tratamento necessário para manter o recém-nascido vivo?

Fonte: WILKINSON (2012).

18.1.5 Atendimento na sala do parto

Diante de uma perda gestacional, indiferente da idade gestacional, aborto precoce ou tardio, assim como nas perdas gestacionais devido a prematuridade extrema e também nas gestações de fetos malformados, a atuação da equipe assistencial e da equipe de cuidados paliativos se torna imperativa no acolhimento dessa família que adentra a maternidade em processo de luto, tanto pela perda quanto pela gestação de um feto com malformações. O sentimento de culpa, expresso como 'não fui capaz de gerar um filho viável' e 'não fui capaz de manter minha gravidez', provoca intenso sofrimento nessas mães, muitas vezes vivenciado apenas por elas, como ocorre em abortos muito precoces, e deve ser acolhido e tratado por essas equipes (SALGADO, 2018).

O momento do parto deixa de ser o momento de alegria, boas emoções, concretização de um sonho, para ser tornar um momento de estar diante da morte daquele filho, da materialização das malformações presentes, ou seja, sentimentos conflituosos de alegria e esperança de vida com sentimentos de angústia, medo e desespero pelo óbito eminente.

Cabe a equipe proporcionar um momento de acolhimento, empatia e compaixão. Chamar o feto pelo nome. Permitir que o casal permaneça com o filho o tempo que for necessário, para elaboração do luto. Proporcionar a presença de membros da família e de representantes espirituais, independente de credo religioso, para que possa ocorrer os ritos de despedida e passagem. Convidar a família a elaborar memórias do filho como fotografias, impressão da planta dos pés e palmas das mãos, mechas de cabelo, pulseira de identificação, touca utilizada, por exemplo. Se houver a possibilidade, convidar a família para dar banho e vestir o filho, preparando para o sepultamento. Estudos demonstram que este contato com o

bebê falecido proporciona à mulher uma melhor elaboração do luto, melhora na qualidade de vida desta mulher e menor risco de depressão (SALGADO, 2018).

Diante de fetos no limite da viabilidade, o atendimento aos pais deve ser oferecido, para que sejam informados sobre a viabilidade fetal, tanto na literatura quanto dentro da instituição em que o recém-nascido irá nascer, os possíveis prognósticos e sequelas, como comprometimento neurológico, pulmonar e oftálmico, ficar a par dos valores da família e planejar a sala de parto com seus possíveis desfechos. Importante ressaltar que apesar dos recursos existirem eles não devem ser aplicados em todas as situações, devendo-se basear em evidências científicas, com o intuito de beneficiar o paciente. Por outro lado, é importante atentar para o recém-nascido com potencial razoável de sobrevida sem sequelas, para que sejam instituídas medidas de reanimação e cuidados intensivos (AMBROSIO, 2015).

A Associação Britânica de Medicina Perinatal em 2015 criou um guia para orientar as decisões médicas no atendimento em sala de parto de recém-nascidos com menos de 26 semanas (Jussara de Lima e Souza – livro Cuidado Paliativo Pediátrico e perinatal).

- < 23 semanas: normalmente não reanimar;
- 23 e 24 semanas: avaliar o desejo dos pais (zona cinzenta);
- 24 e 25 semanas: reanimar e reavaliar;
- > 25 semanas: reanimar e encaminhar para cuidado intensivo.

18.1.6 Atendimento das unidades neonatais

Nas unidades neonatais faz-se necessário a presença da equipe de cuidados paliativos para aqueles recém-nascidos que preencham os critérios de atendimento durante a internação hospitalar até o desfecho final, seja o óbito ou a alta hospitalar. Na sua grande maioria essas crianças permanecem internadas por longos períodos, durante os quais o sofrimento e desgaste dos pais, diante das intercorrências, desfechos não esperados, prognósticos ruins e sequelas concretas, evidenciam a necessidade de um acolhimento com escuta ativa, estabelecendo uma comunicação honesta dos fatos. Esses pais se deparam com o conflito entre o filho desejado com o filho real, e este luto deve ser cuidado.

Também cabe a equipe de cuidados paliativos ser mediadora de conflitos entre família-família, família-equipe assistencial, através de técnicas de mediação de conflitos e de comunicação, respeitando os valores da família e sua autonomia, mas com o foco voltado para o melhor interesse do recém-nascido, sem nenhum malefício ao paciente decorrente de

medidas fúteis.

Em relação ao controle de sintomas, como a dor, a equipe de cuidados paliativos deve estar atuante junto a equipe assistencial, principalmente nos casos de difícil manejo. Outros sintomas como vômitos, sialorreia, disautonomia, espasticidade, distonia, devem estar nas competências da equipe de cuidados paliativos.

Em frente a um recém-nascido com o diagnóstico de doença limitante ou ameaçadora da vida, deve ser elaborado um plano de cuidado individualizado com a participação de toda equipe assistencial e a família. Caso seja necessário, conferências familiares devem ser realizadas. Quando a evolução clínica for a menos favorável e ocorrer a falência terapêutica, iniciando o processo de terminalidade, devem ser priorizados os cuidados paliativos exclusivos, com foco no conforto. Devem ser definidas, em conjunto entre equipe e família, as medidas a serem adotadas no processo ativo de morte, proporcionando uma morte digna e respeitando o processo natural da doença.

Nos casos de crianças com evolução crônica, o plano de cuidados deve ser elaborado para a alta hospitalar, transferência para outra instituição ou para o domicílio. Dentro deste plano pode ser definida a realização de gastrostomia, traqueostomia, necessidade de suporte ventilatório, definição de rede de apoio junto a familiares e a atenção primária, e treinamento dos familiares quanto ao manejo de tais dispositivos. Se houver um ambulatório de cuidados paliativos disponível na maternidade, tais crianças devem ser acompanhadas conforme o protocolo de cada instituição (Livro: Cuidados Paliativos na Prática Pediátrica).

18.1.7 O luto

Toda doença limitante ou ameaçadora da vida acarreta o luto tanto para o paciente quanto seus familiares. O processo de atendimento ao luto deve ser iniciado no diagnóstico da doença, perdurar em toda a sua evolução, culminando no processo de morte e no pós morte, conforme enfatizado no atendimento integrativo.

Os atendimentos psicológico e espiritual devem ser oferecidos aos pais em todo esse processo. Em caso do falecimento, grupos de apoio a pais enlutados colaboram para a melhor condução do luto, além de identificação do luto patológico, em que os acompanhamentos psiquiátrico e psicológico são necessários (Livro: Cuidados Paliativos em Neonatologia).

Após a morte da criança, a equipe de cuidados paliativos pode programar um acolhimento aos pais, por telefone ou por visita domiciliar.

O luto também vai estar presente na equipe assistencial diante de todo envolvimento destes com a criança e sua família, e a equipe de cuidados paliativos deve identificar a necessidade de cuidados com os membros da equipe, individual ou coletivo, em qualquer período da doença do paciente.

18.2 CUIDADOS PALIATIVOS EM ONCOLOGIA

Janine Madureira Rodrigues
Liliane Santos Silva
Mayara Leisly Lopes Rocha Fonseca

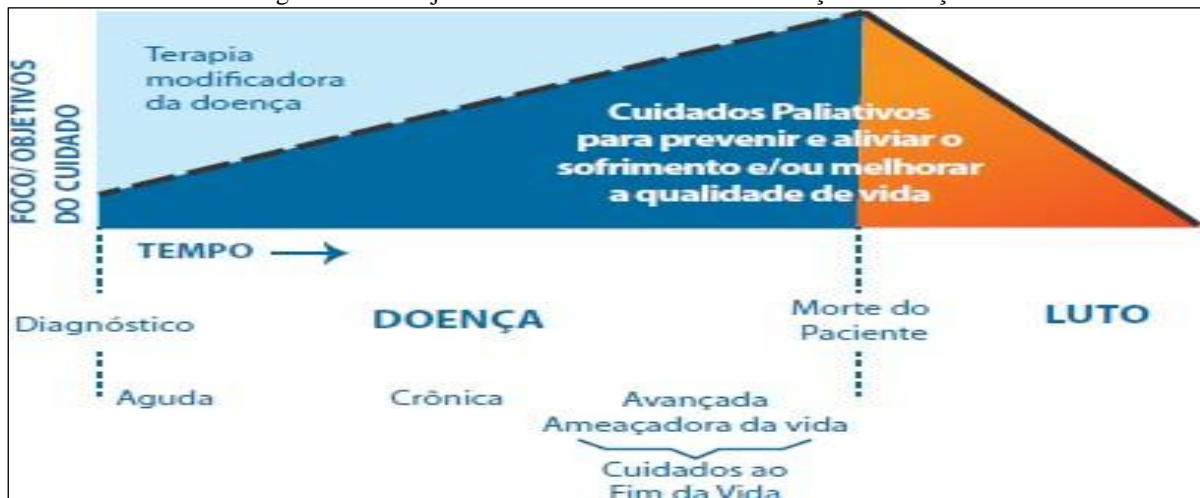
As doenças ameaçadoras da vida, agudas ou crônicas, que tem possibilidade ou não de tratamento curativo e reversibilidade do quadro, requerem um olhar diferenciado e cuidado mais amplo, principalmente, levando-se em consideração a vida do paciente, respeitando os princípios de beneficência e autonomia, bem como dando atenção ao seu sofrimento e dos seus familiares. Grande parte das doenças oncológicas causam grande impacto físico e mental aos pacientes e sua rede de apoio.

Especificamente na oncologia, sabe-se que nos últimos anos, principalmente, houve um crescente desenvolvimento das terapias antineoplásicas, trazendo maior eficácia e, conseqüentemente, aumentando a qualidade de vida dos pacientes portadores de doenças oncológicas. Porém, ao mesmo tempo em que há uma progressão exponencial em relação aos tratamentos oncológicos, os aspectos psicossociais, e existenciais dos pacientes com doença avançada carecem de mais estudos.

Ainda é muito pequena a parcela de profissionais que tem entendimento sobre a importância da assistência integral e formação básica em cuidados paliativos. É importante destacar que a assistência integral em oncologia consiste na combinação de terapia oncológica padrão com cuidados paliativos precoces.

Na figura 18.6, está ilustrado um gráfico do guia “Vamos falar de cuidados paliativos”, da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia, em que mostra como no decorrer do tempo, os objetivos do cuidado podem ir mudando e progredindo, conforme for o avançar da doença e o rumo que os tratamentos modificadores de doença vão alcançando, podendo chegar ao nível de tratamento exclusivamente paliativo.

Figura 18.6 - Objetivos dos cuidados conforme avançar da doença



Fonte: Vamos falar de cuidados paliativos – Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia. 2015.

É importante salientar que, tanto o paciente quanto os familiares (de acordo com o gráfico acima), necessitam de acesso a cuidados paliativos em todos os tempos do gráfico. Mais importante, ainda, é assegurar que ao migrar para um outro nível de cuidado (ou seja, avançar no tempo do gráfico), o paciente e os familiares continuarão recebendo cuidados paliativos de qualidade e, que seja feita a transferência do cuidado com responsabilidade.

Em se tratando de oncologia e de pacientes com doenças oncológicas, alguns cuidados precisam ser destacados, levando-se em consideração os cuidados paliativos, são eles:

- Controle de sintomas - alguns sintomas são bastante comuns no decorrer da doença oncológica e, muitas vezes, estão associados ao tratamento. Dor, constipação, fadiga, hiporexia, ansiedade, dentre outros. Conforme a doença progride, esses sintomas podem ficar mais intensos. A equipe de cuidados paliativos pode auxiliar nesse controle, visto que a equipe de oncologia se concentra no diagnóstico, estadiamento e tratamento oncológicos.
- Comunicação de más notícias, bem como elaboração de plano de cuidados - com o envolvimento precoce da equipe de cuidados paliativos, é possível elaborar um plano de cuidados centrado no paciente e sua família, bem como auxiliar na comunicação e compartilhamentos das decisões. Sabe-se que, os pacientes e familiares, muitas vezes, tem percepções errôneas e muitas expectativas a respeito do tratamento e da cura do câncer, o que gera frustração, angústia e mais ansiedade. Outro aspecto relevante no que tange ao tratamento oncológico é que, os pacientes não compartilham com seu oncologista assistente as frustrações que sentem, muito menos sobre os sintomas que os acomete, seja por condiderá-los

inerentes ao processo de adoecimento ou por medo de abandono por estarem mais frágeis. A equipe de cuidados paliativos pode auxiliar nessas demandas.

- Utilização de recursos no fim de vida - hoje, existem uma gama de tratamentos oncológicos, cada vez mais disponíveis. Isso pode ser visto como benéfico, do ponto de vista de tratamento, porém, há um contraponto relacionado à alocação de recursos, pois esses tratamentos são onerosos. Quando os cuidados paliativos estão associados desde o diagnóstico da doença, eles podem auxiliar na alocação desses recursos, limitando a sua utilização quando não houver mais benefícios para o paciente. Além disso, tratamentos feitos no fim de vida podem piorar a qualidade de vida e aumentar o sofrimento do paciente e seus familiares.

Outro ponto importante na assistência paliativa integrada à oncologia são os modelos assistenciais que podem ser adotados nesse contexto. Abaixo, apresenta-se uma tabela (Tabela 18.1) extraída do Manual de Cuidados Paliativos da ANCP, 3ª edição de 2021, que mostra esses modelos.

Quando se fala de tratamentos oncológicos, é necessário, primeiramente, fazer uma avaliação prognóstica. Para isso, podem ser usadas escalas prognósticas (Tabela 18.2). Em oncologia, as mais usadas são: ECOG (Eastern Cooperative Oncology Group) Performance Status e KARNOFSKY Performance Status (KPS).

Tabela 18.1 - Modelos de assistência em cuidados paliativos.

Modelo de cuidado	Vantagens	Desvantagens
Prática clínica isolada	Cuidados oncológicos específicos e cuidado paliativo fornecidos pelo oncologista. Redução do número de visitas médicas, informações concentradas em única equipe. De forma geral, bem funcional para aqueles com sintomas pouco complexos.	Treinamento inadequado de oncologistas em cuidados paliativos; tempo de consulta limitado para um único profissional avaliar e abordar vários aspectos físicos, psicológicos, sociais e preocupações espirituais, além de tratamento específico para o tumor.
Prática clínica compartilhada e contrarreferência	Oncologista encaminha o paciente para atendimentos especializados em subespecialidades de acordo com o sintoma (por exemplo, psiquiatria, controle de dor, capelania). É baseado nas necessidades individuais.	Aumento do número de visitas médicas adicionais para pacientes com doenças graves e sintomas descontrolados, o que pode ser bastante desgastante e oneroso. Coordenação, comunicação e colaboração frágil quando há diversos especialistas envolvidos.
Assistência integrada	Coordenação integrada do cuidado entre oncologista e paliativista. Estrutura física pode ser inclusive dividida entre ambos, com redução de custos e facilitador para paciente que em única visita pode ser	Necessidade de educação e treinamento de profissionais para facilitar a prática colaborativa. Tempo, dedicação e custos para desenvolver e tornar eficaz a

atendido por profissionais diferentes. implementação de protocolos e Racionalidade das avaliações, sem comunicação efetiva. sobrecarga para o paciente e para os profissionais.

Fonte: Modelos de Assistência em cuidados paliativos em Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON) e Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON).

As escalas ECOG (Eastern Cooperative Oncology Group) e Karnofsky Performance Status (KPS) são ferramentas amplamente utilizadas para avaliar o desempenho funcional e a qualidade de vida de pacientes com doenças graves, especialmente em oncologia. Ambas as escalas fornecem uma medida da capacidade do paciente em realizar atividades diárias e sua necessidade de cuidados, mas diferem em suas abordagens e níveis de detalhamento. A escala ECOG varia de 0 a 5, onde 0 indica um paciente totalmente ativo e capaz de realizar todas as atividades pré-doença sem restrições, e 5 representa o óbito. Essa escala é simples e de fácil aplicação, focando principalmente na deambulação e no nível de atividade do paciente. Já a escala KPS, com uma pontuação que vai de 100 a 0, oferece uma visão mais detalhada do estado funcional do paciente. Um escore de 100 significa que o paciente está normal, sem queixas e sem evidência de doença, enquanto um escore de 0 corresponde à morte. À medida que a pontuação diminui, indica-se um maior grau de dependência e necessidade de assistência, com níveis intermediários que descrevem desde a capacidade de realizar atividades normais com esforço até a necessidade de hospitalização (ANCP, 2021).

Tabela 18.2 - Escalas prognósticas

ECOG (Eastern Cooperative Oncology Group) Performance Status	KARNOFSKY Performance Status (KPS)
0 – Totalmente ativo, capaz de realizar todo desempenho pré-doença sem restrição.	100 – Normal, sem queixas; nenhuma evidência de doença.
1 – Restrito em atividades fisicamente extenuantes, mas capaz de realizar trabalhos de natureza leve em casa ou no escritório.	90 – Capaz de exercer atividade normal; sinais ou sintomas menores de doença.
2 – Capaz de todo o autocuidado, mas incapaz de realizar atividades de trabalho; fica mais de 50% do tempo ático.	80 – Atividade normal com esforço, alguns sinais ou sintomas de doença.
3 – Capaz apenas de autocuidado limitado; fica na cama ou cadeira mais da metade do tempo acordado.	70 – Cuida de si mesmo, mas incapaz de realizar um trabalho ativo.
4 – Completamente inativo; dependente para todo o autocuidado; totalmente confinado à cama ou cadeira.	60 – Requer assistência ocasional, mas é capaz de atender à maioria das necessidades pessoais.
5 - Morto	50 – Requer assistência considerável e cuidados médicos frequentes.
	40 – Desabilitado, requer cuidados e assistência especiais.
	30 – Severamente incapacitado, a hospitalização é indicada, embora a morte não seja iminente.
	20 – Muito doente, hospitalização e cuidados de suportes ativos necessários.
	10 – Moribundo
	0 - Morto

Fonte: Elaborado pelo autor.

Além dessas duas, usa-se, também, o PPI (Palliative Prognostic Index). Essa escala (Tabela 18.3) é mais usada em paciente com doença avançada, com proposta de cuidados paliativos exclusivos, ou seja, aqueles pacientes em que não serão mais submetidos à quimioterapia, radioterapia, hormonioterapia ou imunoterapia, ou qualquer outro tratamento específico para a neoplasia. Essa escala permite estimar a sobrevida desses pacientes.

Tabela 18.3 - Escala PPI (Palliative Prognostic Index)

Parâmetro	Valor parcial da pontuação
KPS	
- 10 a 20	4,0
- 30 a 50	2,5
- Maior ou igual a 60	0
Ingesta oral	
Bastante reduzida	2,5
Moderadamente reduzida	1,0
Preservada/normal	0
Presença de edema (pontua se presente)	1,0
Dispneia em repouso (pontua se presente)	3,5
Delirium (pontua se presente)	4,0
Interpretação	
Pontuação total	Sobrevida mediana estimada
0 – 2,0	90 dias
2,1 – 4,0	61 dias
Maior que 4,0	12 dias

Fonte: Elaborado pelo autor.

Mesmo com todas essas escalas, alguns tratamentos oncológicos podem ser indicados, considerando o contexto de cuidados paliativos.

Como parte complementar do processo, a radioterapia paliativa pode ser indicada para alguns sintomas que estejam ligados à doença neoplásica. Por exemplo, no processo das metástases ósseas, o paciente pode sentir dor intensa, pode apresentar fratura patológica e, até mesmo, síndrome de compressão medular. A radioterapia pode ser utilizada como tratamento paliativo para dor com bons resultados e nos casos de compressão medular pós-cirúrgica. Já para as metástases ósseas que cursam com convulsões, sintomas focais, hipertensão intracraniana, a radioterapia também pode ser utilizada, levando-se em consideração a idade, o estado de performance e peculiaridades da doença extracraniana. Para os sangramentos tumorais, que são comuns em tumores avançados e podem interferir na qualidade de vida do paciente, pode-se utilizar a radioterapia hemostática, com intuito de trombosar e esclerosar a microvasculatura e conseguir cessar o sangramento por um período de tempo.

Em relação à quimioterapia e imunoterapia, é necessário avaliar as condições clínicas

do paciente, o estado de performance, a idade, a progressão da doença e o objetivo da terapia. Essas terapias geram muitos efeitos colaterais, muitas vezes, intoleráveis pelo paciente. Além disso, a própria condição clínica pode contraindicar essas terapias. A decisão deve ser individualizada.

19 O PAPEL DOS LEITOS DE CUIDADO PROLONGADO DA FHEMIG NO CUIDADO À TERMINALIDADE DA VIDA

Cristiane Nascimento Lima

O Ministério da Saúde (MS), com base em modelos implementados nos sistemas de saúde de vários países, entre eles Portugal e Espanha, investiu na ampliação do cuidado através da Portaria nº 2.809 de 07 de dezembro de 2012, com objetivo de garantir a continuidade do cuidado por meio de uma estratégia intermediária entre os cuidados hospitalares de caráter agudo e crônico reagudizado e a atenção primária.

Assim, foram criadas as unidades de cuidados prolongados (UCPs) e hospitais de cuidados prolongados (HCPs), que estabelece a organização dos cuidados prolongados para retaguarda à Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) e às demais redes temáticas de atenção à saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Dentre os critérios para admissão dos pacientes, o 16º artigo, estabelece que, em relação aos cuidados paliativos, poderá ser admitido em UCP e HCP o usuário em fase terminal, desde que com agravamento do quadro, quando não necessitem de terapia intensiva.

Também a Portaria GM/MS nº 3.681, de 7 de maio de 2024, que estabelece a Política Nacional de Cuidados Paliativos, em seu artigo 9º, alínea VI, estabelece que as unidades e hospitais especializados em cuidados prolongados devem realizar a abordagem dos cuidados paliativos para as pessoas sob seus cuidados que atendam aos critérios de elegibilidade.

A Fundação Hospitalar de Minas Gerais (Fhemig) foi pioneira na implantação dessa modalidade de cuidado em Minas Gerais. A Casa de Saúde São Francisco de Assis (CSSFA) foi o primeiro hospital público do Estado a oferecer leitos de cuidados continuados - e o sexto no país a adotar essa proposta de cuidado. Atualmente, a Fhemig possui o maior número de leitos habilitados para cuidados prolongados no Brasil, 186 leitos no total, distribuídos nas unidades da seguinte forma: Casa de Saúde São Francisco de Assis (CSSFA) - 50 leitos habilitados pelo MS; Casa de Saúde Santa Izabel (CSSI) - 25 leitos habilitados pelo MS; Casa de Saúde Santa Fé (CSSFE) - 07 leitos de transição pelo programa Valora Minas; Casa de Saúde Padre Damião (CSPD) - 40 leitos de transição pelo programa Valora Minas; Centro Hospitalar Psiquiátrico de Barbacena (CHPB) - 25 leitos habilitados pelo MS; Hospital Cristiano Machado (HCM) - 15 leitos de transição pelo programa Valora Minas e 23 leitos aguardando habilitação pelo MS.

Nesse sentido, as UCPs são pontos estratégicos da rede, com critérios de internação

bem estabelecidos, contribuindo para um cuidado humanizado, por meio de atuação multidisciplinar integrada, dando suporte ao paciente e família no processo de terminalidade da vida.

20 ESTRATÉGIAS PARA DESOSPITALIZAÇÃO DOS PACIENTES EM CUIDADOS PALIATIVOS

Cláudia Patrícia Marra
Larissa Giovana Barbosa Souto
Leonardo Ferreira da Silva
Liliane Santos Silva

A desospitalização “é um dos mecanismos para a transferência do cuidado a partir da alta hospitalar responsável, compreendida dentro dos eixos estruturantes Assistência e Gestão Hospitalar” (BRASIL, 2020). Neste sentido, as ações que permeiam a construção de estratégias conjuntas para a implementação do processo de desospitalização nas unidades hospitalares tiveram início no SUS, em 2002, com a Regulamentação da Assistência Domiciliar, por meio da Lei nº 10.424, de 15 de abril de 2002 (BRASIL, 2020). “A desospitalização é um dos eixos centrais da atenção domiciliar e contribui para a reinserção dos usuários nas Redes de Atenção à Saúde” (BRASIL, 2020 p. 62).

“A desospitalização requer a articulação em rede de forma integrada e humanizada para que a continuidade do cuidado seja feita de forma segura” (OLARIO, 2018 apud BRASIL, 2020 p.85). Na organização da gestão para a alta segura, é importante definir os critérios dos pacientes em cuidados paliativos elegíveis para a desospitalização com o Serviço de Atenção Domiciliar, quando disponível no município, e com a Atenção Primária em todas as situações, para as articulações que se fazem necessárias com a rede. Há pacientes que não possuem estrutura no domicílio para os cuidados prestados ou não possuem cuidador efetivo, os quais são elegíveis para cuidados paliativos em leitos de cuidados prolongados.

A identificação das necessidades dos pacientes em cuidados paliativos é parte essencial para o cuidado humanizado e conseqüentemente, para a desospitalização. Portanto, “o atendimento eficaz e respeitoso aos cidadãos, principalmente em se tratando de pessoas fragilizadas e vulneráveis, impregnadas de incertezas, que surgem no diagnóstico inicial e que, quando não conduzidas adequadamente, afloram no momento da transição do cuidado hospitalar para o domiciliar”. Esta transição do cuidado é norteadada pela equidade e integralidade “com respeito à defesa ao direito fundamental de acesso à saúde e garantia da continuidade do cuidado” que deve ser pautada na política de humanização preconizando o “atendimento eficaz e respeitoso aos cidadãos”. (BRASIL, 2020, p.50- 51).

A desospitalização envolve mudanças no tocante a visão do cuidar, a reorganização da assistência prestada ao paciente e suas implicações na saúde. Assim, “a transformação dos processos de trabalho na direção da desospitalização perpassa pela mudança da cultura

institucional, promovida também pela educação em saúde, que deve ser incorporada no plano de educação permanente das instituições de saúde, para todos os trabalhadores dessas instituições, para que aprendam e se apropriem de seus conceitos e os apliquem em suas práticas profissionais” (BRASIL, 2020, p. 89).

20.1 COMPONENTE PÓS HOSPITALAR – ATENÇÃO DOMICILIAR NOS CUIDADOS PALIATIVOS

A Atenção Domiciliar - AD é uma modalidade de atenção integrada à Rede de Atenção à Saúde - RAS, caracterizada por um conjunto de ações de promoção e prevenção à saúde, tratamento de doenças, reabilitação e palição realizadas em domicílio. A AD é estruturada de acordo com os princípios de ampliação e equidade do acesso, humanização e integralidade da assistência. Esta modalidade é realizada por vários profissionais dentre eles os que atuam na Atenção Primária (Unidades Básicas de Saúde) e pelo Serviço de Atenção Domiciliar - SAD (PBH, 2023).

Com esta reorganização dos serviços de saúde na estratégia de redes, e publicação da Portaria nº 825, de 25 de abril de 2016 e d Portaria de consolidação da nº 5, de 28 de setembro de 2017, o SAD ganha destaque enquanto modalidade assistencial complementar ou substitutiva. Tornou-se, então, uma sólida alternativa à atenção hospitalar promovendo a desinstitucionalização do cuidado e a desospitalização de pacientes que se enquadram em critérios pré-estabelecidos (elegibilidade), dentre aqueles com perfil de cuidados paliativos. Os mesmos recebem cuidados com tecnologias compatíveis às suas necessidades de saúde, passíveis de ser empregadas no sistema familiar, promovendo o cuidado humanizado do paciente, familiar e cuidador.

Atualmente um dos dispositivos para atenção domiciliar em cuidados paliativos é o Programa Melhor em Casa, que é composto por equipe específicas de Atenção Domiciliar: médicos, enfermeiros, técnicos em enfermagem, fisioterapeuta e assistentes sociais, bem como poderão compor a equipe outros profissionais com formação na área da saúde. Este programa foi implantado em 2011, com objetivo de promover atendimentos domiciliares “às pessoas com necessidade de reabilitação motora, idosos, pacientes crônicos sem agravamento ou em situação pós-cirúrgica, evitando internações desnecessárias e as filas dos serviços de urgência e emergência” (BRASIL, 2016).

O Serviço de Atenção Domiciliar - SAD, desde 1990, no Brasil, encontra-se em

crescimento seguindo a tendência mundial do envelhecimento populacional e proposta de cenário para os cuidados paliativos, composto por suas equipes EMAD - Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar e EMAP - Equipe Multiprofissional de Apoio. A expansão das doenças crônicas não transmissíveis e incapacitantes demanda uma nova lógica de cuidado no âmbito domiciliar, promovendo-se a desospitalização dos pacientes, desde RN prematuros, crianças, adultos e idosos em cuidados paliativos. Ao reduzir o tempo de permanência destes usuários, também reduz os riscos inerentes à assistência à saúde dos mesmos, aumenta a disponibilidade de vagas, gerando uma maior rotatividade de leitos nas unidades hospitalares.

Dessa forma, este serviço demonstra uma potencial importância para contribuir com a diminuição da sobrecarga dos serviços terciários e a quebra do modelo hegemônico hospitalocêntrico. Também visa empoderar as famílias e cuidadores no cuidado ao paciente, preservando autonomia e possibilitando o vínculo entre os profissionais do serviço e todos os envolvidos no cuidado. Assim sendo, a atenção domiciliar torna-se corresponsável pelo gerenciamento e operacionalização das ações de saúde em sua população. Atribui-se às equipes do serviço de atenção domiciliar - EMADs e EMAPs a responsabilidade pelos cuidados no âmbito domiciliar nas modalidades de maior complexidade (AD2 e AD3), enquanto a modalidade AD1 fica sob a responsabilidade das equipes da atenção básica, na atenção primária à saúde.

20.2 TRANSFERÊNCIA DE CUIDADOS NOS CUIDADOS PALIATIVOS

Uma das principais ferramentas que deve ser elaborada ao se iniciar um processo de desospitalização é o plano de cuidados individualizado para cada paciente. Ao traçar um plano individualizado é possível identificar os principais pontos de atenção e necessidade de cada paciente. A proposta de um plano de cuidados deve ser iniciada no momento da internação hospitalar, logo após a compreensão do que motivou a internação e das condições de saúde e funcionalidade prévia e atual.

O paciente com perfil de cuidados paliativos perpassa por todos os aspectos multidimensionais do cuidado devido à condição ameaçadora de vida e fragilidade em que se encontra. Neste contexto, a atuação da equipe multidisciplinar faz-se essencial desde a admissão.

Um dos desafios é manter a comunicação e horizontalidade do cuidado alinhado ao

plano de cuidado entre profissionais de saúde, familiar/cuidador e paciente. Para este desafio, é importante adotar a estratégia de reunião de equipe frequente para levantamento dos principais pontos de atenção e impedimentos para a organização da alta hospitalar.

Identificado o paciente com perfil de cuidados paliativos, é importante estabelecer qual o tipo de suporte necessário para a continuidade ao cuidado no domicílio. O serviço de atenção domiciliar deve dar continuidade ao plano de cuidados definidos em internação hospitalar, considerando também a sua autonomia para ajustar condutas conforme identificado durante avaliação em domicílio, pois o paciente ao ser transferido de uma unidade hospitalar para o domicílio pode apresentar condições e novos desafios que não foram possíveis de serem identificados durante a internação. Por isso, as redes de referência e contra referências devem ser bem estabelecidas, com matriciamento inter-equipes, comunicação direta entre equipes de transição da atenção domiciliar, atenção básica e urgência e emergência.

Cabe ao médico-assistente a identificação precoce do problema principal a ser resolvido na internação e, assim que possível, iniciar o processo de reconciliação medicamentosa, realizando desprescrição quando necessária e prescrição segura com orientação efetiva das medicações para continuidade no domicílio, considerando a disponibilidade dos recursos ofertados em cada rede de atenção e identificando quais medicamentos são padronizados e ofertados pelo SUS. O paciente em cuidados paliativos, muitas vezes, requer medicações com receituários de controle especial e alguns não são disponíveis na rede primária de atenção. Logo, cabe ao médico, juntamente com a orientação da referência farmacêutica, solicitar medicamentos padronizados no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF).

O componente especializado é uma estratégia de acesso a medicamentos no âmbito do SUS, caracterizado pela busca da garantia da integralidade do tratamento medicamentoso, em nível ambulatorial, cujas linhas de cuidado estão definidas em protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas publicadas pelo Ministério da Saúde.

O preenchimento dos receituários, solicitações e as orientações para uso das medicações é um dos pontos da transição de cuidados que tem grande relevância na alta segura e na garantia da continuidade do cuidado após a alta hospitalar. Assim, buscamos garantir a manutenção do alívio e controle dos sintomas e evitar o retorno precoce aos serviços de urgências.

Ainda neste ponto, é possível identificar condições clínicas passíveis de continuidade ao tratamento medicamentoso no domicílio, como por exemplo, a necessidade do uso de

antibioticoterapia de uso parenteral ou demais medicações. Dependendo do perfil do paciente, este pode ser referenciado para atendimento domiciliar de curta permanência com duração de dias a poucas semanas, como, por exemplo, aqueles que precisam finalizar tratamentos, tais como: antibiótico parenteral de infecções agudas, curativo de feridas em processo final de epitelização, ou uso de anticoagulantes parenterais até ajuste de anticoagulante oral, podendo ser inicialmente acompanhados por uma equipe de desospitalização do hospital de origem, com vínculo com o usuário e a família, que ajudará no treinamento e na independência do cuidador (BRASIL, 2020).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Introdução

FITARONI, J.; BOUSFIELD, A.B.S.; SILVA, J. P. Morte nos cuidados paliativos: Representações sociais de uma equipe multidisciplinar. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 41, 2021. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/pcp/a/FjVGRnTTnvTrtcXk3rMqsMS/>>. Acesso em 05 de ago.2023.

MINISTERIO DA SAÚDE. **Portaria GM/MS Nº 3.681, de 7 de maio de 2024**. Institui a Política Nacional de Cuidados Paliativos - PNCP no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 22 de maio de 2024. Seção 1: 215.

Situação Epidemiológica

RODRIGUES, L.F.; SILVA, J. F. M.; CABRERA, M. Cuidados paliativos: percurso na atenção básica no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 38, p. e00130222, 2022. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csp/a/qjwcSPXn5YFBVDsFw5kgB7c/>>. Acesso em: 12 de set.2023.

SANTOS, A. F. J.; FERREIRA, E.A.L.; GUIRRO, U.B.P. Atlas dos Cuidados Paliativos no Brasil 2019. **Academia Nacional de Cuidados Paliativos – ANCP**. São Paulo, Gestão 2019 – 2020.2020. Disponível em:< https://api-wordpress.paliativo.org.br/wp-content/uploads/2020/05/ATLAS_2019_final_compressed.pdf >. Acesso: 28 de set.2023.

THE ECONOMIST. The 2015 Quality of Death Index. Ranking palliative care across the world: a report by The Economist Intelligence Unit. **The Economist**. 2015. Disponível em: <<http://www.lienfoundation.org/sites/default/files/2015%20Quality%20of%20Death%20Report.pdf>> . Acesso em 22 de set.2023.

Doenças ameaçadoras e vida e a possibilidade de cuidados paliativos na rede Fhemig: levantamento a partir dos grupos de diagnósticos relacionados (DRG).

D'ALESSANDRO, M. P. S. *et al.* **Manual de Cuidados Paliativos**. 2ª. ed. São Paulo: Hospital Sírio Libanês; Ministério da Saúde, 2023. p. 424.

DRG BRASIL. **Manual Operacional DRG Brasil**. Parametrização e Emissão dos Relatórios. DRG BRASIL, 2023.

DRG BRASIL. **Módulos: Desempenho Geral do DRG Brasil**. DRG BRASIL, 2024. Disponível em:

<<https://sigclinic.sigquali.com.br/qualidade/drganalisegeralrel.do?evento=lerParametrosCookie&linkMenu=label.relatorio.analise.geral.drg>>. Acesso em 19 de mar. de 2024.

FHEMIG. **Rede Fhemig lança o Manual de Governança do DRG**, 2024. 2024. Disponível em: <<https://www.fhemig.mg.gov.br/sala-de-imprensa/noticias-sala-imprensa/2907-rede-fhemig-lanca-o-manual-de-governanca-do-drg>>. Acesso em 19 de mar. de 2024.

FHEMIG B. **Intranet da Fhemig**, 2024. Disponível em:
<<http://10.49.10.204/index.php/menu/gestao/diagnosis-related-groups-drg>>. Acesso em 20 de mar. de 2024.

Arcabouço legal

ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS (ANCP). **História dos Cuidados Paliativos**. Disponível em: <<https://paliativo.org.br/cuidados-paliativos/historia-dos-cuidados-paliativos/>>. Acesso em 11 de maio 2023.

ALIANÇA MUNDIAL DE CUIDADOS PALITIVOS (AMCP). **Atlas Global de Cuidados Paliativos**. Sede Social: Hospice House, Londres, 2020. Disponível em:
<file:///C:/Users/m13058987/Downloads/WHPCA_Global_Atlas_DIGITAL_Compress%20-%20manual.pdf>. Acesso em: 11 de maio 2023.

ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO ESTADO DE MINAS GERAIS (ALMG). **Lei no 23.938, de 23 de setembro de 2021**. Estabelece princípios, diretrizes e objetivos para as ações do Estado voltadas para os cuidados paliativos no âmbito da saúde pública. MinasGerais – Diário do Executivo 2021; 24 set. Disponível em:
<<https://www.almg.gov.br/legislacao-mineira/texto/LEI/23938/2021/>>. Acesso em: 16 de maio 2023.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. (2021, 5 de outubro). **OMS divulga recursos para lidar com flagrante escassez de serviços de cuidados paliativos de qualidade**. Disponível em: <<https://www.paho.org/pt/noticias/5-10-2021-oms-divulga-recursos-para-lidar-com-flagrante-escassez-servicos-cuidados>>. Acesso em: 11 de maio 2023.

RODRIGUES, Luis Fernando *et al.* Cuidados paliativos percurso na atenção básica no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro: 2022. Disponível em:
<<https://www.scielo.br/j/csp/a/qjwcSPXn5YFBVDsFw5kgB7c/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 16 de maio 2023.

Aspectos Éticos-Jurídicos

BRASIL, Senado Federal. **Constituição da república federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, Centro Gráfico, 1988.

BRASIL. **Manual de Cuidados Paliativos** ANCP. OFFSET. Jorge, L. L.; & Othero, M. B. (2012). Rio de Janeiro, RJ: RJ. 2023.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. D'Alessandro, Maria Perez Soares; Carina Tischler Pires, Daniel Neves Forte (coord.) **Manual de Cuidados Paliativos** – São Paulo: Hospital Sírio Libanês; 175p. 2020. Disponível em:
<<https://cuidadospaliativos.org/uploads/2020/12/Manual-Cuidados-Paliativos.pdf>>. Acesso em: 02 de out.2023.

BRASIL. **Projeto de Lei nº 883 de 2020**. Disponível em:
<<https://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/141187>>. Acesso em 29 de set.2023.

BRASIL. **RESOLUÇÃO CFM Nº 1.805, DE 9 DE NOVEMBRO DE 2006.** Diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, n.227, 28 nov. 2006. Seção 1, p.169. Disponível em: <<http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=PesquisaLegislacao&dif=s&ficha=1&id=6640&tipo=RESOLU%C7%C3O&orgao=Conselho%20Federal%20de%20Medicina&numero=1805&situacao=VIGENTE&data=09-11-2006>>. Acesso em 29 de set.2023.

BURLÁ, C.; PY, L. Cuidados paliativos: ciência e proteção ao fim da vida. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, p. 1139-1141, 2014.

KALLAS, M. R.; PUSTRELO, R. B. **Eutanásia: direito a morte digna.** Trabalho Acadêmico (Graduação em Direito) – Faculdade de Direito de Franca. São Paulo, 2015. 299-322 p. Disponível em: <<https://www.revista.direitofranca.br/index.php/refdf/article/view/370>>. Acesso em: 25 de out.2018.

LOPES, A.C.; LIMA, C. A.S.; SANTORO, L.F. **Eutanásia, Ortotanásia e Distanásia: aspectos médicos e jurídicos.** 3ª ed. Rio de Janeiro/RJ: Atheneu, 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS), 2022. **Diretriz da OMS sobre intervenções de autocuidado para saúde e bem-estar.** WHO Guideline on self-care interventions for health and well-being - World Health Organization (WHO). Disponível em:< <https://www.who.int/publications/i/item/9789240052192> >. Acesso em: 02 de out.2023.

OUVERNEY, A.P.A. **SUS e cuidados paliativos: reflexões sobre a dependência de trajetória de uma ação em saúde.** Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais. v. 16 n. 1. 2019. Disponível em: <<https://ninho.inca.gov.br/jspui/bitstream/123456789/2500/1/Andreia%20Ouverney.pdf> >. Acesso em 02 de out.2023.

SANTOS, S.B. **Direitos fundamentais e ortotanásia: entre a saúde e a autonomia do paciente terminal.** Curitiba: UniBrasil, 2015. 297p. Disponível em: <https://www.unibrasil.com.br/wp-content/uploads/2018/03/mestrado_unibrasil_ScheilaSantos.pdf >. Acesso em 02 de out.2023.

Critérios de Elegibilidade e Exclusão

CARVALHO, R. T. *et al.* **Manual da Residência de Cuidados Paliativos.** Barueri, SP. Manole, 2018. 1283 p.

D’ALESSANDRO, M.P.S. *et al.* **Manual de Cuidados Paliativos.** São Paulo: Hospital Sírio Libanês; Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: <<https://cuidadospaliativos.org/uploads/2020/12/Manual-Cuidados-Paliativos.pdf>. > Acesso em: 02 de jan. 2023.

MAURIZ, P. *et al.* **Protocolo de Cuidados Paliativos.** Instituto de Saúde e Gestão Hospitalar (ISGH), 2014. Disponível em: < [isgh_protoco_cuidado_paliativo.pdf](#).> Acesso em 05 de set. 2023.

Diretrizes clínicas

APA. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais** [recurso eletrônico]: DSM-5 / [American Psychiatric Association; tradução: Maria Inês Corrêa Nascimento ... *et al.*]; revisão técnica: Aristides Volpato Cordioli ... [et al.]. – 5. ed. – Dados eletrônicos. – Porto Alegre: Artmed, 2014. Disponível em: <<https://www.institutopebioetica.com.br/documentos/manual-diagnostico-e-estatistico-de-transtornos-mentais-dsm-5.pdf>>. Acesso em: 02 de out. de 2023.

BIERI, D., REEVE, R. A.; CHAMPION, D.G.; ADDICOAT, L.; ZIEGLER, J. **The faces pain scale for the self-assessment of the severity of pain experienced by children:** Development, initial validation, and preliminary investigation for ratio scale properties. *Pain* 41(2):p 139-150, May 1990. | DOI: 10.1016/0304-3959(90)90018-9

BOLAND, J. W.; ALLSOP, M. J.; MCDONALD, N., *et al.* Extubation management in palliative care: a systematic review. **Journal of palliative medicine**, 2019. V. 22; n. 10; p. 1331-1339.

CARACENI, A., *et al.* Use of sedatives and analgesics in palliative care: a review of the evidence. **The Lancet Oncology** 2012, v. 13, n. 4, p. 170-e178.

CHERNY, N.; RADBRUCH, L. European Association for Palliative Care (EAPC) recommended framework for the use of sedation in palliative care. **Palliative Medicine**, 2009, v. 23, n.7, p. 581-593. Disponível em: DOI:10.1177/0269216309107024. Acesso em 02 de out. de 2023.

CHOSING WISELY BRASIL: A CWB | **Choosinglywisely** . Disponível em: <<https://www.choosinglywisely.com.br/c%C3%B3pia-diretrizes>>. Acesso 01 de out. 2023.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). Código de Ética Médica: **Resolução CFM nº 2.217, de 27 de setembro de 2018**, modificada pelas Resoluções CFM nº 2.222/2018 e 2.226/2019 / Conselho Federal de Medicina – Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2019. Disponível em: <<https://portal.cfm.org.br/images/PDF/cem2019.pdf>>. Acesso em 02 de out. 2023.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). **Resolução CFM nº 1.805/2006**. 2006. Disponível em: <<https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2006/1805>>. Acesso em: 02 de out. de 2023.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). **Resolução CFM nº 1.995/2012**. 2012. Disponível em: <<https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2012/1995>>. Acesso em 02 de out.2023.

CORADAZZI A.L., INHAIA C.L.S., SANTANA M.T.E.A., SALA A.D, RICARDO C.P., SUADICANI C.O., *et al.* Palliative withdrawal ventilation: why, when and how to do it? **Hos Pal Med Int Jnl**. 2019;3(1):10-4. Disponível em: <<https://doi.org/10.15406/hpmij.2019.03.00141>>. Acesso em 02 de out. 2023.

D'ALESSANDRO, M.P.S., *et al.* **Manual de Cuidados Paliativos**. São Paulo: Hospital Sório Libanês; Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: <<https://cuidadospaliativos.org/uploads/2020/12/Manual-Cuidados-Paliativos.pdf>>. Acesso em: 02 de jan.2023.

DAVIS, M. P. Palliative Sedation and Symptom Control in the Dying Patient. **American Family Physician** 2018, v. 98, n. 12, p. 718-724. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470545/>>. Acesso em: 02 de out. 2023.

ELY, E. W. *et al.* **Monitoramento do status de sedação ao longo do tempo em pacientes de UTI: confiabilidade e validade da escala de agitação-sedação de Richmond (RASS)**. JAMA, v. 22, p. 2983–2991, 2003. Disponível em: 10.1001/jama.289.22.2983. Acesso em: 02 de out. 2023.

FRANCIS, J.; YOUNG, G.B. **Diagnosis of delirium and confusional states**. AMINOFF, M.J.; SCHMADER, K.E. (ed.). *UpToDate*. Waltham, MA: UpToDate Inc., 2020. Disponível em: <Diagnosis of delirium and confusional states - *UpToDate*>. Acesso em: 24 de jan.2023.

FUCHS, B.; BELLAMY, C.; **Sedative-analgesic medications in critically ill adults: Selection, initiation, maintenance, and withdrawal**. *UpToDate*. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/sedative-analgesic-medications-in-critically-ill-adults-selection-initiation-maintenance-and-withdrawal?search=&source=history_widget&graphicRef=65842#graphicRef65842>. Acesso em: 18 de ago.2023.

GALHARDONI, R.; TEIXEIRA, M.J.; ANDRADE, D.C; **Manejo Farmacológico da Dor**. In: MARTIN, M.A. (org.). Manual do residente de clínica médica. Barueri: Manole, 2015. p. 108-114. Disponível em: <<https://cuidadospaliativos.org/uploads/2020/12/Manual-Cuidados-Paliativos.pdf>>. Acesso em: 27 de fev.2023.

HOMSI J., WALSH D., NELSON K.A. Important drugs for cough in advanced cancer. **Support Care Cancer**. 2001; 9:565-74.

HUI, D.; KIM, S. H.; ROQUEMORE, J., *et al.* Impact of timing and setting of palliative care referral on quality of end-of-life care in cancer patients. **Cancer** 2014. V. 124; n. 2; p. 314-321. Disponível em:< <https://doi.org/10.1002/cncr.28628> >. Acesso em: 10 de out. 2023.

KAPADIA, F.; HEAD, B. A.; HUERTA, T. R.; *et al.* The provision of palliative care in the context of artificial hydration and nutrition in terminal patients: A literature review. **Journal of hospice and palliative nursing**, 2019. V. 21; n. 5; p. 402-409.

KNMG. **Guideline for Palliative Sedation**. Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG), Utrecht, 2009. 73 p.

KRIKORIAN, A.; LIM, A.; NEUMANN, C. Withdrawing life support in the intensive care unit: a review of ethical considerations for the intensivist. **Journal of intensive care medicine** 2016; v. 31; n. 5; p. 323-330.

LANKEN, P.N.; TERRY, P.B.; DELISSER, H.M.; *et al.* An official American Thoracic Society clinical policy statement: palliative care for patients with respiratory diseases and critical illnesses. **Am J Respir Crit Care Med**. 2008; v. 177, n. 8; p. 912-927. Disponível em: 10.1164/rccm.200605-587ST. Acesso em: 02 de out. 2023.

LEONARD, M.M.; *et al.* Delirium diagnostic and classification challenges in palliative care: subsyndromal delirium, comorbid delirium-dementia, and psychomotor subtypes. **J Pain Symptom Manage** 2014;48(2): 199-214. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2014.03.012>. Acesso em: 27 de fev. 2023.

MALTONI, M.; *et al.* Palliative sedation therapy does not hasten death: results from a prospective multicenter study. **Annals of Oncology** 2009, v. 20, n. 7, p. 1163-1169. Disponível em: DOI: 10.1093/annonc/mdp048. Acesso em 02 de out.2023.

MARIANO, E.R.; MANIKER, R.; CROWLEY, MARIANNA. Approach to the management of acute pain in adults. **UpToDate, 2024**. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/approach-to-the-management-of-acute-pain-in-adults?search=pain%20management&source=search_result&selectedTitle=1%7E150&usage_type=default&display_rank=1#H2927138781>. Acesso em: 13 ago. 2024.

MERCADANTE, S.; PORZIO, G.; FERRERA, P.; FULFARO, F. Palliative sedation in patients with advanced cancer followed at home: a prospective study. **Journal of Pain and Symptom Management** 2013, v. 45, n. 1, p. 25-31. Disponível em: DOI: 10.1016/j.jpainsymman.2012.01.009. Acesso em: 02 de out.2023.

MINSON, F.P. *et al.* Opioides – Farmacologia básica. In: CARVALHO, R.T.; PARSONS, H.A. (org.). **Manual de Cuidados Paliativos ANCP**. 2. ed. Porto Alegre: Sulina, 2012. p.123-142. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/446028/mod_resource/content/1/Cuidados_Paliativos_CREMESP.pdf>. Acesso em: 27 de fev.2023.

MORITA, T.; BITO, S. **End-of-Life Care for Cancer Patients. Japanese Clinical Oncology** 2016, v. 46, n. 11, p. 1077-1085. Disponível em: DOI: 10.1093/jjco/hyw122. Acesso em: 02 de out. 2023.

PEQUENO, L. M. T.; *et al.* Palliative sedation in terminal cancer patients: a systematic review and meta-analysis. **Journal of palliative medicine** 2019, v. 22, n.11, p. 1458-1468.

PINTO, T.C. Sintomas Respiratórios. In: MARTINS, M.A. (ed.). **Manual do Residente de Clínica Médica**. Barueri: Manole, 2015, p. 816-6. Disponível em: <https://observatorio.fm.usp.br/handle/OPI/15327>> . Acesso 02 de out.2023.

ROUSSEAU, P. Palliative Sedation in the Management of Refractory Symptoms. **Journal of Hospice & Palliative Nursing**, 2004, v. 13, n. 1, p. 43-49. doi:10.1097/NJH.0b013e3181f3e69b.

SILVA, E. M.; ALVES, M. S. Extubação paliativa: o que é e quando fazer. **Revista Bioética** 2018, v. 26; n. 2; p. 337-343.

SILVA, T.J.A.; FILHO, S.Q.F. Delirium. In: MARTNS, M.A. (ed.). **Manual do Residente de Clínica Médica**. Barueri: Manole, 2013. p. 840-843. Disponível em: <<https://cuidadospaliativos.org/uploads/2020/12/Manual-Cuidados-Paliativos.pdf>>. Acesso em: 02 de out. de 2023.

SOCIEDADE BRASILEIRA PARA ESTUDO DA DOR. **O que é Dor?** 2018. Disponível em: <<https://sbed.org.br/o-que-e-dor/>>. Acesso em: 02 de jan. de 2023.

SYKES, N.; THORNS A. The use of opioids and sedatives at the end of life. **The Lancet Oncology** 2003, v. 4, p. 312-18.

TAUBEN, D.; STACEY, B. R. Pharmacologic management of chronic non-cancer pain in adults. **UpToDate**, 2023. Disponível em: <Pharmacologic management of chronic non-cancer pain in adults - UpToDate>. Acesso em: 09 de jan.2023.

VON GUNTEN, C.; BUCKHOLZ, G. Palliative care: Overview of cough, stridor, and hemoptysis in adults. **UpToDate**, 2023. Disponível em: Palliative care: Overview of cough, stridor, and hemoptysis in adults - bieri. Acesso em: 17 de jan.2023.

WIERMANN, E. G. *et al.*; Consenso Brasileiro sobre Manejo da Dor Relacionada ao Câncer. **Revista Brasileira de Oncologia Clínica**, Vol 10, n38, 132-43; 2015. Disponível em: <<https://www.sbec.org.br/sbec-site/revista-sbec/pdfs/38/artigo2.pdf>>. Acesso em: 27 de fev. 2023.

Nutrição Clínica em Cuidados Paliativos

ACREMAN, S. Nutrition in palliative care. **British Journal of Community Nursing**, London, v. 14, n.10, p. 427-431, 2009.

ALMEIDA, R.R. *et al.* Estado nutricional e sua associação com o perfil sintomatológico de pacientes em cuidados paliativos internados em um hospital de urgências do nordeste brasileiro. **BRASPEN J.** 2020; v. 35, n. 2, p. 139-43.

BRUERA, E. *et al.* Estimate of survival of patient admitted to a Palliative Care Unit: a prospective study. **Journal of Pain and Symptom Management, Madison**, v. 7, n. 2, p. 82-86, feb. 1992.

CONSELHO FEDERAL DE NUTRICIONISTAS (CFN). **Resolução CFN Nº 600, de 25 de fevereiro de 2018**. Disponível em: <https://www.cfn.org.br/wp-content/uploads/resolucoes/Res_600_2018.htm>. Acesso em 15 de out. 2021.

CÔRREA, P.H; SHIBUYA, E. Administração da Terapia Nutricional em Cuidados Paliativos. **Revista Brasileira de Cancerologia**. 2007; v. 53, n. 3, p. 317-323.

D'ALESSANDRO, M. P. S. *et al.* **Manual de Cuidados Paliativos**. 2ª. ed. São Paulo: Hospital Sírio Libanês; Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/guias-e-manuais/2023/manual-de-cuidados-paliativos-2a-edicao/view>> Acesso em 28 de ago. 2024

DIRETRIZ BRASPEN DE TERAPIA NUTRICIONAL NO PACIENTE COM CÂNCER. **BRASPEN J** 2019; 34 (Supl 1):2-32.

DOYLE, D. *et al.* Oxford Textbook of Palliative Medicine. 3. ed. New York: Oxford University Press, 2005.

GOOD, P. *et al.* Medically assisted nutrition for adult palliative care patients. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, 23 abr. 2014.

HORIE, L.M. *et al.* Diretriz Braspen de terapia nutricional no paciente com câncer e Braspen recomenda: indicadores de qualidade em terapia nutricional. **BRASPEN J**. Volume 34 – 1o Suplemento. Diretrizes/2019.

HUI, D.; DEV, R.; BRUERA, E. The last days of life: Symptom Burden and Impact on Nutrition and Hydration in Cancer Patients. **Current Opinion in Supportive and Palliative Care**, v. 9, n. 4, p. 346–354, dez. 2015.

MANUAL DE CUIDADOS PALIATIVOS / Coord. Maria Perez Soares D'Alessandro, Carina Tischler Pires, Daniel Neves Forte ... [*et al.*]. – **São Paulo: Hospital Sírio-Libanês; Ministério da Saúde; 2020. 175p.**

MANUAL ORIENTATIVO: Sistematização do Cuidado de Nutrição / [organizado pela] Associação Brasileira de Nutrição; organizadora: Marcia Samia Pinheiro Fidelix **São Paulo : Associação Brasileira de Nutrição, 2014.**

MESSIAS, A.A *et al.* Manual de Cuidados Paliativos/ Coord. Maria Perez Soares D'Alessandro, Carina Tischler Pires, Daniel Neves Forte ... [*et al.*]. – **São Paulo: Hospital Sírio-Libanês; Ministério da Saúde; 2020.**

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Instituto Nacional de Câncer** José Alencar Gomes da Silva (INCA) CONSENSO NACIONAL DE NUTRIÇÃO ONCOLÓGICA 2ª Edição revista, ampliada e atualizada Rio de Janeiro, RJ INCA 2015.

PINHO-REIS, C. Suporte Nutricional em Cuidados Paliativos. **Revista Nutrícias**, 15: 24- 27, APN, 2012.

REYMOND, Liz *et al.* Home-based palliative care. **Australian journal of general practice**, v. 47, n. 11, p. 747-752, 2018.

SARHILL, N. *et al.* Evaluation of nutritional status in advanced metastatic câncer. **Supportive care in cancer**, Berlin, v. 11, p. 652– 659 2003.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE NUTRIÇÃO ONCOLÓGICA. **I Consenso Brasileiro de Nutrição Oncológica da SBNO**. Organizado por Nivaldo Barroso de Pinho. Rio de Janeiro: Edite 2021. Disponível em: <https://sbno.com.br/wp-content/uploads/2021/07/consenso_2021.pdf>. Acesso em: 02 de out.2023.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE NUTRIÇÃO PARENTERAL E ENTERAL *et al.* Diretriz BRASPEN de terapia nutricional no paciente com câncer. **BRASPEN J**, v. 34, n. Supl 1, p. 2-32, 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Definition of Palliative Care** .2014 [cited 2014 Nov 07]. Disponível em: <<http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>>. Acesso em 01 de out. de 2023.

Hipodermóclise

BRUNO, V. G. Hipodermóclise: revisão de literatura para auxiliar a prática clínica. **Einstein (São Paulo)**, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 122-128, mar. 2015. <<https://doi.org/10.1590/S1679-45082015RW2572>>. Acesso em: 13 mar. 2023.

LÚCIO, ALS.; LEITE, EIA.; RIGO, FL. Caracterização do uso de hipodermóclise em pacientes internados em um Hospital Infantil de Belo Horizonte. **Rev. Med Minas Gerais**. Belo Horizonte. v. 32, n. 32107, p. 1-7. Mai. 2022. Disponível em: <<https://docs.bvsalud.org/biblioref/2022/08/1390852/e32107.pdf>>. Acesso em: 13 de mar. 2023.

SANTOS, SS.; RIBEIRO, JM.; ALVES, HB.; COSTA, ACB.; FELIPE, AOB.; COSTA, ICP. Uso da hipodermóclise por profissionais de saúde: Scoping review. **Investigação, Sociedade e Desenvolvimento** , [S. l.] , v. 10, n. 9, p. e44110918338, 2021. DOI: 10.33448/rsd-v10i9.18338. Disponível em: <<https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/18338>>. Acesso em: 13 mar. 2023.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA (SBGG); ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS (ANCP). **O uso da via subcutânea em geriatria e cuidados paliativos**: um guia da SBGG e da ANCP para profissionais. 2ª ed. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia; 2016. Disponível em: <<https://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2016/06/uso-da-via-subcutanea-geriatria-cuidados-paliativos.pdf>>. Acesso em: 14 de mar.2023.

Úlcera terminal de Kennedy

ALFONSO, C. M. A. Nursing care plan for the Kennedy terminal ulcer patient. Case report. **Enfermería Clínica**, Vol 2, 2022. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S2445147922000327?via%3Dihub>>. Acesso em: 20 de mar. 2023.

BIOSCA, R. A. *et al.* Adequação do plano de cuidados diante do diagnóstico de úlcera terminal de Kennedy. **Enferm. Intensiva**, 2016. Disponível em: <<https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-intensiva-142-linkresolver-adequacion-del-plan-cuidados-ante-S1130239916300050>>. Acesso em: 20 de mar. 2023

BARRIOSO, P. D. C. **Úlcera Terminal de Kennedy**: principais intervenções de Enfermagem. Portal Pebmed, 2019. Disponível em: <<https://pebmed.com.br/ulcera-terminal-de-kennedy-principais-intervencoes-de-enfermagem/>>. Acesso em 21 de mar 2023.

Choosing Wisely: o que não fazer em Cuidados Paliativos

ACTMED. **Choosing Wisely**, 2023. São Paulo (SP). Disponível em <<https://act.med.br/index.php/area-do-paciente/25-choosing-wisely#:~:text=A%20campanha%20Choosing%20Wisely%20foi,de%20uma%20s%C3%A9rie%20de%20procedimentos>>. Acesso em: 28 de mar.2023.

BARRIOSO, P.D.C. **Choosing Wisely**: práticas comuns que a enfermagem deve questionar. Portal PEBMED, 2023. Rio de Janeiro (RJ). Disponível em <<https://pebmed.com.br/choosing-wisely-praticas-comuns-que-a-enfermagem-deve-questionar/#:~:text=Enfermagem,Choosing%20Wisely%3A%20pr%C3%A1ticas%20comuns%20que%20a%20enfermagem%20deve%20questionar,e%20demais%20profissionais%20de%20sa%C3%BAde>>. Acesso em: 28 de mar.2023.

Comunicação de más notícias

ANCP. **Manual de Cuidados Paliativos** ANCP. Academia Nacional de Cuidados Paliativos. 2º edição, 2012. Disponível em:< <http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/05/Manual-de-cuidados-paliativos-ANCP.pdf> >. Acesso em: 15 de fev. 2023.

BAILE, W.F; BUCKMAN, R; LENZI, R; GLOBER, G.; BEALE, E.A.; KUDELKA, A.P. SPIKES-A six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. **Oncologist**. 2000;5(4):302-311.

CORIOLO-MARINUS, M. W. DE L. *et al.* Comunicação nas práticas em saúde: revisão integrativa da literatura. **Saúde e Sociedade**, v. 23, n. Saude soc., 2014 23(4), p. 1356–1369, out. 2014. Disponível em:< <https://doi.org/10.1590/S0104-12902014000400019>>. Acesso em: 04 de abr.2023.

LIMA, K. M. DE A.; MAIA, A. H. N.; NASCIMENTO, I. R. C. DO.. Comunicação de más notícias em cuidados paliativos na oncopediatria. **Revista Bioética**, v. 27, n. Rev. Bioét., 2019 27(4), out. 2019. Disponível em:< <https://doi.org/10.1590/1983-80422019274355>>. Acesso em: 15 de fev.2023.

MANUAL DE CUIDADOS PALIATIVOS / Coord. Maria Perez Soares D'Alessandro, Carina Tischler Pires, Daniel Neves Forte ... [et al.]. – São Paulo: Hospital Sírio-Libanês; Ministério da Saúde; 2020. 175p.

SILVA, M.J.P. Cuidado Paliativo / Coordenação Institucional de Reinaldo Ayer de Oliveira. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2008. 689 p. Disponível em: <https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/446028/mod_resource/content/1/Cuidados_Paliativos_CREMESP.pdf>. Acesso em 04 de abr. 2023.

Diretivas Antecipadas de Vontade

CARVALHO, R. T. Legislação em Cuidados Paliativos. In: Cuidado Paliativo. **São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo**, 2008. p. 613-630. ISBN 978-85-89656-15-3.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). **Resolução CFM Nº 1.995/2012**. Dispõe sobre as diretivas antecipadas de vontade dos pacientes. Conselho Federal de Medicina. Disponível em: <<https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2012/1995>> . Acesso em 02 de out. 2023.

D´ALESSANDRO, PIRES, FORTE, *et al.* Manual de Cuidados Paliativos. Maria Perez Soares D'Alessandro, Carina Tischler Pires, Daniel Neves Forte, *et al.* **São Paulo. Hospital Sírio-Libanês; Ministério da Saúde**; 2020.

MONTEIRO, R. DA S. F.; SILVA, A. G. DA . Diretivas antecipadas de vontade: percurso histórico na América Latina. **Revista Bioética**, v. 27, n. 1, p. 86–97, jan. 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1983-80422019271290>> . Acesso em: 20 de out.2023

SILVA PIRÔPO, Uanderson *et al.* Interface do testamento vital com a bioética, atuação profissional e autonomia do paciente. **Revista de Salud Pública** [online]. 2018, v. 20, n. 4 [Acessado 18 Outubro 2023] , pp. 505-510. Disponível em: <<https://doi.org/10.15446/rsap.V20n4.65009>>. ISSN 0124-0064. Acesso em: 20 de out.2023

Espiritualidade e Cuidados Paliativos

ARRIEIRA, I. C. DE O. *et al.* Espiritualidade nos cuidados paliativos: experiência vivida de uma equipe interdisciplinar. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 52, p. e03312. 2018. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/reeusp/a/rRzH3886NYD5SThYX3pdLfR/abstract/?lang=pt#>> . Acesso em: 02 de out.2023.

ARRIEIRA, I.C. DE O.; THOFEHRN, M.B.; PORTO, A.R.; PALMA, J.S.; A espiritualidade na equipe interdisciplinar que atua com cuidados paliativos ao paciente oncológico. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 2, p. 314-321, 4 de janeiro de 2012. Disponível em:<<http://dx.doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v10i2.15689>>. Acesso em: 02 de out. 2023.

BARBOSA, R. M. M. *et al.* A espiritualidade como estratégia de enfrentamento para familiares de pacientes adultos em cuidados paliativos. **Rev. SBPH**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 165-182, jun. 2017. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582017000100010> . Acesso em: 02 de out. 2023.

CRIZE, Liceli Berwaldt *et al.* Espiritualidade no cuidado de enfermagem ao paciente oncológico em cuidados paliativos. **SALUSVITA**, Bauru, v. 37, n. 3, p. 577-597, 2018.

ESPERANDIO, M.; LEGET, C.. Espiritualidade nos cuidados paliativos: questão de saúde pública?. **Revista Bioética**, v. 28, n. 3, p. 543–553, jul. 2020. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1137109>>. Acesso em: 02/10/2023.

EVANGELISTA, C. B. *et al.* Cuidados paliativos e espiritualidade: revisão integrativa da literatura. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 69, n. 3, p. 591–601, maio 2016. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/reben/a/TY7ydpbDpBhnfBDmh5nH36b/abstract/?lang=pt#>> . Acesso em: 02 de out. 2023.

FORNAZARI, S.A.; FERREIRA, R.E.R. Religiosidade/espiritualidade em pacientes oncológicos: qualidade de vida e saúde. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v.26, n.2, p. 265-272, 2010. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/ptp/a/8N5QJ4R5vLn3LcfTZs68DRC/#>> . Acesso em: 02 de out. de 2023.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS. **Definição de Cuidados Paliativos**. 2002. Disponível em: < <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/> >. Acesso em: 02 de out. de 2023.

PESSINI, Leo; BERTACHINI, Luciana. Espiritualidade e cuidados paliativos. **Conflitos bioéticos do viver e do morrer**, p. 25-40, 2011. Disponível em: <<https://portal.cfm.org.br/images/stories/biblioteca/conflitos.pdf#page=26> >. Acesso em: 02 de out.2023.

PUCHALSKI, Christina, *et al.* La mejora de la calidad de los cuidados espirituales como una dimensión de los cuidados paliativos: el informe de la Conferencia de Consenso. **Medicina Paliativa**, 2011, vol. 18, n. 1, p. 20-40. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1134248X11700064>> . Acesso em: 02 de out. 2023.

Assistência aos enlutados nos Cuidados Paliativos

ADICHIE, C. N. **Notas sobre o luto**. São Paulo: Companhia das Letras, 2021. Disponível em: <<https://cdl-static.s3-sa-east-1.amazonaws.com/trechos/9786559210695.pdf>> . Acesso em: 02 de out. 2023.

BARBOSA, R. M. de M.; FERREIRA, J. L. P.; MELO, M. C. B. de; COSTA, J. M. A. Espiritualidade como estratégia de enfrentamento para familiares de pacientes adultos em Cuidados Paliativos. **Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar**, Belo Horizonte, v. 20, n. 1, p. 165–182, 2017. Disponível em: 10.57167/Rev-SBPH.20.237. Acesso em: 02 de out. 2023.

BERZOFF, J. The Transformative Nature of Grief and Bereavement. **Clinical Social Work Journal**, Northampton, v. 39, p. 262-269, 2011. Disponível em: 10.1007/s10615-011- 0317-6. Acesso em: 02 de out. 2023.

BRAZ, M. S.; FRANCO, M. H. P. Profissionais Paliativistas e suas Contribuições na Prevenção de Luto Complicado. **Psicologia: Ciência e Profissão** [online]. 2017, v. 37, n. 1, pp. 90-105. Disponível em:< <https://doi.org/10.1590/1982-3703001702016>>. Acesso em: 02 de out.2023.

COTRIM, A. M. **Atendimento de familiares enlutados: um estudo acerca do coping religioso/espiritual, da ansiedade e depressão.** Dissertação de Mestrado da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2017. Disponível em: <<https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5155/tde-23042018-131554/publico/AnaMoreiraCotrimVersaoCorrigida.pdf>>. Acesso em 02 de out. 2023.

FERNANDES, M. I. M. **Perda de uma criança & o cuidar da família: papel do enfermeiro especialista em saúde infantil e pediátrica** [Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Beja, Universidade de Évora, Instituto Politécnico de Portalegre, Instituto Politécnico de Setúbal, Instituto Politécnico de Castelo Branco]. Repositório Científico do Instituto Politécnico de Beja, 2021. Disponível em: <<https://hdl.handle.net/20.500.12207/5507>>. Acesso em 02 de out. 2023.

FRANCO, M. H. P. **O Luto no século 21: uma compreensão abrangente do fenômeno.** 1ª ed. São Paulo: Summus, 2021.

FRANCO, M. H. P. Luto em Cuidados Paliativos. In: OLIVEIRA, Reinaldo Ayer. Cuidado Paliativo. São Paulo: **Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo**, 2008.

FREUD, S. **Luto e melancolia.** In: FREUD, S. Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, v. XIV, pp. 245-266. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

FREUD, S. **Carta a Biswanger.** In: Cartas de Sigmund Freud (carta 230). Nova York: Livros Básicos, 1960.

KÜBLER-ROSS, E. **Sobre a morte e o morrer:** o que os doentes terminais têm para ensinar a médicos, enfermeiras, religiosos e aos seus próprios parentes. 10ª ed. São Paulo, Editora WMF Martins Fontes, 2017.

LEAL, A. D. **A experiência de perda e o processo de luto: o papel de uma unidade de Cuidados Paliativos.** Dissertação de Mestrado, Universidade Católica Portuguesa. Porto, 2012. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/10400.14/16754>> . Acesso em: 02 de out. 2023.

LIMA, S. F. *et al.* Dinâmica da oferta de cuidados paliativos pediátricos: estudo de casos múltiplos. **Cadernos De Saúde Pública**, 36(9), 1-13, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00164319>>. Acesso em: 02 de out.2023.

PIMENTA, S. & CAPELAS, M. L. V. A abordagem do luto em cuidados paliativos. **Cadernos de Saúde**, v. 11, n. 1, p. 5-18, 2, 2019.

SPRAKER-PERLMAN, H.L., *et al.* Leveraging Grief: Involving Bereaved Parents in Pediatric Palliative Oncology Program Planning and Development. **Children**, 8(6), 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.3390/children8060472>> . Acesso em: 02 de out.2023.

STROEBE, M.; SCHUT, H. The dual process model of coping with bereavement: rationale and description. **Death Studies**, 23:3, 197-224, 1999.

WORDEN, J. W. **Aconselhamento do Luto e Terapia do Luto:** um manual para profissionais da saúde mental. São Paulo: Roca, 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Integrating palliative care and symptom relief into responses to humanitarian emergencies and crises: a WHO guide. Geneva: World Health Organization, 2018. Disponível em: <<https://apps.who.int/iris/handle/10665/274565>>. Acesso em: 02 de out.2023.

Tópicos Especiais

ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS (ANCP). Academia
Organizadores: Ricardo Tavares de Carvalho; Henrique Afonseca Parsons. **Manual de Cuidados Paliativos**. 2 edição. São Paulo: ANCP 2012.

AMBRÓSIO, C. R.; SILVA, C. H. M.; MELO, E. G. A. Aspectos éticos do nascimento no limite de viabilidade. **Rev Med Minas Gerais**, v. 25, n. 4, p. 511-516, 2015. Disponível em: <<https://rmmg.org/artigo/detalhes/1864>> . Acesso em: 02 de out. 2023.

AMBRÓSIO, C. R.; SILVA, C. H. M.; MELO, E. G. A. **Rev. méd. Minas Gerais** ; 26: [1-5], jan.-dez. 2016. Article Pt | LILACS | ID: biblio-1009052. Disponível em: <DOI: 10.5935/2238-3182.20150115>. Acesso em: 02 de out. 2023.

ANDRADE, L.B.C. Grupo de apoio integral às gestantes e familiares de fetos com malformação: utilização de conceitos de cuidados paliativos no atendimento em medicina fetal [tese]. **São Paulo: Universidade de São Paulo**; 2017. Disponível em: <<https://repositorio.usp.br/item/002873295>>. Acesso em: 02 de out. 2023.

BAILE W.F. *et al.*; A six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. **Oncologist**. 2000; 5(4):302-11. Disponível em: <doi: 10.1634/theoncologist.5-4-302. PMID: 10964998>. Acesso em: 02 de out. 2023.

CASTILHO, K.; PINTO, C. S.; SILVA, V. C. S. Manual de cuidados paliativos. **ANCP. 3nd. Atheneu**, 2021.

CATLIN A, CARTER B. Creation of a neonatal end-of-life palliative care protocol. **J Perinatol**. 2002 Apr-May;22(3):184-95. Disponível em: <doi: 10.1038/sj.jp.7210687. PMID: 11948380>. Acesso em: 02 de out. 2023.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS) PNH- **Política Nacional de Humanização - HUMANIZA SUS** – 1 edição, Brasília, 2003. Sluzki, Carlos E. A rede social na prática sistêmica. São Paulo, 1997. Disponível em: <https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf>. Acesso em: 02 de out. 2023.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS). Trabalho e Projeto profissional nas Políticas Sociais. Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Grupo de Trabalho “Serviço Social na Saúde”. Pinheiro, Neile d’Oran *et al.* Brasília. CFESS, 2010. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros_para_Assistentes_Sociais_na_Saude_-_versao_preliminar.pdf> . Acesso em 02 de out. 2023.

D´ALESSANDRO, PIRES, FORTE, *et al.* Manual de Cuidados Paliativos. Maria Perez Soares D´Alessandro, Carina Tischler Pires, Daniel Neves Forte, *et al.* **São Paulo. Hospital Sírio-Libanês; Ministério da Saúde; 2020.** Disponível em:<<https://cuidadospaliativos.org/uploads/2020/12/Manual-Cuidados-Paliativos.pdf> >. Acesso em: 02 de out.2023.

DICKSON G. Perinatal pathway for babies with palliative care needs: summary diagram. In Dickson G, Chambers L, Johnson M, Curry H. A perinatal pathway for babies with palliative care needs. 2nd ed. **Bristol: Together for Short Live; 2017.** p16–7. Disponível em: <<https://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2015/05/vamos-falar-de-cuidados-paliativos-vers--o-online.pdf> >. Acesso em: 02 de out. 2023.

FERREIRA, E. A.L.; BARBOSA, S.M.M.; IGLESIAS, S.B.O. **Cuidados Paliativos Pediátricos.** Digitaliza Conteudo, 2022. – Rio de Janeiro : Medbook, 2023.

FERREIRA, E. A.L.; BARBOSA, S.M.M.; IGLESIAS, S.B.O. . **Cuidados paliativos na perinatologia.** In: Cuidados Paliativos : na prática– 1. Ed. – Rio de Janeiro : Atheneu, 2019.

IGLESIAS S.B.O.; ZOLLNER A.C.R.; CONSTANTINO C.F.; Cuidados paliativos pediátricos. *Resid Pediatr.* 2016;6(Supl.1):46–54. Disponível em: <<https://doi.org/10.25060/residpediatr-2016.v6s1-10> >. Acesso em: 02 de out. 2023.

KNAUL, Felicia *et al.* How many adults and children are in need of palliative care worldwide? In: WORLDWIDE HOSPICE PALLIATIVE CARE ALLIANCE. **Global atlas of palliative care.** 2th. London: WHPCA, 2020, p. 17-32. Disponível em: <file:///C:/Users/ADM/Downloads/WHPCA_Global_Atlas_DIGITAL_Compress.pdf> Acesso em: 10 de jul. 2023.

MILSTEIN J. A paradigm of integrative care: healing with curing throughout life, "being with" and "doing to". **J Perinatol.** 2005 Sep;25(9):563-8. Disponível em: <doi: 10.1038/sj.jp.7211358. PMID: 16034476>. Acesso em: 02 de out. 2023.

SALGADO, H. de O.; POLIDO, C. A. **Como Lidar Luto Perinatal:** Acolhimento em situações de perda gestacional e neonatal. São Paulo: Lexema, p. 128, 2018.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA. Vamos falar de cuidados paliativos. 2015. Disponível em:< <https://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2014/11/vamos-falar-de-cuidados-paliativos-vers--o-online.pdf>> . Acesso em: 02 de out. 2023.

SOUZA, J. L. Cuidado Paliativo em Neonatologia. In Cuidado Paliativo: pediátrico e perinatal / Andreza Viviane Rubio, Jussara de Lima e Souza. – 1. Ed. – **Rio de Janeiro : Ateneu, 2019.**

WILKINSON D.J.; THIELE P.; WATKINS A.; DE CRESPIGNY L. Fatally flawed? A review and ethical analysis of lethal congenital malformations. **BJOG.** 2012 Oct;119(11):1302-8. Disponível em: <doi: 10.1111/j.1471-0528.2012.03450.x. Epub 2012 Jul 25. PMID: 22827258>. Acesso em: 02 de out. 2023.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Knowledge into Action Palliative Care. Cancer Control**, 1-42, 2007. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44024/9241547345_eng.pdf;jsessionid=C3E11870D89E18DAED6CE04DC0D0FF?sequence=1>. Acesso em: 03 de abr. 2023.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Planning and implementing palliative care services: a guide for programme managers. Suíça, 2016. Disponível em: <<https://www.who.int/publications/i/item/planning-and-implementing-palliative-care-services-a-guide-for-programme-managers>>. Acesso em: 02 de out. 2023.

O papel dos leitos de cuidado prolongado da Fhemig no cuidado à terminalidade da vida

BRASIL. Ministério da Saúde. **PORTARIA Nº 2.809, DE 7 DE DEZEMBRO DE 2012**. Disponível em: <[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt2809_07_12_2012.html#:~:text=Esta%20belece%20a%20organiza%C3%A7%C3%A3o%20dos%20Cuidados,Sistema%C3%A9Anico%20de%20Sa%C3%BAde%20\(SUS\)>](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt2809_07_12_2012.html#:~:text=Esta%20belece%20a%20organiza%C3%A7%C3%A3o%20dos%20Cuidados,Sistema%C3%A9Anico%20de%20Sa%C3%BAde%20(SUS)>)>. Acesso em: 09 de abr. de 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **PORTARIA Nº 3.681, DE 7 DE MAIO DE 2024**. Institui a Política Nacional de Cuidados Paliativos – PNCP no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, por meio da alteração da Portaria de Consolidação GM/MS nº 2, de 28 de setembro de 2017, Brasília, p. 1 – 29 de 04/2024. Disponível em: <<https://www.conass.org.br/conass-informa-n-87-2024-publicada-a-portaria-gm-n-3681-que-institui-a-politica-nacional-de-cuidados-paliativos-no-ambito-do-sus-por-meio-da-alteracao-da-portaria-de-consolidacao-gm-ms-n/>>. Acesso em: 17 de jun de 2024.

Estratégias para desospitalização dos pacientes em Cuidados Paliativos

ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS. ANCP. **Manual de Cuidados Paliativos**. Organizadores: Rodrigo Kappel Castilho, Vitor Carlos Santos da Silva, Cristhiane da Silva Pinto. 3 edição. São Paulo: ANCP, 2021.

BRASIL. **PORTARIA DE CONSOLIDAÇÃO Nº 5, DE 28 DE SETEMBRO DE 2017**. Ministério da Saúde. Disponível em: <http://portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Legislacoes/Portaria_Consolidacao_5_28_SETEMBRO_2017.pdf>. Acesso em: 06 de abr. 2023.

BRASIL. **Caderno de Atenção Domiciliar**. Ministério da Saúde. Brasília – DF, v.1, 2012, 15p. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/geral/CAD_VOL1_CAP4.pdf>. Acesso em: 06 de abr. 2023.

BRASIL. **Guia Diretrizes da Atenção Domiciliar**. Prefeitura de Belo Horizonte. Belo Horizonte – MG, 2023. Disponível em: <<https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/2023/Guia-Diretrizes-Atencao-Domiciliar-SAD-18-01-2023.pdf>>. Acesso em: 06 de abr. 2023.

BRASIL. **Desospitalização:** Reflexões para o cuidado em saúde e atuação multiprofissional. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Superintendência Estadual do Ministério da Saúde no Rio de Janeiro. Brasília, 2020. Disponível em: <https://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/publicacoes/desospitalizacao_reflexoes_cuidado_atuacao_multiprofissional.pdf> . Acesso em: 02 de out.2023.

SAVASSI, L.C.M. Os atuais desafios da Atenção Domiciliar na Atenção Primária à Saúde: uma análise na perspectiva do Sistema Único de Saúde. **Rev Bras Med Fam Comunidade**. 2016; v.11, n.38, p.1-12. Disponível em: <[http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc11\(38\)1259](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc11(38)1259)>. Acesso em: 02 de out. 2023.

SILVA, K.L.; SENA, R.R.; CASTRO, W.S. A desospitalização em um hospital público geral de Minas Gerais: desafios e possibilidades. **Rev Gaúcha Enferm.**, v. 38, n.4. 2017. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rgenf/a/6PDdDj7TnQnrzS6tnnKWJdh/?lang=pt>>. Acesso em 28 de mar. 2023.

ANEXO I - Choosing Wisely Brasil



TOP FIVE SBGG

Recomendações Choosing Wisely Brasil da SBGG sobre condutas para pessoas idosas ao fim da vida

1 NÃO INDIQUE ALIMENTAÇÃO ARTIFICIAL NO CONTEXTO DA TERMINALIDADE

A oferta de nutrição por sondas, nessas condições, não previne broncoaspiração, não melhora marcadores nutricionais, pode induzir agitação e aumentar o risco de lesões de pele por imobilidade. Prefira discutir com a família a proposta de alimentação de conforto, em que o paciente recebe alimentos de sua preferência pela via oral, até o final da vida, conforme aceitação, na consistência mais segura para a deglutição, preferencialmente com o suporte de profissional da Fonoaudiologia e da Nutrição.

2 NÃO INDIQUE INTUBAÇÃO OROTRAQUEAL COMO MEDIDA DE CONFORTO PARA TRATAR DISPNEIA AO FINAL DA VIDA

Suporte ventilatório invasivo é medida avançada de sustentação de vida. Mesmo pacientes acoplados a ventilação mecânica podem apresentar dispneia. O tratamento de dispneia terminal deve ser feito com opioides, titulados da forma correta, que podem ser associados a fármacos anticolinérgicos que reduzam as secreções respiratórias. Recomenda-se considerar, como medidas adicionais de conforto, o suporte de fisioterapia respiratória e sedação paliativa.

3 NÃO PRESCREVA INFUSÃO DE LÍQUIDOS POR VIA PARENTERAL COMO MEDIDA DE CONFORTO PARA PACIENTES EM PROCESSO DE MORRER

A reposição volêmica parenteral é dolorosa e desnecessária. Menos débito urinário significa menor necessidade de saída do leito, de acessórios para micção ou cateter. Menos fluido no trato gastrointestinal evita vômitos. Com menor secreção pulmonar, ocorrem menos tosse, congestão, ascite e edema periférico. Hipovolemia ao final da vida causa diminuição do nível de consciência e da percepção de desconforto. As cetonas e outros subprodutos metabólicos na desidratação atuam como anestésicos naturais para o sistema nervoso central, causando diminuição dos níveis de consciência e diminuição do desconforto.

4 NÃO PROMOVA CONTROLE GLICÊMICO RIGOROSO EM IDOSOS EM FINAL DE VIDA

A avaliação geriátrica é fundamental para a decisão de metas de glicemia. Deve-se individualizar condutas de acordo com as condições clínicas, funcionais e até mesmo sociais. Quando o final da vida se aproxima, o controle rigoroso não se faz mais necessário e medicações hipoglicemiantes podem ser descontinuadas. Os valores de hemoglobina glicada podem até ficar acima de 8%. Para os diabéticos tipo 1, uma pequena quantidade de insulina basal pode manter os níveis séricos de glicose e prevenir complicações agudas hiperglicêmicas.

5 NÃO INSTITUA MEDIDAS DE SUPORTE AVANÇADO DE VIDA EM PESSOAS COM DOENÇAS INCURÁVEIS SEM TER CONVERSADO PREVIAMENTE SOBRE SEUS VALORES E PREFERÊNCIAS

Os médicos precisam desenvolver a habilidade de conversar com os pacientes sob seus cuidados, ao longo da trajetória das doenças crônico-degenerativas, a respeito de suas vontades. O registro de uma Diretiva Antecipada de Vontade é a forma de proteger a pessoa, com o potencial de manter o foco do tratamento, ao final da vida, naquilo que realmente importa para ela.

*** Metodologia:** formou-se inicialmente força-tarefa de sete membros da Comissão Permanente de Cuidados Paliativos da SBGG e um membro da Choosing Wisely Brasil (facilitador apenas) com o objetivo de levantar os aspectos mais relevantes acerca das boas práticas para a assistência paliativa à pessoa idosa no escopo da iniciativa CW. Surgiram 53 recomendações. Ao longo de diversas reuniões e após ampla reflexão, 10 foram selecionadas para a apresentação no Congresso Paulista de Geriatria e Gerontologia (GERP- abril 2019), com posterior consulta pública. Houve a expressiva participação de 1038 votantes. A SBGG apresenta aqui as 5 recomendações consideradas mais relevantes. Contato: nacional@sbgg.org.br

Recomendações baseiam-se em imprescindível raciocínio probabilístico e no comportamento médio dos resultados das intervenções. Em decisão compartilhada com profissional de confiança, devem ser recalibradas, considerando condição clínica específica, valores e preferências do paciente.

Fonte: Choosing Wisely Brasil (2023).

ANEXO II - Exemplos de frases para uma comunicação empática.

1. Estimular o paciente a falar sobre seu quadro	<p>“O Sr. gostaria de conversar um pouco sobre como está o seu quadro hoje e sobre o que pode acontecer daqui para a frente? ”</p> <p>“Podemos conversar com detalhes sobre o que acontece com você agora e o que poderia acontecer em situação de piora para que você possa pensar sobre quais cuidados médicos você deseja ou não receber.”</p>
2. Checar se o paciente deseja outras pessoas envolvidas nas comunicações	<p>“Você quer participar desta conversa? Tem alguma pessoa que o senhor gostaria de chamar? ”</p> <p>“O senhor quer saber mais detalhes do que está acontecendo? Com quem prefere que eu fale sobre isto?”</p>
3. Procurar entender o motivo pelo qual o paciente não deseja conversar sobre sua condição	<p>“Compreendo que determinados assuntos podem ser difíceis de conversar, para mim é muito importante compreender por que o(a) sr. (a) prefere não discutir sobre estes assuntos para que eu tenha uma noção melhor de como abordar estes temas difíceis com você no futuro.”</p>
4. Checar entendimento sobre doença e tratamento	<p>“Eu revi seu prontuário e exames, mas gostaria de ouvir mais o que pensa sobre o que está acontecendo. O senhor poderia me contar o que está entendendo de tudo isso? O que os médicos já lhe explicaram? Quais são suas dúvidas?”</p>
5. Acessar subjetividade, permitir expressão de sentimentos	<p>“Como você está lidando com o que está acontecendo?”</p>
6. Retomar diagnóstico	<p>“Quando perguntei ao senhor sobre o que estava acontecendo, o senhor trouxe informações muito importantes. A doença que o senhor tem pode iniciar com o sintoma que o senhor falou que apareceu logo no início. Esta é uma doença (...)</p>
7. Retomar tratamento	<p>“Nós, como equipe, realizamos o procedimento “X” e tratamento “Y” com a expectativa de que o organismo do senhor pudesse apresentar melhora, porém...”</p> <p>“Também ficamos frustrados quando o medicamento</p>

	“X” não trouxe bons resultados.”
8. Como iniciar discussão sobre instituição de suporte avançado de vida	<p>“Alguém próximo de você já passou por uma internação em UTI ou precisou ficar intubado? Se fosse com você, o que você gostaria que fosse feito? ”</p> <p>“O (A) sr. (a) já pensou em algum momento em como gostaria de ser cuidado/a caso algo grave lhe acontecesse? ”</p> <p>“Pensar sobre isso nos ajudaria a cuidar melhor de você, respeitando seus valores e crenças.”</p>
9. Identificar um representante	“Se em algum momento você não conseguir falar para os médicos o que quer que seja feito, com quem você gostaria que conversássemos para tomar decisões sobre o seu tratamento?”
10. Comunicação sobre registro das diretivas	“Como seu/sua médico/a, deixarei registrado em seu prontuário tudo que foi conversado sobre seus cuidados médicos, além de ser possível a elaboração de um documento e a determinação de uma pessoa de sua confiança como porta-voz de seus desejos caso em algum momento você não consiga nos falar.”
11. Como introduzir uma comunicação de má notícia	“Gostaria muito de só conversarmos sobre as coisas muito boas, mas, infelizmente, estamos falando de uma doença e algumas informações podem ser um tanto ruins, mas tentarei falar de um jeito que o (a) sr. (a) compreenda. Se ficar com dúvida é só falar.”
12. Validar sentimentos	<p>“Percebi que ao falar sobre o sintoma (...) o (a) sr. (a) ficou mais nervoso, o que é completamente aceitável nessa situação. Qual seu medo em relação a isso? (...) se não quiser falar sobre isso agora, nossa equipe estará à disposição para conversar quando o (a) sr. (a) sentir vontade. ”</p> <p>“É natural ficar com medo ou assustado nesta situação, quer falar um pouco mais sobre isso? ”</p> <p>“O(a) sr. (a) sentir tristeza é compreensível, estamos aqui com você e daremos todo o cuidado necessário para o(a) sr. (a) ficar confortável.”</p> <p>“Estamos conversando sobre algo muito difícil e a</p>

	tristeza, a raiva são sentimentos que fazem parte desse contexto.”
13. Explorar crenças e valores	<p>“O que é mais importante para você, na sua vida? ”</p> <p>“Tem algo que te preocupa?”</p> <p>“Quando você pensa no futuro, o que lhe vem à mente? ”</p> <p>“Tem alguma coisa que você gostaria que a equipe soubesse/levasse em consideração ao cuidar de você em termos de valores de vida?”</p>
14. Estimular paciente a falar sobre suas preferências de cuidado	<p>“O senhor já conversou com a sua família sobre estas preocupações ou sobre a maneira com que gostaria de ser cuidado? ”</p> <p>“Seria importante que seus familiares soubessem sobre seus desejos e escolhas. ”</p>
15. Resumir/ rever o que foi discutido	“Você gostaria de rever o que a gente havia decidido sobre seus cuidados? Quero saber se o que havíamos decidido anteriormente ainda é o que o senhor deseja.”
16. Dar suporte e segurança	<p>“É importante que saiba que podemos ter tantas conversas quanto forem necessárias para esclarecer suas dúvidas e atualizar seus planos de cuidados. ”</p> <p>“Promover conforto e dignidade para seu pai é nossa prioridade.”</p>

Fonte: MAIELLO *et al.*, (2020) apud D’ALESSANDRO *et al.* (2015); FRUTIG; GUIMARÃES; BRANCO (2015); DETERING; SILVEIRA (2018); WOOD; CHAITIN; ARNOLD (2020).

ANEXO III: Escala de Sedação de RASS (“Richmond Agitation Sedation Scale”)

Pontuação	Classificação	Descrição
4	Combativo	Combativo, violento, risco para equipe
3	Muito agitado	Conduta agressiva, puxa ou remove tubos ou cateteres, agressivo verbalmente
2	Agitado	Movimentos despropositados frequentes, brigam com o ventilador
1	Inquieto	Intranquilo, ansioso, sem movimentos vigorosos ou agressivos
0	Alerta e Calmo	Alerta, calmo
-1	Sonolento	Adormecido, facilmente despertável, mantém contato visual por mais de 10 segundos
-2	Sedação leve	Despertar precoce ao estímulo verbal, mantém contato visual por pelo menos 10 segundos
-3	Sedação moderada	Movimentos e abertura ocular ao estímulo verbal, mas sem contato visual
-4	Sedação intensa	Sem resposta ao estímulo verbal mas apresenta movimentos ou abertura ocular ao toque (estímulo físico)
-5	Não desperta	Sem resposta ao estímulo verbal ou físico

Fonte: Adaptado de Ely EW, 2003.

ANEXO IV: Escala de Sedação Ramsay.

Ramsay	Avaliação
1	Paciente acordado e agitado, ansioso ou inquieto
2	Paciente acordado e colaborativo
3	Paciente dormindo, despertável com estímulo verbal, responsivo a comandos
4	Paciente dormindo, despertável com estímulo verbal vigoroso ou leve toque da glabella
5	Paciente dormindo, despertável com estímulo algico leve (compressão glabellar)
6	Paciente dormindo sem resposta a compressão glabellar

Fonte: Adaptado de FUCHS, B.; BELLAMY, C, 2023