

POLÍTICA

CUIDADOS PALIATIVOS

CÓDIGO:  
PT.AST.002

REVISÃO: 00  
PÁGINA:1/32

## 1. OBJETIVO

Instituir diretrizes do atendimento das equipes multiprofissionais do INTS (Instituto Nacional de Tecnologia e Saúde) para os pacientes que são elegíveis aos cuidados paliativos, promovendo melhoria da qualidade de vida através do alívio da dor e sintomas desagradáveis e pelo uso de metodologias para lidar com os medos, expectativas e necessidades, incluindo o acompanhamento no luto e a integração de apoio espiritual para o cuidado integral do paciente e sua família.

## 2. RESPONSABILIDADES

**2.1 ELABORAÇÃO E REVISÃO:** Gerência assistencial e Gerência médica do INTS SACA.

**2.2 EXECUÇÃO:** Todos os profissionais da equipe multiprofissional envolvidos na assistência dos pacientes em cuidados paliativos nas unidades de saúde geridas pelo INTS.

## 3. DEFINIÇÕES

**3.1 CCP – Comissão de cuidados paliativos**

**3.2 AD – Assistência Domiciliar**

**3.3 UBS - Unidade Básica de Saúde**

**3.4 Cuidados Paliativos (CP) –** O cuidado paliativo é a abordagem que visa a promoção da qualidade de vida de pacientes e seus familiares, através da avaliação precoce e controle de sintomas físicos, sociais, emocionais e espirituais desagradáveis, no contexto de doenças que ameaçam a continuidade da vida. A assistência é realizada por uma equipe multiprofissional durante o período do diagnóstico, adoecimento, finitude e luto (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2007).

**3.5 Escala De Karnofsky –** Escala de avaliação da capacidade funcional. Forma padrão de medir a capacidade de pacientes com câncer de executar tarefas comuns. A pontuação de Karnofsky varia de 0 a 100. Uma pontuação alta significa que o paciente é mais capaz de realizar atividades diárias.

POLÍTICA		
CUIDADOS PALIATIVOS	CÓDIGO: PT.AST.002	REVISÃO: 00
		PÁGINA:2/33

**3.6 PALIATIVE PERFORMANCE SCALE (PPS)** – auxilia na avaliação do status funcional que é um preditor independente de sobrevida, sendo útil para definir o perfil clínico do paciente e auxiliar no planejamento de cuidados do doente. Essa é uma escala que varia de 0% a 100% e cada pontuação representa um nível específico de habilidade funcional e descreve a extensão da assistência necessária para atividades de autocuidado, como deambulação, nível de atividade, evidência de doença, ingestão e nível de consciência (Ho et al., 2008).

**3.7 Rede de Atenção à Saúde (RAS):** A integração dos cuidados paliativos na atenção domiciliar deve estar conectada com os outros níveis de atenção à saúde, como a atenção básica, especializada, pré-hospitalar e hospitalar. Essa rede integrada garante uma continuidade de cuidados coordenados, evita fragmentação e promove uma gestão eficiente dos casos, atendendo de forma eficaz às necessidades dos pacientes.

**3.8 Abordagem Integral:** Uma abordagem humanizada e integral deve considerar o ser humano em sua totalidade, atendendo às suas necessidades físicas, emocionais, sociais e espirituais. Esse cuidado deve ser estendido ao paciente, seus cuidadores e familiares.

**3.9 Dimensão Espiritual:** A espiritualidade, considerada o sexto sinal vital nos cuidados paliativos, deve ser incluída no plano de cuidados. Ela se refere à busca pessoal por sentido e conexão com o sagrado, e vai além da religião. A equipe multiprofissional deve abordar questões espirituais de forma sensível, e os casos mais complexos podem exigir a atuação de capelães, sacerdotes ou líderes espirituais. A atenção às necessidades espirituais melhora a qualidade de vida e facilita o enfrentamento da terminalidade.

**3.10 Atribuições da Equipe Multiprofissional:** A equipe multiprofissional, composta por médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, fisioterapeutas, nutricionistas, farmacêuticos, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais, odontólogos, entre outros, desempenha um papel personalizado e humanizado no atendimento integral. Cada profissional contribui para o alívio dos sintomas, manejo da dor, cuidado espiritual, plano avançado de cuidados e suporte contínuo aos pacientes e suas famílias, promovendo bem-estar e dignidade durante todas as fases do cuidado.

POLÍTICA		
CUIDADOS PALIATIVOS	CÓDIGO: PT.AST.002	REVISÃO: 00
		PÁGINA:3/33

**3.11 Plano de Cuidado Integral e Plano Avançado de Cuidados:** A elaboração de um plano de cuidado deve ser realizada em conjunto com o paciente, sua família e equipe multidisciplinar, respeitando seus desejos e preferências. O plano avançado de cuidados assegura que as decisões e ações tomadas durante o tratamento estejam de acordo com os valores e vontades do paciente, abrangendo aspectos de recusa ou aceitação de procedimentos, instruções claras sobre intervenções, entre outros.

**3.12 Intervenções:** As principais ações em cuidados paliativos incluem medidas de conforto, controle de sintomas, manejo da dor e apoio emocional, social e espiritual, planejamento de alta e continuidade do cuidado, educação e apoio à família/cuidadores, criando um ambiente de cuidado e apoio tanto para o paciente quanto para a família.

**3.13 Práticas Integrativas e Complementares (PICs):** As PICs, como acupuntura, meditação, reiki, fitoterapia e aromaterapia, devem ser integradas ao cuidado paliativo para oferecer alívio dos sintomas físicos, emocionais e espirituais, promovendo relaxamento, alívio da dor e uma sensação de bem-estar integral. Essas práticas devem respeitar as preferências dos pacientes e de suas famílias, bem como indicação clínica

**3.14 Competências:** Os profissionais de cuidados paliativos devem desenvolver competências interpessoais, como empatia, comunicação sensível e escuta ativa, que são essenciais para oferecer um cuidado compassivo e de qualidade, além das competências técnicas, como controle dos sintomas, planejamento de cuidados e tomada de decisão ética e emocionais e psicológicas, como autocuidado, resiliência e estabilidade emocional.

**3.15 Aspectos Integradores:** A comunicação eficiente entre os serviços da **Rede de Atenção à Saúde (RAS)** e as equipes de Atenção Domiciliar (AD) é vital para a integração do cuidado. É necessário ajustar processos de trabalho, realizar reuniões entre equipes e utilizar ferramentas como o plano de cuidados integrado. A preparação de pacientes e familiares para o fim de vida, com suporte e empatia, é crucial nesse contexto.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), cuidados paliativos consistem na assistência promovida por uma equipe multidisciplinar que objetiva a melhoria da qualidade de vida do paciente e seus familiares, diante de uma doença que ameace a vida, por meio da prevenção e alívio

POLÍTICA		
CUIDADOS PALIATIVOS	CÓDIGO: PT.AST.002	REVISÃO: 00
		PÁGINA:4/33

do sofrimento, da identificação precoce, avaliação impecável e tratamento de dor e demais sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais e oferecer um sistema de apoio para ajudar a família a lidar com a doença do paciente.

Em 31 de outubro de 2018, o Ministério da Saúde publicou a resolução nº 41, que normatiza a oferta de cuidados paliativos como parte dos cuidados continuados integrados no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2018).

A resolução propõe, que nas redes de atenção à saúde, sejam claramente identificadas e observadas as preferências da pessoa doente quanto ao tipo de cuidado e tratamento médico que receberá. A resolução define que os cuidados paliativos devam estar disponíveis em todo ponto da rede: atenção básica, domiciliar, ambulatorial, hospitalar, urgência e emergência.

A Portaria nº 3681, de 07 de maio de 2024, estabelece a Política Nacional de Cuidados Paliativos no SUS, reforçando a integração desses cuidados na Rede de Atenção à Saúde (RAS). Destaca a importância de um cuidado centrado no paciente e na família, considerando as dimensões biopsicossociais, a prestação do cuidado paliativo por equipe multidisciplinar e interdisciplinar. Oferece suporte às famílias durante o processo de luto e determina que as ações e serviços devem ser realizados por uma equipe multiprofissional. Além disso, promove a formação contínua dos profissionais de saúde, assegurando a atualização e o aprimoramento das práticas na área de cuidados paliativos.

Em 2024, a Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo lança a “Diretriz Técnica de Cuidados Paliativos na Atenção Domiciliar”, abordando todas as dimensões do cuidado do paciente e familiares que necessitam de cuidados paliativos na rede de Atenção à Saúde (SMS, 2024).

O marcante avanço tecnológico vem permitindo o prolongamento da vida em condições questionáveis de qualidade e em situações de inevitável caminhar para a morte. A juventude da abordagem paliativa e as limitações culturais ainda muito fortes e tornam o cuidado paliativo uma prática difícil para adultos e crianças.

No contexto pediátrico a variabilidade de contextos éticos-legais diante da possibilidade da participação direta do paciente pediátrico nas tomadas de decisões e todo o arcabouço psico-

<b>POLÍTICA</b>		
<b>CUIDADOS PALIATIVOS</b>	<b>CÓDIGO: PT.AST.002</b>	<b>REVISÃO: 00</b>
		<b>PÁGINA:5/33</b>

existencial que se relaciona com a tomada de decisão dos progenitores em relação ao dependente menor tornam o processo de cuidado paliativo ainda mais desafiador no paciente pediátrico.

De acordo com o princípio de hierarquização da assistência, os Cuidados Paliativos devem ser integrados à RAS e estar disponíveis em diversos contextos, tais como Atenção Básica, Atenção Ambulatorial, Atenção Hospitalar, Serviços de Urgência e Emergência e AD (Brasil, 2018a). Podem ser fornecidos em qualquer ambiente de saúde, inclusive nas casas dos pacientes (WHO, 2016). A Política Nacional de Cuidados Paliativos (Brasil, 2024) aponta a atenção primária como coordenadora do cuidado e ordenadora da RAS, por meio da corresponsabilização, integralidade do cuidado e compartilhamento das decisões de saúde entre os pontos de atenção da referida rede.

São competências e atribuições dos pontos de atenção da RAS (Brasil, 2024):

**I – Atenção primária:** abrange a oferta de um conjunto de ações de saúde em cuidados paliativos, no âmbito individual e coletivo, por meio dos diferentes tipos de equipe existentes, nas unidades básicas de saúde, domicílios e territórios, com fundamento na Portaria GM/MS nº 2.436, de 21 de setembro de 2017;

**II – Atenção domiciliar:** indicada para pessoas que necessitam de cuidados paliativos em situação de restrição ao leito e domicílio, ofertada por equipes da atenção primária ou de Serviços de Atenção Domiciliar/Programa Melhor em Casa, atuando em articulação com a família, RAS e comunidade do território, de forma que o domicílio seja o principal local de cuidado, observando-se o Projeto Terapêutico Singular – PTS explícito no prontuário domiciliar;

**III – Ambulatórios de atenção especializada:** deverão ser estruturados para promover cuidado longitudinal conforme momento clínico da doença, podendo ser o ponto de atenção principal do cuidador ou matriciador, auxiliando no controle de sintomas e na melhoria da qualidade de vida da pessoa cuidada, de forma integrada aos demais dispositivos da RAS e desde que decidido em conjunto com a pessoa e/ou família;

**IV – Serviço de urgência:** prestará cuidados paliativos para alívio dos sintomas agudizados, garantindo o conforto e a dignidade da pessoa, assim como de seus familiares e cuidadores, nas suas diversas modalidades e considerando as particularidades de atendimentos da rede, conforme se segue:

POLÍTICA		
CUIDADOS PALIATIVOS	CÓDIGO: PT.AST.002	REVISÃO: 00
		PÁGINA:6/33

a) disponibilização de transporte sanitário para garantir cuidado digno e deslocamento adequado, em tempo oportuno;

b) atuação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU 192 nos casos de remoção da pessoa de um ponto de atenção, domicílio ou via pública para outro ponto de atenção da RAS, considerando a regulação médica e com foco na promoção do conforto, desde que decidido em conjunto com a pessoa e/ou família;

c) realização de atendimentos de intercorrências de agravamento de sintomas, processo ativo de morte e óbito domiciliar pelo SAMU 192 visando ao controle de sintomas, conforto da pessoa e apoio ao processo de morte e luto familiar, em especial no período noturno e finais de semana, garantindo a atestação do óbito em documentação regulamentada;

d) reconhecimento e tratamento de pessoas em situação de cuidados paliativos para alívio da dor e demais sintomas não controlados em domicílio ou ambulatório pelas Unidades de Pronto Atendimento – UPA 24h e PA;

V – **Atenção hospitalar:** voltado a acolher e direcionar o planejamento do cuidado, incluindo controle de sintomas, construção e revisão do plano avançado de cuidados, acompanhamento do processo ativo de morte, bem como acolhimento e orientações à família durante o processo da doença e luto;

VI – **Unidades e hospitais especializados em cuidados prolongados:** devem realizar a abordagem em cuidados paliativos para as pessoas sob seus cuidados que atendam critérios de elegibilidade.

### **Atenção Domiciliar**

Na abordagem dos cuidados paliativos, o domicílio é um espaço significativo que engloba as diferentes singularidades, voltadas para vida e não para a doença. O paciente que volta para sua casa para continuidade dos cuidados tem uma oportunidade de estar em seu próprio espaço e próximo ao contexto de sua vida. Desse modo ocorrem possibilidades de cuidado entre os sujeitos, familiares e cuidadores, permeados por um contexto de laços afetivos, rotinas, valores e formas de cuidados (Brasil, 2012). Dentre as perspectivas e potencialidades ao longo do processo de cuidado

<b>POLÍTICA</b>		
<b>CUIDADOS PALIATIVOS</b>	<b>CÓDIGO:</b> PT.AST.002	<b>REVISÃO: 00</b>
		<b>PÁGINA:7/33</b>

pelos profissionais da saúde, o domicílio passa a ser um espaço não só de existência da vida, mas também do reconhecimento de um espaço para a terminalidade.

A AD é uma modalidade de atenção à saúde integrada à RAS, fornecida no domicílio e que envolve uma variedade de ações, incluindo prevenção e tratamento de doenças, reabilitação, cuidados paliativos e promoção da saúde. É uma atividade que se constrói fora do espaço hospitalar e dos ambulatorios de especialidades, promovendo atendimento mais humanizado, possibilitando rapidez na recuperação dos pacientes, autonomia e otimização dos leitos hospitalares (Brasil, 2020).

A AD é categorizada em três modalidades: AD1, AD2 e AD3. A determinação da modalidade dependerá dos critérios de elegibilidade, considerando a periodicidade das visitas, a intensidade do cuidado multiprofissional e a utilização de equipamentos (Brasil, 2024). Portanto, o processo de trabalho deve ser sistematizado realizando inicialmente a identificação e o acompanhamento dos pacientes elegíveis para AD no território pois pode haver uma migração de modalidade a depender das mudanças no quadro clínico.

### MODALIDADES

Modalidade	Responsabilidade	Elegibilidade
<b>AD1</b>	<b>UBS</b>	Pessoas com condição crônica estável e restrita ao leito ou lar, demandando atenção da equipe de saúde de forma espaçada e planejada, conforme seu Plano Terapêutico Singular (PTS).
<b>AD2</b>	<b>EMAD e EMAP</b>	Pessoas que precisam de cuidados multiprofissionais temporários e com atendimentos semanais. Isso abrange afecções agudas com tratamentos parenterais, crônicas agudizadas com cuidados sequenciais, tratamentos ou reabilitação para ganho de funcionalidade, demanda por cuidados paliativos com visitas sequenciais para controle de sintomas, ou prematuridade com necessidade de ganho ponderal ou procedimentos sequenciais.
<b>AD3</b>	<b>EMAD e EMAP</b>	Pessoas que necessitam predominantemente de cuidados multiprofissionais, utilização de equipamentos e procedimentos complexos em domicílio, como ventilação mecânica, cuidados paliativos sequenciais, condições crônico-degenerativas progressivas, e intervenções sistemáticas, como reabilitação intensiva e antibioticoterapia.

POLÍTICA		
CUIDADOS PALIATIVOS	CÓDIGO: PT.AST.002	REVISÃO: 00
		PÁGINA:8/33

#### 4. DIRETRIZ

##### 4.1 IDENTIFICAÇÃO DA NECESSIDADE DE CUIDADOS PALIATIVOS

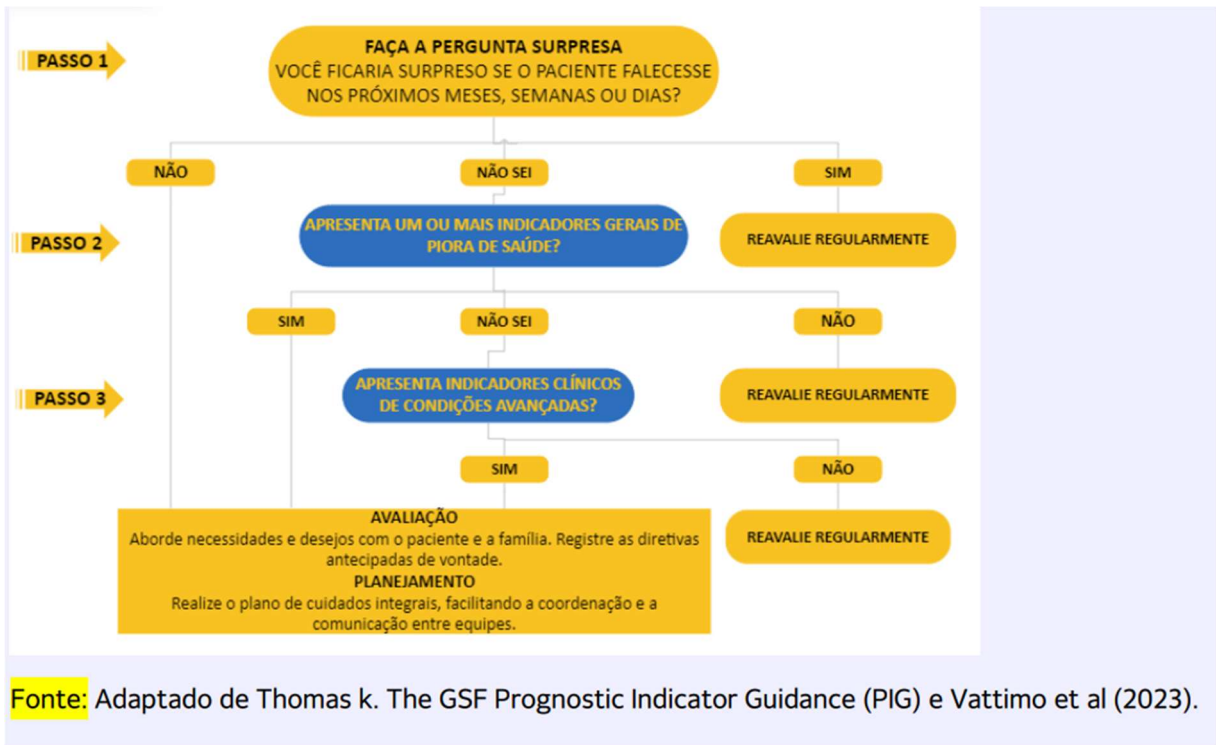
**4.1.1 Identificação do paciente:** Realiza-se uma avaliação integral do paciente para entender suas necessidades e o estágio da doença.

**4.1.2 Uso de Ferramentas de Triagem:**

- Pergunta Surpresa: Questiona se o profissional ficaria surpreso se o paciente falecesse nos próximos 12 meses. Resposta negativa sugere iniciar discussões sobre prognóstico e planejamento de cuidados (Tomazelli, 2023).
- Supportive and Palliative Care Indicators Tool (SPICT-BR™): Avalia sinais de piora da saúde e condições avançadas, indicando a necessidade de cuidados paliativos quando dois ou mais indicadores gerais e um ou mais indicadores clínicos são positivos (Vattimo, 2023; Correia, 2016). **Anexo 1**
- Instrumento NECPAL CCOMS-ICO© que é uma ferramenta traduzida para língua portuguesa com adaptação transcultural que avalia pacientes oncológicos acompanhados em hospital ou ambulatório e tem como objetivo descrever os sinais de declínio e a importância de iniciar intervenções específicas precocemente, não apenas em estágios avançados da doença (Santana et al, 2020). **Anexo 2**



<b>POLÍTICA</b>		
<b>CUIDADOS PALIATIVOS</b>	<b>CÓDIGO: PT.AST.002</b>	<b>REVISÃO: 00</b>
		<b>PÁGINA:9/33</b>



A "Pergunta Surpresa" é reconhecida como uma maneira de avaliar a necessidade de cuidados paliativos, questionando se o profissional de saúde ficaria surpreso se o paciente falecesse nos próximos 12 meses. Uma resposta negativa indica a necessidade de iniciar discussões sobre prognóstico, valores e expectativas, bem como o planejamento avançado de cuidados (Tomazelli, 2023).

A escala Supportive and Palliative Care Indicators Tool (SPICTM) é uma ferramenta clínica traduzida e validada no Brasil, como SPICT-BRTM, o que facilita sua aplicação e adaptação no contexto nacional. Utilizada em 30 países, apresenta seis sinais de piora da saúde e indicadores clínicos de condições avançadas, como câncer e demência (Vattimo, 2023). Embora não seja classificada como uma ferramenta prognóstica, estudos sugerem que a presença de duas condições clínicas gerais está correlacionada com um aumento do risco de mortalidade nos próximos 12 meses (Woolfield et al, 2019). Portanto, o SPICT-BR é um roteiro que identifica sinais e sintomas de deterioração em pacientes com doenças crônicas ou graves e orienta os profissionais de saúde na preparação e previsão de situações que podem afetar indivíduos, identificando pacientes que podem se beneficiar de cuidados paliativos.

POLÍTICA		
CUIDADOS PALIATIVOS	CÓDIGO: PT.AST.002	REVISÃO: 00
		PÁGINA:10/33

Ao utilizar indicadores específicos e gerais, o SPICT-BR™ propõe revisões na abordagem e tratamento, facilitando a comunicação entre pacientes, familiares e profissionais de saúde (Correa, 2016). Descreve aspectos principais dos cuidados paliativos e do planejamento de cuidados futuros (Dos Santos Marques; Cordeiro, 2021). O SPICT-BR será positivo quando, na primeira parte, houver a presença de dois ou mais indicadores gerais de piora da saúde e, na segunda parte, pelo menos um ou mais indicadores clínicos. Outro instrumento de avaliação de necessidades, que contribui e considera a pergunta surpresa no seguimento da avaliação, é o instrumento NECPAL CCOMS-ICO© que é uma ferramenta traduzida para língua portuguesa com adaptação transcultural que avalia pacientes oncológicos acompanhados em hospital ou ambulatório e tem como objetivo descrever os sinais de declínio e a importância de iniciar intervenções específicas precocemente, não apenas em estágios avançados da doença (Santana et al, 2020). Inclui quatro elementos: pergunta surpresa, necessidade de cuidados solicitados, indicadores clínicos gerais de gravidade e patologias progressivas. Os pacientes devem ter pelo menos um critério adicional, além da pergunta surpresa, como indicadores clínicos de gravidade, comorbidades ou uso de recursos de saúde (Vattimo, 2023).

#### 4.2. ANÁLISE DA TRAJETÓRIA DA DOENÇA

- Trajetória 1: Doenças crônicas com exacerbações e risco de morte repentina.

Exemplo de doenças: Insuficiência cardíaca, doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), hipertensão grave, entre outras.

- Trajetória 2: Pacientes com câncer enfrentam um rápido declínio próximo da morte.

Exemplo de doenças: Câncer de pulmão, câncer gástrico, câncer pancreático, entre outros.

- Trajetória 3: Doenças neurodegenerativas com deterioração progressiva.

Exemplo de doenças: Doença de Alzheimer, esclerose lateral amiotrófica (ELA), Parkinson avançado, entre outras.

#### 4.3. AVALIAÇÃO FUNCIONAL

Utiliza-se a Palliative Performance Scale (PPS) para medir a mobilidade, atividade da doença, autocuidado e nível de consciência, essencial para monitorar a progressão da doença e prognóstico.

#### Anexo 3

<b>POLÍTICA</b>		
<b>CUIDADOS PALIATIVOS</b>	<b>CÓDIGO: PT.AST.002</b>	<b>REVISÃO: 00</b>
		<b>PÁGINA:11/33</b>

#### **4.4. APLICAÇÃO DO INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ELEGIBILIDADE E COMPLEXIDADE DA ATENÇÃO DOMICILIAR (IAEC-AD).**

Avalia a complexidade do cuidado e a elegibilidade para a Atenção Domiciliar (AD). **Anexo 4**

#### **4.5. IMPLEMENTAÇÃO DOS CUIDADOS PALIATIVOS**

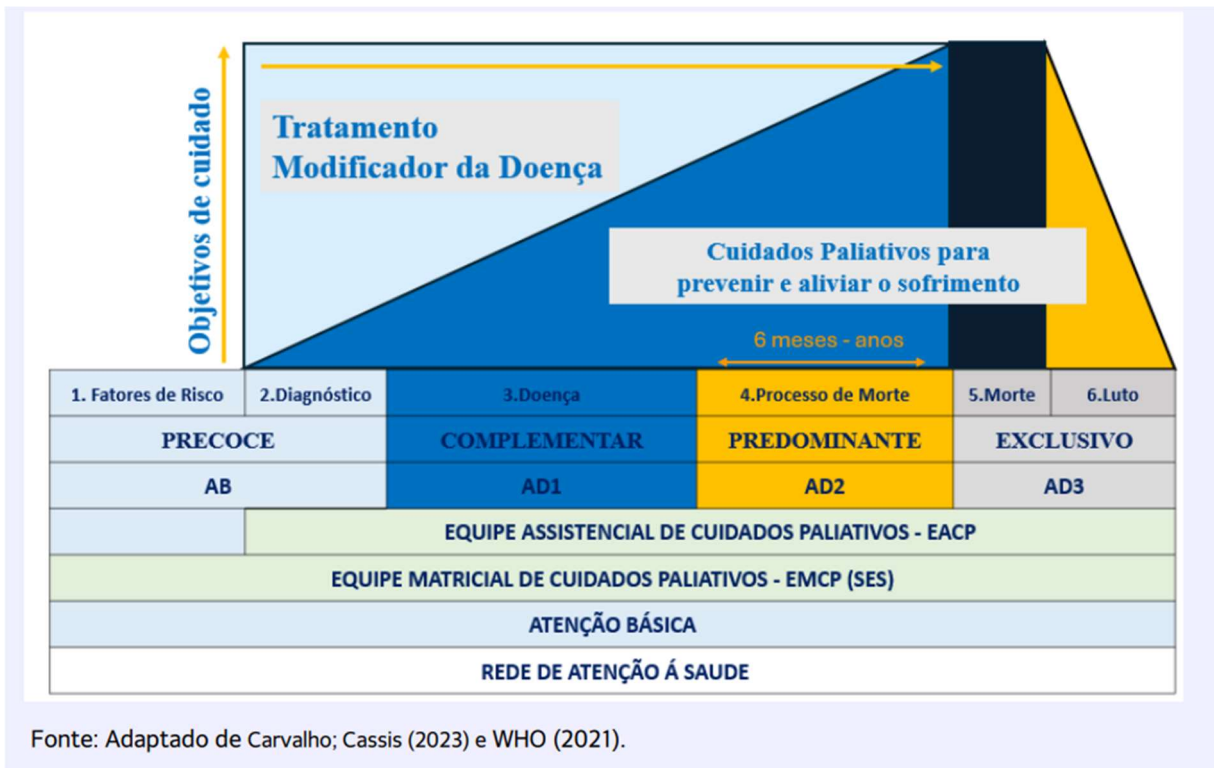
Com base nas avaliações, inicia-se uma abordagem paliativa que inclui o paciente, familiares e equipe multiprofissional para gerenciar sintomas e oferecer suporte adequado.

Alguns fatores prognósticos podem ser usados como critérios de elegibilidade. Pacientes que possuem um perfil funcional igual ou inferior a 50% na escala de Karnofsky ou Palliative Performance Scala (PPS) são também elegíveis para Cuidado Paliativo.

#### **4.6. CLASSIFICAÇÃO DOS CUIDADOS PALIATIVOS**

Os cuidados paliativos são implementados no início do curso de uma doença, juntamente com intervenções terapêuticas, com o objetivo de tratar e oferecer suporte contínuo para o paciente e sua família ao longo da trajetória de vida (WHO, 2021). Após serem realizadas as avaliações iniciais, a classificação dos cuidados paliativos envolve a categorização dos pacientes de acordo com as necessidades do paciente, trajetória da doença e a funcionalidade atual. Sendo assim, há necessidade de identificar a fase em que o paciente se encontra para planejar o cuidado, que pode ser: precoce, complementar, predominante e exclusivo.

<b>POLÍTICA</b>		
<b>CUIDADOS PALIATIVOS</b>	<b>CÓDIGO:</b> PT.AST.002	<b>REVISÃO: 00</b>
	<b>PÁGINA:12/33</b>	



**Fase 1** – Promoção e prevenção: conforme enfatizado na Carta de Ottawa, é essencial criar espaços saudáveis que promovam a saúde e previnam o sofrimento. Nesta fase inicial, a oferta de ações de promoção de saúde deve incluir mecanismos para sensibilizar a população sobre os cuidados paliativos, abordando fatores de risco e prevenindo o sofrimento decorrente deles, ao mesmo tempo em que se fomenta uma cultura de cuidado comunitário, capacitando cuidadores e familiares, para apoio desde o início do processo. Assistência realizada na AB.

**Fase 2** – Cuidados paliativos precoces: início do processo evolutivo da doença, o foco principal do paciente é a terapia modificadora da doença, com pouca ou nenhuma necessidade de intervenção de cuidados paliativos (Nicodemo; Torres, 2022). As ações paliativas esperadas são: avaliação da biografia, vínculo, comunicação para a explicação do processo de doença, início do planejamento das ações multiprofissionais e avaliação dos recursos disponíveis. Nessa fase há presença do sofrimento físico ou de outra natureza em relação ao diagnóstico e às expectativas (Carvalho; Cassis, 2023). Intervenções invasivas e sustentadoras de vida são reservadas para intercorrências agudas e potencialmente reversíveis (Nicodemo; Torres, 2022). Assistência realizada na AB e ambulatórios de especialidades.

POLÍTICA		
CUIDADOS PALIATIVOS	CÓDIGO: PT.AST.002	REVISÃO: 00
		PÁGINA:13/33

**Fase 3** – Cuidados paliativos complementares: progressão da doença, as terapias que modificam o curso da doença começam a falhar ou não conseguem mais conter os sintomas. É importante atuar ativamente no controle de sintomas físicos, questionar a presença de outras formas de sofrimento, prevenir complicações e iniciar a discussão sobre diretivas antecipadas de vontade (Carvalho; Cassis, 2023). Em situações de intercorrência aguda reversível, terapias invasivas podem ser requeridas (Nicodemo; Torres, 2022). O atendimento é predominantemente na AB, pela AD na modalidade AD1 ou atendimento da EMAD/EMAP, pré-hospitalar ou hospitalar podem ser necessários em casos de intercorrências agudas.

**Fase 4** – Cuidados paliativos predominantes: as necessidades do paciente e da família se tornam mais complexas, abordar o enfrentamento das perdas funcionais progressivas, importância de discutir diretivas antecipadas de vontade e questões burocráticas (Carvalho; Cassis, 2023). Aumento por controle de sintomas e organização multiprofissional, visando uma abordagem do sofrimento. Embora os cuidados paliativos sejam essenciais, intervenções da terapia modificadora ainda podem ser aplicadas em intercorrências agudas, como infecções. O transplante de órgãos é a única terapia modificadora considerada, avaliada com base em fatores como idade, morbidades e funcionalidade (Nicodemo; Torres, 2022). O atendimento é predominantemente na AD, na modalidade AD2 ou internação pode ser necessária em casos de intercorrências agudas.

**Fase 5** – Cuidados paliativos exclusivos: na fase final da vida, os pacientes enfrentam patologias avançadas com prognóstico de dias ou semanas. É importante que o vínculo entre paciente e família já esteja estabelecido, pois a demanda física é intensa (Carvalho; Cassis, 2023). A terapêutica deve ser voltada estritamente para o controle de sintomas e desconfortos nas esferas física, psíquica e espiritual (Nicodemo; Torres, 2022). Intervenções invasivas e terapias de manutenção artificial não são recomendadas (Carvalho; Cassis, 2023). O atendimento é predominantemente na AD, na modalidade AD3. No caso de óbito em domicílio planejado, os cuidados devem ser assegurados pela equipe de AD ou a internação é indicada (Nicodemo; Torres, 2022).

**Fase 6** - Cuidados paliativos exclusivos pós-óbito: depois que o paciente falece, começa o processo de luto, que tem uma duração diferente para cada membro da família. A equipe de cuidados domiciliares fornece assistência durante esse período de ajuste, ajudando a família a entender o

<b>POLÍTICA</b>		
<b>CUIDADOS PALIATIVOS</b>	<b>CÓDIGO: PT.AST.002</b>	<b>REVISÃO: 00</b>
		<b>PÁGINA:14/33</b>

processo de luto e proporcionando apoio emocional. O atendimento é predominantemente na AD, na modalidade AD3 com apoio da AB.

#### **4.7. BIOGRAFIA**

Conhecer a biografia do paciente é essencial para reconhecê-lo como o centro do cuidado paliativo, considerando aspectos pessoais, sociais, culturais, crenças e relações familiares, história de vida, relações e conexões, rede de apoio, realizações, momentos felizes e marcantes, lutas e superações, reflexões sobre o presente e futuro. Compreender como a pessoa vive e os recursos disponíveis é fundamental para enfrentar o sofrimento de maneira adequada e respeitosa (Silva et al, 2018).

#### **4.8. AVALIAÇÃO PACIENTE, FAMÍLIA E CUIDADORES**

Para realizar a avaliação integral ou multidimensional do cuidado, considerando o paciente, família e cuidadores será preciso utilizar o instrumento norteador para abordar as necessidades físicas, emocionais, sociais, espirituais e psicológicas.

O município de São Paulo sugere o uso do instrumento Diagrama da Abordagem Multidimensional (DAM) que é uma ferramenta que reconhece a complexidade do ser humano em suas diversas dimensões. **Anexo 5**

O DAM é uma ferramenta para avaliar e compreender a percepção dos pacientes sobre sua própria dignidade e bem-estar. Com o uso deste instrumento, conseguiremos:

- Identificar e abordar questões emocionais e espirituais que afetam a qualidade de vida dos pacientes.
- Reconhecer e responder a fatores de estresse e sofrimento, proporcionando um atendimento mais sensível e personalizado.
- Ajustar o suporte oferecido, alinhando as intervenções com as necessidades e preocupações expressas pelos pacientes.

Todos os membros da equipe devem integrá-lo em suas práticas de avaliação de pacientes. Os quatro quadrantes representam as quatro dimensões do sofrimento que devem orientar o planejamento da equipe (D'Alessandro, 2023):

POLÍTICA		
CUIDADOS PALIATIVOS	CÓDIGO: PT.AST.002	REVISÃO: 00
		PÁGINA:15/33

- Primeira etapa, coletam-se informações objetivas sobre o paciente, incluindo sua história e sua família
- Segunda etapa, a equipe identifica os sofrimentos percebidos ou relatados pelo paciente e familiares, bem como suas causas.
- Terceira etapa, definem-se as ações e estratégias que a equipe deve adotar para atender às demandas do paciente e familiares e alcançar os objetivos do plano de cuidado.

#### 4.9. DIMENSÃO ESPIRITUAL

A palavra "religião" tem duas etimologias: "religare", que significa ligar-se ao absoluto ou essencial, e "religere", que implica reler um acontecimento para descobrir seu significado (Hennezel; Leloup, 2012).

Enquanto a religião envolve práticas e rituais destinados a conferir sentido ao sofrimento, à morte e à existência, a espiritualidade, por outro lado, é uma característica inerente a todos os seres humanos. Esta vai além da experiência religiosa, abrangendo a aceitação e a compreensão dos próprios limites diante do sofrimento (Hennezel; Leloup, 2012).

Espiritualidade, portanto, é uma busca pessoal por respostas sobre o significado da vida e uma conexão profunda com o sagrado, indo além da razão e adentrando um território não imediatamente observável (O'Connor, Aranda, 2008). No contexto dos cuidados paliativos, a espiritualidade é considerada o sexto sinal vital, devendo ser integrada ao plano de cuidados (Saporetti, 2023).

A abordagem do sofrimento espiritual pode ocorrer em três níveis distintos: pela equipe multiprofissional, pelo capelão ou pelo sacerdote (Saporetti, 2023).

As questões mais simples podem ser abordadas pela equipe, que deve ouvir e validar o sofrimento do paciente.

Já os casos mais complexos, como a necessidade de perdão ou crises existenciais, demandam a intervenção de capelães ou sacerdotes, conforme a tradição religiosa do paciente.

POLÍTICA		
CUIDADOS PALIATIVOS	CÓDIGO: PT.AST.002	REVISÃO: 00
		PÁGINA:16/33

Reconhecer e atender às necessidades espirituais dos pacientes é crucial para promover o bem-estar, superando os desafios que os profissionais de saúde frequentemente enfrentam ao lidar com essas questões (INCA, 2022). Tais necessidades, muitas vezes negligenciadas, podem ser atendidas através de intervenções simples, que têm sido associadas a melhorias na qualidade de vida e na tomada de decisões voltadas ao conforto no final da vida (Belfiore et al., 2023). Além disso, a abordagem espiritual deve ser contínua e integrada às metas de cuidado, sendo facilitada pela criação de vínculo. No entanto, em situações críticas ou de tempo limitado, perguntas simples de rastreio podem ajudar a identificar o sofrimento ou bem-estar espiritual (Toloi; Branco, 2022).

O protocolo HOPE, considerado adequado para cuidados paliativos, utiliza a palavra "Esperança" em sua sigla em inglês, destacando quatro áreas-chave facilmente memorizáveis (INCA, 2022). **Anexo 6**

#### 4.10. ATRIBUIÇÕES EQUIPE MULTIPROFISSIONAL

Nos cuidados paliativos, a abordagem multidisciplinar e interdisciplinar é essencial para proporcionar um suporte integral e eficaz aos pacientes e suas famílias. Cada profissional contribui com sua especialização, colaborando para uma avaliação abrangente que cobre as necessidades físicas, emocionais, sociais e espirituais. As intervenções são realizadas de forma conjunta, ajustando-se continuamente com a trajetória da doença para maximizar o alívio e manejo de sintomas. A integração de médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, fisioterapeutas, nutricionistas, farmacêuticos, terapeutas ocupacionais, cirurgião-dentista e outros profissionais permite uma abordagem integral.

Esse trabalho colaborativo assegura que os pacientes recebam um cuidado individualizado, respeitando suas preferências e melhorando sua qualidade de vida. Além disso, a orientação contínua para pacientes, cuidadores e familiares é crucial para o manejo da doença, o planejamento de cuidados e o suporte durante o processo de doença, terminalidade e luto.



<b>POLÍTICA</b>		
<b>CUIDADOS PALIATIVOS</b>	<b>CÓDIGO:</b> PT.AST.002	<b>REVISÃO: 00</b>
		<b>PÁGINA:17/33</b>

<b>Área</b>	<b>ATUAÇÃO</b>
Equipe Multi	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliação das necessidades de cuidados paliativos.</li> <li>• Elaboração do PTS, a partir de avaliação do paciente e da família com a equipe multidisciplinar.</li> <li>• Conforto e alívio dos sintomas.</li> <li>• Compreensão da essência do cuidar, oferecer o cuidado adequado e resolutivo àquele que adoece buscando o melhor desfecho clínico ao paciente.</li> <li>• Assistência aos cuidadores e familiares.</li> <li>• Abordagem do cuidado espiritual buscando compreender a estrutura e os valores espirituais do paciente, avaliando problemas espirituais com necessidades e/ou sofrimento espiritual.</li> <li>• Capacitação de cuidadores para formação de comunidade compassiva.</li> <li>• Acompanhamento pós-óbito</li> </ul>
Medicina	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Discussão do caso clínico com a equipe.</li> <li>• Gerenciamento e manejo da dor e dos demais sintomas físicos, psicossociais, espirituais para manutenção da qualidade de vida e funcionalidade, com o devido respeito aos desejos e autonomia do paciente.</li> <li>• Elaboração do Plano Avançado de Cuidados (PAC).</li> <li>• Comunicação sobre os objetivos dos cuidados, adaptando o foco do tratamento ao longo da trajetória da doença.</li> <li>• Participação de reuniões familiares.</li> </ul>
Enfermagem	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Elaborar plano de cuidados de enfermagem para a equipe, com estabelecimento de metas terapêuticas e priorização de cuidados para alívio do sofrimento.</li> <li>• Escuta ativa e acolhimento de dúvidas e angústias do paciente e cuidadores.</li> <li>• Administrar medidas de tratamento farmacológico e não farmacológico.</li> <li>• Medidas de higiene e conforto.</li> <li>• Cuidado com lesões por pressão, feridas neoplásicas, úlceras de Kennedy e estomias.</li> <li>• Orientar familiares para o óbito domiciliar e procedimentos pós-óbito.</li> <li>• Colaborar para a realização de ritos de passagem.</li> <li>• Elaborar e gerenciar protocolos, procedimentos e rotinas.</li> <li>• Detecção de situações de crise relacionadas ao processo de luto.</li> </ul>

POLÍTICA		
CUIDADOS PALIATIVOS	CÓDIGO: PT.AST.002	REVISÃO: 00
		PÁGINA:18/33

Nutrição	<ul style="list-style-type: none"><li>• Adaptação de suporte nutricional em cuidados paliativos.</li><li>• Elaborar planos alimentares para atender às necessidades do paciente, garantindo conforto, com orientações adaptadas para situações críticas como disfagia ou anorexia.</li><li>• Fornecer educação nutricional adequada para pacientes e cuidadores em fases avançadas da doença.</li></ul>
Fisioterapia	<ul style="list-style-type: none"><li>• Avaliar a capacidade funcional do paciente.</li><li>• Medidas não farmacológicas para alívio dos sintomas.</li><li>• Orientar familiares e cuidadores sobre formas seguras de mobilização do paciente.</li></ul>
Fonoaudiologia	<ul style="list-style-type: none"><li>• Trabalhar formas de comunicação especialmente em casos em que o paciente tem uma traqueostomia, ou se tem uma afasia, utilizando recurso de comunicação suplementar e/ou aumentativa.</li><li>• Trabalhar deglutição com manejo da disfagia, orientando cuidadores e equipe sobre adaptações na oferta de líquidos e alimentos, reduzindo os riscos de broncoaspiração.</li></ul>
Terapia Ocupacional	<ul style="list-style-type: none"><li>• Melhoria do desempenho ocupacional nas atividades da vida diária por meio de treino, orientação e uso de adaptações.</li><li>• Posicionamento no leito, treino de mudanças posturais e transferências com uso de equipamento assistivo, oferecendo orientação ao paciente, cuidadores e equipe.</li><li>• Orientação e prescrição de cadeiras de rodas, de banho, outros equipamentos adaptativos para obter o melhor conforto, independência e autonomia possíveis do paciente e cuidadores.</li><li>• Fornecer suporte ao cuidado ensinando cuidadores sobre o uso de dispositivos e técnicas, além de implementar intervenções terapêuticas para promover o bem-estar.</li><li>• Treino e orientação para minimização de disfunções sensoriais, cognitivas e perceptivas.</li></ul>

**POLÍTICA**

**CUIDADOS PALIATIVOS**

**CÓDIGO:**  
**PT.AST.002**

**REVISÃO: 00**  
**PÁGINA:19/33**

Odontologia	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diagnóstico, prevenção e controle de dor orofacial, doenças bucais, focos de infecção bucal, com prevenção e alívio de sintomas bucais da doença de base ou devidos ao tratamento (por exemplo, xerostomia, alterações após quimio ou radioterapia), orientação sobre dieta e mastigação. Prevenção e tratamento das feridas bucais, auxílio ao paciente e seus cuidadores na realização da higiene bucal, evitando complicações relacionadas a higiene inadequada (mucosite, pneumonias por aspiração, lesões cariosas e doenças na gengiva).</li> </ul>
Farmácia	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apoio para as equipes e cuidadores nas demandas relacionadas ao acesso e uso de medicamentos para pacientes.</li> <li>• Reconciliação medicamentosa, avaliação de adesão, efeitos adversos e interações medicamentosas, além da promoção do uso racional e seguro dos medicamentos.</li> <li>• Acompanhamento farmacoterapêutico de usuários prioritários e/ou mais vulneráveis.</li> </ul>
Educação Física	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliação física funcional do paciente, mas também dos cuidadores, evitando o declínio funcional global.</li> </ul>
Psicologia	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Relação com o paciente, família e equipe de cuidados.</li> <li>• Trabalhar com o conceito de dor total.</li> <li>• Suporte à família e cuidador.</li> <li>• Detectar fatores de risco, vulnerabilidade psicológica e favorecer o esclarecimento dos processos emocionais normais e esperados nestas circunstâncias, desejos e temores da morte lutos normais em cada etapa da doença.</li> <li>• Preservar e estimular as funções de autonomia e autocuidado do paciente da família, mantendo lhes autoestima.</li> <li>• Identificação de sofrimento psíquico pela equipe.</li> </ul>
Serviço Social	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Processo de transição de cuidados.</li> <li>• Articulação intersetorial para ampliação dos serviços oferecidos garantindo o acesso aos direitos sociais.</li> <li>• Mediação das relações institucionais.</li> <li>• Orientar para a resolução de temas práticos e complicações, trazendo informação, assessoramentos e contatos com recursos.</li> <li>• Participar na elaboração do PAC.</li> <li>• Acolhimento ao paciente e ao familiar enlutado.</li> </ul>

<b>POLÍTICA</b>		
<b>CUIDADOS PALIATIVOS</b>	<b>CÓDIGO: PT.AST.002</b>	<b>REVISÃO: 00</b>
		<b>PÁGINA:20/33</b>

#### **4.11. PRÁTICAS INTEGRATIVAS COMPLEMENTARES (PICS)**

Saúde Integrativa e Cuidados Paliativos são dois conceitos que se inter-relacionam na promoção do bem-estar e qualidade de vida, particularmente em contextos de doenças graves (Demmer, 2004).

É comumente incorporada nos Projetos Terapêuticos Singulares (PTS) de pacientes com condições graves, promovendo um alinhamento natural com os cuidados paliativos (Harte et al., 2019). As práticas integrativas complementares representam uma abordagem que amplia as ferramentas disponíveis para a atenção à saúde desses pacientes, combinando as intervenções já utilizadas com práticas integrativas baseadas em evidências, resultando em melhorias significativas na qualidade de vida ao longo de toda a trajetória de saúde (Zeng et al., 2018).

Na prática, a integração de Saúde Integrativa e Cuidados Paliativos proporciona um suporte mais completo e personalizado, abordando o paciente de maneira holística e considerando aspectos físicos, emocionais, sociais e espirituais para identificar necessidades adicionais além do controle de sintomas (Sohl et al., 2015).

#### **4.12. PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR**

Seguir PO.AST.021-01-Projeto-Terapeutico-Singular

#### **4.13. PLANEJAMENTO AVANÇADO DE CUIDADOS**

A elaboração do PAC deve ocorrer desde os estágios iniciais da trajetória da doença, levando em conta tanto o presente quanto o futuro, e considerando as implicações que a doença poderá acarretar ao longo do tempo. Esse plano permite intensificar o acompanhamento e realizar avaliações contínuas, especialmente quando há mudanças no quadro clínico do indivíduo ou após sua admissão no hospital (Corodazzi; Santana; Caponero, 2019). **Anexo 7**

#### **4.14. CONTROLE DE SINTOMAS**

Em cuidados paliativos, a abordagem requer a participação ativa de uma equipe multidisciplinar, pois cada membro, com sua expertise específica e visão interdisciplinar, pode contribuir para ampliar o foco em direção à pessoa e não apenas à doença.

POLÍTICA		
CUIDADOS PALIATIVOS	CÓDIGO: PT.AST.002	REVISÃO: 00
		PÁGINA:21/33

É fundamental realizar uma avaliação específica, voltada para a identificação não apenas do sofrimento presente, mas também para antecipar e prevenir possíveis fontes de sofrimento futuro.

A Secretaria Municipal de São Paulo sugere instrumento ESAS Edmonton Symptom Assessment System (ESAS-r). O ESAS-r é uma versão revisada da ESAS, que avalia nove sintomas em pacientes paliativos, que engloba uma variedade de sintomas físicos e psicológicos, incluindo dor, fadiga, náusea, depressão, ansiedade, sonolência, insônia, apetite, bem-estar e falta de ar (Bittencourt, 2021). **Anexo 8.**

## 5. DOCUMENTOS COMPLEMENTARES/REFERÊNCIAS

- 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.
- Cuidados Paliativos. Direção educacional de Lidiane Aparecida Sousa. Especialistas na temática: Taís Marina de Souza, Laila Carine Ferreira Lodi Junqueira. Brasília: SE/UNA-SUS, 2017. Livro digital.
- CASTILHO, RK; SILVA, VCS; PINTO, CS. Manual de Cuidados Paliativos da Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP)- 3ed- Rio de Janeiro: Atheneu, 2021.
- AZEVEDO, DL. O uso da via subcutânea em geriatria e cuidados paliativos. 2ed. Rio de Janeiro: SBGG, 2017.
- ARANTES, A.C.L.Q.; MACIEL, M.G.S. Avaliação e Tratamento da Dor. In: Oliveira, RA (org.). Cuidado Paliativo. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2008. p. 370-391.]
- BRASIL. Ministério da Saúde. Comissão Intergestores Tripartite. Resolução nº 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 Sistema Único de Saúde (SUS). 2018. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2018/res0041\\_23\\_11\\_2018.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2018/res0041_23_11_2018.html)
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.681, de 7 de maio de 2024. Dispõe sobre os

<b>POLÍTICA</b>		
<b>CUIDADOS PALIATIVOS</b>	<b>CÓDIGO: PT.AST.002</b>	<b>REVISÃO: 00</b>
		<b>PÁGINA:22/33</b>

cuidados paliativos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 8 maio 2024.

- SECRETARIA MUNICIPAL DE SÃO PAULO. Diretriz Técnica de Cuidados Paliativos na Atenção Domiciliar. Disponível em: Cuidados Paliativos - Secretaria Municipal da Saúde - Prefeitura, atualizado em setembro 2024.
- Instituto Nacional de Tecnologia e Saúde. Política de Cuidados Paliativos (PT.QAS.007) Rev 00, Data 17/12/24

## 6. CONTROLE DE REGISTROS

Não aplicável

## 7. HISTÓRICO DE ALTERAÇÕES

Revisão	Elaborado/revisado por	Data	Histórico de alteração	Aprovado por	Data
00	Liz Andréa Santos Carvalho/Thiago Saadeh Albuquerque	15/01/2025	Elaboração do documento	Roberson Jun Kitamura	15/01/2025

POLÍTICA


CUIDADOS PALIATIVOS

CÓDIGO:  
PT.AST.002


REVISÃO: 00  
PÁGINA:23/33

8. ANEXO

ANEXO 1 - Escala Supportive and Palliative Care Indicators Tool - SPICT-BRTM



## Supportive and Palliative Care Indicators Tool (SPICT-BR™)



**O SPICT é um guia para identificação de pessoas sob o risco de deterioração e morrendo. Avaliar esse grupo de pessoas para necessidade de suporte e cuidado paliativos.**

**Procure por indicadores gerais de piora da saúde.**

- Internações hospitalares não programadas.
- Capacidade funcional ruim ou em declínio com limitada reversibilidade. (a pessoa passa na cama ou cadeira mais de 50% do dia).
- Dependente de outros para cuidados pessoais devido a problemas físicos e/ou de saúde mental. É necessário maior suporte para o cuidador.
- Perda de peso significativa nos últimos 3-6 meses e/ ou um baixo índice de massa corporal.
- Sintomas persistentes apesar do tratamento otimizado das condições de base.
- A pessoa ou sua família solicita cuidados paliativos, interrupção ou limitação do tratamento ou um foco na qualidade de vida.

**Procure por quaisquer indicadores clínicos de uma ou mais das condições avançadas.**

<p><b>Câncer</b></p> <p>Capacidade funcional em declínio devido a progressão do câncer.</p> <p>Estado físico muito debilitado para tratamento do câncer ou tratamento para controle dos sintomas.</p> <p><b>Demencia/ fragilidade</b></p> <p>Incapaz de vestir-se, caminhar ou comer sem ajuda.</p> <p>Redução da ingestão de alimentos e líquidos e dificuldades na deglutição.</p> <p>Incontinência urinária e fecal.</p> <p>Incapaz de manter contato verbal; pouca interação social.</p> <p>Fratura de fêmur, múltiplas quedas.</p> <p>Episódios frequentes de febre ou infecções; pneumonia aspirativa.</p> <p><b>Doença neurológica</b></p> <p>Deterioração progressiva da capacidade física e/ou da função cognitiva mesmo com terapia otimizada.</p> <p>Problemas da fala com dificuldade progressiva de comunicação e/ou deglutição.</p> <p>Pneumonia aspirativa recorrente; falta de ar ou insuficiência respiratória.</p>	<p><b>Doença cardiovascular</b></p> <p>Classe funcional III/IV de NYHA- insuficiência cardíaca ou doença coronariana extensa e intratável com:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• falta de ar ou dor precordial em repouso ou aos mínimos esforços.</li> </ul> <p>Doença vascular periférica grave e inoperável.</p> <p><b>Doença respiratória</b></p> <p>Doença respiratória crônica grave com:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• falta de ar em repouso ou aos mínimos esforços entre as exacerbações.</li> </ul> <p>Necessidade de oxigênio terapia por longo prazo.</p> <p>Já precisou de ventilação para insuficiência respiratória ou ventilação é contraindicada.</p> <p>Deterioração e sob o risco de morrer de qualquer outra condição ou complicação que não seja reversível.</p>	<p><b>Doença renal</b></p> <p>Estágios 4 e 5 de doença renal crônica (TFG &lt; 30ml/mi) com piora clínica.</p> <p>Insuficiência renal complicando outras condições limitantes ou tratamentos.</p> <p>Decisão de suspender a diálise devido à piora clínica ou intolerância ao tratamento.</p> <p><b>Doença hepática</b></p> <p>Cirrose avançada com uma ou mais complicações no último ano:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ascite resistente a diuréticos</li> <li>• Encefalopatia hepática</li> <li>• Síndrome hepatorenal</li> <li>• Peritonite bacteriana</li> <li>• Sangramentos recorrentes de varizes esofágicas</li> </ul> <p>Transplante hepático é contraindicado.</p>
--	--	---

**Revisar o cuidado atual e planejar o cuidado para o futuro.**

- Reavaliar o tratamento atual e medicação para que o paciente receba o cuidado otimizado.
- Considere o encaminhamento para avaliação de um especialista se os sintomas ou necessidades forem complexos e difíceis de manejar.
- Acordar sobre objetivos do cuidado atual e futuro e planejar o cuidado com a pessoa e sua família.
- Planejar com antecedência caso a pessoa esteja em risco de perda cognitiva.
- Registre em prontuário, comunique e coordene o plano geral de cuidados.

Para mais informações e atualizações, cadastre-se no SPICT website ([www.spict.org.uk](http://www.spict.org.uk))

SPICT™, abril 2016

POLÍTICA

CUIDADOS PALIATIVOS

CÓDIGO:  
PT.AST.002

REVISÃO: 00  
PÁGINA:24/33

Anexo 2

Figura 2. NECPAL CCOMS-ICO© - ferramenta que avalia pacientes oncológicos

**INSTRUMENTO NECPAL-BR  
(Necessidades Paliativas)**

Instrumento para identificação de pessoas em situação de doença avançada e/ou terminais e necessidade de atenção paliativa para uso em serviços de saúde e sociais

Paciente: \_\_\_\_\_ Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

<b>Pergunta surpresa</b>	Você ficaria surpreso se este paciente morresse ao longo do próximo ano?		[ ] Sim [ ] Não
<b>Demanda ou necessidade</b>	Demanda: Tem havido alguma manifestação explícita ou implícita, de limitação de esforço terapêutico ou pedido de atenção paliativa por parte do(a) paciente, sua família ou membros da equipe?		[ ] Sim [ ] Não
	Necessidade: Identificada por profissionais da equipe de saúde.		[ ] Sim [ ] Não
<b>Indicadores clínicos gerais:</b> nos últimos 6 meses - Graves, persistentes, progressivos, não relacionados com processo intercorrente recente. - Combinar gravidade COM progressão	Declínio nutricional	Perda de peso >10%	[ ] Sim [ ] Não
	Declínio funcional	• Piora do Karnofsky ou Barthel > 30% • Perda de mais que duas ABVDs	[ ] Sim [ ] Não
	Declínio cognitivo	Perda ≥ 5 minimal ou ≥ 3 Pfeiffer	[ ] Sim [ ] Não
<b>Dependência grave</b>	Karnofsky < 50 ou Barthel < 20		[ ] Sim [ ] Não
<b>Síndromes geriátricas</b>	• Lesão por pressão • Infecções de repetição • Delírium • Disfagia • Quedas	Dados clínicos da anamnese ≥ 2 recorrentes ou persistentes	[ ] Sim [ ] Não
<b>Sintomas persistentes</b>	Dor, cansaço, náusea, depressão, ansiedade, sonolência, inapetência, mal-estar, dispneia e insônia.	≥ 2 sintomas (ESAS) recorrentes ou persistentes	[ ] Sim [ ] Não
<b>Aspectos psicossociais</b>	Sofrimento emocional ou transtorno adaptativo grave	deteção de mal-estar emocional (DME >9)	[ ] Sim [ ] Não
	Vulnerabilidade social grave	avaliação social e familiar	[ ] Sim [ ] Não
<b>Multi-morbidade</b>	≥ 2 doenças ou condições crônicas avançadas (da lista de indicadores específicos em anexo)		[ ] Sim [ ] Não
<b>Uso de recursos</b>	Avaliação da demanda ou intensidade de intervenções	• Mais que duas admissões urgentes (não programadas) em seis meses • Aumento da demanda ou intensidade das intervenções (cuidado domiciliar, intervenções de enfermagem)	[ ] Sim [ ] Não
<b>Indicadores específicos</b>	Câncer, DPOC, ICC, insuficiência hepática, insuficiência renal, AVC, demência, doenças neurodegenerativas, SIDA e outras doenças avançadas.	• Em anexo: avaliação dos critérios de gravidade e progressão	[ ] Sim [ ] Não

Fonte : (Santana *et al*, 2020)



**POLÍTICA**

**CUIDADOS PALIATIVOS**

**CÓDIGO:  
PT.AST.002**

**REVISÃO: 00  
PÁGINA:25/33**

**Anexo 2 - Continuação:**

Critérios NECPAL de gravidade / progressão / doença avançada (1)(2)(3)(4)	
<b>Doença Oncológica</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Câncer metastático ou loco regional avançado</li> <li>• Em progressão em tumores sólidos</li> <li>• Sintomas persistentes, mal controlados ou refratários, apesar da otimização do tratamento específico</li> </ul>
<b>Doença Pulmonar Crônica</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dispneia em repouso ou aos mínimos esforços entre as descompensações</li> <li>• Restrito ao domicílio com limitação de marcha</li> <li>• Critérios espirométricos de obstrução grave (VEMS &lt; 30%) ou critérios de déficit restritivo grave (CVF &lt; 40% / DLCO &lt; 40%)</li> <li>• Critérios gasométricos basais de oxigenoterapia domiciliar continuada</li> <li>• Necessidade de corticoterapia contínua</li> <li>• Insuficiência cardíaca sintomática associada</li> </ul>
<b>Doença Cardíaca Crônica</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dispneia em repouso ou aos mínimos esforços entre as descompensações</li> <li>• Insuficiência cardíaca NYHA classe III ou IV, doença valvar grave não cirúrgica ou doença coronariana não revascularizável</li> <li>• Ecocardiograma basal: FE &lt; 30% ou HAP grave (PSAP &gt; 60)</li> <li>• Insuficiência renal associada (TFG &lt; 60mL/min/1,73m<sup>2</sup>)</li> <li>• Associação com insuficiência renal e hponstremia persistente</li> </ul>
<b>Demência</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• GDS-6c</li> <li>• Progressão do declínio cognitivo, funcional e/ou nutricional.</li> </ul>
<b>Fragilidade</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Índice de Fragilidade do CSHA ≥ 0.5</li> <li>• Avaliação gerátrica integral sugestiva de fragilidade avançada</li> </ul>
<b>Doença Neurológica Vascular (AVC)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Durante a fase aguda e subaguda (&lt;3 meses pós-AVC): estado vegetativo persistente ou de mínima consciência &gt; 3 dias.</li> <li>• Durante a fase crônica (&gt;3 meses pós-AVC): complicações médicas repetidas (ou demência com critérios de gravidade pós-AVC).</li> </ul>
<b>Doenças Neurológicas degenerativas: ELA, Esclerose Múltipla e Parkinson</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Flacidez progressiva da função física e/ou cognitiva</li> <li>• Sintomas complexos e de difícil controle</li> <li>• Disfagia persistente</li> <li>• Transtorno persistente da fala</li> <li>• Dificuldades crescentes de comunicação</li> <li>• Pneumonia recente por aspiração, dispneia ou insuficiência respiratória</li> </ul>
<b>Doença Hepática Crônica</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cirrose avançada estágio Child C (determinado com o paciente fora de complicações ou já as tendo tratado e otimizado o tratamento); MELD-Na &gt; 30ou ascite refratária, síndrome hepato-renal ou hemorragia digestiva alta por hipertensão portal persistente apesar de otimização do tratamento</li> <li>• Carcinoma hepatocelular presente, em estágio C ou D</li> </ul>
<b>Doença Renal Crônica Grave</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Insuficiência renal grave (TFG &lt; 15mL/min) em pacientes que não são candidatos ou que recusam tratamento substitutivo e/ou transplante</li> <li>• Finalização da diálise ou falha no transplante</li> </ul>

- (1) Usar instrumentos validados de gravidade e/ou prognóstico em função da experiência e evidência;  
 (2) Em todos os casos, avaliar também o sofrimento emocional ou impacto funcional graves em pacientes (e/ou impacto na família) como critério de necessidades paliativas;  
 (3) Em todos os casos, avaliar dilemas éticos na tomada de decisões;  
 (4) Avaliar sempre a combinação com multi-morbididades.

**Classificação:**

Pergunta Surpresa (PS) PS + (não me surpreenderia)  
 PS - (Me surpreenderia)

Parâmetros NECPAL NECPAL + (de 1 a 13 respostas "sim")  
 NECPAL - (nenhum parâmetro assinalado)

Codificação e registro: Propor codificação como Paciente com Cronicidade Avançada (PCA) se PS + e NECPAL +

SANTANA, M. T. E. A. *Adaptação transcultural e validação semântica do instrumento NECPAL CCOMS-ICO<sup>®</sup> para a Língua Portuguesa*. 2018. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Escola Paulista de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo.

<b>POLÍTICA</b>		
<b>CUIDADOS PALIATIVOS</b>	<b>CÓDIGO:</b> PT.AST.002	<b>REVISÃO: 00</b>
	<b>PÁGINA:26/33</b>	

### Anexo 3: Escala de Palliative Performance Scale (PPS)

%	ITENS AVALIADOS				
	DEAMBULAÇÃO	ATIVIDADE E EVIDÊNCIA DE DOENÇA	AUTOCUIDADO	INGESTÃO	NÍVEL DE CONSCIÊNCIA
100	Completa	Normal, sem evidência da doença	Completo	Normal	Completo
90	Completa	Normal, sem evidência da doença	Completo	Normal	Completo
80	Completa	Com esforço, alguma evidência da doença	Completo	Normal	Completo
70	Reduzida	Incapaz para o trabalho, alguma evidência da doença	Completo	Normal ou reduzida	Completo
60	Reduzida	Incapaz de realizar hobbies, doença significativa	Assistência ocasional	Normal ou reduzida	Completo ou com períodos de confusão
50	Sentado ou deitado	Incapacidade para qualquer trabalho, doença extensa	Assistência considerável	Normal ou reduzida	Completo ou com períodos de confusão
40	Acamado	Incapacidade para qualquer	Assistência quase completa	Normal ou reduzida	Completo ou com períodos de confusão

**POLÍTICA****CUIDADOS PALIATIVOS****CÓDIGO:**  
**PT.AST.002****REVISÃO: 00**  
**PÁGINA:27/33**

		trabalho, doença extensa			
30	Acamado	Incapacidade para qualquer trabalho, doença extensa	Dependência completa	Reduzida	Completo ou com períodos de confusão
20	Acamado	Incapacidade para qualquer trabalho, doença extensa	Idem	Ingestão limitada acolheradas	Completo ou com períodos de confusão
10	Acamado	Incapacidade para qualquer trabalho, doença extensa	Idem	Cuidados com a boca	
0	Morte	-	-	-	

<b>POLÍTICA</b>		
<b>CUIDADOS PALIATIVOS</b>	<b>CÓDIGO: PT.AST.002</b>	<b>REVISÃO: 00 PÁGINA:28/33</b>

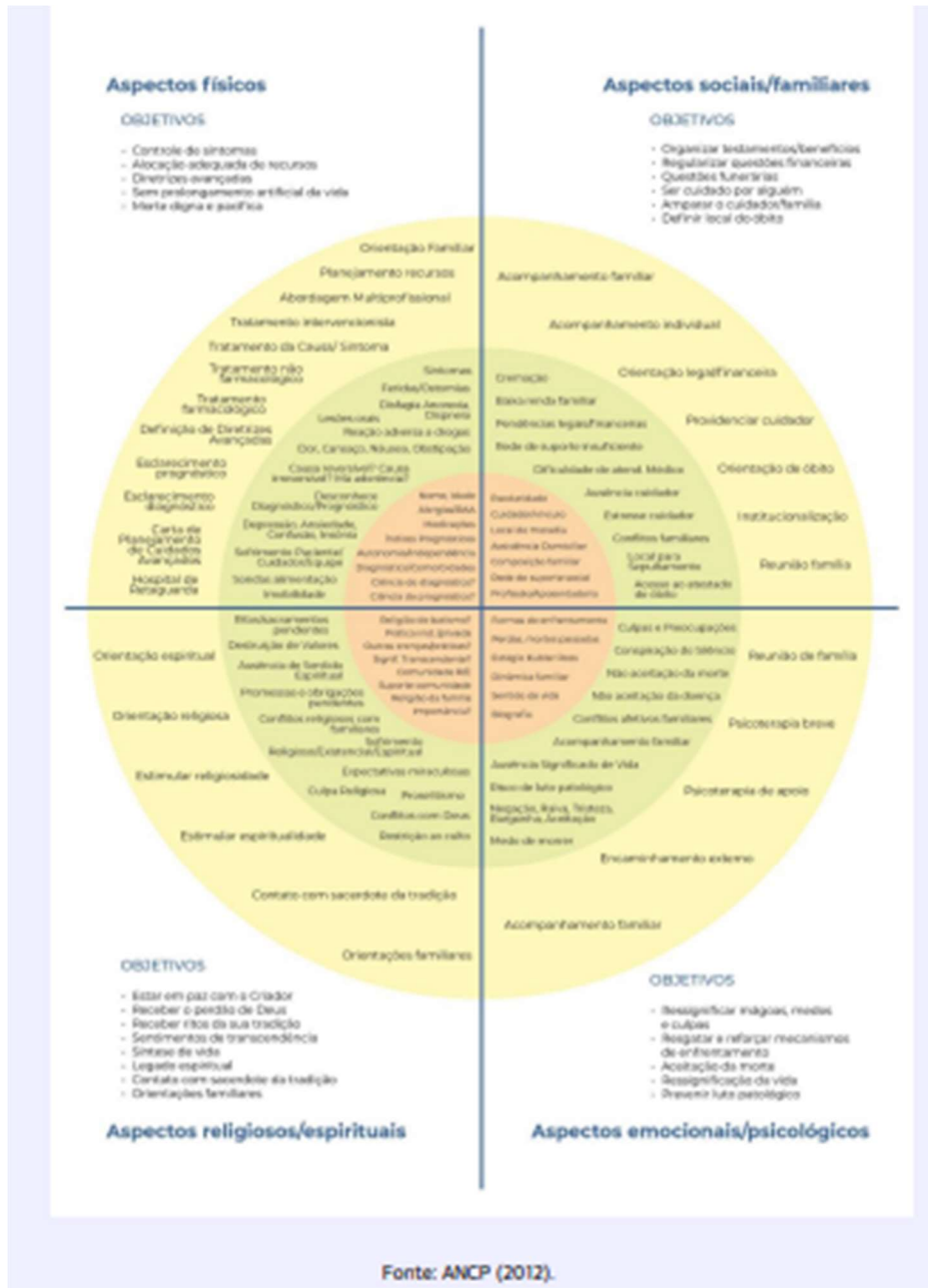
**Anexo 4**

Instrumento de Avaliação da Elegibilidade e Complexidade da Atenção Domiciliar (IAEC-AD)	
<b>INDICAÇÕES CLÍNICAS MAIS FREQUENTES PARA ADIADO</b>	
Selecionar uma ou mais das seguintes opções para definir principal indicação clínica do paciente.	<input type="checkbox"/> Condição de saúde crônica agudizada que requirir o atendimento multiprofissional no domicílio, sem possibilidade controlada de sintomas causada pela condição de base, incluindo situações de cuidados paliativos. <input type="checkbox"/> Lesão de pele de difícil manejo pela equipe assistencial que requirir avaliação semanal em domicílio, além de possíveis uso de coberturas especiais. <input type="checkbox"/> Realização multiprofissional com possibilidade de parto funcional, especialmente após drogas de grande parte, evento agudo, trauma ou hospitalização prolongada. <input type="checkbox"/> Uso de antitoxígena parenteral domiciliar ou sula medicação parenteral serada, desde que haja mínima estabilidade clínica para permanência no domicílio. <input type="checkbox"/> Prematuridade e baixo peso em bebê com necessidade de parto parental. <input type="checkbox"/> Nenhuma das condições acima.
<b>SISTEMA DE PONTUAÇÃO</b>	
<b>INDICAÇÕES CLÍNICAS ESPECIAS DO SUJEITO</b>	
Selecionar uma ou mais das opções a seguir: (A presença de qualquer uma delas é classificada e avaliada como AD1 em ADI, INDEPENDENTE DA POPULAÇÃO TÍPICA)	<input type="checkbox"/> AD1 Necessidade diária de suporte complexo e/ou medicação parenteral (MTP/SC - evento tratado) - 8 pontos <input type="checkbox"/> AD1 Necessidade de tratamento de alta complexidade ou internação no domicílio: transtornos orgânicos, paroxísmos, ruído parenteral, cuidados paliativos avançados para manejo de sintomas mal controlados, dentre outros CCIJ ou de Verificação Médica Invasiva - 5 pontos
<b>UO DO SISTEMA DE SAÚDE</b>	
História de internação/hospitalar nos últimos 12 meses.	<input type="checkbox"/> Nenhuma internação hospitalar nos últimos 12 meses - 0 ponto <input type="checkbox"/> Pelo menos uma internação/hospitalar nos últimos 3 meses - 1 ponto <input type="checkbox"/> Duas ou mais internações hospitalares nos últimos 3 meses - 2 pontos <input type="checkbox"/> Pelo menos uma internação em UTI nos últimos 3 meses - 4 pontos
Frequência de procura por serviços de urgência nos últimos 12 meses (SAMU, UPA, Pronto Socorro)	<input type="checkbox"/> Nenhuma procura por serviços de urgência nos últimos 3 meses - 0 ponto <input type="checkbox"/> Procura por serviços de urgência 01 vez nos últimos 3 meses - 1 ponto <input type="checkbox"/> Procura por serviços de urgência de 02 a 04 vezes nos últimos 3 meses - 2 pontos <input type="checkbox"/> Procura por serviços de urgência 05 ou mais vezes nos últimos 3 meses - 3 pontos
Tempo de permanência hospitalar nos últimos 12 meses. Considerar o maior período no caso de múltiplas internações prévias.	<input type="checkbox"/> Sem história de internação prévia - 0 ponto <input type="checkbox"/> Até 07 dias - 1 ponto <input type="checkbox"/> De 07 a 30 dias - 2 pontos <input type="checkbox"/> Mais de 30 dias - 3 pontos
<b>VULNERABILIDADE SOCIAL</b>	
Seleção mensal de valor médio de número de dependentes pelo número de crianças, adolescentes e idosos dependentes.	<input type="checkbox"/> Menor que 01 - 0 ponto <input type="checkbox"/> Igual a 01 - 1 ponto <input type="checkbox"/> Maior que 01 - 2 pontos
<b>SUporte familiar adequado</b>	
Verifique o suporte de cuidador, seja o familiar ou de voluntários.	<input type="checkbox"/> Paciente com suporte familiar adequado - 0 ponto <input type="checkbox"/> Paciente com suporte familiar inadequado - 1 ponto
<b>FUNCIONALIDADE</b>	
Preencha este campo considerando o estado do paciente para posterior identificação do grau de dependência, de acordo com sua ficha clínica.	
Para crianças de até 07 anos	<input type="checkbox"/> Em relação ao desenvolvimento neuropsicomotor <input type="checkbox"/> Acompanha o desenvolvimento neuropsicomotor - 0 ponto <input type="checkbox"/> Não acompanha o desenvolvimento neuropsicomotor - 0 pontos
Para crianças maiores de 07 anos, adultos e idosos	Capacidade para tomar banho <input type="checkbox"/> Independente - 0 ponto <input type="checkbox"/> Dependente parcial - 1 ponto <input type="checkbox"/> Dependente completo - 2 pontos Capacidade para alimentar-se <input type="checkbox"/> Independente - 0 ponto <input type="checkbox"/> Dependente parcial - 1 ponto <input type="checkbox"/> Dependente completo - 2 pontos Capacidade para locomover-se <input type="checkbox"/> Independente - 0 ponto <input type="checkbox"/> Dependente parcial - 1 ponto <input type="checkbox"/> Dependente completo - 2 pontos
<b>POLIFARMÁCIA</b>	
Uso de cinco ou mais medicações de uso contínuo, diariamente	<input type="checkbox"/> Não - 0 ponto <input type="checkbox"/> Sim - 1 ponto
<b>PONTUAÇÃO FINAL</b>	
Modalidade AD	Pontuação no Instrumento
AD1	Até 09 pontos
AD2	De 10 a 15 pontos
AD3	Maior ou igual a 16 pontos

Fonte: São Paulo (2024).

<b>POLÍTICA</b>		
<b>CUIDADOS PALIATIVOS</b>	<b>CÓDIGO:</b> PT.AST.002	<b>REVISÃO: 00</b> <b>PÁGINA:29/33</b>

**Anexo 5**



POLÍTICA

CUIDADOS PALIATIVOS

CÓDIGO:  
PT.AST.002

REVISÃO: 00  
PÁGINA:30/33

Anexo 6

**Questionário HOPE**

**H - Há fontes de esperança?**

Quais são suas fontes de esperança, conforto e paz?

A que você se apega nos tempos difíceis?

O que lhe dá apoio e faz você andar para a frente?

**O - Organização religiosa**

Você se considera parte de uma religião organizada? Isso é importante?

Faz parte de uma comunidade? Isso ajuda?

De que formas sua religião ajuda você?

Você é parte de uma comunidade religiosa?

**P - Práticas espirituais pessoais**

Você tem alguma crença espiritual que seja independente da sua religião organizada?

Você crê em Deus? Qual é a sua relação com ele?

Que aspectos da sua espiritualidade ou prática espiritual ajudam mais? (oração, meditação, leituras, frequentar serviços religiosos?)

**E - Efeitos no tratamento**

Há algum recurso espiritual do qual você está sentindo falta?

Há alguma restrição para seu tratamento gerada por suas crenças?

Fonte: Adaptado de Anandarajah e Hight (2001)

<b>POLÍTICA</b>		
<b>CUIDADOS PALIATIVOS</b>	<b>CÓDIGO:</b> PT.AST.002	<b>REVISÃO: 00</b>
	<b>PÁGINA:31/33</b>	

### Anexo 7

<b>Processo de elaboração do PAC</b>		
<b>Processo</b>	<b>Ação</b>	<b>Exemplos para iniciar a conversa</b>
<b>Permissão</b>	Convidar a pessoa para discutir suas condições atuais de saúde e suas expectativas quanto aos cuidados médicos futuros.	Você gostaria de discutir o que pode acontecer com você no futuro? Já refletiu sobre o que é importante para você em relação à saúde? Seus valores são fundamentais nas decisões médicas que podem envolver você no futuro. Gostaria de explorar um pouco sobre como podemos garantir que sua vontade seja respeitada?
<b>Preferências</b>	Permitir que a pessoa decida se deseja participar do planejamento futuro e se quer que outras pessoas também participem.	Você gostaria de falar sobre isso ou a outras pessoas que você gostaria de envolver nesse processo?
<b>Estabelecimento do ponto de partida</b>	Determinar o nível de compreensão da pessoa sobre sua situação e saúde atual.	O que você sabe sobre sua saúde, o que os médicos têm dito sobre isso?
<b>Oferta de informações</b>	Fornecer informações claras sobre a provável evolução da saúde, possíveis complicações e escolhas que precisarão ser feitas no futuro.	Infelizmente, não há possibilidade de cura para a sua situação, acredito que precisaremos lidar com essa doença pelo resto da sua vida.

**POLÍTICA**

**CUIDADOS PALIATIVOS**

**CÓDIGO:  
PT.AST.002**

**REVISÃO: 00  
PÁGINA:32/33**

<b>Introdução dos dilemas</b>	Oferecer informações claras sobre sua provável evolução, possíveis complicações, escolhas que precisarão ser feitas no futuro.	Alguém próximo de você já precisou lidar com questões relacionadas com o fim da vida ou da perda importante de autonomia, como ser retirado de um respirador, ou ir para um hospital de retaguarda ou instituição de longa permanência, ou uma situação de restrição no leito ou não conseguisse mais se alimentar? O que você faria nessa situação?
<b>Esclarecimento de valores e crenças</b>	Auxiliar a pessoa a definir o que significa viver bem para ela e esclarecer valores pessoais.	O que é mais importante para você? Quais são suas maiores preocupações e expectativas para o futuro



<b>POLÍTICA</b>		
<b>CUIDADOS PALIATIVOS</b>	<b>CÓDIGO:</b> PT.AST.002	<b>REVISÃO: 00</b>
	<b>PÁGINA:33/33</b>	

### Anexo 8

Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton (ESAS-r)		
Por favor, circule o número que melhor descreve		
Sem Dor	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior Dor Possível
Sem Cansaço Cansaço = falta de energia	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior Cansaço Possível
Sem Sonolência Sonolência= sentir-se com sono	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior Sonolência Possível
Sem Náusea	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior Náusea Possível
Com Apetite	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior Falta de Apetite Possível
Sem Falta de Ar	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior Falta de Ar
Sem Depressão Depressão= sentir-se triste	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior Depressão Possível
Sem Ansiedade Ansiedade= sentir-se nervoso	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior Ansiedade Possível
Com Bem-Estar Bem-Estar/Mal-Estar= como você se sente em geral	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior Mal-Estar Possível
Sem _____ Outro problema (por exemplo, prisão de ventre)	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior _____ possível

Fonte: Monteiro et al (2013).