

Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira



Instituto de Medicina Integral
Prof. Fernando Figueira

CUIDADOS PALIATIVOS

GUIA PARA O MÉDICO RESIDENTE



2024

CUIDADOS PALIATIVOS

GUIA PARA O MÉDICO RESIDENTE

Bruno Limaverde Vilar Lobo
Matheus Martins de Sousa Dias
José Roberto da Silva Junior
Zilda do Rego Cavalcanti
Jurema Telles de Oliveira Lima
Mirella Rebello Bezerra
Maria Júlia Gonçalves de Mello

Editores: Bruno Limaverde Vilar Lobo, José Roberto da Silva Junior e Maria Júlia Gonçalves de Mello.

Designer gráfico: Isabela Lira Anesio

Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira – IMIP
Elaborada por Camila Florencio CRB-4/2295

L799c Lobo, Bruno Limaverde Vilar

Cuidados paliativos: guia para o médico residente / Bruno Limaverde Vilar Lobo, Matheus Martins de Sousa Dias, José Roberto da Silva Junior, Zilda do Rego Cavalcanti Jurema Telles de Oliveira Lima, Mirella Rebello Bezerra, Maria Júlia Gonçalves de Mello -- Recife: IMIP, 2024.

49 f. : il.

ISBN 978-6586781-28-1

1. Cuidados paliativos. 2. Manejo da dor. 3. Comunicação. 4. Má notícia. I. Título.

CDD23 616.029

AUTORES

Bruno Limaverde Vilar Lobo

Mestrando em Cuidados Paliativos pelo IMIP.
Médico Paliativista pelo IMIP.
Médico de Família e Comunidade pela Escola de Saúde Pública do Ceará.

Matheus Martins de Sousa Dias

Médico Paliativista pela USP.
Médico de Família e Comunidade pela UFC.
Mestre em Educação Médica pela UECE.

José Roberto da Silva Júnior

Doutor em Saúde Materno Infantil.
Coordenador do Mestrado Profissional em Educação para o Ensino na área de Saúde da Faculdade Pernambucana de Saúde.
Coordenador do Programa de Mestrado e Doutorado em Saúde Integral do IMIP.

Zilda do Rego Cavalcanti

Médica Paliativista e Geriatra.
Mestre em Medicina Interna pela Universidade Federal de Pernambuco.
Secretária de Saúde do Estado de Pernambuco.

Jurema Telles de Oliveira Lima

·Doutora em Oncologia pelo INCA/IMIP.
·Coordenadora do serviço de Oncologia do IMIP.
·Coordenadora do mestrado profissional associada a residência em saúde em cuidados paliativos-IMIP.

Mirella Rebello Bezerra

·Médica Geriatra e Paliativista.
·Doutora em Saúde Integral pelo IMIP.
·Coordenadora do Serviço de Cuidados Paliativos do IMIP.

Maria Júlia Gonçalves de Mello

Doutora em Medicina Tropical pelo Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco.
Docente e pesquisadora na pós-graduação do IMIP.
Coordenadora do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica – PIBIC CNpq IMIP e do DINTER em Saúde Integral IMIP-Hospital do Câncer de Pernambuco.

PREFÁCIO

Este guia é um convite a embarcar numa jornada não apenas de aprendizado profissional, mas também de crescimento pessoal, porque os cuidados paliativos são mais do que uma especialidade médica; são uma filosofia de vida, exigindo compaixão, reflexão e compromisso.

Durante a residência em saúde, enfrentaremos desafios que nos convidam a confrontar a finitude, a comunicar notícias difíceis e a reconhecer a impermanência das coisas. São lições essenciais que nos preparam para oferecer o melhor cuidado possível a cada paciente que cruzar nosso caminho. Este guia não é apenas um direcionador técnico; é uma ferramenta para compreender a beleza e a profundidade dos cuidados paliativos. São cuidados que falam de vida plena e boa até nosso último suspiro: porque até o momento de nossa morte, estamos sim vivos e permanecemos merecedores do melhor cuidado! Ao adotar essa abordagem, não apenas melhoramos a assistência ao paciente, mas também encontramos significado em nossa própria jornada.

Importante também lembrar que a colaboração é fundamental. Cuidados paliativos exigem trabalho em equipe. É um esforço coletivo, uma demonstração de nosso compromisso com o bem-estar daqueles a quem servimos. É um trabalho a muitas mãos, gente cuidando de gente com toda sua vulnerabilidade e complexidade.

Espero que este guia os inspire a se tornarem membros ativos de uma comunidade dedicada a cuidar um do outro e a transformar o mundo para melhor. Que as sementes que plantamos floresçam e frutifiquem, espalhando compaixão e dignidade em todos os lugares.

“Ao cuidar de você no momento final da vida, quero que você sinta que me importo pelo fato de você ser você”, como expressou Cicely Saunders.

Com gratidão,
Zilda do Rego Cavalcanti

APRESENTAÇÃO DO GUIA

O guia intitulado Cuidados Paliativos – Guia para o Médico Residente consiste em um produto técnico de uma dissertação do mestrado profissional de Cuidados Paliativos do IMIP e tem como principal objetivo introduzir os conceitos básicos de cuidados paliativos aos médicos residentes.

Independente da especialidade, a maioria dos médicos irão se deparar, em algum momento de sua residência, com pacientes que possuem diagnósticos de doenças ameaçadoras à vida, muitas vezes em estágios avançados e em fase final de vida. Saber identificar tais pacientes de modo precoce, estabelecer uma boa comunicação com eles e propor um manejo adequado de suas sintomatologias são competências essenciais a serem aprendidas por qualquer especialista em formação.

Portanto, esse breve guia, dividido em quatro capítulos, com assuntos básicos, porém essenciais sobre o tema, busca auxiliar os médicos residentes em suas rotinas de estágios, onde certamente terão que lidar com pacientes em terminalidade de doença.

Esse guia pode ser lido, primeiramente, de forma sequencial, como também pode ser consultado sob demanda para esclarecimento de dúvidas focais sobre prognóstico, controle de sintomas, comunicação, dentre outros assuntos.

Ao longo da leitura, o residente irá se deparar com situações problema e/ou casos clínicos que simulam situações vividas em seu cotidiano e poderão contribuir para o aprendizado ativo. As respostas comentadas dos casos clínicos se encontram no apêndice ao final do guia. Espera-se que esse material contribua de forma positiva para a formação de diversos especialistas e, principalmente, melhore a assistência aos pacientes que não possuem mais chance de cura, mas que necessitam ser igualmente bem cuidados.

Bruno Limaverde Vilar Lobo

SUMÁRIO

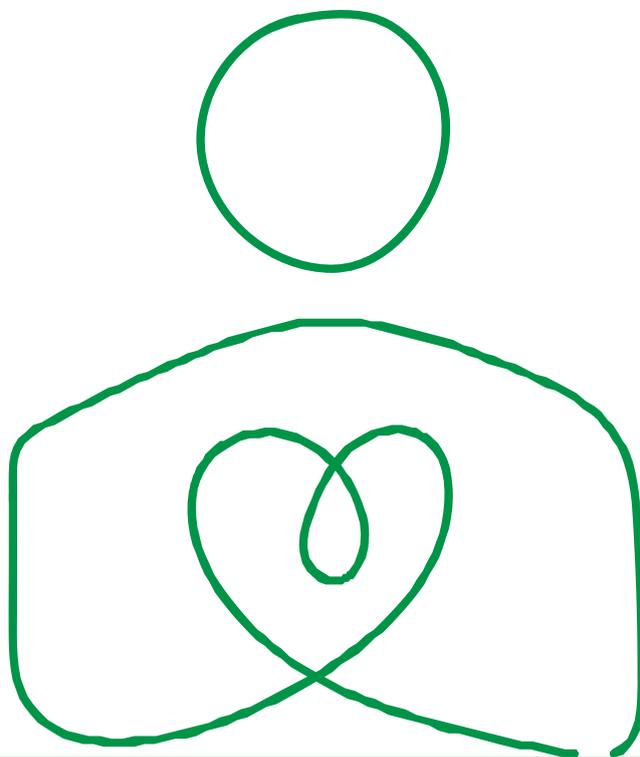
1. INTRODUÇÃO AOS CUIDADOS PALIATIVOS	8
1.1 Breve histórico dos Cuidados Paliativos	9
1.2 Definição e princípios dos cuidados paliativos.....	10
1.3 Caso clínico 1.1	11
1.4 Cenário atual dos cuidados paliativos	11
1.5 Cuidados paliativos na trajetória do adoecimento	12
1.6 Caso Clínico 1.2.....	14
2. IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE COM DEMANDA DE CUIDADOS PALIATIVOS E FERRAMENTAS PROGNÓSTICAS	16
2.1 Ferramentas de avaliação e triagem para o paciente com demanda de cuidados paliativos	17
2.2 Caso Clínico 2.1.....	18
2.3 Curvas de funcionalidade de acordo com a doença de base	18
2.4 Caso Clínico 2.2.....	19
2.5 Curva de funcionalidade em doenças oncológicas	19
2.6 Curva de funcionalidade em doenças crônicas/falências orgânicas	20
2.7 Curva de funcionalidade em função do tempo em doenças neurodegenerativas	20
2.8 Ferramentas prognósticas para os diferentes grupos de doença	21
3. MANEJO DOS PRINCIPAIS SINTOMAS EM CUIDADOS	

SUMÁRIO

PALIATIVOS	24
3.1 Dor	25
3.1.4 Escalas de avaliação da dor	26
3.1.3 Escada de dor analgésica.....	27
3.1.4 Manejo da dor	28
3.1.5 Caso Clínico 3.1.....	29
3.2 Dispneia.....	29
3.2.4 Caso clínico 3.2	31
3.3 Náuseas e vômitos	32
3.3.4 Caso clínico 3.3.....	32
3.4 Delirium	33
3.4.4 Caso clínico 3.4.....	34
4. COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS EM CUIDADOS	
PALIATIVOS	36
4.1 Dimensões do processo de comunicação.....	37
4.2 Orientações para uma comunicação efetiva	38
4.3 Protocolos de comunicação de más notícias	39
4.4 Caso clínico 4.1	40
APÊNDICE 1 – Respostas comentadas aos casos clínicos	43
ANEXO 1 - Supportive and Palliative Care Indicators Tool (SPICT-BR)	46
ANEXO 2 – Necessidades Paliativas (NECPAL BR)	47
ANEXO 3 – Escala de Performance Paliativa (PPS)	49

CAPÍTULO 1

INTRODUÇÃO AOS CUIDADOS PALIATIVOS



1.1 Breve histórico dos Cuidados Paliativos

Há registros, no século V, de hospedarias europeias fundadas por religiosos, para abrigar peregrinos vindos da África e Ásia, dando-lhes comida e conforto, muitas vezes sendo o seu último paradeiro antes de serem totalmente consumidos por enfermidades com etiologia até então desconhecidas(1). A palavra paliativo se origina do latim "palium" que significa manto. Na época das cruzadas, os cavaleiros comumente se utilizavam do manto como forma de proteção e acolhimento. Daí surge o verbo "palliare" significando proteger, amparar ou abrigar(2).

Como prática distinta da saúde, os cuidados paliativos (CP) surgiram na década de 1960, no Reino Unido, tendo como pioneira a médica, enfermeira e assistente social **Cicely Saunders**. Ao fundar o *St. Christophers Hospice*, Cicely não apenas cuidou de inúmeros enfermos com doenças terminais, como também realizou diversos ensaios científicos relacionados ao uso de opioides para controle de dor em doenças incuráveis, tornando a prática dos CP baseada na metodologia científica. Médicos de várias partes do mundo estagiaram com Cicely Saunders e puderam divulgar os novos conhecimentos.

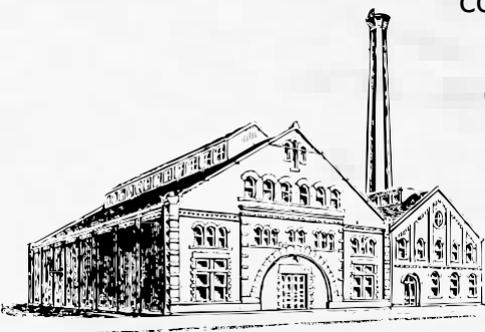


Cicely Saunders,
1974.

O principal exemplo foi o de Elisabeth Kübler-Ross, uma psiquiatra suíça radicada nos Estados Unidos, que após seu contato com o *St. Christophers Hospice*, pôde reproduzir os cuidados paliativos em diversos cenários na América do Norte(3).

No Brasil, os cuidados paliativos tiveram seu início por volta da década de 1970 com os primeiros serviços instalados no Rio Grande do Sul, Santa Catarina e São Paulo, espalhando-se para outros estados posteriormente. Com a criação da Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP) em 2005, houve um impulsionamento na regulamentação da prática dos cuidados paliativos no Brasil, até que em agosto de 2011 a Medicina Paliativa se tornou área de atuação médica(1).

Outro marco bastante expressivo dos CP no Brasil que contribuiu para sua visibilidade em âmbito nacional, foi a Resolução de número 41, de outubro de 2018, que dispõe sobre as diretrizes para a organização dos cuidados paliativos, à luz dos cuidados continuados integrados, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Tal resolução trouxe à tona a importância dos CP e como eles deveriam ser inseridos na Rede de Atenção à Saúde, inclusive descrevendo os pontos da rede em que eles deveriam ser ofertados: Atenção Primária, Atenção Domiciliar, Urgência e Emergência, Atenção Ambulatorial e Atenção Hospitalar(4).



1.2 Definição e princípios dos cuidados paliativos



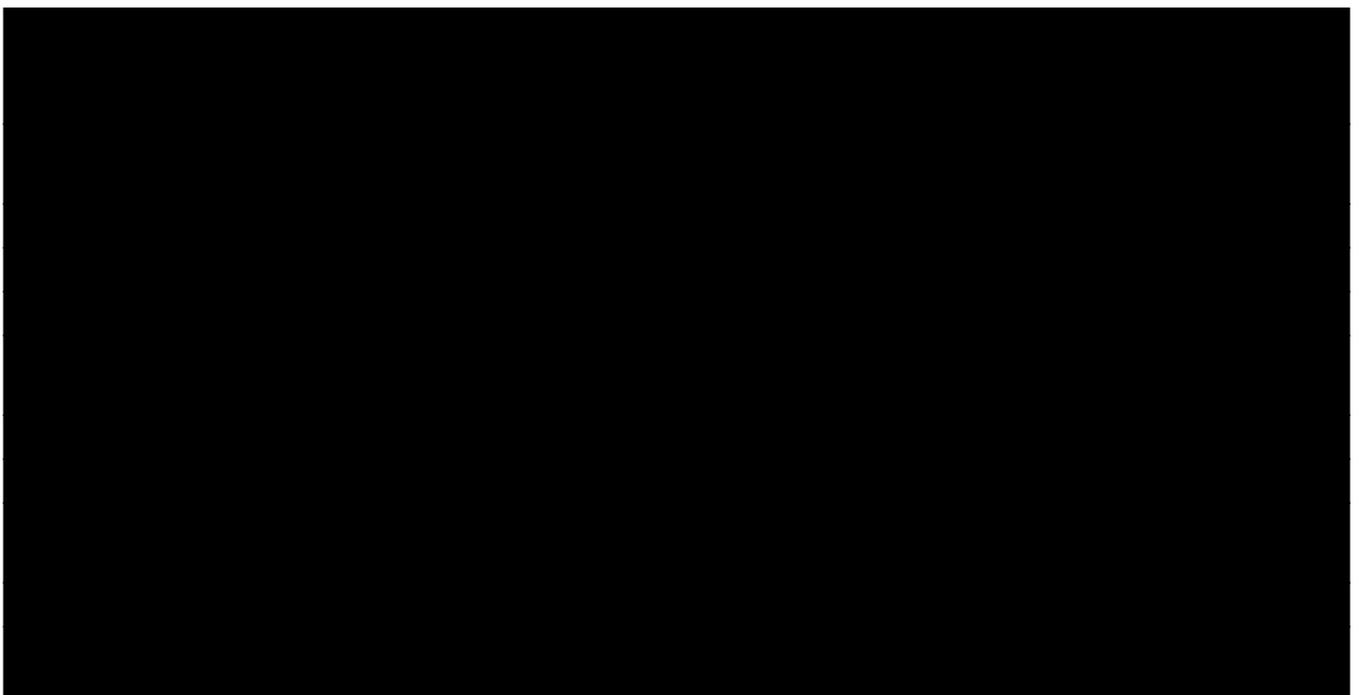
A definição do termo Cuidado Paliativo foi elaborada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1990, tendo sido revisada em 2002 e em 2018 e consiste no seguinte:

"Cuidado Paliativo é uma abordagem que melhora a qualidade de vida dos pacientes (adultos e crianças) e de suas famílias, que enfrentam problemas associados a doenças com risco de vida. É uma abordagem que previne e que alivia o sofrimento por meio da identificação precoce, da avaliação e do tratamento correto da dor e de outros problemas físicos, psicossociais e espirituais"(5,6).

Novo conceito foi apresentado pela *Lancet Commission Global Access to Palliative Care and Pain Relief*, em 2020, definindo cuidado paliativo como cuidados holísticos ativos a indivíduos de todas as idades com sérios sofrimentos relacionados à saúde em razão de doenças graves e especialmente aqueles próximos ao fim da vida. Tem como objetivo melhorar a qualidade de vida de pacientes, familiares e cuidadores(7).

Sendo assim, todos os pacientes diagnosticados com doenças graves ou até mesmo com suspeição de diagnósticos com prognósticos reservados são pacientes com indicação de cuidados paliativos. Assim como aqueles que já passaram por tratamentos com intenção curativa, mas que evoluíram com falência terapêutica no percurso ou que necessitam passar por procedimentos dolorosos e desconfortáveis, também necessitam de uma abordagem paliativa(5).

Para guiar a oferta do CP a quem precisa, a OMS publicou os princípios do CP em 2002, sendo estes modificados e atualizados pela *International Association for Hospice and Palliative Care (IAHPC)*, em 2017. Os princípios são descritos a seguir(6):



1.3 Caso clínico 1.1



O senhor Afonso, 70 anos, acompanhado de sua filha, chega ao ambulatório de urologia para entregar seus exames solicitados em consulta prévia pelo médico especialista. Seu Afonso é totalmente independente para ABVDs e AIVDs e iniciou investigação com urologista por queixas urinárias e antecedentes familiares de câncer de próstata. No momento, com exceção das queixas urinárias, não refere outros sintomas. Ao abrir o resultado da biópsia de próstata, o médico especialista se depara com a seguinte descrição: adenocarcinoma acinar Gleason 7 (3+4). Levando-se em consideração a fase do adoecimento em questão, qual dos princípios dos cuidados paliativos parece menos se enquadrar no caso clínico?

- a) São aplicáveis durante todo o curso de uma doença, de acordo com as necessidades do paciente.
- b) São fornecidos em conjunto com terapias modificadoras de doença sempre que necessário.
- c) São aplicáveis em todos os estabelecimentos de saúde (local de residência e instituições) e em todos os níveis (do primário ao terciário).
- d) Requer encaminhamento para um serviço especializado de cuidados paliativos por se tratar de um caso complexo.

1.4 Cenário atual dos cuidados paliativos

A OMS estima que em 2021 mais de 56,8 milhões de pessoas necessitavam de cuidados paliativos, das quais 25,7 milhões se encontravam no seu último ano de vida. 78% dessas pessoas vivem em países de baixa e média renda, os quais prestam serviços de saúde muito aquém da necessidade. Também em 2021, apenas uma em cada 10 pessoas que precisavam de cuidados paliativos tiveram acesso ao serviço. Por outro lado, a demanda global por cuidados para pessoas com doenças terminais continuará crescendo à medida que a população envelhece e a carga de doenças crônicas não transmissíveis aumenta. A estimativa é que em 2060, a necessidade de cuidados paliativos deverá quase dobrar(8). Por isso a importância de todo médico se capacitar em oferecer cuidados paliativos para os seus pacientes que possuam indicação para tal.

1.5 Cuidados paliativos na trajetória do adoecimento

Pela interpretação dos princípios dos cuidados paliativos, pode-se entender que esses cuidados devem acontecer de maneira continuada desde o diagnóstico de uma enfermidade potencialmente fatal, em paralelo ao tratamento modificador de doença (aquele que busca a cura). À medida que a doença avança em sua trajetória, a importância do cuidado paliativo aumenta proporcionalmente, até que se torna a única terapêutica possível durante a fase ativa de morte, ultrapassando até mesmo essa fase quando se compromete a acompanhar o luto dos familiares, como demonstrado na Figura 1(9).

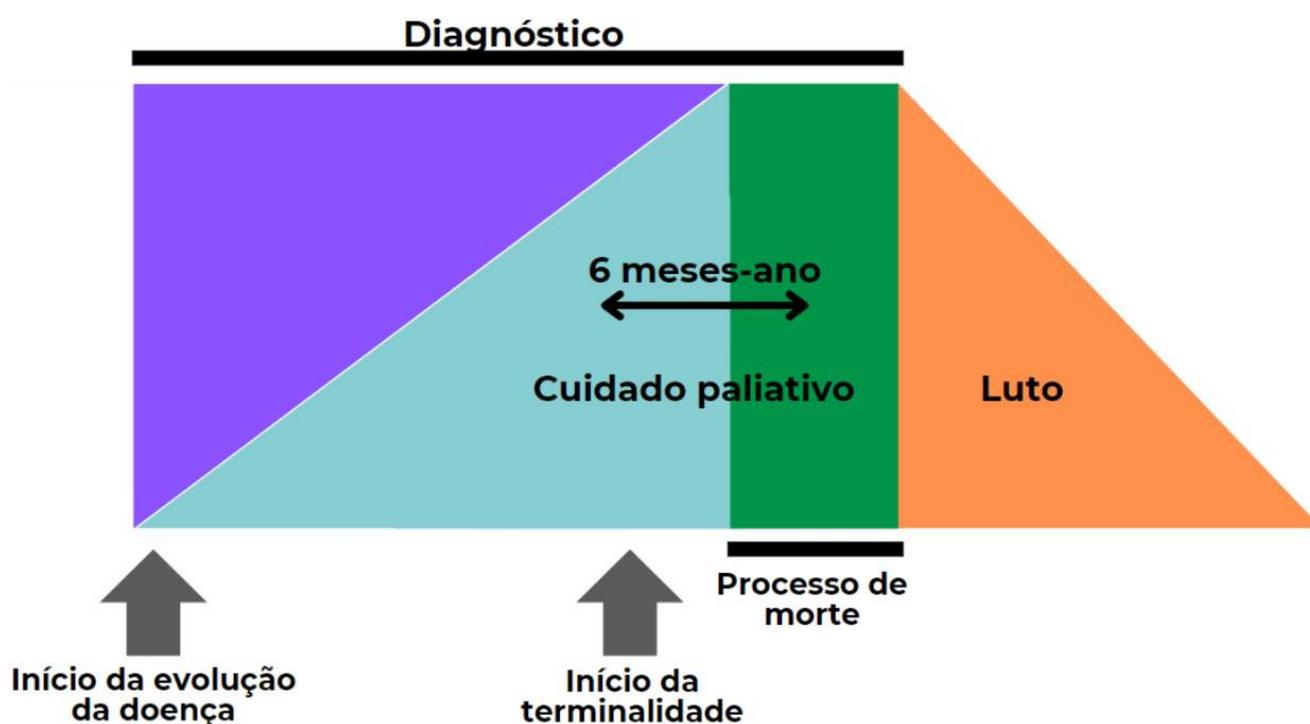
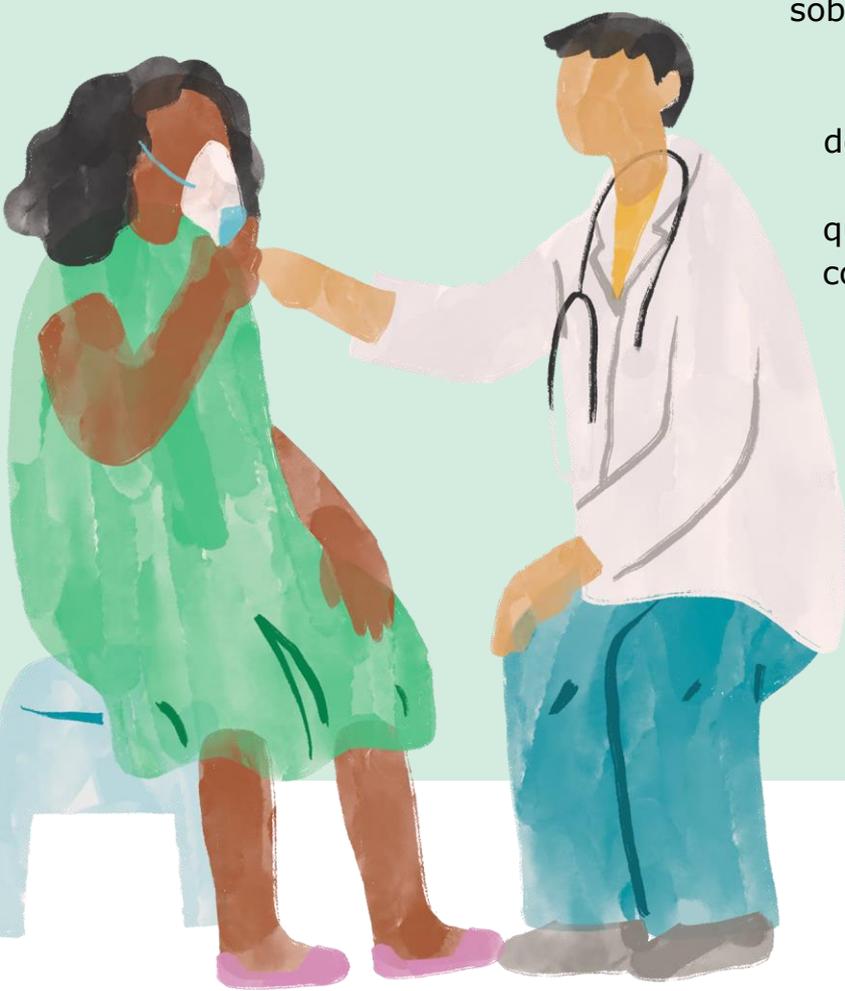


Figura 1. Cuidado paliativo ao longo da trajetória do adoecimento
Fonte: Adaptado de Carvalho & Cassis (2022).

É possível perceber que, no **início do adoecimento**, como no diagnóstico de uma neoplasia maligna, a terapia modificadora de doença ainda se demonstra bastante importante, englobando a maior parte do tratamento do paciente. No entanto, as ações de cuidados paliativos já devem se iniciar com os objetivos de criar vínculo com paciente e familiares, comunicar de forma adequada sobre o diagnóstico, plano terapêutico e prognóstico e planejar ações multiprofissionais para intervenção precoce de ações voltadas para prevenção de sofrimento físico, emocional e espiritual(9).

Com o **avançar da enfermidade**, é esperado que as terapêuticas modificadoras de doença comecem a falhar ou a não proporcionar a melhoria pretendida pela equipe assistente, gerando cada vez mais sintomas ao paciente. Assim, as ações dos cuidados paliativos, nessa fase, devem se voltar para a continuidade do trabalho já iniciado; questionar ativamente sobre o controle dos sintomas físicos; rastrear possíveis sofrimentos de outras esferas, como psíquica, social e espiritual relacionadas ao adoecimento e iniciar discussão sobre diretivas antecipadas de vontade. Os planos de ações realizados até aqui podem ser designados de **cuidados paliativos primários** e devem ser realizados por qualquer profissional de saúde, especialista ou não em cuidados paliativos(9).

Na **fase de terminalidade**, as necessidades do paciente e da família se tornam cada vez mais complexas e podem exigir, muitas vezes, o chamado da equipe especializada em cuidados paliativos para auxiliar na condução do caso. Nessa fase, as ações são voltadas para a abordagem multiprofissional completa do sofrimento na condição de progressão evidente e acelerada da doença; controle de sintomas físicos de tratamento mais difícil; abordagem do processo de elaboração das perdas funcionais progressivas e da proximidade do contexto da morte; aprofundar a discussão sobre diretivas antecipadas de vontade, tentando estabelecer diretrizes para a assistência ao final da vida; dentre outras intervenções que visem primordialmente a melhorar a qualidade de vida, já que não há mais como conter a evolução para a morte. Após a morte do paciente, o acolhimento dos familiares e acompanhamento nos casos de luto complicado também são deveres da equipe de saúde(9).





1.6 Caso clínico 1.2

Seu Vicente, 60 anos, casado e pai de três filhos, segue internado na enfermaria de clínica médica por dispneia progressiva e acaba de receber o diagnóstico de câncer de pulmão. Sobre o papel dos cuidados paliativos na trajetória do adoecimento, marque a alternativa correta:

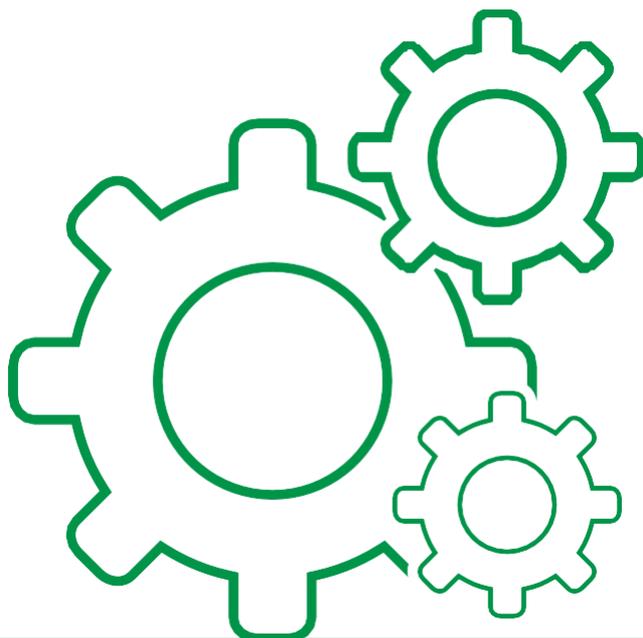
- a) Os cuidados paliativos se iniciam no momento do diagnóstico de uma doença potencialmente ameaçadora a vida, havendo desde já a necessidade de encaminhamento para o serviço especializado em cuidados paliativos.
- b) Os cuidados paliativos devem ser prestados ao paciente desde o seu diagnóstico, seguindo-o até a fase de terminalidade de doença e se encerrando no processo ativo de morte.
- c) Deve fazer parte do plano terapêutico instituído pela equipe assistente iniciar discussão sobre diretivas antecipadas de vontade e buscar o controle de possíveis sintomas físicos, emocionais e/ou espirituais.
- d) Um paciente que inicia abordagem em cuidados paliativos jamais poderá receber alta por cura de doença.

REFERÊNCIAS

1. Figueiredo MGMCA. História dos Cuidados Paliativos no Brasil e no Mundo. In: Castilho RK, Silva VCS, Pinto CS. Manual de Cuidados Paliativos. 3ª edição. Rio de Janeiro: Atheneu; 2021. p. 7-10.
2. Paiva CF, Santos TCF, Costa LMC, Almeida Filho AJ. Trajetória dos Cuidados Paliativos no Mundo e no Brasil. In: Peres MAA, Padilha MI, Santos TCF, Almeida Filho AJ, (Orgs.) Potencial interdisciplinar da enfermagem: histórias para refletir sobre o tempo presente. Brasília, DF: Editora A Ben; 2022. p. 41 a 49.
3. Gomes ALZ, Othero, MB. Cuidados Paliativos. Estudos Avançados, 2016; 30(88):155-66.
4. Ministério da Saúde (Brasil). Resolução n 41, CIT, 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). Diário Oficial da União, 23 nov 2018.
5. Silva AE, Guimarães MAM, Carvalho RC, Carvalho TV, Ribeiro SA, Martins MR. Cuidados Paliativos: definição e estratégias utilizadas na prática médica. Research, Society and Development. 2021. v. 10(1): e18810111585.
6. Pereira EAL, Reys KZ. Conceitos e Princípios. In: Castilho RK, Silva VCS, Pinto CS. Manual de Cuidados Paliativos. 3ª edição. Rio de Janeiro: Atheneu; 2021. p. 3-6.
7. Radbruch L, De Lima L, Knaut F, Wenk R, Ali Z, Bhatnagar S, Blanchard C, Bruera E, Buitrago R, Burla C, Callaway M, Munyoro EC, Centeno C, Cleary J, Connor S, Davaasuren O, Downing J, Foley K, Goh C, Gomez-Garcia W, Harding R, Khan QT, Larkin P, Leng M, Luyirika E, Marston J, Moine S, Osman H, Pettus K, Puchalski C, Rajagopal MR, Spence D, Spruijt O, Venkateswaran C, Wee B, Woodruff R, Yong J, Pastrana T. Redefining Palliative Care-A New Consensus-Based Definition. J Pain Symptom Manage. 2020 Oct;60(4):754-764. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2020.04.027. Epub 2020 May 6. PMID: 32387576; PMCID: PMC8096724.
8. OPAS, 2021, disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/5-10-2021-oms-divulga-recursos-para-lidar-com-flagrante-escassez-servicos-cuidados#>, acessado em 31/10/23.
9. Carvalho RT, Cassis AT. Cuidados Paliativos – Conceitos e Princípios. In: Carvalho RT, Rocha JA, Franck EM, Crispim DH, Jales SMCP, Souza MRB. Manual da Residência de Cuidados Paliativos abordagem multidisciplinar. 2ª edição. São Paulo: Manole; 2022. p. 38-49.

CAPÍTULO 2

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE
COM DEMANDA DE CUIDADOS
PALIATIVOS E FERRAMENTAS
PROGNÓSTICAS



2.1 Ferramentas de avaliação e triagem para o paciente com demanda de cuidados paliativos

Os profissionais de saúde parecem apresentar dificuldade na identificação precoce de pacientes que possam se beneficiar de abordagem CP, em todos os níveis da atenção à saúde. Tal dificuldade torna-se um empecilho para um dos princípios dos CP que recomenda integração entre CP e medidas modificadoras de doença ocorra no momento inicial das doenças ameaçadoras de vida (1). Se por um lado os CP apresentam menor cenário de atuação no início do adoecimento, por outro sua importância tende a crescer bastante com o avançar da enfermidade e alguns sinais de alerta nesse percurso são essenciais para que o médico inicie ou progrida na abordagem paliativa(1).

Nesse cenário, ferramentas de identificação de deterioração clínica foram criadas com o intuito de alertar os médicos sobre a necessidade inadiável de abordar pacientes e familiares sobre o que de fato é importante para eles e as opções de tratamentos proporcionais para o quadro clínico em questão(2).

Dentre essas ferramentas, pode-se destacar duas mais amplamente utilizadas no Brasil: o SPICT-BR e o NECPAL-BR.

O *Supportive and Palliative Care Indicators Tool* (SPICT) foi desenvolvido em 2010, na Escócia, e consiste em uma lista de indicadores gerais de deterioração clínica e de indicadores de gravidade de doenças específicas: doenças cardiovasculares, doenças renais, respiratórias, hepáticas, câncer e doenças neurológicas. Essa ferramenta foi traduzida (SPICT-BR) e validada para utilização em pacientes brasileiros, em 2016(3). A versão mais recente da ferramenta SPICT-BR não considera um valor de corte para definir como positivo, ao passo que versões anteriores determinavam como "SPICT-positivo" aqueles pacientes que tivessem dois ou mais indicadores gerais de deterioração da saúde e pelo menos um indicador de uma ou mais condições avançadas.

Apesar de não ser uma ferramenta prognóstica, alguns estudos mostraram que, havendo duas condições de declínio geral associadas, há risco aumentado para óbito dentro de um ano(1).

Vale ressaltar que a ferramenta SPICT não tem o objetivo de direcionar obrigatoriamente o paciente para um serviço especializado em cuidados paliativos, mas sim alertar aos médicos assistentes a necessidade de iniciar abordagens em cuidados paliativos com o seu paciente(3). A ferramenta SPICT-BR se encontra disponível no Anexo 14 e no link a seguir: [SPICT-BR](#).

O instrumento Necessidades Paliativas (NECPAL-BR) foi criado para identificar os pacientes com necessidade de abordagem paliativa por possuírem doenças ameaçadoras da vida em fases avançadas. O instrumento inclui, em seu primeiro passo, a utilização da "Pergunta Surpresa" que corresponde a seguinte pergunta: "Você ficaria surpreso se este paciente morresse ao longo do próximo ano?" Caso a resposta seja "Não" significa, com alta sensibilidade, que o paciente possa estar em terminalidade de doença, necessitando de abordagem multidisciplinar em cuidados paliativos(1).

Além disso, a ferramenta inclui especificidades de diversas doenças em estágio avançado (câncer, doença pulmonar obstrutiva crônica, insuficiência cardíaca, doenças renais e hepáticas, por exemplo)(1). Ao se utilizar essa ferramenta de rastreamento, se o paciente apresentar pelo menos uma resposta assinalada "sim", diz-se que é NECPAL positivo e o paciente possui indicação de cuidados paliativos, como mostrado no Anexo 2(5) e no link a seguir: [NECPAL-BR](#).

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: ____/____/____

Paciente idoso, 80 anos, com síndrome demencial avançada (início da doença há 10 anos), alimentando-se por gastrostomia, não interage há alguns meses, totalmente acamado e dependente para ABVDs (Atividades Básicas da Vida Diária). Encontra-se emagrecido, com lesão por pressão sacral estágio III e dá entrada no pronto socorro com quadro compatível com pneumonia aspirativa. Ao ser avaliado, o médico aplica as ferramentas SPICT e NECPAL, ambas positivas, e não se surpreenderia se o paciente morresse nessa internação. Qual a melhor conduta inicial a ser tomada?



a) Solicitar de imediato interconsulta da equipe de cuidados paliativos para condução do caso.

b) Indagar a família sobre sua compreensão do adoecimento, assim como resgatar valores e possíveis diretivas antecipadas do paciente.

c) Não solicitar exames de forma alguma.

d) Priorizar medidas invasivas ao controle de sintomas.

2.3 Curvas de funcionalidade de acordo com a doença de base

A funcionalidade do paciente se refere a capacidade que o indivíduo tem de realizar suas atividades diárias, assim como tomar decisões sobre a sua vida, além de participar sobre o planejamento do seu tratamento. Geralmente, à medida que a doença progride, a funcionalidade do paciente tende a cair como consequência das limitações físicas geradas pelo adoecimento(6).

É muito importante, durante a anamnese, identificar a curva de funcionalidade do paciente, ou seja, registrar temporalmente sua funcionalidade, a fim de identificar se essa queda corresponde à progressão de sua doença de base ou se a algum evento agudo que possa ser potencialmente reversível(6). Para avaliar a funcionalidade dos pacientes em cuidados paliativos, a principal escala utilizada é a *Palliative Performance Scale* (PPS)(6).

Palliative Performance Scale (PPS)

A escala PPS foi criada, inicialmente, com o objetivo de estimar a funcionalidade de pacientes oncológicos em cuidados paliativos. Apesar de não ser uma ferramenta prognóstica, quanto menor o PPS do paciente, menor é o seu tempo de sobrevivência. Atualmente pode ser utilizada para pacientes com as mais diversas etiologias de adoecimento, porém mantendo ciência de que cada grupo de doenças possui uma curva de funcionalidade diferente e, conseqüentemente, estimativas prognósticas diferentes(6.) A escala de performance paliativa pode ser encontrada no Anexo 3 e no link: [PPS](#).

A forma correta de se utilizar a ferramenta PPS e identificar a funcionalidade do paciente é encontrando a linha que corresponda às características que melhor se adequam ao paciente avaliado. Para isso, inicia-se a avaliação pela primeira coluna, "deambulação", até encontrar a descrição mais adequada. Depois, deve-se fazer o mesmo para as demais colunas, sempre seguindo da esquerda para a direita. Se houver dúvida entre duas linhas de características, deve-se levar em consideração que quanto mais a esquerda a coluna estiver, maior a importância dela para determinar a funcionalidade do paciente(7).



Paciente de 45 anos, com diagnóstico de câncer de mama metastático (metástase para coluna vertebral), apresentando síndrome de compressão medular de tal forma que há 3 meses encontra-se parética de MMII, sem controle esfinterianos, passa a maior parte do tempo acamada, incapaz para a maioria das atividades, necessitando de assistência quase completa, porém mantendo apetite preservado. Qual o PPS da paciente em questão?

a) 50%

a) 40%

a) 30%

a) 20%

2.5 Curva de funcionalidade em doenças oncológicas

A maioria dos pacientes com doenças oncológicas de tumores sólidos seguem uma curva de funcionalidade similar quando o diagnóstico acontece nas fases iniciais da doença e logo começa a realizar o seu tratamento modificador. O paciente se mantém estável por um período que pode variar de acordo com o tipo de câncer e de terapia proposta, às vezes muitos anos, até que, em um momento específico, os tratamentos instituídos parecem não conseguir mais conter o avanço do câncer e o paciente perde funcionalidade abruptamente com a progressão da doença, em algumas circunstâncias podendo variar de semanas a alguns meses, até a evolução para a morte, como representado a seguir(6).

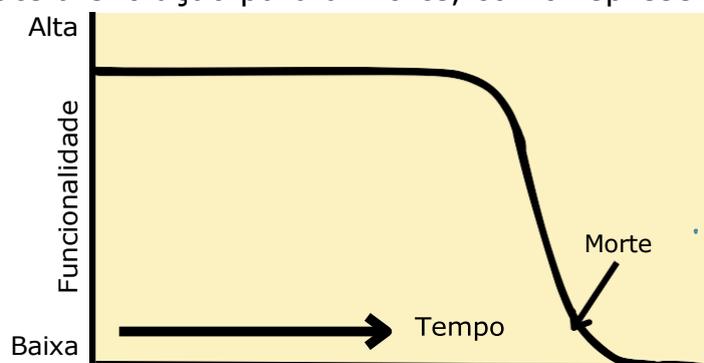


Figura 1. Curva de funcionalidade em função do tempo em pacientes com doenças oncológicas. Fonte: Adaptado de Nicodemo & Torres (2022)(6).

2.6 Curva de funcionalidade em doenças crônicas/falências orgânicas

Nesse grande grupo se encontram as doenças cardíacas, pulmonares, renais e hepáticas, cada uma com suas particularidades, porém, geralmente apresentando comportamentos semelhantes quanto à curva de funcionalidade. Geralmente, nessas doenças o paciente apresenta períodos de crise ou agudizações, muitas vezes com necessidade de internamento, havendo uma queda importante da funcionalidade que, após resolução do quadro agudo, pode melhorar, porém, na maioria das vezes, não retornando aos patamares anteriores devido a novas sequelas. À medida que novas exacerbações vão acontecendo e as falências orgânicas vão se estabelecendo, as frequências de pioras/agudizações vão aumentando até que em uma dessas intercorrências o paciente evolui a óbito, como mostrado a seguir(6).

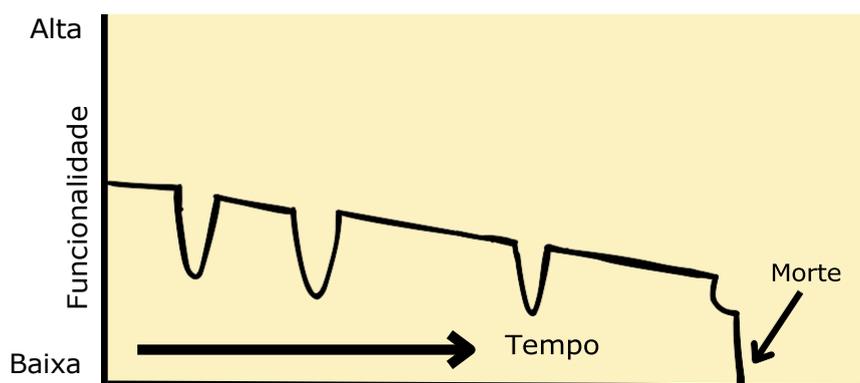


Figura 2. Curva de funcionalidade em função do tempo em pacientes e doenças crônicas.

Fonte: Adaptado de Nicodemo & Torres (2022)(6).

2.7 Curva de funcionalidade em função do tempo em doenças neurodegenerativas

Neste grupo, se encontram os pacientes com síndromes demenciais, doença de Parkinson, esclerose lateral amiotrófica, seqüela grave de acidente vascular encefálico, além de outras doenças neurodegenerativas. A perda de funcionalidade se dá de forma progressiva, com pioras à medida que ocorrem intercorrências clínicas, especialmente infecciosas, ou com o próprio avançar da doença que ocorre, na maioria das vezes, de forma lenta do diagnóstico até a morte.

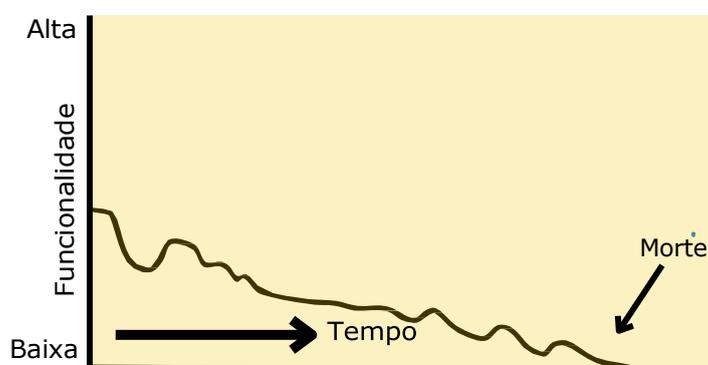


Figura 3. Curva de funcionalidade em função do tempo em pacientes com doenças neurodegenerativas.

Fonte: Adaptado de Nicodemo & Torres (2022)(6).

2.8 Ferramentas prognósticas para os diferentes grupos de doença

Desde os seus primórdios, a medicina se baseia em três pilares de extrema importância: o diagnóstico, o tratamento e o prognóstico. Esse último teve sua importância reduzida ao longo dos anos com o avanço das inúmeras técnicas diagnósticas e dos tratamentos prolongadores de sobrevivência. Porém, a verdade é que, por maior que seja a sobrevivência perante uma doença, a morte é inevitável e o prognóstico é uma importante ferramenta no auxílio das tomadas de decisões(8).

Todo paciente tem direito de saber sobre o seu prognóstico, se assim for de sua vontade, a fim de que possa participar ativamente do seu plano terapêutico e da construção de suas diretivas antecipadas de vontade. Para que sejam tomadas decisões informadas e coerentes com seus valores e princípios, os pacientes e familiares necessitam saber com clareza sobre o seu diagnóstico, o que esperar, ou seja o prognóstico, e a terapêutica disponível, incluindo os riscos e benefícios de cada opção(9).

Talvez o grupo de doenças mais estudado em relação ao prognóstico seja o das doenças oncológicas. Em se tratando de câncer, o Palliative Prognostic Index (PPI) é uma ferramenta criada com boa acurácia para estimar o prognóstico de pacientes com doenças neoplásicas malignas de órgãos sólidos, em estado avançado, no qual o paciente não possui mais indicação de terapia modificadora de doença. É de fácil aplicação, pois requer apenas sinais e sintomas clínicos, não havendo necessidade de exames complexos. De acordo com a pontuação preenchida, a sobrevivência média pode variar de 90 a 12 dias(9).

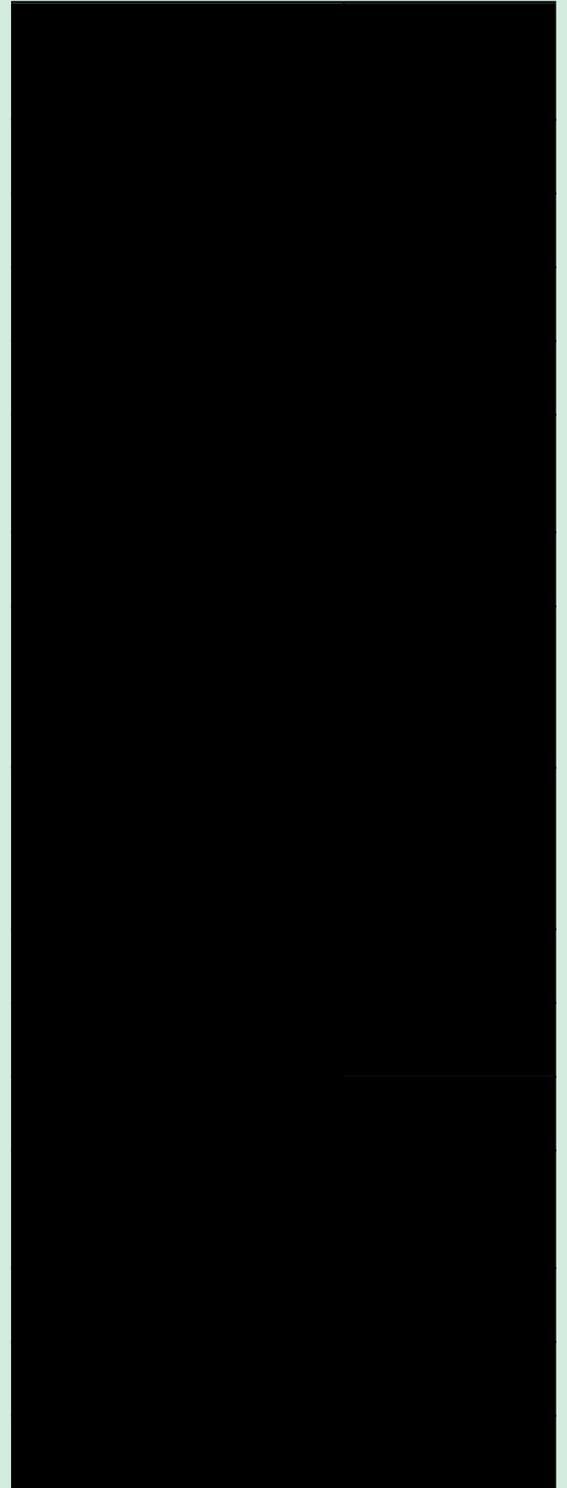


Tabela 1. Palliative Prognostic Index (PPI)
Fonte: adaptado de Yoong et al. (2023)(10).

Porém, não foi somente para o câncer que foram desenvolvidas ferramentas para estimar sobrevida. Para as grandes disfunções orgânicas como insuficiência cardíaca, pulmonar e hepática, existem escores que podem ser facilmente aplicados por meio de calculadoras eletrônicas e predizerem a mortalidade dos pacientes em dias, meses ou anos, conforme os exemplos a seguir(9):

- Para DPOC, o índice BODE (the Body-mass index, airflow Obstruction, Dyspnea, and Exercisecapacity index) estima a mortalidade em quatro anos(9).

Acesse pelo link: <https://www.mdcalc.com/calc/3916/bode-index-copd-survival>

- Para pacientes com cirrose, as escalas Child-Pugh e Meld podem predizer a mortalidade dos pacientes crônicos em meses a anos. Porém, para os pacientes internados com insuficiência hepática descompensada, o escore CLIF-C ACLF nos dá uma mortalidade mais acurada em 28 dias(9).

Acesse pelo link: <https://www.mdcalc.com/calc/10240/clif-c-aclf-acute-chronic-liver-failure>

- Para pacientes com insuficiência cardíaca, além da classificação NYHA que pode auxiliar na definição da fase do adoecimento que o paciente se encontra, o escore MAGGIC (Meta-Analysis Global Group In Chronic Heart Failure) pode estimar a média de sobrevida em anos(9).

Acesse pelo link: <https://www.mdcalc.com/calc/3803/maggic-risk-calculator-heart-failure>

- Para pacientes hospitalizados por sequela de AVC, o National Institute of Health Stroke Scale (NIHSS) pode auxiliar na estimativa de reabilitação ou de desfecho desfavorável. Um NIHSS maior ou igual a 16 pode estar associado a maior probabilidade de óbito ou de alta dependência(9).

Acesse pelo link: <https://www.mdcalc.com/calc/715/nih-stroke-scale-score-nihss>

- Para doentes críticos, além do SAPS-3 que deve ser calculado na admissão do paciente na UTI, já prevendo mortalidade, o escore SOFA tem se demonstrado um bom preditor de mortalidade de avaliação contínua para esses pacientes(9).

Acesse pelo link: <https://www.mdcalc.com/calc/691/sequential-organ-failure-assessment-sofa-score>

Além dos escores específicos utilizados para cada grupo de doenças, alguns marcadores gerais de progressão de doença/pior prognóstico deve ser levados em consideração, tais como (8,9):

- Internações frequentes por exacerbações clínicas;
- Febre persistente após uso de antibioticoterapia de amplo espectro;
- Albumina < 2,5;
- PPS < 50%;
- Múltiplas falências orgânicas, dentre outros.

REFERÊNCIAS

1. Tomazelli PC, Oliveira CF, Silva NMS, Lima LMC, Amorim MA. Identificação da demanda de abordagem de cuidados paliativos: ferramentas de triagem. In: Manual de Cuidados Paliativos. 2ª edição. São Paulo: Hospital Sírio-Libanês; Ministério da Saúde, 2023. p. 38-49.
2. Boyd K, Murray SA. Recognising and managing key transitions in end of life care. *BMJ*. 2010; 341:c4863.
3. Andrade LF, Carvalho RCSF. Indicações de cuidados paliativos. In: Vattimo EFQ, Belfiore EBR, Zen Junior JH, Santana VS. Cuidados Paliativos: da clínica a bioética. São Paulo: Cremesp, 2023. p. 15-26.
4. Correa S. SPICT-BRTM: Uma ferramenta para auxílio na identificação de pacientes que podem precisar de cuidados paliativos. SPICTTM Supportive and Palliative Care Indicators Tool. Edinburgh: University of Edinburgh; 2016.
5. Santana MT. Adaptação transcultural e validação semântica do instrumento NECPAL CCOMS-ICO" para a Língua Portuguesa [master's thesis]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo, Escola Paulista de Enfermagem [Internet]. 2018 [citado 2023 Nov 19]. Disponível em: <https://repositorio.unifesp.br/bitstream/handle/11600/52986/INSTRUMENTO%20NECPAL-BR.pdf?sequence=2&isAllowed=y>.
6. Nicodemo IP, Torres SHB. Indicações de Cuidado Paliativo: os cuidados paliativos recomendados para cada paciente. In: Carvalho RT, Rocha JA, Franck EM, Crispim DH, Jales SMCP, Souza MRB. Manual da Residência de Cuidados Paliativos abordagem multidisciplinar. 2ª edição. São Paulo: Manole; 2022. p. 59-73.
7. Maciel MGS, Carvalho RT. A escala de desempenho em cuidados paliativos versão 2 (EDCP v2). Tradução brasileira da Palliative Performance Scale (PPS v2). Victoria Hospice Society, 2009 [citado em 2023 Nov 19]. Disponível em: https://victoriahospice.org/wp-content/uploads/2019/07/pps_-_portuguese_brazilian_-_sample.pdf.
8. Frutig MA, Souza MRB. Prognóstico em cuidados paliativos – descrição das ferramentas de estimativas. In: Carvalho RT, Rocha JA, Franck EM, Crispim DH, Jales SMCP, Souza MRB. Manual da Residência de Cuidados Paliativos abordagem multidisciplinar. 2ª edição. São Paulo: Manole; 2022. p. 88-100.
9. D'Alessandro MPS, Lacerda FH, Rolo DF. Avaliações de prognóstico: considerações e instrumentos práticos. In: Manual de Cuidados Paliativos. 2ª edição. São Paulo: Hospital Sírio-Libanês; Ministério da Saúde, 2023. p. 50-67.
10. Yoong SQ, Porock D, Whitty D, Tam WWS, Zhang H. Performance of the palliative prognostic index for cancer patients: a systematic review and meta-analysis. *Palliat Med*. 2023; 37(8):1144-1167.

CAPÍTULO 3

MANEJO DOS PRINCIPAIS SINTOMAS EM CUIDADOS PALIATIVOS





O controle dos sintomas causados por doenças em estágios avançados é sem dúvida um dos maiores desafios para os médicos que cuidam de pacientes em fim de vida. Por isso, é essencial que mesmo não sendo especialista em cuidados paliativos, o médico possua noções básicas sobre o manejo de dor, náusea, delirium e outros sintomas. Nesse capítulo, iremos abordar sobre o manejo inicial dos principais sintomas enfrentados por pacientes em cuidados paliativos.

3.1 Dor

A dor, de forma geral, é o sintoma que mais leva a população a procurar por serviços de saúde em todo o mundo. Em se tratando de doenças graves e ameaçadoras à vida não é diferente. Em cuidados paliativos, a dor é o sintoma que mais reduz a qualidade de vida dos pacientes e, muitas vezes, um dos mais difíceis de se tratar(1).

Ao estudar a complexidade por trás da dor que se apresenta de múltiplas formas, Cicely Saunders, em 1967, conceituou o termo "dor total", mostrando cientificamente que a dor possui não só componentes físicos, mas também psicológicos, sociais e espirituais. Esta sessão focará no manejo do componente físico da dor, mas destacamos a necessidade de sempre investigar as outras dimensões do sintoma(1).

O primeiro passo para abordar a dor em cuidados paliativos é resgatar conceitos básicos da semiologia médica para classificá-la corretamente(1):

- ♦ **Tempo de instalação:** aguda, subaguda ou crônica.
- ♦ **Etiologia:** nociceptiva (somática e/ou visceral), neuropática ou mista.
- ♦ **Localização.**
- ♦ **Tipo da dor:** facada, pontada, latejante, queimação...
- ♦ **Sintomas associados:** dispneia, náusea, sudorese...
- ♦ **Fatores de melhora ou piora:** posição, medicamentos...
- ♦ **Intensidade:** geralmente utilizando escalas de dor.

3.1.1 Escalas de avaliação da dor

Para auxiliá-los na identificação e quantificação objetiva da dor, algumas escalas foram criadas e validadas para o uso em pacientes em diversas situações, desde pacientes orientados que possam mensurar sua dor em uma nota (escala visual numérica), até pacientes inconscientes que demonstrem a sua dor por meio de sinais indiretos (behavior pain scale).

I) Escala Visual Analógica

Composta de uma numeração de 0 a 10, alguns descritores simples e um esquema gradativo de cores para tentar facilitar a compreensão dos pacientes. Geralmente, vem associada a um conjunto de faces, visando abranger pacientes com dificuldade de comunicação(2).



Figura 1. Escala visual numérica.
Fonte: Adaptado de INCA, 2001(2).

II) Behavior Pain Scale (BPS)

A escala comportamental de dor (BPS, do inglês *Behavioral Pain Scale*) foi elaborada contemplando pacientes críticos, sedados e sob ventilação mecânica, incapazes de reportar intensidade de sua dor.

Essa escala foi traduzida e adaptada ao português brasileiro, além de avaliada quanto a sua confiabilidade e utilidade clínica, tendo sido também adaptada para pacientes não intubados(3).

Sua pontuação pode variar de 3 (sem dor) até 12 (dor excruciante), pontuando nos seguintes critérios: expressão facial, membros superiores, adaptação a ventilação mecânica ou vocalização(3).

BPS (<i>Behavioral Pain Scale</i>)		
Item	Descrição	Escore
(1) Expressão facial	Relaxada	1
	Parcialmente tensa (por exemplo, abaixa a sobrancelha)	2
	Totalmente tensa (por exemplo, fecha os olhos)	3
	Faz careta: presença de sulco perilabial, testa franzida e pálpebras ocluídas	4
(2) Membros superiores	Sem movimento	1
	Com flexão parcial	2
	Com flexão total e flexão de dedos	3
	Com retração permanente: totalmente contraído	4
(3-VM) Adaptação à ventilação mecânica	Tolera movimentos	1
	Tosse com movimentos	2
	Briga com o ventilador	3
	Incapaz de controlar a ventilação mecânica	4
(3-NI) Vocalização	Sem vocalização de dor	1
	Gemidos não frequentes (≤ 3 / min) e não prolongados (≤ 3 seg)	2
	Gemidos frequentes (≥ 3 / min) ou prolongados (≥ 3 seg)	3
	Urrando ou reclamação verbal incluindo <Ai!> ou prender a respiração	4
Total		

3-VM: usar para pacientes em ventilação mecânica. 3-NI: usar para pacientes não intubados.

Figura 2. Behavior Pain Scale (BPS)
Fonte: Chanques et al. (2009)(3).

3.1.2 Escada de dor analgésica

Para auxiliar os médicos na escolha das medicações analgésicas mais apropriadas, um comitê de *experts* em dor da OMS propôs, em 1980, a escada analgésica da OMS, composta de três degraus a serem seguidos de acordo com a intensidade da dor do paciente(4,5).

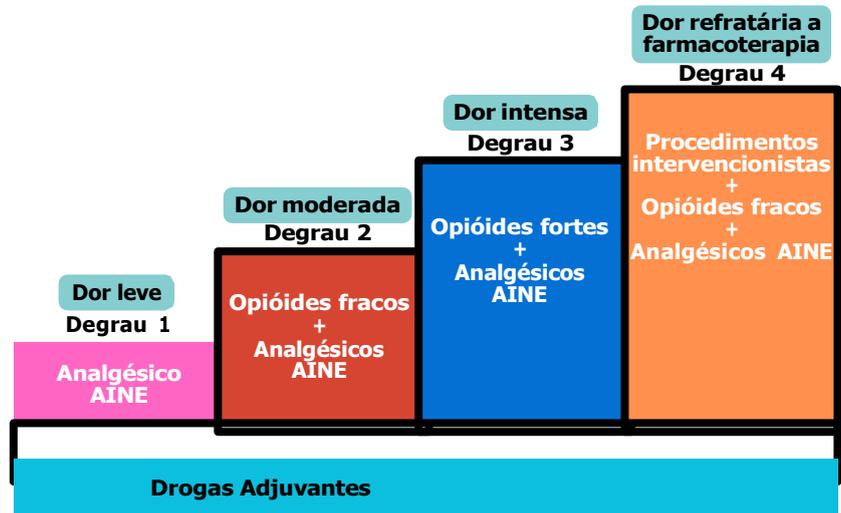


Figura 3. Escada de dor analgésica da OMS.
Fonte: Rangel, Telles (2012)(6).

3.1.3 Manejo da dor

Para o correto manejo da dor dos pacientes em cuidados paliativos, pode-se seguir as recomendações do quadro abaixo(5,6).



conforme necessidade.

3.1.4 Manejo da dor

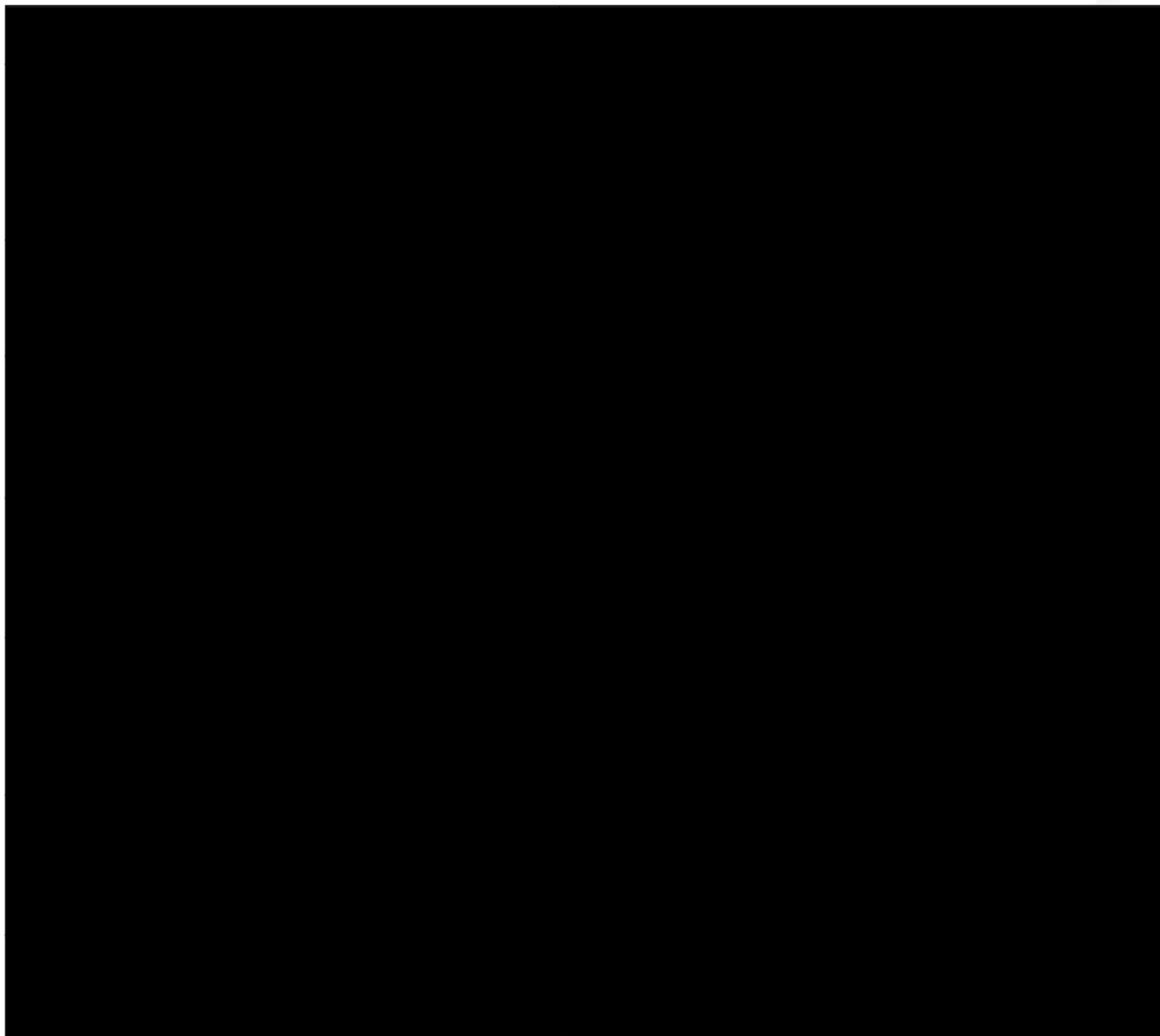


Tabela 1. Medicações adjuvantes.

Fonte: adaptado de Vale & Cardoso (2021)(4).

Em caso de dor refratária ao uso de morfina ou metadona em doses otimizadas, acionar equipe de cuidados paliativos e/ou equipe da dor para auxílio no ajuste ou rotação dos opioides. O efeito colateral mais grave e temido do uso de opioides é a intoxicação, que em casos extremos pode levar a parada respiratória e óbito.

Durante o uso de opioides, deve-se atentar para os principais sinais e sintomas que caracterizam a intoxicação: bradipneia, rebaixamento do nível de consciência e pupilas mióticas/puntiformes, podendo ou não haver presença de mioclonias.

No caso de o paciente apresentar FR < 12 irpm, pupilas puntiformes não reagentes e rebaixamento do nível de consciência, deve-se seguir os seguintes passos(5,6):

·Suspender os opioides por 8 horas.

·Retornar com metade da dose.

·OBS: a dose de retorno pode variar de acordo com o quadro algico do paciente. No caso de dor severa, realizar quantos resgates forem necessários para reajustar a dose.

No caso de intoxicação grave, com FR < 6 irpm, no qual o paciente não esteja, concomitantemente, em processo ativo de morte, deve-se realizar naloxona, EV, 0,04 a 0,08 mg, com reavaliação a cada 30 a 60 minutos, no intuito de melhorar a frequência respiratória e diminuir o risco de morte associada, porém sem causar rebote de sintomas.

3.1.5 Caso Clínico 3.1

Imagine que você atendeu o paciente Fabiano de 60 anos, em nível ambulatorial, com diagnóstico de câncer gástrico há 6 meses, com metástases para fígado, peritônio e ossos. O paciente procura atendimento médico aguardando retorno com oncologista em 1 mês, porém mantém disfagia a alimentação sólida e dor de cabeça intensa, assim como dor abdominal, sem melhora com paracetamol e codeína prescritos pelo oncologista. Em relação ao manejo da dor, assinale a alternativa correta:



a) Em caso de dor intensa, o uso de opioides fortes está indicado, sendo preferencialmente utilizados por via subcutânea, de forma intermitente de horário e com resgate se necessário.

b) A prescrição de laxativos osmóticos está indicada em associação à prescrição de opioides, em detrimento aos laxativos irritativos.

c) Analgésicos simples como dipirona e paracetamol não estão indicados em dores intensas.

d) São consideradas medicações adjuvantes no controle de dor os anti-inflamatórios esteroidais e não esteroidais, antidepressivos, anticonvulsivantes e relaxantes musculares.

3.2 Dispneia

A dispneia ou falta de ar é um sintoma comum em cuidados paliativos e pode ser a causa de grande prejuízo na qualidade de vida de pacientes com doença terminal. O primeiro passo na abordagem da dispneia é entender o mecanismo que está causando o desconforto respiratório. São várias as causas de dispneia: anemia, infecção, insuficiência cardíaca, broncoespasmo, derrame pleural, pneumotórax, linfangite carcinomatosa, ascite, fraqueza muscular, hipoxemia dentre outras(7).

Ao identificar o mecanismo desencadeador da falta de ar, o médico deverá atuar diretamente na causa para promover o alívio do sintoma. Por exemplo, otimizar as medicações para insuficiência cardíaca nos casos de IC descompensada, prescrever broncodilatadores e corticoide em casos de broncoespasmos, encaminhar o paciente para realizar toracocentese em casos de derrames pleurais extensos ou paracenteses de alívio nos casos de ascite de grande monta(7).

3.2 Dispneia

Algumas medidas não farmacológicas podem auxiliar no manejo da dispneia, principalmente diante de causas não reversíveis. São elas(7):

- ♦ **Melhor posicionamento do paciente no leito;**
- ♦ **Direcionar o ventilador para a face do paciente;**
- ♦ **Acupuntura e auriculoterapia;**
- ♦ **Psicoterapia;**
- ♦ **Meditação;**
- ♦ **Musicoterapia;**
- ♦ **Reabilitação pulmonar nos casos de DPOC.**

A principal classe de medicações utilizada para o manejo sintomático da dispneia é a dos opioides, conforme descrito abaixo, com destaque para a morfina em baixas doses.

- ♦ **·1-2mg morfina SC/EV 4/4 horas;**
- ♦ **·5mg morfina VO/SNE/GTT 4/4 horas;**
- ♦ **·Resgate: de 1/6 a 1/10 da dose de opioide diária;**
- ♦ **·Se dispneia não controlada: somar o total de miligramas de morfina administradas nas últimas 24 horas (doses fixas + doses de resgate) e dividir em 6 tomadas diárias ou acrescentar 30% a dose total administrada nas últimas 24 horas.**

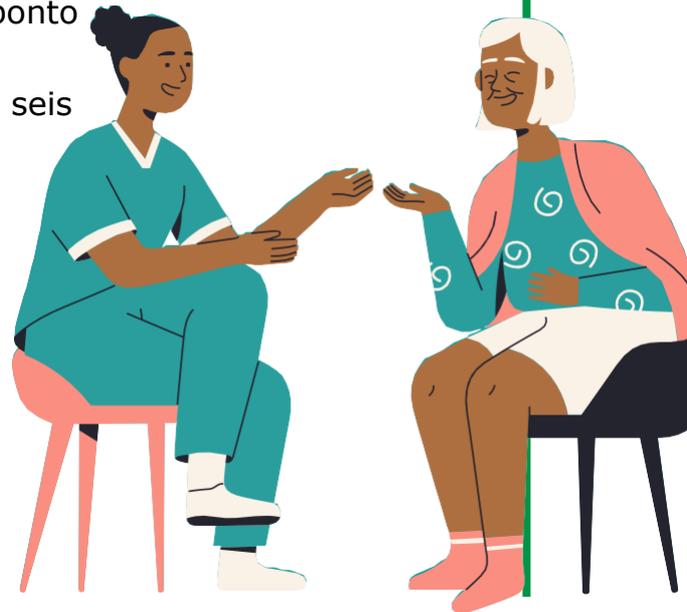
A morfina atua a nível do sistema nervoso central reduzindo a percepção do indivíduo sobre a falta de ar, não revertendo a causa primária da dispneia. Em segundo plano pode-se lançar mão dos benzodiazepínicos, reservados para os casos em que se percebe um importante componente de ansiedade na dispneia. Nesses casos, os pacientes que ainda possuem expectativa de vida de alguns meses podem se beneficiar com o início de medicações antidepressivas(7).



OBS: A oxigenoterapia só está indicada para controle de sintomas nos casos de dispneia associada a hipoxemia (saturação de O₂ < 93%)(7).

3.2.1 Caso clínico 3.2

Você atendeu em visita domiciliar a paciente Vilma após alta hospitalar. Vilma tem 77 anos, conta com os cuidados da filha e do esposo e apresenta o diagnóstico de DPOC, em uso de O2 domiciliar, mantendo dispneia aos pequenos esforços mesmo após melhora do ponto de vista infeccioso. Faz acompanhamento ambulatorial com pneumologista. Nos últimos seis meses, a paciente apresentou 3 internações hospitalares por broncopneumonia, contudo sem necessidade de intubação orotraqueal. A paciente apresenta múltiplas limitações em relação à sua funcionalidade, por apresentar dificuldade de se calçar, pentear o cabelo e tomar banho por dispneia, passando a maior parte do dia sentada ou deitada. Em relação ao alívio do sintoma dispneia, assinale a alternativa correta:



a) Pelo estágio avançado de adoecimento, dona Vilma não se beneficiaria de medidas não farmacológicas como medidas de conservação de energia, direcionamento de ventilador para a face e fisioterapia respiratória.

b) Os opioides que possuem maior evidência para alívio de dispneia são metadona e tramadol.

c) A oxigenoterapia costuma ser medida adequada para alívio de dispneia mesmo na ausência de hipoxemia.

d) No caso de ser constatado importante componente ansioso na dispneia de dona Vilma, o uso de benzodiazepínicos pode ser utilizado.

3.3 Náuseas e vômitos

A náusea é descrita como uma sensação desagradável que pode ou não culminar no vômito, estando presente em grande parte dos pacientes em cuidados paliativos por diferentes mecanismos etiológicos. Pacientes portadores de câncer, por exemplo, podem sentir-se nauseados por estase gástrica, hipertensão intracraniana, obstrução intestinal maligna, por uso de quimioterápicos ou mesmo de medicações analgésicas como os opioides(8).

3.3 Náuseas e vômitos

Por isso, é de extrema importância que o médico saiba identificar a etiologia correta da náusea e/ou vômito para prescrever a medicação mais assertiva, pois cada droga possui mecanismo de ação específico, como descrito na Tabela 2(9).

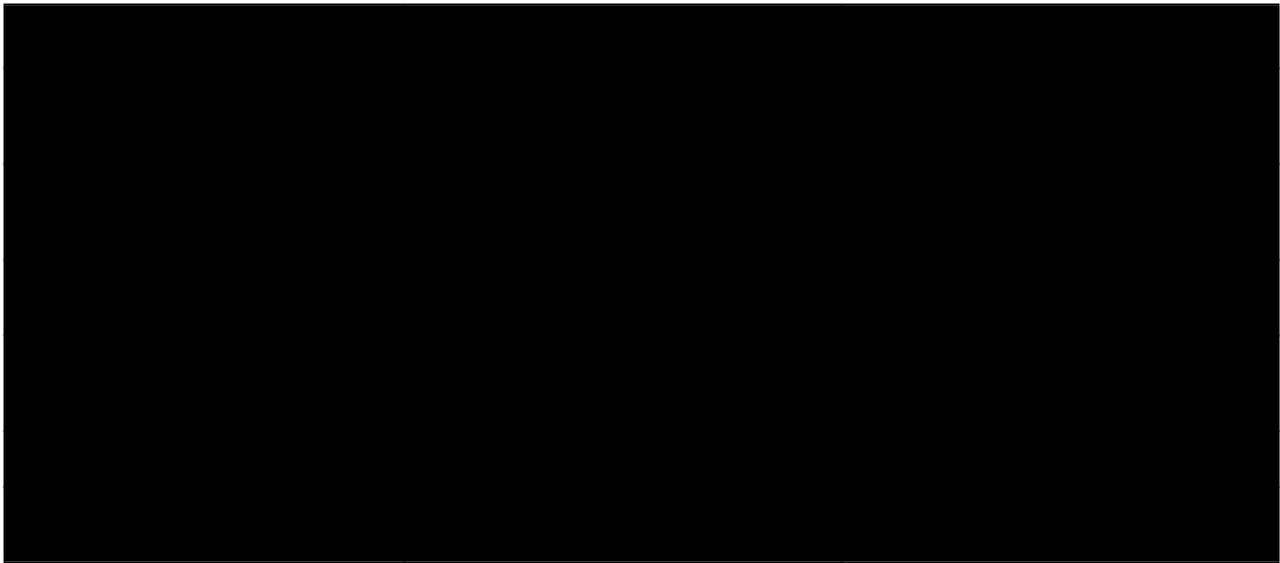


Tabela 2. Antieméticos mais prescritos em cuidados paliativos e suas indicações.
Fonte: Adaptado de Rodrigues & Cardoso (2021)(9).

3.3.1 Caso clínico 3.3

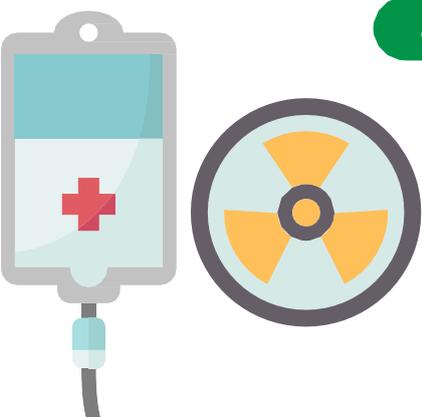
Seu Oscar, 61 anos, reside com sua esposa, dona Débora, e convive há 2 anos com o diagnóstico de câncer de próstata. Há seis meses vem perdendo funcionalidade de forma acentuada, sendo diagnosticado com metástases ósseas, necessitando realizar novo ciclo de quimioterapia, desta vez com propósito paliativo. Em consulta ambulatorial da oncologia, seu Oscar refere que sua maior angústia nesse momento está sendo em relação às náuseas e vômitos precipitados pela quimioterapia. Qual dentre as opções medicamentosas abaixo se caracteriza como a melhor escolha para tratar possíveis náuseas e/ou vômitos associados à quimioterapia?

a) Ondansetrona 8 mg, VO, a cada 8 horas.

b) Haloperidol 1 mg, VO, a cada 8 horas.

c) Dimenidrinato (dramin) 100 mg, VO, a cada 6 horas.

d) Metoclopramida 10 mg, VO, a cada 6 horas.



3.4 Delirium

O *delirium* ou estado confusional agudo é um sintoma bastante prevalente em pacientes em cuidados paliativos, principalmente se tratando de idosos. Ele pode se apresentar de três formas: delirium hipoativo, misto ou hiperativo. No delirium hipoativo, o mais prevalente, porém menos diagnosticado, o paciente encontra-se sonolento e desorientado. Já no *delirium* hiperativo o paciente pode apresentar-se com agitações, alucinações e até agressividade, sendo por isso, o tipo de delirium mais diagnosticado(10).

As causas de *delirium* são diversas, as vezes sendo um desafio determiná-las, mas sabe-se que as infecções estão entre as principais. Além disso, o próprio ambiente em que o paciente se encontra, muitas vezes em um quarto sem boa iluminação e com contenção nas mãos para não arrancar dispositivos pode ser motivo para *delirium*. Deve-se atentar também para outras possíveis causas como desidratação, dor, distúrbios hidroeletrólíticos, uremia, constipação e retenção urinária(10).

O primeiro passo para tratar o *delirium* é a resolução de sua causa. Além disso, para prevenção de novos episódios deve-se controlar a dor do paciente, deixá-lo em ambiente bem iluminado, próximo a pessoas conhecidas, sem contenções físicas, estimular atividades cognitivas e reduzir a polifarmácia(10).

Após realizadas as medidas não farmacológicas, se o delirium hiperativo persistir, deve-se lançar mão dos antipsicóticos típicos (haloperidol e clorpromazina) ou atípicos (quetiapina, risperidona e olanzapina). Nos casos de delirium terminal os benzodiazepínicos também podem ser uma escolha visando a sedação do paciente(10).

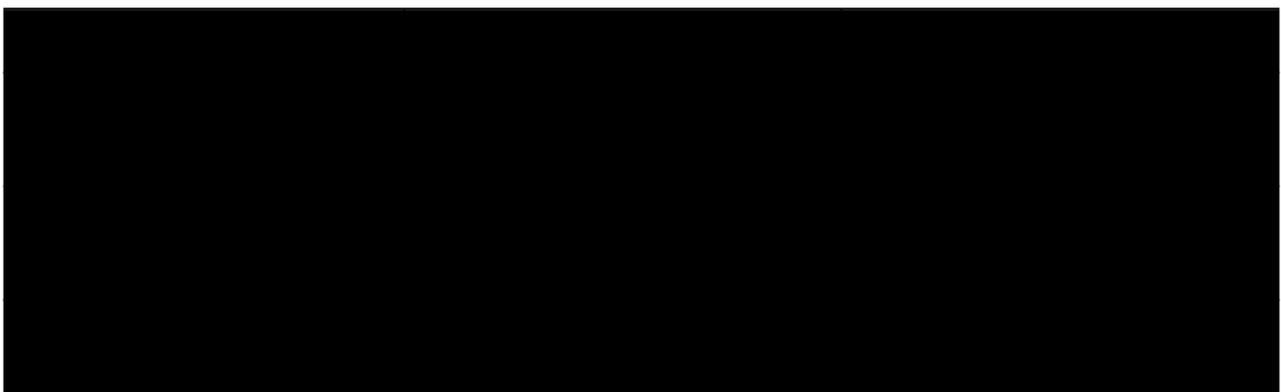


Tabela 3. Medicações prescritas para delirium em cuidados paliativos.
Fonte: Adaptado de Agar *et al.* (2021)(10).

LEMBRAR: o *delirium* terminal é assim chamado quando o paciente se apresenta com delirium ocasionado pelo próprio processo ativo de morte, sendo um indicativo de que o óbito está próximo. Esse tipo de delirium só deve ser tratado com medicações se estiver trazendo algum tipo de sofrimento para o paciente. Estar mais sonolento ou ver entes queridos que já faleceram é bastante comum neste momento e pode trazer conforto ao paciente, não sendo necessária nenhuma intervenção médica nessas situações(10).

3.4.1 Caso clínico 3.4

Seu Carlos, 75 anos, internado por infecção pulmonar associada a complicações de sua doença de base, DPOC, vem apresentando desorientação e agitação psicomotora. O delirium é um sintoma muito comum em cuidados paliativos, principalmente em pacientes em fim de vida, sendo decorrente de uma insuficiência cerebral, caracterizada por estado confusional agudo, flutuação do nível de consciência, desatenção, desorientação, desorganização dos pensamentos dentre outros sintomas. Dentre os itens abaixo, assinale o que contenha informações INCORRETAS sobre o delirium:

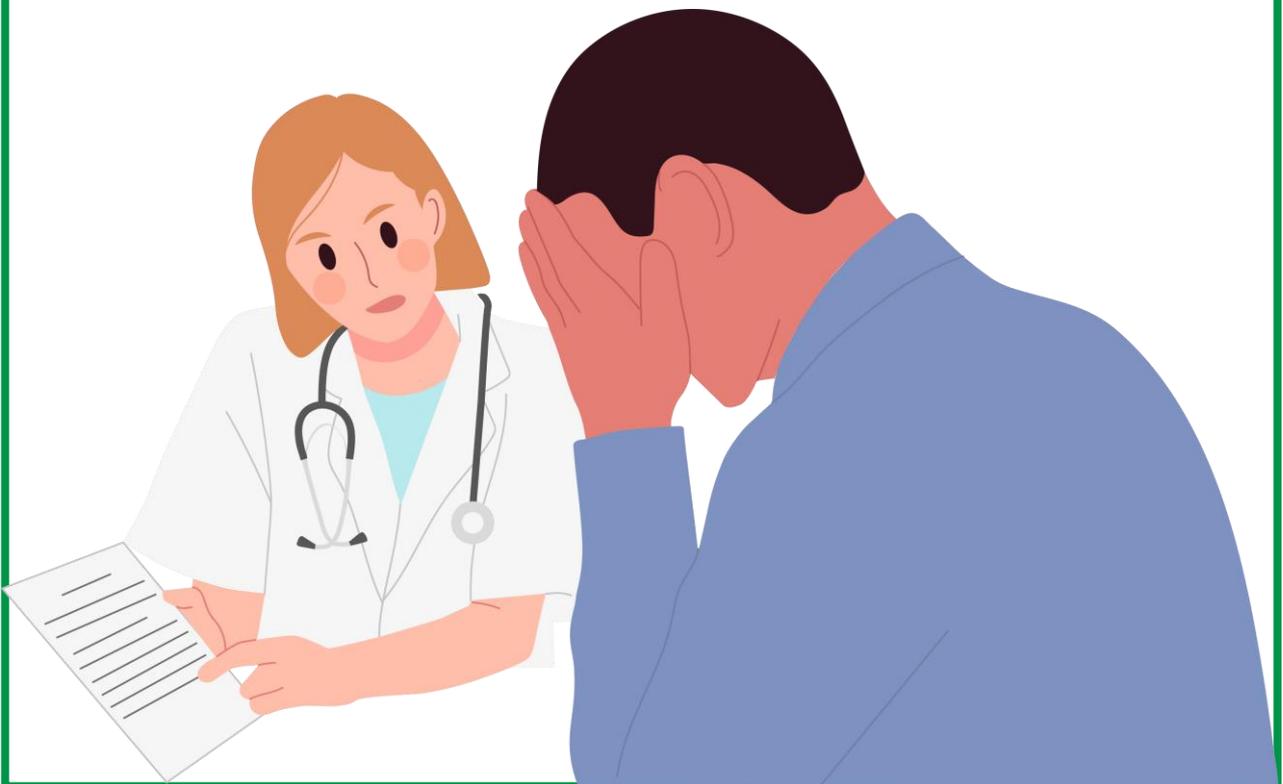
- a) O delirium é mais prevalente em pacientes idosos, especialmente naqueles com demência coexistente e/ou infecções agudas.
- b) Em todas as situações, o delirium é reversível desde que a sua causa seja tratada.
- c) Pode ser categorizado como delirium hiperativo, hipoativo ou de apresentação mista.
- d) Em certas circunstâncias, as abordagens não medicamentosas podem ser adequadas para prevenir ou tratar o delirium.

REFERÊNCIAS

1. Carvalho LFGL, Branco TP. Avaliação da dor. In: Carvalho RT, Souza MRB, Franck EM, Polastrini RTV, Crspim D, Jales SMCP, Barbosa SMM, Torres SHB. Manual da Residência de Cuidados Paliativos Abordagem Multidisciplinar. São Paulo: Manole; 2018. p 109-15.
2. BRASIL. Instituto Nacional de Câncer. Ministério da Saúde (org.). Cuidados Paliativos Oncológicos: controle da dor. Rio de Janeiro: INCA, 2001. p. 120.
3. Chanques G et al. Assessing pain in non-intubated critically ill patients unable to self report: an adaptation of the behavioral pain scale. *Intensive Care Medicine*, [S.L.], v. 35, n. 12, p. 2060-2067, 21 ago. 2009.
4. Vale IT, Cardoso M. Analgesia Não Opioide. In: Castilho RK, Silva VCS, Pinto CS. Manual de Cuidados Paliativos. 3ª edição. Rio de Janeiro: Atheneu; 2021. p. 77-83.
5. Cherny NI, Fallon MT. Opioid therapy: Optimizing analgesic outcomes. In: Cherny NI, Fallon MT, Kaasa S, Portenoy RK, Currow DC. *Oxford Textbook of Palliative Medicine*. 6º edição. Nova Iorque: Oxford University Press; 2021. p 372-415.
6. Rangel O, Telles C. Tratamento da dor oncológica em cuidados paliativos. *Revista do Hospital Universitário Pedro Ernesto*. 2012. V 11:32-7.
7. Booth S, Bausewein C. Breathlessness. In: Bruera E, Higginson IJ, Gunten CFV, Morita T. *Textbook of Palliative Medicine and Supportive Care*. 3ª edição. Boca Raton: CRC press; 2021. p 421-31.
8. Braz AG, Coelho PAB, Souza MRB. Náuseas e vômitos. In: Carvalho RT, Souza MRB, Franck EM, Polastrini RTV, Crspim D, Jales SMCP, Barbosa SMM, Torres SHB. Manual da Residência de Cuidados Paliativos Abordagem Multidisciplinar. São Paulo: Manole; 2018. p. 217-27.
9. Rodrigues LF, Cardoso TFS. Náuseas, Vômitos e Disfagia. In: Castilho RK, Silva VCS, Pinto CS. Manual de Cuidados Paliativos. 3ª edição. Rio de Janeiro: Atheneu; 2021. p. 111-4.
10. Agar M, Alici Y, Caraceni A, Breitbart W. Delirium. In: Cherny NI, Fallon MT, Kaasa S, Portenoy RK, Currow DC. *Oxford Textbook of Palliative Medicine*. 6º edição. Nova Iorque: Oxford University Press; 2021. p. 764-72.

CAPÍTULO 4

COMUNICAÇÃO DE MÁ NOTÍCIAS EM CUIDADOS PALIATIVOS



A comunicação de notícias difíceis em saúde faz parte da rotina de qualquer médico, inclusive do residente que lida com pacientes com diagnóstico grave diariamente. Infelizmente, a construção de habilidades de comunicação durante a graduação e a residência ainda é um ponto frágil da formação médica. Muitos profissionais, durante a comunicação de más notícias, tendem a usar linguagens técnicas, falar mais que ouvir, fazer perguntas fechadas e não acolher os sentimentos do paciente e de seus familiares, indicando falhas graves na relação médico-paciente. Esse despreparo ao comunicar uma notícia difícil e ao receber uma reação ou opinião divergente culmina em interpretações equivocadas por parte dos médicos que tendem a usar expressões como “família difícil” ou “paciente difícil” para se referirem a pessoas que estão em evidente sofrimento(1).

4.1 Dimensões do processo de comunicação

O processo de comunicação pode ser constituído basicamente das dimensões verbal, para verbal e não verbal. A comunicação verbal é aquela que se dá por meio da expressão de palavras, sejam elas faladas ou escritas, devendo demonstrar clareza, assertividade e argumentação sólida para se demonstrar eficaz. Além disso, deve ter caráter conciliatório, cortês e coerente, reforçando pontos centrais da conversa. A dimensão para verbal está diretamente relacionada à forma como as palavras são ditas, ou seja, pelo tom de voz e ritmo do discurso por exemplo, valendo lembrar aquela máxima que diz:

“uma mesma frase dita em tons diferentes pode apresentar significados diferentes”(1).



Porém, em se tratando de cuidados paliativos, somente as linguagens verbal e para verbal não são suficientes para caracterizar a complexa interação que ocorre entre paciente e médico. A dimensão não verbal entra nesse contexto como um complemento importante, a qual qualificará a comunicação por meio dos gestos que acompanham o discurso, olhares, expressões faciais, postura corporal e até mesmo pela distância física entre as partes, podendo demonstrar sentimentos e até mesmo substituir a linguagem verbal em momentos que o silêncio deve predominar(2).

4.2 Orientações para uma comunicação efetiva

Hoje sabe-se que a comunicação pode ser entendida como uma verdadeira ciência, a qual pode ser aprendida e aperfeiçoada por estudos, cursos e desenvolvimento de habilidades práticas. Requer, pois, treinamento específico, e se engana quem pensa que pode ser aprendida de qualquer forma no dia a dia(3,4).

Em se tratando da comunicação de más notícias no âmbito da saúde, alguns requisitos básicos devem ser seguidos antes, durante e após a comunicação com o paciente ou familiares. São eles(3,4):

- Ter clareza e domínio quanto ao objetivo principal da comunicação.
- Realizar revisão de prontuário antes de iniciar a comunicação.
- Estabelecer uma média de tempo para o encontro (uma comunicação efetiva e esclarecedora não deve se resumir a poucos minutos, assim como não deve se estender a muito mais que 90 minutos, uma vez que excesso de informações tendem a ser cansativas e não apreendidas pelas partes).
- Sempre realizar uma rodada de apresentações, identificando-se e solicitando para que todos os participantes da conversa se identifiquem.
- Utilizar-se de linguagem de fácil compreensão, evitando-se termos técnicos.
- Validar os sentimentos por meio de comunicação empática.
- Realizar a comunicação de forma progressiva, isto é, falar devagar e sentir a reação dos participantes, verificando o momento certo de prosseguir com as informações.
- Escutar de forma atenta e ativa. Muitas vezes a comunicação de más notícias é um espaço para o paciente e/ou familiares expressarem suas emoções e angústias. Saber o momento certo de silenciar e ouvir é essencial.
- Atentar para a expressão não verbal. Ela é importante tanto para entender como o receptor está recebendo a informação, quanto para vigiar o seu próprio comportamento durante a comunicação.
- Realizar o debriefing entre a equipe após a comunicação, isto é, discutir em equipe os pontos fortes e a melhorar para as próximas comunicações.
- Realizar o registro da comunicação no prontuário, destacando os principais pontos como o grau de entendimento do paciente e familiares, assim como o plano terapêutico proposto.

4.3 Protocolos de comunicação de más notícias

Com o intuito de tornar a comunicação médico-paciente mais fluida e alcançar os objetivos da transmissão de informações de forma clara e compassiva, vários instrumentos foram propostos como ferramentas que servem para guiar o profissional durante a comunicação de notícias ruins. Sem dúvida, a mais conhecida de todas essas ferramentas, trata-se do protocolo **SPIKES**, descrito na tabela a seguir (1).

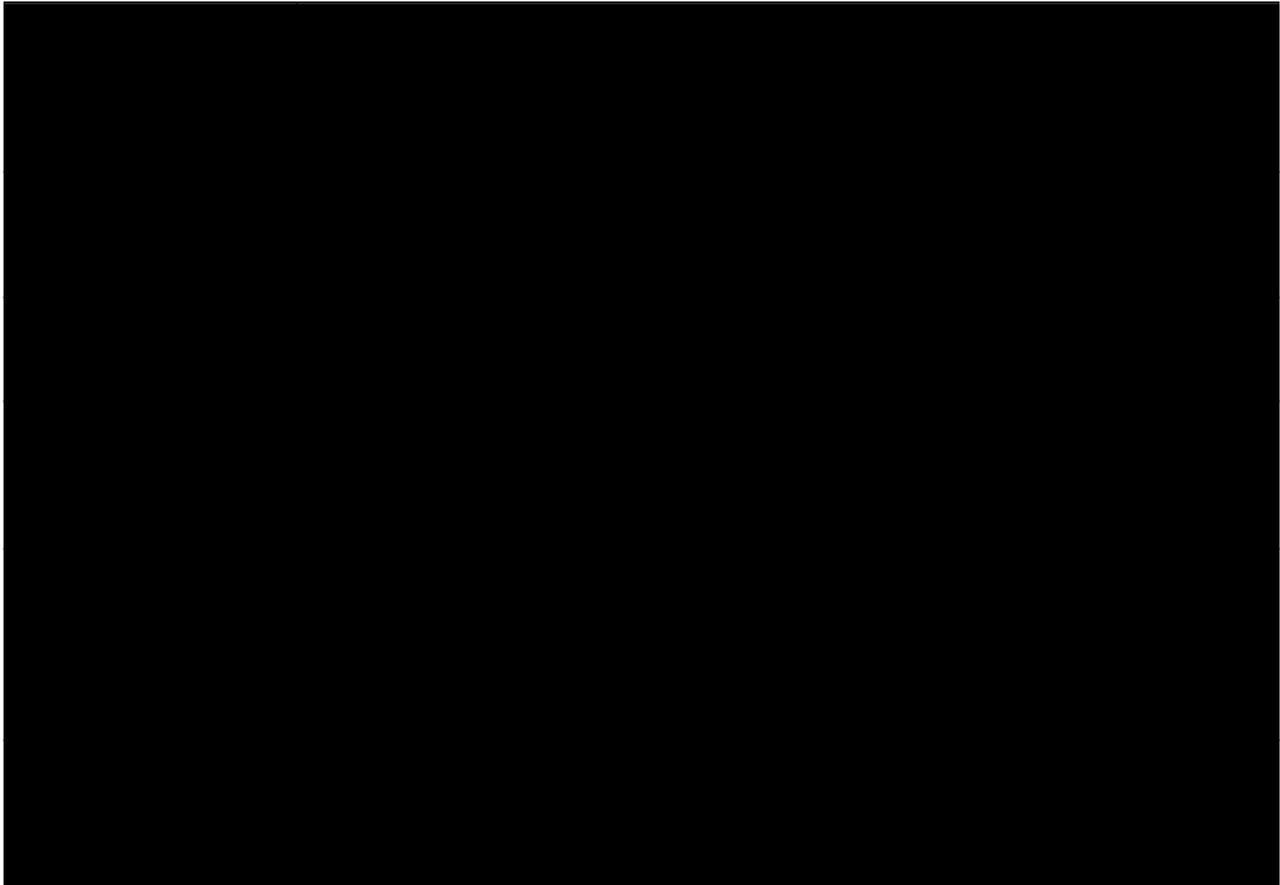


Tabela 1. Protocolo SPIKES.
Fonte: adaptado de Cruz & Riera (2016)(5).

Durante todo o processo de comunicação, seja utilizando o protocolo SPIKES ou outro, saber acolher de forma assertiva as emoções dos pacientes e familiares é requisito fundamental para o êxito da comunicação. Felizmente, os profissionais de saúde, muitas vezes, não se sentem bem-preparados para tal acolhimento e, por isso, podem ser mal interpretados(6).

Para auxiliar nesse processo de acolher os sentimentos que podem vir à tona durante uma comunicação de más notícias, deve-se utilizar expressões que demonstrem empatia e compaixão.

O mnemônico NURSE, descrito na tabela a seguir, tem o propósito de servir como guia durante o acolhimento(7).

S

S

S

Utilizando-se das estratégias citadas, acredita-se que o médico residente possa tornar sua comunicação com os pacientes e familiares mais efetiva, estreitando vínculos ao demonstrar empatia e compaixão, e gerando maior confiança na equipe de saúde, para boa execução do plano terapêutico.

Tabela 2. Mnemonico NURSE.

Fonte: adaptado de LeBlanc & Tulsky (2021)(7)..

4.4 Caso clínico 4.1

Você é o(a) médico(a) assistente de dona Rosângela, 52 anos, que possui o diagnóstico de câncer de mama com metástase óssea e pulmonar, sem possibilidade de cura, internada por intercorrência infecciosa grave. Rosângela relata que tem muito medo de morrer e deixar seus três filhos, em especial Thiago que possui condição neurológica crônica e solicita conversar com você sobre seu estado de saúde. No contexto de cuidados paliativos, a habilidade de comunicar más notícias aos pacientes e suas famílias, de forma eficaz e empática, desempenha um papel crucial na qualidade da assistência. Algumas ferramentas como o SPIKES e o NURSE são amplamente reconhecidas para orientar os profissionais de saúde nesse processo desafiador. Diante disso, em qual das etapas abaixo você NÃO estaria utilizando tais ferramentas da forma correta:

a) Primeiramente revisaria o prontuário da paciente e encontraria o melhor ambiente possível para realizar a comunicação com dona Rosângela.

b) No início da conversa, deixaria a paciente expor o que ela entende sobre a sua atual condição de saúde, envolvendo aspectos diagnósticos e prognósticos.

c) Na sua vez de falar, você forneceria à paciente informações sobre o seu diagnóstico e prognóstico, utilizando linguagem técnica e evitando se posicionar emocionalmente.

d) Se dona Rosângela se emocionasse, você tentaria nomear tal sentimento e expressar compreensão e respeito por ele. Em seguida tentaria dar suporte para a paciente.



REFERÊNCIAS

1. Crispim DH. Comunicação de Notícias Difíceis. In: Castilho RK, Silva VCS, Pinto CS. Manual de Cuidados Paliativos. 3ª edição. Rio de Janeiro: Atheneu; 2021. p. 48-56.
2. Trovo MM, Silva SMA. Competência comunicacional em cuidados paliativos. In: Castilho RK, Silva VCS, Pinto CS. Manual de Cuidados Paliativos. 3ª edição. Rio de Janeiro: Atheneu; 2021. p. 39-42.
3. Coelho FP, Barbosa LC, Lacerda FH, Amorim MA. Princípios da comunicação. In: Manual de Cuidados Paliativos. 2ª edição. São Paulo: Hospital Sírio-Libanês; Ministério da Saúde, 2023. p. 98-102.
4. Coelho FP, Anagusko SS, Hoffman LB, Moro SD, D'Alessandro MPS. Comunicação de notícias difíceis: como lidar com este desafio. In: Manual de Cuidados Paliativos. 2ª edição. São Paulo: Hospital Sírio-Libanês; Ministério da Saúde, 2023. p. 103-12.
5. Cruz CO & Riera R. Comunicando más notícias: o protocolo SPIKES, Diagn Tratamento. 2016;21(3):106-8.
6. Dias GT, Dias RD, Scalabrini A. Breaking bad news in the emergency department: a comparative analysis among residents, patients and family members' perceptions. Eur J Emerg Med. 2018;25(1):71-76.
7. LeBlanc TW, Tulsy J. Communication with the patient and Family. In: Cherny NI, Fallon MT, Kaasa S, Portenoy RK, Currow DC. Oxford Textbook of Palliative Medicine. 6ª edição. Nova Iorque: Oxford University Press; 2021. p. 271-85.

APÊNDICES

Caso clínico 1.1 - Resposta: item d. Comentário: os cuidados paliativos devem ser oferecidos por todos os profissionais de saúde, independente de sua especialidade, a todos os pacientes com diagnóstico de doenças potencialmente ameaçadoras da vida, devendo-se encaminhar para um serviço especializado apenas os casos mais complexos com difícil controle de sintomas, conflitos bioéticos, grande sofrimento familiar, emocional e/ou espiritual.

Caso clínico 1.2 - Resposta: item c. Comentário: a equipe assistente que irá prosseguir com o tratamento modificador de doença deve também se responsabilizar por iniciar os cuidados paliativos com o seu paciente, seja por meio do controle de sintomas, como também iniciando discussões sobre diretivas antecipadas de vontade. O paciente só deve ser encaminhado ao serviço especializado de cuidados paliativos em casos de maior complexidade, ou seja, dificuldade em controle de sintomas, doenças em terminalidade, dentre outros motivos. Os cuidados paliativos se encerram na assistência ao luto dos familiares, ou seja, após o óbito do paciente. É possível que pacientes que recebam abordagem em cuidados paliativos possam ter a cura de suas doenças quando estas são diagnosticadas e tratadas precocemente.

Caso clínico 2.1 - Resposta: item b. Comentário: paciente com indicação de cuidados paliativos, portador de doença demencial avançada, em situação de intercorrência, necessita de primeira avaliação do médico plantonista que deve estar apto a reconhecer a proporcionalidade terapêutica e realizar os cuidados paliativos iniciais, tendo como base o entendimento da família. Em caso de dificuldade na condução do caso, deve-se solicitar interconsulta a equipe de cuidados paliativos.

Caso clínico 2.2 - Resposta: item b. Comentário: o PPS de 40% corresponde aos pacientes que passam a maior parte do tempo acamado, são incapazes para a maioria das atividades, com dependência quase completa de cuidados, podendo a ingesta alimentar estar normal ou reduzida.

Caso clínico 3.1 - Resposta: item d. Comentário: os opioides fortes devem ser utilizados preferencialmente por via oral. Os laxativos irritativos devem ser utilizados de forma preferencial aos laxativos osmóticos no contexto de uso de opioides. Analgésicos simples estão indicados em todas as intensidades de dor, salvo contra-indicações como alergia. São consideradas medicações adjuvantes no controle de dor os anti-inflamatórios esteroidais e não esteroidais, antidepressivos e anticonvulsivantes.

Caso clínico 3.2 - Resposta: item d. Comentário: as medidas não farmacológicas são essenciais no tratamento do sintoma dispneia. O opioide com maior nível de evidência para alívio de dispneia é a morfina. O oxigênio só deve ser utilizado no contexto de dispneia associada a hipoxemia.

Caso clínico 3.3 – Resposta: item a. Comentário: O mecanismo de náusea e vômitos induzidos por quimioterapia e/ou radioterapia pode ser considerado complexo e envolve o estímulo de zonas específicas do sistema nervoso central, por meio de diferentes mediadores químicos, nesse caso os mais envolvidos são a dopamina (D2), a serotonina (5HT3) e a neurocinina-1 (NK1), podendo, portanto, haver diferentes drogas com diferentes ações de antagonismo que possam atuar nesse mecanismo de náusea e vômito. Os antagonistas dos receptores 5HT3, como a ondansetrona, demonstram-se superiores no alívio de náuseas e vômitos induzidos por QT e RT, fazendo parte, portanto, do arsenal de drogas de primeira linha ou padrão ouro para o tratamento de tal mecanismo de náusea ou vômito, segundo os guidelines internacionais de oncologia como os da American Society of Clinical Oncology (ASCO) e da European Society for Medical Oncology (ESMO).

Caso clínico 3.4 - Resposta: item b. Comentário: o delirium terminal ou delirium em fase final de vida pode, por vezes, ser irreversível.

Caso clínico 4.1 - Resposta: item c. Comentário: em uma comunicação de más notícias, o médico deve fornecer ao paciente informações sobre o seu diagnóstico e prognóstico, utilizando linguagem clara e devendo demonstrar empatia na comunicação.

ANEXOS

ANEXO 1 - Supportive and Palliative Care Indicators Tool (SPICT-BR).



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.

Câncer

Capacidade funcional em declínio devido a progressão do câncer.
Estado físico muito debilitado para tratamento do câncer ou tratamento para controle dos sintomas.

Demência/ fragilidade

Incapaz de vestir-se, caminhar ou comer sem ajuda.
Redução da ingestão de alimentos e líquidos e dificuldades na deglutição.
Incontinência urinária e fecal.
Incapaz de manter contato verbal; pouca interação social.
Fratura de fêmur, múltiplas quedas.
Episódios frequentes de febre ou infecções; pneumonia aspirativa.

Doença neurológica

Deterioração progressiva da capacidade física e/ou da função cognitiva mesmo com terapia otimizada.
Problemas da fala com dificuldade progressiva de comunicação e/ou deglutição.
Pneumonia aspirativa recorrente; falta de ar ou insuficiência respiratória.

Doença cardiovascular

Classe funcional III/IV de NYHA- insuficiência cardíaca ou doença coronariana extensa e intratável com:

- falta de ar ou dor precordial em repouso ou aos mínimos esforços.

Doença vascular periférica grave e inoperável.

Doença respiratória

Doença respiratória crônica grave com:

- falta de ar em repouso ou aos mínimos esforços entre as exacerbações.

Necessidade de oxigênio terapia por longo prazo.

Já precisou de ventilação para insuficiência respiratória ou ventilação é contraindicada.

Deterioração e sob o risco de morrer de qualquer outra condição ou complicação que não seja reversível.

Doença renal

Estágios 4 e 5 de doença renal crônica (TFG < 30ml/mi) com piora clínica.

Insuficiência renal complicando outras condições limitantes ou tratamentos.

Decisão de suspender a diálise devido à piora clínica ou intolerância ao tratamento.

Doença hepática

Cirrose avançada com uma ou mais complicações no último ano:

- Ascite resistente a diuréticos
- Encefalopatia hepática
- Síndrome hepatorenal
- Peritonite bacteriana
- Sangramentos recorrentes de varizes esofágicas

Transplante hepático é contraindicado.

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.

ANEXO 2 – Necessidades Paliativas (NECPAL BR).

Pergunta surpresa	Você ficaria surpreso se este paciente morresse ao longo do próximo ano?		[] Sim [] Não
Demanda ou necessidade	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
Indicadores clínicos gerais: 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	<ul style="list-style-type: none"> • Piora do Karnofsky ou Barthel > 30% • Perda de mais que duas ABVDs 	[] Sim [] Não
	Declínio cognitivo	Perda ≥ 5 minimental ou ≥ 3 Pfeiffer	[] Sim [] Não
Dependência grave	Karnofsky < 50 ou Barthel < 20		[] Sim [] Não
Síndromes geriátricas	<ul style="list-style-type: none"> • Lesão por pressão • Infecções de repetição • Delirium • Disfagia • Quedas 	Dados clínicos da anamnese ≥ 2 recorrentes ou persistentes	[] Sim [] Não
Sintomas persistentes	Dor, cansaço, náusea, depressão, ansiedade, sonolência, inapetência, mal-estar, dispneia e insônia.	≥2 sintomas (ESAS) recorrentes ou persistentes	[] Sim [] Não
Aspectos psicossociais	Sofrimento emocional ou transtorno adaptativo grave	deteção de mal-estar emocional (DME >9)	[] Sim [] Não
	Vulnerabilidade social grave	avaliação social e familiar	[] Sim [] Não
Multi-morbidade	≥ 2 doenças ou condições crônicas avançadas (da lista de indicadores específicos em anexo)		[] Sim [] Não
Uso de recursos	Avaliação da demanda ou intensidade de intervenções	<ul style="list-style-type: none"> • Mais que duas admissões urgentes (não programadas) em seis meses • Aumento da demanda ou intensidade das intervenções (cuidado domiciliar, intervenções de enfermagem) 	[] Sim [] Não
Indicadores específicos	Câncer, DPOC, ICC, insuficiência hepática, insuficiência renal, AVC, demência, doenças neurodegenerativas, SIDA e outras doenças avançadas.	<ul style="list-style-type: none"> • Em anexo*: avaliação dos critérios de gravidade e progressão 	[] Sim [] Não

ANEXO 2 – Necessidades Paliativas (NECPAL BR).

Critérios NECPAL de gravidade / progressão / doença avançada (1)(2)(3)(4)	
Doença Oncológica	<ul style="list-style-type: none"> • Câncer metastático ou loco regional avançado • Em progressão em tumores sólidos • Sintomas persistentes, mal controlados ou refratários, apesar da otimização do tratamento específico
Doença Pulmonar Crônica	<ul style="list-style-type: none"> • Dispneia em repouso ou aos mínimos esforços entre as descompensações • Restrito ao domicílio com limitação de marcha • Critérios espirométricos de obstrução grave (VEMS < 30%) ou critérios de déficit restritivo grave (CVF < 40% / DLCO < 40%) • Critérios gasométricos basais de oxigenoterapia domiciliar continuada • Necessidade de corticoterapia contínua • Insuficiência cardíaca sintomática associada
Doença Cardíaca Crônica	<ul style="list-style-type: none"> • Dispneia em repouso ou aos mínimos esforços entre as descompensações • Insuficiência cardíaca NYHA classe III ou IV, doença valvar grave não cirúrgica ou doença coronariana não revascularizável • Ecocardiograma basal: FE < 30% ou HAP grave (PSAP > 60) • Insuficiência renal associada (TFG < 60 mL/min/1,73m²) • Associação com insuficiência renal e hiponatremia persistente
Demência	<ul style="list-style-type: none"> • GDS ≥ 6c • Progressão do declínio cognitivo, funcional e/ou nutricional.
Fragilidade	<ul style="list-style-type: none"> • Índice de Fragilidade do CSHA ≥ 0.5 • Avaliação geriátrica integral sugestiva de fragilidade avançada
Doença Neurológica Vascular (AVC)	<ul style="list-style-type: none"> • Durante a fase aguda e subaguda (<3 meses pós-AVC): estado vegetativo persistente ou de mínima consciência > 3 dias. • Durante a fase crônica (>3 meses pós-AVC): complicações médicas repetidas (ou demência com critérios de gravidade pós-AVC).
Doenças Neurológicas degenerativas: ELA, Esclerose Múltipla e Parkinson	<ul style="list-style-type: none"> • Piora progressiva da função física e/ou cognitiva • Sintomas complexos e de difícil controle • Disfagia persistente • Transtorno persistente da fala • Dificuldades crescentes de comunicação • Pneumonia recorrente por aspiração, dispneia ou insuficiência respiratória
Doença Hepática Crônica	<ul style="list-style-type: none"> • Cirrose avançada estágio Child C (determinado com o paciente fora de complicações ou já as tendo tratado e otimizado o tratamento), MELD-Na > 30 ou ascite refratária, síndrome hepato-renal ou hemorragia digestiva alta por hipertensão portal persistente apesar de otimização do tratamento • Carcinoma hepatocelular presente, em estágio C ou D
Doença Renal Crônica Grave	<ul style="list-style-type: none"> • Insuficiência renal grave (TFG < 15 mL/min) em pacientes que não são candidatos ou que recusam tratamento substitutivo e/ou transplante • Finalização da diálise ou falha no transplante

- (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-morbidades.

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 +

Fonte: Santana MT. Adaptação transcultural e validação semântica do instrumento NECPAL CCOMS-ICO " para a Língua Portuguesa [master's thesis]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo, Escola Paulista de Enfermagem [Internet]. 2018 [citado 2023 Nov 19]. Disponível em: <https://repositorio.unifesp.br/bitstream/handle/11600/52986/INSTRUMENTO%20NECPAL-BR.pdf?sequence=2&isAllowed=y>.

ANEXO 3 – Escala de Performance Paliativa (PPS).

Porcentagem	Deambulação	Atividade da doença	Autocuidado	Ingestão	Nível de Consciência
100%	Completa	Atividade normal e trabalho; sem evidência de doença	Completo	Normal	Completa
90%	Completa	Atividade normal e trabalho; com alguma evidência de doença	Completo	Normal	Completa
80%	Completa	Atividade normal com esforço; alguma evidência de doença	Completo	Normal ou reduzida	Completa
70%	Reduzida	Incapaz para o trabalho; doença significativa	Completo	Normal ou reduzida	Completa
60%	Reduzida	Incapaz para os hobbies/trabalho doméstico; doença significativa	Assistência ocasional	Normal ou reduzida	Completa ou períodos de confusão
50%	Maior parte do tempo sentado ou deitado	Incapacitado para qualquer trabalho; doença extensa	Assistência considerável	Normal ou reduzida	Completa ou períodos de confusão
40%	Maior parte do tempo acamado	Incapaz para a maioria das atividades; doença extensa	Assistência quase completa	Normal ou reduzida	Completa ou sonolência; ± confusão
30%	Totalmente acamado	Incapaz para qualquer atividade; doença extensa	Dependência completa	Normal ou reduzida	Completa ou sonolência; ± confusão
20%	Totalmente acamado	Incapaz para qualquer atividade; doença extensa	Dependência completa	Mínima a pequenos goles	Completa ou sonolência; ± confusão

Fonte: Maciel MGS, Carvalho RT. A escala de desempenho em cuidados paliativos versão 2 (EDCP v2). Tradução brasileira da Palliative Performance Scale (PPS v2). Victoria Hospice Society, 2009 [citado em 2023 Nov 19]. Disponível em: https://victoriahospice.org/wp-content/uploads/2019/07/pps_-_portuguese_brazilian_-_sample.pdf.

**Instituto de Medicina Integral Professor Fernando
Figueira**

**Programa de Pós-graduação Stricto Sensu
Mestrado Profissional em Cuidados Paliativos**

Produto técnico gerado a partir da Pesquisa “As lacunas do conhecimento sobre cuidados paliativos durante a residência médica e uma proposta de intervenção” para o título de Mestre em Cuidados Paliativos

Endereço: Rua dos Coelhos, 300 - Boa Vista,

Recife, Pernambuco. CEP 50.070-550

Email: mestrado@imip.org.br

Site: www.imip.org.br