

**UNIVERSIDADE DE CAXIAS DO SUL
ÁREA DO CONHECIMENTO DE CIÊNCIAS DA VIDA
CURSO DE ENFERMAGEM**

**BIANCA CASAGRANDE LUNARDI
ELISABETE DE LIMA FRANCO**

***FRAMEWORK* CONCEITUAL E *CHECKLIST* PARA ELEGIBILIDADE EM
CUIDADOS PALIATIVOS EM PACIENTES HOSPITALIZADOS**

**CAXIAS DO SUL
2022**

BIANCA CASAGRANDE LUNARDI

ELISABETE DE LIMA FRANCO

***FRAMEWORK* CONCEITUAL E *CHECKLIST* PARA ELEGIBILIDADE EM
CUIDADOS PALIATIVOS EM PACIENTES HOSPITALIZADOS**

Trabalho de Conclusão apresentado ao curso de Enfermagem da Universidade de Caxias do Sul como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof. ^a Dr. ^a Patricia De Gasperi

**CAXIAS DO SUL
2022**

AGRADECIMENTOS

Agradecemos em primeiro lugar, a Deus, pois fez com que nossos objetivos fossem alcançados, durante todos os anos de estudos.

À nossa família, por todo o apoio e ajuda, que muito contribuiu para a realização deste sonho.

Aos amigos, que sempre estiveram ao nosso lado, pela amizade incondicional e pelo apoio demonstrado.

Agradecemos à professora Patricia, orientadora no TCC 2, pela ajuda, paciência e apoio em sempre buscar o melhor para nosso desempenho, tendo como objetivo desempenhar uma ótima pesquisa.

Agradecemos à professora Nilva, por ter sido nossa orientadora no TCC 1 e ter desempenhado tal função com dedicação e amizade.

Aos professores, por todos os conselhos, pela ajuda e pela paciência com a qual guiaram o nosso aprendizado.

Às pessoas com quem convivemos ao longo desses anos de curso, que nos incentivaram e que certamente tiveram impacto na nossa formação acadêmica.

Aos nossos colegas de curso, com quem convivemos intensamente durante os últimos anos, pelo companheirismo e pela troca de experiências que nos permitiram crescer não só como pessoa, mas também como formando.

RESUMO

O Cuidado Paliativo visa proporcionar uma melhor qualidade de vida aos pacientes e seus familiares que apresentem alguma doença ameaçadora da vida. O objetivo geral deste estudo é propor um framework conceitual e um *checklist* para orientar conceitualmente decisões para indicação de cuidados paliativos a pacientes internados em qualquer setor hospitalar. Trata-se de uma pesquisa documental e descritiva, a partir da análise de documentos que norteiam o fluxo em Cuidados Paliativos. O projeto contribui para a prestação de um melhor atendimento ao paciente e a família, possibilitando a iniciação de um cuidado precoce, oferecendo assim, uma assistência digna e compassiva. A realização deste trabalho possibilitou identificar as bases teóricas existentes na composição do Cuidado Paliativo. Ressalta-se, porém, que uma das dificuldades encontradas no desenvolvimento deste estudo foi a falta de material teórico sobre o tema sem que envolvesse oncologia.

Palavras-chave: Cuidados Paliativos; *Checklist*; Qualidade de Vida; Família; Paciente; *Framework*; Equipe.

ABSTRACT

Palliative Care aims to provide a better quality of life for patients and their families who have a life-threatening illness. The general objective of this study is to propose a conceptual framework and a checklist to conceptually guide decisions to indicate palliative care to patients hospitalized in any hospital sector. This is a documentary and descriptive research, based on the analysis of documents that guide the flow in Palliative Care. The project contributes to the provision of better patient and family care, enabling the initiation of early care, thus offering dignified and compassionate care. The accomplishment of this work made it possible to identify the existing theoretical bases in the composition of Palliative Care. It should be noted, however, that one of the difficulties in the development will be a lack of theoretical material on the subject without involving oncology.

Keywords: Palliative Care; Check list; Quality of life; Family; Patient; Framework; Team.

LISTA DE QUADROS

| | |
|---|----|
| Quadro 1: Critérios de elegibilidade para Cuidados Paliativos conforme instrumento SPICT (Supportive and Palliative Care Indicators Tool)..... | 24 |
| Quadro 2: Avaliação utilizando NECPAL | 25 |
| Quadro 3: Principais elementos da avaliação dos pacientes em Cuidados Paliativos | 26 |
| Quadro 4: Escala Palliative Prognostic Index (PPI)..... | 28 |
| Quadro 5: Escala de Edmonton (ESAS) | 29 |
| Quadro 7: Checklist para Elegibilidade em Cuidados Paliativos | 34 |
| Quadro 6: Síntese dos principais aspectos presentes nos documentos que tratam sobre Cuidados Paliativos | 41 |

LISTA DE TABELAS

| | |
|---|----|
| Tabela 1: Palliative Performance Scale – PPS | 27 |
| Tabela 2: Escala de Karnofsky (KPS) e ECOG | 28 |

SUMÁRIO

| | |
|--|-----------|
| 1. INTRODUÇÃO | 9 |
| 2. OBJETIVOS..... | 11 |
| 2.1 Geral | 11 |
| 2.2 Específicos | 11 |
| 3. REFERENCIAL TEÓRICO..... | 12 |
| 3.1 O que é o cuidado paliativo e seu objetivo | 12 |
| 3.2 História do cuidado paliativo | 13 |
| 3.3 Princípios em Cuidados Paliativos | 13 |
| 3.4 Estratégias de estratificação em CP | 14 |
| 3.5 Cuidado Paliativo no Brasil e no mundo..... | 16 |
| 3.6 Papel da enfermagem no cuidado paliativo | 17 |
| 3.7 Equipe multidisciplinar em cuidados paliativos..... | 18 |
| 4. METODOLOGIA | 21 |
| 4.1 Delineamento do estudo | 21 |
| 4.2 Etapas de elaboração do <i>framework</i> conceitual..... | 21 |
| 4.3 Procedimentos éticos | 23 |
| 5. RESULTADOS..... | 24 |
| 5.1 Critérios de inclusão e elegibilidade em CP | 24 |
| 5.2 Aspectos levados em conta para iniciar os Cuidados Paliativos | 30 |
| 5.3 Framework Conceitual | 32 |
| 5.4 Escala para avaliar a funcionalidade de pacientes em CP..... | 34 |
| 5.5 <i>Checklist</i> para elegibilidade em Cuidados Paliativos | 34 |
| 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS | 36 |
| REFERÊNCIAS..... | 37 |
| APÊNDICE A – QUADRO RESUMO REFERENTE AOS DOCUMENTOS ANALISADOS..... | 41 |

1. INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial da Saúde (WHO, 2020), os cuidados paliativos (CP) fornecem uma abordagem visando melhorar a qualidade de vida dos pacientes e seus familiares que enfrentam problemas associados a doenças que ameaçam a vida.

Todo e qualquer paciente que possui doença crônica e/ou ameaçadora da vida poderá se beneficiar dos cuidados paliativos (MAIELLO *et al.*, 2020). Sendo elas as seguintes: doenças oncológicas, cardíacas, respiratórias, demência/fragilidade, doenças neurológicas, hepáticas e renais. Essas patologias são classificadas de acordo com indicadores clínicos de uma ou mais condições avançadas, as quais são abordadas e elencadas neste trabalho.

Os profissionais de saúde qualificados podem determinar a inclusão dos pacientes em Cuidados Paliativos através de critérios de elegibilidade. Essa elegibilidade é realizada por uma minuciosa avaliação inicial do paciente, a qual inclui a doença de base do paciente, bem como o uso de escalas de avaliação funcional e indicadores gerais de piora clínica.

A necessidade de cuidado paliativo nunca foi tão grande e está aumentando em ritmo acelerado devido ao envelhecimento da população mundial, ao aumento das doenças e ao recente surgimento da COVID-19. Até 2060, espera-se que a necessidade de cuidados paliativos no final da vida dobre (WHO, 2020).

Diante da importância e da atualidade do tema Cuidado Paliativo, esse estudo foi realizado com base na pergunta norteadora: quais bases conceituais podem ser utilizadas para elegibilidade em cuidados paliativos no ambiente hospitalar?

O objetivo principal é propor um framework conceitual e um *checklist* para orientar conceitualmente decisões para indicação de cuidados paliativos a pacientes internados em qualquer setor hospitalar. Buscou-se suporte teórico para tal: Na Resolução Nº 41 de outubro de 2018; No projeto de lei nº 883 de 2020; No livro *Global Atlas Of Palliative Care* de 2020 e; No Livro Manual de Cuidados Paliativos de 2020.

Com este estudo, espera-se contribuir com uma base teórica para que as instituições de saúde possam analisar a assistência prestada a pacientes com necessidade de receber cuidados paliativos, bem como facilitar a implantação de linhas de cuidado nesta área.

Destaca-se que a indicação de CP se concentra em pacientes oncológicos, no entanto, neste estudo o foco é o uso deste recurso a qualquer paciente que atenda critérios de indicação, reduzindo a dor e o sofrimento desde o início da doença ameaçadora da vida.

2. OBJETIVOS

2.1 Geral

Propor um framework conceitual e um *checklist* para orientar conceitualmente decisões para indicação de cuidados paliativos a pacientes internados em qualquer setor hospitalar.

2.2 Específicos

- Identificar os critérios usados para inclusão de um paciente adulto nos cuidados paliativos.
- Identificar aspectos que precisam ser levadas em conta em qualquer setor hospitalar para iniciar os cuidados paliativos ao público adulto.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 O que é o cuidado paliativo e seu objetivo

“Os cuidados paliativos são uma abordagem que melhora a qualidade de vida de pacientes (adultos e crianças) e suas famílias que enfrentam problemas associados a doenças que ameaçam a vida” (WHO, 2020, p. 13), tais como o câncer e doenças degenerativas. Esses cuidados incluem a prevenção e o alívio do sofrimento por meio da identificação precoce e da avaliação e tratamento corretos de dor e outros problemas, sejam físicos, psicossociais ou espirituais (WHO, 2020).

O Cuidado Paliativo não se baseia em protocolos, mas sim em princípios. Não se fala mais em terminalidade, mas em doença que ameaça a vida. Indica-se o cuidado desde o diagnóstico, expandindo nosso campo de atuação. Não falaremos também em impossibilidade de cura, mas na possibilidade ou não de tratamento modificador da doença, desta forma afastando a ideia de ‘não ter mais nada a fazer’. Pela primeira vez, uma abordagem inclui a espiritualidade dentre as dimensões do ser humano. A família é lembrada, portanto, assistida também após a morte do paciente, no período de luto (MATSUMOTO, 2012, p. 26).

Rodrigues (2019), com base em WHO (2002), defende que o cuidado paliativo deve promover a aceitação da morte como um fenômeno característico da vida, tornando compreensível a inserção ao tratamento. Esse tratamento permite o conforto e alívio da dor, além de oferecer um suporte aos familiares, juntamente com a equipe multiprofissional, no momento do óbito.

Em síntese, é importante que se encare a morte como um processo natural, e isso se torna uma realidade concreta quando se estabelece um vínculo de confiança entre o paciente e o profissional. Desse modo, torna-se enriquecedora a vivência do ciclo vital até o seu último momento em sua condição material (ALVES PEREIRA, 2020).

O objetivo dos cuidados paliativos é aliviar o sofrimento encontrando a paz, o conforto e a sua dignidade, melhorando a qualidade de vida dos seres humanos com graves sofrimentos relacionados à saúde (WHO, 2020).

3.2 História do cuidado paliativo

Alguns historiadores apontam que a filosofia paliativista começou na antiguidade. Na Idade Média, durante as Cruzadas, era comum achar hospices (hospedarias, em português). Eles abrigavam não somente os doentes e moribundos, mas também os pobres, órfãos e leprosos (ANCP, 2022). Apesar dos esforços e conhecimentos dos pesquisadores para prolongar a vida, a morte, por ser uma certeza, ameaça o ideal de cura e de preservação da vida, para o qual profissionais da saúde são treinados (MATSUMOTO, 2012).

Cicely Saunders graduou-se como enfermeira, depois como assistente social e como médica. Dedicou sua vida ao alívio do sofrimento humano, escrevendo muitos artigos e livros que até hoje servem de inspiração e guia para paliativistas no mundo todo. Em 1967, fundou o St. Christopher's Hospice, o primeiro serviço a oferecer cuidado integral ao paciente, desde o controle de sintomas, alívio da dor e do sofrimento psicológico (ANCP, 2022).

3.3 Princípios em Cuidados Paliativos

Segundo WHO (2020), os cuidados paliativos seguem os princípios de:

- proporcionar o alívio da dor e demais sintomas;
- encarar a morte como um processo normal;
- não pretende apressar ou adiar a morte;
- integrar aspectos espirituais e psicológicos no cuidado ao paciente;
- oferecer apoio aos pacientes a viver o mais ativamente possível até a morte;
- oferecer apoio aos familiares para enfrentar a doença do enfermo junto com o luto, caso necessário;
- oferecer uma abordagem multiprofissional para atender às necessidades dos familiares e do enfermo.

3.4 Estratégias de estratificação em CP

Conforme Mauriz; Wirtzbiki; Campos (2014), o Cuidado Paliativo valoriza a história do paciente como um todo, o que faz com que o plano de cuidado seja altamente individualizado e variável ao longo do tempo. De acordo com este autor, em um determinado momento, pode-se utilizar estratégias de estratificação, dividindo as ações paliativas nas seguintes fases.

1) Cuidado paliativo precoce: o paciente é portador de doença que ameaça sua vida e apresenta bom status funcional (KPS ou PPS >60%), é improvável que o óbito ocorra em decorrência de sua doença de base. Em caso de instabilidade clínica aguda, deve ser encaminhado para UTI e em caso de PCR, receber todo o suporte de tratamento. A prioridade é a terapêutica curativa ou restaurativa e o prognóstico é estimado em meses a anos.

2) Cuidado paliativo complementar: o paciente é portador de doença que ameaça sua vida e apresenta status funcional intermediário (KPS ou PPS entre 40-60%), ele pode não responder de maneira satisfatória ao tratamento curativo. No entanto, pode receber procedimentos invasivos que proporcionem melhora nos sintomas e qualidade de vida, respeitando o desejo do paciente ou da família. Em caso de instabilidade clínica aguda, a transferência para UTI deve ser limitada, definindo um marco no esforço terapêutico e o prognóstico estimado é de semanas a meses.

3) Cuidado paliativo predominante: o paciente é portador de doença que ameaça a vida e apresenta baixo status funcional (KPS ou PPS <40%), sendo irreversível a doença de base. Todas as ações devem buscar a melhor qualidade de vida e o controle de sintomas desconfortáveis. Não se mantém ou adiciona terapias invasivas e não deve ser encaminhado para UTI, respeitando o desejo do paciente ou familiares. O prognóstico estimado é de dias a algumas semanas.

4) Cuidado paliativo exclusivo (Cuidados de fim de vida), o paciente é portador de doença que ameaça a vida, com baixo status funcional (KPS ou PPS <40%) com declínio rápido e irreversível do estado geral, podendo ser evidenciada pelo comprometimento do nível da consciência e instabilidade cardiopulmonar. São suspensas todas as terapias fúteis, focando exclusivamente no controle de sintomas. Não deve ser encaminhado para UTI. O prognóstico estimado é de horas a poucos dias.

Em contrapartida, referente a citação a cima, de acordo com Maiello *et al.* (2020), no livro Manual de Cuidados Paliativos, usa-se as diretivas antecipadas de vontade e planejamento avançado de cuidado, que tem como objetivo deixar que o paciente e seus familiares tenham suas escolhas de tratamento preservadas pelo médico.

Nas diretivas antecipadas de vontade, o paciente maior de idade com autonomia e capacidade de decisões preservadas, escreve sobre como devem ser as tomadas de decisões referente ao seu tratamento médico, quando progressão da doença. Sua aplicação está relacionada com doenças sem possibilidade curativa ou quadros clínicos com danos irreversíveis. É um processo que deve ser revisado periodicamente quando decisões clínicas precisam ser tomadas (MAIELLO *et al.*, 2020). Deve ser iniciada da seguinte forma:

- ao contato com o paciente, explorar pensamentos, valores e objetivos de cuidados médicos em caso de enfermidade grave.
- perguntando ao paciente se ele já pensou alguma vez sobre como gostaria de ser cuidado caso tivesse uma doença grave ou algum problema irreversível.
- estimulando o diálogo entre paciente-família.
- estabelecendo uma relação de confiança com o paciente.
- deixar claro que as diretivas antecipadas de vontade podem ser alteradas e realizados novos registros.

No planejamento avançado de cuidados, o principal objetivo é garantir que a medida que o quadro avance o paciente receba tratamentos e cuidados de saúde em consonância com as suas preferências. O paciente, a família e a equipe de saúde definem os objetivos de cuidados e tratamentos futuros, baseado nos desejos, valores e questões técnicas (MAIELLO *et al.*, 2020). Para tanto, realizar o planejamento envolve discutir os seguintes assuntos:

- valores e desejos de cuidado do paciente e da família;
- possíveis situações clínicas e respectivos desfechos;
- opções de tratamento;
- diretivas antecipadas de vontade;
- opções de cuidados de fim de vida.

Ainda de acordo com Maiello *et al.* (2020), o planejamento é uma construção em conjunto que pode ser iniciada em qualquer momento da vida do indivíduo. O

conteúdo pode variar conforme a condição de saúde em que o paciente se encontra. Deve ser revisado regularmente, principalmente quando há mudança no quadro clínico do indivíduo, para assim, verificar se ele mantém ou não as suas preferências de cuidados ou se gostaria de acrescentar alguma nova informação.

Outra prática que pode ser utilizada, é o uso do Testamento Vital. Ele é definido antes de o paciente ficar incapacitado, onde especifica-se quais medidas de tratamento médico devem e não devem ser realizadas. Este documento pode ser revogado pelo autor sem qualquer forma definida, ou seja, podendo ser verbalmente ou por gestos (MEMM; ZEEH, 2020).

Ao contrário do que possa parecer, ele é uma ferramenta que proporciona alívio e segurança para a pessoa doente, para seus familiares e para a equipe de saúde. Esse documento pode garantir que as equipes de saúde não realizem procedimentos que a pessoa considere intoleráveis ou humilhantes em sua fase final da vida, permitindo que ela possa terminar seus dias de forma digna (CORADAZZI, 2020).

Para produzir o documento é necessário um procurador de saúde, que será alguém de confiança do paciente e que tomará as decisões em caso de incapacidade do mesmo. Em seguida, é importante conversar com um médico de confiança para determinar possíveis complicações. Cada item desta conversa deverá ser escrito de forma objetiva no Testamento Vital. Por fim, este documento deve ser assinado por todas as partes (CORADAZZI, 2020).

Cópias do documento devem ser mantidas no prontuário do paciente. O registro em cartório não é necessário, mas pode ser feito para aumentar o valor jurídico do mesmo (CORADAZZI, 2020).

3.5 Cuidado Paliativo no Brasil e no mundo

Segundo registros da Organização Mundial da Saúde (OMS), dos 58 milhões de mortes por ano no mundo, 34 milhões são por doenças crônico-degenerativas incapacitantes e incuráveis (SOARES, 2020). O Brasil tem em média um milhão de óbitos por ano, dos quais 650 mil deles são por doenças crônicas. Cerca de 70% dessas mortes ocorrem em hospitais, sendo a grande maioria em unidades de terapia intensiva (PESSINI; BERTACHINI, 2006; ONU, 2012 apud GOMES; OTHERO, 2016).

Um recente mapeamento mundial apontou que o Brasil deixou a categoria (3a), que é caracterizada por oferecer CP de maneira isolada com financiamento

fortemente dependente de doações, disponibilidade limitada de morfina e um pequeno número de serviços comparado ao tamanho da população, passando para categoria (3b), que engloba países como Gâmbia, Albânia, Bulgária, Colômbia e Panamá. Neste patamar, a prestação de CP é generalizada, tendo fontes de financiamento, maior disponibilidade de morfina, centros de treinamento, entre outros (DOS SANTOS; FERREIRA; DO PRADO GUIRRO, 2019).

O atendimento público obteve predominância quando comparado com a rede privada, 96 serviços são públicos, 69 pertencem à iniciativa privada e 26 oferecem tanto atendimento em Cuidados Paliativos pelo SUS quanto de forma particular (DOS SANTOS; FERREIRA; DO PRADO GUIRRO, 2019).

Entre os adultos que necessitam de CP em todo o mundo, 36,5 milhões está associada a uma doença não transmissível. Já em crianças o número total estimado em 2017 é de quase 4 milhões, a condição de doença que mais gera necessidade é HIV/AIDS (29,6%), seguida de parto prematuro e trauma de parto (17,7%), anomalias congênitas (16,2%) e lesões (16%). Os cânceres representam apenas (4,1%) (WHO, 2020).

Através desses dados pôde-se analisar como o cuidado paliativo é importante, necessita-se de uma equipe preparada para atender essa demanda e quando o mesmo for definido precocemente pode tornar a qualidade de vida do paciente e dos familiares digna.

3.6 Papel da enfermagem no cuidado paliativo

Um dos grandes desafios dos profissionais de saúde para assistir o paciente em cuidados paliativos é não se esquecer de valorizar o ser humano independente de como foi sua vida. Para serem atendidas as expectativas, o cuidado necessita ser integral, a equipe deve resgatar a relação interpessoal, sendo fundamental ouvir e tornar-se sensível às necessidades das pessoas. Estes pacientes esperam que a relação com os profissionais seja alicerçada na compaixão, no respeito e na empatia, de modo a auxiliá-las no processo de morte, valorizando a sua experiência e o seu querer (CARDOSO *et al.*, 2013 apud QUEIROZ *et al.*, 2018).

Os profissionais de enfermagem são fundamentais na equipe de cuidados paliativos, pela essência na formação que tem como premissa básica a ciência e a arte no cuidado, cujo foco está em promover conforto e bem-estar ao cliente. Tais

aspectos são evidenciados desde os primórdios do pensar a enfermagem; cuidado com qualidade de vida nos últimos dias do ser humano (McMILLEN, 2008 apud QUEIROZ *et al.*, 2018).

Compete à equipe de enfermagem no cuidado a seres humanos e, em cuidados paliativos, preparar e ajudar os familiares para lidar com o processo. Esses cuidados requerem discussões aprofundadas pelo grupo, com vistas ao melhor preparo e cuidado desse paciente. A comunicação/interação com a enfermagem juntamente com a família deve se manter sempre em canal aberto, tendo o dever e a necessidade de informar, orientar e compreender todo o processo pela família, com vistas a prepará-la para a alta e o cuidado no domicílio (QUEIROZ *et al.*, 2018).

3.7 Equipe multidisciplinar em cuidados paliativos

A equipe em CP é definida pelos seguintes profissionais e seus respectivos papéis (DE OLIVEIRA CONSOLIM *et al.*, 2012):

- médico: deve realizar os diagnósticos clínicos, deve conhecer a doença, sua história natural, os tratamentos já realizados e qual a evolução da doença esperada para aquele paciente. Tendo como uma das prioridades coordenar a comunicação entre a equipe, o paciente e sua família
- enfermeiro: deve atuar em prol da comunicação eficaz ao contexto terapêutico, visando à negociação de metas assistenciais acordadas com o paciente e sua família de modo a coordenar o cuidado. As habilidades do enfermeiro deverão estar voltadas para a avaliação dos sinais e sintomas; para o auxílio da equipe multiprofissional e para o reforço das orientações clínicas para a família.
- psicólogo: é necessário ter clareza sobre as possibilidades e limites do seu campo de trabalho, formação básica no tema Cuidado Paliativo, integrar aspectos psicológicos ao tratamento, atenção para a família e equipe.
- assistente social: deve conhecer o paciente, a família e os cuidadores nos aspectos socioeconômicos, avaliar a rede de suporte social dos envolvidos, conhecer e estabelecer uma rede intrainstitucional.
- nutricionista: tem papel preventivo, possibilitando meios e vias de alimentação, reduzindo os efeitos adversos provocados pelos tratamentos. Em adição,

auxilia no controle de sintomas, procura manter hidratação satisfatória, preserva o peso e a composição corporal do paciente.

- fisioterapeuta: considera as condições sociais, psíquicas e físicas iniciais, buscando promover, aperfeiçoar ou adaptar as condições físicas numa relação terapêutica que envolve o paciente, o terapeuta e recursos físicos e naturais. Objetivando, por meio de abordagem multiprofissional e interdisciplinar, alívio do sofrimento, alívio da dor e outros sintomas estressantes
- fonoaudiólogo: contribui para melhorar a qualidade de vida do paciente e também de seus familiares. Isto é feito auxiliando o paciente a atingir e manter o seu máximo potencial físico, psicológico, social e espiritual, sabendo-se das limitações impostas pela progressão da doença.
- terapeuta ocupacional: manutenção das atividades significativas para o doente e sua família, promoção de estímulos sensoriais e cognitivos, orientação e realização de medidas de conforto e controle de outros sintomas, adaptação e treino de AVDs para autonomia e independência, apoio, escuta e orientação ao familiar e/ou cuidador, entre outros.
- assistente espiritual: reafirmando a vida e vendo a morte como processo natural, oferecendo suporte para auxiliar o paciente a viver ativamente até a morte; e amparando a família durante todo o processo da doença.
- dentista: controle das infecções buco-dentais através de prevenção ou tratamento curativo. O tratamento sintomático da dor e cuidados locais, como higiene bucal e limpeza de feridas, também contribuem para redução de dor, desconforto e infecções oportunistas.

É necessária uma visão complexa do paciente, a qual deve ser analisada e atendida por todos os membros da equipe. Por meio da prática do *round* disciplinar, devem discutir cada caso, informando todas as fragilidades apresentadas pelo paciente e sua família. Entende-se que as discussões entre os profissionais, antes das tomadas de decisão, consigam um resultado mais adequado, contemplando as reais necessidades do paciente (PICOLLO; FACHINI, 2019).

Segundo Da Silva Roque *et al.* (2020), as reflexões teóricas no âmbito internacional incentivam a formação e o aperfeiçoamento para tornar enfermeiros líderes em cuidados paliativos. Os enfermeiros precisam estar preparados para prestar cuidados paliativos primário e para liderar equipes. Desta forma, observa-se a

importância da formação especializada em cuidados paliativos, reforçando as habilidades de comunicação, tomada de decisões, metas de cuidados e reuniões de família com aconselhamento.

“Ademais, é preciso que os enfermeiros atuem como facilitadores nas relações de trabalho, promovendo a autonomia e o protagonismo dos profissionais envolvidos no processo de cuidado ao paciente, atuando com novas formas de agir e pensar em saúde” (DA SILVA ROQUE *et al.*, 2020, p. 11).

Cabe destacar, por fim, que além do trabalho em equipe multiprofissional, essa deve desenvolver, para o alcance da máxima eficiência ao paciente, um trabalho interprofissional, no qual os profissionais colaboram entre si na busca dos melhores resultados nos serviços de atenção à saúde.

4. METODOLOGIA

4.1 Delineamento do estudo

Trata-se de um estudo descritivo desenvolvido por meio da proposição de *framework* conceitual com auxílio da ferramenta *checklist*, que visam analisar conceitos e elementos sobre o tema de investigação. A busca foi norteada pela pergunta: quais bases conceituais podem ser utilizadas para elegibilidade em cuidados paliativos no ambiente hospitalar?

Os estudos descritivos determinam a distribuição de doenças ou condições relacionadas à saúde, segundo o tempo, o lugar e/ou as características dos indivíduos (LIMA-COSTA; BARRETO, 2003). Envolve técnicas de coleta de dados padronizados tais como questionário e observação; em geral assume forma de levantamento de dados (ROMANOWSKI; DE CASTRO; NERIS, 2019).

Um *framework* conceitual é uma ferramenta visual que auxilia a analisar e entender profundamente sobre determinado tema. Esta ferramenta é útil em vários campos do trabalho, normalmente usada para explicar visualmente sistemas, relacionamentos, conceitos e ideias de uma maneira organizada (EDRAWMAX, 2021).

O *framework* conceitual descreve o relacionamento entre variáveis específicas identificadas no estudo e aponta o processo de toda a investigação. Assim, desenvolvem-se conclusões ou hipóteses baseadas em teorias, ao invés de usar o trabalho de outros (EDRAWMAX, 2021).

Traduzido do inglês, *Checklist* significa “lista de verificação”, sendo uma ferramenta de controle que deve ser lembrada ou seguida. Essa ferramenta permite verificar e acompanhar tarefas, evitando erros e aumentando a organização dos processos garantindo assim, o cumprimento bem-sucedido sobre um projeto em análise (PIRES, 2019).

4.2 Etapas de elaboração do *framework* conceitual

Etapa 1: Seleção dos referenciais para elaboração do *framework*

Para realização do estudo seguiu-se os seguintes passos: definição do tema, estabelecimento da pergunta norteadora e identificação, análise e descrição de referenciais para compreender o que já existe sobre cuidados paliativos.

A pesquisa documental foi realizada como base para a proposição do *framework* e criada por meio do uso dos seguintes documentos:

- Resolução Nº 41, de 31 de outubro de 2018, que dispõe sobre as diretrizes para a organização dos cuidados paliativos, à luz dos cuidados continuados integrados, no âmbito Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2018);
- Projeto de Lei Nº 883, de 2020, que dispõe sobre regulamentar a prática de cuidados paliativos nos serviços de saúde, no território nacional (SENADO FEDERAL, 2020).
- O Livro Manual de Cuidados Paliativos, de 2020, documento que tem o conhecimento e a compreensão para uma adequada prática em pacientes com doenças terminais, através dos princípios norteadores. (MAIELLO *et al.*, 2020). Nesse referencial há evidências da literatura médica internacional e o que existe de oficial no Brasil sobre o assunto de maneira prática, objetiva e compatível com a realidade do SUS (MAIELLO *et al.*, 2020);
- *Global Atlas Of Palliative Care (2nd Edition)*, de 2020, livro que é referência mundial em Cuidados Paliativos, abrangendo informações essenciais sobre a situação do tema em todo o mundo (WHO, 2020).

Os documentos descritos acima referidos foram escolhidos por apresentarem informações de cunho legal, atuais e esclarecedoras da pergunta central deste estudo, os quais demonstram exibir as organizações e os conhecimentos que determinam os cuidados paliativos em pacientes com doenças potencialmente fatais.

Etapa 2: Procedimentos de busca das informações nos documentos

Os documentos selecionados foram lidos e analisados tantas vezes quanto necessário. Os pontos-chaves e/ou centrais foram destacados, transferidos e organizados em um quadro para construir o marco referencial para dar origem ao *framework*. Todo o processo culminou na interpretação dos achados.

Etapa 3: Elaboração do *framework* conceitual e do *checklist*, a fim de construir a possibilidade de resposta para a pergunta.

A construção foi baseada na relação hierárquica entre os conceitos chave e critérios para elegibilidade em CP através da utilização do *checklist* e utilização da escala PPS.

Etapa 4: Descrição e interpretação do framework, do *checklist* e da escala escolhida.

4.3 Procedimentos éticos

Para o desenvolvimento deste estudo foi respeitada a Resolução No. 466/2012 e suas complementares do Conselho Nacional de Saúde (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2012) para pesquisa com seres humanos. Considerando a natureza dos dados (públicos), o projeto não será encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).

5. RESULTADOS

5.1 Critérios de inclusão e elegibilidade em CP

Existem critérios de inclusão ou elegibilidade para CP conforme as condições do paciente e as doenças de base. Esses critérios devem ser observados pelos serviços de saúde, considerando que não é possível e nem indicado realizar esse tipo de cuidado a todos os pacientes.

O SPICT (Supportive and Palliative Care Indicators Tool) (Quadro 1) é um instrumento que permite identificar pessoas em situação de doença grave e irreversível. Permite avaliar a necessidade de cuidados paliativos e fazer o seu planejamento. O que o torna essencial é o fato de ser uma ferramenta importante e de fácil utilização na identificação de doentes paliativos (THE UNIVERSITY OF EDINBURGH, 2016).

Quadro 1: Critérios de elegibilidade para Cuidados Paliativos conforme instrumento SPICT (Supportive and Palliative Care Indicators Tool)

| Indicadores gerais de piora da saúde | Indicadores clínicos de uma ou mais das condições avançadas |
|--|--|
| Internações hospitalares não programadas. | Doenças oncológicas: - Capacidade funcional em declínio devido a progressão do câncer. - Estado físico muito debilitado para tratamento do câncer ou tratamento para controle dos sintomas. |
| Capacidade funcional ruim ou em declínio com limitada reversibilidade. (a pessoa passa na cama ou cadeira mais de 50% do dia). | Doenças cardíacas: - 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. |
| Dependente de outros para cuidados pessoais devido a problemas físicos e/ou de saúde mental. É necessário maior suporte para o cuidador. | Doenças respiratórias: - 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 |
| Perda de peso significativa nos últimos 3-6 meses e/ ou um baixo índice de massa corporal. | 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. |
| Sintomas persistentes apesar do tratamento otimizado das condições de base. | Doença neurológica: - Deterioração progressiva da capacidade física e/ou da função cognitiva mesmo com terapia otimizada. |

| | |
|---|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> - Problemas da fala com dificuldade progressiva de comunicação e/ou deglutição. - Pneumonia aspirativa recorrente; falta de ar ou insuficiência respiratória. |
| A pessoa ou sua família solicita cuidados paliativos, interrupção ou limitação do tratamento ou um foco na qualidade de vida. | Doença hepática: <ul style="list-style-type: none"> - Cirrose avançada com uma ou mais complicações no último ano: <ul style="list-style-type: none"> • Ascite resistente a diuréticos • Encefalopatia hepática • Síndrome hepatorenal • Peritonite bacteriana • Sangramentos recorrentes de varizes esofágicas Transplante hepático é contraindicado. |
| Deterioração e sob o risco de morrer de qualquer outra condição ou complicação que não seja reversível | Doenças renais: <ul style="list-style-type: none"> - 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. |

Fonte: elaborada pelas autoras com base em The University of Edinburgh, 2016

Além do SPICT, existe outra forma de avaliar o doente para identificar a necessidade de cuidado paliativo, sendo ele o NECPAL-BR (Necessidades Paliativas), que pode ser utilizado como sinalizador da necessidade de atenção paliativa, bem como integrar um programa de gestão do cuidado nos diferentes contextos de atenção à saúde.

Quadro 2: Avaliação utilizando NECPAL

| 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 mini mental 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 | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não |
| Aspectos psicossociais | - Sofrimento emocional ou transtorno adaptativo grave | Detecção de mal-estar emocional (DME >9) | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não |
| | - Vulnerabilidade social grave | Avaliação social e familiar | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não |
| Multi-morbididade | ≥ 2 doenças ou condições crônicas avançadas (da lista de indicadores específicos em anexo) | | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 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) | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não |
| Indicadores específicos | Câncer, DPOC, ICC, insuficiência hepática, insuficiência renal, AVC, demência, doenças neurodegenerativas, SIDA e outras doenças avançadas. | | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não |
| Classificação | Pergunta Surpresa (PS): PS + (não me surpreenderia) PS – (me surpreenderia) Parâmetros NECPAL: NECPAL + (de 1 a 13 respostas “sim”) NECPAL – (nenhum parâmetro assinalado) | | |

Fonte: Elaborado pelas autoras com base em SANTANA, M. T. E. A (2018)

Também é realizada avaliação do paciente, buscando os parâmetros que apoiem de forma cuidadosa o diagnóstico da doença de base e do processo em cuidados paliativos, sendo os principais elementos da avaliação descritos no quadro a seguir:

Quadro 3: Principais elementos da avaliação dos pacientes em Cuidados Paliativos

| Avaliação em cuidados paliativos |
|---|
| Coleta de dados, onde faz-se todos os dados biográficos do paciente (sexo, idade, religião, com quem mora, etc.) |
| Dados da doença de base: cronologia, exames diagnósticos e tratamentos realizados |
| Avaliação funcional, utilizando escalas |
| Avaliação de sintomas e exame físico |
| Complementação de exames e consultas com especialistas se necessário |
| Impressão e prognóstico da doença |
| Decisões terapêuticas: medicações, solicitação de novos exames, etc. |
| Plano de cuidados interdisciplinar: necessidade de intervenções multiprofissionais, com o registro do efeito esperado das ações |

Fonte: elaborada pelas autoras com base em Mauriz; Wirtzbiki; Campos, 2014.

Dentre os itens acima, a avaliação funcional é de extrema importância para a tomada de decisão, previsão de prognóstico e diagnóstico de terminalidade (MACIEL,

2012). É indicado o uso de escalas para a avaliação do paciente, as quais estão apresentadas a seguir.

A escala *Palliative Performance Scale* (PPS), de 2009, é de autoria da “Victoria Hospice Society”, sendo usada na tomada de decisão em cuidados paliativos, avaliando o estado funcional dos pacientes (HOSPICE, 2009).

Tabela 1: Palliative Performance Scale – PPS

| PPS | Deambulação | Atividade e evidência da doença | Autocuidado | Ingesta | Nível da Consciência |
|------|---|---|----------------------------|-------------------------|-------------------------------------|
| 100% | Completa | Atividade normal e trabalho; sem evidência de doença | Completa | Normal | Completa |
| 90% | Completa | Atividade normal e trabalho; alguma evidência de doença | Completa | Normal | Completa |
| 80% | Completa | Atividade normal com esforço; alguma evidência de doença | Completa | Normal ou reduzida | Completa |
| 70% | Reduzida | Incapaz para o trabalho; doença significativa | Completa | Normal ou reduzida | Completa |
| 60% | Reduzida | Incapaz para hobbies/trabalho doméstico; doença significativa | Assistência ocasional | Normal ou reduzida | Completa ou períodos de confusão |
| 50% | Maior parte de 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 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 |
| 10% | Totalmente acamado | Incapaz para qualquer atividade; doença extensa | Dependência completa | Cuidados com a boca | Sonolento ou coma +/- confusão |
| 0% | Morte | - | - | - | - |

Fonte: VICTORIA HOSPICE SOCIETY. A Escala de Desempenho em Cuidados Paliativos versão 2 (EDCP v2), 2009. Disponível em: <https://victoriahospice.org/wp-content/uploads/2019/07/pps_-_portuguese_brazilian_-_sample.pdf>

A escala de Karnofsky classifica os pacientes de acordo com o grau de suas inaptidões ou deficiências funcionais, descreve os níveis crescentes de atividade e independência com valores que variam de 0 a 100. Quanto menor a classificação na escala, pior a expectativa de recuperação de enfermidades ou retorno às atividades normais (FARMABRASILIS, [s.d.]).

Outro instrumento é a escala de desempenho *Eastern Cooperative Oncologic Group* (ECOG) ou Performance de Zubrod faz a avaliação funcional da pessoa com câncer e estabelece escores de 0 a 5. O escore 0 indica que o paciente é completamente ativo e capaz de realizar atividades normais e 5 é atribuído ao paciente morto (LUCIO, s.n.). A sua principal função é objetivar o resultado do tratamento oncológico, levando em conta a qualidade de vida do paciente a partir da evolução do paciente na realização das atividades da vida diária (BONASSA, 2005 *apud* DUARTE et al., [s.d.]

Tabela 2: Escala de Karnofsky (KPS) e ECOG

| Escala de ECOG | Escala de Karnofsky (KPS) |
|---|---|
| PS 0 – Atividade normal | 100 – Nenhuma queixa; ausência de evidência da doença 90 – Capaz de levar a vida normal; sinais menores ou sintomas da doença |
| PS 1 – Sintomas da doença, mas deambula e leva seu dia a dia normal | 80 – Alguns sinais ou sintomas da doença com o esforço 70 – capaz de cuidar de si mesmo; incapaz de levar suas atividades normais ou exercer trabalho ativo |
| PS 2 – Fora do leito mais de 50% do tempo | 60 – Necessita de assistência ocasional, mas ainda é capaz de prover a maioria de suas atividades 50 – Requer assistência considerável e cuidados médicos frequentes |
| PS 3 – No leito mais de 50% do tempo, carente de cuidados mais intensivos | 40 – Incapaz; requer cuidados especiais e assistência 30 – Muito incapaz; indica hospitalização, apesar da morte não ser iminente |
| PS 4 – Restrito ao leito | 20 – Muito debilitado; necessita de hospitalização necessária e tratamento de apoio ativo 10 – Moribundo, processos letais progredindo rapidamente para a morte 0 - Morte |

Fonte: LUCIO, S. N. (s.d.). **ESTADIAMENTO DO CÂNCER**. INCA - Instituto Do Câncer Rio Preto. Disponível em: <https://incariopreto.com.br/estadiamento-do-cancer>

De acordo com Silva (2020), a escala *Palliative Prognostic Index* (PPI) é definida em função da ingesta oral, da presença ou ausência de dispneia, edema e delirium. Entre as principais vantagens deste índice salientam-se a ausência da necessidade de realizar medicações invasivas ou estimativas de sobrevivência feitas pelo médico. O instrumento foi concebido por Morita, *et al* (1999) baseado em indivíduos com doença oncológica avançada, internados em Unidades de Cuidados Paliativos japonesas e posteriormente externamente validado. Atualmente, o PPI encontra-se apenas validado para doentes oncológicos.

Quadro 4: Escala Palliative Prognostic Index (PPI)

| Item | Pontuação Parcial |
|--|-------------------|
| Palliative Performance Scale - PPS (%) | |
| 10-20 | 4,0 |
| 30-50 | 2,5 |
| ≥ 60 | 0 |

| | |
|---------------------|-----|
| Ingestão oral | |
| Muito reduzida | 2,5 |
| Reduzida | 1,0 |
| Normal | 0 |
| Edema | |
| Presente | 1,0 |
| Ausente | 0 |
| Dispneia em repouso | |
| Presente | 3,5 |
| Ausente | 0 |
| Delirium | |
| Presente | 4,0 |
| Ausente | 0 |

Fonte: SILVA, S. I. M. Acuidade prognóstica do Palliative Prognostic Index em doentes oncológicos admitidos numa Unidade de Cuidados Paliativos. Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, 2020.

A escala *Edmonton Symptom Assessment System* (ESAS-r), foi desenvolvida no Canadá, no ano de 1991, em um programa de cuidados paliativos no Hospital Geral de Edmonton (MONTEIRO, 2012). A avaliação realizada pela ESAS possibilita que se conheça a frequência e intensidade dos sintomas apresentados pelos pacientes, permitindo que as equipes de saúde tomem decisões adequadas para realização dos cuidados necessários.

A ESAS-r contempla os sintomas acometidos em pacientes oncológicos em cuidados paliativos, apresenta algumas limitações tais como a dificuldade no preenchimento para pacientes em fase terminal, pacientes com problemas cognitivos ou físicos e ausência de sintomas relacionados ao trato intestinal (MONTEIRO; KRUSE; ALMEIDA, 2010).

Há poucos estudos sobre a ESAS-r, especialmente no Brasil, o que pode ser um empecilho para o uso bem-sucedido da mesma. Deste modo, é importante conhecer o que já foi pesquisado para promover adaptações e tornar o tratamento dos sintomas físicos e psicológicos eficazes (MONTEIRO; KRUSE; ALMEIDA, 2010).

Quadro 5: Escala de Edmonton (ESAS)

| ESCALA DE EDMONTON- ESAS | |
|---|--|
| Classificação de 0 (sem dor) a 10 (pior dor possível) | |
| Sem dor | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Pior dor possível |
| Sem cansaço | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Pior cansaço possível |
| Sem náusea | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Pior náusea possível |
| Sem depressão | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Pior depressão possível |
| Sem ansiedade | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Pior ansiedade possível |
| Sem sonolência | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Pior sonolência possível |
| Muito bom apetite | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Pior apetite possível |

| | | |
|------------------------------|------------------------|---------------------------|
| Sem falta de ar | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | Pior falta de ar possível |
| Melhor sensação de bem estar | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | Pior sensação possível |
| Outro problema | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | |

Fonte: MONTEIRO, D. R. **Tradução e adaptação transcultural do instrumento Edmonton Symptom Assessment System para o uso em cuidados paliativos**. 2012. 81 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2012. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/49686>.

5.2 Aspectos levados em conta para iniciar os Cuidados Paliativos

Neste capítulo, estão os resultados da pesquisa, com base nos documentos analisados. Está organizado da seguinte forma: análise dos conceitos-base que deram embasamento teórico sobre o tema e a construção do *framework* conceitual seguido pelo *checklist*.

A análise da Resolução nº 41 de 31 de outubro de 2018, permite destacar as diretrizes para que haja uma organização aos pacientes que se encaixam em CP em qualquer setor hospitalar do SUS. Com isso, a assistência promovida pela equipe multidisciplinar promove a melhoria da qualidade de vida do paciente juntamente com seus familiares. Faz-se através da prevenção e alívio do sofrimento, identificando precocemente e avaliando impecavelmente o tratamento da dor e demais sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais.

É relevante que a linha de CP se dá para toda pessoa afetada por uma doença que ameace a vida, seja ela aguda ou crônica após o seu diagnóstico, outro ponto é que os cuidados paliativos devem ser ofertados em qualquer ponto da rede de atenção à saúde, através das diretrizes integradas no âmbito do SUS.

O Projeto de lei nº 883, de 2020, estabelece que os CP integrais devem, de preferência, ser promovidos pela equipe multiprofissional no âmbito do serviço de saúde, podendo ser escolhido pelo paciente ou seus familiares. Para realizar os cuidados em seu domicílio, não pode haver contraindicação médica e a família deve demonstrar capacidade e condições cabíveis para o cuidado.

A linha de cuidado deve respeitar a dignidade do paciente que está com uma doença ameaçadora da vida, tendo o direito em ter uma morte digna e sem dor. Sendo assim, ela estabelece que a prática de cuidados paliativos dirigidos há pessoas que se encontram em fase terminal seja regulamentada nos serviços de saúde pública e privada.

O *Global Atlas Of Palliative Care*, de 2020, abrange informações que são essenciais sobre a condição da linha de cuidados. É uma etiologia de conhecimentos fundamentais sobre a situação dos CP em todo o mundo mostrando dados atualizados em gráficos explicativos e didáticos.

Estabelece melhorias na prevenção, detecção precoce e tratamentos que possam alterar os tipos de necessidades desses cuidados para ambos falecidos e não falecidos. Todavia, os cuidados paliativos devem ser enfatizados no alívio do sofrimento grave em evidência a saúde ou doença associada a problemas de enfermidade crítica ou ao fim da vida.

Há um modelo de saúde que foi desenvolvido pela OMS que ressalta políticas, educação, disponibilidade de medicamentos e implementação. Para com isso, é essencial desenvolver diretrizes e ferramentas que abrangem sobre CP integrados em todas as doenças, grupos e níveis de atenção, abordando questões de ética em relação aos CP integrais.

O Livro Manual de Cuidados Paliativos, de 2020, estabelece a promoção da qualidade de vida do paciente e de seus familiares, avaliando precocemente o controle dos sintomas físicos, sociais, emocionais e espirituais.

Para que haja um âmbito adequado, às práticas desses cuidados paliativos, é de extrema necessidade o conhecimento e compreensão em saber reconhecer, identificar e responder às necessidades desse paciente e seus familiares por meio da visão ampla e transdisciplinar. É relevante oferecer subsídios teóricos de como os profissionais de saúde possam avaliar os prognósticos e a comunicação de más notícias.

Outro ponto relevante é evidenciar a literatura médica e o que existe de mais atualizado e oficial no Brasil, que seja de maneira compatível, objetiva e prática com a realidade do SUS.

As contribuições desses documentos estão sintetizadas no Quadro 6 Apêndice A, que traz os aspectos relevantes e que devem ser observados na definição dos serviços em Cuidados Paliativos.

A análise dos documentos considerados para realizar o *framework* conceitual para elegibilidade em Cuidados Paliativos para qualquer setor hospitalar está organizada conforme o ano de publicação em ordem crescente. Tais documentos têm em comum a garantia e o objetivo para implementação do trabalho que é: promover a assistência multidisciplinar, detectar precocemente a doença de base, promover uma

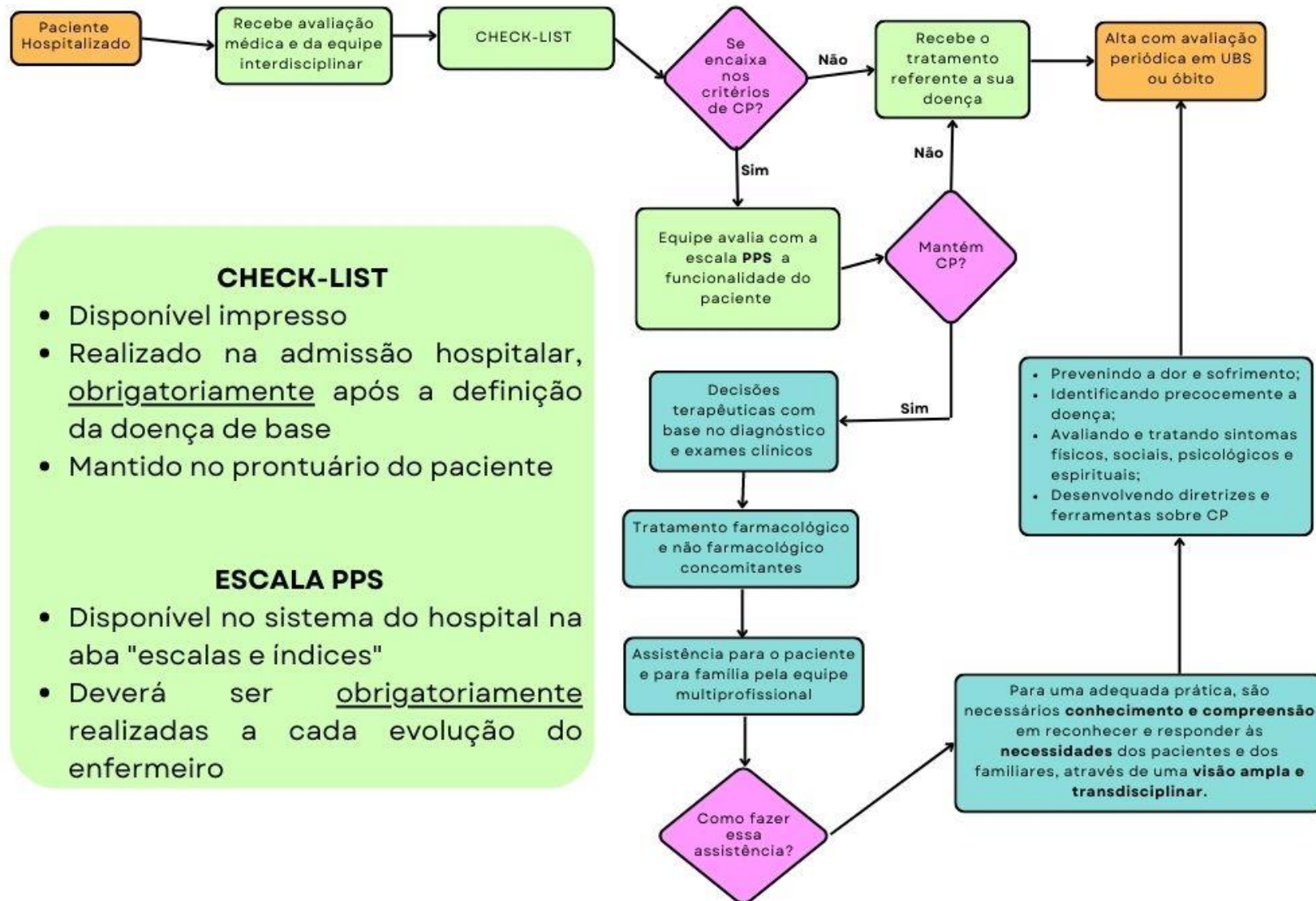
melhor qualidade de vida ao paciente e aos familiares e implementar diretrizes e ferramentas em cuidados paliativos para um melhor tratamento.

5.3 Framework Conceitual

Conforme descrito na página 21, um *Framework* Conceitual é usado para resolver um problema sobre um domínio específico, auxiliando a analisar e entender o tema. Usado normalmente em explicações visuais referente a sistemas, relacionamentos, conceitos e ideias de forma organizada.

Assim sendo, abaixo encontra-se o *Framework* conceitual como resultado dos conceitos norteadores deste trabalho, interligados entre si, expressando suas correlações e particularidades.

FRAMEWORK CONCEITUAL CUIDADOS PALIATIVOS



CHECK-LIST

- Disponível impresso
- Realizado na admissão hospitalar, obrigatoriamente após a definição da doença de base
- Mantido no prontuário do paciente

ESCALA PPS

- Disponível no sistema do hospital na aba "escalas e índices"
- Deverá ser obrigatoriamente realizadas a cada evolução do enfermeiro

O *framework* conceitual deverá ficar exposto no mural de cada setor hospitalar, com a finalidade de: acesso disponível para toda equipe multiprofissional e a rápida checagem em caso de dúvidas sobre o processo.

5.4 Escala para avaliar a funcionalidade de pacientes em CP

A escala selecionada para estar sendo utilizada na avaliação da funcionalidade dos pacientes internados nas unidades hospitalares foi a PPS.

A escala se encontra na página 27 deste trabalho, foi minuciosamente analisada e, portanto, selecionada, por ser a mais utilizada na avaliação da funcionalidade em cuidados paliativos. Deverá ser implementada no sistema hospitalar e realizada a cada avaliação e evolução do enfermeiro.

As demais escalas que se encontram nos resultados permanecem somente à nível de conhecimento, não foram selecionadas, pois são complexas e criteriosas para serem utilizadas diariamente por profissionais não especializados em CP, algumas não avaliam a funcionalidade do paciente, outras têm seu foco em oncologia e por último, algumas de suas aplicações são realizadas quando o paciente está na finitude da vida, o que não é o foco do trabalho.

5.5 Checklist para elegibilidade em Cuidados Paliativos

Conforme relatado na página 21, um *Checklist* é uma ferramenta de controle, o qual permite verificar e acompanhar tarefas, evitando erros e aumentando a organização dos processos.

Assim sendo, abaixo encontra-se o *Checklist*, o mesmo foi realizado com base no instrumento SPICT, o qual é um dos meios mais utilizados na elegibilidade em CP.

Quadro 6: Checklist para Elegibilidade em Cuidados Paliativos

| CHECKLIST CUIDADOS PALIATIVOS | | | |
|--|-----|-----|----|
| DESCRIÇÃO | Sim | Não | NA |
| INDICADORES GERAIS DE PIORA DA SAÚDE | | | |
| Internações hospitalares não programadas. | | | |
| Capacidade funcional ruim ou em declínio com limitada reversibilidade. | | | |
| Dependente de outros para cuidados pessoais devido a problemas físicos e/ou de saúde mental. | | | |
| 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. | | | |
| Deterioração e sob o risco de morrer de qualquer outra condição ou complicação que não seja reversível. | | | |
| DOENÇA ONCOLÓGICA | | | |
| Capacidade funcional em declínio por progressão do câncer | | | |
| Estado físico debilitado para tratamento da doença ou controle dos sintomas | | | |
| DOENÇA CARDÍACA | | | |
| 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. | | | |
| DVP grave e inoperável | | | |
| DOENÇA RESPIRATÓRIA | | | |
| Doença respiratória crônica grave | | | |
| Falta de ar em repouso | | | |
| Uso de O2 por longo prazo | | | |
| Já esteve em VM | | | |
| VM é contraindicado | | | |
| DEMÊNCIA/FRAGILIDADE | | | |
| Incapaz de vestir-se, caminhar ou comer | | | |
| Redução da ingestão de alimentos e líquidos e dificuldade na deglutição | | | |
| Incontinência urinária e fecal | | | |
| Incapaz de manter contato verbal; pouca interação social | | | |
| Fratura de fêmur ou múltiplas quedas | | | |
| Febre ou infecções frequentes | | | |
| BCP aspirativa | | | |
| DOENÇA NEUROLÓGICA | | | |
| Deterioração progressiva da capacidade física e/ou da função cognitiva mesmo com terapia otimizada | | | |
| BCP aspirativa recorrente | | | |
| Falta de ar ou insuficiência respiratória | | | |
| Problemas da fala com dificuldade progressiva de comunicação e/ou deglutição | | | |
| DOENÇA HEPÁTICA | | | |
| Cirrose avançada com uma ou mais complicações no último ano | | | |
| Ascite resistente a diuréticos | | | |
| Encefalopatia hepática | | | |
| Síndrome Hepatorrenal | | | |
| Peritonite bacteriana | | | |
| Sangramentos recorrentes de varizes esofágicas | | | |
| Transplante hepático contraindicado | | | |
| DOENÇA RENAL | | | |
| Estágio 4 e 5 de doença renal crônica com piora clínica | | | |
| Insuficiência renal complicando outros tratamentos | | | |
| Suspender diálise por piora clínica ou tratamento aplicado | | | |

Fonte: Realizado pelas autoras com base em The University of Edinburgh, 2016.

O *checklist* será impresso, realizado na internação do paciente e ficará no prontuário. Utilizado após ter a doença de base estabelecida pelo médico, no momento da internação ou em caso de progressão da doença enquanto internado.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Uma vez que o número de pacientes que necessitem de cuidados paliativos vem crescendo durante os anos, se percebeu a necessidade de obter profissionais capacitados para proporcionar o devido cuidado aos pacientes e familiares, fazendo-se necessária a utilização de estratégias para capacitá-los.

Com a construção do *framework* conceitual, foi verificado o fluxo para elegibilidade em CP, aonde mostrou-se garantir uma visibilidade precoce dos pacientes que possam utilizar dos cuidados. Com isso, necessita-se capacitar as equipes para torná-las aptas a realizar sua rotina e prestar um primeiro atendimento adequado.

Implementando o *checklist* neste estudo, possibilitou ter uma visibilidade adequada das principais alterações orgânicas de acordo com a doença do paciente. Acredita-se que com a junção do *framework* e *checklist* há a estratificação da população que pode vir a se beneficiar dos cuidados paliativos.

A realização deste trabalho possibilitou identificar as bases teóricas existentes na composição do Cuidado Paliativo. Esta base legal mostra-se suficiente para nortear ações nesta área estratégica de assistência em saúde. Ressalta-se, porém, que uma das dificuldades encontradas no desenvolvimento deste estudo foi a falta de material teórico sobre o tema sem que envolvesse oncologia.

Dada à importância do assunto, sugere-se a continuidade do estudo por meio da implementação da elegibilidade em Cuidados Paliativos com base neste *framework* e *checklist*, com monitoramento e avaliação do atendimento proposto e verificação da eficácia desse modelo.

REFERÊNCIAS

ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS - ANCP. **HISTÓRIA DOS CUIDADOS PALIATIVOS**. 2022. Disponível em: <https://paliativo.org.br/cuidados-paliativos/historia-dos-cuidados-paliativos/> Acesso em: 23 mar. 2022.

ALVES PEREIRA, J. P. O PROCESSO DE AUTO PERDA DOS PACIENTES EM ESTADO TERMINAL NO CONTEXTO HOSPITALAR: O FAZER DO PSICÓLOGO FRENTE À VIVÊNCIA DA TERMINALIDADE E A IMPORTÂNCIA DOS CUIDADOS PALIATIVOS. **Caderno de Graduação - Ciências Humanas e Sociais - UNIT - SERGIPE**, [S. l.], v. 6, n. 1, p. 261, 2020. Disponível em: <https://periodicos.set.edu.br/cadernohumanas/article/view/7655>. Acesso em: 17 mar. 2022.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Resolução nº 41, de 31 de outubro de 2018**. Diretrizes para a organização dos cuidados paliativos. Brasília (DF). Disponível em: https://www.in.gov.br/web/guest/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/51520746/do1-2018-11-23-resolucao-n-41-de-31-de-outubro-de-2018-51520710 Acesso em: 03 de jun. 2022.

CORADAZZI, A. L. **O Testamento Vital**. *Oswaldo Cruz Centro Especializado Em Oncologia*. 2020. Disponível em: <https://centrodeoncologia.org.br/noticias-cancer/o-testamento-vital/#:~:text=O%20testamento%20vital%2C%20tamb%C3%A9m%20chamado,toma r%20suas%20pr%C3%B3prias%20decis%C3%B5es%20> Acesso em: 14 abr. 2022

DA SILVA ROQUE, T. *et al.* Liderança em enfermagem frente aos cuidados paliativos. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 5, 2020. DOI: <https://doi.org/10.33448/rsd-v9i5.3249> Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/3249> Acesso em: 21 abr. 2022

DE A. ROMANOWSKI, F. N.; DE CASTRO, M. B.; NERIS, N. W. **MANUAL DE TIPOS DE ESTUDO**. Anápolis. 2019. Disponível em: <http://repositorio.aee.edu.br/bitstream/aee/15586/1/MANUAL%20DE%20TIPOS%20DE%20ESTUDO.pdf> Acesso em: 31 maio 2022.

DE OLIVEIRA CONSOLIM, L. *et al.* Parte 5 – A Equipe Multiprofissional em Cuidados Paliativos. *In*: DE CARVALHO, R. T.; PARSONS, H. A. (Org.). **Manual de Cuidados Paliativos ANCP 2ª edição**. [s.l.] Niura Fernanda Souza, 2012. p. 333–366. Disponível em: <http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/05/Manual-de-cuidados-paliativos-ANCP.pdf> Acesso em: 05 out. 2022.

DOS SANTOS, A. F. J.; FERREIRA, E. A. L.; DO PRADO GUIRRO, Ú. B. **Atlas dos Cuidados Paliativos 2019 Brasil**. São Paulo: ANCP - Academia Nacional de Cuidados Paliativos, 2019. Disponível em: https://api-wordpress.paliativo.org.br/wp-content/uploads/2020/05/ATLAS_2019_final_compressed.pdf Acesso em: 03 set. 2022

DUARTE, N. L. *et al.* **ESCALA DE DESEMPENHO ZUBROD: AVALIAÇÃO FUNCIONAL DE PACIENTES ONCOLÓGICOS DE UM PROGRAMA DE INTERNAÇÃO DOMICILIAR INTERDISCIPLINAR.** Universidade Federal de Pelotas. [(s.d)] Disponível em: <https://www2.ufpel.edu.br/enpos/2011/anais/pdf/CS/CS_00101.pdf>. Acesso em: 28 set. 2022.

EDRAWMAX. **Framework Conceitual 101:** Um Guia Fácil. 2021. Disponível em: <<https://www.edrawsoft.com/pt/conceptual-framework.html>>. Acesso em: 31 maio. 2022.

FARMABRASILIS. **A ESCALA DE RESULTADOS OU DESEMPENHO DE KARNOFSKYCRITÉRIOS (%)**. [s.l: s.d.]. Disponível em: <https://www.farmabrasilis.org/dbarquivos/Karnofskyportugues_14831077.pdf>. Acesso em: 28 set. 2022.

GOMES, A. L. Z.; OTHERO, M. B. **Cuidados paliativos.** 2016. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/ea/a/gvDg7kRRbzdfXfr8CsvBbXL/?lang=pt#>>. Acesso em: 25 ago. 2022.

HOSPICE, V. **A Escala de Desempenho em Cuidados Paliativos versão 2 (EDCP v2).** 2009. Disponível em: <https://victoriahospice.org/wp-content/uploads/2019/07/pps_-_portuguese_brazilian_-_sample.pdf>. Acesso em: 28 set. 2022.

LIMA-COSTA, M. F.; BARRETO, S. M. **Tipos de estudos epidemiológicos: conceitos básicos e aplicações na área do envelhecimento.** Epidemiologia e Serviços de Saúde, p. 189–201, 2003. Disponível em: <http://scielo.iec.gov.br/pdf/ess/v12n4/v12n4a03.pdf> Acesso em: 29 maio 2022.

LUCIO, S. N. **ESTADIAMENTO DO CÂNCER.** INCA - Instituto Do Câncer Rio Preto. [(s.d.)]. Disponível em: <https://incariopreto.com.br/estadiamento-do-cancer/> Acesso em: 14 abr. 2022

MACIEL, M. G. S. Avaliação do paciente em Cuidados Paliativos. In: DE CARVALHO, R. T.; PARSONS, H. A. (Org.). **Manual de Cuidados Paliativos ANCP.** São Paulo: Niura Fernanda Souza, 2012. p. 31–41. Disponível em: <http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/05/Manual-de-cuidados-paliativos-ANCP.pdf> Acesso em: 14 abr. 2022.

MAIELLO, A. P. M. *et al.* **Manual de cuidados paliativos.** São Paulo: Ministério da Saúde; Hospital Sírio Libanês, 2020. Disponível em: <https://cuidadospaliativos.org/uploads/2020/12/Manual-Cuidados-Paliativos.pdf> Acesso em: 31 mar. 2022.

MATSUMOTO, D. Y. Cuidados Paliativos: conceito, fundamentos e princípios. In: DE CARVALHO, R. T.; PARSONS, H. A. (org.) **Manual de Cuidados Paliativos ANCP.** São Paulo: Niura Fernanda Souza, 2012. Disponível em: <http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/05/Manual-de-cuidados-paliativos-ANCP.pdf> Acesso em: 23 mar. 2022.

MAURIZ, P.; WIRTZBIKI, P. M.; CAMPOS, Ú. W. **Protocolo Cuidados Paliativos**. [s.l.] Instituto de Saúde e Gestão Hospitalar, 2014. Disponível em: https://www.isgh.org.br/intranet/images/Servicos/Protocolos/isgh_protoco_cuidado_paliativo.pdf Acesso em: 07 abr. 2022

MEMM, K.; ZEEH, J. Die Patientenverfügung: The living will. Advance directives for medical decisions. **MMW Fortschr Med**, p. 58–68, 2020. DOI: 10.1007/s15006-020-4508-3 Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7735186/> Acesso em: 14 abr. 2022

MONTEIRO, D. R. **Tradução e adaptação transcultural do instrumento Edmonton Symptom Assessment System para o uso em cuidados paliativos**. 2012. 81 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2012. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/49686> Acesso em: 20 jul. 2022;

MONTEIRO, D. R.; KRUSE, M. H. L.; ALMEIDA, M. A. Avaliação do instrumento *Edmonton Symptom Assessment System* em cuidados paliativos: revisão integrativa. **Rev. Gaúcha Enferm. (Online)** v. 31, n. 4, Porto Alegre, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472010000400024>. Acesso em: 20 jul. 2022.

PICOLLO, D. P.; FACHINI, M. A atenção do enfermeiro ao paciente em cuidado paliativo. **Revista de Ciências Médicas**, [S. l.], v. 27, n. 2, p. 85–92, 2019. DOI: 10.24220/2318-0897v27n2a3855. Disponível em: <https://periodicos.puc-campinas.edu.br/cienciasmedicas/article/view/3855>. Acesso em: 20 abr. 2022.

PIRES, R. **Saiba o que é um checklist (ou lista de verificação), para que serve e como fazer**. Rockcontent, 2019. Disponível em: <<https://rockcontent.com/br/blog/checklist/>>. Acesso em: 8 set. 2022

QUEIROZ, T. A. *et al.* CUIDADOS PALIATIVOS AO IDOSO NA TERAPIA INTENSIVA: OLHAR DA EQUIPE DE ENFERMAGEM. **Texto & Contexto - Enfermagem [online]**. 2018, v. 27, n. 1. DOI: <https://doi.org/10.1590/0104-07072018001420016> Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/WFzGhtvNyzHmq7xLffMD9pn/?lang=pt#> Acesso em: 19 Abr. 2022.

RODRIGUES, C. M. **CUIDADOS PALIATIVOS EM PACIENTES EM UM HOSPITAL GERAL: a percepção da equipe de enfermagem frente à terminalidade da vida**. POA: UFRGS, 2019. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/202202> Acesso em: 17 mar. 2022.

SANTANA, M. T. E. A. **Adaptação transcultural e validação semântica do instrumento NECPAL COMS-ICO® para a Língua Portuguesa**. 2018. Dissertação– Escola Paulista de Enfermagem, UFSP, São Paulo. Disponível em: <https://repositorio.unifesp.br/bitstream/handle/11600/52986/INSTRUMENTO%20NECPAL-BR.pdf?sequence=2&isAllowed=y>. Acesso em: 19 abr. 2022.

SENADO FEDERAL. **Projeto de Lei nº 883/2020**. Disponível em: <<https://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/1>>. Acesso em: 8 jun. 2022.

SILVA, S. I. M. **Acuidade prognóstica do Palliative Prognostic Index em doentes oncológicos admitidos numa Unidade de Cuidados Paliativos**. Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, 2020. Disponível em: <<https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/129204/2/418968.pdf>>. Acesso em: 3 set. 2022.

SOARES, R. **Resumo: Cuidados Paliativos**. Neuroliga Ufc Liga Acadêmica de Neurociências, 2020. Disponível em: <<https://www.sanarmed.com/resumo-cuidados-paliativos-ligas-2>>. Acesso em: 25 ago. 2022.

THE UNIVERSITY OF EDINBURGH. **Supportive and Palliative Care Indicators Tool (SPICT-BRTM)**. 2016. Disponível em: <<https://www.spict.org.uk/>>. Acesso em: 20 jul. 2022

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. Global Atlas of Palliative Care. 2. ed. London: **Worldwide Palliative Care Alliance**, 2020. Disponível em: <http://www.thewhpca.org/resources/global-atlas-on-end-of-life-care> Acesso em: 17 mar. 2022.

APÊNDICE A – QUADRO RESUMO REFERENTE AOS DOCUMENTOS ANALISADOS

Quadro 7: Síntese dos principais aspectos presentes nos documentos que tratam sobre Cuidados Paliativos

| Resolução/Projeto/Livro | Ano | Objeto | Objetivo | Conceitos relevantes | Diretrizes |
|--|------|--|--|---|---|
| 41 | 2018 | Dispor sobre as diretrizes para a organização dos cuidados paliativos, à luz dos cuidados continuados integrados, no âmbito Sistema Único de Saúde (SUS). | Os cuidados paliativos deverão fazer parte dos cuidados continuados integrados ofertados no âmbito da RAS (Rede de Atenção à Saúde). | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Será elegível para cuidados paliativos toda pessoa afetada por uma doença que ameace a vida, seja aguda ou crônica, a partir do diagnóstico desta condição. ✓ Princípios norteadores para a organização dos cuidados paliativos. ✓ Os CP deverão ser ofertados em qualquer ponto da rede de atenção à saúde. | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Assistência promovida por uma equipe multidisciplinar, que objetiva a melhoria da qualidade de vida do paciente e seus familiares, em qualquer doença que ameace a vida, por meio da prevenção e alívio do sofrimento, identificação precoce, avaliação impecável e tratamento de dor e demais sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais. |
| 883 | 2020 | Regulamentar em todo o território nacional, a prática de cuidados paliativos dirigidos a pessoas em fase terminal de vida nos serviços de saúde públicos e privados. | Respeitar a dignidade do paciente em fase terminal de vida e ao seu direito a uma morte digna e sem dor. | <ul style="list-style-type: none"> ✓ O médico deve esclarecer as modalidades terapêuticas para o tratamento e os resultados esperados. ✓ É assegurado ao paciente e seus familiares o direito de uma segunda opinião médica. ✓ A limitação ou suspensão dos cuidados deverá ser fundamentada e registrada em prontuário. ✓ O consentimento será dado por escrito, na presença de duas testemunhas, podendo ser retirado a qualquer momento. | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Os cuidados paliativos integrais serão providos preferencialmente por equipe multiprofissional no âmbito do serviço de saúde ou, por escolha do paciente ou de sua família, no domicílio, desde que não haja contraindicação médica e que seja demonstrada a capacidade de se garantirem as condições adequadas para o cuidado ao paciente. |
| Global Atlas Of Palliative Care | 2020 | É uma fonte de informações | Continuar a esclarecer a necessidade de | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Introdução: Por que os cuidados paliativos são uma questão de direitos humanos? | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Com o tempo, melhorias na prevenção, detecção precoce e tratamento alteram os tipos e a |

| | | | | | |
|--------------------------------------|------|--|---|---|--|
| | | essenciais sobre a situação dos cuidados paliativos em todo o mundo. | cuidados paliativos globalmente e fornecer informações úteis para aqueles que desejam aumentar o acesso. | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Quantos adultos e crianças precisam de cuidados paliativos em todo o mundo? ✓ Quais são as principais barreiras aos cuidados paliativos? Segue um modelo de saúde pública desenvolvido pela OMS que enfatiza políticas, educação, disponibilidade de medicamentos e implementação. | <p>distribuição das necessidades de cuidados paliativos para ambos falecidos e não falecidos.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ O sofrimento é relacionado à saúde quando está associado a doença ou lesão de qualquer natureza, e é moderado ou grave quando não pode ser aliviado sem a intervenção de um profissional de saúde e quando compromete o funcionamento físico, social ou emocional. ✓ Os cuidados paliativos devem ser focados no alívio do sofrimento grave relacionado à saúde ou doença que está associado a problemas graves de saúde ou ao fim da vida. ✓ Desenvolver diretrizes e ferramentas sobre cuidados paliativos integrados em todas as doenças grupos e níveis de atenção, abordando questões éticas relacionadas à prestação de cuidados paliativos integrais. |
| Manual de Cuidados Paliativos | 2020 | Evidenciar a literatura médica internacional e o que existe de oficial no Brasil de maneira prática, objetiva e compatível com a realidade do SUS. | Oferecer subsídios teóricos essenciais para que os profissionais de saúde possam se apropriar de pontos fundamentais dessa abordagem. | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Avaliação de prognóstico: considerações e instrumentos práticos ✓ Comunicação de más notícias: como abordar este desafio ✓ Cuidando de quem cuida: aprimorando o cuidado | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Visa a promoção da qualidade de vida de pacientes, juntamente com seus familiares, através de uma avaliação precoce e controle se sintomas físicos, sociais, emocionais e espirituais. ✓ A assistência é realizada por uma equipe multiprofissional durante o período do diagnóstico, adoecimento, finitude e luto. ✓ Para uma adequada prática desses cuidados paliativos, são necessários conhecimento e compreensão em reconhecer e |

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | responder as necessidades dos pacientes e dos familiares, através de uma visão ampla e transdisciplinar. |
|--|--|--|--|--|--|