

# Ficha de Distribuição

Data: 30/07/2024

Página: 1

## PRO-UICC-02-Diretriz Institucional Para Identificação E Manejo De Cuidados Paliativos

Documento




### Resumo

<i>Código:</i>	PRO-UICC-02
<i>Versão:</i>	4
<i>Categoria:</i>	PRO-Protocolo
<i>Elaborador:</i>	Isabela Braga de Castro
<i>Distribuidores:</i>	Aline de Conto; Isabela Braga de Castro
<i>Validade:</i>	28/06/2027
<i>Estrutura:</i>	Hospital / UICC - Unidade de Internação Clínica e Cirúrgica / PRO - Protocolo
<i>Tipo:</i>	DOCX/PDF
<i>Verificado:</i>	04/07/2024 Marlova Colombo
<i>Aprovado:</i>	10/07/2024 Tamara Brites; 16/07/2024 Francisca Nayara da Rosa Dourado
<i>Data Versão:</i>	16/07/2024
<i>Data Edição:</i>	28/06/2024
<i>Data Criação:</i>	02/10/2022
<i>Acessos:</i>	3
<i>Status:</i>	Disponível
<i>Tamanho:</i>	1.127.916,00
<i>Forma:</i>	REPOSITÓRIO
<i>Local:</i>	
<i>Disposição:</i>	
<i>Obra:</i>	3323

### Lista de Distribuição do Documento:

Destinatário	Nº da Cópia	Data de Impressão	Data de Entrega	Data de Recolhimento	Data de Extravio	Ass.
Silmara de Oliveira	1	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__	_____



	PROTOCOLO			PRO
	DIRETRIZ INSTITUCIONAL PARA IDENTIFICAÇÃO E MANEJO DE CUIDADOS PALIATIVOS			PRO-UICC-02
	Data de Emissão:	Data da Revisão:	Número da Revisão:	Página:
	02/10/2022	28/06/2024	04	1 de 12
APLICAÇÃO:	SERVIÇOS PRÓPRIOS			

## 1. OBJETIVO

Definir diretrizes para a prestação da assistência multidisciplinar em Cuidados Paliativos a pacientes adultos e pediátricos

## 2. DEFINIÇÕES

**Conferência familiar:** instrumento terapêutico utilizado em um momento de diálogo planejado entre: equipe, paciente, família. Visando compartilhamento de informações, esclarecimento de dúvidas acerca das preocupações em relação a diagnóstico e prognóstico.

**Cuidados Paliativos:** conjunto de ações que visa a melhorar a qualidade de vida do indivíduo durante o adoecimento dando a ele e seus familiares todo suporte necessário.

**Diretivas Antecipadas:** servem para que os indivíduos possam documentar expressamente seus desejos em relação a cuidados de saúde em casos de doença grave, degenerativa e sem possibilidade de cura.

**Doença ameaçadora de vida:** toda e qualquer doença que traga algum desconforto, morte ou declínio funcional ao longo do seu curso.

**Escores para avaliação de necessidades paliativas:** escalas utilizadas para avaliar as necessidades paliativas com evidências. A utilizada pelo nosso serviço é a NECPAL-BR validada no Brasil.

**Extubação paliativa:** é um procedimento que evita prolongar a morte, por meio da retirada de medidas invasivas respiratórias, como a intubação orotraqueal.

**Limitações terapêuticas:** é conceituada como a decisão de não estabelecer tratamento médico ou descontinuar o suporte avançado de vida é iniciado em pacientes em final de vida e sem possibilidade de cura.

**Processo ativo de morte:** horas ou dias que antecedem a morte.

**Sedação Paliativa:** é definida pelo uso de medicações sedativas para manejo do sofrimento secundário a sintomas refratários e intoleráveis, por meio da redução do nível de consciência.

**Terminalidade:** condição final no adoecimento do paciente. É o período compreendido entre a constatação do não benefício das medidas curativas e a morte.

**Trial:** definido como o tempo pré-definido para resposta de medidas ao paciente.

	<b>PROTOCOLO</b>			<b>PRO</b>
	<b>DIRETRIZ INSTITUCIONAL PARA IDENTIFICAÇÃO E MANEJO DE CUIDADOS PALIATIVOS</b>			<b>PRO-UICC-02</b>
	<b>Data de Emissão:</b>	<b>Data da Revisão:</b>	<b>Número da Revisão:</b>	<b>Página:</b>
	<b>02/10/2022</b>	<b>28/06/2024</b>	<b>04</b>	<b>2 de 12</b>
<b>APLICAÇÃO:</b>	<b>SERVIÇOS PRÓPRIOS</b>			

**Princípio da autonomia:** é a capacidade de autodeterminação de uma pessoa, ou seja, o quanto ela pode gerenciar sua própria vontade, livre da influência de outras pessoas. Logo, com devido empoderamento e informação, o indivíduo tem liberdade de decisão sobre questões relativas a seu corpo.


**Princípio da beneficência:** fazer o bem, maximizar benefício, desejar o melhor para o paciente, buscar restabelecer sua saúde, prevenir um agravo, ou promover a saúde. Oferecer o melhor tratamento ao seu paciente, tanto no que diz respeito à técnica quanto no que se refere ao reconhecimento das necessidades físicas, psicológicas ou sociais.

**Princípio da não maleficência:** evitar o mal, minimizar o prejuízo. Nunca infligir dano deliberado. Pesar a relação risco/benefício ao se tomar condutas, reduzindo os efeitos adversos ou indesejáveis das ações diagnósticas e terapêuticas.

### 3. DESCRIÇÃO DO PROCESSO

#### 3.1 Princípios Cuidados Paliativos:

- Promover o alívio da dor e outros sintomas desagradáveis;
- Afirmar a vida e considerar a morte como um processo normal da vida; não acelerar nem adiar a morte;
- Integrar os aspectos psicológicos e espirituais no cuidado ao paciente;
- Oferecer um sistema de suporte que possibilite o paciente viver tão ativamente quanto possível, até o momento da sua morte;
- Oferecer sistema de suporte para auxiliar os familiares durante a doença do paciente e a enfrentar o luto;
- Abordagem multiprofissional para focar as necessidades dos pacientes e seus familiares


	<b>PROTOCOLO</b>			<b>PRO</b>
	<b>DIRETRIZ INSTITUCIONAL PARA IDENTIFICAÇÃO E MANEJO DE CUIDADOS PALIATIVOS</b>			<b>PRO-UI CC-02</b>
	<b>Data de Emissão:</b>	<b>Data da Revisão:</b>	<b>Número da Revisão:</b>	<b>Página:</b>
	<b>02/10/2022</b>	<b>17/11/2022</b>	02	<b>3 de 12</b>
<b>APLICAÇÃO:</b>	<b>SERVIÇOS PRÓPRIOS</b>			

incluindo acompanhamento no luto;

- Melhorar a qualidade de vida e influenciar positivamente o curso da doença;
- Deve ser iniciado o mais precocemente possível, com outras medidas de prolongamento da vida, como a quimioterapia e a radioterapia e incluir todas as investigações necessárias para melhor compreender e controlar situações clínicas estressantes;

### 3.2 Critérios de elegibilidade para Cuidados Paliativos Adulto

Doença de base	Observações
<b>Doenças Oncológicas</b>	Qualquer paciente com câncer metastático.
<b>Doenças Cardíacas</b>	Classe funcional NYHA Refratariedade ao tratamento otimizado, incluindo vasodilatadores - Outros fatores de mau prognóstico: arritmia sintomática resistente, história de parada cardíaca, embolia cardiogênica, história de acidente vascular cerebral.
<b>Doenças Pulmonares</b>	Dispnéia incapacitante VEF1 < 30% Cor pulmonale  Hipoxemia em oxigenioterapia com retenção de CO <sub>2</sub> Perda de peso não intencional
<b>Síndromes Demenciais ou de Fragilidades</b>	Incapacidade de andar (restrito ao leito ou cadeira) Dependência considerável ou completa para atividades de vida diária. Múltiplas lesões por pressão (Úlcera de Kenedy) Incontinências Impossibilidade de comunicação (menos de seis palavras inteligíveis) Comprometimento nutricional a despeito de suporte adequado Albumina sérica < 2,5 mg/dL Visitas frequentes à emergência por sintomas de descompensação clínica.
<b>Acidente Vascular Cerebral – Fase Aguda</b>	Paciente comatoso, com, pelo menos, um dos seguintes critérios (a partir do 3º dia de coma): a) Respostas de tronco cerebral anormais b) Resposta verbal anormal c) Ausência de retirada a estímulo doloroso – Creatinina sérica > 1,5 mg/dL
<b>Acidente Vascular Cerebral – Fase Crônica</b>	Baixo status funcional PPS < 40%) Inabilidade de manter hidratação e oferta calórica com, pelo menos, um dos seguintes: a) Perda de peso >10% nos últimos 6 meses ou >7,5% nos últimos 3 meses b) Albumina sérica < 2,5 g/dL c) História atual de pneumonia aspirativa não responsiva a intervenções de fonoterapia d) Disfagia severa a ponto de impedir o paciente de receber fluidos ou alimentação necessários para sustentar a vida (sem receber nutrição ou hidratação artificial)/ Pneumonia aspirativa; Declínio funcional progressivo nos últimos 12 meses com complicações médicas frequentes.
<b>Doenças Renais</b>	Recusa de transplante renal ou procedimento dialítico

	<b>PROTOCOLO</b>			<b>PRO</b>
	<b>DIRETRIZ INSTITUCIONAL PARA IDENTIFICAÇÃO E MANEJO DE CUIDADOS PALIATIVOS</b>			<b>PRO-UI CC-02</b>
	Data de Emissão:	Data da Revisão:	Número da Revisão:	Página:
	<b>02/10/2022</b>	<b>17/11/2022</b>	02	<b>4 de 12</b>
<b>APLICAÇÃO:</b>	<b>SERVIÇOS PRÓPRIOS</b>			


	<p>Clearance de creatinina &lt;15ml/min Creatinina sérica &gt; 8 mg/dl (6 mg/dl se DM tipo II)</p>
<p><b>Pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva</b></p>	<p>Admissão de paciente portador de uma ou mais condições crônicas limitantes, proveniente de instituições de longa permanência Tempo prolongado de ventilação mecânica ou falhas repetidas nas tentativas de desmame Falência múltipla de órgãos Câncer metastático Encefalopatia anóxica Sofrimento familiar que comprometa a tomada de decisões</p>

### 3.3 Critérios de elegibilidade para Cuidados Paliativos Pediátrico

Doença de base	Observações
<p><b>Doenças em que o tratamento curativo é possível, mas pode falhar</b></p>	<p>Doenças oncológicas progressivas, avançadas ou com prognóstico reservado. Doenças cardíacas complexas, congênicas ou adquirida.</p>
<p><b>Doenças em que a morte prematura pode ser esperada, mas o tratamento clínico integrado pode prolongar a vida com qualidade</b></p>	<p>Fibrose cística Infecção pelo HIV/SIDA Desordens gastrintestinais importantes ou malformações (ex.: gastroquise) Epidermólise bolhosa severa Imunodeficiências severas Falência renal quando a diálise ou o transplante não estão disponíveis ou indicados. Insuficiência respiratória crônica ou intensa. Distrofia muscular.</p>
<p><b>Doenças progressivas em que o tratamento é exclusivamente paliativo e pode se estender por anos</b></p>	<p>Mucopolissacaridoses Outras doenças de depósito Doenças metabólicas progressivas Anormalidades cromossômicas Osteogênese imperfeita</p>
<p><b>Condições como deficiências neurológicas que, embora não sejam progressivas, induzem a vulnerabilidade e complicações que podem levar à morte prematura</b></p>	<p>Paralisia cerebral severa com infecções recorrentes Sequela neurológica de doença infecciosa Hipóxia/anóxia com lesão cerebral Holoprosencefalia ou outra importante malformação cerebral</p>

### 3.4 Avaliação Paciente:

- A avaliação e abordagem precoce deverá ser realizada pela equipe médica responsável pelo paciente;
- A definição por abordagem paliativa deverá ser discutida em round interdisciplinar das unidades. Recomenda-se utilizar as escalas padronizadas (ANEXO 01) para avaliação das necessidades paliativas (PPS - Palliative Performance Scale, ESAS - Edmonton Symptom Assessment System, e NECPAL-BR);

	<b>PROTOCOLO</b>			<b>PRO</b>
	<b>DIRETRIZ INSTITUCIONAL PARA IDENTIFICAÇÃO E MANEJO DE CUIDADOS PALIATIVOS</b>			<b>PRO-UI CC-02</b>
	<b>Data de Emissão:</b>	<b>Data da Revisão:</b>	<b>Número da Revisão:</b>	<b>Página:</b>
	<b>02/10/2022</b>	<b>17/11/2022</b>	02	<b>5 de 12</b>
<b>APLICAÇÃO:</b>	<b>SERVIÇOS PRÓPRIOS</b>			


- Identificada a indicação de cuidados paliativo, o médico assistente deverá solicitar parecer médico para a equipe de cuidados paliativos. A enfermeira do setor encaminhará uma mensagem e/ou ligação para um dos membros da equipe;
- A equipe de cuidados paliativos prestará o primeiro atendimento em até 24h da solicitação, podendo essa ser realizada por qualquer membro da equipe.

Os profissionais a acompanharem cada paciente serão definidos conforme a demanda do paciente;

- Um plano de cuidado será descrito pela equipe, registrado em prontuário e discutido com a equipe do setor no qual o paciente se encontra, bem como com o médico assistente;
- Mudanças na prescrição poderão ser realizadas, sempre em acordo com a equipe assistente;
- Os pacientes permanecerão sob os cuidados do seu médico assistente e conforme necessidade acompanhados pela equipe de cuidados paliativos, podendo haver a possibilidade de avaliação única;
- Desta avaliação inicial poderá ser realizada a conferência familiar.

### 3.5 Conferência familiar

- Deverá ser agendada o mais breve possível, a partir da 1ª avaliação pela equipe responsável pelo paciente;
- Realizar a conferência familiar com no mínimo 02 membros da equipe, mas nunca ultrapassando o número total de familiares e pacientes;
- Utilizar a metodologia SPIKES (ANEXO 02) para realizar a comunicação de notícias difíceis. Registrar no PEP o plano definido após a conferência familiar, deixando claro os familiares e cuidadores presentes.


	<b>PROTOCOLO</b>			<b>PRO</b>
	<b>DIRETRIZ INSTITUCIONAL PARA IDENTIFICAÇÃO E MANEJO DE CUIDADOS PALIATIVOS</b>			<b>PRO-UI CC-02</b>
	Data de Emissão:	Data da Revisão:	Número da Revisão:	Página:
	<b>02/10/2022</b>	<b>17/11/2022</b>	02	<b>6 de 12</b>
<b>APLICAÇÃO:</b>	<b>SERVIÇOS PRÓPRIOS</b>			

### 3.6 Planejamento terapêutico Multidisciplinar:

Estratificação do Plano de Cuidados	Observações	Condutas / Recomendações que devem estar registradas na Nota Clínica
<b>Cuidado paliativo precoce (paciente portador de doença que ameaça sua vida e apresenta bom status funcional (KPS ou PPS &gt;60%):</b>	<p>Nesse momento é improvável que a morte ocorra em decorrência de sua doença de base.</p> <p>A prioridade é o tratamento curativo ou restaurativo, utilizando os princípios da beneficência e autonomia.</p> <p>Prognóstico estimado em semanas a meses.</p>	<p>Em caso de instabilidade clínica aguda, <i>deve ser encaminhado para UTI e receber suporte avançado de vida em caso de PCR.</i></p>
<b>Cuidado paliativo complementar</b> (O paciente é portador de doença que ameaça sua vida e apresenta status funcional intermediário (KPS ou PPS entre 40-60%).)	<p>Nesse momento é improvável que o paciente possa responder de maneira completa ou satisfatória ao tratamento curativo.</p> <p>No entanto, pode se beneficiar de procedimentos ou tratamentos invasivos que proporcionem melhora de sintomas e qualidade de vida, respeitando o desejo do paciente ou de seus representantes legais.</p> <p>Prognóstico estimado em semanas a meses.</p>	<p>Em caso de instabilidade clínica aguda, <i>a transferência para UTI deve ser ponderada</i>, levando-se em consideração as condições potencialmente reversíveis, podendo ser definido limite de esforço terapêutico.</p>
<b>Cuidado paliativo predominante</b> (O paciente é portador de doença que ameaça a vida e apresenta baixo status funcional (KPS ou PPS <40%), sendo identificados critérios de irreversibilidade da doença de base)	<p>Todas as ações devem buscar a melhor qualidade de vida possível e o controle de sintomas desconfortáveis (tratamento de infecções, correção de distúrbios hidroeletrólíticos, analgesia, etc.), utilizando os princípios da autonomia e não maleficência.</p> <p>Prognóstico estimado em dias a algumas semanas</p>	<p><i>Não adicionar ou manter terapias fúteis (avaliar extubação paliativa)</i></p> <p><i>Não deve ser encaminhado para UTI.</i></p>
<b>Cuidado paliativo exclusivo (Cuidados de fim de vida)</b> O paciente é portador de doença que ameaça a vida, com baixo status funcional (KPS ou PPS <10%) e declínio rápido e irreversível do estado geral.	<p>Esta piora acentuada pode ser evidenciada pelo comprometimento do nível da consciência e instabilidade cardiopulmonar.</p> <p>Prognóstico estimado em horas a poucos dias.</p>	<p><i>Suspender todas as terapias fúteis</i> (Higiene da Prescrição Médica), focando exclusivamente no controle de sintomas.</p> <p><i>Não deve ser encaminhado para UTI.</i></p>

### 3.7 Controle de Sintomas:



	<b>PROTOCOLO</b>			<b>PRO</b>
	<b>DIRETRIZ INSTITUCIONAL PARA IDENTIFICAÇÃO E MANEJO DE CUIDADOS PALIATIVOS</b>			<b>PRO-UI CC-02</b>
	Data de Emissão:	Data da Revisão:	Número da Revisão:	Página:
	<b>02/10/2022</b>	<b>17/11/2022</b>	02	<b>7 de 12</b>
<b>APLICAÇÃO:</b>	<b>SERVIÇOS PRÓPRIOS</b>			

Sintoma	Tratamento	Medicações
<b>Dispneia</b>	Reabilitação pulmonar, técnicas de relaxamento, oxigenioterapia se hipoxêmico, ventilação não invasiva, controle de volemia	<b>Opioides</b> <b>Morfina SC ou IV:</b> 2 a 4 mg <b>Morfina VO/SNE:</b> <b>Benzodiazepínico</b> Se ansiedade associada: <b>Midazolam IV ou SC:</b> infusão contínua de solução 1 mg/ml na dose de 5 a 10 mg/h;
		<b>Clonazepam VO/SNE:</b> <b>Diazepam VO/SNE:</b> 5 a 10 mg 8/8 h
<b>Soluço</b>	Medidas não farmacológicas como: elevação da cabeceira, medidas para controle do refluxo gastroesofágico.	<b>Metoclopramida IV, VO, SNE:</b> 10 mg 6/6h  <b>Clorpromazina IV:</b> 10 a 25 mg 6/6 h (atentar para intoxicação)
<b>Dor</b>	Abordagem farmacológica, Fisioterapia, ajuste de posicionamento, apoio familiar, avaliar pontuação de dor na escala analógica quando responsivo.	<b>Dor leve</b> Dipirona IV, VO, SNE: Paracetamol 750 mg 6/6 h <b>Dor Moderada</b> Tramadol IV, SC, VO, SNE: 50 a 100 mg 8/8 h ou 6/6 h Codeína VO, SNE: 30 mg 6/6 h <b>Dor forte ou refratária</b> Morfina VO/SNE: iniciar com dose mínima de 5 mg em doses de 4/4h. Aumentar conforme necessidade do paciente até atingir controle da dor. Adjuvantes: Baclofeno VO/SNE: 10 mg 6/6 h Amitriptilina VO/SNE: 25 mg 12/12 h (podendo-se aumentar 25mg por dose até dose máxima de 150mg) Carbamazepina VO/SNE: 200 mg 12/12 h Outros adjuvantes: Gabapentina, Em alguns pacientes considerar uso de AINES (ibuprofeno, cetoprofeno, diclofenaco)
<b>Constipação</b>	Estimular ida ao banheiro, dieta laxativa	Lactulose VO/SNE: 20 a 45 ml 8/8h; Bisacodil VO: 5 mg até de 6/6h Picossulfato sódico: 10 a 15gts até de 6/6h Enema Glicerinado 12% via retal
<b>Náuseas/ Vômito</b>	Elevação de cabeceira, ações para refluxo gástrico	Metoclopramida IV, VO/SNE: 10 a 20 mg 6/6h Bromoprida IV, VO/SNE: 10 mg 8/8 h Haloperidol IV, SC, VO/SNE: 1 a 2 mg 6/6 h Ondansetrona IV, SC, VO/SNE: 4 a 8 mg 8/8h Dimenidrato 50 a 100mg de 8/8h (não exceder 400mg/dia) Considerar em alguns pacientes doses baixas de corticoide (Dexametasona 4mg 8/8h)
<b>Agitação/ Delirium</b>	Medidas para delirium, abrir cortinas durante dia, não acordar durante a noite, visita estendida	Haloperidol IV, SC, VO/SNE: 1 a 5 mg 6/6 h Quetiapina VO/SNE: 25 a 100 mg 8/8 h  Risperidona VO/SNE: 2 a 4 mg 12/12 h Em todos: atentar risco de intoxicação


	<b>PROTOCOLO</b>			<b>PRO</b>
	<b>DIRETRIZ INSTITUCIONAL PARA IDENTIFICAÇÃO E MANEJO DE CUIDADOS PALIATIVOS</b>			<b>PRO-UI CC-02</b>
	Data de Emissão:	Data da Revisão:	Número da Revisão:	Página:
	<b>02/10/2022</b>	<b>28/06/2024</b>	<b>04</b>	<b>8 de 11</b>
<b>APLICAÇÃO:</b>	<b>SERVIÇOS PRÓPRIOS</b>			

### 3.4 Suporte ao Luto:

- Realizado através da oferta da Estratégia Terapêutica de Grupo, proporcionando suporte psicológico aos familiares enlutados através da ferramenta terapêutica coletiva, promovendo acolhimento, espaço de escuta e oportunizando a elaboração do luto a partir de trocas de experiências e memórias entre os participantes com devida intervenção do mediador psicólogo.

#### Anexo 01 – Escalas Utilizadas na Avaliação de performance e sintomas Escala de Performance Paliativa-PPS

Tabela 2 – Escala de Performance Paliativa (PPS)					
%	Deambulação	Atividade e evidência da doença	Auto-cuidado	Ingestão	Nível da Consciência
100	Completa	Normal; sem evidência de doença	Completo	Normal	Completa
90	Completa	Normal; alguma evidência de doença	Completo	Normal	Completa
80	Completa	Com esforço; alguma evidência de doença	Completo	Normal	Completa
70	Reduzida	Incapaz para o Trabalho; alguma evidência de doença	Completo	Normal ou reduzida	Completa
60	Reduzida	Incapaz de realizar hobbies; doença significativa	Assistência ocasional	Normal ou reduzida	Períodos de confusão ou completa
50	Sentado ou deitado	Incapacitado para qualquer trabalho; doença extensa	Assistência Considerável	Normal ou reduzida	Períodos de confusão ou completa
40	Acamado	Idem	Assistência quase completa	Normal ou reduzida	Períodos de confusão ou completa
30	Acamado	Idem	Dependência Completa	Reduzida	Períodos de confusão ou completa
20	Acamado	Idem	Idem	Ingestão limitada a colheradas	Períodos de confusão ou completa
10	Acamado	Idem	idem	Cuidados com a boca	Confuso ou em coma
0	Morte	–	–	–	–

	<b>PROTOCOLO</b>			<b>PRO</b>
	<b>DIRETRIZ INSTITUCIONAL PARA IDENTIFICAÇÃO E MANEJO DE CUIDADOS PALIATIVOS</b>			<b>PRO-UI CC-02</b>
	<b>Data de Emissão:</b>	<b>Data da Revisão:</b>	<b>Número da Revisão:</b>	<b>Página:</b>
	<b>02/10/2022</b>	<b>28/06/2024</b>	<b>04</b>	<b>9 de 11</b>
<b>APLICAÇÃO:</b>	<b>SERVIÇOS PRÓPRIOS</b>			

### ESAS - Edmonton Symptom Assessment System

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


### Escala de Necessidades Paliativas - 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: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

<b>Pergunta surpresa</b>	Você ficaria surpreso se este paciente morresse ao longo do próximo ano?	[ ] Sim [ ] Não
<b>Demanda ou necessidade</b>	Demanda: Tem havido alguma manifestação explícita ou implícita, de limitação de esforço terapêutico ou pedido de atenção paliativa por parte do(a) paciente, sua família ou membros da equipe?	[ ] Sim [ ] Não
	Necessidade: Identificada por profissionais da equipe de saúde.	[ ] Sim [ ] Não
<b>Indicadores clínicos gerais:</b> nos últimos 6 meses - Graves, persistentes, progressivos, não relacionados com processo intercorrente recente. - Combinar gravidade COM progressão	Declínio nutricional	Perda de peso >10% [ ] Sim [ ] Não
	Declínio funcional	• Piora do Karnofsky ou Barthel > 30% • Perda de mais que duas ABVDs [ ] Sim [ ] Não
	Declínio cognitivo	Perda ≥ 5 minimental ou ≥ 3 Pfeiffer [ ] Sim [ ] Não
<b>Dependência grave</b>	Karnofsky < 50 ou Barthel < 20	[ ] Sim [ ] Não
<b>Síndromes geriátricas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Lesão por pressão</li> <li>Infeções de repetição</li> <li>Delirium</li> <li>Disfagia</li> <li>Quedas</li> </ul>	Dados clínicos de anamnese ≥ 2 recorrentes ou persistentes [ ] Sim [ ] Não
<b>Sintomas persistentes</b>	Dor, cansaço, náusea, depressão, ansiedade, sonolência, inapetência, mal-estar, dispnéia e insônia.	≥ 2 sintomas (ESAS) recorrentes ou persistentes [ ] Sim [ ] Não
<b>Aspectos psicossociais</b>	Sofrimento emocional ou transtorno adaptativo grave	deteção de mal-estar emocional (DME >9) [ ] Sim [ ] Não
	Vulnerabilidade social grave	avaliação social e familiar [ ] Sim [ ] Não
<b>Multi-morbidade</b>	≥ 2 doenças ou condições crônicas avançadas (da lista de indicadores específicos em anexo)	[ ] Sim [ ] Não
<b>Uso de recursos</b>	Avaliação da demanda ou intensidade de intervenções	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mais que duas admissões urgentes (não programadas) em seis meses</li> <li>Aumento da demanda ou intensidade das intervenções (cuidado domiciliar, intervenções de enfermagem)</li> </ul>
<b>Indicadores específicos</b>	Câncer, DPOC, ICC, insuficiência hepática, insuficiência renal, AVC, demência, doenças neurodegenerativas, SIDA e outras doenças avançadas.	• Em anexo*: avaliação dos critérios de gravidade e progressão [ ] Sim [ ] Não

	<b>PROTOCOLO</b>			<b>PRO</b>
	<b>DIRETRIZ INSTITUCIONAL PARA IDENTIFICAÇÃO E MANEJO DE CUIDADOS PALIATIVOS</b>			<b>PRO-UI CC-02</b>
	<b>Data de Emissão:</b>	<b>Data da Revisão:</b>	<b>Número da Revisão:</b>	<b>Página:</b>
	<b>02/10/2022</b>	<b>28/06/2024</b>	<b>04</b>	<b>10 de 11</b>
<b>APLICAÇÃO:</b>	<b>SERVIÇOS PRÓPRIOS</b>			

**Anexo 02 - Protocolo SPIKES para fornecimaneto de notícias difíceis**

- S** *Setting up – “sentar”*: Refere-se à preparação do médico, do paciente e do espaço físico para o evento. Você tem que se planejar, ver um dia bom, preparar um ambiente tranquilo, fechar a porta, convidar o paciente a se sentar. Você pode perguntar para o paciente se ele deseja chamar alguém, e se quer saber a notícia por você, por exemplo.
- P** *Perception – “percepção”*: Verifica até que ponto o paciente tem consciência de seu estado. Você pode perguntar se ele sabe da gravidade do quadro, o que ele sabe sobre a sua doença e sobre a sua situação. Sempre corrija mal-entendidos.
- I** *Invitation – “invitar”*: Convidar o paciente a procurar entender o quanto o paciente deseja saber sobre sua doença, se ele quer detalhes ou um esboço. Como ele está se sentindo, quais as suas expectativas.
- K** *Knowledge – “conhecimento” da informação*: Será a transmissão da informação propriamente dita. Neste ponto, são ressaltadas algumas recomendações, como: utilizar frases introdutórias que indiquem ao paciente que más notícias virão; não fazê-lo de forma brusca ou usar palavras técnicas em excesso; você pode dizer: “eu tenho más notícias, não são as que eu gostaria de dar, mas vou explicar do melhor jeito pra gente poder organizar estratégias dos nossos próximos passos”.
- E** *Emotions – “emoções”*: É reservado para responder empaticamente à reação demonstrada pelo paciente. Deixar o paciente absorver a notícia. Oferecer uma água ou um lenço é uma boa ideia. Dizer que você está ao lado dele, que entende sua dor.
- S** *Strategy and Summary*: Diminui a ansiedade do paciente ao lhe revelar o plano terapêutico e o que pode vir a acontecer. Perguntar se o paciente tem dúvidas, se quer chamar alguém ou se quer ajuda para contar à família.

	<b>PROTOCOLO</b>			<b>PRO</b>
	<b>DIRETRIZ INSTITUCIONAL PARA IDENTIFICAÇÃO E MANEJO DE CUIDADOS PALIATIVOS</b>			<b>PRO-UI CC-02</b>
	Data de Emissão:	Data da Revisão:	Número da Revisão:	Página:
	<b>02/10/2022</b>	<b>28/06/2024</b>	<b>04</b>	<b>11 de 11</b>
<b>APLICAÇÃO:</b>	<b>SERVIÇOS PRÓPRIOS</b>			

#### 4. INDICADORES

Não se aplica

#### 5. DOCUMENTOS COMPLEMENTARES

Coelho CB, Yankaskas JR. New concepts in palliative care in the intensive care unit. Rev Bras Ter Intensiva. 2017;29(2): 222-230.

Coradazzi AL, Santana MTEA, Caponero R. Cuidados paliativos: diretrizes para as melhores práticas, 2019: Extubação paliativa. 193-202

Kostakou E, Rovina N, Kyriakopoulou M, et al. Critically ill cancer patient in intensive care unit: issues that arise. J Crit Care. 2014;29(5): 817-22.

Moritz RD, Lago PM, Souza RP, et al. End of life and palliative care in intensive care unit. Rev Bras Ter Intensiva. 2008;20(4): 422-8.

Cook D, Rocker G. Dying with dignity in the intensive care unit. N Engl J Med. 2014;370(26): 2506-14. Soares M. End of life care in Brazil: the long and winding road. Crit Care. 2011;15(1):110.

Manual de Cuidados Paliativos ANCP. 2a ed. São Paulo: Academia Nacional de Cuidados Paliativos; 2012. p. 439-49.

Moritz RD. Cuidados paliativos em unidades de terapia intensiva. São Paulo: Associação de Medicina Intensiva Brasileira. Ateneu. 2012.

Ferreira KASL, Santos AC. Hipodermóclise e administração de medicamentos subcutâneos: uma técnica do passado com futuro. EBSERB Prática hospitalar. 2009; XI (65):109-114.

Limitação terapêutica em oncologia pediátrica Psicol Argum. 2021jan./mar., 39(103),177-198

Protocolo de Cuidados Paliativos. ISGH. 1a ed. São Paulo: Instituto de saúde e gestão hospitalar; 2014.

#### 5. REGISTRAR

Não se aplica.

