



UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE  
CENTRO UNIVERSITÁRIO DE RIO DAS OSTRAS  
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

## PROTOCOLO DE IMPLEMENTAÇÃO DE CUIDADOS PALIATIVOS

AUTOR(ES):

JANAINA LUIZA DOS SANTOS

(ORIENTADORA)

NATHALIA RODRIGUES BATISTA

(ORIENTANDA)

## SUMÁRIO

### **1. Introdução, p. 3**

1.1 Conceitos, fundamentos e princípios, p. 3

1.2 Descrição da rede do município do interior do Rio de Janeiro, p. 4

1.3 Objetivo, p. 4

1.4 Objetivos específicos, p. 4

### **2. Protocolo de atuação multiprofissional, p. 5**

2.1 Entrada do paciente no pronto atendimento, p. 5

2.1.1 Acolhimento, p. 5

2.1.2 Triagem com classificação de risco, p. 5

2.1.3 Cuidados Paliativos Proporcionais na emergência, p. 7

2.1.4 Elegibilidade para Cuidados Paliativos, p. 9

2.1.5 Atendimento, p. 9

### **3. Referências, p. 12**

# 1. INTRODUÇÃO

## 1.1 Conceitos, fundamentos e princípios

Os cuidados paliativos são uma abordagem de saúde centrada no paciente/família/cuidador e na gestão de sintomas desconfortáveis, ao mesmo tempo que incorporam práticas psicossociais e espirituais de acordo com as necessidades, valores, crenças e culturas dos envolvidos. Os objetivos são antecipar os cuidados, prevenir e reduzir o sofrimento e promover enfrentamentos adaptativos, dirigidos a indivíduos de todas faixas etárias em toda trajetória da doença e são válidos em todos os cenários de assistência à saúde, sempre visando integralidade, universalidade e equidade nos cuidados prestados (Radbruch L, et al. 2020).

Visam melhorar a qualidade de vida de pacientes e suas famílias diante de doenças graves, crônicas e potencialmente fatais, cuja identificação precoce e tratamento adequado da dor e de outros problemas físicos, psicossociais e espirituais. Essa abordagem requer uma visão ampla e respeitosa da vida do paciente, considerando seu sofrimento e o de seus familiares desse modo, o Cuidado Paliativo(CP) é estruturado em uma abordagem interdisciplinar, aproveitando o melhor de múltiplos conhecimentos profissionais para abarcar todas as áreas da vida(COELHO, 2023)

No Brasil, estima-se que entre 1 e 2% da população atendida na atenção primária está nos estágios finais de suas vidas, com uma proporção aumentada para 30% entre os pacientes hospitalizados o que sugere que entre 2 e 4 milhões de brasileiros necessitem de cuidados paliativos, o que suscita discussões acerca da melhor forma de prover e abordar esses cuidados. (ZENI, 2023; LACERDA, 2023)

Dado o exposto, os princípios emergidos desses fundamentos são:

Quadro 1-Princípios de CP.

1. Promover o alívio da dor e outros sintomas desagradáveis
2. Afirmar a vida e considerar a morte como um processo normal da vida
3. Não acelerar nem adiar a morte
4. Integrar os aspectos psicológicos e espirituais no cuidado ao paciente

5. Oferecer um sistema de suporte que possibilite o paciente viver tão ativamente quanto possível, até o momento da sua morte
6. Oferecer sistema de suporte para auxiliar os familiares durante a doença do paciente e a enfrentar o luto
7. Abordagem multiprofissional para focar as necessidades dos pacientes e seus familiares, incluindo acompanhamento no luto
8. Melhorar a qualidade de vida e influenciar positivamente o curso da doença
9. Deve ser iniciado o mais precocemente possível, juntamente 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

Fonte: COELHO, 2023.

## **1.2 DESCRIÇÃO DA REDE DO MUNICÍPIO DO INTERIOR DO RIO DE JANEIRO**

Para ter acesso a descrição e fluxograma da rede de saúde do município de Carapebus, para maiores contextualizações, acesse o link: [https://docs.google.com/document/d/1kzw2c9iMk9uQr89qruMUFbhEM7RydBws/edit?usp=drive\\_link&oid=102370975879165887761&rtpof=true&sd=true](https://docs.google.com/document/d/1kzw2c9iMk9uQr89qruMUFbhEM7RydBws/edit?usp=drive_link&oid=102370975879165887761&rtpof=true&sd=true)

### **1.3 Objetivo**

O objetivo desse protocolo é instrumentalizar os profissionais que atuam no hospital de pequeno porte para atuarem em cuidados paliativos.

### **1.4 Objetivos específicos**

- 1- Realizar o acolhimento dos pacientes em cuidados paliativos
- 2 - Em caso de necessidade realizar a elegibilidade de pacientes para cuidados paliativos.
- 3 - Referenciar ou contra-referenciar os pacientes em cuidados paliativos para a rede hierarquizada.

## **2 PROTOCOLO DE ATUAÇÃO MULTIPROFISSIONAL**

### **2.1 ENTRADA DO PACIENTE NO PRONTO ATENDIMENTO**

Na porta de entrada no Pronto Atendimento são realizados procedimentos para identificação do paciente quanto a sua condição documental e quanto à sua condição de saúde, sendo baseados em protocolos já consagrados como o de Manchester e na política de humanização do SUS instituídos no início dos anos 2000. Para a realização do atendimento do paciente há algumas etapas a serem realizadas, as quais serão explicadas na sequência.

#### **2.1.1 Acolhimento**

O acolhimento já começa na recepção onde o paciente é admitido na unidade, fazendo com que os profissionais da recepção sejam de grande importância ao tratar esse paciente que chega procurando ajuda, sendo necessário acolhê-lo de forma humanizada.

Nesta etapa realiza-se a coleta de dados de identificação do paciente e solicita-se a documentação necessária, ouvindo-lhe atentamente e com respeito, é muito importante não deixar o paciente sem resposta para promover integralidade, universalidade e equidade.

Após o acolhimento ele deve ser encaminhado para um ambiente adequado para aguardar a triagem e a classificação de risco com profissional adequado.

#### **2.1.2 Triagem com classificação de risco**

A fase de triagem deve ser realizada segundo queixas, sinais e sintomas, apresentados pelos pacientes assim que chegam na unidade, este processo deve ser realizado por um profissional de saúde, de nível superior, geralmente feita pelo enfermeiro, de preferência com formação adequada em unidades de urgência e emergência. esta etapa que tem como objetivo central a avaliação do grau das queixas dos pacientes, para alocá-los em ordem de prioridade de atendimento (classificação de risco) (BRASIL, 2002).

A ferramenta de classificação de risco a ser utilizada é o protocolo de Manchester ou adaptações da mesma.

Neste momento o paciente poderá ser classificado como urgência ou emergência, recebendo codificação por cores, esta mesma escala pode ser utilizada para implementar a política nacional de cuidados paliativos (MS, 2024) como segue a sugestão abaixo:

**Vermelho — Emergência. Requer atendimento imediato.**

Sabendo-se o histórico do paciente, e este em acompanhamento paliativo, procede-se com cuidados de conforto, estabilização e quando possível a participação do familiar no processo, sempre cumprindo as ordens da carta antecipada de vontade do paciente como por exemplo Ordem de Não reanimação (ONR), não entubação ou não transfusão sanguínea.

Histórico desconhecido, porém evidenciado doença ou acometimento ameaçadores da vida, precede-se com cuidados de conforto, estabilização e quando possível a participação do familiar no processo de morrer, um profissional de nível superior passa a escala Palliative Care Screening Tool (PCST) junto ao familiar, ou com o paciente se ele estiver lúcido em condições de responder.

**Laranja — Muito urgente. Atendimento nos próximos 10 minutos. ...**

Mantém-se o mesmo procedimento da classificação vermelha.

**Amarelo — Urgente. Atendimento em até 60 minutos.**

**Histórico conhecido:** Sabendo-se o histórico do paciente, e este em acompanhamento paliativo, procede-se com cuidados de conforto, estabilização e a participação do familiar no processo, sempre cumprindo as ordens da carta antecipada de vontade do paciente como por exemplo Ordem de Não reanimação (ONR), não entubação ou não transfusão sanguínea. Para este grupo há a possibilidade de aplicar a escala Palliative Performance Scale (PPS) anexo 1, para avaliar seu nível de dependência e a Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton (EASE) anexo 2 para avaliar seu nível de dor e outros sintomas comuns no intervalo de tempo de espera de 60 minutos.

**Histórico desconhecido:** Paciente evidenciando doença ou acometimento ameaçadores da vida, precede-se com cuidados de conforto, estabilização e quando possível a participação do familiar no processo de morrer. um profissional de nível superior passa a escala Palliative Care Screening Tool

(PCST) junto ao familiar, ou com o paciente se ele estiver lúcido em condições de responder.

### **Verde — Pouco urgente. Atendimento em 120 minutos.**

**Histórico conhecido:** Sabendo-se o histórico do paciente, e este em acompanhamento paliativo, procede-se com cuidados de conforto, estabilização e a participação do familiar no processo, sempre cumprindo as ordens da carta antecipada de vontade do paciente como por exemplo Ordem de Não reanimação (ONR), não entubação ou não transfusão sanguínea (entre outras).

Para este grupo deve-se aplicar as escalas de Palliative Performance Scale (PPS) anexo 1, para avaliar seu nível de dependência e capacidade para o autocuidado e, a Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton (EASE) anexo 2 para avaliar seu nível de dor e outros sintomas comuns, que são essenciais para um acolhimento e triagem e classificação de risco personalizados e completo do paciente no intervalo de tempo de 120 minutos.

**Histórico desconhecido:** Paciente evidenciando doença ou acometimento ameaçadores da vida, precede-se com cuidados de conforto, estabilização e quando possível a participação do familiar no processo de morrer.

Para este grupo deve-se primeiramente aplicar a escala de elegibilidade em CP escala Palliative Care Screening Tool (PCST) anexo 3 a qual verifica se um paciente é elegível para CP, confirmado aplica-se às demais escalas supracitadas (PPS / EASE )

### **Azul — Não urgente**

Mantém-se o procedimento da classificação Verde

## **2.1.3 Cuidados Paliativos Proporcionais na emergência**

Os cuidados paliativos proporcionais são um conceito que pode ter várias interpretações, pois a noção de proporcionalidade varia para cada indivíduo. Portanto, é necessário utilizar outras denominações para entender em qual fase dos cuidados paliativos o paciente realmente se encontra, para compreender essa abordagem, existem quatro estratificações: precoce, complementar, predominante e totais ou exclusivos. (Zeni, 2023; Belfiore; Vattimo; Furlam, 2023)

Nos CPs precoce, geralmente o paciente possui um PPS (Palliative Performance Scale) ou uma escala de funcionalidade superior a 60, nesta fase, acredita-se que é improvável que o paciente venha a falecer devido à sua doença de base.(Zeni, 2023) Neste momento, são totalmente apropriadas medidas invasivas que não só proporcionam qualidade de vida, mas também prolonguem a vida, já que o foco desta fase do tratamento é restaurativo ou curativo.(Zeni, 2023)

Nos CPs complementar, o paciente tem um PPS inferior a 60, sendo improvável que responda adequadamente às medidas terapêuticas necessárias para reabilitação ou cura, embora seja improvável uma resposta satisfatória a tratamentos curativos ou restaurativos, ele ainda pode se beneficiar de medidas invasivas que prolonguem a sobrevivência e melhorem sua qualidade de vida, respeitando seus valores e preferências.(Belfiore; Vattimo; Furlam, 2023)

Nos CPs predominante, a doença de base torna-se irreversível e não há tratamento curativo disponível, além da ausência de resposta satisfatória aos tratamentos realizados, nesta fase, o paciente está mais debilitado, e as ações devem focar no controle de sintomas, na qualidade de vida e na dignidade.(Belfiore; Vattimo; Furlam, 2023) Nesse contexto, medidas invasivas podem ser consideradas inapropriadas, fúteis ou desproporcionais, e a decisão sobre seu uso deve ser tomada em consenso com o paciente, a família e a equipe de saúde.(Belfiore; Vattimo; Furlam, 2023)

Por fim, nos cuidados paliativos exclusivos ou totais, há ausência de resposta satisfatória aos tratamentos, com sinais de fraca progressão da doença e o paciente totalmente dependente de cuidados, muitas vezes restrito ao leito.(Belfiore; Vattimo; Furlam, 2023) Nesta fase, medidas invasivas são consideradas totalmente desproporcionais, mas essa decisão deve ser avaliada sob uma perspectiva técnica, com foco nas preferências e valores do paciente e seus familiares.(Belfiore; Vattimo; Furlam, 2023)

#### **2.1.4 Elegibilidade para Cuidados Paliativos**

A metodologia mais aceita para verificar se um paciente é elencado para CPs se dá por meio de escalas, a escala Palliative Care Screening Tool (PCST)

é considerada mais inclusiva e, por conseguinte, mais apta a avaliar com precisão os critérios de alívio, com o intuito de evitar que pacientes com recomendação de CPs enfrentem persistência terapêutica, ocupem leitos de UTI sem necessidade e tenham oportunidade de receber alívio quando necessário. (CLARA, 2019)

A recomendação ou não para CPs conforme a escala PCST acontece em decorrência da soma dos elementos e se manifesta da seguinte maneira: até dois pontos sem recomendação de CPs; até três pontos o paciente precisa ser mantido sob observação clínica; igual ou superior a quatro pontos considerar recomendação de CPs.(CLARA, 2019)

Vale ressaltar que, a atenção primária à saúde (APS) é considerada o melhor nível de assistência, principalmente para CP, devido à sua proximidade com a população e aos laços entre profissionais e pacientes, o que favorece um cuidado mais humano.(PARAIZO-HORVATH, 2022)

### **2.1.5 Atendimento**

O atendimento deve ser realizado por um profissional de ensino superior, preferencialmente pelo enfermeiro ou médico. Se for um paciente emergencial ele precisa ter seu quadro estabilizado e uma vez estável deve-se identificar se ele já está previamente alocado como CP ou não, em caso positivo ele deve ser atendido segundo suas queixas, ao melhorar deve ser referência para a ESF de sua região ou contra referenciado para o local que iniciou seus cuidados especializados em CP, em caso de piora do quadro clínico de entrada, deve-se contra referenciar para o Estado se não for a óbito.

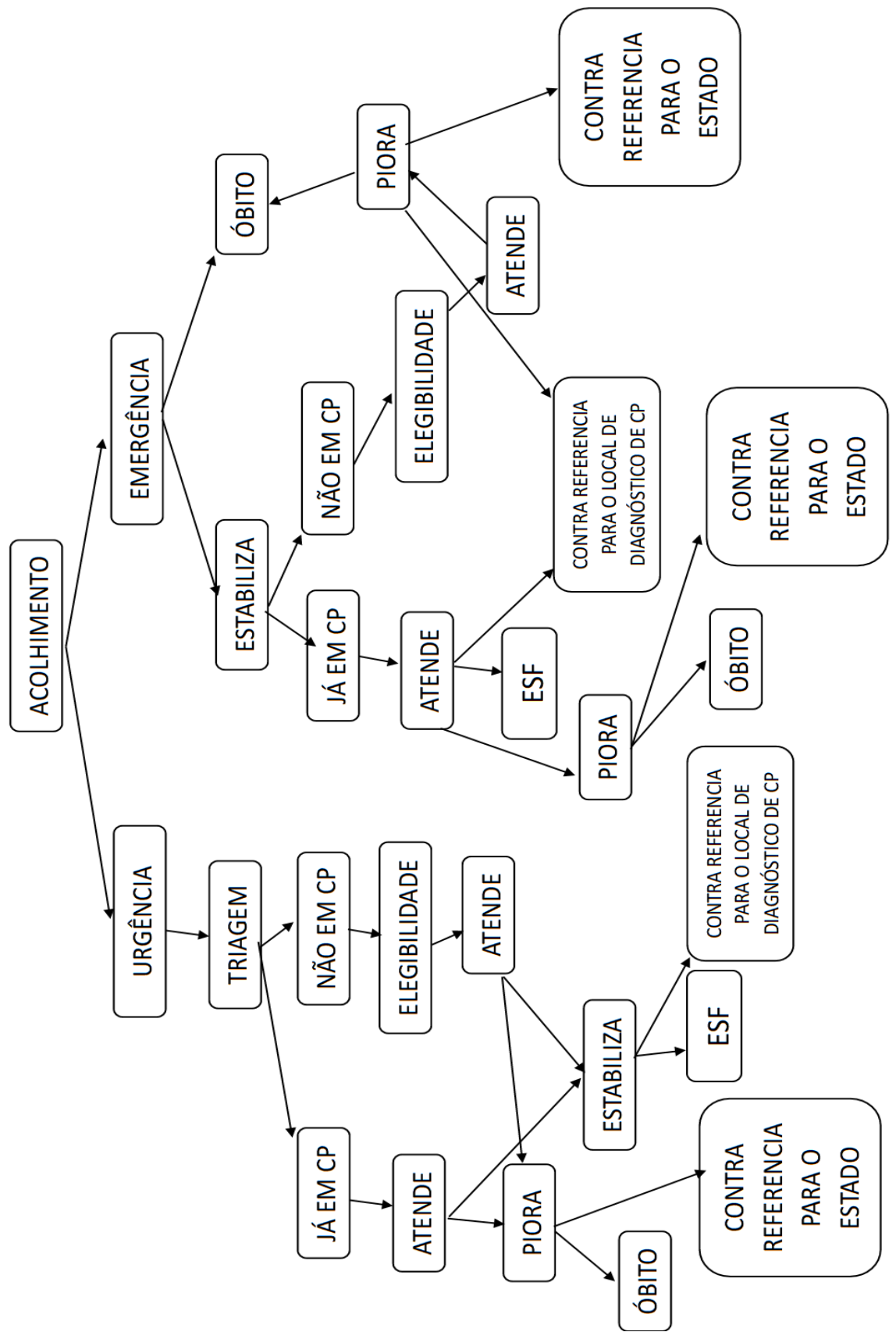
Em caso de não estar elencado em CP previamente esse paciente deve passar pelo atendimento com as etapas de elegibilidade e em caso de piora do quadro clínico, quando não houver óbito, ele deve ser referenciado para o Estado ou para outra unidade especializada em CP, em caso de melhora, referenciar para ESF de sua região.

Em caso de identificação de urgência, esse paciente deve passar pela triagem adequadamente, onde verificará se ele já é um paciente prévio de CP ou não, em caso positivo, ele será atendido, estabilizado e em caso de melhora do quadro clínico, será referenciado para a ESF e, em caso de piora do quadro

clínico de entrada, quando não evoluir para óbito, deve-se contra referenciar para o Estado.

Em caso negativo para elegibilidade prévia em CP, o paciente será alocado seguindo o passo a passo do subitem 2.3, posteriormente será atendido segundo sua queixa, em caso de melhora do quadro clínico, ele será referenciado para ESF de sua região e em caso de piora do quadro clínico ele deverá ser referenciado para o Estado.

Fluxograma 2- Atendimento



Fonte: o autor.

### 3. REFERÊNCIAS

BRASIL. PORTARIA Nº 2048, DE 5 DE NOVEMBRO DE 2002. Aprovar, na forma do Anexo desta Portaria, o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. Ministério da Saúde, 2002. Disponível em:

<[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt2048\\_05\\_11\\_2002.htm](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt2048_05_11_2002.htm)>. Acesso em: 27 maio 2024.

Belfiore, E.B.L.; Vattimo, E.F.Q.; Furlam, P.L. Capítulo 28 Espiritualidade e Religiosidade. In: VATTIMO, EDOARDO FILIPO DE QUEIROZ. **Cuidados paliativos : da clínica à bioética : volume 2**. São Paulo: Cremesp, 2023.p.533-561

Coelho, Fernanda. Cuidados Paliativos: um panorama. In: D'ALESSANDRO, Maria. **Manual de Cuidados Paliativos**. São Paulo: Hospital Sírio Libanês, 2023.p.12-24.

Clara, M.G.S.; et al. Escala Palliative Care Screening Tool como instrumento para indicação de cuidados paliativos em idosos. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, v.5, n.22, 2019. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1981-22562019022.190143>>. Acesso em: 10 maio 2024.

Lacerda, Fábio; Barbosa, Lara. Cuidados Paliativos no Brasil e no mundo. In: D'ALESSANDRO, Maria. **Manual de Cuidados Paliativos**. São Paulo: Hospital Sírio Libanês, 2023.p.25-30.

Ministério da Saúde. Avaliação do paciente em cuidados paliativos. **Instituto Nacional do Câncer (INCA)**, Rio de Janeiro, vol.1, 2022.

MINISTÉRIO DA SAÚDE(MS)/GABINETE DA MINISTRA (Brasil). Ministério da Saúde. **Institui a Política Nacional de Cuidados Paliativos - PNCP no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS**, por meio da alteração da Portaria de Consolidação GM/MS nº 2, de 28 de setembro de 2017. PORTARIA GM/MS Nº 3.681, DE 7 DE MAIO DE 2024. Política Nacional de Cuidados Paliativos PNCP, Brasília - DF, p. 215, 22 maio 2024. Disponível em: <<https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-3.681-de-7-de-maio-de-2024-561223717>>. Acesso em: 20 jun. 2024.

Paraizo-Horvath, C.M.S.; et al. Identificação de pessoas para cuidados paliativos na atenção primária: revisão integrativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.27, n.9, p.3547-3557, 2022. Disponível em: <DOI: 10.1590/1413-81232022279.01152022>. Acesso em: 10 maio 2024.

Radbruch L, et al. Redefining Palliative Care - A New Consensus-Based Definition. **J Pain Symptom Manage**. 2020 Oct;60(4):754-764. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2020.04.027.

Zeni, Erica. Introdução aos Cuidados Paliativos: História e Princípios. In: VATTIMO, Filipo. **Cuidados paliativos : da clínica à bioética : volume 1**. São Paulo: Cremesp, 2023.p.3-14.

## ANEXO 1

Tabela 1- Palliative Performance Scale (PPS)

%	Deambulação	Atividade e evidência da doença	Autocuidado	Ingesta	Nível de consciência
100	Completa	Atividades e trabalho normais sem esforço, alguma evidência de doença	Completo	Normal	Completa
90	Completa	Atividades e trabalho normais com esforço, alguma evidência de doença	Completo	Normal	Completa
80	Completa	Atividades normais com esforço, alguma evidência de doença	Completo	Normal ou reduzida	Completa
70	Reduzida	Incapaz para o trabalho, doença significativa	Completo	Normal ou reduzida	Completa
60	Reduzida	Incapaz para hobbies ou trabalho doméstico, doença significativa	Assistência ocasional	Normal ou reduzida	Completa ou períodos de confusão
50	Maior parte do tempo sentado ou acamado	Incapacitado para qualquer trabalho, doença extensa	Assistência considerável	Normal ou reduzida	Completa ou períodos de confusão
40	Maior parte do acamado	Incapaz para a maioria das atividades,	Assistência quase completa	Normal ou reduzida	Completa ou sonolência

		doença extensa			+/- 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	Sonolência ou coma +/- confusão
0	Morte				

Fonte: INCA, 2022.

## ANEXO 2

Tabela 2- Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton (EASE)

Sem dor	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior dor possível
Sem fadiga	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior fadiga possível
Sem náuseas	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
Bom apetite	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior apetite possível
Boa sensação de bem-estar	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior mal-estar possível
Sem falta de ar	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior falta de ar possível

Fonte: MONTEIRO, D.R., 2013.

## ANEXO 3

Tabela 2-Escala Palliative Care Screening Tool (PCST). NY, USA, 2007

<b>Escala Palliative Care Screening Tool</b>	
Critério número 1 - Doenças de base - 2 (dois) pontos para cada subitem:	
1	Câncer-metástase ou recidiva
2	Doença pulmonar obstrutiva crônica DPOC avançada- repetidas exacerbações
3	Sequela de acidente vascular cerebral (AVC) - decréscimo de função motora maior ou igual 25%
4	Insuficiência renal grave – clearance de creatinina <10ml/min
5	Insuficiência cardíaca grave – insuficiência cardíaca congestiva (ICC) com fração de ejeção (FE) do ventrículo esquerdo FE< 25%, miocardiopatia ou insuficiência coronariana significativa.
6	Outras doenças limitantes à vida do paciente
Critério 2 - Doenças associadas - 1(um) ponto para cada subitem:	
1	Doença hepática
2	Doença renal moderada – clearance de creatinina < 60ml/min.
3	DPOC moderada – quadro clínico estável
4	ICC moderada - quadro clínico estável
5	Outras doenças associadas – o conjunto delas vale 1 ponto
Critério número 3 - Condição funcional do paciente	
1	Condição funcional do paciente – Esse critério avalia o grau de deficiência do paciente, levando em consideração a capacidade de realizar atividades habituais do cotidiano, atos de cuidados pessoais e número de horas confinado ao leito ou à cadeira de rodas.
2	Pontua-se 0 (paciente totalmente independente, ativo, que não possui restrições) até 4 (completamente dependente, necessita de ajuda em período integral, confinado à cama ou ao cadeirante).
Critério número 4 - Condições pessoais do paciente – 1(um) ponto para cada subitem:	
1	Necessita de ajuda para decisões complexas de tratamento e questões psicológicas ou espirituais não definidas.

2	Histórico de internações recentes em serviços de emergências.
3	Hospitalizações frequentes por descompensação da doença de base
4	Internações prolongadas em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) ou paciente já internado em UTI com mau prognóstico

Fonte: CLARA, M.G.S; et al, 2019.