



ISGH
INSTITUTO DE SAÚDE
GESTÃO HOSPITALAR

2014 PROTOCOLO CUIDADOS PALIATIVOS

| ELABORAÇÃO |

Patrícia Mauriz – Médica UCE | HRC

Penélope Matos Wirtzbiki – Consultora Técnica - Clínica Médica | ISGH

Úrsula Wille Campos – Diretora do SAD | ISGH

| COLABORAÇÃO |

Rafaela Neres Severino | Gerente de Nutrição – ISGH

Selma Furtado Magalhães | Gerente de Risco – ISGH

Virginia Angélica Lopes Silveira – Coordenadoria de Educação Permanente, Ensino e Pesquisa | ISGH

| VALIDAÇÃO |

Flávio Clemente Deulefeu | Diretor Técnico – ISGH

| FORMATAÇÃO |

Comunicação Visual | ISGH

| DATA |

Setembro de 2014

| SUMÁRIO |

1. Definições e Princípios.....	4
2. Critérios de Inclusão ou Elegibilidade.....	6
3. Avaliação dos Pacientes.....	9
4. Estratificação do Plano de Cuidados.....	12
5. Considerações Éticas e Jurídicas.....	14
6. Acompanhamento pela equipe de Cuidados Paliativos.....	15
7. Bibliografia.....	16

| 1. DEFINIÇÕES E PRINCÍPIOS |

A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2002) define os Cuidados Paliativos como uma abordagem que promove a qualidade de vida de pacientes e seus familiares diante de situações que ameaçam a continuidade da vida, através da prevenção e alívio do sofrimento. Para tal, requer a identificação precoce, avaliação e tratamento impecável da dor e outras situações angustiantes de natureza física, psicossocial e/ou espiritual. Um dos pilares dos Cuidados Paliativos é o trabalho multiprofissional e interdisciplinar. O foco da atenção não é a doença a ser curada ou controlada, mas o doente, entendido como um ser biográfico, ativo, com direito à informação e à autonomia plena para decisões a respeito do seu tratamento. A prática adequada dos Cuidados Paliativos preconiza uma atenção individualizada ao doente e à sua família, a busca da excelência no controle de todos os sintomas e a prevenção do sofrimento.

Segundo a médica precursora do Movimento Hospice Moderno, CicelySaunders, os Cuidados Paliativos não são uma alternativa de tratamento, mas sim uma parte complementar e vital de todo o acompanhamento do paciente. Desta forma, o tratamento curativo e a abordagem paliativa podem ocorrer de maneira simultânea. À medida que a doença progride e o tratamento curativo perde o poder de oferecer um controle razoável da mesma, os Cuidados Paliativos crescem em significado, surgindo como uma necessidade absoluta na fase em que a incurabilidade se torna uma realidade irreversível. Esta relação pode ser representada pela figura abaixo (FIGURA 1):



FIGURA 1: Evolução dos Cuidados Paliativos e sua relação com o tratamento curativo

Particularmente na fase final da vida, quando o processo de morte se desencadeia de forma rápida e irreversível, os Cuidados Paliativos se tornam imprescindíveis e complexos. Preconiza-se, nesta fase, a atuação conjunta de uma equipe de profissionais adequadamente treinados no controle das causas de sofrimento para os pacientes, como também no suporte aos familiares, utilizando estratégias e técnicas de comunicação.

A atuação desta equipe tem o objetivo de dar uma atenção específica e contínua ao doente, sua família e entorno afetivo. Isso favorece o esclarecimento da história natural da doença em curso e do seu processo evolutivo, ao mesmo tempo em que valoriza a dignidade e a autonomia dos pacientes e representantes legais, em harmonia com os outros princípios bioéticos (beneficência, não maleficência e justiça), com o intuito de proporcionar alívio, prevenindo uma morte caótica e com grande sofrimento. A antecipação das situações de crise é uma das grandes estratégias para alcançar esse objetivo.

O trabalho em Cuidados Paliativos é fundamentado em princípios claros, tendo sido publicados pela OMS primeiramente em 1986 e reafirmados em 2002 (TABELA 1):

TABELA 1: Princípios dos Cuidados Paliativos

PRINCÍPIOS DOS CUIDADOS PALIATIVOS
Promover o alívio da dor e outros sintomas estressantes
Reafirmar a vida e encarar a morte como um processo natural
Não pretender antecipar ou adiar a morte
Integrar aspectos psicossociais e espirituais ao cuidado
Oferecer um sistema de suporte que possibilite ao paciente viver tão ativamente quanto possível, até o momento da sua morte
Oferecer um sistema de suporte que auxilie a família e entorno afetivo a sentirem-se amparados durante todo o processo da doença
Abordagem multiprofissional para focar nas necessidades dos pacientes e familiares, incluindo acompanhamento no luto
Melhorar a qualidade de vida e influenciar positivamente o curso da doença
Ser iniciado o mais precocemente possível, junto com outras medidas de prolongamento da vida (como quimioterapia e radioterapia) e incluir todas as investigações necessárias para melhor compreensão e manejo dos sintomas

Seguem alguns conceitos usualmente empregados na assistência de pacientes criticamente enfermos:

Paciente terminal ou moribundo: é sugerido que se evite este termo, por ser muitas vezes estigmatizante e capaz de gerar conflitos. É definido de maneiras diferentes pela literatura mundial: paciente portador de doença incurável, paciente que se encontra no período compreendido entre o final do tratamento curativo e a morte ou ainda como o paciente no período designado como processo de morte.

Paciente em processo de morte ou terminalidade: aquele que apresenta sinais de importante progressão da doença, com prognóstico estimado em torno de seis meses de vida.

Fase final da vida: período caracterizado por rápido declínio funcional, de causa irreversível, em que o prognóstico de vida pode ser estimado em horas ou poucos dias.

Futilidade terapêutica ou tratamento fútil: medida cuja adoção pode prolongar o sofrimento ou mesmo acelerar a morte, não sendo efetiva para corrigir ou melhorar as condições que ameaçam a vida. Podem ser procedimentos diagnósticos ou terapêuticos inadequados e inúteis diante da situação evolutiva irreversível da doença e que podem causar sofrimento acrescido ao doente e à família. Não prolongam a vida e sim o processo de morte.

Distanásia: trata-se do prolongamento exagerado e artificial do processo de morte, conseqüentemente trazendo sofrimento inútil para os pacientes. Muitas vezes o desejo obstinado de recuperação do doente, em vez de ajudar ou permitir uma morte natural, acaba prolongando sua agonia.

Eutanásia: morte provocada por sentimento de piedade ao paciente portador de doença avançada e incurável, em estado de grande sofrimento. É classificada como homicídio conforme a Legislação Brasileira. Em vez de deixar a morte acontecer naturalmente, a eutanásia age sobre a morte, antecipando-a.

Ortotanásia: significa morte correta, ou seja, a morte pelo seu processo natural. Assim, em vez de se prolongar artificialmente o processo de morte (distanásia), entende-se que este se desenvolve naturalmente. A ortotanásia é conduta atípica frente ao Código Penal, pois não é a causa da morte da pessoa, uma vez que este processo já foi irreversivelmente instalado.

| 2. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO OU ELEGIBILIDADE |

TABELA 2: Critérios de elegibilidade para Cuidados Paliativos conforme as condições do paciente

CRITÉRIOS PARA CUIDADOS PALIATIVOS CONFORME AS CONDIÇÕES DO PACIENTE
Doença progressiva, incurável e avançada
Poucas possibilidades de resposta às terapêuticas curativas ou quando as complicações decorrentes destas forem inaceitáveis
Evolução clínica oscilante, caracterizada pelo surgimento de várias crises de necessidades ou reagudizações recorrentes
Grande impacto emocional ou social para o doente e sua família, relacionado de maneira explícita ou não à proximidade da morte
Prognóstico de vida reservado (estimado em menos de seis meses)
Necessidade de adequação terapêutica ou das ações de investigação clínica
Internação prolongada sem evidência de melhora
Ser portador de uma doença progressiva e incurável e preferir não ser submetido a tratamento de prolongamento da vida

Neste perfil, incluem-se os doentes em fase avançada de câncer, síndromes demenciais, doenças neurológicas progressivas, sequelas neurológicas, AIDS, insuficiência cardíaca congestiva, doença pulmonar obstrutiva crônica, insuficiência renal, insuficiência hepática e outras situações incuráveis e em progressão.

Apesar das dificuldades e dos receios que cercam os profissionais de saúde, em especial os médicos, ao discutir o prognóstico ou terminalidade das doenças, vale salientar que este desafio não é menor ou maior que outros como diagnosticar uma doença rara ou optar por um tratamento em lugar de outro, sabendo que uma posição não exata poderá trazer consequências distintas para o paciente.

Este cenário já foi amplamente discutido no âmbito jurídico, sendo considerado como dever do profissional da Medicina o comprometimento em conferir aos doentes a maior qualidade de vida possível, diante do seu estado e dos recursos técnicos existentes.

Ainda assim, faz-se necessário o uso de critérios objetivos conforme a doença de base, que estimem um período de sobrevida inferior a seis meses ou prejuízo importante e irreversível da qualidade de vida, situações em que os Cuidados Paliativos devem ser iniciados pela equipe assistente juntamente com uma equipe interdisciplinar (TABELA 3):

TABELA 3: Critérios de elegibilidade para Cuidados Paliativos conforme doenças de base

CRITÉRIOS PARA CUIDADOS PALIATIVOS CONFORME DOENÇAS DE BASE

DOENÇAS ONCOLÓGICAS:

- Qualquer paciente com câncer metastático ou inoperável

DOENÇAS CARDÍACAS:

- Classe funcional NYHA IV
- Fração de ejeção < 20%
- Refratariedade ao tratamento otimizado, incluindo vasodilatadores
- Outros fatores de mal prognóstico: arritmia sintomática resistente, história de parada cardíaca, embolia cardiogênica, história de acidente vascular cerebral

DOENÇAS PULMONARES:

- Dispnéia incapacitante
- VEF1 < 30%
- Cor pulmonale
- Hipoxemia em oxigenioterapia com retenção de CO₂
- Perda de peso não intencional

SINDROMES DEMENCIAIS:

- Incapacidade de andar (restrito ao leito ou cadeira)
- Dependência considerável ou completa para atividades de vida diária
- 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

SINDROME DE FRAGILIDADE:

- Confinamento ao leito
- Úlceras de pressão
- Perda de peso não intencional
- Albumina sérica < 2,5 mg/dl
- Visitas frequentes à emergência por sintomas de descompensação clínica

ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL – FASE AGUDA:

Paciente comatoso, com pelo menos um dos seguintes critérios (a partir do 3º dia de coma):

- Respostas de tronco cerebral anormais
- Resposta verbal anormal
- Ausência de retirada a estímulo doloroso
- Creatinina sérica > 1,5mg/dL

ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL – FASE CRÔNICA:

- Baixo status funcional PPS < 40%)
- Inabilidade de manter hidratação e oferta calórica com pelo menos um dos seguintes:
 - Perda de peso >10% nos últimos 6 meses ou >7,5% nos últimos 3 meses
 - Albumina sérica < 2,5g/dL
 - História atual de pneumonia aspirativa não responsiva a intervenções de fonoterapia
 - Disfagia severa a ponto de impedir o paciente de receber fluidos ou alimentação necessários para sustentar a vida (sem receber nutrição ou hidratação artificial)

CRITÉRIOS PARA CUIDADOS PALIATIVOS CONFORME DOENÇAS DE BASE

- Outros fatores de mal prognóstico:

- Declínio funcional progressivo nos últimos 12 meses com complicações médicas frequentes;
- Pneumonia aspirativa;
- Pielonefrite;
- Úlcera de pressão refratária estágio III ou IV;
- Febre recorrente após antibióticos.

ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL – EXAMES DE IMAGEM

- AVC hemorrágico não traumático:

- Volume extenso: infratentorial >20ml ou supratentorial >50ml
- Extensa inundação ventricular
- Envolvimento cerebelar >30% da área de superfície
- Desvio de linha média >1,5cm
- Hidrocefalia obstrutiva em paciente com declínio do estado geral, ou que não seja candidato a derivação ventriculoperitoneal

- AVC trombótico ou embólico:

- Infarto anterior extenso com envolvimento cortical e subcortical
- Infarto bihemisférico extenso
- Oclusão da artéria basilar
- Oclusão bilateral da artéria vertebral

DOENÇAS RENAIS:

- Recusa de transplante renal ou procedimento dialítico
- Clearance de creatinina <15ml/min
- Creatinina sérica > 8mg/dl (6mg/dl se DM tipo II)

PACIENTES EM UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA (UTI):

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 hipóxica
- Sofrimento familiar que comprometa a tomada de decisões

Na Pediatria, várias são as condições que podem se beneficiarem dos Cuidados Paliativos, como as doenças congênitas incompatíveis com a vida, desordens cromossômicas, desordens metabólicas, condições cardíacas complexas, doenças neuromusculares, doenças respiratórias crônicas, pacientes portadores de necessidades especiais (traqueostomia, oxigenioterapia, suporte nutricional por via enteral ou parenteral), doenças oncológicas e SIDA.

Podemos dividir estas condições em quatro grupos de doenças que limitam a vida, conforme a tabela que se segue (TABELA 4):

CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE PARA CUIDADOS PALIATIVOS EM PEDIATRIA

GRUPO DE DOENÇAS QUE LIMITAM A VIDA	EXEMPLOS
Doenças em que o tratamento curativo é possível, mas pode falhar	Doenças oncológicas progressivas, avançadas ou com prognóstico reservado Doenças cardíacas complexas, congênitas ou adquirida
Doenças em que a morte prematura pode ser esperada, mas o tratamento clínico integrado pode prolongar a vida com qualidade	Fibrose cística Infecção pelo HIV/SIDA Desordens gastrintestinais importantes ou malformações (ex.: gastrosquise) 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
Doenças progressivas em que o tratamento é exclusivamente paliativo e pode se estender por anos	Mucopolissacaridoses Outras doenças de depósito Doenças metabólicas progressivas Anormalidades cromossômicas Osteogênese imperfeita
Condições como deficiências neurológicas que, embora não sejam progressivas, induzem a vulnerabilidade e complicações que podem levar à morte prematura	Paralisia cerebral severa com infecções recorrentes Sequela neurológica de doença infecciosa Hipóxia/anóxia com lesão cerebral Holoprosencefalia ou outra importante malformação cerebral

| 3. AVALIAÇÃO DOS PACIENTES |

Após a identificação de critérios de inclusão ou elegibilidade para os Cuidados Paliativos, é realizada uma ampla avaliação do doente, buscando os parâmetros que apoiem de forma cuidadosa o diagnóstico do processo de terminalidade.

A avaliação clínica do doente deve conter elementos fundamentais que possibilitem a compreensão de quem é a pessoa doente. Deve-se identificar suas preferências e dificuldades, a cronologia da evolução de sua doença e os tratamentos já realizados, quais as suas necessidades atuais e sintomas, o exame físico, os medicamentos propostos, as demais decisões clínicas e a impressão a respeito da evolução, além do prognóstico e as expectativas com relação ao tratamento proposto.

Os principais elementos da avaliação clínica do doente estão relacionados na tabela a seguir (TABELA 5):

TABELA 5: Principais elementos da avaliação dos pacientes em Cuidados Paliativos

AVALIAÇÃO EM CUIDADOS PALIATIVOS
Dados biográficos: nome e como gosta de ser chamado, sexo, idade, estado civil, número de filhos, ocupação, local de nascimento e procedência, religião, com quem mora e quem cuida a maior parte do tempo, o que gosta de fazer, o que sabe sobre sua doença e o quanto deseja saber
Dados da doença de base: cronologia, exames diagnósticos e tratamento realizados
Avaliação funcional: Palliative Performance Scale (PPS), Escala de Karnofsky (KPS), Escala de ECOG
Avaliação de sintomas: Edmonton symptom assessment (ESAS) – dor, dispnéia, delirium, náuseas e vômitos, perda de apetite, fadiga, tristeza, ansiedade, insônia, etc.
Exame físico
Exames complementares e interconsultas de especialistas necessários
Impressão e prognóstico: horas a dias, dias a semanas, semanas a meses, meses a anos (para expectativas superiores a seis meses)
Decisões terapêuticas: medicamentos e doses, início ou suspensão de medidas, solicitação de novos exames e/ou outras avaliações médicas especializadas
Plano de cuidados interdisciplinar: necessidade de intervenções multiprofissionais, com o registro do efeito esperado das ações

Dentre os itens acima, a avaliação funcional é fundamental para a vigilância da curva evolutiva da doença e se constitui em elemento valioso na tomada de decisões, previsão de prognóstico e diagnóstico de terminalidade. Várias escalas de desempenho podem ser utilizadas:

- Palliative Performance Scale (PPS): desenvolvida em 1996 no Victoria Hospice (Canadá) e aperfeiçoada em 2002. O PPS pode ser utilizado como instrumento de comunicação, descrevendo rapidamente o estado funcional atual do paciente. É útil como critério de avaliação da capacidade de trabalho e tem valor prognóstico, quando associado a outros sintomas como edema, delirium, dispnéia e caquexia.

TABELA 6: *PalliativePerformanceScale (PPS):*

%	Deambulação	Atividade e evidência da doença	Auto-cuidado	Ingesta	Nível da consciência
100	Completa	Atividades e trabalho normais, sem evidência de doença	Completo	Normal	Completa
90	Completa	Atividades e trabalho normais, 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 tempo acamado	Incapaz para a maioria das atividades, doença extensa	Assistência quase completa	Normal ou reduzida	Completa ou sonolência +/- confusão
30	Totalmente acamado	Incapaz para qualquer atividade, doença extensa	Dependência completa	Normal ou reduzida	Completa ou sonolência +/- confusão
20	Totalmente acamado	Incapaz para qualquer atividade, doença extensa	Dependência completa	Mínima a pequenos goles	Completa ou sonolência +/- confusão
10	Totalmente acamado	Incapaz para qualquer atividade, doença extensa	Dependência completa	Cuidados com a boca	Sonolência ou coma +/- confusão
0	Morte				

A Escala de Karnofsky (KPS) é uma escala de desempenho que foi inicialmente desenvolvida para avaliar a capacidade física em pacientes oncológicos, mas que tem tido seu uso aplicado para a avaliação de outras doenças crônicas incapacitantes:

FIGURA 2: Escala de Desempenho de Karnofsky (KPS)

Graduação	Significado
100	Normal; ausência de queixas; sem evidências de doença
90	Capaz de realizar atividades normais; sinais e sintomas mínimos de doença
80	Atividade normal com esforço; alguns sinais ou sintomas de doença. Incapacidade para grande esforço físico, consegue deambular
70	Não requer assistência para cuidados pessoais, mas é incapaz de realizar atividades normais, como tarefas caseiras e trabalhos ativos
60	Requer assistência ocasional, mas consegue realizar a maioria dos seus cuidados pessoais
50	Requer considerável assistência e freqüentes cuidados médicos
40	Incapacitado; requer cuidados especiais e assistência, autocuidado limitado. Permanece mais de 50% do horário vigil sentado ou deitado
30	Severamente incapacitado, indicado hospitalização, embora a morte não seja iminente
20	Muito doente, necessário internação hospitalar e tratamento de suporte. Completamente incapaz de realizar autocuidado. Confinado à cama
10	Moribundo, processo de morte progredindo rapidamente

Referência: http://www.inca.gov.br/rbc/n_48/v02/pdl/condutas3.pdf

A Escala de Desempenho de Zubrod, da EstearnCooperativeOncologyGroup (ECOG), também serve para medir o estado geral dos pacientes em Cuidados Paliativos:

FIGURA 3: Escala de Desempenho - ECOG

OBS: comparando com a escala de Karnosky	
0	Completamente ativo; capaz de realizar todas as suas atividades sem restrição (Karnofsky 90-100%)
1	Restrição a atividades físicas rigorosas; é capaz de trabalhos leves e de natureza sedentária (Karnofsky 70-80%)
2	Capaz de cuidar de si totalmente, mas incapaz de realizar qualquer atividade de trabalho; ambulatorial e não-acamado em mais de 50% do tempo. Ocasionalmente necessita de assistência (Karnofsky 50-60%)
3	Capaz de realizar somente autocuidados limitados, confinado ao leito ou cadeira mais de 50% das horas em que o paciente está acordado. Ambulatorial 50% do tempo ou menos. Cuidados constantes (Karnofsky 30-40%)
4	Completamente incapaz de realizar autocuidados básicos, totalmente confinado ao leito ou à cadeira. Pode necessitar de hospitalização (Karnofsky < 30%).

Referências: http://www.cbc.org.br/upload/emc/autoavaliacao/concologica/1/04_avaliacao_paciente.htm
http://www.inca.gov.br/rbc/n_48/v02/pdf/conduas3.pdf

| 4. ESTRATIFICAÇÃO DO PLANO DE CUIDADOS |

A abordagem dos Cuidados Paliativos valoriza a história natural da doença, a história pessoal de vida e as reações fisiológicas, emocionais e culturais dos pacientes e familiares diante do adoecer, o que faz com que o plano de cuidados seja altamente individualizado e variável ao longo do tempo. Com o intuito de facilitar a comunicação entre os diversos profissionais da equipe e orientar as linhas gerais do plano de cuidados do paciente em um determinado momento, utilizamos a seguinte estratégia 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%).
- Nesse momento é improvável que a morte ocorra em decorrência de sua doença de base. Em caso de instabilidade clínica aguda, deve ser encaminhado para UTI e receber suporte avançado de vida em caso de PCR.
- A prioridade é o tratamento curativo ou restaurativo, utilizando os princípios da beneficência e autonomia.

- Prognóstico 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%).
- Nesse momento é improvável que o paciente possa responder de maneira completa ou satisfatória ao tratamento curativo. 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.
- Em caso de instabilidade clínica aguda, a transferência para UTI deve ser ponderada, levando-se em consideração as condições potencialmente reversíveis, podendo ser definido limite de esforço terapêutico.
- Prognóstico estimado em semanas a meses.

3. Cuidado paliativo predominante

- O paciente é portador de doença que ameaça a vida e apresenta baixostatusfuncional (KPS ou PPS <40%), sendo identificados critérios de irreversibilidade da doença de base.
- 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.
- Não adicionar ou manter terapias fúteis. Não deve ser encaminhado para UTI, respeitando o desejo do paciente ou de seus representantes legais.
- Prognóstico estimado em 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%) e declínio rápido e irreversível do estado geral.

Esta piora acentuada pode ser evidenciada pelo comprometimento do nível da consciência e instabilidade cardiopulmonar.

Suspender todas as terapias fúteis, focando exclusivamente no controle de sintomas. Não deve ser encaminhado para UTI, respeitando o desejo do paciente ou de seus representantes legais.

Prognóstico estimado em horas a poucos dias.

Em todas as fases, deve ser prestado apoio aos pacientes e familiares, abordando os diagnósticos, condutas e prognóstico, além do controle rígido da dor e outros sintomas desconfortáveis e assistência psicossocial e espiritual.

Os gráficos abaixo exemplificam a relação entre o tratamento curativo e paliativo nos diversos grupos de doenças que ameaçam a vida:





| 5. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS E JURÍDICAS |

Resolução CFM Nº 1.805/2006 (Publicada no D.O.U., 28 nov. 2006)
“Resolução da Ortotanásia”

Na fase terminal de enfermidades graves e incuráveis é permitido ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente, garantindo-lhe os cuidados necessários para aliviar os sintomas que levam ao sofrimento, na perspectiva de uma assistência integral, respeitada a vontade do paciente ou de seu representante legal.

Art. 1º É permitido ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente em fase terminal, de enfermidade grave e incurável, respeitada a vontade da pessoa ou de seu representante legal.

§ 1º O médico tem a obrigação de esclarecer ao doente ou a seu representante legal as modalidades terapêuticas adequadas para cada situação.

§ 2º A decisão referida no caput deve ser fundamentada e registrada no prontuário.

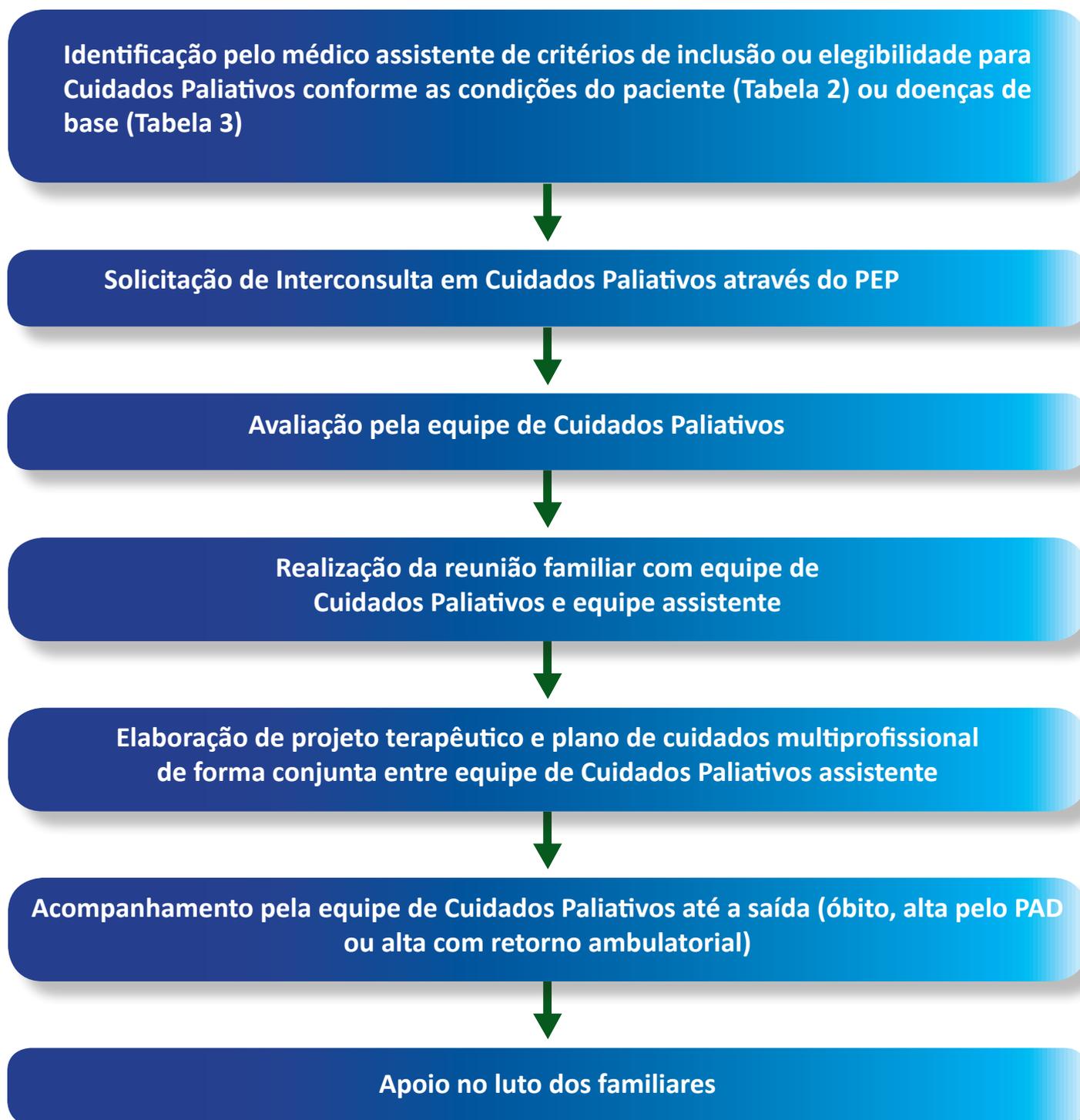
§ 3º É assegurado ao doente ou a seu representante legal o direito de solicitar uma segunda opinião médica.

§ 4º O médico registrará, no prontuário, as diretivas antecipadas de vontade que lhes foram diretamente comunicadas pelo paciente.

§ 5º Não sendo conhecidas as diretivas antecipadas de vontade do paciente, nem havendo representante designado, familiares disponíveis ou falta de consenso entre estes, o médico recorrerá ao Comitê de Bioética da instituição, caso exista, ou, na falta deste, à Comissão de Ética Médica do hospital ou ao Conselho Regional e Federal de Medicina para fundamentar sua decisão sobre conflitos éticos, quando entender esta medida necessária e conveniente.

| 6. ACOMPANHAMENTO PELA EQUIPE DE CUIDADOS PALIATIVOS |

O serviço de Cuidados Paliativos das unidades hospitalares do ISGH tem o objetivo de dar suporte às equipes assistentes dos diversos setores dos hospitais: enfermarias clínicas e cirúrgicas, unidades de cuidados especiais (UCE'S), unidades de terapia intensiva (UTI's) e programas de atendimento domiciliar (PAD). A equipe é composta por médico, enfermeiro e psicólogo, que atuam de maneira interdisciplinar.



| 7. REFERÊNCIAS |

Manual de Cuidados Paliativos ANCP. 2ª edição. Porto Alegre: Sulina; 2012

Cuidado Paliativo. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP);2008

Diretrizes Assistenciais do Hospital Israelita Albert Einstein (HIAE). Avaliação e Monitorização do Paciente em Cuidados Paliativos. Versão eletrônica atualizada em março de 2012

Conflitos bioéticos do viver e do morrer. Organização: Rachel Moritz. Câmara técnica sobre terminalidade da vida e cuidados paliativos do Conselho Federal de Medicina. Brasília: CFM; 2011

Cuidados Paliativos: Recomendaciones de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL). Serieguías y manuales. Madrid, Spain: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1993