

Manejo em Cuidados Paliativos

Palliative Care Management

Manejo de Cuidados Paliativos

Recebido: 10/01/2023 | Revisado: 21/01/2023 | Aceitado: 22/01/2023 | Publicado: 26/01/2023

Leifa Naiane Santos

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0535-8189>
Hospital Universitário Maria Pedrossian, Brasil
E-mail: leifanaiane@hotmail.com

Rosângela Silva Rigo

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2031-0204>
Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil
E-mail: lrigo@terra.com.br

Julia Sezara Almeida

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0994-5716>
Hospital Universitário Maria Pedrossian, Brasil
E-mail: sezaraalmdida@yahoo.com.br

Resumo

O manejo em cuidados paliativos contempla vários aspectos importantes, desde a sua identificação, implantação e acolhimento do paciente com a família, buscando esclarecer dúvidas, ampliando a atenção em cuidados, dentro dos princípios de atuação em cuidados paliativos com reforço da vida, sua qualidade, até o transcorrer da morte. O estudo objetiva auxiliar na aplicabilidade dos planos de cuidados paliativos em diversos níveis de atendimento médico, propiciando uma redução de danos e internações/intervenções, amenizando a dor, sofrimentos ao paciente e sua rede de apoio. Os planos em cuidados paliativos representam grande relevância na atenção em saúde, apresentada através de uma revisão bibliográfica narrativa, com base em dados científicos, desde UpToDate, PubMed, Scielo, BVS e Google Acadêmico, identificando e evidenciando alguns desafios que desestimulam a colaboração de uma assistência com qualidade, por uma política pública ineficiente, dessensibilização dos gestores em saúde, uma medicina predominantemente paternalista/curativa, a ausência na rede de saúde pública de profissionais multidisciplinares capacitados para atuação em cuidados paliativos, verificando a necessidade de desenvolver uma educação permanente e social, implementando a medicina centrada no paciente e nos seus aspectos psicossociais.

Palavras-chave: Assistência; Humanizada; Identificação; Orientação; Finitude.

Abstract

Management in palliative care contemplates several important aspects, from its identification, implantation and reception of the patient with the family, seeking to clarify doubts, expanding attention in care, within the principles of action in palliative care with reinforcement of life, its quality, until the passing of death. The study aims to assist in the applicability of palliative care plans at different levels of medical care, providing a reduction in harm and hospitalizations/interventions, alleviating pain, suffering to the patient and his support network. Palliative care plans represent great relevance in health care, presented through a narrative bibliographic review, based on scientific data, from UpToDate, PubMed, Scielo, BVS and Google Scholar, identifying and highlighting some challenges that discourage the collaboration of a quality assistance, due to an inefficient public policy, desensitization of health managers, a predominantly paternalistic/curative medicine, the absence in the public health network of multidisciplinary professionals trained to work in palliative care, verifying the need to develop a permanent and social education, implementing patient-centered medicine and its psychosocial aspects.

Keywords: Assistance; Humanized; Identification; Guidance; Finitude.

Resumen

La gestión en cuidados paliativos contempla varios aspectos importantes, desde su identificación, implantación y acogida del paciente con la familia, buscando aclarar dudas, ampliando la atención en el cuidado, dentro de los principios de actuación en cuidados paliativos con refuerzo de vida, su calidad, hasta el paso de la muerte. El estudio tiene como objetivo ayudar en la aplicabilidad de los planes de cuidados paliativos en los diferentes niveles de atención médica, proporcionando una reducción de daños y hospitalizaciones/intervenciones, aliviando el dolor, el sufrimiento del paciente y su red de apoyo. Los planes de cuidados paliativos representan gran relevancia en el cuidado de la salud, presentados a través de una revisión bibliográfica narrativa, basada en datos científicos, de UpToDate, PubMed, Scielo, BVS y Google Scholar, identificando y destacando algunos desafíos que desalientan la colaboración de una asistencia de calidad, debido a una política pública ineficiente, desensibilización de los gestores de salud, una medicina predominantemente paternalista/curativa, la ausencia en la red pública de salud de

profesionales multidisciplinares capacitados para actuar en cuidados paliativos, verificando la necesidad de desarrollar una educación permanente y social, implementando la medicina centrada en el paciente y sus aspectos psicosociales.

Palabras clave: Asistencia; Humanizado; Identificación; Guía; Finitud.

1. Introdução

Os cuidados paliativos constituem uma abordagem de assistência à saúde estruturada em conhecimento técnico e científico, pautada por princípios éticos e filosóficos, colaborando na atenção em saúde do paciente, tornando-se o objeto central dos cuidados, visam aliviar o sofrimento em todas as fases do adoecer e não tendo-se a limitar aos cuidados do fim de vida (Okon & Christensen, 2022). Segundo a Organização Mundial da Saúde [OMS] em 2007 retrata a melhora da qualidade de vida de pacientes e familiares conforme a evolução da sua patologia ao ser empregado nos cuidados paliativos, sendo necessário realizar medidas preventivas, como aliviar possíveis sofrimentos ao identificá-lo precocemente, avaliando o tratamento da dor e outros problemas físicos, psicossociais e espirituais onde são contemplados na atenção em cuidados paliativos. Contudo, o manejo no Brasil em palição apresenta lenta aplicabilidade, sendo implementado somente no final da década de 1990, permanecendo atualmente com pouca cobertura no Sistema Único de Saúde [SUS]. Quando analisado os dados oficiais da Academia Nacional de Cuidados Paliativos [ANCP] em 2006, foi detectado no país cerca de 40 equipes atuantes e 300 leitos hospitalares destinados a esses cuidados. (Gomes & Othero, 2016)

Os desafios na aplicabilidade do paliativo consistem na exaltação da medicina curativa após século XX, com advento de novas tecnologias em prol do prolongamento da vida sem avaliar a qualidade na qual o paciente se encontra, contribuindo para a resistência da aceitação da finitude humana, desde o médico assistente ao doente, provocando repudia em discutir sobre os cuidados paliativos. Segundo (Okon & Christensen, 2022), os pacientes que têm uma doença avançada e/ou ameaçadora da vida são frequentemente relutantes em discutir questões específicas relacionadas ao prognóstico ou planejamento de cuidados antecipatórios, enquanto, por outro lado, os médicos que não possuem uma abordagem de avaliação abrangente e estruturada, correm o risco de subdiagnosticar o sofrimento e não discernir as necessidades reais do paciente ou preferências.

A compreensão da assistência paliativa como auxiliadora nos cuidados em saúde contempla além das doenças crônicas, também a funcionalidade do paciente, sendo um dos importantes pontos a serem analisados para contribuição na melhoria dos índices em qualidade de vida e de morte, não deixando de reconhecer as conquistas da medicina moderna/tecnológica, realizando uma transição gradual e equilibrada entre tentativas legítimas de manter a vida, quando se tem chances reais de recuperação, e a abordagem paliativa, através do controle de sintomas sem nunca desconsiderar a dimensão da finitude humana (Bertachini & Pessini, 2011 como citado em Maiello, Coelho, Messias & D'Alessandro, 2020). Em 2018 o SUS publicou uma normatização dos cuidados paliativos, objetivando esclarecer as atuações das equipes, através de diretrizes, aprofundando de forma especializada no cuidado, acompanhando as ações em saúde, desde doença base ou crônica, aumentando sua proporção em atuação conforme a progressão do adoecer/envelhecer, assim como a ampliação dos cuidados psicológicos de todos os indivíduos envolvidos no processo e olhando também pelo sofrimento psicossocial que a doença pode causar. (Costa et al., 2019)

Os cuidados paliativos são constituídos de vários princípios desde o alívio da dor, exaltação da vida, reflexão sobre a morte, não acelerando ou adiando-a, destacando os aspectos psicológicos/espirituais dos pacientes e familiares, oferecendo assistência em saúde que possibilite viver tão ativamente quanto possível, além do enfrentamento do luto até o momento de sua morte, com abordagem multiprofissional para focar as necessidades dos pacientes e seus familiares, influenciando positivamente no curso da doença, devendo 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 (Matsumoto, 2012). Mantendo a comunicação sensível e empática entre

profissionais, pacientes e parentes, sendo a sua atuação sempre em equipe, em caráter interdisciplinar, por sua grande abrangência. (Maciel, 2012)

A importância de aliviar a dor e o sofrimento implicam, não somente em apresentar cuidados empáticos, mas colaborando na tomada de decisões informadas, que refletem seus valores/identidade de cada doente, contribuindo para humanização das ações médicas com ressignificação dos cuidados, conforme expressado nos juramentos realizado pelos estudantes de medicina em uma tradição que remonta a Hipócrates. (Schenker, 2022)

O estudo comparativo de Temel, et al., (2010), exalta a importância dos cuidados paliativos para a qualidade de vida em pacientes com doenças crônicas, comparando a assistência provida do modelo tradicional versus ações paliativas precoces principalmente nos grupos de doenças oncológicas. Discorrendo melhores autoavaliações de qualidade de vida, com menores índices em escalas que medem transtornos de humor, documentando cuidados de fim de vida menos agressivos, em pacientes que obtiveram cuidados paliativos, apresentando uma sobrevida em média três meses mais que em comparação a assistência no modelo tradicional, confirmando a necessidade de ações preventivas e precoces em vários níveis de atendimento.

Este trabalho objetiva auxiliar na aplicabilidade dos planos de cuidados paliativos, em vários níveis de atendimento, recorrendo de uma revisão bibliográfica narrativa dos planejamentos das equipes em palição desde o reconhecimento do caso, sua aplicabilidade juntamente com a equipe assistente, até o transcorrer para morte. Reafirmando os cuidados realizados para a família e o paciente, ressignificando a vida em uma circunstância de limitação terapêutica, utilizando ferramentas com base científica, propiciando uma redução dos danos através da aplicabilidade de assistência adequada para condição clínica, psicossocial do paciente, com redução de internações, além de amenização da dor e sofrimentos possíveis de serem evitados ao paciente e sua rede de apoio.

2. Metodologia

O estudo trata-se de uma revisão narrativa, sobre o manejo em cuidados paliativos, por ser uma forma não sistematizada de revisar a literatura, buscando atualizações a respeito da temática, com suporte teórico em curto período, além de ser com processo mais simplificado de revisão literária, com uma pesquisa mais ampla ou pouco específica, abordando de forma livre, sem rigor metodológico e por isso está sujeita aos vieses (Casarin et al., 2020). Utilizando artigos científicos, manuais, diretrizes, esses disponíveis nas bases de dados: Scientific Electronic Library Online [Scielo], Google Acadêmico, UpToDate, PubMed e Biblioteca Virtual em Saúde [BVS]. Excluindo-se os estudos que não apresentaram resumo, e não abordavam a temática em estudo, bem como artigos opinativos que não estavam apoiados em base de dados científicos ou que não apresentavam suporte de uma coleta sistemática de dados.

3. Resultados e Discussão

O presente estudo advém de uma revisão bibliográfica narrativa abordando os passos para implementação dos manejos em cuidados paliativos, desde sua identificação e elegibilidade, como seu prognóstico. Prosseguindo com a avaliação do paciente, executando uma comunicação eficiente e traçando um plano de cuidados com assistência familiar, com ilustrações/figuras para fixação e concretização do conhecimento.

3.1 Manejo e elegibilidade aos cuidados paliativos

Os cuidados paliativos são direcionados às pessoas com condições crônico-degenerativas que ameaçam a continuidade da vida, em todas as fases clínicas do adoecer, como também em casos progressivos de redução da funcionalidade. Deste modo, reconhecer os perfis de pacientes que podem ser incluídos nessa definição e a evolução natural das doenças crônico-degenerativas é de grande importância, pois possibilita o início precoce e planejado das intervenções

necessárias para caso, deixando o cuidado mais personalizado, efetivando o alívio do sofrimento, manejo de crises e contribuindo para promoção da qualidade de vida. (Carvalho & Parsons, 2012)

O início do manejo em atenção paliativo consiste em identificar o caso, independentemente da modalidade de atendimento, em enfermaria/pronto socorro ou ambulatorial, realizando a avaliação do doente, e considerando alguns elementos fundamentais que possibilitam a compreensão da pessoa doente, da cronologia da evolução da doença, os tratamentos já realizados, as necessidades atuais para o caso, como medicações e tratamentos propostos. (Maciel, 2012)

As doenças elencadas pela OMS em 2019, beneficiando-se pela adequada assistência em saúde pela contribuição em qualidade de vida, amparada nos princípios dos cuidados paliativos, segundo as estimativas, são as cardiovasculares (38,5%), as neoplásicas (34,0%), a doença pulmonar obstrutiva crônica [DPOC] (10,3%), a AIDS (5,7%) e o diabetes mellitus (4,6%) (WHO, 2020).

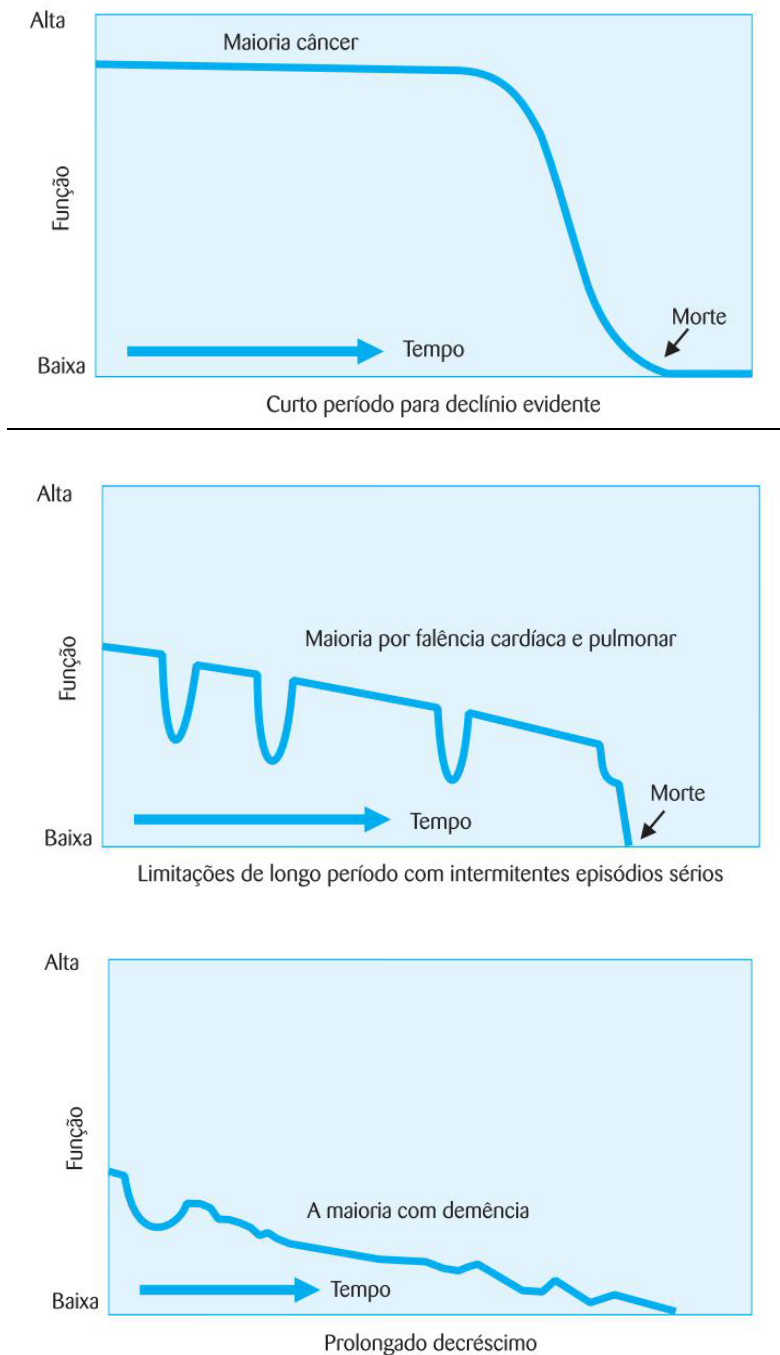
Conforme descrito por Arantes (2012), ao observarem uma dificuldade de avaliar e cuidar do sofrimento dos pacientes com doenças crônicas, estabelecendo-se alguns critérios de recomendação para cuidados paliativos, considerando a indicação para aqueles pacientes que esgotaram todas as possibilidades de tratamento de manutenção ou prolongamento da vida, ou que se apresentem em fase terminal da sua patologia mesmo que diagnosticado em sua primeira manifestação clínica (exemplo na Síndrome da Imunodeficiência Adquirida - SIDA), evidenciando o sofrimento, optando por manutenção de conforto e dignidade da vida. Um dos critérios relevantes contemplam a avaliação do prognóstico e o tempo de vida, com a designação de seis meses de expectativa de vida indicando ações em cuidados paliativos exclusivos.

3.2 Avaliação do prognóstico

A avaliação do prognóstico representa uma ampla análise do paciente desde a idade, que por si só não é uma definição, sua condição física/mental e as suas comorbidades, utilizando algumas indicações como: insuficiência cardíaca com fração de ejeção [FE] menor que 20% ou que mantêm classe funcional 4, com medicações otimizadas, e que não estejam em lista de transplante; paciente com doença pulmonar obstrutiva crônica [DPOC], com resultado do índice de Body mass index, airway Obstruction, Dyspnea, and Exercise capacity [BODE] elevado, e com dependentes de oxigênio que apresentem dispnéia em repouso com medicações otimizadas; pacientes com diagnóstico de hepatopatia crônica com albumina (< 2,5 g/dl) e com alguma complicação existente; paciente com clearance de creatinina menor ou igual a 15ml/min que não serão submetidos a diálise; e paciente com demência com quadro mais reservado, associado ao estágio 7 ou mais da escala de Functional Assessment Staging [FAST], com mais a ocorrência no último ano de pelo menos uma das complicações pela condição existente. (Maiello et al., 2020)

Em alguns contextos de discussões para atenção em paliativo, ilustrada na Figura 1, considera a evolução da doença através das alteração da funcionalidade conforme a patologia apresentada, tendo as neoplasias uma maior permanência da função ao longo do tempo com uma rápida queda, ao contrário das doenças cardiopulmonares, descrevendo várias oscilação representando as descompensações/exacerbações com progressão lenta do declínio, contudo as doenças mentais inicia com baixa funcionalidade permanecendo em regressão continua ao longo do tempo.

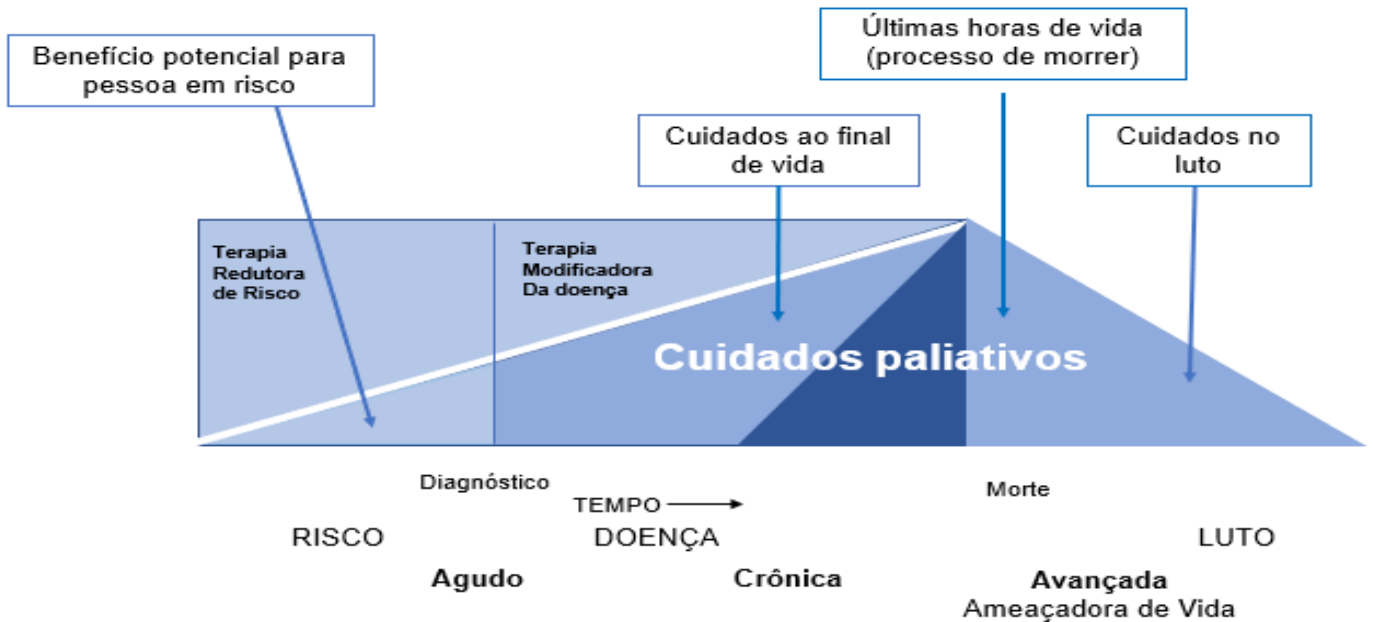
Figura 1 - Variadas características de evolução conforme a doença.



Fonte: Adaptado de Cuidado Paliativo. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo [CREMESP], (2008).

À medida que a doença avança, mesmo em vigência do tratamento com intenção curativa, a abordagem paliativa tende a ser ampliada. Na Figura 2 descreve a transição do cuidado com objetivo de cura para o cuidado com intenção paliativa sendo um processo contínuo, e sua dinâmica difere para cada paciente, tornando-se prioritário para garantir qualidade de vida, conforto e dignidade. (INCA, 2022)

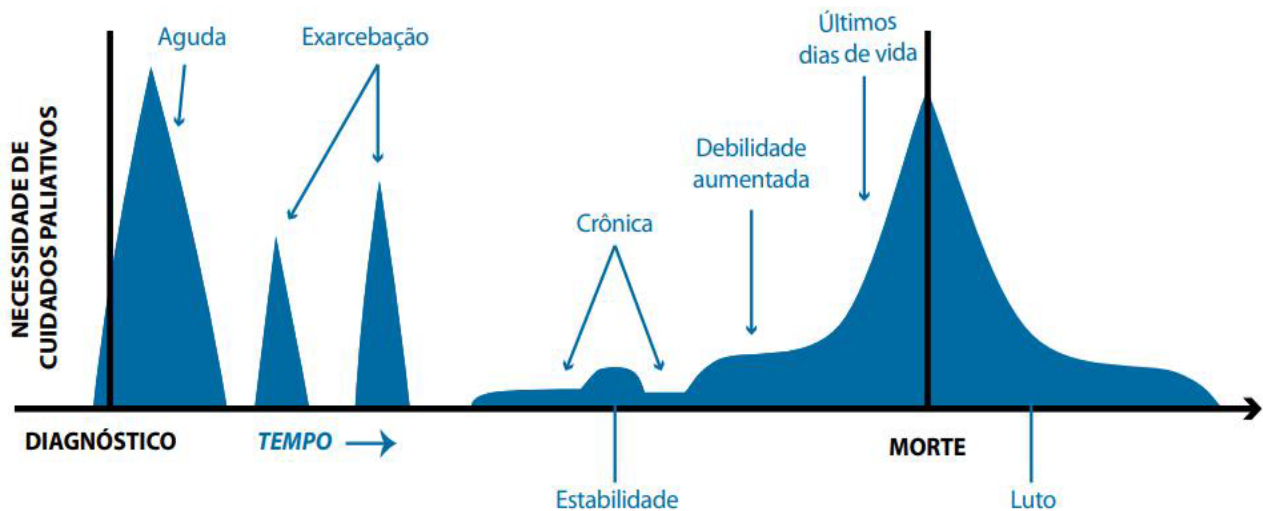
Figura 2 - Modelo integrado de cuidados paliativos para doenças crônicas progressivas.



Fonte: Adaptado de Comissão Permanente de Cuidados Paliativos da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia. (SBGG), (2014).

Durante o curso de uma doença e o processo de luto, pacientes e familiares apresentam necessidade variável de cuidados paliativos, de acordo com a intensidade dos problemas que surgem de forma dinâmica, sistematizado na Figura 3 de variabilidade de necessidades. (SBGG, 2014)

Figura 3 - Variabilidade de necessidades de cuidados paliativos.



Fonte: Adaptado de Comissão Permanente de Cuidados Paliativos da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia. Vamos falar de Cuidados Paliativos. SBGG, (2014).

3.3 Avaliação do paciente em cuidados paliativos

A medicina paliativa exige conhecimento técnico, aliado à percepção do ser humano como agente de sua história de vida, determinando seu próprio curso de adoecer e morrer (Maciel, 2012). A existência de diferentes ferramentas e escalas validadas cientificamente, colabora para obtenção de um prognóstico, auxiliando na tomada de decisão tanto pela equipe, quanto pelos próprios pacientes e familiares quando esses desejam compreender. (INCA, 2022)

Os instrumento para identificação de pessoas com doenças crônicas avançadas e/ou terminais com necessidade de atenção paliativa, consiste inicialmente na aplicabilidade do instrumento – NECPAL-BR, contemplando alguns parâmetros clínicos, desde o declínio funcional, nutricional, a presença de comorbidades, além das condições geriátricas que necessitam de cuidados, como também os indicadores clínicos gerais de severidade e progressão patológica, clínicos (oncológica, pulmonar, cardiológica ou neurológica). Além disso, a pergunta-surpresa [PS] é o primeiro parâmetro da escala NECPAL, emprega uma única pergunta a ser feita ao médico assistente sobre a estimativa da expectativa de vida do paciente: “Você ficaria surpreso se o paciente morresse nos próximos 12 meses?” Os pacientes para os quais o médico respondeu “não” são considerados PS positivos indicando ações em palição. (Orzechowski, et al., 2019)

A integração da Escala de Performance Karnofsky [KPS], na avaliação da funcionalidade do paciente em forma de percentual, classificando-o quanto à capacidade de realizar trabalho ativo, manutenção do autocuidado como a necessidade de cuidados médicos frequentes em razão da maior evidência de doença. (INCA, 2022)

Acrescentando na avaliação funcional, a escala Palliative Performance Scale [PPS], sendo importante para a vigilância da curva evolutiva da doença, constituindo um elemento valioso na tomada de decisões, predição de prognóstico e diagnóstico na terminalidade, devendo ser utilizado todos os dias para pacientes internados, como nas consultas ambulatoriais e visitas domiciliares. A Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton [ESAS], objetiva analisar os sintomas do paciente desde a admissão, internação, consultas ambulatoriais e visitas domiciliares. (Maciel, 2012)

Complementando na tomada de decisões sobre o prognóstico com aplicação do Índice Prognóstico Paliativo [PPI], sendo uma ferramenta de prognóstico, validada por pesquisadores, concebido para avaliar pacientes oncológicos com doença avançada. Consistindo na soma do valor atribuído ao PPS, com os valores atribuídos a outras variáveis clínicas, a saber: ingestão oral, edema, dispnéia em repouso e delirium. Essas variáveis, por si só, são preditivas de mau prognóstico, contribuindo para predizer se um paciente sobreviverá ou não a um tempo maior que três ou maior que seis semanas. (INCA, 2022)

Prosseguindo com o manejo na atenção paliativa, após obtenção de uma visão global do paciente, permitindo a aplicabilidade de uma estratificação de plano de cuidados personalizados para o caso, contribuindo para uma comunicação eficiente entre os diversos profissionais da equipe, orientando as ações previstas para o paciente conforme a sua evolução. As estratificações de planos de cuidados (proporcionalidade de cuidados) são organizadas em grupos, mantendo-se apoio aos pacientes e familiares permanentemente, abordando desde o diagnóstico, as condutas e prognósticos do paciente, além da assistência clínica, psicossocial e espiritual. (Mauriz et al., 2014)

Um dos grupos titulados como cuidados paliativos precoce, contempla o status funcional bom por (KPS ou PPS > 60%), com plano de cuidados em caso de instabilidade clínica aguda, manejo de assistência ampliada como encaminhamento para unidade de terapia intensiva [UTI] se indicado, recebendo o suporte avançado de vida em caso de parada cardiorrespiratória [PCR], priorizando o tratamento curativo ou restaurativo e utilizando os princípios da beneficência e autonomia. O grupo de cuidados paliativos denominado de complementares, apresenta com o 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. (Mauriz et al., 2014)

O status de funcionalidade baixos (KPS ou PPS <40%) refere-se ao grupo de cuidados paliativos predominantes, sendo identificados critérios de irreversibilidade da doença de base, buscando ações para melhor qualidade de vida possível como o controle de sintomas desconfortáveis (tratamento de infecções, correção de distúrbios hidroeletrólíticos, analgesia,

etc.), respeitando os princípios da autonomia e não maleficência, sem terapias fúteis ou encaminhamento para UTI, considerando o desejo do paciente ou de seus representantes legais. (Mauriz et al., 2014)

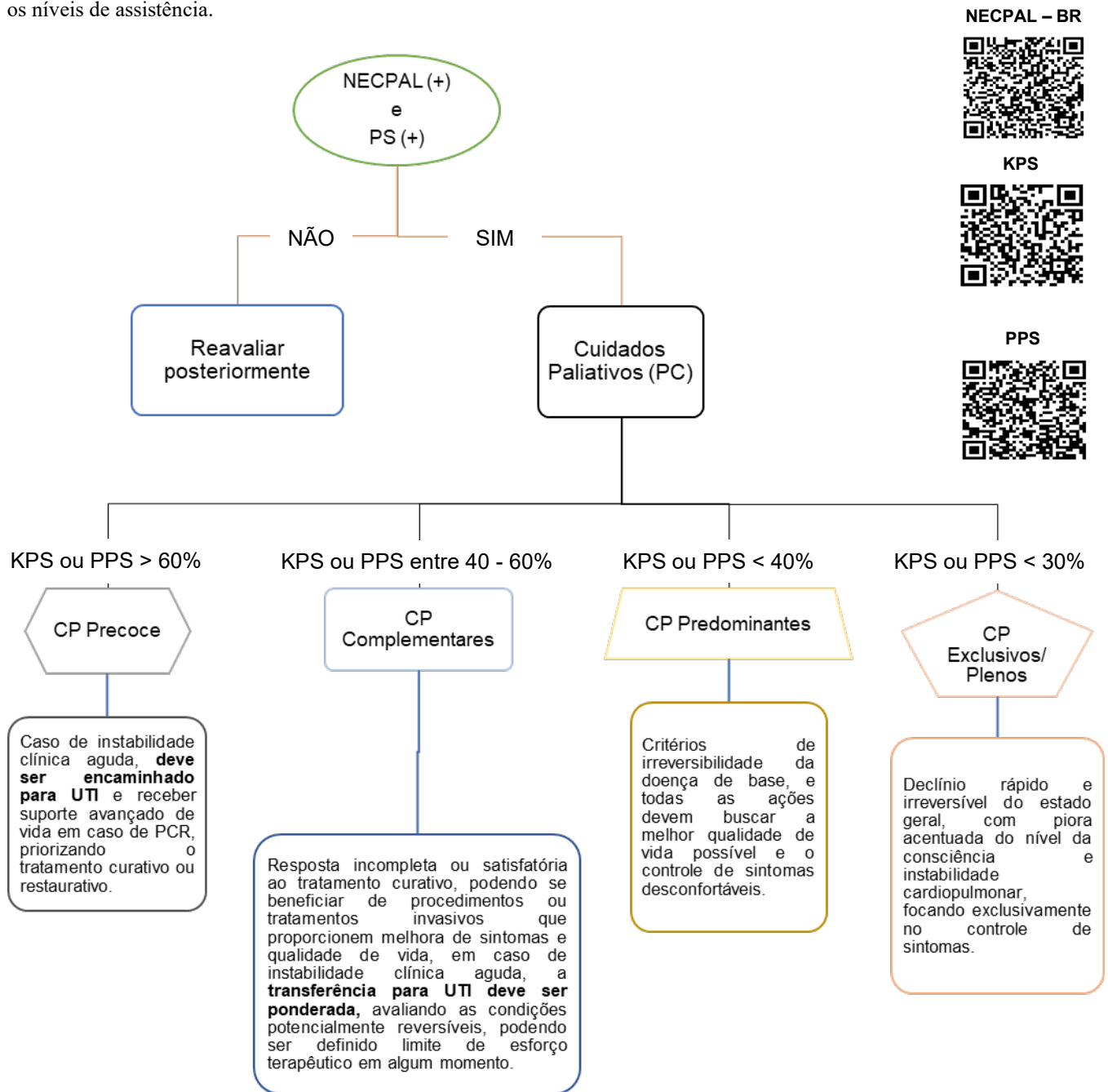
Ao deparar-se em uma situação de finalidade de vida, com status funcional (KPS ou PPS <30%) ou neoplasia sólida com metástase, contemplando os cuidados paliativos exclusivos/pletos, pelo declínio rápido e irreversível do estado geral, com piora acentuada podendo ser evidenciada pelo comprometimento do nível da consciência e instabilidade cardiopulmonar, focando exclusivamente no controle de sintomas. (Mauriz et al., 2014)

3.4 A comunicação em cuidados paliativos

A comunicação satisfatória sobre a finitude da vida exige conhecimento da patologia, com humanização e empatia para alcançar a compreensão do caso para o paciente e familiares, e as evidências científicas existentes não suportam a crença comum de que a comunicação sobre questões de fim de vida não aumenta o sofrimento do paciente. No entanto, as conversas sobre os objetivos do tratamento geralmente são conduzidas por médicos que não conhecem o paciente, não abordam rotineiramente os objetivos não médicos, e muitas vezes não fornecendo as informações suficientes sobre o prognóstico para permitir decisões apropriadas, comprometendo os processos de cuidados com a doença crônica do paciente e seus impactos nos processos de fim de vida. (Bernacki & Susan, 2014)

A implantação do manejo em cuidados paliativos ilustrada na Figura 4 em princípio exige uma comunicação clara e empática para com o paciente e familiares, alcançando a compreensão desde o diagnóstico, seu prognóstico, como o planejamento de cuidados, na adesão ao tratamento e na obtenção de reais expectativas para o paciente e seus cuidadores gerando redução de sofrimento e danos no processo. (INCA, 2022)

Figura 4 - Manejo em Cuidados Paliativos desde: a identificação, avaliação funcional e estratificação dos cuidados em todos os níveis de assistência.



Notas: Instrumento para identificação de pessoas em situação de doença avançada e/ou terminal e necessidade de atenção paliativa para uso em serviços de saúde e sociais do Brasil [NECPAL – BR]; Pergunta surpresa [PS]; Escala de Performance Karnofsky [KPS]; Escala de performance paliativa [PPS]; Unidade de terapia intensiva [UTI].

Fonte: Adaptação do Manual em Cuidados Paliativos – ANCP, (Arantes, 2012) e Protocolo Cuidados Paliativos na Atenção Básica. Silva et al., (2021).

O paciente sob cuidados paliativos almeja ser compreendido como um ser humano que sofre fisicamente e psicossocialmente. Para que estas necessidades sejam atendidas é preciso que os profissionais de saúde resgatem a relação interpessoal empática e compassiva como base para suas ações e condutas, não apenas em desenvolver suas habilidades técnicas com aperfeiçoamento para diagnosticar, tratar, mas buscando informações sobre a relação do paciente com a sua patologia, terapia proposta, situações envolvendo o cotidiano, aspecto da vida/morte, com uma relação baseada em respeito e empatia. Embora a maioria dos pacientes queiram saber sobre a sua condição de saúde, os mesmos, também têm o direito de

não querer receber informações, sendo seu desejo respeitado. (Silva & Araújo, 2012)

A comunicação de más notícias envolve uma preparação do receptor desde o quanto o paciente compreende da situação, como limite de informação deve ser repassada, até o local adequado de discutir sobre condição clínica do paciente, desenvolvendo uma comunicação com uma linguagem acessível, objetiva, demonstrando empatia e segmentada contemplando um resumo da conversa, sanando dúvidas imediatas e posteriores, elaborando um planejamento dos próximos passos, podendo utilizar várias ferramentas de comunicação como o protocolo de más notícias (S Setting up; P Perception; I Invitation; K Knowledge; E Emotions; S Strategy and Summary) [SPIKES]. (Maiello, Coelho, Messias, & Alessandro, 2020)

3.5 Planos de cuidados

Os planos de cuidados nos pacientes com doença grave consistem em um elemento essencial de alta qualidade, permitindo que os médicos alinhem os cuidados prestados com o que é mais importante para o paciente. Essas discussões iniciais contendo os objetivos do cuidado promove uma redução do uso de atenção médica não benéficos perto da morte, melhora as atribuições promovidas pelo planejamento, resultando positivamente para os familiares e reduzindo custos desnecessários. (Bernacki & Susan, 2014)

É considerado praticamente impossível segundo Silva & Araújo (2012), cuidar de um indivíduo de forma completa sem considerar seu contexto, dinâmica e relacionamento familiar. A informação contínua e acessível aos familiares é o elemento essencial que permitirá uma vivência mais serena e tranquila do processo de adoecer/morrer, sem gerar expectativas que não podem ser atendidas. Tendo cuidado em buscar primeiramente, se paciente lúcido(a), o desejo de compartilhar essas informações em uma reunião ou não, como quem ele(a) quer presente nesse momento (familiares). Sendo um procedimento segundo Maiello et al., (2020), normalmente manifesta-se nos familiares, uma segurança emocional ao perceber a disponibilidade da equipe de saúde para ouvi-los, esclarecendo as dúvidas e os reconhecendo como parcela importante dos cuidados prestados ao paciente. Apresentando uma resignificação da vida, amenizando o sofrimento para a família, discutindo as medidas que poderão ser oferecidas ao paciente, compreendendo os objetivos dos cuidados paliativos e as limitações presentes em cada fase da doença até o transcorrer da morte. (Maciel, 2012)

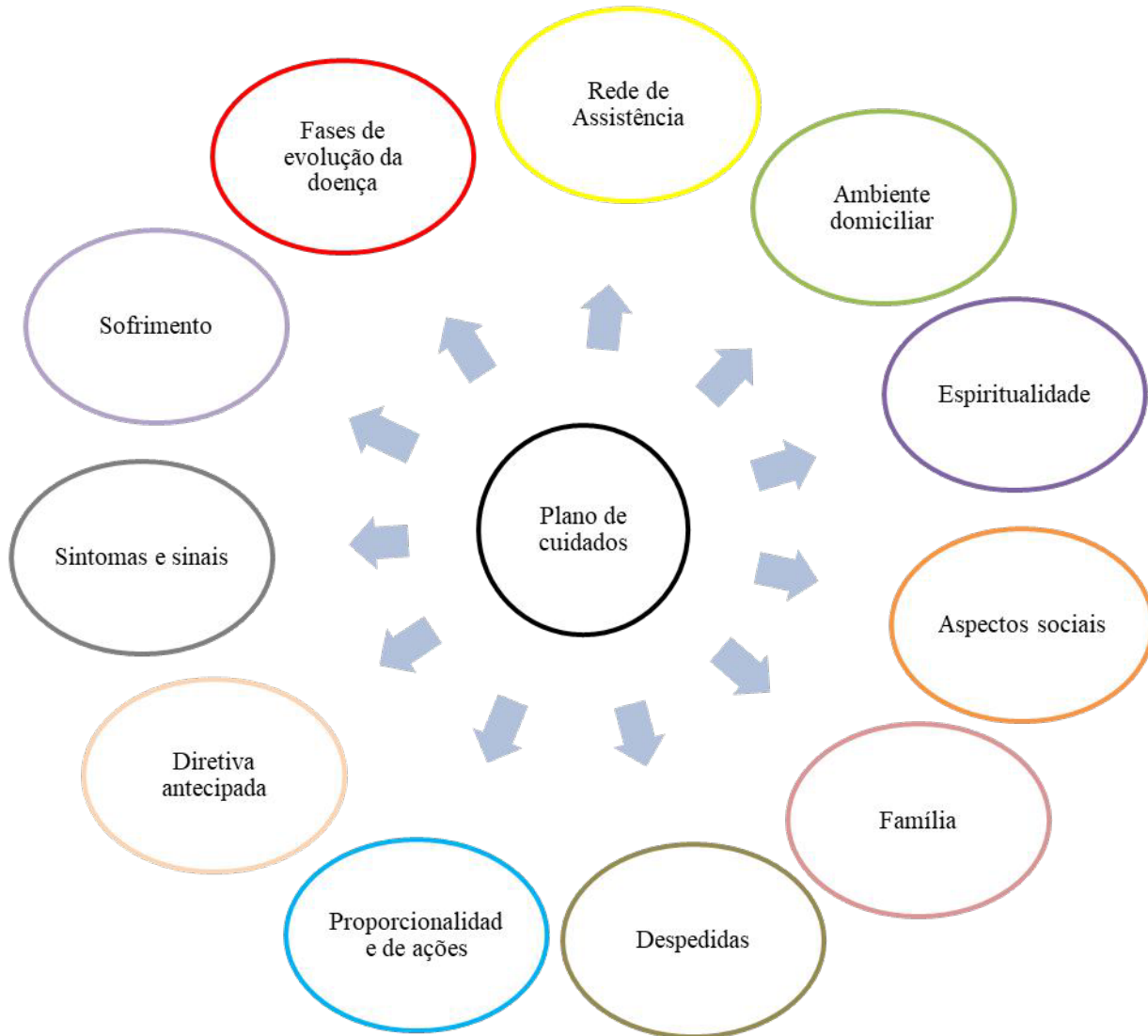
Compreendendo como um conjunto de tarefas e intervenções destinadas a alívio do sofrimento em situações de enfermidades crônicas ameaçadoras da vida, o cuidado paliativo prioriza a escuta ativa da pessoa e de seus familiares para a identificação de aspectos singulares que devem subsidiar e contribuir para a definição do plano de cuidados, envolvem adequação do esforço terapêutico, balanceando valores, riscos e benefícios de cada medida instituída. (Silva, Peixoto, Mota, Rodrigues & Amaral, 2018)

Os cuidados paliativos pressupõem uma atuação multiprofissional, para que o cuidado ocorra em todos os aspectos: físico, psicológico, social e espiritual. Deste modo, as decisões referentes a indicação e implementação dos cuidados necessários devem conter a participação de todos os membros da equipe multiprofissional como estabelecendo as prioridades de cuidados em todos os níveis. A assistência ao paciente, implica em uma ampla análise do caso, desde a condição clínica, funcional e autônoma, almejando beneficiar com ações/terapias prestadas, contribuindo para melhor atuação conforme a necessidade existente em cuidados paliativos em todos os níveis de atendimento (Unidade de Terapia Intensiva - UTI, na oncologia, e especialmente no contexto de internação hospitalar de longa permanência). (SES-DF, 2018)

A existência de uma nova reorganização do aspecto da vida como remodelar o planejamento de modo individualizado/personalizado, abrangendo as contingências de cada fase ou etapa do processo de adoecimento (diagnóstico, recuperação, recaídas, remissão completa ou morte) demandam adaptações para a pessoa, seu grupo familiar e cuidadores. A Figura 5 fundamenta-se em princípios e demandas referidos a pessoa doente, centralizando nas ações em cuidados da equipe

multiprofissional de saúde para o planejamento e realizações de assistências definidas nos planos de cuidados individualizados para cada caso. (Silva et al., 2018)

Figura 5 - Aspectos e bases do plano terapêutico singular.



Fonte: Adaptação do Curso de Aperfeiçoamento – Cuidado Paliativo em Atenção Domiciliar: Núcleo de Educação em Saúde Coletiva (Nescon) da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (FMUFMG). Supervisão: Ministério da Saúde/Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS). Silva et al., (2018).

A continuação do cuidado da equipe assistente permanece existente nos cuidados paliativos, através de consultas ambulatoriais e/ou durante internações por possíveis complicações/agudizações. Mantendo o controle dos sintomas referidos, principalmente algícos. Segundo Cardoso (2012), adicionalmente à dor oncológica, diferentemente de outras síndromes algícas, pode estar associada em 64% a 93% dos pacientes em cuidados paliativos a uma dor intensa, do tipo “breakthrough” [DTB]. Essa prevalência parece aumentar com o avanço da doença e com a intensidade da dor basal, utilizando desde analgesia simples para dores leves, até opióides em dores moderada a fortes, avaliando a necessidade de associar a outros fármacos como adjuvantes a analgesia.

A assistência na atenção paliativa em domicílio integra a Rede de Atenção em Saúde – SUS [RAS-SUS] desde 2016, objetivando o controle da dor e do sofrimento, com acompanhamento frequente, realizado pela equipe multiprofissional do

Serviço de Atenção Domiciliar [SAD], de acordo com a Portaria nº 825, de 25 de abril de 2016 do Ministério da Saúde. Incluindo intervenções em cuidados paliativos desde ações preventivas, que atenuam os efeitos das incapacidades esperadas, e enfatizam a educação do paciente, como a reconstrução psicossocial do doente, através de procedimentos de reabilitação e suporte, contribuindo para ensinar os pacientes a acomodar suas incapacidades, elevar sua autonomia e minimizar alterações debilitantes na sua doença em progressão. (Jorge & Othero, 2012)

Os manejos de outros sintomas como náusea e vômitos normalmente são prescritos alguns antieméticos de forma contínua. Contudo, a dispnéia sendo outra queixa também frequente, implicando em uma avaliação cuidadosa por estar associada a dor e/ou ansiedade, necessitando de evidências de hipoxemia para a indicação de oxigenioterapia. Outros sintomas presentes como constipação, soluço, ansiedade e insônia, tendo um importante impacto na assistência médica, exigindo uma boa comunicação com o paciente e os cuidadores, para compreender as necessidades existentes, seu contexto, com o objetivo de amenizar os sofrimento, reduzindo complicações e avaliando possíveis medidas clínicas, conforme a fase da doença e a condição clínica do paciente, contribuindo para a ressignificação dos cuidados paliativos para profissionais de saúde ao individualizarem os casos, conforme a avaliação da funcionalidade e situação atual do paciente. (Silva et al., 2021)

A continuidade da atenção paliativa contempla vários aspectos desde espiritual, diretiva antecipada de vontade, opções de cuidados no fim de vida e os aspectos jurídicos envolvendo a Resolução do Conselho Federal de Medicina [CFM], nº 1.805, publicada em 2006, que evidencia 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. (CFM, 2006)

A atuação multiprofissional buscar englobar a maior parte das situações que possa causar sofrimento, desde questões legais como orientação sobre a assistência financeira (auxílio em saúde), auxiliando na resolução de conflitos emocionais e espirituais e contemplando também o planejamento a discussão sobre a diretiva antecipada de vontade, descrevendo o conjunto de desejos prévios e expressamente manifestado pelo paciente, sobre cuidados e tratamentos que quer ou não, receber no momento em que estiver incapacitado de expressar, mantendo a sua autonomia, podendo ser alterado conforme a vontade do paciente, como também novamente registrada e/ou anulada, tendo o respaldo ético na Resolução CFM nº 1.995, publicada em 2012. (CFM, 2012)

Em virtude das mudanças frequentes do quadro clínico, o paciente necessita, permanentemente, de cuidados e terapias diversas, que podem ser oferecidos em ambiente hospitalar, em unidades de hospice ou em domicílio, recomendando-se que permaneça no local onde possa ter condições de ser cuidado, recebendo alívio e conforto. Em geral, nos últimos meses de vida, o paciente é atendido no ambulatório, mas a consulta visa amenizar principalmente a dor, o desconforto abdominal, insônia, depressão, o medo de morrer, dentre outros. (Chino, 2012)

A preparação do ambiente domiciliar para os cuidados de final de vida deve ser realizada, se a decisão consistir na morte no domicílio. São momentos de despedidas, conclusões de negociações, reconciliações, avaliação do desejo preexistente, com o redirecionamento da esperança e abordagem espiritual (Silva et al., 2018). Essa consiste em um dos pilares fundamentais nos cuidados paliativos, conforme proposto pela OMS, com a inclusão no atendimento de pacientes que se encontram em situação de doença ameaçadora de vida, amenizando sofrimento e dor em uma situação que pode ser algo transformador, e resultar em crescimento, como também pode ser desesperador e angustiante. (Puchalski, Ferrell, Otis-Green & Handzo, 2016). A necessidade espiritual do paciente com doença ameaçadora da vida é considerada urgente, pois ele vivencia o sofrimento pela proximidade da morte e a equipe multidisciplinar deve auxiliá-lo a enfrentar o processo de enlutamento e o luto. (Evangelista et al., 2016)

Para o processo do luto existem alguns fatores de proteção que contribuem para a elaboração saudável, e alguns

fatores de risco que influenciam no surgimento de um processo de luto complicado, no qual as características do enlutamento podem ser vividas com maior intensidade, dificultando a fluidez do processo (não do mesmo modo como antes) ou fique paralisada. Outras manifestações de complicações são a ausência de sentimento (reações), como se o sujeito não tivesse vivido nenhuma perda, ou serem vividas tardiamente, tendo o enlutado maior dificuldade de reestabelecimento da segurança e adaptação após a perda (Parkes, 2009). O tipo de perda (morte, segurança, saúde, rotina, financeira) experimentada não qualifica ou quantifica o luto, é importante reconhecer os sentimentos envolvidos e buscar apoio com a equipe multiprofissional, amigos, familiares e na própria espiritualidade. (Maiello et al., 2020)

Portanto, o preparo dos profissionais, e sua incorporação nos programas que integrem a assistência em saúde pública, desde os gestores e políticos, de maneira articulada, contribuem os cuidados paliativos ampliados, em todos os níveis de atendimento à rede de saúde alcançando uma assistência humanizada e integrativa, visto que essa incorporação poderá ajudar a diminuir o abandono e o sofrimento dos pacientes e de suas famílias. A formação de recursos humanos em cuidados paliativos, incluindo o preparo emocional para lidar com esses pacientes e seus familiares, com a continuidade da assistência ao paciente na transição do tratamento curativo para o paliativo são fatores que favorecem a humanização, a integralidade e a obtenção de respostas mais adequadas aos desafios éticos vividos pelas equipes no atendimento de pessoas cuja continuidade de vida se encontra ameaçada. (Souza et al., 2015)

4. Conclusão

A atenção em cuidados paliativos no Brasil representa uma pequena parcela de atuação em saúde pública, quando observado a nível mundial, ficando evidente a enorme disparidade evolutiva no que tange os cuidados paliativos, por implementação de políticas públicas recentes, desensibilização dos gestores em saúde, predominância de uma medicina paternalista e curativa, com pouca disponibilidade de ações em palição no SUS. O presente estudo no manejo em cuidados paliativos contribui em auxiliar na aplicabilidade em todos os níveis de atendimento, favorecendo uma elevação na qualidade de vida dos pacientes avaliados, reduzindo internações, melhorando a administração dos insumos públicos, amenizando a dor e sofrimento de uma família, executando uma assistência humanizada e empática no processo de adoecer e morrer, reafirmando a necessidade de profissionais multidisciplinares capacitados para sua ampliação e disseminação na rede em saúde, colaborando para trabalhos futuros na implementação de ações paliativas, desenvolvendo educação permanente e social, principalmente nas especialidades médicas, com perpetuação da medicina centrada no paciente e nos seus aspectos psicossociais.

Referências

- Arantes, A. C. L. Q. (2012). Manual de Cuidados Paliativos ANCP: Indicações de Cuidados Paliativos. *Academia Nacional de Cuidados Paliativos*. 1(2), pp. 56-74. https://dms.ufpel.edu.br/static/bib/manual_de_cuidados_paliativos_ancp.pdf
- Bernack, R. E. & Block, S. D. (2014). American College of physicians high value care task force. Communication about serious illness care goals: a review and synthesis of best practices. *JAMA Internal Medicine, Chicago*. 174(12), 1994-2003. DOI: 10.1001/jamainternmed.2014.5271
- Brasil. (2016). Portaria nº 825, de 25 de abril de 2016. Ministério da Saúde. *Diário Oficial da União de 26 de abril de 2016*. (78a ed., 33p.). <https://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/portal/pdf/saude337202111.pdf>
- Brasil. (2017). *Cuidados paliativos: Quando indicar*. Brasília, DF. https://telessaude hc.ufmg.br/wp-content/uploads/2016/07/CUIDADOS-PALIATIVOS_LIVRO.pdf
- Cardoso, M. G. M. (2012). Manual de Cuidados Paliativos ANCP: Classificação, fisiopatologia e avaliação da dor. *Academia Nacional de Cuidados Paliativos*. 1(2), pp. 113-122. https://dms.ufpel.edu.br/static/bib/manual_de_cuidados_paliativos_ancp.pdf
- Carvalho, R. T.; & Parsons, H. A. (2012). Manual de Cuidados Paliativos ANCP. *Academia Nacional de Cuidados Paliativos*. (2a ed., 592p.). Porto Alegre, RS: Sulina.

- Casarin, S. T.; Porto, A. R.; Gabatz, R. I. B.; Bonow, C. A.; Ribeiro, J. P. & Mota, M. S. (2020). Tipos de revisão de literatura: considerações das editoras do *Journal of Nursing and Health*. 10(5), pp.1-7. <https://doi.org/10.15210/jonah.v10i5.19924>
- CFM. (2006). Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 1.805/2006. *Diário Oficial da União*. Seção 1, p. 169. Brasília, DF. <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2006/1805>
- CFM. (2012). Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 1.995/2012. *Diário Oficial da União*. Seção 1, pp. 269-70. Brasília, DF. <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2012/1995>
- Chino, F. T. B. C. (2012). Manual de Cuidados Paliativos ANCP: Plano de Cuidados: cuidados com o paciente e a família. *Academia Nacional de Cuidados Paliativos*. 1(2), pp. 392-399. https://dms.ufpel.edu.br/static/bib/manual_de_cuidados_paliativos_ancp.pdf
- Costa, I. V.; Magalhães, J. G.; & Rocha, M. P. (2019). Atualidades em cuidados paliativos no Brasil: Avanço ou Resistência? *Revista científica multidisciplinar núcleo do conhecimento*. 10(10), pp. 05-18. <https://www.nucleodoconhecimento.com.br/saude/avanco-ou-resistencia>
- CREMESP. (2008). Cuidado Paliativo. *Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo*; 690p. https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/446028/mod_resource/content/1/Cuidados_Paliativos_CREMESP.pdf
- Evangelista, C. B.; Lopes, M. E. L.; Costa, S. F. G. D.; Batista, P. S. D. S.; Batista, J. B. V.; & Oliveira, A. M. D. M. (2016) Cuidados paliativos e espiritualidade: revisão integrativa da literatura. *Revista brasileira de enfermagem*. 69(3), 591-601. doi: 10.1590/0034-7167.2016690324i
- Gomes, A. L. Z.; & Othero, M. B. (2016). Cuidados paliativos. *Estudos Avançados*, 30(88), pp. 155-166. <https://www.revistas.usp.br/eav/article/view/124275>. doi: 10.1590/S0103-40142016.30880011
- INCA. (2022). A avaliação do paciente em cuidados paliativos: Cuidados paliativos na prática clínica. *Instituto Nacional de Câncer e Ministério da Saúde*. (1a ed., 284p.). Rio de Janeiro, RJ: RJ OFFSET.
- Jorge, L. L.; & Othero, M. B. (2012). Manual de Cuidados Paliativos ANCP: Reabilitação em Cuidados Paliativos: atuação do profissional e particularidades. *Academia Nacional de Cuidados Paliativos*. 1(2), pp. 500- 516. <http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/05/Manual-de-cuidados-paliativos-ANCP.pdf>
- Maciel, M. G. S. (2012). Manual de cuidados paliativos ANCP: Organização de serviços de cuidados paliativos. *Academia Nacional de Cuidados Paliativos*. 1(2), pp. 94-110. https://dms.ufpel.edu.br/static/bib/manual_de_cuidados_paliativos_ancp.pdf
- Maiello, A. P. M. V.; Coelho, F. P.; Messias, A. A.; & D'Alessandro, M. P. S. (2020). Manual de cuidados paliativos. *Hospital Sírio Libanês e Ministério da Saúde*; 176p. <https://cuidadospaliativos.org/uploads/2020/12/Manual-Cuidados-Paliativos.pdf>
- Matsumoto, D. Y. (2012). Manual de cuidados paliativos ANCP. Cuidados Paliativos: conceito, fundamentos e princípios. *Academia Nacional de Cuidados Paliativos*. 1(2), pp. 23-30. https://dms.ufpel.edu.br/static/bib/manual_de_cuidados_paliativos_ancp.pdf
- Mauriz, P.; Wirtzbiki, P. M.; & Campos, U. W. (2014). Protocolo Cuidados Paliativos. *Instituto de Saúde e Gestão Hospitalar ISGH*. 16p. http://www.isgh.org.br/intranet/images/Servicos/Protocolos/isgh_protoco_cuidado_paliativo.pdf
- Okon, T. R., & Christensen, A. (2022). Overview of comprehensive patient assessment in palliative care. *Uptodate*. Retrieved from https://www.uptodate.com/contents/overview-of-comprehensive-patient-assessment-in-palliative-care?search=overview-of-%20patient-assessment-in-palliative-care&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
- Orzechowski, R.; Galvão, A. L.; Nunes, T. S.; & Campos L. S. (2019). Palliative care need in patients with advanced heart failure hospitalized in a tertiary hospital. Palliative care need in patients with advanced heart failure hospitalized in a tertiary hospital. *Revista Escola de Enfermagem da USP*. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2018015403413>
- Parkes, C. M. (2009). *Amor e perda: as raízes do luto e suas complicações*. São Paulo, SP: Summus.
- Puchalski, C. M.; Ferrell, B.; Otis-Green, S.; & Handzo, G. (2016). Overview of spirituality in Palliative Care. *Uptodate*, jun, 8.
- SBGG. (2014). Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia. Vamos falar de Cuidados Paliativos. *Comissão permanente de cuidados paliativos da SBGG*. 24p. Recuperado de: <https://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2014/11/vamos-falar-de-cuidados-paliativos-vers--o-online.pdf>
- Schenker, Y. (2022). Primary palliative care. *Uptodate*. Retrieved from https://www.uptodate.com/contents/primary-palliative-care?search=cuidados%20paliativos%20adulto&source=search_result&selectedTitle=4~150&usage_type=default&display_rank=4
- SES-DF. (2018). Secretaria de Estado de Saúde – Distrito Federal. Diretriz para Cuidados Paliativos em pacientes críticos adultos admitidos em UTI. *Comissão permanente de protocolos de atenção à saúde da SES-DF – CPPAS*. 61p. Recuperado de: <https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/87400/Diretrizes+para+Cuidados+Paliativos+em+Pacientes+Cr%C3%ADticos+Adultos+Admitidos+em+UTI.pdf/b0db4a00-199e-66f7-4242-29c4b962fd0b?t=164864556436>
- Silva, A. E.; Mariani, A. C.; Moraes, A. P.; Rios, D. A.; Moraes, K. X. S. M.; Medeiros, M. D.; Santos, T. B. E.; Filho, S. S. G. & Melo, V. L. (2021). Protocolo de Cuidados Paliativos na Atenção Domiciliar. *Serviço de atenção domiciliar*. 51p. Recuperado de: https://www.divinopolis.mg.gov.br/arquivos/protocolo_cuidados_paliativos_-_corrigido_e_revisado_final_e_16060838.pdf
- Silva, A. E.; Peixoto, A. P. A. F.; Mota, J. A. C.; Rodrigues, K. E. S.; & Amaral, T. M. (2018). Curso de Aperfeiçoamento cuidado paliativo em atenção domiciliar. *Ministério da Saúde, Sistema Universidade Aberta do SUS, Fundação Oswaldo Cruz e Universidade Federal de Minas Gerais*. (1a ed., 159p.). Belo Horizonte, MG: Nescon/UFMG. Recuperado de: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/cuidado-paliativo-versao-final.pdf>
- Silva, M. J. P. & Araújo, M. M. T., (2012). Manual de cuidados paliativos ANCP: Comunicação em Cuidados Paliativos. *Academia Nacional de Cuidados Paliativos*. 1(2), pp. 75-85. https://dms.ufpel.edu.br/static/bib/manual_de_cuidados_paliativos_ancp.pdf

Souza, H. L.; Zoboli, E. L. C. P.; Paz, C. R. D. P.; Schweitzer, M. C.; Hohl, K. G.; & Pessalacia, J. D. R. (2015). Cuidados paliativos na atenção primária à saúde: considerações éticas. *Revista Bioética*, 23(2), 349-59. doi: 10.1590/1983-80422015232074

Temel, J. S.; Greer, J. A.; Muzikansky, A.; Gallagher, E. R.; Admane, S.; Jackson, V. A. ... & Lynch, T. J. (2010). Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer. *New England Journal of Medicine*, 363(8), 733-742. doi: 10.1056/NEJMoa1000678

WHO. (2020). World Health Organization. Palliative care. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>