Manual de Cuidados Paliativos na Atenção Primária e Atenção Domiciliar



Renata Meiga
Caroline Silveira
Kamila Vieira

Atheneu

ANCP
ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS

MATERIAL PROTEGIDO POR DIREITOS AUTORAIS

Manual de Cuidados Paliativos na Atenção Primária e Atenção Domiciliar

MATERIAL PROTEGIDO POR DIREITOS AUTORAIS



Manual de Cuidados Paliativos na Atenção Primária e Atenção Domiciliar

Editoras
Renata Maximiano Meiga Charruf
Caroline Cruz da Silveira
Kamila Vieira Silva

MATERIAL PROTEGIDO POR DIREITOS AUTORAIS

Atheneu
Rio de Janeiro • São Paulo
2025

EDITORA ATHENEU

São Paulo — Rua Maria Paula, 123 – 13° andar
Conjuntos 133 e 134
Tel.: (11) 2858-8750
E-mail: atheneu@atheneu.com.br

Rio de Janeiro — Rua Bambina, 74
Tel.: (21) 3094-1295
E-mail: atheneu@atheneu.com.br

CAPA: Márcio Alexandre Paranhos de Oliveira
ILUSTRAÇÃO DA CAPA: Heloisa Barbi Perucello
PRODUÇÃO EDITORIAL: MWS Design

CIP-BRASIL. CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO
SINDICATO NACIONAL DOS EDITORES DE LIVROS, RJ

M251

Manual de cuidados paliativos na atenção primária e atenção domiciliar / editores Renata Maximiano Meiga Charruf, Caroline Cruz da Silveira, Kamila Vieira Silva. - 1. ed. - Rio de Janeiro : Atheneu, 2025.
il. ; 24 cm.

Inclui bibliografia e índice
ISBN 978-65-5586-855-5

1. Cuidados paliativos - Cuidados primários de saúde. 2. Cuidados paliativos - Serviços de cuidados de saúde domiciliares. I. Charruf, Renata Maximiano Meiga. II. Silveira, Caroline Cruz da. III. Silva, Kamila Vieira.

24-94207

CDD: 616.029
CDU: 616-036.8

Gabriela Faray Ferreira Lopes - Bibliotecária - CRB-7/6643

30/09/2024 01/10/2024

MATERIAL PROTEGIDO POR DIREITOS AUTORAIS

©Direitos reservados à EDITORA ATHENEU – Rio de Janeiro, São Paulo, 2025.

Seção 1 Conceitos e Fundamentação Legal

Introdução

"Naquele hospital moderno, a morte era um acontecimento triste, solitário e impessoal. Os pacientes eram encaminhados para os quartos dos fundos [...] enquanto médicos e parentes discutiam se deveriam ou não contar a eles o que havia de errado." (Kubler Ross, 1996)

Com o envelhecimento populacional e consequente mudança no perfil epidemiológico, o hospital passou a ser insuficiente para a oferta de cuidados específicos às pessoas com condições crônicas de saúde ou doenças ameaçadoras da vida em fase avançada, sendo que o cuidado domiciliar passou a ser uma possibilidade, compondo inclusive a Rede de Atenção à Saúde (RAS).

Nesta seção, serão abordados conceitos iniciais de Cuidados Paliativos, Bioética, Normas e Resoluções e especificidades da Atenção Domiciliar no Sistema Único de Saúde (SUS) e na Saúde Suplementar.

O objetivo é expor onde começou o desenvolvimento da Atenção Domiciliar e em que ponto estamos na articulação dos Cuidados Paliativos nos seus diferentes níveis de atenção.

MATERIAL PROTEGIDO POR DIREITOS AUTORAIS

MATERIAL PROTEGIDO POR DIREITOS AUTORAIS

1

Conceito de Cuidados Paliativos, Processo de Elegibilidade e Domicílio como Centro do Cuidado

Gabriela Alves de Oliveira Hidalgo
Mariana Borges Dias
Rodrigo Kappel Castilho

MATERIAL PROTEGIDO POR DIREITOS AUTORAIS

Introdução

O recordatório de definições de Cuidados Paliativos (CP), ao longo da história, traz destaque a uma grande mudança de paradigma em relação a quem esse conjunto de ações de cuidado estão indicadas.[1-5]

Em 1990, a definição direcionava cuidados paliativos a "doenças incuráveis", passando por "doenças que ameaçam a vida" em 2002, até chegar nas definições atuais, que focam não na doença, mas no indivíduo com sofrimento/problemas vinculados à condição de saúde ou doença.[1-5]

Neste capítulo, discorreremos sobre essa evolução de conceitos, traremos os critérios de elegibilidade para identificar pessoas que necessitam de cuidados paliativos como parte do plano de cuidados e quando o domicílio como principal local de cuidado é o mais indicado.

Conceito

Quando a medicina paliativa foi reconhecida como especialidade médica, no Reino Unido, em 1987, a definição de Cuidados Paliativos era: "O estudo e manejo de pacientes com doença ativa, progressiva e bastante avançada, com prognóstico limitado, cujo foco do cuidado é a qualidade de vida".[6]

Indo nessa direção, a primeira definição de Cuidados Paliativos publicada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1990, estabelecia: "Cuidado Paliativo é o cuidado ativo e total para pacientes cuja doença não é responsiva para um tratamento curativo. Controle de dor e outros sintomas e de problemas psicológicos, sociais e

espirituais são fundamentais. O objetivo do cuidado é atingir a melhor qualidade de vida possível para pacientes e seus familiares".[1,5]

Com o passar do tempo e o amadurecimento da prática, mudanças conceituais mais significativas ocorreram na definição da OMS, em 2002, ampliando a abordagem para não apenas aqueles com doenças incuráveis: "Cuidado Paliativo é uma abordagem que promove a qualidade de vida de pacientes e seus familiares, que enfrentam doenças que ameacem a continuidade da vida, através da prevenção e alívio do sofrimento. Requer a identificação precoce, avaliação e tratamento da dor e outros problemas de natureza física, psicossocial e espiritual".[2]

Em 2017, a Comissão *Lancet* para Acesso Global a Cuidados Paliativos e Alívio da Dor recomendou que a definição da OMS de 2002, fosse revista e revisada, tendo como plano encontrar um consenso oportuno que fosse aplicável a todos os pacientes, independentemente do diagnóstico, prognóstico, localização geográfica, etapa do cuidado e nível de renda.[7]

Seguindo essa recomendação, e como uma organização com relações formais com a OMS, a Associação Internacional de Hospice e Cuidados Paliativos (*International Association for Hospice and Palliative Care* – IAHPC) desenvolveu uma nova definição em 2017, por meio de um estudo multicêntrico visando encontrar esse consenso, posteriormente endossado por representantes de organizações e instituições acadêmicas de vários países, incluindo o Brasil através da Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP), sendo ela: "Cuidado ativo holístico para indivíduos de todas as idades com sofrimento relacionado à saúde devido a doenças graves, especialmente para aqueles próximos ao fim da vida. O objetivo é melhorar a qualidade de vida do paciente, seus familiares e seus cuidadores".[5,7,8]

Esse novo olhar ao conceito de CP trouxe a efetivação da pessoa como centro do cuidado, destacando não mais a doença, seja incurável ou ameaçadora da vida, mas sim, o sofrimento relacionado ao adoecimento.

Seguindo esse caminho, a definição atual da OMS traduz cuidados paliativos vinculado ao cuidado centrado na pessoa e em seus problemas relacionados ao adoecimento, considerando todo o ciclo de vida, família e cuidadores: "Abordagem que melhora a qualidade de vida de pacientes (adultos e crianças) e famílias que enfrentam problemas associados a doenças que ameaçam a vida, prevenindo e aliviando o sofrimento por meio da identificação precoce, avaliação correta e tratamento da dor e de outros problemas físicos, psicossociais e espirituais".[4,9,10]

Atrelado a esse processo, os princípios dos cuidados paliativos, modificados pela IAHPC em 2017, são descritos logo a seguir:[5]

- Inclui prevenção, identificação precoce, avaliação abrangente e manejo de problemas físicos, incluindo dor e outros sintomas estressantes, sofrimento psicológico, sofrimento espiritual e necessidades sociais. Sempre que possível, essas intervenções devem ser baseadas em evidências.
- Fornece suporte para auxiliar os pacientes a viverem o mais plenamente possível até a morte, facilitando a comunicação eficaz, ajudando-os, junto de suas famílias, a determinar os objetivos do cuidado.

MATERIAL PROTEGIDO POR DIREITOS AUTORAIS

- É aplicável durante todo o curso de uma doença, conforme as necessidades do paciente.
- É fornecido em conjunto com terapias modificadoras da doença sempre que necessário.
- Pode influenciar positivamente o curso da doença.
- Não tem a intenção de acelerar nem adiar a morte, afirma a vida e reconhece a morte como um processo natural.
- Fornece suporte a família e aos cuidadores durante a doença do paciente e em seu próprio luto.
- É oferecido, reconhecendo e respeitando os valores culturais e crenças do paciente e da família.
- É aplicável em todos os estabelecimentos de saúde (local de residência e instituições) e em todos os níveis (do primário ao terciário).
- Pode ser fornecido por profissionais com treinamento básico em cuidados paliativos.
- Requer cuidados paliativos especializados com uma equipe multiprofissional para encaminhamento de casos complexos.

É importante perceber que entre os princípios surge outra definição essencial para implementação de cuidados paliativos de forma integrada às Redes de Atenção à Saúde (RAS) como estratégia de saúde pública sustentável, sendo o conceito de Cuidados Paliativos Generalista e Cuidados Paliativos Especializados.[5,11-15]

Todos os profissionais que realizam cuidados à saúde, em especial as pessoas que convivem com uma doença que ameaça a vida, devem ter competências essenciais para prestação de Cuidados Paliativos, uma responsabilidade de toda a RAS. Logo, isso caracteriza profissionais generalistas em relação aos cuidados paliativos, mesmo sendo especialistas em sua própria atuação.[12,15-17]

Prestar assistência paliativa deve ser uma ação inerente a toda linha de cuidado e incorporada às estratégias de atenção à saúde de forma fluída, conforme necessidades individuais e percepção subjetiva de sofrimento atrelado à doença.[11,12]

A Atenção Primária à Saúde (APS) tem importância singular no que se refere a oferta de assistência paliativa devido aos seus atributos e funções, que sustentam uma gestão de cuidado qualificada com responsabilização por resultados sanitários de seu território, práticas em saúde eficientes prestadas de maneira longitudinal e coordenação do cuidado que centra na integralidade. Nesse sentido, possui papel privilegiado de cuidado por conhecer e acompanhar a pessoa em todas as fases da vida e por todo o ciclo de uma condição de saúde: antes de um adoecimento, no diagnóstico, ao longo da evolução da sua doença e até o momento da morte, com seguimento da família no processo de luto.[10-12,17-19]

Sua inserção no território permite a construção de uma abordagem paliativa próxima ao contexto de vida das pessoas, em que o cuidado no ambiente comunitário

MATERIAL PROTEGIDO POR DIREITOS AUTORAIS

possibilita reconhecer necessidades em função do contexto físico, econômico, social e cultural em que se vive, potencializando o cuidado individual e ampliando a perspectiva populacional para enfrentamento dos determinantes sociais da saúde que envolvam os cuidados paliativos, valendo-se em especial do atributo orientação comunitária.[10-12,17-19]

O compartilhamento do cuidado com equipe especializada deve ser considerado sempre que sintomas ou necessidades paliativas forem complexas e difíceis de manejar, ressaltando que a APS continua como coordenadora do cuidado e ordenadora da rede durante todo o processo de cuidado conforme ilustra bem a Figura 1.1.[11,12,17,20]

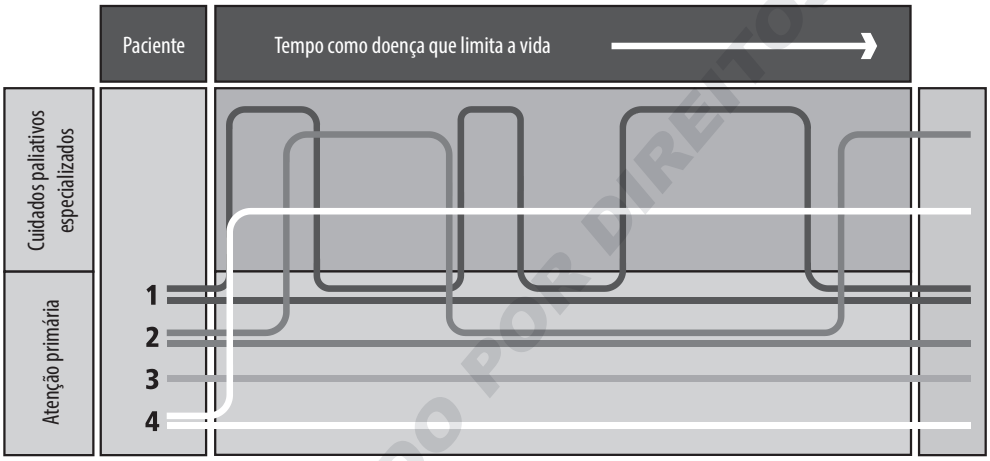

Figura 1.1. Exemplos de cenários com diferentes níveis de cuidados para atender as necessidades de cuidados paliativos.[11] *Fonte: Adaptado de OMS, 2016.*[12]

Quem pode se beneficiar de cuidados paliativos

Para o desafio de reconhecer a população com necessidade de cuidados paliativos, o uso de ferramentas específicas é essencial, valendo-se de avaliação estruturada e desencadeando planejamento de cuidados oportuno.[20-23]

A territorialização, o conhecimento da população residente, o cadastro da família, o vínculo com a equipe de saúde e o acompanhamento longitudinal são fundamentais para o reconhecimento de pessoas com sinais e sintomas ou diagnósticos que indiquem cuidados paliativos.[10,19]

Sendo assim, o Agente Comunitário de Saúde (ACS) possui papel central na busca ativa e identificação de quem pode se beneficiar de cuidados paliativos no território, pela posição privilegiada de suas ações habituais de trabalho, podendo integrar a ferramenta de elegibilidade simplificada para cuidados paliativos (Tabela 1.1) nas visitas domiciliares de rotina, acompanhamento das famílias, ações de mapeamento e cadastramento da área[10,22,24] (consulte o Capítulo 46).

MATERIAL PROTEGIDO POR DIREITOS AUTORAIS

Tabela 1.1. Ferramenta de elegibilidade simplificada para cuidados paliativos

Elegibilidade simplificada para cuidados paliativos
Internações não programadas
Funcionalidade reduzida (pessoa passa na cama ou na cadeira mais de 50% do dia)
Dependência para cuidados pessoais por problemas físicos e/ou de saúde mental
Sintomas persistentes
Paciente ou familiar solicitam foco na qualidade de vida
Alguma condição clínica avançada: câncer, demência, doença neurológica, doença cardiovascular, doença pulmonar, doença renal, doença hepática
Pergunta surpresa: você ficaria surpreso se esse paciente morresse ao longo do próximo ano? (Se a resposta do profissional for "não me surpreenderia", corresponde a pergunta surpresa positiva)

Fonte: Hidalgo e Souza, 2022.[24]

Nessa ferramenta simplificada, se um dos itens for positivo, o caso deve ser compartilhado em reunião de equipe, visando definir a elegibilidade para abordagem paliativa de forma coletiva por meio de ferramenta de elegibilidade mais específica.[24]

O SPICT-Br (Anexo 1.1) é um instrumento de página única, fácil aplicação, que auxilia na identificação de usuários que estão em risco de deterioração da sua condição de saúde e podem precisar de cuidados paliativos, validado para uso multiprofissional na APS, atenção secundária e em hospitais. Basta um item positivo para o paciente ser considerado elegível para abordagem paliativa (Anexo 1.1).[20-22]

Conhecida como "pergunta surpresa", o questionamento *"você ficaria surpreso se esse paciente morresse ao longo do próximo ano?"*, onde a resposta do profissional de saúde *"não me surpreenderia"* corresponde a pergunta surpresa positiva, é uma ferramenta simples testada em vários contextos e tem correlação estabelecida com mortalidade em 1 ano. [25] Apesar de nem sempre eleger de forma precoce, prioriza identificar as pessoas em que os cuidados paliativos são inadiáveis.[2,20,23]

Descrita como instrumento de associação ao SPICT, a pergunta surpresa foi incorporada à ferramenta de Elegibilidade Simplificada para Cuidados Paliativos e como sugestão de Indicador de prioridade entre usuários SPICT-BR positivo visando organizar o processo de trabalho.[20-24]

Pessoas SPICT-BR positivo com pergunta surpresa também positiva deve ser identificadas como alto risco, elencadas de maneira preferencial em serviços onde se faz necessária priorização assistencial, conforme sequência da Figura 1.2.[10,24]

Outro instrumento traduzido em língua portuguesa, que visa identificar demandas paliativas e que pode ser adotado nos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) e nos serviços de Atenção Domiciliar, é o NECPAL-BR (Anexo 1.2).

Nele, já se encontra inserido a pergunta surpresa e, além dela, devem ser avaliados os seguintes aspectos: a presença de demanda paliativa identificada pelo paciente, familiares ou pelo próprio profissional, indicadores clínicos gerais, presença de

MATERIAL PROTEGIDO POR DIREITOS AUTORAIS



Figura 1.2. Passos e ferramentas sugeridas para o processo de identificação de pessoas com necessidades de cuidados paliativos. *Fonte: Hidalgo, GAO; Souza, SE, 2022.*[24]

dependência grave (adotando o uso de escalas que avaliam funcionalidade), presença de síndromes geriátricas, sintomas persistentes, aspectos psicossociais, multimorbidades, uso de recursos (internações hospitalares não programadas ou necessidade de aumento de recursos para o cuidado domiciliar) e indicadores específicos para cada diagnóstico.

Trata-se de uma ferramenta também de fácil aplicação, de uma página, que pode ser utilizada em todos os níveis de atenção à saúde e modalidades assistenciais (hospitais, ambulatórios, casas de repouso, Atenção Primária à Saúde e Serviços de Atenção Domiciliar) e ser aplicadas pelos profissionais da equipe multiprofissional.

A NECPAL-BR é considerada positiva, caso a pergunta surpresa apresente resposta "não" e, pelo menos um dos outros itens obtiver a resposta "sim".

Apesar de ter sido desenhada para identificar demandas paliativas e de apresentar alta sensibilidade para tal (91,3% IC 95%: 87,2%-94,2%), acredita-se que a ferramenta também apresente alto valor preditivo negativo relacionado à mortalidade em até 12 meses.[26]

Cuidado paliativo e atenção domiciliar

A Política Nacional de Cuidados Paliativos, instituída pela Portaria GM/MS nº 3.681, de 7 de maio de 2024, afirma que:[27]

> *Art. 21. Os cuidados paliativos deverão ser ofertados na RAS de maneira articulada a outras políticas de saúde e políticas intersetoriais, a fim de garantir:*
>
> *I – Cuidado resolutivo e em tempo oportuno.*
>
> *II – Economia de escala e definição de escopo.*
>
> *III – Qualidade, efetividade, sustentabilidade, continuidade e coordenação do cuidado.*
>
> *IV – Autocuidado apoiado, prevenção de doenças, diagnóstico precoce e tratamento modificador de doença.*

Ainda segundo a mesma normativa, em seu artigo 9º, diz que: "II – *atenção domiciliar: indicada para pessoas que necessitam de cuidados paliativos em situação de restrição ao leito ou domicílio, ofertada por equipes da atenção primária ou de Serviços de Atenção Domiciliar/Programa Melhor em Casa, atuando em articulação com a família,*

MATERIAL PROTEGIDO POR DIREITOS AUTORAIS

RAS e comunidade do território, de forma que o domicílio seja o principal local de cuidado, observando-se o Projeto Terapêutico Singular – PTS explícito no prontuário domiciliar".[27]

Logo, embora os cuidados paliativos devam ser efetivados de maneira mais transversal possível em toda a RAS, é inegável a importância de sua realização adequada no domicílio. Considerando que grande parte das pessoas com condições de saúde que exigem cuidados paliativos estão na comunidade e em suas casas, precisamos considerar que parte significativa desse cuidado ocorra no território, próximo ao contexto de vida da pessoa cuidada.[11,15]

O lar é um espaço de associações emocionais e físicas que podem remeter a ideia de conforto e acolhimento. Quando é possível, o cuidado domiciliar pode proporcionar à pessoa a vivência de finitude em um ambiente mais amigável. Em revisão sistemática (de 210 estudos, que avaliou mais de cem mil pessoas em 34 países), 85% dos indivíduos, quando perguntados sobre sua preferência por lugar de morte, indicaram que seria em sua casa.[28]

Portanto, em respeito à autonomia e à vontade do paciente, desde que com condições favoráveis, o domicílio deve ser considerado um lócus privilegiado para a realização dos cuidados paliativos. Internacionalmente, estudos sobre *home based care* em cuidados paliativos indicam benefícios para pacientes, famílias e para o custo-benefício dos sistemas de saúde, se comparados com os cuidados paliativos realizados em outros pontos de atenção da RAS. Por isso, em todo o mundo, o cuidado paliativo na Atenção Domiciliar tem sido progressivamente indicado como a melhor opção sempre que possível.[29]

O domicílio deve ser compreendido como espaço fundamental do cuidado quando indicado, no qual a assistência em cuidados paliativos acontece na APS ou de forma compartilhada com os serviços da atenção especializada, que realizam a Atenção Domiciliar (AD), em especial o Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) do Programa Melhor em Casa, criado pelo Governo Federal visando ampliar o atendimento domiciliar e está disponível no Sistema Único de Saúde (SUS).[30]

O Melhor em Casa é composto por equipes especializadas – Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar (EMAD) e Equipe Multiprofissional de Apoio (EMAP) – e para elegibilidade serão consideradas três tipos de modalidades (Figura 1.3) graduadas em relação à complexidade do cuidado que será ofertado ao usuário:[30]

- Modalidade AD1 – atendimento realizado pela Unidade Básica de Saúde.
- Modalidade AD2 e AD3 – pelo Serviço de Atenção Domiciliar (SAD).

Está indicado para pessoas que, estando em estabilidade clínica, necessitam de atenção à saúde em situação de restrição ao leito ou ao lar de maneira temporária, ou definitiva, ou em grau de vulnerabilidade na qual a Atenção Domiciliar é considerada a oferta mais oportuna para tratamento, cuidados paliativos, reabilitação e prevenção de agravos, tendo em vista a ampliação de autonomia do usuário, família e cuidador.[30]

No Anexo 1.3, está o instrumento de avaliação de elegibilidade e complexidade da Atenção Domiciliar, lançado em 2023, pelo Ministério da Saúde para orientar a inclusão dos indivíduos nas três modalidades de AD no SUS.[30]

MATERIAL PROTEGIDO POR DIREITOS AUTORAIS

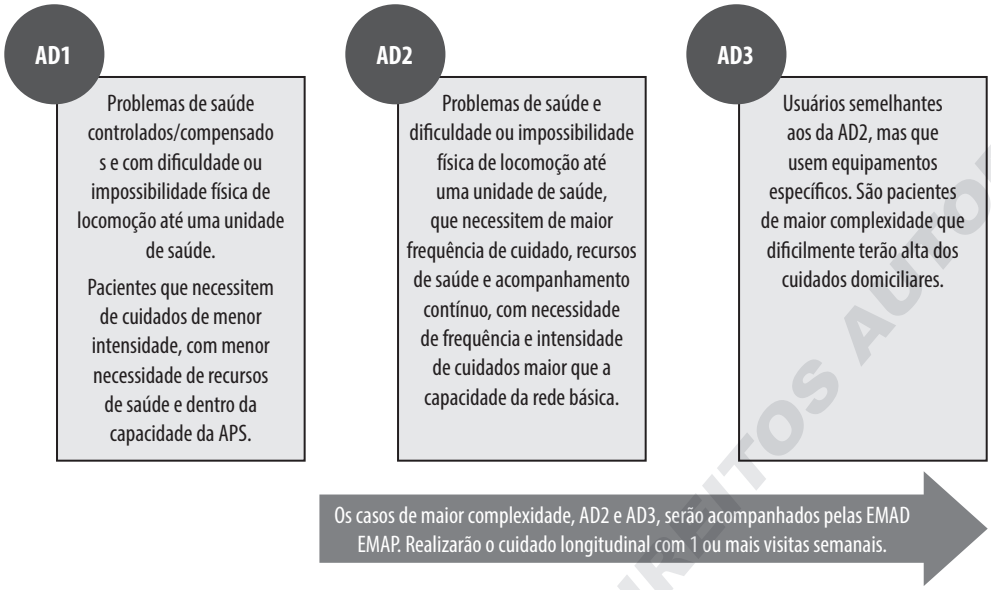

Figura 1.3. Descrição das modalidades de atendimento AD1, AD2 e AD3. *Fonte: Ministério da Saúde, 2024.*[30]

O Serviço de Atenção Domiciliar (SAD), concebido nos moldes da Portaria GM MS nº 3005, de 2 de janeiro de 2024, é compreendido aqui como ponto de atenção fundamental para os cuidados paliativos especializados em domicílio, atuando de forma conjunta e complementar a APS e responsável pelas modalidades AD2 e AD3. Segue o que nessa normativa diz respeito aos Cuidados Paliativos:[30]

> *"Art. 539. Considera-se elegível, na modalidade AD2, o usuário que, tendo indicação de AD, necessite de cuidados multiprofissionais, transitórios e intensificados, minimamente semanais, com atendimentos regulares fora do horário de funcionamento dos serviços de APS, e que apresente as seguintes condições clínicas... III – Afecções que demandem* ***cuidados paliativos****, com necessidade de visitas sequenciais para manejo de sintomas não controlados.*
>
> *"Art. 540. Considera-se elegível, na modalidade AD3, o usuário:*
>
> *I – Que se enquadre em qualquer das situações listadas no art. 539 e que necessite de:*
>
> *a) Cuidados predominantemente multiprofissionais.*
>
> *b) Uso de equipamentos ou agregação de procedimentos de maior complexidade, como:*
>
> *1. Ventilação mecânica invasiva e não invasiva domiciliar.*
>
> *2. Nutrição parenteral.*
>
> *3. Transfusão sanguínea.*

MATERIAL PROTEGIDO POR DIREITOS AUTORAIS

4. Diálise peritoneal.

5. Hemodiálise.

6. Drenagens repetidas (toracocentese, paracentese e outras).

*7. **Cuidados paliativos em fase final de vida.***

8. Condições crônico-degenerativas progressivas.

II – Com necessidade de procedimentos sistemáticos em domicílio, como reabilitação intensiva, antibioticoterapia e outros.

*"Art. 544. Será inelegível para a AD o usuário que apresentar pelo menos uma das seguintes situações... V-A – Instabilidade hemodinâmica ou respiratória, ou outras condições que configurem risco de piora abrupta e ameaça imediata à vida, salvo nos casos de **cuidados paliativos em fase final de vida em que o usuário já tenha Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV)** manifestando vontade de falecer em domicílio e equipe(s) do SAD com condições de prestar assistência adequada para alívio do sofrimento." (NR)*

Critério de elegibilidade na atenção domiciliar na saúde suplementar

Na saúde suplementar existem tabelas específicas para elegibilidade em AD, sendo as mais utilizadas as tabelas da Associação Brasileira das Empresas de Medicina Domiciliar (ABEMID – Anexo 1.4) e do Núcleo Nacional das Empresas de Serviços de Atenção Domiciliar (NEAD – Anexo 1.5).

Esses critérios dizem respeito só a necessidade ou não do paciente estar em regime de atenção, ou internação domiciliar (focados em condições físicas, funcionalidade e mobilidade), porém não consideram as necessidades paliativas. Em um cenário ideal, essas necessidades deveriam estar contempladas nesses critérios, mas por enquanto, essa elegibilidade ainda não diferencia o paciente em cuidados paliativos[31,32] (consulte o Capítulo 5).

Cabe ressaltar que é importante pactuar com as operadoras de saúde a inclusão de ferramentas de identificação de demandas paliativas como o SPICT-BR ou a NECPAL-BR, bem como outras escalas e instrumentos para avaliação e planejamento de cuidados ao paciente com doença ameaçadora da vida, com o intuito de incluir possíveis necessidades não contempladas nas escalas ABEMID e NEAD (consulte os Capítulos 11 e 12).

Conclusão

Neste capítulo, foi apresentada a trajetória do conceito dos cuidados paliativos, chegando à compreensão atual, que efetiva o cuidado centrado na pessoa para melhoria da qualidade de vida.

A partir da compreensão dos objetivos da implementação dos cuidados paliativos no SUS de forma ampla e a necessidade da integralidade desse cuidado na RAS,

MATERIAL PROTEGIDO POR DIREITOS AUTORAIS

concluímos que o provimento desse cuidado na APS, como centro ordenador da RAS e coordenadora de cuidado, se faz indispensável.

A atenção especializada deve atuar compartilhando o cuidado com a APS, em especial no domicílio, quando o manejo do cuidado junto a indivíduos, familiares e cuidadores ultrapassa as complexidade e frequência de cuidados possíveis pela equipe de APS. Compete também à equipe de atenção especializada atuar com ferramentas de apoio matricial e educação permanente para potencializar a capacidade resolutiva da APS, realizando e acompanhando o cuidado de forma integrada.

Nesse sentido, destacam-se os SADs (equipes EMAD e EMAP) já dispostos no território, podendo ter sua ação potencializada a partir da qualificação de seus profissionais para atuarem como referências especializadas em CP, no contexto comunitário e em apoio a APS, matriciando e instrumentalizando a APS para a condução de casos, na assistência domiciliar mais complexos do ponto de vista paliativo, e ao captar mais rapidamente os casos com maiores demandas como manejo de últimas horas de vida e, assim, favorecendo o óbito domiciliar.

Outro ponto de extrema relevância é a capacitação dos profissionais e a adequação de fluxos e processos internos de empresas de *home care* que são prestadores de serviços para operadoras de saúde e/ou atendem pacientes de forma particular. Sabe-se que a demanda de pacientes com necessidades paliativas nesses serviços é enorme, porém, a maioria das empresas ainda não tem estrutura (recursos materiais, medicamentos, agilidade no atendimento, recurso humano qualificado) para atendê-los, gerando um elevado número de hospitalizações evitáveis e exposição a sofrimento intenso por parte dos pacientes e seus familiares.

Nesse sentido, é importante que seja pactuado com as operadoras de saúde e/ou empresas de *home care* a inclusão de ferramentas específicas que visam ampliar a visão quanto às necessidades da pessoa com doença ameaçadora da vida e sua família.

MATERIAL PROTEGIDO POR DIREITOS AUTORAIS

Anexo 1.1. *Supportive and Palliative Care Indicators Tool* (SPICT-BR™)[20]

THE UNIVERSITY *of* EDINBURGH

Supportive and Palliative Care Indicators Tool (SPICT-BR™)

NHS Lothian

O SPICT é um guia para identificação de pessoas sob o risco de deterioração e morrendo. Avaliar esse grupo de pessoas para necessidade de suporte e cuidado paliativos.

Procure por indicadores gerais de piora da saúde.

- Internações hospitalares não programadas.
- Capacidade funcional ruim ou em declínio com limitada reversibilidade. (a pessoa passa na cama ou cadeira mais de 50% do dia).
- Dependente de outros para cuidados pessoais devido a problemas físicos e/ou de saúde mental. `É necessário maior suporte para o cuidador.
- Perda de peso significativa nos últimos 3-6 meses e/ ou um baixo índice de massa corporal.
- Sintomas persistentes apesar do tratamento otimizado das condições de base.
- A pessoa ou sua família solicita cuidados paliativos, interrupção ou limitação do tratamento ou um foco na qualidade de vida.

Procure por quaisquer indicadores clínicos de uma ou mais das condições avançadas.

Câncer

Capacidade funcional em declínio devido a progressão do câncer.

Estado físico muito debilitado para tratamento do câncer ou tratamento para controle dos sintomas.

Demencia/ fragilidade

Incapaz de vestir-se, caminhar ou comer sem ajuda.

Redução da ingestão de alimentos e líquidos e dificuldades na deglutição.

Incontinência urinária e fecal.

Incapaz de manter contato verbal; pouca interação social.

Fratura de fêmur, múltiplas quedas.

Episódios frequentes de febre ou infecções; pneumonia aspirativa.

Doença neurológica

Deterioração progressiva da capacidade física e/ou da função cogntiva mesmo com terapia otimizada.

Problemas da fala com dificuldade progressiva de comunicação e/ou deglutição.

Pneumonia aspirativa recorrente; falta de ar ou insuficiência respiratória.

Doença cardiovascular

Classe funcional III/IV de NYHA- insuficiência cardíaca ou doença coronariana extensa e intratável com:

- falta de ar ou dor precordial em repouso ou aos mínimos esforços.

Doença vascular periférica grave e inoperável.

Doença respiratória

Doença respiratória crônica grave com:

- falta de ar em repouso ou aos mínimos esforços entre as exacerbações.

Necessidade de oxigênioterapia por longo prazo.

Já precisou de ventilação para insuficiência respiratória ou ventilação é contraindicada.

Doença renal

Estágios 4 e 5 de doença renal crônica (TFG< 30ml/mi) com piora clínica.

Insuficiência renal complicando outras condições limitantes ou tratamentos.

Decisão de suspender a diálise devido à piora clínica ou intolerância ao tratamento.

Doença hepática

Cirrose avançada com uma ou mais complicações no último ano:

- Ascite resistente a diuréticos
- Encefalopatia hepática
- Síndrome hepatorrenal
- Peritonite bacteriana
- Sangramentos recorrentes de varizes esofágicas

Transplante hepático é contraindicado.

Deterioração e sob o risco de morrer de qualquer outra condição ou complicação que não seja reversível.

Revisar o cuidado atual e planejar o cuidado para o futuro.

- Reavaliar o tratamento atual e medicação para que o paciente receba o cuidado otimizado.
- Considere o encaminhamento para avaliação de um especialista se os sintomas ou necessidades forem complexos e difíceis de manejar.
- Acordar sobre objetivos do cuidado atual e futuro e planejar o cuidado com a pessoa e sua família.
- Planejar com antecedência caso a pessoa esteja em risco de perda cognitiva.
- Registre em prontuário, comunique e coordene o plano geral de cuidados.

Para mais informações e atualizações, cadastre-se no SPICT website (www.spict.org.uk)

SPICT™, abril 2016

Fonte: University of Edinburgh, 2020.[20] Conteúdo disponível em QR Code - ver pág. XLIX.

MATERIAL PROTEGIDO POR DIREITOS AUTORAIS

Anexo 1.2. Instrumento de identificação de Necessidades Paliativas – NECPAL-BR™

INSTRUMENTO NECPAL-BR
(**Nec**essidades **Pal**iativas)

Instrumento para identificação de pessoas em situação de doença avançada e/ou terminais e necessidade de atenção paliativa para uso em serviços de saúde e sociais

Paciente: _____ **Data de nascimento:** ____/____/____

Pergunta surpresa	Você ficaria surpreso se este paciente morresse ao longo do próximo ano?		[ ] Sim **[ ] Não**
Demanda ou necessidade	Demanda: Tem havido alguma manifestação explícita ou implícita, de limitação de esforço terapêutico ou pedido de atenção paliativa por parte do(a) paciente, sua família ou membros da equipe?		**[ ] Sim** [ ] Não
	Necessidade: Identificada por profissionais da equipe de saúde.		**[ ] Sim** [ ] Não
Indicadores clínicos gerais: nos últimos 6 meses -Graves, persistentes, progressivos, não relacionados com processo intercorrente recente. -Combinar gravidade COM progressão	Declínio nutricional	Perda de peso >10%	**[ ] Sim** [ ] Não
	Declínio funcional	• Piora do Karnofsky ou Barthel > 30% • Perda de mais que duas ABVDs	**[ ] Sim** [ ] Não
	Declínio cognitivo	Perda ≥ 5 minimental ou ≥ 3 Pfeiffer	**[ ] Sim** [ ] Não
Dependência grave	Karnofsky < 50 ou Barthel < 20		**[ ] Sim** [ ] Não
Síndromes geriátricas	• Lesão por pressão • Infecções de repetição • Delirium • Disfagia • Quedas	Dados clínicos da anamnese ≥ 2 recorrentes ou persistentes	**[ ] Sim** [ ] Não
Sintomas persistentes	Dor, cansaço, náusea, depressão, ansiedade, sonolência, inapetência, mal-estar, dispneia e insônia.	≥2 sintomas (ESAS) recorrentes ou persistentes	**[ ] Sim** [ ] Não
Aspectos psicossociais	Sofrimento emocional ou transtorno adaptativo grave	detecção de mal-estar emocional (DME >9)	**[ ] Sim** [ ] Não
	Vulnerabilidade social grave	avaliação social e familiar	**[ ] Sim** [ ] Não
Multi-morbidade	≥ 2 doenças ou condições crônicas avançadas (da lista de indicadores específicos em anexo)		**[ ] Sim** [ ] Não
Uso de recursos	Avaliação da demanda ou intensidade de intervenções	• Mais que duas admissões urgentes (não programadas) em seis meses • Aumento da demanda ou intensidade das intervenções (cuidado domiciliar, intervenções de enfermagem)	**[ ] Sim** [ ] Não
Indicadores específicos	Câncer, DPOC, ICC, insuficiência hepática, insuficiência renal, AVC, demência, doenças neurodegenerativas, SIDA e outras doenças avançadas.	• Em anexo*: avaliação dos critérios de gravidade e progressão	**[ ] Sim** [ ] Não

MATERIAL PROTEGIDO POR DIREITOS AUTORAIS

ANEXO - Indicadores Específicos*

Critérios NECPAL de gravidade / progressão / doença avançada (1)(2)(3)(4)	
Doença Oncológica	• Câncer metastático ou loco regional avançado • Em progressão em tumores sólidos • Sintomas persistentes, mal controlados ou refratários, apesar da otimização do tratamento específico
Doença Pulmonar Crônica	• Dispneia em repouso ou aos mínimos esforços entre as descompensações • Restrito ao domicílio com limitação de marcha • Critérios espirométricos de obstrução grave (VEMS < 30%) ou critérios de déficit restritivo grave (CVF < 40% / DLCO < 40%) • Critérios gasométricos basais de oxigenoterapia domiciliar continuada • Necessidade de corticoterapia contínua • Insuficiência cardíaca sintomática associada
Doença Cardíaca Crônica	• Dispnéia em repouso ou aos mínimos esforços entre as descompensações • Insuficiência cardíaca NYHA classe III ou IV, doença valvar grave não cirúrgica ou doença coronariana não revascularizável • Ecocardiograma basal: FE <30% ou HAP grave (PSAP > 60) • Insuficiência renal associada (TFG< 60mL/min/1,73m2) • Associação com insuficiência renal e hiponatremia persistente
Demência	• GDS≥6c • Progressão do declínio cognitivo, funcional e/ou nutricional.
Fragilidade	• Índice de Fragilidade do CSHA ≥ 0.5 • Avaliação geriátrica integral sugestiva de fragilidade avançada
Doença Neurológica Vascular (AVC)	• Durante a fase aguda e subaguda (<3 meses pós-AVC): estado vegetativo persistente ou de mínima consciência > 3 dias. • Durante a fase crônica (>3 meses pós-AVC): complicações médicas repetidas (ou demência com critérios de gravidade pós-AVC).
Doenças Neurológicas degenerativas: ELA, Esclerose Múltipla e Parkinson	• Piora progressiva da função física e/ou cognitiva • Sintomas complexos e de difícil controle • Disfagia persistente • Transtorno persistente da fala • Dificuldades crescentes de comunicação • Pneumonia recorrente por aspiração, dispneia ou insuficiência respiratória
Doença Hepática Crônica	• Cirrose avançada estádio Child C (determinado com o paciente fora de complicações ou já as tendo tratado e otimizado o tratamento), MELD-Na > 30ou ascite refratária, síndrome hepato-renal ou hemorragia digestiva alta por hipertensão portal persistente apesar de otimização do tratamento • Carcinoma hepatocelular presente, em estádio C ou D
Doença Renal Crônica Grave	• Insuficiência renal grave (TFG< 15ml/min) em pacientes que não são candidatos ou que recusam tratamento substitutivo e/ou transplante • Finalização da diálise ou falha no transplante

(1) Usar instrumentos validados de gravidade e/ou prognóstico em função da experiência e evidência;
(2) Em todos os casos, avaliar também o sofrimento emocional ou impacto funcional graves em pacientes (e/ou impacto na família) como critério de necessidades paliativas;
(3) Em todos os casos, avaliar dilemas éticos na tomada de decisões;
(4) Avaliar sempre a combinação com multi-morbidades.

Classificação:	
Pergunta Surpresa (PS)	PS + (não me surpreenderia) PS – (Me surpreenderia)
Parâmetros NECPAL	NECPAL + (de 1 a 13 respostas "sim") NECPAL – (nenhum parâmetro assinalado)
Codificação e registro:	Propor codificação como Paciente com Cronicidade Avançada (PCA) se PS + e NECPAL +

Fonte: Santana MTEA. Adaptação transcultural e validação semântica do instrumento NECPAL CCOMS-ICO© para a Língua Portuguesa. 2018. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Escola Paulista de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo. Conteúdo disponível em QR Code - ver pág. XLIX.

MATERIAL PROTEGIDO POR DIREITOS AUTORAIS

Anexo 1.3. Instrumento de avaliação de elegibilidade e complexidade na Atenção Domiciliar no SUS

Instrumento de Avaliação da Elegibilidade e Complexidade da Atenção Domiciliar

(IAEC-AD)

Melhor em Casa – Versão Set 2023

SAES Secretaria de Atenção Especializada à Saúde – SUS – Ministério da Saúde – Governo Federal – DAHU

INDICAÇÕES CLÍNICAS MAIS FREQUENTES PARA AD2/AD3	
Selecione uma ou mais das seguintes opções para definira principal indicação clínica do paciente.	( ) Condição de saúde crônica agudizada que requeira atendimento multiprofissional no domicílio, com foco no melhor controle de sintomas causados pela condição de base, incluindo situações de cuidados paliativos.
	( ) Lesão de pele de difícil manejo pela equipe assistente que requeira avaliação semanal em domicílio, além do possível uso de coberturas especiais.
	( ) Reabilitação multiprofissional com possibilidade de ganho funcional, especialmente após cirurgia de grande porte, evento agudo, fratura ou hospitalização prolongada.
	( ) Uso de antibioticoterapia parenteral domiciliar ou outra medicação parenteral seriada, desde que haja mínima estabilidade clínica para permanência no domicílio.
	( ) Prematuridade e baixo peso em bebês com necessidade de ganho ponderal.
	( ) Nenhuma das condições acima.

SISTEMA DE PONTUAÇÃO		
INDICAÇÕES CLÍNICAS ESPECIAIS OU GATILHOS		**Pontuação**
Selecione uma ou mais das opções a seguir. **(A presença de qualquer uma delas já classifica o usuário como AD2 ou AD3, INDEPENDENTE DA PONTUAÇÃO FINAL).**	( ) AD2: Necessidade diária de curativos complexos e/ ou medicação parenteral (IM/EV/SC - exceto insulina) – **5 pontos**	
	( ) AD3: Necessidade de tratamentos de alta complexidade ou intensidade no domicílio: transfusão sanguínea, paracentese, nutrição parenteral, cuidados paliativos sequenciais para manejo de sintomas mal controlados, dentre outros E/OU uso de Ventilação Mecânica Invasiva – **5 pontos**	
USO DO SISTEMA DE SAÚDE		**Pontuação**
Histórico de internação hospitalar nos últimos **três meses.**	( ) Nenhuma internação hospitalar nos últimos 3 meses – **0 ponto** ( ) Pelo menos uma internação hospitalar nos últimos 3 meses – **1 ponto** ( ) Duas ou mais internações hospitalares nos últimos 3 meses – **2 pontos** ( ) Pelo menos uma internação em UTI nos últimos 3 meses – **4 pontos**	
Frequência de procura por serviços de urgência nos últimos **três meses** (SAMU, UPA, Pronto-Socorro)	( ) Nenhuma procura por serviço de urgência nos últimos 3 meses – **0 ponto** ( ) Procurou por serviço de urgência 02 vezes nos últimos 3 meses – **1 ponto** ( ) Procurou por serviço de urgência de 03 a 04 vezes nos últimos 3 meses – **2 pontos** ( ) Procurou por serviço de urgência 05 ou mais vezes nos últimos 3 meses – **3 pontos**	
Tempo de permanência hospitalar nos últimos **três meses**. Considerar o maior período no caso de múltiplas internações prévias.	( ) Sem história de internação prévia – **0 ponto** ( ) Até 07 dias – **1 ponto** ( ) De 07 a 30 dias – **2 pontos** ( ) Mais de 30 dias – **3 pontos**	
VULNERABILIDADE SOCIAL		**Pontuação**
Relação morador-cômodo: divida o número demoradores pelo número de cômodos, selecionando a opção apropriada.	( ) Menor que 01 – **0 ponto** ( ) Igual a 01 – **1 ponto** ( ) Maior que 01 – **2 pontos**	
SUPORTE FAMILIAR/CUIDADO		**Pontuação**
Identifique o suporte de cuidado, seja da família ou de cuidadores.	( ) Paciente com suporte familiar adequado – **0 ponto** ( ) Paciente com suporte familiar inadequado – **1 ponto**	
FUNCIONALIDADE		**Pontuação**
Preencha este campo considerando a idade do paciente, para posterior identificação do grau de dependência, de acordo com sua faixa etária.		
Para crianças de até 07 anos	Em relação ao desenvolvimento neuropsicomotor	( ) Acompanha o desenvolvimento neuropsicomotor – **0 ponto** ( ) Não acompanha o desenvolvimento neuropsicomotor – **6 pontos**
Para crianças maiores de 07 anos, adultos e idosos	Capacidade para tomar banho	( ) Independente – **0 ponto** ( ) Dependente parcial – **1 ponto** ( ) Dependente completo – **2 pontos**
	Capacidade para alimentar-se	( ) Independente – **0 ponto** ( ) Dependente parcial – **1 ponto** ( ) Dependente completo – **2 pontos**
	Capacidade para locomover-se	( ) Independente – **0 ponto** ( ) Dependente parcial – **1 ponto** ( ) Dependente completo – **2 pontos**
POLIFARMÁCIA		**Pontuação**
Uso de cinco ou mais medicações de uso contínuo, diariamente		( ) Não – **0 ponto** ( ) Sim – **1 ponto**
		PONTUAÇÃO FINAL

Modalidade AD	Pontuação no instrumento
AD1	Até **09 pontos**
AD2	De **10 a 15 pontos**
AD3	Maior ou igual a **16 pontos**

Fonte: Ministério da Saúde, 2023.[29] Conteúdo disponível em QR Code - ver pág. XLIX.

MATERIAL PROTEGIDO POR DIREITOS AUTORAIS

Anexo 1.4. Tabela ABEMID

TABELA DE AVALIAÇÃO DE COMPLEXIDADE ASSISTENCIAL - ABEMID

Efetuada em ___/___/___

Nome do Paciente:		Complexidade:
Idade:	Programação em dias de atendimento - 24 h:	
Convênio:	Programação em dias de atendimento - 12 h:	
Matrícula:	Programação em dias de atendimento - 06 h:	
Diagnóstico Principal:		
Diagnóstico Secundário:		

Descrição	Itens da Avaliação	Pontos atribuídos
Suporte Terapêutico	Sonda Vesical Permanente	1
	Sonda Vesical Intermitente	2
	Traqueostomia sem Aspiração	2
	Traqueostomia com Aspiração	5
	Aspiração de Vias Aéreas Sup.	3
	Acesso Venoso Prof. Continuo	5
	Acesso Venoso Intermitente	4
	A. Venoso Periférico Continuo	5
	Diálise Domiciliar	5
Quimioterapia	Oral	1
	Sub Cutânea	3
	Intra Venosa	5
	Intra Tecal	5
Suporte Ventilatório	O^2 Intermitente	2
	O^2 Contínuo	3
	Ventilação Mec.Intermitente	4
	Ventilação Mecânica Contínua	5
Lesão Vascular/Cutânea	Úlcera de Pressão Grau I	2
	Úlcera de Pressão Grau II	3
	Úlcera de Pressão Grau III	4
	Úlcera de Pressão Grau IV	5
Grau de Atividade da Vida Diária	Independente	0
Relacionada a Cuidados Técnicos	Semi-Dependente	2
	Dependente Total	5
Dependência de Reabilitação	Independente	0
Fisiot / Fono / Etc. Seções Diárias	Dependente	2
Terapia Nutricional	Suplementação Oral	1
	Gastrostomia	2
	SNE	3
	Jejuno Ileo	3
	Nutrição Parenteral Total	5
Classificação dos Pacientes		TOTAL
Inferior a 07 pontos	Paciente não elegível para Internação Domiciliar	
De 08 à 12 pontos	Baixa Complexidade	
De 13 à 18 pontos	Média Complexidade	
Acima de 19 pontos	Alta Complexidade	

Ao obter um score 5, o paciente migra automaticamente para média complexidade

Ao obter dois ou mais scores 5, o paciente migra automaticamente para Alta complexidade

Obs. A migração acima referida, ocorre independente dos pontos totais obtidos

Assinatura e carimbo:	Data:

MATERIAL PROTEGIDO POR DIREITOS AUTORAIS

TABELA DE AVALIAÇÃO DE COMPLEXIDADE ASSISTENCIAL - ABEMID

Efetuada em ___/___/___

OBSERVAÇÕES:

I) Quanto ao Grau de Atividade da Vida Diária:

1- Entende-se por **paciente independente** aquele que pode ser acompanhado por cuidador ou familiar bem treinado

2- Entende-se por **parcialmente dependente**, aquele que apresenta duas ou mais das condições abaixo:

a) Somente mobiliza-se do leito com ajuda de terceiros.
b) Apresenta nível de consciência com confusão mental.
c) Faz uso de medicações intravenosas de caráter intermitente.
d) Necessita de curativos especializados / cirúrgicos diários.

3- Entende-se por **totalmente dependente**, aquele que:

a) apresenta-se em prótese ventilatória contínua ou intermitente com 3 ou mais intervenções diárias
b) apresenta-se inconsciente/comatoso ou totalmente restrito ao leito, associado a necessidade de algum dos suportes terapêuticos:cateter vesical, traqueostomia, acesso venoso e diálise domiciliar.
c) faz uso de medicações intravenosas de caráter contínuo.
d) possue cirurgia de fixação da coluna, em decorrência de instabilidade grave, com menos de 60 dias de P. O .

II) Quanto a Classificação:

a) Se o somatório de pontos obtidos f**or menor ou igual a 07 pontos**, o paciente será considerado não elegível para iniciar ou manter-se no programa de internação domiciliar;
b) Se o somatório de pontos obtidos **for de 08 a 12 pontos**, o paciente será considerado de Baixa Complexidade;
c) Se o somatório de pontos obtidos **for de 13 a 18 pontos**, o paciente será considerado de Média Complexidade;
d) Se o somatório de pontos obtidos f**or igual ou superior a 19 pontos**, o paciente será considerado de Alta Complexidade;
e) Ao obter 01 pontuação 5**,** o paciente migra automaticamente para Média Complexidade;
f) Ao obter **02 ou mais pontuações 5, o paciente migra automaticamente para** Alta Complexidade**,** independente do total de pontos obtidos (com cuidados de enfermagem de 24 horas).

Obs.: 1 - Em TODOS os itens de avaliação, EXCETO os relacionados a coluna SUPORTE **TERAPÊUTICO,** os pontos NÃO se somam, **SEMPRE** prevalecendo o item de **MAIOR** pontuação em decorrência da maior COMPLEXIDADE

Obs.: 2 - Entende-se por DEPENDÊNCIA TOTAL DE CUIDADOS a necessidade de enfermagem 24h

Obs.: 3 - Entende-se por DEPENDÊNCIA PARCIAL DE CUIDADOS a necessidade de enfermagem 12h

Conteúdo disponível em QR Code - ver pág. XLIX.

MATERIAL PROTEGIDO POR DIREITOS AUTORAIS

Anexo 1.5. Tabela NEAD

TABELA DE AVALIAÇÃO PARA PLANEJAMENTO DE ATENÇÃO DOMICILIAR

Data da Avaliação: ____/____/____

Nome do Paciente: _____

Matrícula: _____ Idade: _____ Convênio: _____

Diagnóstico Principal: _____

Diagnóstico Secundário: _____

Médico Assistente: _____ C.R.M.: _____

GRUPO 1 – ELEGIBILIDADE

Elegibilidade ao Atendimento Domiciliar	SIM	NÃO
Apresenta Cuidador em período integral?		
O domicílio é livre de risco?		
Existe algum impedimento para se deslocar até a rede credenciada?		

Se responder ´´**NÃO**`` a qualquer uma das questões acima, considerar contraindicar Atenção Domiciliar.

GRUPO 2 – CRITÉRIOS PARA INDICAÇÃO IMEDIATA DE INTERNAÇÃO DOMICILIAR

	Perfil de Internação Domiciliar		
	24 HORAS	12 HORAS	ATENDIMENTO DOMICILIAR / OUTROS PROGRAMAS
ALIMENTAÇÃO PARENTERAL	Por mais de 12 horas/dia	Até 12 horas/dia	Não utiliza
ASPIRAÇÃO DE TRAQUEOSTOMIA / VIAS AÉREAS INFERIORES	Mais de 5 vezes/dia	Até 5 vezes/dia	Não utiliza
VENTILAÇÃO MECÂNICA CONTÍNUA INVASIVA OU NÃO	Por mais de 12 horas/dia	Até 12 horas/dia	Não utiliza
MEDICAÇÃO PARENTERAL OU HIPODERMÓCLISE	Mais de 4 vezes/dia		Até 4 vezes/dia

Para indicação de Planejamento de Atenção Domiciliar (P.A.D.), **considerar a maior complexidade assinalada**, ainda que uma única vez.

GRUPO 3 – CRITÉRIOS DE APOIO PARA INDICAÇÃO DE PLANEJAMENTO DE ATENÇÃO DOMICILIAR

ESTADO NUTRICIONAL	0	EUTRÓFICO	1	SOBREPESO/EMAGRECIDO	2	OBESO/DESNUTRIDO		
ALIMENTAÇÃO OU MEDICAÇÕES POR VIA ENTERAL	0	SEM AUXÍLIO	1	ASSISTIDA	2	GASTROSTOMIA / JEJUNOSTOMIA	3	POR SNG/SNE *
KATZ (SE PEDIATRIA PONTUAR 2)**	0	INDEPENDENTE	1	DEPENDENTE PARCIAL	2	DEPENDENTE TOTAL		
INTERNAÇÕES NO ÚLTIMO ANO	0	0 - 1 INTERNAÇÃO	1	2 - 3 INTERNAÇÕES	2	> 3 INTERNAÇÕES		
ASPIRAÇÕES VIAS AÉREAS SUPERIORES	0	AUSENTE	1	ATÉ 5 VEZES AO DIA	2	MAIS DE 5 VEZES AO DIA		
LESÕES	0	NENHUMA **OU** LESÃO ÚNICA COM CURATIVO SIMPLES	1	MÚLTIPLAS LESÕES COM CURATIVOS SIMPLES **OU** ÚNICA LESÃO COM CURATIVO COMPLEXO	2	MÚLTIPLAS LESÕES COM CURATIVOS COMPLEXOS		
MEDICAÇÕES	0	VIA ENTERAL	1	INTRAMUSCULAR ou SUBCUTÂNEA ***	2	INTRAVENOSA ATÉ 4 VEZES AO DIA / HIPODERMÓCLISE		
EXERCÍCIOS VENTILATÓRIOS	0	AUSENTE	1	INTERMITENTE				
USO DE OXIGENIOTERAPIA	0	AUSENTE	1	INTERMITENTE	2	CONTÍNUO		
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA	0	ALERTA	1	CONFUSO/DESORIENTADO	2	COMATOSO		

PONTUAÇÃO FINAL:

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE

Até 5 Pontos	Considerar procedimentos pontuais exclusivos ou outros programas: ( ) **Curativos** ( ) **Medicações Parenterais** ( ) **Outros Programas**	De 12 a 17 Pontos	Considerar **Internação Domiciliar 12h**
De 6 a 11 Pontos	Considerar **Atendimento Domiciliar Multiprofissional** (inclui procedimentos pontuais, desde que não exclusivos)	18 ou mais Pontos	Considerar **Internação Domiciliar 24h**

***** SNG = Sonda Nasogástrica e SNE = Sonda Nasoentérica ****** Consulte ESCORE KATZ no verso. ******* Excluso medicamentos de autoaplicação como insulinas e alguns anticoagulantes

APC16

MATERIAL PROTEGIDO POR DIREITOS AUTORAIS

TABELA DE AVALIAÇÃO PARA PLANEJAMENTO DE ATENÇÃO DOMICILIAR

ESCORE DE KATZ

ATIVIDADES	INDEPENDÊNCIA 1 PONTO (sem supervisão, orientação ou assistência pessoal)	DEPENDÊNCIA 0 PONTO (com supervisão, orientação ou assistência pessoal ou cuidado integral)
BANHAR-SE	BANHA-SE COMPLETAMENTE OU NECESSITA DE AUXÍLIO SOMENTE PARA LAVAR UMA PARTE DO CORPO, COMO AS COSTAS, GENITAIS OU UMA EXTREMIDADE INCAPACITADA.	NECESSITA DE AJUDA PARA BANHAR-SE EM MAIS DE UMA PARTE DO CORPO, ENTRAR E SAIR DO CHUVEIRO OU BANHEIRA OU REQUER ASSISTÊNCIA TOTAL NO BANHO.
VESTIR-SE	PEGA AS ROUPAS DO ARMÁRIO E VESTE AS ROUPAS ÍNTIMAS EXTERNAS E CINTOS. PODE RECEBER AJUDA PARA AMARRAR OS SAPATOS.	NECESSITA DE AJUDA PARA VESTIR-SE OU NECESSITA SER COMPLETAMENTE VESTIDO.
IR AO BANHEIRO	DIRIGE-SE AO BANHEIRO, ENTRA E SAI DO MESMO, ARRUMA SUAS PRÓPRIAS ROUPAS, LIMPA A ÁREA GENITAL SEM AJUDA.	NECESSITA DE AJUDA PARA IR AO BANHEIRO, LIMPAR-SE OU USA URINOL OU COMADRE.
TRANSFERÊNCIA	SENTA-SE, DEITA-SE E SE LEVANTA DA CAMA OU CADEIRA SEM AJUDA. EQUIPAMENTOS MECÂNICOS DE AJUDA SÃO ACEITÁVEIS.	NECESSITA DE AJUDA PARA SENTAR-SE, DEITAR-SE OU SE LEVANTAR DA CAMA OU CADEIRA.
CONTINÊNCIA	TEM COMPLETO CONTROLE SOBRE SUAS ELIMINAÇÕES (URINAR E EVACUAR).	É PARCIAL OU TOTALMENTE INCONTINENTE DO INTESTINO OU BEXIGA.
ALIMENTAÇÃO	LEVA A COMIDA DO PRATO À BOCA SEM AJUDA. PREPARAÇÃO DA COMIDA PODE SER FEITA POR OUTRA PESSOA.	NECESSITA DE AJUDA PARCIAL OU TOTAL COM A ALIMENTAÇÃO OU REQUER ALIMENTAÇÃO PARENTERAL.

PONTUAÇÃO KATZ:

CLASSIFICAÇÃO KATZ

5 OU 6	INDEPENDENTE	**3 OU 4**	DEPENDÊNCIA PARCIAL	**< 2**	DEPENDENTE TOTAL

Assinatura e Carimbo		**Data**	___/___/___

INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO

Grupo 1 – Elegibilidade

a) Identificação de um cuidador efetivo que esteja presente no domicílio em período integral e capacitado a exercer essa função. Apenas nos casos de procedimentos pontuais específicos (medicações parenterais, curativos), desconsiderar para pacientes independentes.

b) Identificação de risco no domicílio: infraestrutura adequada, com rede elétrica, saneamento básico, local para armazenamento de insumos, acesso da equipe ao domicílio, facilidade de deslocamento dentro do mesmo e acesso ao paciente em situações de emergência.

c) Identificar se o paciente possui condições clínicas de deslocar-se até os prestadores de sua rede credenciada. Aspectos sociais que possam trazer dificuldades ao deslocamento não devem ser considerados neste instrumento.

Grupo 2 – Critérios para Indicação Imediata de Internação Domiciliar

a) Este grupo trata os principais critérios técnicos que levam a uma indicação imediata de Internação Domiciliar, sendo, inclusive, contemplada uma sugestão de Planejamento de Atenção Domiciliar (P.A.D.) com 12 horas ou 24 horas de enfermagem, conforme a complexidade clínica do paciente.

Grupo 3 – Critérios de Apoio para Indicação de P.A.D.

a) Este grupo reúne critérios de apoio para indicação do P.A.D. Esses critérios estão relacionados ao grau de dependência, risco para complicações, morbidade e procedimentos técnicos. A pontuação atribuída a cada item seguiu o seguinte critério:

i. Zero = nenhuma dependência, baixo risco de complicações e morbidade e sem necessidade de procedimentos técnicos.

ii. 1 ponto = dependência parcial, risco moderado de complicações e morbidade, necessidade de procedimentos técnicos e/ou aplicação de medicações por via intramuscular ou subcutânea.

iii. 2 ou 3 pontos = dependência total, risco elevado de complicações e morbidade, necessidade de procedimentos técnicos e/ou aplicação de medicações por via intravenosa ou hipodermóclise.

b) Naqueles casos em que uma internação domiciliar tiver sido indicada segundo as questões do Grupo 2, a sugestão de P.A.D. (12 ou 24 horas de enfermagem) deverá ser seguida pela aplicação dos critérios do Grupo 3, para maior embasamento técnico.

c) No grupo 2, nos casos em que uma internação domiciliar não tenha sido imediatamente indicada pelo perfil definido, prosseguir para o Grupo 3 para indicar outras modalidades de atenção, quais sejam: atendimento domiciliar multiprofissional, procedimentos pontuais exclusivos em domicílio ou mesmo outros programas de atenção à saúde.

d) A falta de indicação de Internação Domiciliar pelos critérios apontados no Grupo 2 não impede que a indicação seja feita com base nos indicadores do Grupo 3. Em todos os casos, o documento deve ser preenchido até o final. No caso de divergência entre as indicações dos dois grupos, deverá prevalecer aquela de maior complexidade, visando a maior segurança do paciente.

Conteúdo disponível em QR Code - ver pág. XLIX.

MATERIAL PROTEGIDO POR DIREITOS AUTORAIS

Referências

1. World Health Organization. Cancer pain relief and palliative care: report of a who expert committee. [Meeting Held in Geneva from 3 to 10 July 1989]. World Health Organization, Geneva, Switzerland, 1990.
2. Academia Nacional de Cuidados Paliativos. Manual de cuidados paliativos ANCP: ampliado e atualizado. 2 ed. São Paulo: ANCP, 2012.
3. World Health Organization. Noncommunicable diseases and their risk factors: palliative care. 2020. Internet. Disponível em: web-60609-oms-ncd-palliativecare-20200817.pdf (who.int)
4. World Health Organization. Palliative care. 2024. Internet. Disponível em: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care.
5. Radbruch L, et al. Redefining palliative care – a new consensus-based definition. Journal of pain and symptonmanagement.2020;60(4):754-764.doi:https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.04.027
6. Doyle D. Palliative medicine – a time for definition? Palliat Med. 1993;7(4):243-5.
7. Knaul FM, Farmer PE, Krakauer EL, et al. On behalf of the Lancet commission on global access to palliative care and pain relief study group. Alleviating the access abyss in palliative care and pain relief – an imperative of universal health coverage: the Lancet commission report. Lancet 2017; published online Oct 12. http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(17)32513-8.
8. Academia Nacional de Cuidados Paliativos. IAHPC divulga definição de cuidados paliativos. ANCP, 2019. Disponível em: https://paliativo.org.br/iahpc-divulga-definicao-cuidados-paliativos.
9. Manual de Cuidados Paliativos. Maria Perez Soares D'Alessandro (ed.) ... [et al.]. – 2. ed. São Paulo: Hospital Sírio-Libanês; Ministério da Saúde, 2023.
10. Hospital Israelita Albert Einstein. Planificasus: Guia do Workshop 8 – Cuidados Paliativos na Atenção Primária à Saúde e na Atenção Ambulatorial Especializada / Hospital Israelita Albert Einstein: Diretoria de Atenção Primária e Redes Assistenciais: São Paulo. Ministério da Saúde, 2022 Disponível em: arquivo-download.php (planificasus.com.br).
11. World Health Organization. Integrating palliative care and symptom relief into primary health care: a WHO guide for planners, implementers and managers. 2018. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274559/9789241514477-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
12. World Health Organization. Planning and implementing palliative care services: a guide for programme managers. 2016. Disponível em: 9789241565417-eng.pdf (who.int)
13. Abel J, Kellehear A, Karapliagou. Palliative care – the new Essentials. Ann Palliat Med. 2018 Abr;7(Suppl 2):S3-S14.
14. World Health Organization. Assessing the development of palliative care worldwide: a set of actionable indicators. Eva: World Health Organization, 2021. Disponível em: 9789240033351-eng.pdf (who.int).
15. Academia Nacional de Cuidados Paliativos. Manual de cuidados paliativos da Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP)/Rodrigo Kappel Castilho, Vitor Carlos Santos da Silva, Cristhiane da Silva Pinto. 3ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2021.
16. Palliative Care Australia. Palliative care service development guidelines. Canberra: PCA, January 2018. Disponível em: https://palliativecare.org.au/wp-content/uploads/dlm_uploads/2018/02/PalliativeCare-Service-Delivery-2018_web-1.pdf
17. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Comissão Intergestores Tripartite. Resolução nº 41 de 31 de outubro de 2018. Dispõe sobre as diretrizes para a organização dos cuidados paliativos, à luz dos cuidados continuados integrados, no âmbito Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Diário Oficial da União, 2018. Disponível em: https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/51520746/do1-2018-11-23-resolucao-n-41-de- 31-de-outubro-de-2018-51520710.
18. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Diário Oficial da União, 2017.

MATERIAL PROTEGIDO POR DIREITOS AUTORAIS

Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 31 mar. 2021.
19. Mendes EV, et al. A construção social da Atenção Primária à Saúde. 2. ed. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde – Conass, 2019. Disponível em: https://www.conass.org.br/biblioteca/a-construcao-social-da-atencao-primaria-a-saude-2a-edicao/.
20. University of Edinburgh. Supportive and palliative care indicators tool (SPICT), 2020. SPICT-BR: Supportive and Palliative Care Indicators Tool (Brazilian version). Disponível em: < https://www.spict.org.uk/the-spict/spict-br/>
21. Highet G, Crawford D, Murray AS, Boyd K. Development and evaluation of the supportive and palliative care indicators tool (SPICT): a mixed-methods study. BMJ Supportive&PalliativeCare, 4(3), 285–290, 2013.
22. Maas E, Murray AS, Engels Y, Campbell C. What tools are available to identify people with palliative care needs in primary care: a systematic review and survey of european practice. BMJ Support Pall Care 2013; 3:444-451.
23. Murray AS, Boyd K. Using the "surprise question" can identify people with advanced heart failure and COPD who would benefit from a palliative care approach. Palliat Med. 2011; 25(4):382.
24. Hidalgo GAO, Souza SE. Instrumentos de Elegibilidade para Abordagem Paliativa. Hospital Israelita Albert Einstein. Planificasus: Etapa 8 – Cuidados Paliativos na Atenção Primária à Saúde e na Atenção Ambulatorial Especializada / Hospital Israelita Albert Einstein: Diretoria de Atenção Primária e Redes Assistenciais: São Paulo. Ministério da Saúde, 2022 Disponível em: arquivo-download.php (planificasus.com.br).
25. Santana MTEA, et al. Adaptação transcultural e validação semântica de instrumento para identificação de necessidades paliativas em língua portuguesa. Einstein (São Paulo), São Paulo, v. 18, eAO5539, 2020. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-45082020000100271&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25 out. 2020. Epub Oct 07, 2020. doi: https://doi.org/10.31744/einstein_journal/2020ao5539.
26. Gómez-Batiste X, Martínez-Muñoz M, Blay C, et al. Utilidade da ferramenta NECPAL CCOMS-ICO© e da Pergunta Surpresa como ferramentas de triagem para cuidados paliativos precoces e para prever mortalidade em pacientes com condições crônicas avançadas: Um estudo de coorte. Medicina Paliativa, 2017;31(8):754-763. doi: 10.1177/0269216316676647
27. Ministério da Saúde (BR) Portaria GM/MS nº 3.681, de 07 de maio de 2024 – 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. Diário Oficial da União, Seção 1, nº 98, de 22/05/2024- pag 215
28. Marcucci FCI, Cabrera MAS: Morte no hospital e no domicílio: influências populacionais e das políticas de saúde em Londrina, Paraná, Brasil (1996-2010) Ciência & Saúde Coletiva, v. 20, n. 3, p. 833–840, mar. 2015.
29. Roberts B, Robertson M, Ojukwu EI, Wu DS. Home Based Palliative Care: Known Benefits and Future Directions. Curr Geriatr Rep. 2021;10(4):141-147. doi: 10.1007/s13670-021-00372-8. Epub 2021 Nov 25. PMID: 34849331; PMCID: PMC8614075.
30. Ministério da Saúde (BR) Portaria GM/MS nº 3.005, de 02 de janeiro de 2024-Altera as Portarias de Consolidação nºs 5 e 6, de 28 de setembro de 2017, para atualizar as regras do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) e do Programa Melhor em Casa (PMeC). Diário Oficial da União, Seção 1,nº4 de 05/01/2024 - pag 56.
31. Dal Ben LW, Gaidzinski RR. Sistema de Classificação de pacientes em assistência domiciliar. Acta Paul Enferm 2006;19(1):100-8. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/byGQvQFGwZpvx6793gw5LJN/?format=pdf&lang=pt.
32. Núcleo Nacional das Empresas de Serviços de Atenção Domiciliar (NEAD). Tabela de avaliação para planejamento de atenção domiciliar NEAD. 2017. Disponível em:<https://www.neadsaude.org.br/pdfs/5-final-site.pdf>.

MATERIAL DE USO EXCLUSIVO PARA FINS AUTORAIS