

CUIDADOS PALIATIVOS

Origem do termo “paliativo”

Francês – “palliatif” “Aliviar sem curar”

Latim – “pallium” “Cobrir, proteger”





Cecily Saunders e o St. Christopher's Hospice;

“dar mais vida aos dias do que acrescentar dias à vida”

Filosofia/ na antiguidade, Idade Média nas Cruzadas

Século XVII – padre francês São Vicente de Paula fundou a Ordem das Irmãs da Caridade em Paris e abriu várias casas para órfãos, pobres, doentes e moribundos.

1900: cinco irmãs irlandesas fundam o St. Joseph's Convent 1902: St. Joseph's Hospice

1967, **Cicely Saunders fundou o St. Christopher's Hospice**, primer serviço a oferecer **cuidado integral ao paciente, desde o controle de sintomas, alívio da dor e do sofrimento psicológico**.

CUIDADOS PALIATIVOS no Brasil

1970 Iniciativas isoladas

1990 que começaram a aparecer os primeiros serviços organizados na UNIFESP.

1998, (INCA)

2005 fundada **(ANCP)**, avançou na regularização / discussão com o MS/MEC/ AMB.

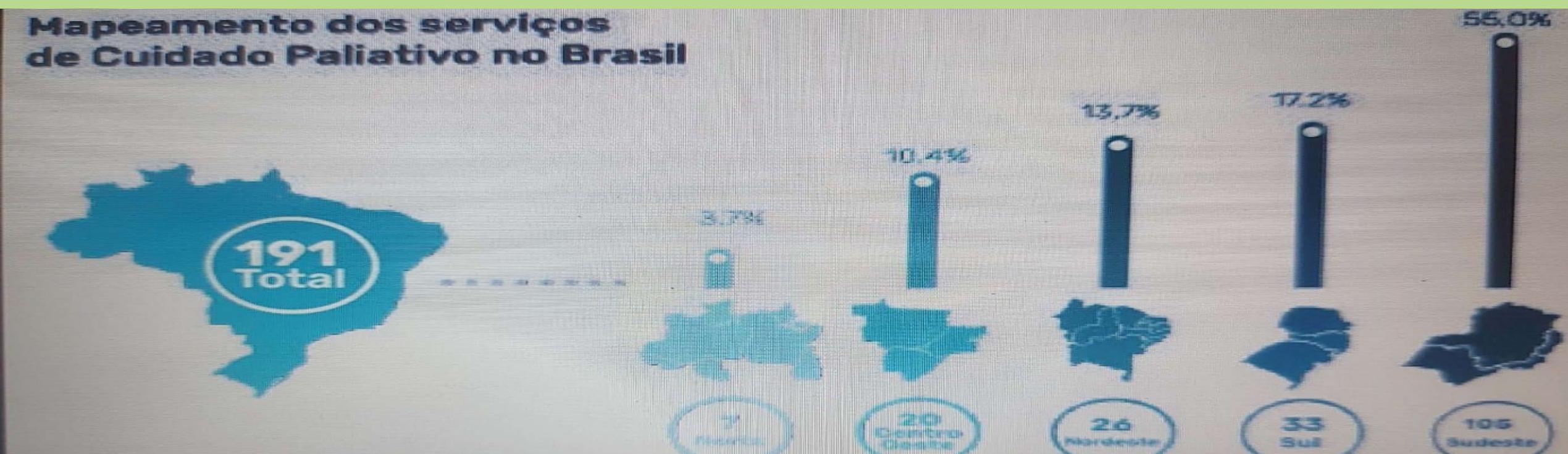
2009, o CFM incluiu, em seu novo Código de Ética Médica, os Cuidados Paliativos como princípio fundamental.

2010, a MP reconhecida como área de atuação médica pelo (CFM), (AMB).

1er exame de proficiência, foi realizado em julho de 2011.

Em 2013/ primeiras vagas para residência em Medicina

- Há desconhecimento, entre médicos, profissionais de saúde, gestores hospitalares e o poder judiciário.
- Ainda se confunde atendimento paliativo com eutanásia
- e há um enorme preconceito com relação ao uso de opioides.
- Ainda são poucos os serviços e Menor ainda é o número daqueles que oferecem atenção baseada em critérios científicos e de qualidade.



- Ortotanásia: morte correta "morte natural, sem antecipação ou prolongamento".
processo pelo o qual se opta por não submeter um paciente terminal a procedimentos invasivos que adiam sua morte,
- Distanásia, "morte lenta, com sofrimento",
 - prolongamento artificial do processo de morte, quando não há perspectiva nem de cura nem de melhora, se prolonga a vida biológica do paciente, sem qualidade de vida e sem dignidade. Expressão da obstinação terapêutica pelo tratamento e pela tecnologia, sem a devida atenção em relação ao ser humano.
 - Eutanásia: ato de "antecipar a morte" ou de tirar a vida do ser humano.
morte sem dor, sem sofrimento desnecessário. Atualmente, é entendida como uma prática para abreviar a vida, a fim de aliviar ou evitar sofrimento para os pacientes.
 - é ilegal no Brasil, aceito, em Holanda e a Bélgica. .
 - Mistanasia: A Morte Precoce, Miserável e Evitável Como Consequência da Violação do Direito à Saúde

Definição de Cuidados Paliativos

“é a abordagem que promove qualidade de vida de pacientes e seus familiares diante de doenças que ameaçam a continuidade da vida, através de prevenção e alívio do sofrimento. Requer a identificação precoce, avaliação e tratamento impecável da dor e outros problemas de natureza física, psicossocial e espiritual.”

World Health Organization (WHO) Center for Advanced Palliative Care
(CAPD)

World Health Organization (WHO)

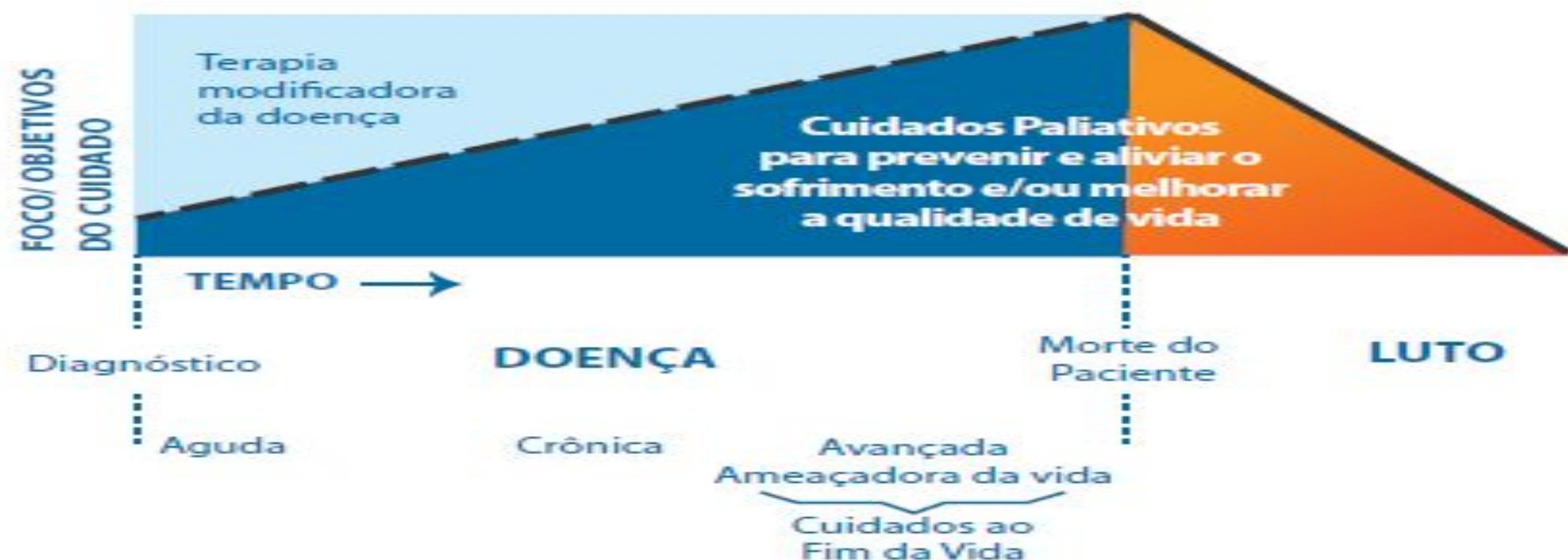
Center for Advanced Palliative Care (CAPD)

International Association of Hospice & Palliative Care
(IAHPC)

European Association for Palliative Care (EAPC)

National Institute for Health and Care Excellence (NICE)

- CP, não se aplicam somente aos que estão ao final da vida, em iminência de morte, e sim a pacientes portadores de doenças crônicas que estejam já sofrendo **subtração da qualidade de vida**.



Pilares dos Cuidados Paliativos

- Comunicação Adequada
- Controle impecável dos Sintomas
 - Apoio à Família
- Trabalho em Equipe

Concepção de que a morte é um processo natural

Princípios Básicos dos cuidados paliativos

- 1- Promove alívio da dor e controle de outros sintomas
- 2- Afirmam a vida e encaram o morrer como um processo normal da vida
- 3-Não apressam ou abreviam a vida (eutanásia) e nem adiam ou prolongam um processo doloroso de morrer (distanásia).
- 4-Vão além dos cuidados no nível físico-orgânico, integrando aspectos psicológicos e espirituais aos cuidados do doente
- 5- Oferecem um sistema de apoio para ajudar os pacientes a viver tãoativamente quanto possível até o momento de sua morte.
- 6- Ajudam a família em lidar com a doença do paciente, no processo demorrer e após a morte, o luto.
- 7- Visam aprimorar a qualidade de vida

Médico ou Enfermeiro •
“Euquipe”

- Médico
- Enfermeiro
- Psicólogo
- Assistente social
- Fisioterapeuta
- Fonoaudiólogo
- Terapeuta Ocupacional
- Capelão

Tratador e outros sintomas biológicos • Entende o paciente como Pessoa • Demandas psicológicas, sociais e espirituais • Prognostica e define objetivo de cuidado • Pratica Medicina baseada em Valores • Evita a distanásia, promove ortotanásia • Sabe se comunicar com empatia • Media conflitos e negocia • Atua em equipe • É resiliente e foca no que é essencial

Principais Barreiras

- desconhecimento dos profissionais a respeito dos conceitos de cuidados paliativos
- Desconforto e despreparo para realizar o prognostico
- Despreparo para elaborar planos de cuidados e critérios de elegibilidade,
- a obstinação terapêutica,
- a resistência de familiares
- e as dificuldades em oferecer o controle de sintomas, conforto psicológico espiritual e social
- inexistência de programas home care
- o acesso a serviços de Cuidados Paliativos e a medicamentos para controle de dor e outros sintomas no ambiente domiciliar ainda é limitado.

As doenças crônico-degenerativas **EM FASES AVANÇADAS** têm indicação de cuidados paliativos:

- DEMÊNCIAS,
- DOENÇAS CEREBROVASCULARES,
- SEQUELADOS DE AVC,
- SÍNDROME DE FRAGILIDADE,
- DOENÇA RENAL CRÔNICA,
- INSUFICIÊNCIA CARDÍACA,
- HEPATOPATIAS CRÔNICAS
- DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA,
- CÂNCER.

- 40 milhões de pessoas por ano necessitam de Cuidado Paliativo
- 78% delas em países em desenvolvimento
- 70% das mortes por doenças crônico-degenerativas ocorre em hospitais

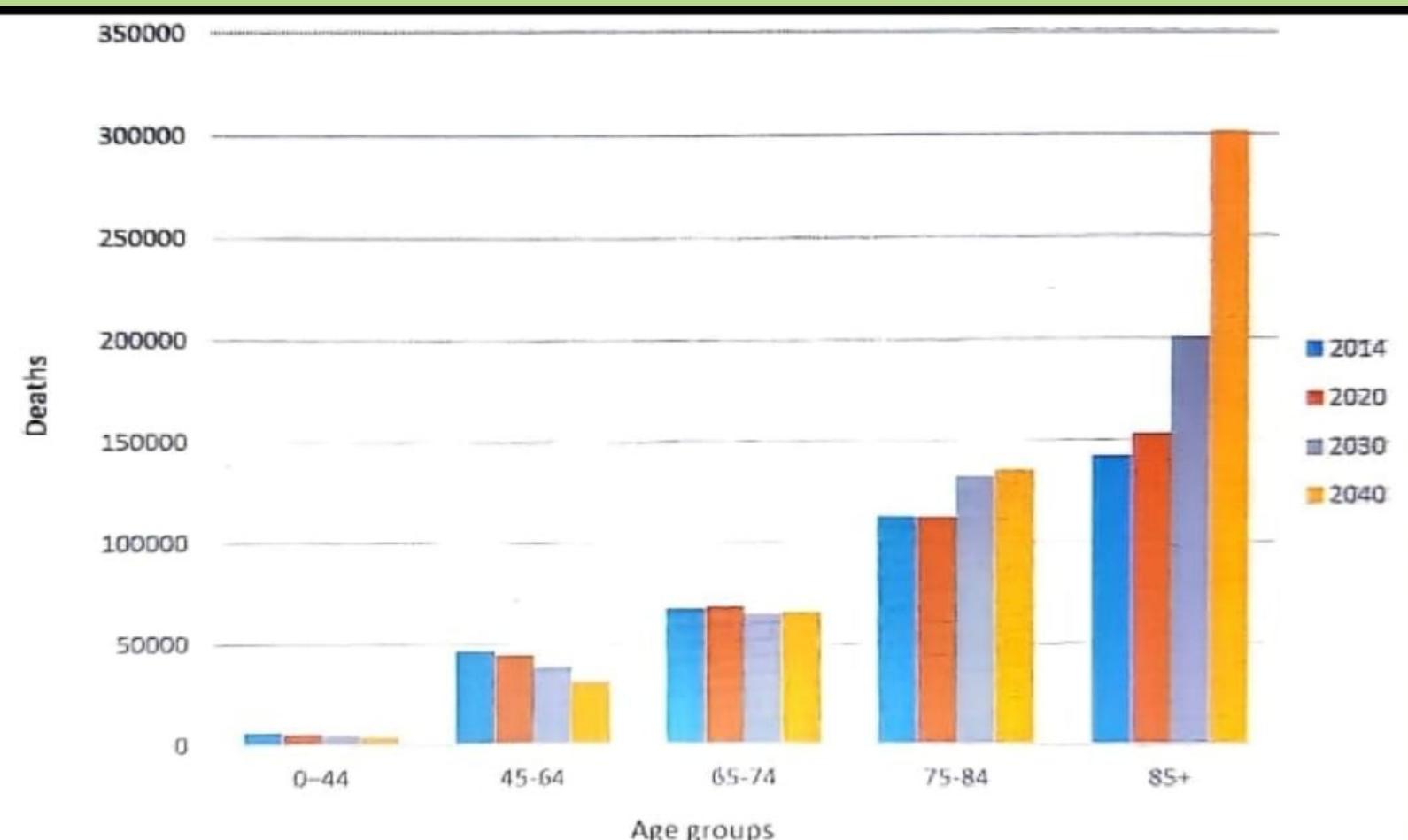
RESEARCH ARTICLE

Open Access

How many people will need palliative care in 2040? Past trends, future projections and implications for services

S. N. Etkind¹, A. E. Bone¹, B. Gomes^{1,2}, N. Lovell¹, C. J. Evans^{1,3}, L. J. Higginson^{1,3} and F. E. M. Murtagh^{1,3}

"Quantas pessoas necessitarão de cuidados paliativos em 2040? Passado, projeções futuras e implicações para os serviços"

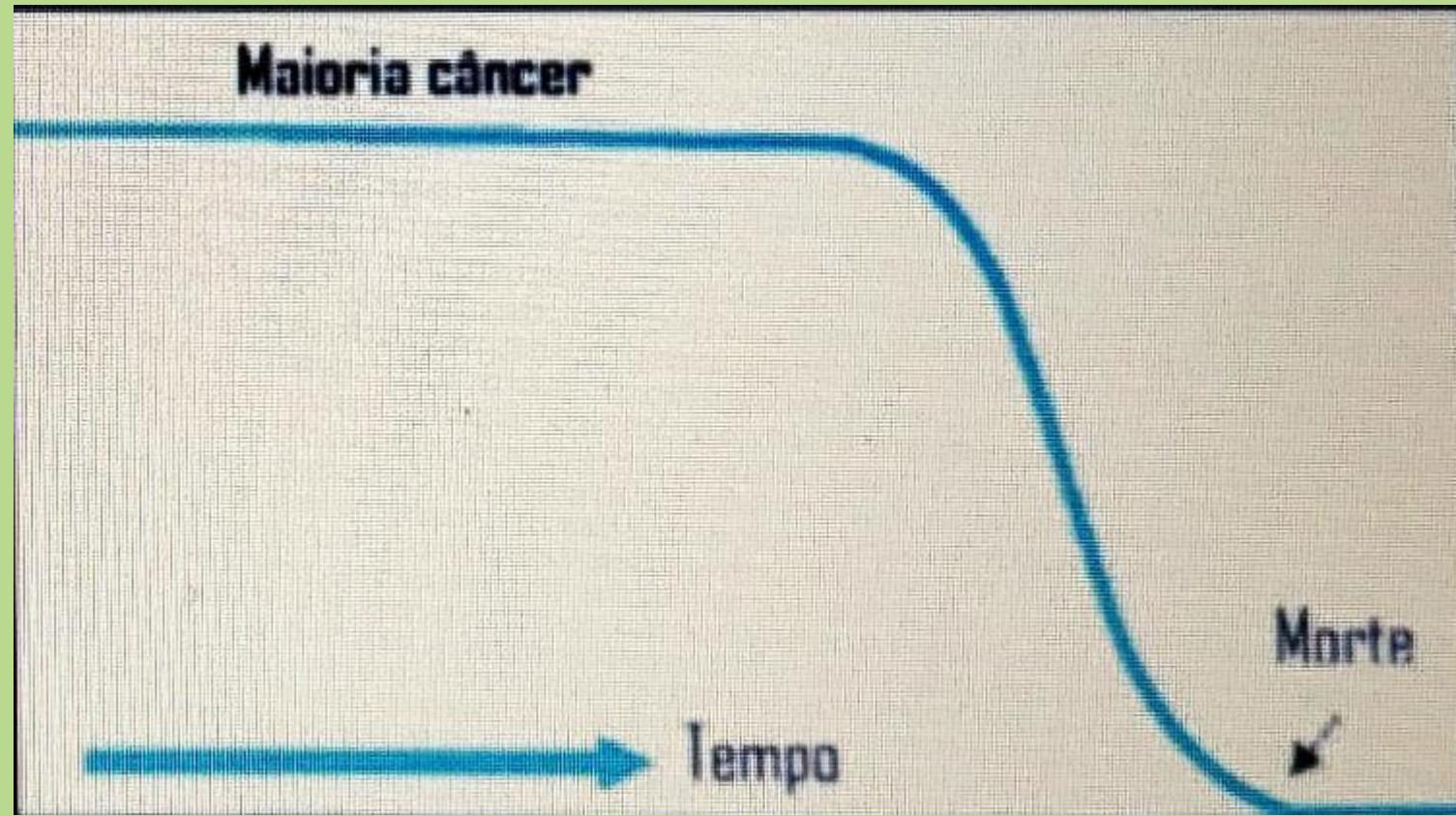


TRAJETÓRIA DAS PRINCIPAIS DOENÇAS CRÔNICAS QUE DEMANDAM OS CUIDADOS PALIATIVOS

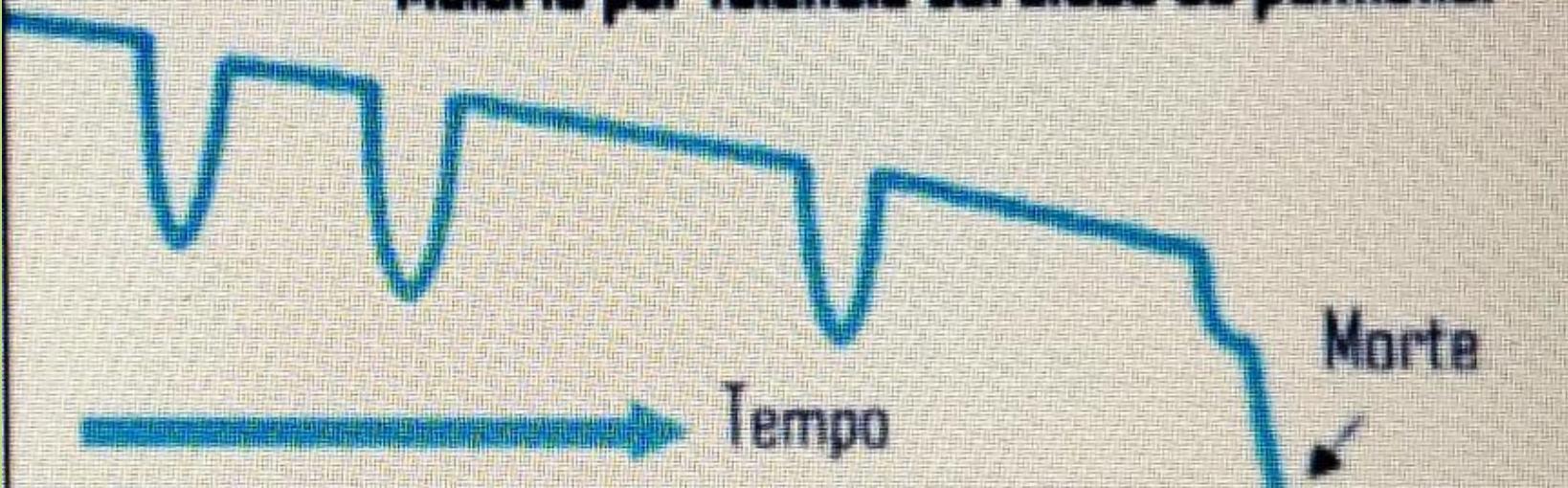
Maioria câncer

Tempo

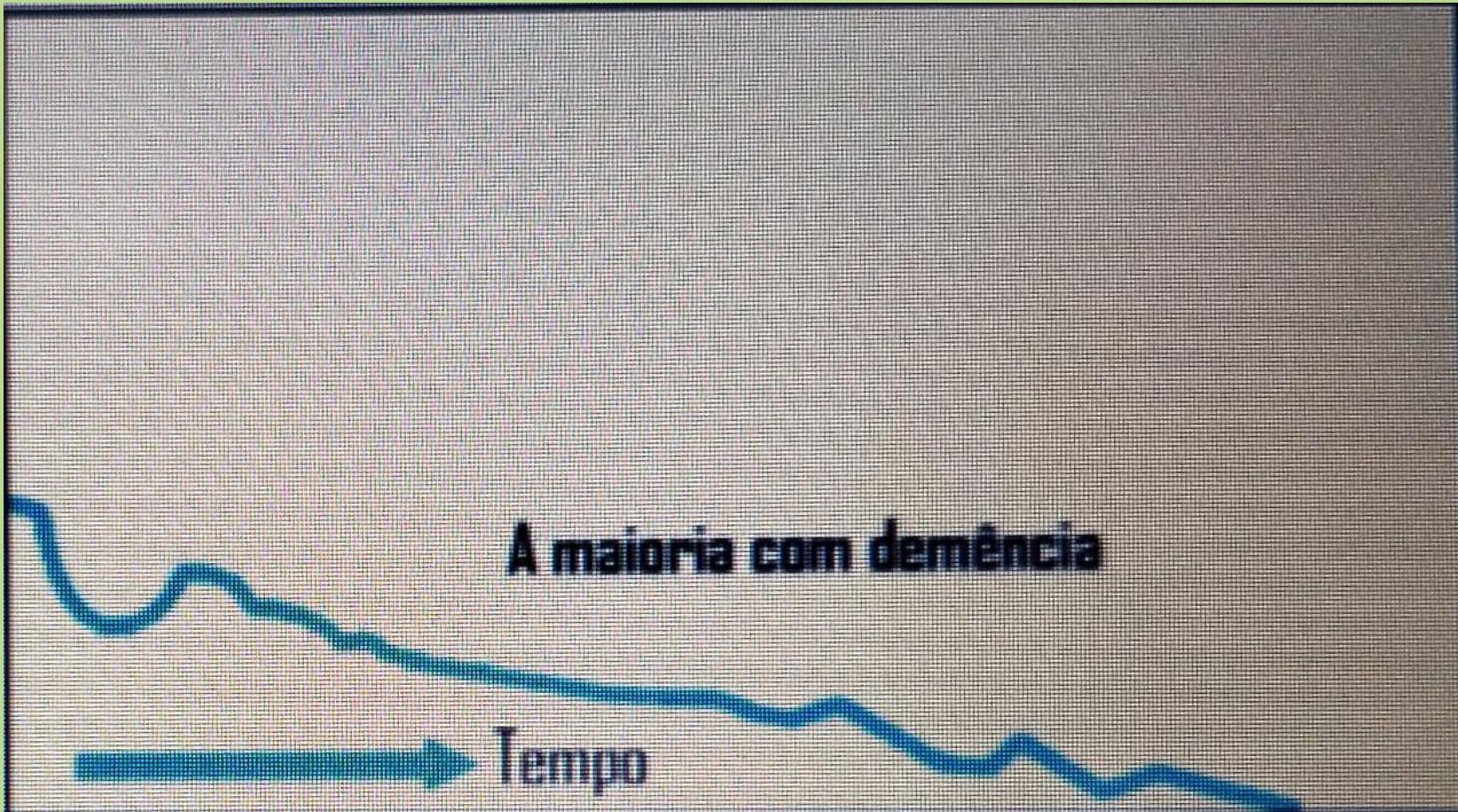
Morte



Maioria por falência cardíaca ou pulmonar

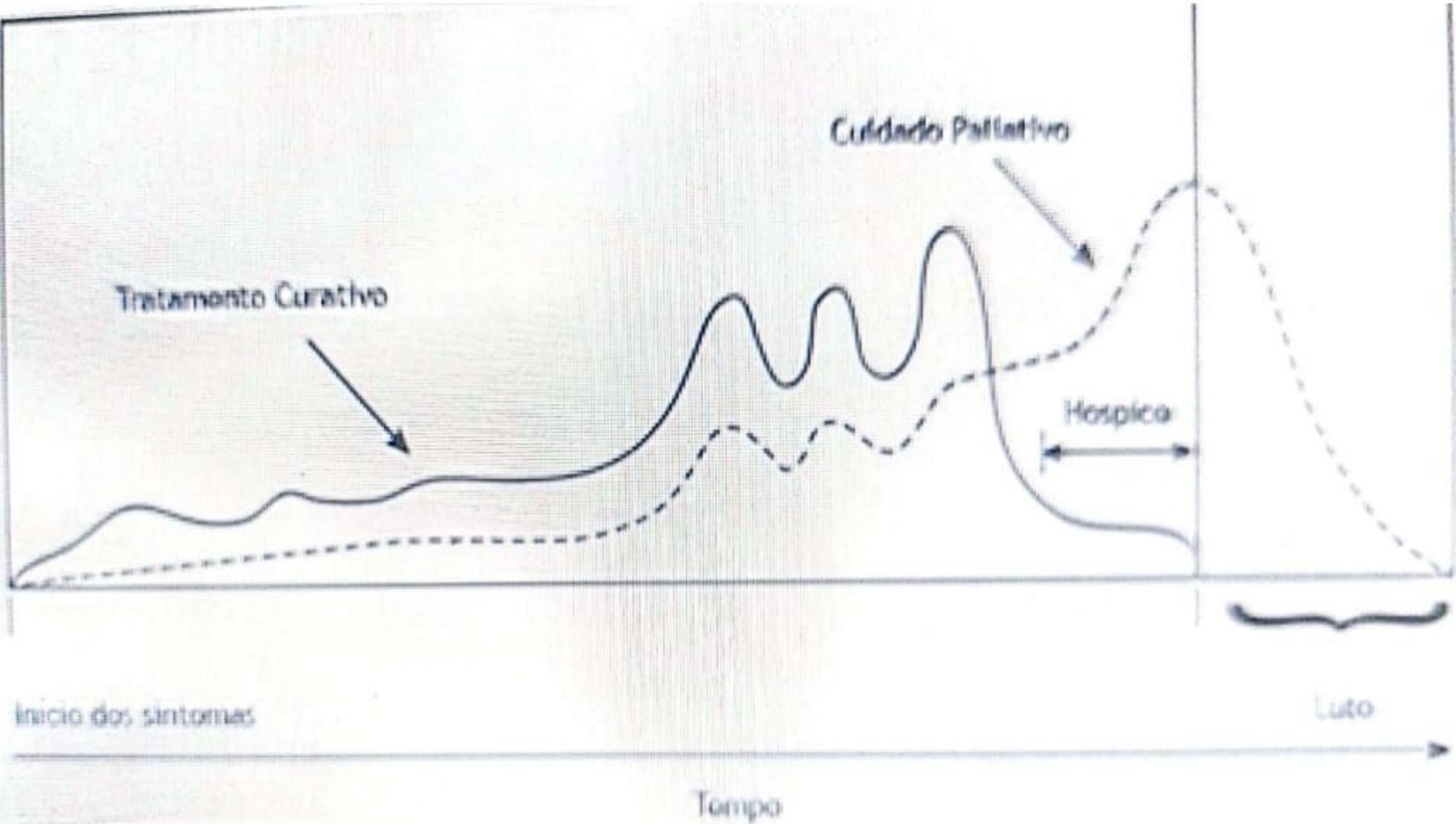


Lentas, longas, paciente lentamente vai piorando, demanda muitos cuidados da familia, sobrecarrega sistemas de saude



Quando iniciar

- O mais precoce possível → melhora qualidade de vida/ satisfação com o cuidado.
- No momento do diagnóstico de doença incurável e vai se tornando exclusivo
- Menor indicação de tratamentos fúteis no fim da vida, menos idas nos pronto socorros, menos internações na uti, menos hospitalizações



As figuras a seguir refletem esta abordagem e também o que se preconiza atualmente.

Figura 1 A- Modelo temporal dicotômico. antigamente: Curativo, não tinha mais solução, ia para paliativo



Figura 1 B- Modelo temporal integrado Aqui os cuidados paliativos vão se inserindo junto dos curativos



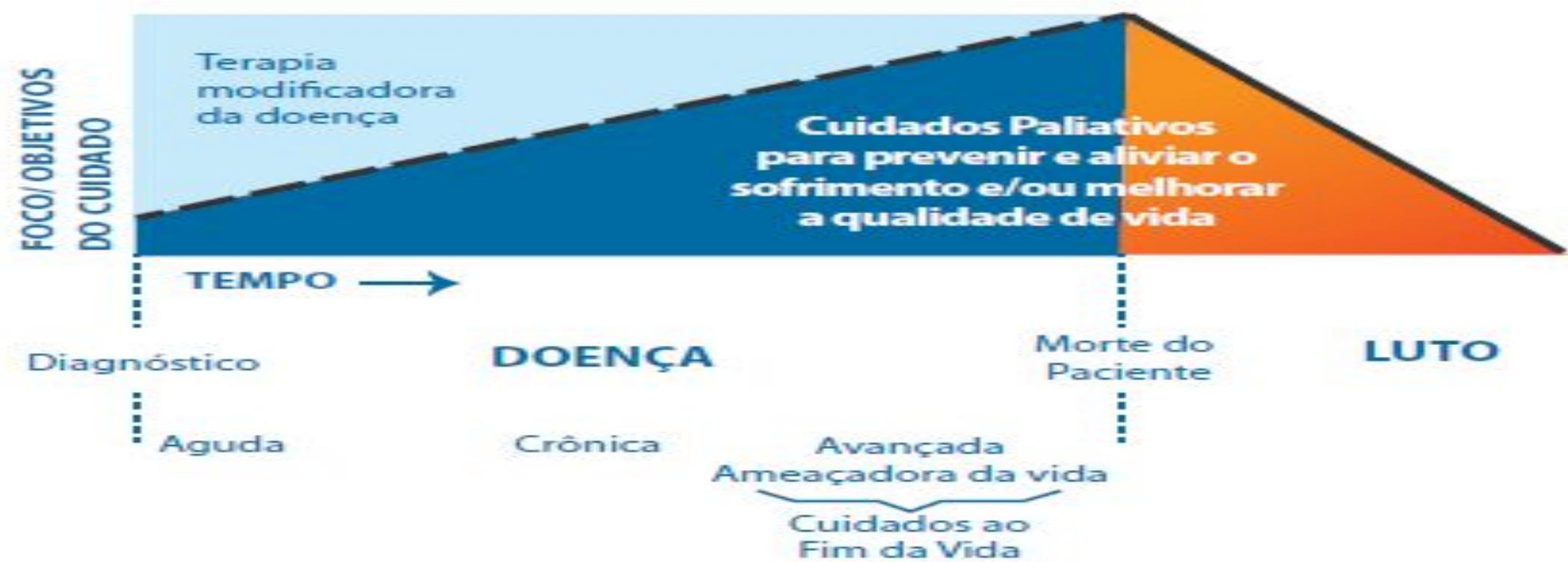
Cuidados curativos	
Cuidado Paliativo	
Cuidados Paliativo exclusivos.....	
Luto	

LOCAL DE ATUAÇÃO DOS CUIDADOS PALIATIVOS

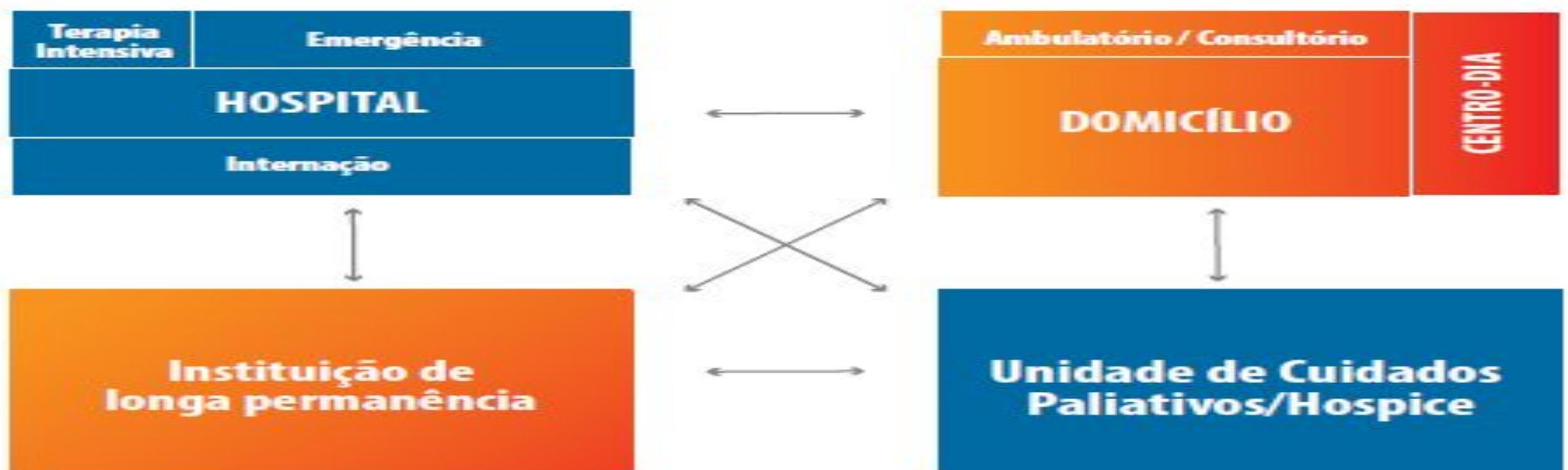
As equipes de Cuidados Paliativos atuam preferencialmente nas estruturas que permitam oferecer melhor suporte aos pacientes e suas famílias, podendo ser em hospitais, clínicas de longa permanência, unidades básicas de saúde ou na própria residência do paciente. O atendimento em ambiente extra hospitalar é um bom modelo.

Durante o curso de uma doença, pacientes e familiares apresentam necessidade variável de Cuidados Paliativos, de acordo com a intensidade dos problemas que surgem de forma dinâmica.

Ao longo do tempo, o foco e os objetivos do cuidado vão progressivamente se deslocando desde uma ênfase em tratamentos modificadores da doença até tratamentos com intenção exclusivamente paliativa.



Pacientes e familiares necessitam de acesso a Cuidados Paliativos em cada um dos ambientes em que estejam recebendo cuidados. Se o paciente precisa ser transferido de um ambiente para outro, é importante garantir a continuidade do cuidado, para que se mantenha respeitada a abordagem paliativa. Em todas as situações, porém, tanto em casa quanto em hospitais ou instituições de longa permanência, os profissionais devem estar capacitados para prestar Cuidados Paliativos de qualidade



Indicadores para cuidados paliativos:

- Doenças Oncológicas com metástases ou inoperável.
- Doença progressiva: idas frequentes a urgências e ou internamento, dependência em ≥ 3 avds, incontinências, comprometimento nutricional $> 10\%$ em 6m e recusa de alimentação x sonda. **AVD - Atividade basica de vida diaria/ Ex:**
- Neurológicas (Doença de Alzheimer avançada com capacidade funcional muito baixa (> 3 avds) pnm aspirativa, itu, ulcera x pressão, septicemia, ingestão oral insuficiente, albumina $< 2,5$, CT < 155 . **Ct é um marcador de desnutrição se estiver muito baixo**
- Pulmonares (DPOC avançado; Cor pulmonale, PO₂ < 55 , sat $< 88\%$, dispneia incapacitante, dependência de oxigênio).
- Insuficiência cardíaca classe funcional IV), FE: 20 %, refratariedade ao tto.
- Doenças hepáticas e renais: com contraindicação de transplante, Clearance de creatinina $< 15\text{ml/min}$, e TP $> 5\text{s}$ acima do controle.
- Síndrome da fragilidade: progressão do quadro, incapacidade de ganho ponderal, e de recuperação do estado funcional

Quadro 5 – Considerar a consulta sobre Cuidados Paliativos para pacientes com critérios de terminalidade de suas doenças de base^(2S)

Câncer	Qualquer paciente com câncer metastático ou inoperável
Doenças cardíacas	Sintomas de ICC durante o repouso FE < 20% Uma nova disritmia Ataque cardiaco, sincope ou AVC Idas frequentes ao PS devido aos sintomas
Doenças pulmonares	Dispneia durante o repouso Sinais ou sintomas de insuficiência cardíaca direita Saturação de O ₂ < 88% pCO ₂ > 50 Perda de peso não-intencional
Demência	Incapacidade para andar Incontinência Menos de seis palavras inteligíveis Albumina < 2,5 ou menor ingestão por via oral Idas frequentes ao PS
Doenças hepáticas	TP > 5 s Albumina < 2,5 Ascite refratária Peritonite bacteriana espontânea Ictericia Desnutrição ou perda de massa muscular
Doenças renais	Não candidato à diálise Depuração da creatinina < 15 ml/min Creatinina sérica > 6
Síndrome da fragilidade	Idas frequentes ao PS Albumina < 2,5 Perda de peso não-intencional Úlcera de decúbito Confinamento ao leito/domicílio

ICC: insuficiência cardíaca congestiva; FE: fração ou ejecção; AVC: acidente vascular cerebral; PS: pronto-socorro; pCO₂: pressão parcial de CO₂; TP: tempo de protrombina.

Indicadores Gerais de Indicação de Cuidados Paliativos

- Desempenho funcional em declínio (ex: auto cuidado limitado, acamado ou na cadeira > 50% do dia) e aumento da dependência na das atividades da vida diária.
- Comorbidade é considerado como o maior indicador preditivo de mortalidade e morbidade
- Declínio físico geral e crescente necessidade de apoio
- Doença avançada - instável, deteriorando com sintomas intensos
- Diminuição da resposta ao tratamento, reversão diminuída
- Escolha de nenhum tratamento invasivo
- Perda de peso progressiva (> 10%) nos últimos seis meses
- Repetidas admissões não planejadas
- Presença de evento sentila (ex: quedas, luto, transferência para instituição de longa permanência)
- Albumina sérica <2,5 g / l Marcador importante

Câncer (presença de somente um critério)

- Diagnóstico confirmado de câncer metastático (estágio IV) e, em alguns casos, como nos tumores do pulmão, pâncreas, estômago e esôfago também em estágio III, que apresentem:
- Má resposta ou contra-indicação a tratamento específico, manifestação evolutiva da doença ou envolvimento metastático de órgãos vitais (SNC, fígado, pulmão, etc)
- Deterioração funcional significativa (Palliative Performance Status (PPS) <50%)
- Sintomas persistentes mal controlados ou refratários, apesar de tratamento específico otimizado.

Câncer (presença de somente um critério)

- Diagnóstico confirmado de câncer metastático (estágio IV) e, em alguns casos, como nos tumores do pulmão, pâncreas, estômago e esôfago também em estágio III, que apresentem:
- Má resposta ou contra-indicação a tratamento específico, manifestação evolutiva da doença ou envolvimento metastático de órgãos vitais (SNC, fígado, pulmão, etc)
- Deterioração funcional significativa (Palliative Performance Status (PPS) <50%)
- Sintomas persistentes mal controlados ou refratários, apesar de tratamento específico otimizado.

Demência

- **(presença de dois ou mais critérios)**
-

- **Critérios de gravidade:** incapacidade de se vestir, lavar ou comer sem ajuda (FAST 6c), o aparecimento de dupla incontinência (FAST 6d-e) ou incapacidade de falar ou comunicar com sentido – 6 ou menos palavras inteligíveis - (Fast 7)
- **Critérios de progressão:** perda de 2 ou mais ABVD (atividades básicas da vida diária) nos últimos 6 meses, apesar de intervenção terapêutica adequada (não considerar na situação aguda) ou surgimento de dificuldade em engolir, de recusa em se alimentar, em pacientes que não recebem nutrição enteral ou parenteral.
- **Critérios de uso de recursos:** múltiplas internações(mais de 3 nos últimos 12 meses, por eventos como pneumonia aspirativa, pielonefrite, septicemia, dentre outros que levem a deterioração funcional e/ou cognitiva)

Utiliza para determinar a gravidade do Alzheimer

Escala FAST

1. Nenhuma dificuldade objetiva ou subjetiva
2. Queixas de esquecimento de locais ou objetos. Dificuldade subjetivo no trabalho.
3. Decréscimo do funcionamento no trabalho, evidente para os colegas, dificuldade para viagens para outras localidades.
4. Dificuldade para tarefas complexas, manejo de finanças pessoais, execução de compras etc.
5. Requer assistência na escolha dos trajes adequados
- 6.A. Dificuldade de vestir-se adequadamente
- 6.B. Incapaz de banhar-se adequadamente, pode desenvolver medo do banho
- 6.C. Incapaz de manejo da toalete
- 6.D. Incontinência urinária
- 6.E. Incontinência fecal
- 7.A. Capacidade de falar limitada a 6 palavras ou menos, em um dia
- 7.B. Capacidade de falar limitada a 1 palavra inteligível, em um dia
- 7.C. Capacidade de deambulação perdida
- 7.D. Perda da capacidade de sentar-se sem assistência
- 7.E. Perda da capacidade de sorrir Paciente entrando em fim de vida
- 7.F. Perda da capacidade de levantar a cabeça
- 7.G. Postura fletida

7 para baixo é paciente em cuidados paliativos

Doença Cardíaca Crônica (presença de dois ou mais critérios)

- Insuficiência cardíaca estágio III ou IV, doença grave valvar ou doença coronária extensa não revascularizável
- Dispnéia ou angina de repouso a mínimos esforços
- Sintomas físicos ou psicológicos difícil de gerir, apesar do tratamento otimizado bem tolerado
- Em caso de dispor de ecocardiograma: fração de ejeção severamente deprimida (<30%) ou HAP grave ($PSAP > 60 \text{ mmHg}$)
- Insuficiência renal associada ($TFG < 30 \text{ l / min}$)
- Admissões hospitalares com sintomas de insuficiência cardíaca / isquêmica, doença recorrente (> 3 nos últimos 12 meses)

Doença Pulmonar Crônica (presença de dois ou mais critérios)

- Dispnéia em repouso ou com esforço mínimo entre exacerbações
- Sintomas físicos ou psicológicos difíceis de manejar, apesar do tratamento ótimo bem tolerado
- No caso de dispor de provas de função respiratória (com aviso sobre a qualidade das provas) avaliar presença de critérios de obstrução grave: FEV1 <30% ou critérios de déficit restritivo grave: CV forçado <40% / DLCO <40%
- Em caso de dispor de gasometria arterial de base, presença de critérios de oxigenoterapia domiciliar ou estar atualmente realizando este tratamento em casa
- Insuficiência cardíaca sintomática associada
- Hospitalizações recorrentes (> 3 internações em 12 meses por exacerbação do DPOC)

Doença Renal Crônica Grave - fase 4 ou 5 (presença de dois critérios)

- Pacientes que escolhem a opção que não desejem terapia dialítica ou descontinuação da diálise ou que não estejam optando por diálise se seu transplante renal falhou.
- Pacientes com sintomas físicos ou psicológicos refratários decorrentes da doença renal apesar de tratamento renal otimizado ou em terapia dialítica.
- Insuficiência Renal Sintomáticas: náuseas e vômitos, anorexia, prurido, desempenho funcional reduzido, sobrecarga de líquidos.

Doença Hepática Crônica Grave (presença de somente um critério)

- **Cirrose avançada:** estadiamento Child C (determinada na ausência de complicações ou tendo recebido tratamento otimizado), pontuação de MELD-Na acima de 30 ou com uma ou mais das seguintes complicações médicas: ascite refratária, síndrome hepato-renal ou sangramento gastrointestinal alto por hipertensão portal persistente com fracasso do tratamento farmacológico e endoscópico e paciente não é candidato para TIPS ou não é candidato a transplante
- **Carcinoma hepatocelular:** presente, em estágio C ou D

Doença do neurônio motor: Esclerose Múltipla e Doença de Parkinson (presença de dois ou mais critérios)

- Deterioração progressiva da função física e / ou cognitivo, apesar de tratamento otimizado
- Sintomas complexos e de difícil controle
- Problemas de fala / maior dificuldade para comunicar-se
- Disfagia progressiva
- Pneumonia por aspiração recorrente, dispnéia ou insuficiência respiratória

Acidente Vascular Cerebral (presença de somente um critério)

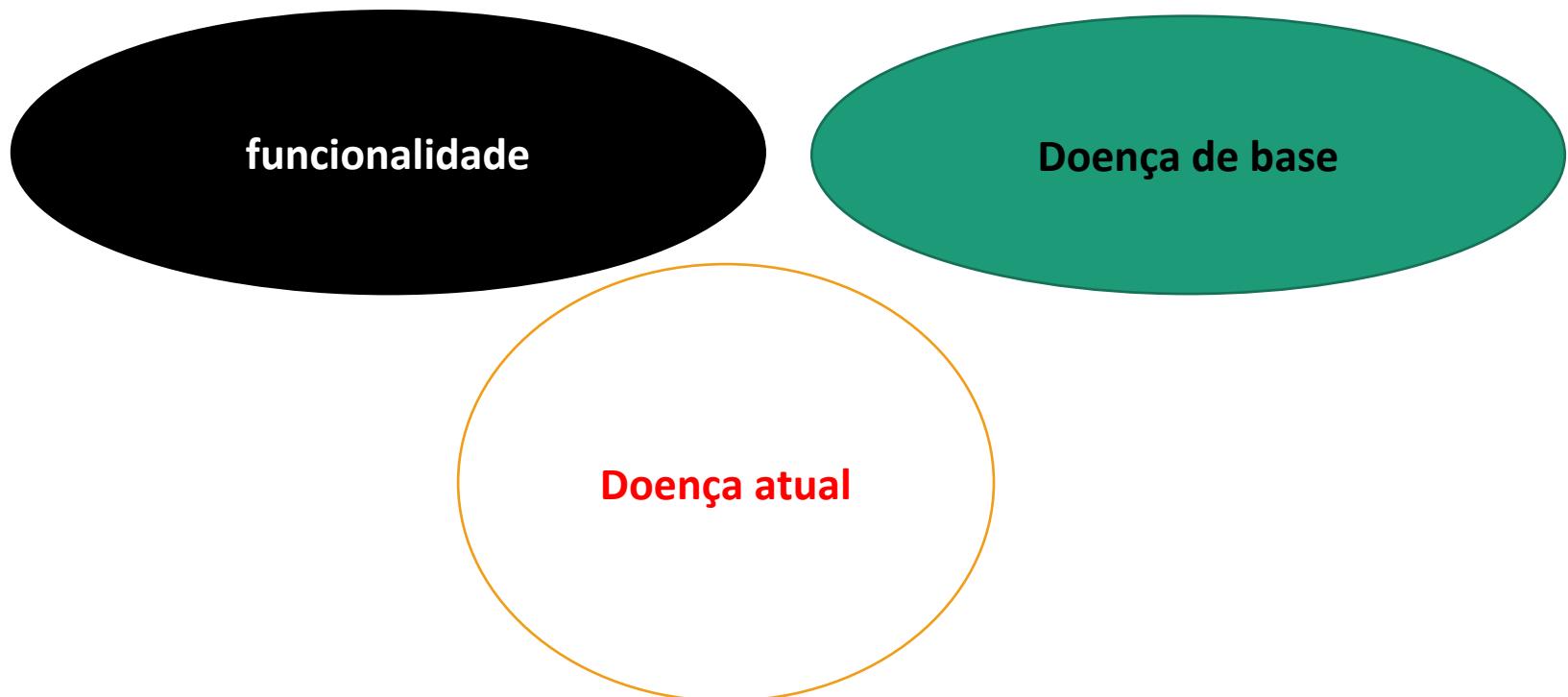
- Durante a **fase aguda e subaguda** (menos de 3 meses após o AVC): estado vegetativo persistente ou minimamente conscientes por mais de 3 dias
- Durante a **fase crônica** (mais de 3 meses após o AVC): complicações de saúde com repetição (pneumonia por aspiração, apesar de medidas antidisfagia), infecção do trato urinário superior (pielonefrite) de repetição (> 1), febre recorrente apesar de antibióticos (pós febre persistente após uma semana de antibiocoterapia), úlceras de decúbito estágio 3 ou 4 refratárias ou demência com critérios de gravidade pós AVC

Síndrome da fragilidade

Indivíduos que apresentam **múltiplas comorbidades com prejuízo significativo no dia-a-dia e desempenho funcional reduzido**, além da combinação de **pelo menos três** dos seguintes **sintomas**:

- Fraqueza
- Velocidade de marcha reduzida
- Perda de peso significativa
- Baixa atividade física espontânea
- Depressão.

PROGNOSTICO



Escalas Prognósticas

- Escala de Avaliação Funcional de Karnofsky
- Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG)
- Escala de Performance Paliativa (PPS)
- Índice Prognóstico Paliativo (PPI)
- Pergunta Surpresa / Indicadores Gerais e Específicos

Figura 2 - Palliative Performance Scale PPS



%	Deambulação	Atividade e evidência da doença	Auto cuidado	Ingestão	Nível de consciência
100	Completa	Atividade normal de trabalho, sem evidência de doença	Completo	Normal	Completo
90	Completa	Atividade normal de trabalho, alguma evidência de doença	Completo	Normal	Completo
80	Completa	Atividade normal de trabalho com esforço, alguma evidência de doença	Completo	Normal ou reduzida	Completo
70	Reduzida	Incapaz para o trabalho, doença significativa	Completo	Normal ou reduzida	Completo
60	Reduzida	Incapaz para o hobby/trabalho doméstico, doença significativa	Assistência ocasional	Normal ou reduzida	Completo ou períodos de confusão
50	Maior parte do tempo sentado ou deitado	Incapaz para o trabalho, doença extensa	Assistência considerável	Normal ou reduzida	Completo ou períodos de confusão
40	Maior parte do tempo acamado	Incapaz para a maioria das atividades, doença extensa	Assistência quase completa	Normal ou reduzida	Completo ou sonolência, +/- confusão
30	Totalmente acamado	Incapaz para qualquer atividade	Dependência completa	Normal ou reduzida	Completo ou sonolência, +/- confusão
20	Totalmente acamado	Incapaz para qualquer atividade	Dependência completa	Mínima a pequenos goles	Completo ou sonolência, +/- confusão
10	Totalmente acamado	Incapaz para qualquer atividade	Dependência completa	Cuidados com a boca	Sonolência ou coma, +/- confusão
0	Morte	-	-	-	-

A Escala de Karnofsky (KPS) (**Figura 3**) é uma escala de desempenho que foi inicialmente desenvolvida para avaliar a capacidade física em pacientes oncológicos, mas que tem tido seu uso aplicado para a avaliação de outras doenças crônicas incapacitantes.

Escala de Performance Paliativa

Quadro 1 – Palliative Performance Scale (PPS)

%	Deambulação	Atividade e evidência de doença	Autocuidado	Ingesta	Nível da consciência
100	Completa	Atividade normal e trabalho, sem evidência de doença	Completo	Normal	Completo
90	Completa	Atividade normal e trabalho, alguma evidência de doença	Completo	Normal	Completo
80	Completa	Atividade normal com esforço, alguma evidência de doença	Completo	Normal ou reduzida	Completo
70	Reduzida	Incapaz para o trabalho, doença significativa	Completo	Normal ou reduzida	Completo
60	Reduzida	Incapaz para hobbies/trabalho doméstico, doença significativa	Assistência ocasional	Normal ou reduzida	Completo ou períodos de confusão
50	Maior parte do tempo sentado ou deitado	Incapacitado para qualquer trabalho, doença extensa	Assistência considerável	Normal ou reduzida	Completo ou períodos de confusão
40	Maior parte do tempo acamado	Incapaz para a maioria das atividades, doença extensa	Assistência quase completa	Normal ou reduzida	Completo ou sonolência, +/- confusão
30	Totalmente acamado	Incapaz para qualquer atividade, doença extensa	Dependência completa	Normal ou reduzida	Completo ou sonolência, +/- confusão
20	Totalmente acamado	Incapaz para qualquer atividade, doença extensa	Dependência completa	Minima a pequenos goles	Completo ou sonolência, +/- confusão
10	Totalmente acamado	Incapaz para qualquer atividade, doença extensa	Dependência completa	Cuidados com a boca	Sonolência ou coma, +/- confusão
0	Morte				

Figura 3- Escala de Desempenho de Karnofsky (KPS)

Graduação (%)	Significado
100	Normal, ausência de queixas, sem evidência de doença
90	Capaz de realizar atividades normais, sinais e sintomas mínimos da doença
80	Atividade normal com esforço, alguns sinais ou sintomas da doença
80	Incapacidade para grande esforço físico, consegue deambular
70	Não requer assistência para cuidados pessoais, mas é incapaz de realizar atividades normais, como tarefas caseiras e trabalhos ativos
60	Requer assistência ocasional, mas consegue realizar a maioria dos seus cuidados pessoais
50	Requer considerável assistência e frequentes cuidados médicos
40	Incapacitado, requer cuidados pessoais e assistência, autocuidado limitado. Permanece mais de 50% do horário vigil, sentado ou deitado.
30	Severamente incapacitado, necessidade de tratamento de suporte permanente, embora a morte não seja iminente
20	Paciente muito doente, completamente incapaz, necessidade do tratamento de suporte permanente, confinado ao leito
10	Moribundo, processo de morte progredindo rapidamente

Escala de Zubrod - ECOG

0. Completamente ativo, capaz de realizar todas as suas atividades sem restrição
1. Restrição as atividades físicas rigorosas, é capaz de trabalhos leves e de natureza sedentária
2. Capaz de realizar todos os autocuidados, mas incapaz de realizar qualquer atividade de trabalho de pé aproximadamente 50% das horas que o paciente está acordado
3. Capaz de realizar somente auto-cuidado limitado, confinado ao leito ou cadeira mais de 50% do tempo em que o paciente está acordado
4. Completamente incapaz de realizar auto-cuidado básico totalmente confinado ao leito ou a cadeira
5. Morte

Cálculo do *Palliative Prognostic Index* (PPI)

Fator	Escore parcial
PPS 10-20%	4
PPS 30-50%	2,5
PPS >50%	0
<i>Delirium</i>	4
Dispneia em repouso	3,5
Ingestão oral em pequenos bocados ou menos	2,5
Ingestão oral reduzida, mas mais que em pequenos bocados	1
Ingestão oral normal	0
Edema	1

ESCORE TOTAL= soma dos escores parciais	Sobrevida esperada
Pontuação < 2	> 6 semanas
Pontuação 2-4	3-6 semanas
Pontuação > 4	< 3 semanas

Índice Prognóstico Paliativo

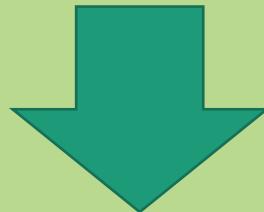
Palliative Performance Scale	10-20	4.0
	30-50	2.5
	>60	0
Oral Intake	Severely Reduced (< mouthfuls)	2.5
	Moderately Reduced (> mouthfuls)	1.0
	Normal	0
Oedema	Present	1.0
	Absent	0
Dyspnoea at rest	Present	3.5
	Absent	0
Delirium	Present	4.0
	Absent	0
Total		

PPI	SOBREVIDA MÉDIA
PPI > 6	inferior a 3 sem
PPI > 4	Inferior a 6 sem
PPI ≤ 4	Maior que 6 sem

Condições clinicas como determinantes de prognostico

- hipercalcemia maligna: 8 semanas
- derrame pleural maligno: 8 semanas
- metástases cerebrais múltiplas : 1- 2 m sem radio, 3-6 m com radio
- ascite neoplásica, derrame pleural ou obstrução intestinal:< 6 m
- tumores sólidos met, leucemia ag, linfoma de alto grau sem QT < 6m
- caquexia

- Pergunta surpresa



- “você ficaria surpreso se o paciente morresse nos próximos 6 a 12 m”?

Conferencia familiar

- Objetivos do tratamento
- Tomada de decisões
- ✓ Revisar tratamentos correntes : uso de ATB, de quimioterapia, monitorização, dextros
- ✓ Futuras internações hospitalares,
- ✓ Futuros ex de laboratório
- ✓ Ordem de não reanimação
- ✓ Hidratação e alimentação artificiais
- ✓ Suporte avançado de vida como ventilação mecânica e dialise

Aproximação da geriatria com o cpaliativo

- Reconhecem que o objetivo do cuidado é a pessoa e não a doença
- Promovem a autonomia
- Intervêm desde a independência até a total dependência
- Buscam otimizar a capacidade funcional com ênfase no conforto
- Exigem abordagem multi - interdisciplinar
- Identificam e valorizam a heterogeneidade das pessoas
- Lidam com as comorbidades como situações próprias do fim da vida
- Aceitam a finitude do ser humano

Sintomas Comuns em Cuidados Paliativos

- Dor (leve, moderada e intensa; tegumentar, neuropática e visceral)
- Dispnéia e congestão respiratória terminal
- Fadiga
- Ansiedade, depressão, insônia, delírio
- Xerostomia, sialorreia, disfagia, Soluços
- Anorexia, caquexia, constipação, diarréia, náuseas, vômitos, cólica, síndrome de compressão gástrica
- Sudorese (Diaforese)
- Espasmo vesical , tenesmo urinário.
- Hipertensão intracraniana, compressão medular.
- Espasmos e câimbras musculares
- Febre tumoral
- Prurido

Quadro 2 – Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton (ESAS)

Avaliação de sintomas:

Paciente:

Registro:

Preenchido por: _____

Data: _____

Por favor, circule o nº que melhor descreve a intensidade dos seguintes sintomas neste momento (também se pode perguntar a média durante as últimas 24 horas).

Sem dor	0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10	Pior dor possível
Sem cansaço	0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10	Pior cansaço possível
Sem náusea	0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10	Pior náusea possível
Sem depressão	0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10	Pior depressão possível
Sem ansiedade	0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10	Pior ansiedade possível
Sem sonolência	0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10	Pior sonolência possível
Muito bom apetite	0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10	Pior apetite possível
Sem falta de ar	0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10	Pior falta de ar possível
Melhor sensação de bem-estar possível	0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10	Pior sensação de bem-estar possível
Outro problema	0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10	

Fonte: Regional Palliative Care Program, Capital Health, Edmonton, Alberta, 2003.
Traduzido e adaptado ao português por Neto, IG. 2006.

sinais/sintomas nas últimas 48 horas de vida

- diminuição da alimentação por via oral;
- imobilidade e maior dependência para atividades básicas; alteração do nível de consciência (delirium/sonolência);
- exacerbação de sintomas basais como dor, náuseas, vômitos, dispneia; constipação;
- alterações respiratórias (padrão de Cheyne Stokes, ronco da morte, “sororoca”,);
- pele fria, cianose, hipotensão, bradicardia, diminuição da perfusão;
- mioclonias e convulsões.

Anorexia e caquexia

- Sint freqüente, gera grande ansiedade

Causas tratáveis: Dor crônica, afecções da cavidade oral, distúrbio da motilidade gastrointestinal e esofagite x refluxo

- Não tem sentido tratar as ultimas semanas de vida do paciente
- Caquexia: devido a intenso processo catabolico →
- Perda de peso, anorexia, fadiga, sarcopenia → tto pouco eficaz

• Alternativas farmacológicas:

- 1- dexametazona: 2-20 mg/dia 1 xdia efeito transitório 4-6 sem
- 2- Acetato de mesegestrol: 60-1600mg/dia 4-6 v/dia
- 3- Metoclopramida : se náuseas o saciedade precoce

Náuseas e vômitos

- Presente 60 % dos pac com câncer avançado.
- Tto de acordo c a possível causa:

1-x opioides: Metoclopramida 5-10 mg c 6-8 hrs vo sc

haloperidol:1,5–10 mg c 12-24 hrs vo sc

2- x quimioterapia: ondasentrona: 8-16 mg/dia 3-4v

dexametasona:4-20mg/dia vo, sc im

3-Estase gástrica: metoclopramida e ou pró-cinéticos

4- HT intracraniana: dexametasona

5-obstrução intestinal: haloperidol 2,5 a 5 mg 8-12 hrs sc

- **Cólica**

Hioscina: 10-20 mg c 6 horas

Opioides: de acordo c a resposta clinica

dexametasona: 40-80 mg dia

- **Soluço**

Clorpromazina: 10-25 mg c 8 hrs droga de eleição

Baclofeno: 5-10 mg c 8 hrs

Metoclopramida ou pró-cineticos se dispepsia ou distensão gástrica

Nifedipina: 10-20 c 8 hrs

dexametasona: se HT intracranina

• Sialorréia

Medicamentos anticolinérgicos:

Hioscina: 10-20mg a c 6-8hrs

Amitriptilina: 25 mg a noite

Colírio de atropina 1% 2 gotas vo 4 x dia

Furosemida: 20 mg x via inalatoria

• Xerostomia

100% dos casos

Limpar diariamente a boca, eliminar resíduos, usar soluções desbridantes $\frac{3}{4}$ de SF ou bicarbonato + $\frac{1}{4}$ de água oxigenada → bochechar

chupar pastilhas de vit c, pedaços da abacaxi, cubos de gelo c limão, chicletes c recheio liquido

Saliva artificial ou pilocarpina colírio 2 gts c 8 hrs

- Boca dolorosa

lidocaína a 2 % 5-10 ml p bochechar e engolir

Hidróxido de alumínio e lidocaína a partes =

- Disfagia:

radioterapia paliativa

dexametasona: 8-40mg x dia

- Sind de compressão gástrica:

Dieta fracionada, metoclopramida, antiácidos, analgésicos opioides, dexametasona

- **Constipação**

90 % dos casos

profilaticamente, devem ser dados laxantes a todos os pac que recebem opióides

tto da constipação → laxantes

descartar obstrução intestinal

- **Diarréia**

causa mais comum : uso de laxantes

Investigar diarréia paradoxal a impactação fecal

Loperamida: 4mg c 6-8 hrs

Codeína:30-60mg 6-8hrs ou morfina 10-30mg 8-12 hrs

Diarréia pós radio: naproxeno 250 a 500mg c 12 hrs

• **Dispnéia: 40-55%**

- 1- MG: umidificação, oxigênio se pkte hipoxemico, , cabeceira elevada, ventilador soprando no rosto
- 2- ansiolíticos: ↓ ansiedade taquipneia: diazepam vo, sc, lorazepam vo sl, midazolam sc
- 3 - **Morfina:** 2,5 a 5 mg 4/ 4 hrs, em caso de uso prévio ↑ dose total diária em 50%
- 4- corticosteróides: pneumonite pós radio terapia, linfangite carcinomatosa, svcs, obstrução de v resp → dexametasona: 20-40 mg 1 x dia
- 5- crise aguda: morfina e ou BZDPs
- 6-Aspiração, VNI, ????
- 7- medidas não farmacológicas

• **Tosse**

- Codeína: solução oral 3 mg/ml o u cp 30mg ½ -1 cp 6-8 hrs vo
- dose progressiva de oxicodona ou morfina

- **Estertores pré-morte Ronco da morte”**

- É um dos sintomas que mais incomodam os acompanhantes e a família;
- Evitar repetidas aspirações de vias aéreas superiores para evitar desconforto;
- Posição adequada do paciente no leito (decúbito lateral);
- Evitar hiper-hidratação;

Tto: hioscina 10-20mg 6-8hrs sc ou inalatória

furosemida 20mg c 6 hrs inalatória

- **Espasmo vesical:**

amitriptilina, hioscina, lidocaina 2 % diluída em sf instilação na bexiga

- **Hipertensão intracraniana:**

dexametasona 16-40mg x dia

- **Compressão medular:**

Emergência oncológica: dexametasona 100mg em SF 0,9 % 100ml em 10 min.

Continuar investigação

- **Diaphorese**

Infecciosa ou x toxemia → doença hepática: cimetidina, ranitidina, hioscina

x ansiedade: propranolol, clorpromazina, BDZPs

- **Febre tumoral**

Tu de fígado e neoplasias hematológicas

tto: AINH (naproxeno)

- **Espasmos e câimbras musculares**

- Pouco frequente, grande desconforto, x lesões do snc e ósseas, i resp, alt metabólicas, diuréticos
- x espasticidade: BDZPS (Clonazepam o diazepam), baclofeno
- Câimbras pós radioterapia: carbamazepina, fenitoina
- Câimbras x uremia: Clonazepam 0,5 mg a noite

• Prurido

- Pele seca, infecções, medicações, obstrução de v biliares, tumores de estomago, hematológicos e pulmão
- Hidratação da pele, ↓ ansiedade, troca frequente de roupa
- Localizado: Gel de lidocaína ou esteróides tópicos
- Generalizado: hidroxizina 25 mg c 8 hrs ou clorpromazina 25mg c 8-12 hrs

- **Delirium**

- Sintoma comum em fase terminal
- Tratamento:
 - Av de medicamentos,
 - Reorientação para o ambiente, Permanência de pessoas conhecidas com o paciente,
 - Remoção de causas de incomodo (sondas, acessos venosos),
 - Preservação do sono noturno,
 - Retirada de contenções físicas, Estimulo a caminhadas
 - Hidratação adequada
 - **Haloperidol, (VO) ou subcutânea (SC) de 0,5 a 1 mg**, repetida a cada 30 minutos ate que seja alcançada a sedação do paciente

Depressão

- equipe multidisciplinar
- Controle da dor
- Deve-se cuidar do ambiente
- Psicoterapia
- Acupuntura, massoterapia, musicoterapia e técnicas de relaxamento, terapia ocupacional
- antidepressivos (ISRS), citalopram, escitalopram e sertralina.

Ansiedade

- diagnóstico de uma doença grave
- terapia cognitiva comportamental (TCC)
- atividade física ou fisioterapia de conforto
- Acupuntura, massoterapia e outras técnicas de relaxamento
- **Benzodiazepínicos, Buspirona, ISRS**

Hidratação/ medicação

- Via oral
- Via enteral
- Via subcutânea
- Via intra-venosa
- Via subcutânea se via oral não for possível
- **Hipodermóclise:** Via SC, técnica simples, segura, eficaz, indolor, com baixo risco de complicações, altamente eficaz

medicamentos: morfina, clorpromazina, dexametasona, fenobarbital, fentanil, furosemida, haloperidol, hioscina, hidrocortisona, ketamina, metadona, metilprednisona, metoclopramida midazolam, naxolona, octreotide, ondansetrona, oxicodona, prometazina, ranitidina, tramadol, atropina, cefepima, ceftriaxona, amicacina, ampicilina, tobramicina, omeprazol, pamidronato

Contraindicados: diazepam, diclofenaco, fenitoína e eletrolitos não-diluídos

O USO DA VIA SUBCUTÂNEA EM GERIATRIA E CUIDADOS PALLIATIVOS

UM GUIA DA SBGG E DA ANCP PARA PROFISSIONAIS



MEDICAÇÕES E SOLUÇÕES

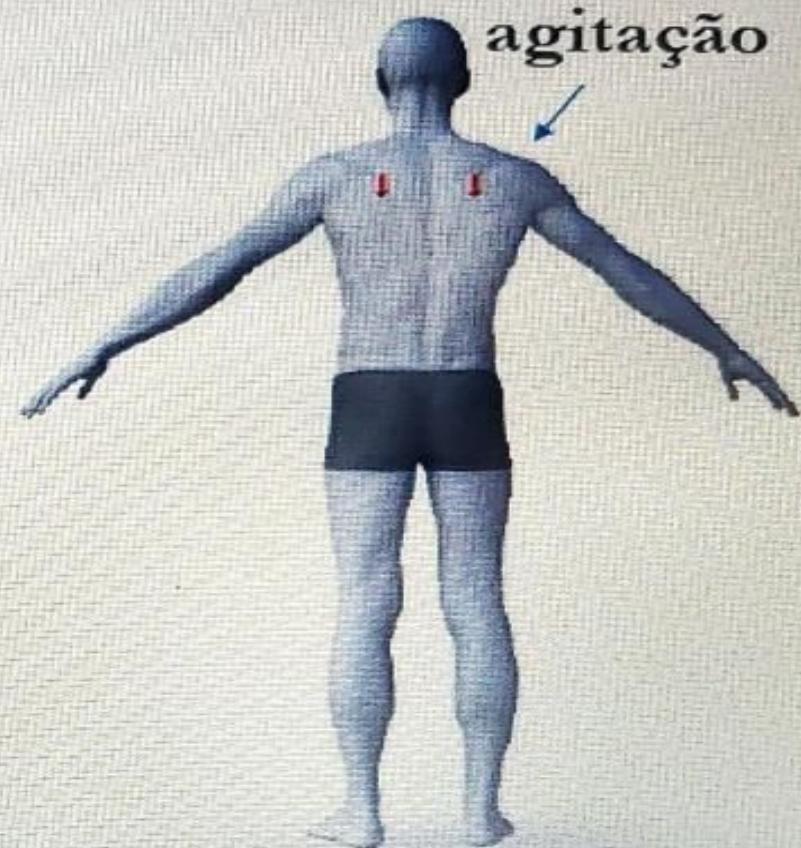
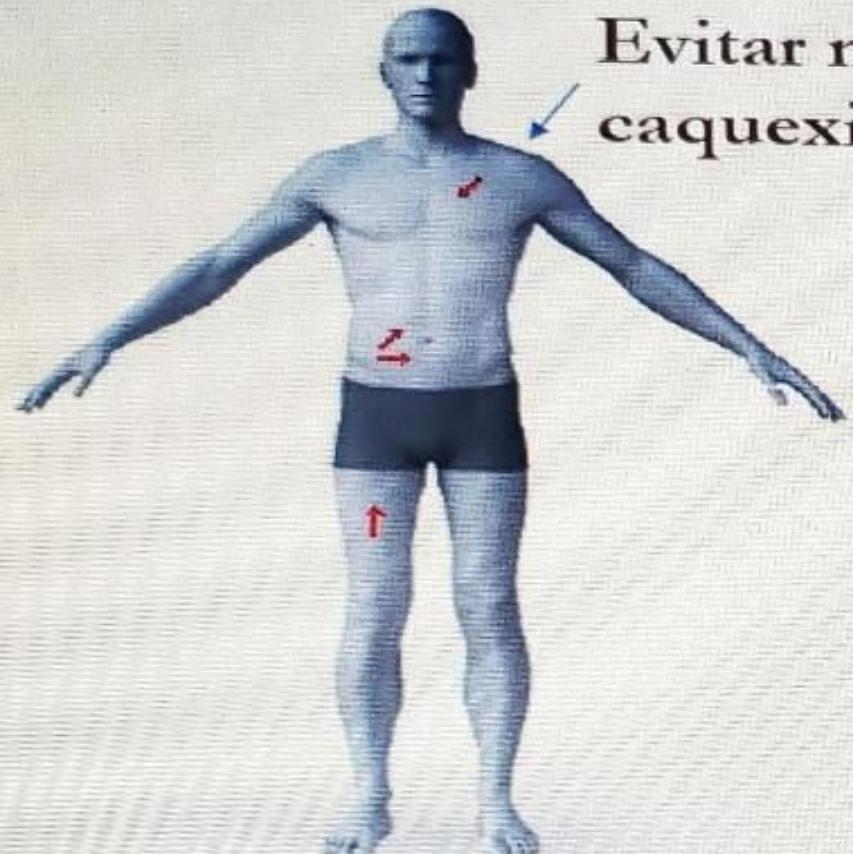
- Divergências de doses e diluições
- relatos de experiências
 - off label

Soluções Utilizadas

- ✓ Solução fisiológica 0,9%
- ✓ Solução glicofisiológica 5%
- ✓ Solução Nacl a 45%
 - (Guaglio et al, 2018)
- ✓ Solução glicosada 5%
 - (SBGG, 2016)

Inserção e sentido do cateter

Considerar a direção da drenagem linfática para reduzir o risco de edemas - Centrípeta

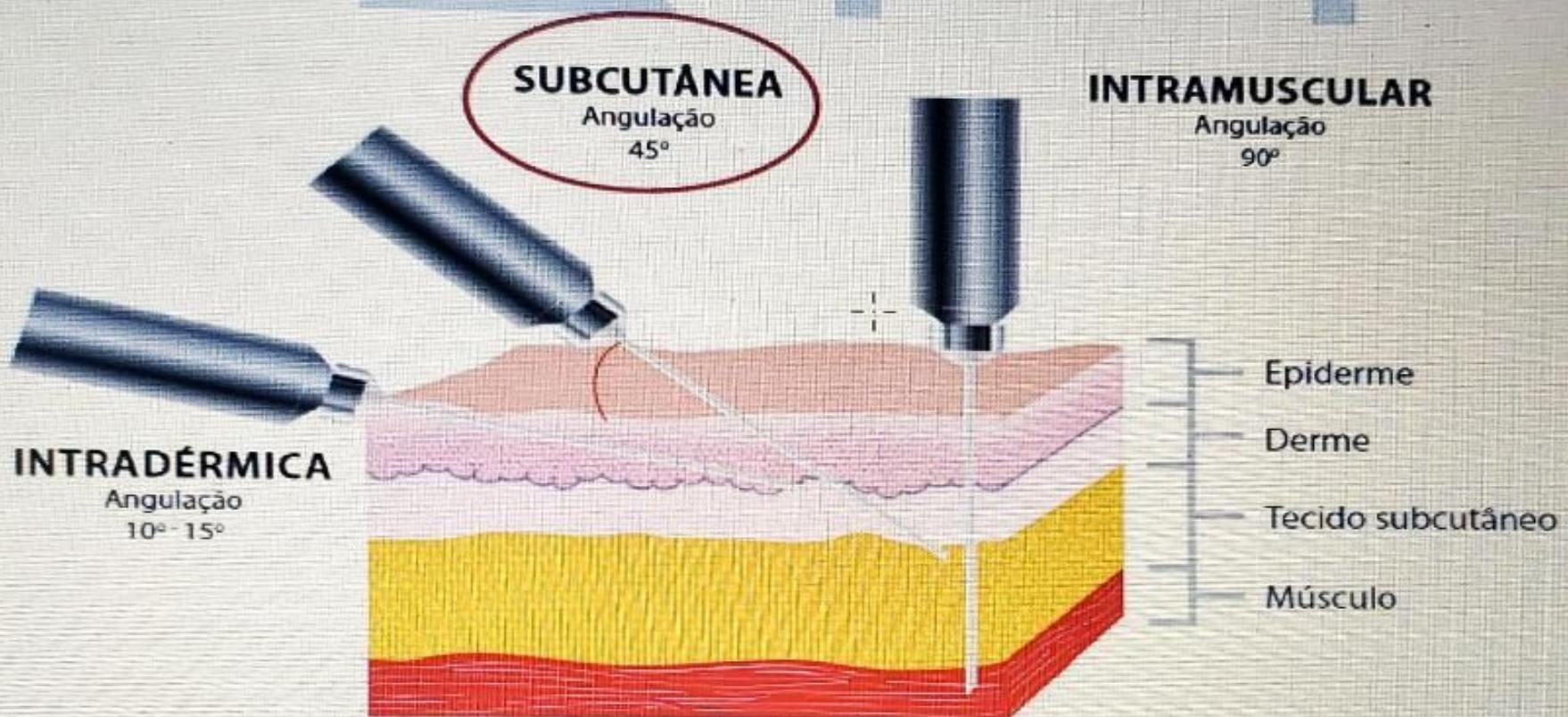




Fonte: SBCCG, 2016

Angulação da agulha

Pacientes emagrecidos – 30°



Fonte: SBGG, 2016

CONSIDERAÇÕES IMPORTANTES

Punção

- 2º acesso – lado oposto
- Nova punção - 5 cm do local da punção anterior
- Após administrar medicamento injetar 1 mL de SF0,9%

ALIMENTAÇÃO:

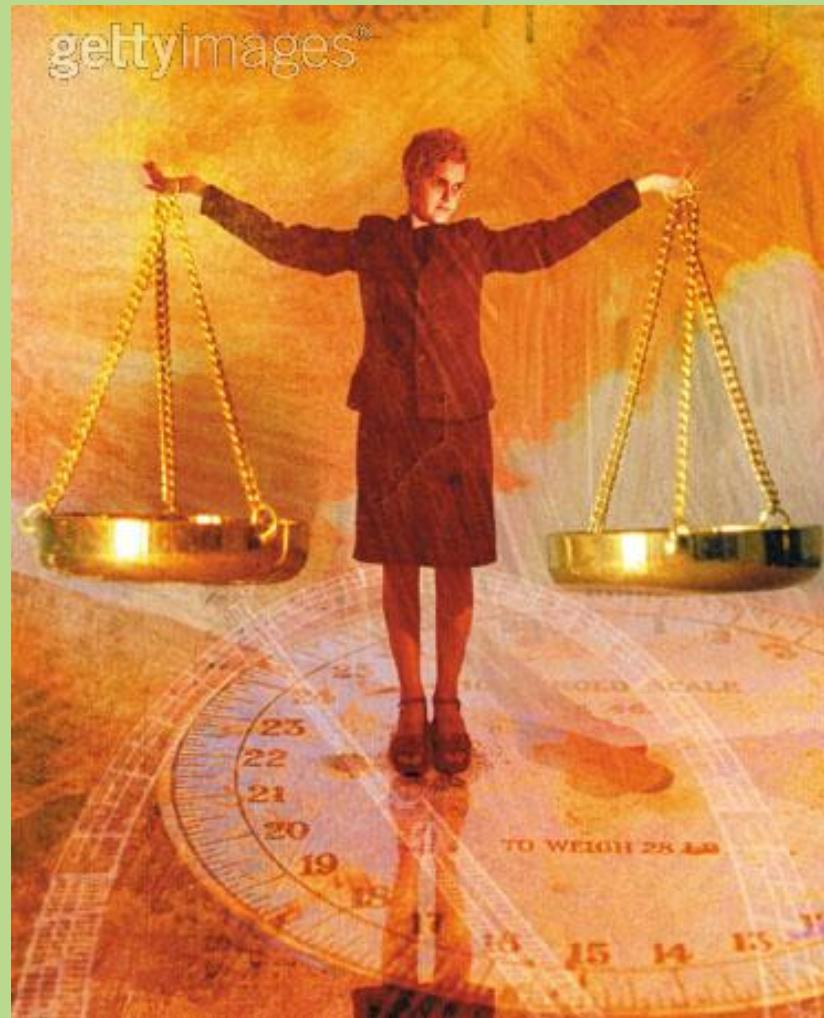
NATURAL
x
ARTIFICIAL
sne / gastrostomia



- Pacientes fora de possibilidade terapêutica de cura necessitam, para adequada hidratação, quantidades **muito menores de água** que indivíduos saudáveis.
- Em geral, não apresentam sensação de fome ou sede e se sentem satisfeitos com pequenas quantidades de alimento e fluidos ou até mesmo com os cuidados de **higienização e umidificação da cavidade oral.**

- O fornecimento de fluidos pode aumentar: a secreção bronco pulmonar (gerando esforço respiratório e até mesmo dispnéia), a quantidade de líquidos cavitários (como derrame pleural e ascite), o grau de edema periférico .
- Em geral pacientes nesse momento apresentam hipoalbuminemia intensa), sobrecarga circulatória.
- A nutrição e hidratação artificial apresentam benefícios que são incertos, além de considerável risco e desconforto para os pacientes.

RISCOS X BENEFÍCIOS...



Dor



Idosos e pacientes com déficit cognitivo

- Necessidade de múltiplas ferramentas de avaliação da dor
Escalas verbais ou visuais-analógicas.
Escalas de comportamento
- Observação atenta da família e da equipe de cuidados em relação a mudanças de **comportamento, agitação, inapetência, postura corporal**
- Deve haver um alto índice de suspeita da presença de dor em pacientes com diagnóstico de câncer ou outras doenças conhecidas com grandes causadoras de dor, como artrites, úlceras de pressão e isquemias.

Tabela 1: Formas não verbais de comunicação e comportamentos em doentes idosos com défice cognitivo

1. Expressões faciais	Face assustada, enrugar permanente da testa, olhos fechados, rápido piscar de olhos, fácies de dor, alguma distorsão da expressão da mímica facial habitual
2. Verbalizações/Vocalizações	Suspiros, gemidos, gritos, “respiração barulhenta”
3. Movimentos do corpo	Rigidez, postura tensa do corpo, inquietação e agitação
4. Alterações do comportamento	Agressividade, resistência, prostaçao
5. Alterações em actividades diárias	Recusa alimentar, anorexia, sonolência constante
6. Alterações do estado mental	Choro constante, confusão e irritabilidade

Adaptado de ACHTERBERG, Wilco e col. (13)

Expressões faciais



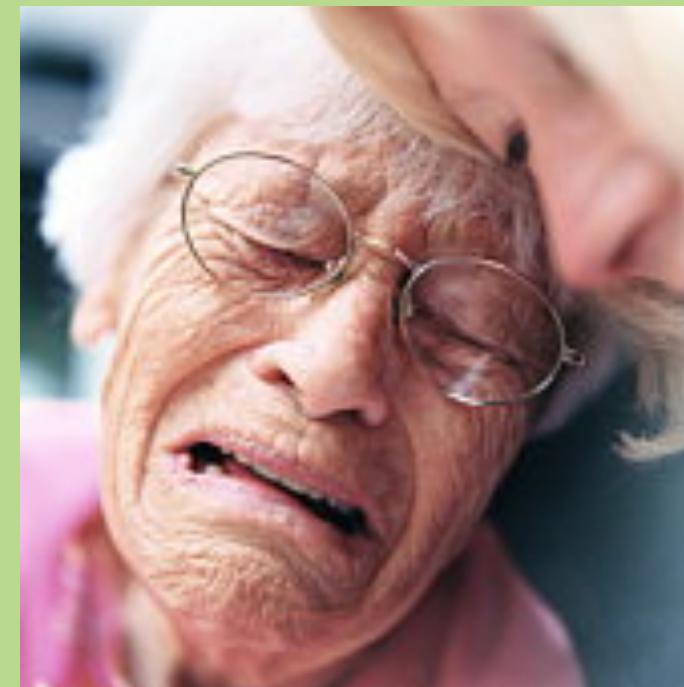
- Situação clínica



Comportamento do paciente



SPCD X DOR



Quadro 15 – Princípios básicos para o tratamento farmacológico da dor em pacientes com demência [65]

1. Iniciar devagar e prosseguir devagar
2. Os analgésicos devem ser titulados usando como referência principal a resposta ao medicamento, e não a dose utilizada
3. Pacientes com demência apresentam maior sensibilidade aos efeitos colaterais das medicações
4. A via de administração deve ser a menos invasiva possível (o uso de medicações transdérmicas ou tópicas pode ser útil, bem como formulações líquidas nos pacientes com dificuldade de deglutição)
5. A observação de ações que desencadeiam a dor (mobilização, banho etc.) é útil para antecipar a analgesia, prevenindo a ocorrência do sintoma
6. A maioria dos pacientes com demência pode ser adequadamente tratada com os medicamentos preconizados para o primeiro degrau da escada analgésica da OMS (é incomum a necessidade de medicamentos mais potentes)

Escada analgésica da OMS modificada

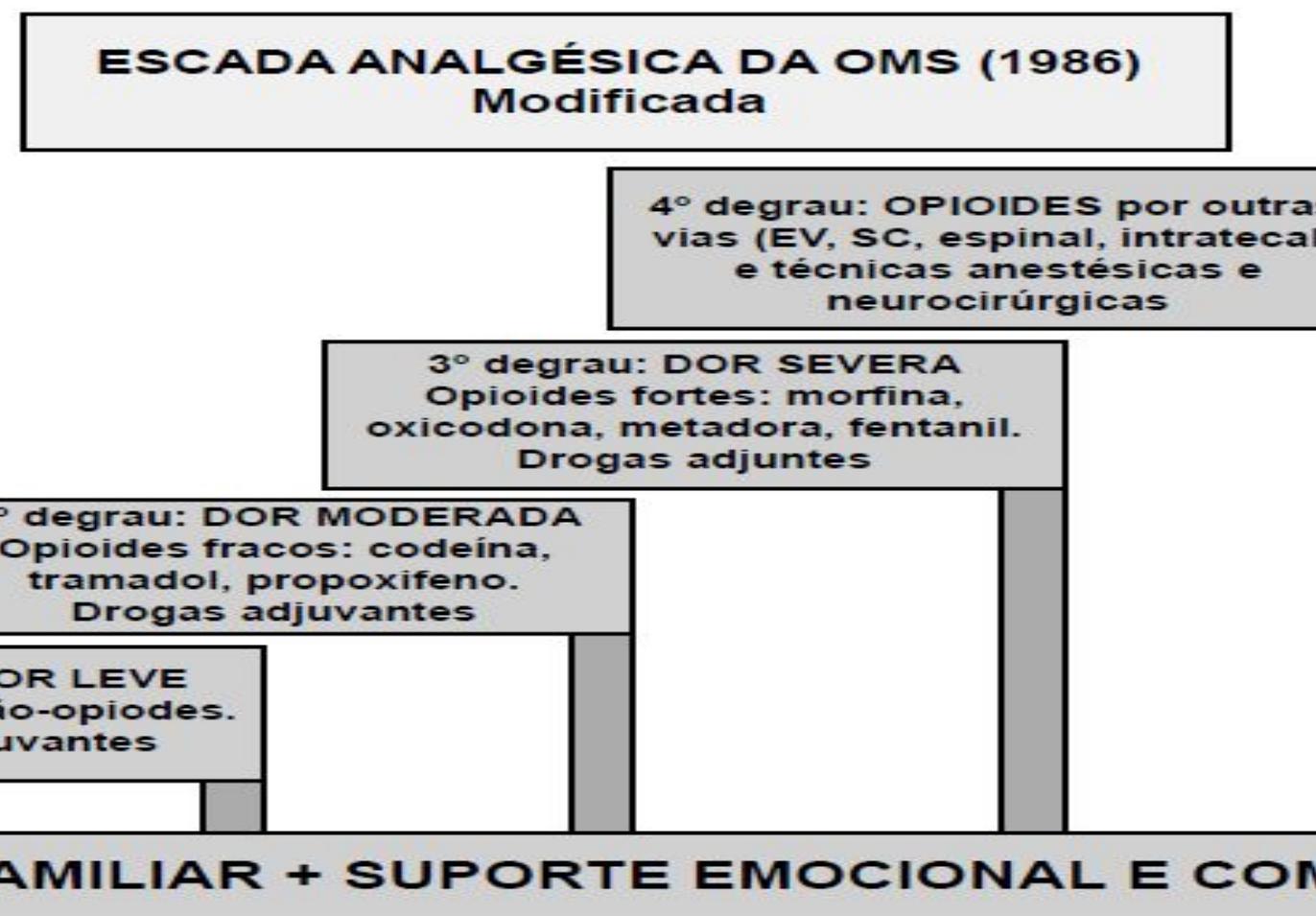


Figura 3 – Escada analgésica da OMS modificada^(9, 22)
OMS: Organização Mundial da Saúde; EV: via endovenosa; SC: via subcutânea.

Figura 1- Escada Analgésica da OMS

	1 - 3	4 - 6	7 - 10
DOR	Anágésicos não opóides + Adjuvantes GRAU 1 LEVE Paracetamol Dipirona Diclofenaco Citoprofeno	Opióides Fracos + Anágésicos não opóides + Adjuvantes GRAU 2 MODERADA Codeina Tremadol	Opióides Fortes + Anágésicos não opóides + Adjuvantes GRAU 3 FORTE Morfina Oxidona Fentanil Metadona
EXEMPLO			ADJUVANTES: Amitriptilina, gabapentina, dexametasona, etc

AINE
Dor leve e
moderada Efeitos
colaterais.
Ruins para dor
crônica

Corticoides
Dor óssea e oncológica
Efeitos colaterais
Dexametasona, uma
vez ao dia

Anticonvulsivantes
Dor neuropática
Gabapentina: sonolência
Pregabalina:

Codeína

Início de ação: 30-60 min (VO)

Duração: 4-6 horas

Metabolismo hepático

Excreção renal

**Posologia inicial: 15-60 mg VO
4/4 - 6/6h**

Dose máxima: 360 mg/dia

Ações antitussígenas que envolvem outros receptores

Tramadol

**Agonista fraco dos receptores μ
Antagonista não competitivo do NMDA. Inibe a recaptação de NE e 5-HT**

**Metabolismo hepático
Excreção renal Início de ação: 1 hora (VO) Dose: 50-100 mg 6/6h (duração da analgesia = 6 horas)
Dose máxima: 400 mg/dia (300 mg em > 75 anos / 200 mg se disfunção renal)**

Oxicodona

Analgesia 30 -50% maior que a morfina

Início de ação: 1 hora

Metabolismo hepático Liberação prolongada a cada 12h

Comprimidos de 5, 10, 20, 40, e 80 mg Uma das principais drogas de abuso nos EUA

Morfina

Início de ação: IV = 5-10 min / SC = 20 min / VO = ~30 min

Pico de ação: IV = 20min / SC = 30-60min / VO = 1h

Duração da analgesia: 3-5 horas

Metabolismo hepático
Principais metabólitos:
Excreção renal

Fentanyl durogesic

Opióide sintético lipofílico
(acumula no tecido adiposo) 100x mais potente que a morfina IV / Epidural / Intra muscular / Transdérmico
12/25/50/100 mcg h cada 72 h

Analgesia máxima em 5 min
pela IV Duração do efeito:

30-60 min IV (rápida redistribuição pelos tecidos muscular e adiposo)

Efeito cardiovascular mínimo Não libera histamina

Metabolismo hepático / Excreção renal

Buprenorfina TD (Restiva®)

Adesivos TD: 5 / 10 / 20 mg (5 / 10 / 20 µg/h)

Longa duração (7 dias)

Alta afinidade aos receptores opioides
Equilíbrio sérico em 72h
Metabolismo hepático
Excreção biliar e renal

• MORFINA

- Mundialmente é o medicamento mais utilizado para o **controle de dor** de moderada a severa.
- VO, SNG, Parenteral (EV, SC)
- Dose adequada aquela q alivia a dor com mínimos efeitos colaterais
- Usada de 4/4 h, não tem dose teto.
- Excreção Renal
- VO: Dose inicial 5-10 mg 4/4 h
- SC ou EV: 2-5 mg 4/4 h
- amp 1mg/ml e amp 10mg/ml
- morfina 10 mg/ml --- 1 ml + sf 100 ml em 24 horas 5 ml/ hora
- ou morfina 10mg/ml 1 ml + sf 100 ml fazer 2 ml 4/4 horas
- Morfina 1mg/ml -- 2ml + 18ml SF 0,9% EV 4/4h é critério médico para resgate

Os opióides devem ser prescritos apenas quando necessário, na dose efetiva mais baixa e pela menor duração necessária.

- E se tiver efeito colateral?
- Constipação Laxante irritativo
- Náuseas Metoclopramida
- Sonolência Metilfenidato
- Prurido Anti histamínicos
- Confusão Haloperidol
- Retenção urinária Tansulosina

O uso de opioides fortes em dose baixa, mesmo para dor moderada, parece mais interessante que o uso de opioides fracos em dose alta

Droga	Dose, via e Intervalo	Bom candidato	Mau candidato
Morfina	1 mg – X VO, IV, SC, HD 4/4h	Padrão-ouro	Ins. renal Ins. hepática
Codeína	30-360 mg/d VO 6/6h	Dor leve/moderada Tosse	Constipação
Tramadol	50-400 mg/d VO, IV, HD 8/8h	Dor leve/moderada Dor neuropática	Náusea
Fentanil	10 mcg – X IV, TD	Sedação	Drive resp.
Metadona	1 mg – X VO, IV, SC, HD 8/8h ou 12/12h	Dor neuropática Ins. renal	Constipado
Oxicodona	10 mg – X VO	Ambulatorial Enfermaria	SNE/GTT

- “A mão que prescreve o opioide prescreve o laxativo”

•DEMÊNCIAS

- ATUALMENTE: 35,6 MILHÕES
- DOBRAR 2030
- TRIPLICARA 2050
- 4TA CAUSA DE MORTE EM > 85 ANOS.

ESCALA DE FAST: → 7c estagio terminal
e uma ou mais condições nos últimos 12 meses
PNM aspirativa,
pielonefrite,
Sepse,
UPP estagio 3 ou 4
febre recorrente , apesar do uso de antibióticos

Escala FAST

1. Nenhuma dificuldade objetiva ou subjetiva
2. Queixas de esquecimento de locais ou objetos. Dificuldade subjetivo no trabalho.
3. Decréscimo do funcionamento no trabalho, evidente para os colegas, dificuldade para viagens para outras localidades.
4. Dificuldade para tarefas complexas, manejo de finanças pessoais, execução de compras etc.
5. Requer assistência na escolha dos trajes adequados
- 6.A. Dificuldade de vestir-se adequadamente
- 6.B. Incapaz de banhar-se adequadamente, pode desenvolver medo do banho
- 6.C. Incapaz de manejo da toalete
- 6.D. Incontinência urinária
- 6.E. Incontinência fecal
- 7.A. Capacidade de falar limitada a 6 palavras ou menos, em um dia
- 7.B. Capacidade de falar limitada a 1 palavra inteligível, em um dia
- 7.C. Capacidade de deambulação perdida
- 7.D. Perda da capacidade de sentar-se sem assistência
- 7.E. Perda da capacidade de sorrir
- 7.F. Perda da capacidade de levantar a cabeça
- 7.G. Postura fletida

• Gastrostomia como melhora de qualidade de vida

- Essa questão é **muito controversa** em pacientes portadores de demência grave.
- A nutrição enteral por sonda ou gastrostomia priva o paciente da sensação de paladar, consistência, visualização do alimento e do contato da família que antes o alimentava por boca.
- Além disso, estima-se que cerca de 70% dos pacientes recebendo nutrição por sonda tenham **que ser restringidos**. Isso leva em geral à agitação, desconforto e necessidade de sedação, dor distensão abdominal.

Família

- Por outro lado, após a colocação, o cuidado com o paciente é facilitado dando a sensação de maior bem-estar para a família que julga estar conseguindo desempenhar seu papel de forma mais eficiente.

Vias artificiais de alimentação na demência avançada

- Não há evidências de que a nutrição enteral promova qualquer benefício no que se refere à:
 - Úlcera de pressão
 - Tempo de sobrevida
 - Risco de mortalidade
 - Qualidade de vida
 - Funcionalidade
 - Comportamento
 - Sintomas psiquiátricos da demência
- Pouco se fala sobre os inúmeros efeitos colaterais de seu uso

Prevenção da PN Aspirativa

- Apesar da **prevenção** de pneumonia aspirativa ser a indicação mais freqüente de gastrostomia em pacientes crônicos com déficit cognitivo, em regime domiciliar, nenhum estudo, em pacientes com demência, mostra que esse procedimento reduza o risco de aspiração de conteúdo gástrico.
- Ao contrário, a presença da sonda nasoenteral ou da gastrostomia foi associada a **aumento da incidência** de refluxo por haver diminuição da pressão sobre o esfíncter inferior do esôfago.
- Não existem estudos prospectivos comparando alimentação por via oral com dieta enteral em pacientes com demência grave ou disfagia com risco de aspiração

Sedação paliativa sedação de conforto,.

- Administração de fármacos **para reduzir o nível de consciência**, com o objetivo de aliviar **sintomas refratários** em pacientes com doença terminal avançada.
- Deve ser realizado com consentimento do doente ou de seu responsável **dor, dispneia, Delirium hiperativo, sofrimento psíquico, convulsões.**
- 1ra BDZP: **midazolam e o sedativo** + utilizado baixo custo, alta eficácia, ação rápida.
- 2da Neurolepticos: levomepromazina, clorpromazina, haloperidol
- **Intermitente, superficial continua, profunda continua**
- midazolam iniciar bolus 5-10 mg e depois em BIC 10-60 mg /24 h + SF ou SG ate 120 mg/dia
- Esquema prático de prescrição: – 20mL de midazolam 5mg/mL + 80mL de SF 0,9% (100mL). Fazer bolus de 1 a 5 mL desta solução. Iniciar a 1-2mL/h e titular conforme o grau de sedação necessário.

Diretivas Antecipadas de Vontade (DAVs)

- instrumento que permite à pessoa registrar sua vontade caso uma doença se agrave e ela não possa mais responder por si mesma
- Preservam a autonomia, defende o respeito à capacidade de autodeterminação do paciente, que deve participar do processo de decisão sobre qualquer tratamento que o envolva.
- O seu objetivo é permitir que a pessoa faça suas escolhas sobre tratamentos futuros e a assistência que deseja receber, ou não, caso haja um momento em que ela se encontre incapaz de se comunicar ou de expressar sua vontade.

DAVs

- Diretivas antecipadas de vontade
- Autonomia ao paciente no fim da vida.





**Quero um
ambiente calmo
e agradável**

**Quero conversar
sobre minhas
necessidades
espirituais**

**Quero
a companhia dos
meus animais
de estimação**

**Quero ser visto
apenas pelas
pessoas que eu
escolher**

**Quero
que a minha
família respeite
minhas vontades**

**CARTAS
na MESA**
Go Wish®

A Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia, através de sua Comissão Permanente de Cuidados Paliativos, buscou um recurso facilitador. “Cartas na Mesa” é mais do que um jogo. É uma oportunidade para ouvir os pacientes, facilitando para eles a expressão das suas vontades e preferências em relação ao final da vida.



Recomendações da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia para a elaboração de Diretivas Antecipadas de Vontade

Você já ouviu falar das Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV)?

No Brasil, embora ainda não haja legislação específica sobre esse assunto, o Conselho Federal de Medicina elaborou a Resolução 1.995/2012, que dispõe sobre DAV:

Art. 1º Definir diretivas antecipadas de vontade como o conjunto de desejos, prévia e expressamente manifestados pelo paciente, sobre cuidados e tratamentos que quer, ou não, receber no momento em que estiver incapaz de expressar, livre e autonomamente, sua vontade.

Art. 2º Nas decisões sobre cuidados e tratamentos de pacientes que se encontram incapazes de comunicar-se, ou de expressar de maneira livre e independente suas vontades, o médico levará em consideração suas diretivas antecipadas de vontade.

§ 1º Caso o paciente tenha designado um representante para tal fim, suas informações serão levadas em consideração pelo médico.

Para elaborar as DAV, a pessoa deve estar lúcida e em pleno domínio da sua autonomia para decidir sobre tratamentos ou procedimentos médicos que deseja ou não receber, em situação de terminalidade da vida, no caso de já não ser capaz de expressar as suas vontades.

Como elaborar o documento?

* **Refletir sobre suas vontades e preferências.** Você tem algum parente ou amigo que faleceu recentemente? Essa pessoa recebeu algum tratamento que não gostaria de ter recebido? Ou não recebeu algum tratamento que desejava? De que modo o que você presenciou influencia as suas próprias preferências?

* **Escolher uma pessoa de sua total confiança para ser o seu procurador de saúde.** É ele que responderá por você, em matéria da sua saúde, nas situações em que você não tiver condição de expressar suas vontades. Converse abertamente com ele sobre tratamentos médicos que você quer ou não receber. É fundamental que essa pessoa conheça as suas preferências e os seus valores. Você pode, também, eleger mais de um procurador de saúde.

* **Conversar com o seu médico.** Considere as sugestões que ele apresentar.

* **As DAV são um documento individual.** Por esse motivo, é importante registrar o que você deseja. Use as suas palavras para transmitir suas ideias. Um modelo pré-estabelecido não é o mais apropriado.

* **Não é necessário fazer o registro em cartório.** Deixe uma cópia de suas DAV com seu médico, com seu procurador de saúde e com as pessoas de sua família que você considere que devam conhecer suas vontades.

O site da SBGG disponibiliza o jogo **Cartas na Mesa (Go Wish®)** que é um bom recurso para ajudar você a pensar como gostaria de ser tratado ao final da vida, facilitando, assim, a elaboração das suas DAV.

DAVs – diretivas antecipadas de vontade

Como elaborar o documento?

Reflita sobre suas vontades e preferências. Você tem algum parente ou amigo que faleceu recentemente? Essa pessoa recebeu algum tratamento que não gostaria de ter recebido? Ou não recebeu algum tratamento que desejava? De que modo o que você presenciou influencia as suas próprias preferências?

DAVs – diretivas antecipadas de vontade

Como elaborar o documento?

Escolha uma pessoa de sua total confiança para ser o seu procurador de saúde. É ele que responderá por você, em matéria da sua saúde, nas situações em que você não tiver condição de expressar suas vontades. Converse abertamente com ele sobre tratamentos médicos que você quer ou não receber. É fundamental que essa pessoa conheça as suas preferências e os seus valores. Você pode, também, eleger mais de um procurador de saúde.

DAVs – diretivas antecipadas de vontade

Como elaborar o documento?

 **Converse com o seu médico.** Considere as sugestões que ele apresentar.

DAVs – diretivas antecipadas de vontade

Como elaborar o documento?

 As DAV são um documento individual. Por esse motivo, é importante registrar o que você deseja. Use as suas palavras para transmitir suas ideias. Um modelo pré-estabelecido não é o mais apropriado.



DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE
TESTAMENTO VITAL

(Nome, identidade e data de nascimento)

afixo, de forma livre e consciente, que, em caso de doença que ameace a minha vida, sem possibilidade curativa, com diagnóstico clínico de terminalidade de vida, opto pelos procedimentos que aliviem ou reduzem a dor ou qualquer outro sintoma que me aflijam, sem o prolongamento artificial da minha vida.

Rejeito qualquer procedimento médico que não tenha possibilidade curativa e que prolongue a minha vida de forma artificial. Autorizo a interrupção de procedimento iniciado e que não seja curativo, inclusive os iniciados em atendimento de emergência quando minha vontade não chegou ao conhecimento dos profissionais de saúde.

Solicito o acompanhamento de médico e equipe com conhecimento em cuidados paliativos. Desejo estar junto com meus familiares e que os mesmos sejam assistidos pela equipe.

Acrescento desejo especial de:

Nomeio para cumprir estas diretivas e resolver qualquer situação não prevista, mas de acordo com o meu entendimento

(Nome e identidade)

e/ou

(Nome e identidade)

Rio de Janeiro, 22 de junho de 2017.

(Assinatura)

DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE
TESTAMENTO VITAL

(nome, identidade e nascimento)

afirmo, de forma livre e consciente, que, em caso de doença que ameace a minha vida, sem possibilidade curativa, com diagnóstico clínico de terminalidade de vida, opto pelos procedimentos que aliviem ou reduzam a dor ou qualquer outro sintoma que me aflijam, sem o prolongamento artificial da minha vida.

Rejeito qualquer procedimento médico que não tenha possibilidade curativa e que prolongue a minha vida de forma artificial. Autorizo a interrupção de procedimento iniciado e que não seja curativo, inclusive os iniciados em atendimento de emergência quando minha vontade não chegou ao conhecimento dos profissionais de saúde.

Solicito o acompanhamento de médico e equipe com conhecimento em cuidados paliativos. Desejo estar junto com meus familiares e que os mesmos sejam assistidos pela equipe.

Acrescento desejo especial de: _____

Nomeio para cumprir estas diretivas e resolver qualquer situação não prevista, mas de acordo com o meu entendimento

e/ou _____

_____.

Rio de Janeiro, 22 de junho de 2017.

(assinatura)

- não obstinação terapêutica ao final da vida,
- reconhecer finitude humana e as limitações da ciência humana

Nem todo paciente
Nem toda família
Nem toda equipe
Nem todo serviço de saúde
Está preparado para a prática de
Cuidados Paliativos “de livro”

O papel dos cuidados paliativos
é fornecer um adequado controle de sintomas e
a comunicação empática com
pacientes e familiares.

A borboleta vive por pouco tempo. Mas nesse pouco tempo ela poliniza as plantas, embeleza a natureza e deixa as pessoas felizes. Ela é um exemplo de que a vida não se mede só em tempo. A vida também se mede em intensidade.

E é por esse mesmo motivo que os cuidados paliativos são importantes. Eles são uma série de cuidados com o corpo, a mente, o espírito e a família dos pacientes. Pessoas que sabem muito bem o valor de cada segundo. Que sabem que a vida sempre tem valor.



Por que a borboleta é o nosso
símbolo de cuidados paliativos?



FUNDACÃO DO CÂNCER
com você, pela vida

CONHEÇA A FUNDAÇÃO DO CÂNCER • WWW.CANCER.ORG.BR • TWITTER: @FOOCANCER

Bibliografia

- CARVALHO R.C.T., PARSONS, H.A. (orgs). Manual de Cuidados Paliativos ANCP, 2^a ed, Porto Alegre: Sulina, 2012. Capítulos 1.1, 1.4 e 7.6.
- Coradazzi A.L, Tardeli M *et al* Cuidados paliativos: Diretrizes para melhores práticas , SP, 2019.
- FERREIRA, G.D, MENDONÇA, G.N. CUIDADOS PALIATIVOS: GUIA DE BOLSO1 ED, SÃO PAULO: ANCP, 2017.
- FREITAS E.V. *et al* (orgs). Tratado de Geriatria e Gerontologia, 3^a ed, Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 2011. Capítulos 108, 109, 120 e 121.
- KÜBLER-ROSS, E. Sobre a morte e o morrer, 3^a ed, São Paulo: Martins Fontes, 1987.
- MORAES N.T., DI TOMMASO A.B.G., NAKAEMA K.E., SOUZA, P.M.R., PERNAMBUCO, A.C.A. Cuidados Paliativos com Enfoque Geriátrico- A Assistência Multidisciplinar, São Paulo: Atheneu, 2014.