

TÍTULO	CONTROLE	REVISÃO
<b>CUIDADOS PALIATIVOS</b>	PI-INSQG-013	000
ÁREA RESPONSÁVEL		VIGÊNCIA
UTI ADULTO		2023

## ABRANGÊNCIA

Todas as unidades hospitalares do HIFA.

## TERMOS E DEFINIÇÕES

Todas as siglas utilizadas neste documento constam no siglário institucional.

### 1. OBJETIVO

Tratamento humanizado e multiprofissional de pacientes graves elegíveis para cuidados paliativos e suas famílias, respeitando a autonomia do paciente e buscando a beneficência, o controle adequado dos sintomas e a busca pela qualidade de vida sem o prolongamento do morrer, levando-se em conta os aspectos físicos, emocionais, mentais, sociais e espirituais.

### 2. DIRETRIZES

#### 2.1. CONCEITO E DEFINIÇÃO

“É uma abordagem que visa melhorar a qualidade de vida dos pacientes e de suas famílias, que enfrentam os problemas associados a doenças que ameaçam a vida, por meio da preservação e alívio do sofrimento e pela identificação precoce, avaliação impecável e tratamento da dor e outros problemas (físicos, psicossociais e espirituais)” (OMS, 2017)

A filosofia dos cuidados paliativos baseia-se em:

- Respeito à autonomia do paciente
- Beneficência e não maleficência
- O controle adequado dos seus sintomas
- A busca pela qualidade de vida, sem o prolongamento do morrer

A abordagem paliativa concomitante com o tratamento curativo é sempre necessária

À medida que a doença progride e que o tratamento curativo deixa de oferecer um controle razoável desta, os cuidados paliativos crescem em significado, podendo se tornar exclusivos no final de vida

Para uma adequada prática de cuidados paliativos são necessários conhecimento e compreensão dos seguintes princípios norteadores (MATSUMOTO, 2009):

- Iniciar o mais precocemente possível o acompanhamento em cuidados paliativos junto a tratamentos modificadores da doença. Incluir toda a investigação necessária para compreender qual o melhor tratamento e manejo dos sintomas apresentados.
  - Reafirmar a vida e sua importância.
  - Compreender a morte como processo natural sem antecipar nem postergá-la.
  - Promover avaliação, reavaliação e alívio impecável da dor e de outros sintomas geradores de desconforto.
    - Perceber o indivíduo em toda sua completude, incluindo aspectos psicossociais e espirituais no seu cuidado. Para isso é imprescindível uma equipe multidisciplinar.
      - Oferecer o melhor suporte ao paciente focando na melhora da qualidade de vida, influenciando positivamente no curso da doença quando houver possibilidade e auxiliando-o a viver tão ativamente quanto possível até a sua morte.
      - Compreender os familiares e entes queridos como parte importante do processo, oferecendo-lhes suporte e amparo durante o adoecimento do paciente e também no processo de luto após o óbito do paciente.

TÍTULO	CONTROLE	REVISÃO
<b>CUIDADOS PALIATIVOS</b>	PI-INSGQ-013	000
ÁREA RESPONSÁVEL		VIGÊNCIA
UTI ADULTO		2023

## 2.2. Aspectos Legais;

- **CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA, PARÁGRAFO ÚNICO DO ARTIGO 41** – “Nos casos de doença incurável e terminal, deve o médico oferecer todos os cuidados paliativos disponíveis, sem empreender ações diagnósticas ou terapêuticas inúteis ou obstinadas, levando sempre em consideração a vontade expressa do paciente ou, na sua impossibilidade, a de seu representante legal”
- **CFM – RESOLUÇÃO Nº 1.805/2006** – “É permitido ao médico, limitar ou suspender os procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente, garantindo-lhe os cuidados necessários para aliviar os sintomas que levam ao sofrimento, na perspectiva de uma assistência integral, respeitada a vontade do paciente ou de seu representante legal”

## 2.3. Avaliação do Prognóstico em Cuidados Paliativos;

- O estabelecimento do prognóstico é fundamental em cuidados paliativos, permitindo um correto embasamento no processo de tomada de decisão, na adequação da comunicação e na definição do plano de cuidados
- Não deve ser interpretado de maneira determinística e sim probabilística
- São instrumentos validados para a avaliação do prognóstico:
  - **A predição clínica (questão surpresa);**
    - **Os indicadores gerais de declínio /a avaliação das condições prévias à internação;**
  - **Os fatores relacionados à doença de base;**
  - **A evolução da doença crítica e complicações**

### 2.3.1. “Questão surpresa”

- **“Eu ficaria surpreso se o paciente morresse nos próximos dias, meses, anos?”**
- Para os profissionais que enfrentam dificuldades com a formulação de uma predição clínica, este questionamento torna-se uma abordagem alternativa mais intuitiva e viável
- Um trabalho brasileiro evidenciou uma relação significativa entre a possibilidade de desfecho de óbito e a resposta à questão surpresa por parte do médico intensivista.

### 2.3.2. Marcadores genéricos de declínio

- **Permitem uma avaliação do paciente sob o ponto de vista da evolução da doença crônica. Dentre eles podemos citar:**
  - Internações hospitalares não programadas;
  - Aumento da dependência nas atividades de vida diária;
  - Deterioração clínica e avanço da doença com aumento dos sintomas;
  - Piora do padrão de resposta ao tratamento com redução da reversibilidade das exacerbações;
  - Perda progressiva de peso (>10%) nos últimos seis meses;
  - Albumina sérica < 2,5 g/dl
  - Episódio de delirium ou confusão mental
  - Síndrome de caquexia-anorexia, dispnéia ou eventos sentinela
  - Eventos sentinela:
    - Quedas
    - Falecimento de um familiar
- Transferência a instituição de longa permanência

### 2.3.3. Avaliação das Condições Prévias à Internação

- **Na avaliação das condições prévias à internação deve-se levar em consideração:**
- **Idade** – Não é fator determinante mas deve sempre ser levada em conta para avaliação da reserva fisiológica, da fragilidade e da chance de desfecho diante de evento agudo

TÍTULO	CONTROLE	REVISÃO
<b>CUIDADOS PALIATIVOS</b>	PI-INSGQ-013	000
<b>ÁREA RESPONSÁVEL</b>		<b>VIGÊNCIA</b>
UTI ADULTO		2023

- **Funcionalidade** – Existem várias escalas utilizadas para avaliação da funcionalidade pré-internação. Utilizaremos a escala **PPS (Palliative Performance Scale) – Anexo 1**
- **Fragilidade** - Definição fenotípica que leva em consideração perda de peso, lentificação, fraqueza, queixas de exaustão e inatividade física (**CFS**) – **Anexo 2**

#### 2.3.4. Fatores Relacionados à Doença de Base

- **Dpoc** – VF1<30%; dependência de O2; internações hospitalares; comorbidades; perda de peso; caquexia; idade >70 a
- **Insuficiência cardíaca** – CF III e IV; FE <45%; arritmias ventriculares; hiponatremia; progressão dos sintomas; readmissões frequentes
- **Doenças hepáticas** – Child B ou C; Meld >14; saída da lista de transplante; complicações com ascite, varizes sangrantes, encefalopatia hepática, sarcopenia e caquexia; síndrome hepatorenal
- **Doença renal crônica** – admissões não planejadas repetidas; baixa tolerância à hemodiálise; queda da funcionalidade
- **Doenças neurológicas** – Quimioterapia de segunda linha em neoplasias cerebrais; necessidade de suporte nutricional; necessidade de suporte ventilatório; perda de capacidade funcional; estado vegetativo persistente; estado de consciência mínima; deficiência cognitiva importante
- **SIDA** – idade >65 anos; uso incorreto de TARV; doenças oportunistas graves de difícil tratamento; uso de substâncias ilícitas endovenosas; dosagem de CD4 e carga viral seis meses após início da TARV;

#### 2.3.5. Fatores Relacionados à Evolução da Doença Crítica

- Escores preditores de sobrevida, tais como SOFA e SAPS III, bem como sua evolução a cada 48h, podem indicar a chance de mortalidade ligada à doença aguda dos pacientes em UTI
- Pacientes críticos crônicos – dependência de VM >21 dias, profunda fraqueza atribuída à miopatia, neuropatia e alterações na composição corporal (perda massa magra), maior vulnerabilidade à infecção, disfunção cerebral manifestando-se como coma ou delirium prolongado/permanente e ruptura da pele associada a deficiências nutricionais, edema, incontinência ou imobilidade prolongada.
- Se houver médico externo assistente, é importante a discussão do prognóstico do paciente com o colega

#### 2.4. Conferência Familiar

- Sendo o paciente considerado pela equipe elegível para a instituição de cuidados prioritariamente paliativos, deve ser programada e agendada conferência familiar
- Deve fazer parte da rotina da UTI
- Oportunidade valiosa de estabelecer relacionamento de parceria e confiança
- Reunião formal agendada entre equipe e familiares
- Identificar as necessidades da família, avaliar o entendimento da família, esclarecer dúvidas e mal-entendidos, identificar a vontade prévia e desejos dos pacientes, acolher a família em seu sofrimento, tomar decisões conjuntamente.
- Escutar mais, verbalizar empatia e demonstrar interesse
- Aliviar a culpa e permitir sentimentos de esperança
- Assegurar continuidade dos cuidados
- Assegura que o paciente não está sofrendo
- Dar tempo para que os pacientes se preparem para a morte do paciente

#### 2.5. Tratamento

- **Controle dos sintomas é um dos pontos-chave na assistência paliativa em uti**
- Dor
  - Delirium

TÍTULO	CONTROLE	REVISÃO
<b>CUIDADOS PALIATIVOS</b>	PI-INSGQ-013	000
ÁREA RESPONSÁVEL		VIGÊNCIA
UTI ADULTO		2023

- Dispnéia
- Ansiedade / desconforto
- Náuseas e vômitos
- Problemas orais
- Anorexia-caquexia
- Constipação
- Lesão por pressão

### 2.5.1. Dor

- É uma sensação e experiência emocional desagradável, associada à lesão tecidual, real ou potencial"
- É um sintoma estritamente subjetivo
- "A dor é aquela que o paciente sente e refere"
- Pode ser somática, visceral ou neuropática
- Pode ser:
  - Aguda – 1 mês
  - Subaguda – um a três meses
  - Crônica – três meses ou mais
- Dor, sede e dispnéia são listados como os sintomas mais prevalentes e angustiantes em uti
- Entre os procedimentos mais relacionados à dor em uti estão a inserção de cateter arterial, a remoção de drenos, a mobilização e reposicionamento do paciente e a aspiração traqueal
- O inadequado controle da dor gera consequências não apenas físicas como também fisiológicas, psicológicas e socioeconômicas – dor total

#### 2.5.1.1. Avaliação

- Deve ser instituído protocolo de avaliação da dor
- O autorrelato do paciente é o padrão de referência para avaliação da dor em pacientes que podem se comunicar de maneira confiável
- Para os pacientes hábeis em se comunicar, deve-se utilizar a **escala numérica da dor (Anexo 3)**
- **BPS (Behavioral Pain Scale)** será utilizada em pacientes que não conseguem se comunicar **(Anexo 4)**
- Os sinais vitais não devem ser utilizados isoladamente para avaliação da dor
- Devem ser identificados fatores reversíveis que contribuam com o aumento da dor

#### 2.5.1.2. Dor – Tratamento

- Os opióides são considerados o padrão-ouro no tratamento da dor oncológica e não oncológica de pacientes críticos sob cuidados paliativos
- Iniciar sempre com a menor dose para o melhor efeito desejado, titulando de acordo com a resposta do paciente
- Utilizar analgesia multimodal para a prevenção da transição da dor aguda para a crônica, para a diminuição dos efeitos colaterais dos fármacos e para a retirada de opióides em UTI
- Manter a vigilância para o reconhecimento do desenvolvimento de efeitos colaterais associados aos opióides.
- Para otimização da analgesia, é indicada a terapia baseada na escala analgésica da organização mundial de saúde **(Anexo 5)**
- De acordo com essa estratégia, para dor leve (1 a 3 na escala numérica), o tratamento iniciado com analgésicos comuns, como dipirona, paracetamol ou AINES
- Para a dor moderada (intensidade 4 a 6 na escala numérica), existe a indicação de opióides fracos como o tramadol e a codeína
- Alguns estudos têm sugerido o uso de opióides fortes em doses mais baixas nestes casos
- Em casos de dor de forte intensidade (7 a 10 na escala numérica), está indicado o uso de opióides fortes, cuja medicação de referência é a morfina
- Em todas as fases do tratamento da dor está indicada a associação de substâncias adjuvantes
- Tais substâncias otimizam o controle dos sintomas, reduzem os efeitos colaterais dos fármacos

TÍTULO	CONTROLE	REVISÃO
<b>CUIDADOS PALIATIVOS</b>	PI-INSQG-013	000
ÁREA RESPONSÁVEL		VIGÊNCIA
UTI ADULTO		2023

analgésicos e têm o papel de modular a dor, reduzindo a chance de cronificação

## Analgésicos simples

- **Paracetamol:** 500mg a 1000mg a cada 4 ou 6 horas, dose máxima de 4g/dia 200mg/ml - comprimido de 500mg e solução oral de 200mg/ml
- **Dipirona:** 500mg a 2000mg a cada 6 horas– comprimido de 500mg, solução oral de 500mg/ml e solução injetável 500mg/ml

## AINES

- Indicado para paciente com dor visceral, dor óssea, muscular e articular. Atentar para os efeitos colaterais de lesão renal e lesão gastrointestinal. A associação de mais de um AINE não é recomendada.
- **Naproxeno:** 250 mg 2x/dia ou 500 mg 1x/dia; dose máxima de 500 mg/dia, não usar por mais de 10 dias – comprimido de 250 mg e 500 mg
- **Ibuprofeno:** 200 mg a 800 mg a cada 6-8 horas; dose máxima 3200 mg/dia – comprimido de 200 mg, 300 mg e 600 mg e solução oral de 50 mg/ml
- **Diclofenaco:** 100 a 150 mg/dia, dividida em 2 a 3 tomadas, dose máxima diária 200 mg/dia
- **Cetoprofeno:** 100 mg duas vezes ao dia; dose máxima de 300 mg/dia
- **Celecoxibe:** 200 mg a 400 mg/dia

## Opióides fracos

### ➤ Codeína:

- a) Dose inicial: 30 mg a cada 6 horas.
- b) Dose máxima: 360 mg/dia
- c) Frequência de administração recomendada: a cada 4 horas ou a cada 6 horas.
- d) Via de administração: oral, sonda nasoenteral ou gastrostomia.
- e) Equipotência analgésica: 1/10 da morfina oral
- f) Particularidades: reduz tosse, bastante obstipante (sempre associar laxante), não se recomenda seu uso por via endovenosa pelo efeito de apneia e hipotensão arterial devido à liberação de histamina
- g) Farmacologia: a codeína em si não é ativa, ela precisa ser metabolizada no fígado, é convertida em morfina para gerar efeito analgésico. Uma parcela da população não possui essa enzima conversora e dessa forma não metaboliza a medicação, conseqüentemente, não tem efeito analgésico com ela

### ➤ Tramadol

- a) Dose inicial: 50 mg a cada 8 horas.
- b) Dose máxima: 400 mg/dia
- c) Frequência de administração recomendada: a cada 6 horas ou a cada 8 horas.
- d) Via de administração: oral, endovenosa e hipodermóclise.
- e) Equipotência analgésica: 1/6 a 1/10 da morfina oral
- f) Particularidades: boa opção para usar em casos de dor neuropática. Injetável é bastante nauseante (recomenda-se administrar lentamente).
- g) Farmacologia: diferentemente de outros opioides, a formulação endovenosa tem potência analgésica menor do que a formulação oral e há relatos de diminuição de limiar convulsivo com a formulação injetável

## Opióides fortes

### ➤ Morfina

- a) Início de ação em 5 a 10 min. com efeito de pico em 1 a 2 horas e meia vida de 4-5 horas.
- b) Dose inicial de 2 a 5 mg de 4/4h + doses de resgate, as quais devem ser adicionadas no dia seguinte.
- c) Não existe dose teto. Náuseas, vômitos, sedação e prurido geralmente desaparecem após as

TÍTULO	CONTROLE	REVISÃO
<b>CUIDADOS PALIATIVOS</b>	PI-INSGQ-013	000
ÁREA RESPONSÁVEL		VIGÊNCIA
UTI ADULTO		2023

primeiras semanas. Entretanto, tolerância à constipação jamais se desenvolve.

- d) Frequência de administração recomendada: a cada 4 horas. Em pacientes com disfunção renal ou hepática, ou idosos frágeis, considerar a cada 6 horas
- e) Via de administração: oral, sonda nasoenteral, gastrostomia, endovenosa, subcutânea, hipodermóclise. Morfina endovenosa é três vezes mais potente que a morfina oral
- f) Particularidades: é metabolizada primeiramente no fígado e excretada pelo rim. Deve ser usada com cautela em pacientes com doença hepática ou renal
- g) Farmacologia: por sua meia-vida curta e início de ação rápido, a morfina simples costuma ser a droga de escolha para analgesia de resgate em pacientes em uso de opioides fortes

#### ➤ **Metadona**

- Meia vida longa e baixo custo. apresenta ação no receptor NMDA, envolvido no desenvolvimento de tolerância e abstinência aos opióides, e no desenvolvimento da dor neuropática

- a) Dose inicial: considerar dose prévia de opioide
- b) Dose máxima: não tem efeito teto, o que limita o aumento de dose é efeito colateral
- c) Frequência de administração recomendada: em geral, a cada 12 horas ou a cada 8 horas. Em caso de doses mais altas considerar fracionar a cada 6 horas.
- d) Via de administração: oral, endovenoso, subcutâneo, hipodermóclise. A metadona endovenosa é cerca de duas vezes mais potente que a metadona oral. Comprimido de 5 mg e 10 mg, solução injetável 10 mg/ml.
- e) Particularidades: estudos sugerem melhor ação na dor neuropática. Produz menos euforia e dependência que outros opióides. Por não ter metabólito ativo, é uma opção para pacientes com insuficiência renal. Deve ser prescrita por médico com experiência no uso desta medicação
- f) Farmacologia: – Sua meia-vida longa e imprevisível exige cautela na titulação de doses, sendo recomendável aguardar três a cinco dias para estabilização de nível sérico antes de considerar aumentar a dose – Pode alargar intervalo QT, sugere-se realizar acompanhamento com eletrocardiograma (ECG) – Há relato de depósito em tecido adiposo. – Embora tenha início de ação rápido, não se recomenda utilizar metadona como resgate (pela sua meia vida)

#### ➤ **Oxicodona**

- a) Dose inicial: considerar dose prévia de opioide, a menor posologia disponível é 10 mg, via oral, a cada 12 horas
- b) Dose máxima: não tem efeito teto, o que limita o aumento de dose é efeito colateral
- c) Frequência de administração recomendada: a cada 12 horas
- d) Via de administração: somente oral (o comprimido não pode ser triturado e, consequentemente, não pode ser administrado via sonda nasoenteral ou por gastrostomia).
- e) Equipotência analgésica: cerca de duas vezes mais potente que morfina oral
- f) Particularidades: por ser comprimido de liberação cronogramada, não pode ser macerado e, portanto, não é recomendada a administração por sonda nasoenteral ou gastrostomia.
- g) Farmacologia: disponível no Brasil como comprimido de liberação cronogramada. A absorção tem duas fases: na primeira, a meia vida é de 0,6 horas e, na segunda fase, de 6,9 horas; logo, promove alívio da dor na primeira hora e seu efeito persiste por 12 horas.

#### ➤ **Fentanil**

- Cem vezes mais potente que a morfina. tem rápido início de ação (1 min.) com meia vida de 0,5 a 1 hora, devendo ser usado de forma contínua ou previamente a procedimentos dolorosos.
- Dose de ataque 0.5-2 µg/kg via EV, seguida de infusão EV contínua de 0.5-2 mcg/kg/h (meia-vida curta, depende de infusão contínua para manutenção de seu efeito analgésico); alternativa em caso de insuficiência renal.

### **Principais efeitos colaterais dos opióides**

TÍTULO	CONTROLE	REVISÃO
<b>CUIDADOS PALIATIVOS</b>	PI-INSGQ-013	000
ÁREA RESPONSÁVEL		VIGÊNCIA
UTI ADULTO		2023

- **Sedação:** está relacionada com seu efeito anticolinérgico, normalmente é autolimitada. Costuma aparecer no início da terapia com opioide ou quando há um aumento da dose. Considerar reduzir ou trocar o opioide ou associar adjuvantes para aumentar a analgesia e diminuir a quantidade de opioide
- **Constipação:** muito comum nos pacientes em terapia com opioide e que não passa com o tempo. Ideal deixar laxante prescrito de horário ou, se necessário, a depender da avaliação clínica. Orientar ingestão hídrica e alimentos laxativos. Na constipação por opioides preconiza-se o uso de laxantes irritativos, por exemplo, bisacodil, picossulfato ou senna. Na RENAME de 2020, o laxante irritativo disponível é o *Rhamnus purshiana* (cáscara sagrada) (BRASIL, 2020).
- **Náuseas e vômito:** ocasionado por diminuição do peristaltismo e diminuição do tempo de esvaziamento gástrico, além de efeito nos receptores localizados na zona de gatilho para vômito. Portanto, antieméticos que atuam na zona de gatilho (haloperidol, metoclopramida, ondansetrona) e no peristaltismo (metoclopramida) são as medicações de escolha para tratamento de náusea e vômito. Em geral as náuseas são mais frequentes nos primeiros dias de uso de opioides e depois tendem a ceder de três a sete dias
- **Prurido:** normalmente ocorre quando a administração do opioide é pela via espinal, mas também pode ocorrer em outras vias. Pode ser tratado com anti-histamínico ou, caso o paciente não tolere o efeito, rodiziar o opioide.
- **Retenção urinária:** também mais associado com opioide via espinal. Pode ser tratado com sondagem vesical ou rotação de opioide.
- **Efeitos cardiovasculares:** a morfina pode causar liberação de histamina e, conseqüentemente, vasodilatação e hipotensão. A metadona pode levar a prolongamento do intervalo QT e aparecimento de “torsades de pointes” no ECG. No caso da metadona, diminuir a dose, aumentar o intervalo entre as doses e monitorar ECG.
- **Hiperalgisia:** caracteriza-se como um aumento da dor, apesar da elevação da dose do opioide. Recomenda-se trocar o opioide.
- **Mioclonia:** é indicativo de neurotoxicidade e é comum surgir quando houver quadro de desidratação. Deve ser realizada hidratação, redução da dose em 25 a 30% ou considerar rodar o opioide.

## Intoxicação por Opioides

- Opioides podem causar intoxicação e é fundamental que o paciente que está recebendo essa medicação seja reavaliado frequentemente.
- É normal que ao iniciar o tratamento com opioide ou quando aumentar a dose, o paciente apresente um pouco de sonolência. Porém, caso a dose seja aumentada de forma rápida, a dose inicial for muito alta ou o paciente apresentar alterações no metabolismo renal e/ou hepático, o indivíduo pode cursar com sinais de intoxicação.
- Os sinais de intoxicação são: miose bilateral, sedação e depressão respiratória (FR10) e não retomar completamente nível de consciência.
- Naloxone é um antagonista opioide utilizado para reverter depressão respiratória. Entretanto, seu uso não é isento de risco, pois pode induzir descompensações cardíacas, edema pulmonar, entre outros. Recomenda-se restringir o uso de Naloxone à intoxicação por opioide grave. Sugere-se iniciar com 0,04 mg de Naloxone. O objetivo deve ser reestabelecer ventilação (FR>10) e não retomar completamente nível de consciência.
- Ao se administrar Naloxone, é importante atentar para que, ao mesmo tempo que a intoxicação é revertida, o efeito analgésico também se vai; logo o paciente pode acordar com quadro de dor intensa e, nos pacientes usuários crônicos de opioides, podem ocorrer sintomas de abstinência.

## Analgésicos Adjuvantes

- **Antidepressivos** – Indicados para controle da dor neuropática
- **Tricíclicos**
- a) Efeitos colaterais: boca seca, sonolência, hipotensão ortostática, constipação; ter cuidado com uso em idosos.



TÍTULO	CONTROLE	REVISÃO
<b>CUIDADOS PALIATIVOS</b>	PI-INSGQ-013	000
ÁREA RESPONSÁVEL		VIGÊNCIA
UTI ADULTO		2023

- b) Amitriptilina: 25 mg a 75 mg/dia VO; não recomendado para pacientes com glaucoma e arritmia cardíaca. Dose máxima de 150 mg; em idosos, começar com 10mg/ dia na RENAME como
- c) Nortriptilina: dose inicial de 25 mg; dose máxima de 150 mg à noite
- d) Não há relação dose-resposta clara, isto é, o efeito analgésico costuma ser obtido com dosagens baixas (por exemplo: amitriptilina 25 mg/dia), devendo se reservar doses mais altas para casos em que há componente de depressão associado.

#### - Inibidores da recaptação da serotonina e noradrenalina

- a) Venlafaxina: dose inicial de 75 mg/dia; dose máxima de 225 mg/dia.
- b) Desvenlafaxina: 50 mg/dia, dose máxima de 200 mg/dia.
- c) Duloxetina: dose inicial de 30 mg/dia VO; dose máxima de 60 mg/dia
- d) Efeitos colaterais: menor efeito anticolinérgico e cardiovascular

#### ➤ Anticonvulsivantes:

- 1) Gabapentina: o efeito analgésico costuma ser visto a partir de 300 mg 3x/dia VO e a dose máxima é 3600 mg/dia. Sugere-se iniciar com doses mais baixas (300 mg/dia em adultos e 100 mg/dia em idosos) e aumentar gradativamente para minimizar efeitos colaterais (a sonolência é frequente no início). Apresenta relação dose-resposta, isto é, ao aumentar a dose há aumento do efeito analgésico. É droga de primeira escolha no tratamento da dor neuropática – cápsula de 300 mg e 400 mg
- 2) Carbamazepina: dose inicial de 200 a 400 mg/dia, dose máxima de 1200 mg, dividida em 3 a 4 tomadas. Primeira escolha na neuralgia do trigêmeo. Interação com opioides reduzindo seu potencial analgésico, o que desfavorece o seu uso em pacientes oncológicos utilizam opioides. Disponibilidade – comprimido de 200 mg e 400 mg e suspensão oral 20 mg/ml
- 3) Lamotrigina: dose inicial de 25 mg a 50 mg/dia, dose máxima de 200 mg a 500 mg/dia. – comprimido de 25 mg, 50 mg e 100 mg.
- 4) Topiramato: dose inicial de 25 mg/dia, dose máxima de 600 mg/dia: – comprimido de 25mg, 50mg e 100mg.
- 5) Pregabalina: dose inicial de 50 mg a 75 mg ao dia; dose máxima de 150 mg a 300 mg, 2x/dia Droga de primeira escolha no tratamento da dor neuropática

- **Corticosteróides** – Podem melhorar o apetite, náuseas, mal estar e qualidade de vida. Possuem também efeito analgésico em alguns tipos de dor oncológica. O fármaco recomendado é dexametasona 4 a 10 mg de 12/12h, por via endovenosa ou subcutânea
- **Agonistas alfa 2 adrenérgicos** – Fornecem sedação sem afetar o drive respiratório. Clonidina e dexmedetomidina são semelhantes.
- **Bloqueadores dos receptores nmda (cetamina)** – É um antagonista do receptor NMDA. Tem efeito sedativo e analgésico, podendo prevenir a tolerância aos opioides. É medicamento adjuvante de terceira linha para tratamento da dor refratária aos opioides.
- **Baclofeno** - É um antagonista do receptor GABA. É um relaxante muscular de ação central que pode ser útil como tratamento adjuvante de pacientes com espasmos, soluços persistentes e neuralgias.

#### Sugestão de prescrição

##### ➤ Dor leve (EVN 1 a 3):

- Paracetamol VO 500 a 1000mg 6/6h
- Dipirona VO ou IV 1000 a 2000 mg de 6/6h
- +
- Medicamentos adjuvantes



TÍTULO	CONTROLE	REVISÃO
<b>CUIDADOS PALIATIVOS</b>	PI-INSGQ-013	000
<b>ÁREA RESPONSÁVEL</b>		<b>VIGÊNCIA</b>
UTI ADULTO		2023

➤ **Dor Moderada (EVN 4 a 6):**

- Opióide fraco: - Codeína VO 30mg 4/4h ou 6/6h - máximo 360mg/dia ou  
- Tramadol EV 100mg 6/6h – máximo 400mg/dia  
OU
- Opióide forte em dose baixa: - Morfina 2 mg IV de 4/4h ou  
- Metadona VO - 05 mg 12/12  
+
- Medicamentos adjuvantes

➤ **Dor Intensa (EVN 7 a 10):** Opióide forte – nenhum tem dose máxima ou dose teto, tomar o cuidado de iniciar em doses baixas e fazer titulação criteriosa, guiada por resposta terapêutica:

- Morfina VO 5-10mg 4/4h OU Morfina EV 2 a 5mg 4/4h ou em infusão contínua: Os metabólitos se acumulam em pacientes com insuficiência renal. É bem tolerada em pacientes com hepatopatias, sendo que, nestes pacientes, a sua meia-vida pode aumentar e a dose deve ser espaçada para três a quatro vezes ao dia.
- Oxícodona VO 10-20mg 12/12h (os comprimidos não podem ser partidos ou macerados) ou
- Metadona- meia-vida extremamente variável (10 – 75h), com efeitos cumulativos e toxicidade elevada; alternativa em caso de insuficiência renal. Dose inicial de 5 a 10 mg de 12/12h, podendo ser expandida para 8/8h ou 6/6h
- Fentanil EV - Em manejo de paciente crítico, preferencialmente em ambiente de UTI: O Fentanil é 100 vezes mais potente do que a Morfina; dose de ataque 0.5-2 µg/kg via EV, seguida de infusão EV contínua de 0.5-2 mcg/kg/h (meia-vida curta, depende de infusão contínua para manutenção de seu efeito analgésico); alternativa em caso de insuficiência renal.
- +
- Medicamentos adjuvantes

### 2.5.2. Delirium

- É a forma mais comum de disfunção cerebral aguda na uti e afeta até 80% dos pacientes
- Está associado a maior mortalidade, maior tempo de ventilação mecânica, maior tempo de internação e comprometimento cognitivo
- São indicadas medidas não farmacológicas para prevenção do delirium
- Além do tratamento da causa de base, preconiza-se uma série de medidas farmacológicas e não farmacológicas voltadas ao tratamento do sintoma. As medidas não farmacológicas incluem:
  - Suspensão de medicamentos potencialmente causadores de delirium (tricíclicos ou benzodiazepínicos que tenham sido introduzidos recentemente, por exemplo);
  - Permitir que familiares ou pessoas conhecidas fiquem junto ao paciente como acompanhantes e tentar manter as visitas no período diurno;
  - O profissional que for se aproximar do paciente se identificar e informar o procedimento que irá realizar;
  - Perguntar como o paciente prefere ser chamado (às vezes, o paciente não se identifica com o primeiro nome);
  - Manter o uso de aparelhos auditivos e óculos (para evitar privação sensorial);
  - Manter ambiente com luz natural durante o dia e pouca luz durante a noite; se possível manter no quarto relógio e calendário (para tentar melhorar orientação);
  - Ajustar horário de verificação de sinais vitais e de medicações (quando possível) para evitar interromper período de descanso noturno;
    - Escalas (CAM) devem ser utilizadas para rastreio e diagnóstico de delirium (Anexo 6)
    - Antipsicóticos devem ser utilizados em casos de agitação ou alucinações
    - Haloperidol é a droga mais estudada para controle na contenção química de Delirium Hiperativo.
- Via de administração: VO, SC, EV e IM (sempre que possível preferir VO);

TÍTULO	CONTROLE	REVISÃO
<b>CUIDADOS PALIATIVOS</b>	PI-INSGQ-013	000
<b>ÁREA RESPONSÁVEL</b>		<b>VIGÊNCIA</b>
UTI ADULTO		2023

- Em idosos iniciar com 0,5-1 mg;
- Em jovens iniciar com 1-2 mg;
- Se persistir com agitação, repetir dose inicial em 45-60 minutos;
- Uma vez controlado o sintoma, deixar a dose inicial utilizada de 12/12h ou 8/8h e titular conforme evolução do quadro clínico;
- A dose máxima diária descrita é de 30 mg/dia, porém pacientes em delirium de fim de vida costumam controlar sintomas com doses menores (média de 2, 8-6 mg/dia). Outras medicações descritas em literatura para manejo de delirium são: risperidona (dose inicial 1 mg), quetiapina (dose inicial 12,5 mg), olanzapina (dose inicial 2,5 mg) e clorpromazina (dose inicial 12,5 mg).

#### Resfriamento

- A contenção física pode piorar a agitação e trazer danos ao paciente, como perda de mobilidade, lesões por pressão, broncoaspiração e delirium prolongado.
- A Resolução do Conselho Federal de Enfermagem nº 427/2012 regulamenta o emprego da contenção mecânica pela enfermagem. Descreve que a restrição deve ser feita sob a supervisão de um enfermeiro, excetuando-se as situações de urgência e emergência, e somente quando for a única forma disponível para prevenir dano imediato ao paciente ou outras pessoas. Traz ainda que todo paciente com contenção física deve ser monitorado quanto ao nível de consciência, sinais vitais, condições de pele, circulação de membros e que tais verificações devem ser regulares e não devem exceder uma hora.
- Em relação ao manejo medicamentoso do delirium, recomenda-se: suspender medicações potencialmente causadoras de delirium, avaliar reconciliação medicamentosa de possíveis medicações psicotrópicas de uso regular, assim como evitar a suspensão súbita de medicação psicotrópica de uso regular.

#### 2.5.3. Dispneia /Ansiedade

- Deve-se primeiramente tratar a causa da dispneia, quando isso for possível. O tratamento deve ser individualizado: sempre avaliar funcionalidade e fase da doença antes de instituir a conduta. Dentre as causas potencialmente corrigíveis e respectivos tratamentos, encontram-se:
  - Infecção: antibiótico, antifúngico.
  - Congestão: diuréticos.
  - Derrame pleural: procedimentos para drenagem.
  - Broncoespasmo: broncodilatadores e corticoide.
  - Tromboembolismo pulmonar: anticoagulantes.
  - Obstrução de vias aéreas: radioterapia, laser, stents, broncoscopia.
  - Linfangite carcinomatosa: corticoide e diuréticos.
  - Síndrome da veia cava superior: corticoide e radioterapia.
  - Anemia: hemotransfusão (concentrado de hemáceas). Paralelamente, o sintoma também deve ser tratado com medidas farmacológicas e não farmacológicas.
    - Resfriamento facial, janelas abertas, redução da temperatura ambiental e umidificação respiratória podem ajudar
    - Opioides são amplamente recomendados. Ocasionalmente reduzem a percepção central da dispneia, reduzem a sensibilidade à hipercapnia, reduzem o consumo de oxigênio e aumentam a função cardiovascular. Seu uso para tratamento da dispneia é em baixas doses, menores que as habitualmente necessárias para o controle de dor.
    - Pacientes virgens de opioide:
      - Codeína 30 mg VO de 6/6h ou 4/4h no caso de dispneia leve - solução oral 3 mg/ml, comprimido de 30 mg e 60 mg (BRASIL, 2020).
      - Morfina 5 mg VO ou 2 mg EV/SC de 6/6h ou 4/4h se dispneia moderada ou intensa. Titular dose, se necessário, a cada 24 horas - solução injetável de 10 mg, solução oral de 10 mg/ml, comprimido de 10 mg e 30 mg
        - Pacientes já em uso de opioide: Aumentar a dose do opioide em 25% e titular doses.
        - Benzodiazepínicos têm papel importante na ansiedade, que comumente está relacionada à dispneia.

TÍTULO	CONTROLE	REVISÃO
<b>CUIDADOS PALIATIVOS</b>	PI-INSGQ-013	000
<b>ÁREA RESPONSÁVEL</b>		<b>VIGÊNCIA</b>
UTI ADULTO		2023

- Evitar seu uso isoladamente, podendo ser utilizado em conjunto com opioide
- VNI e CNAF podem auxiliar
- Pacientes muito secretivos podem se beneficiar de medidas farmacológicas, tais como a administração de brometo de escopolamina (30 gts VO ou 1 ampola de 4/4 ou 6/6h) ou atropina colírio 1% (1-2 gts na cavidade oral a cada 6 a 8h)
- Oxigenoterapia é o tratamento padrão para pacientes hipoxêmicos em ar ambiente. Para pacientes com DPOC, é indicada quando há PaO<sub>2</sub> menor ou igual a 55 mm/Hg ou saturação de O<sub>2</sub> menor igual a 88%; ou quando há PaO<sub>2</sub> entre 56 e 59 mmHg ou saturação de 89% mais: edema por insuficiência cardíaca, Ht>56% e evidência de cor pulmonale. Não há melhora da dispneia em pacientes não hipoxêmicos com a oxigenioterapia, em comparação com ventilação ambiente
- Na fase final a aspiração de secreções é contraindicada por causar desconforto ao paciente.

#### 2.5.4. Tosse / Broncorréia

- **Tosse**
- Usar codeína 10 mg a 20 mg até de 4 em 4 horas - solução oral 3 mg/ml, comprimido de 30 mg e 60 mg
- **Broncorréia:**
- Inalação com brometo de ipratrópio (até 40 gotas de 4/4h). componente básico: solução para inalação 0,25 mg/ml (BRASIL, 2020).
- Escopolamina: 20 mg 8/8h ou 6/6h VO, EV ou por hipodermóclise.
- Colírio de atropina: 2 gotas a cada 6-12 horas, sublingual

#### 2.5.5. Ansiedade e Insônia

- Dimensões física, psíquica, social e espiritual
- Uma série de medos e preocupações sobre questões físicas, psicológicas, existenciais e sociais atuais e previstas, incluindo a morte são comuns
- Devemos identificar e reverter causas possíveis, como ruídos no ambiente e efeito colateral de substâncias, ou abstinência de medicações
- Benzodiazepínicos podem ser usados para a ansiedade e insônia:
- Lorazepam: 0,5 mg a 1 mg VO até de 6/6 horas
- Diazepam: iniciar com 5 mg/dia e titular dose conforme sintoma e atenção a efeitos colaterais, pode-se chegar até 10 mg VO a cada 6 horas - componente básico – comprimido de 5 mg e 10 mg.
- Clonazepam: 0,25 mg a 2 mg VO a cada 12 horas. A posologia de gotas facilita o fracionamento de doses e uma titulação mais fina.: solução oral de 2,5 mg/ml

#### 2.5.6. Náuseas e Vômitos

- Identificar e remover as causas possíveis, como efeito colateral de medicações ou a náusea antecipatória
- Identificar a causa para otimizar o controle de sintomas
- Evitar fatores ambientais que sejam estímulos eméticos, como odores e imagens
- A equipe de nutrição pode preparar alimentos com porções menores (Comfort food), de forma individualizada. Refrigerantes, bebidas carbonatadas e alimentos leves servidos à temperatura ambiente parecem ser mais bem tolerados
- Devem ser evitados os alimentos doces, gordurosos, muito salgados ou condimentados
- Pacientes com náuseas e vômitos não têm sede ou fome

#### Sugestão de prescrição

- **Náuseas e vômitos quimicamente induzidos:** QT, medicamentos, toxinas, infecções ou metabólicas
- **1º Opção:** Metoclopramida: 10 mg EV/VO de 8/8h ou 6/6h
- **2º Opção:** Haloperidol: 1 mg a 2 mg EV/SC de duas a três vezes ao dia

TÍTULO	CONTROLE	REVISÃO
<b>CUIDADOS PALIATIVOS</b>	PI-INSQG-013	000
<b>ÁREA RESPONSÁVEL</b>		<b>VIGÊNCIA</b>
UTI ADULTO		2023

- **3º Opção:** Ondansetrona: de 4mg a 8mg EV a cada 8 horas

➤ **Estase gástrica**

- Se distensão abdominal: SNG
- Inibidores de bomba de próton
- Metoclopramida: até 40 mg/dia EV.
- Bromoprida: 10 mg 3x/dia EV/VO
- Domperidona: 10 mg 8/8h VO

➤ **Hipertensão intracraniana e meningismo:**

- Corticoide em dose elevada: dexametasona até de 16 a 20 mg/dia EV/SC
- Considerar dimenidrinato se sintoma de discenesia na dose 50 mg a 100 mg EV/VO a cada 6 horas

➤ **Irritação peritoneal:**

- Metoclopramida ou haloperidol como antidopaminérgico (doses já descritas).
- Ondansetrona segunda escolha (doses já descritas)
- Antihistamínicos: Dimenidrinato via SC (doses já descritas).
- Prometazina 50mg/2ml – 01FA + 2ml SF0,9% - fazer 1ml SC 8/8h a 6/6h (pode provocar alta sonolência – é evitado por isso)

➤ **Obstrução intestinal:**

- 1º Opção: Haloperidol (doses já descritas).
- 2º Opção: Ondansetrona ou dimenidrinato (doses já descritas)
- Restringir volume de hidratação.
- Antissecretores: Hioscina 10mg/ml – 30gts 6/6h ou 4/4h. Hioscina 20mg/ml (injetável) – 5:15 AD EV 6/6h. Hioscina 20mg/ml (injetável) – 01FA + 1ml SF0,9% SC 8/8h ou 6/6h (pode ser feito até 60mg SC). - Usar SNG. Retirar se paciente/família concordar com jejum.
- Corticóide – reduz edema de alça e de massa tumoral, além de fatores inflamatórios locais

### 2.5.7. Xerostomia

- Afeta mais que 75% dos pacientes em cuidados paliativos
- Tratamento é o alívio sintomático
- Gomas de mascar sem açúcar, hidratação frequente por via oral com água, sucos gelados, gelos com sabor, substitutos salivares e sialogogos
- Utilização de saliva artificial e lubrificação dos lábios com vaselina estão indicados
- Bochechos com clorexidina duas vezes ao dia pode ser eficaz em prevenir cáries e infecções

### 2.5.8. Síndrome da Anorexia / Caquexia

- Anorexia é a perda de apetite. caquexia é a perda involuntária de peso (>5% ou >2% se imc <20)
- Forte impacto emocional e social
- A equipe multiprofissional deve estar atenta para as causas da anorexia, como dor xerostomia, náusea, depressão e constipação

### 2.5.9. Constipação

- Dificuldade persistente para evacuar ou uma sensação de evacuação incompleta e/ou movimentos intestinais infrequentes (a cada 3 ou 4 dias ou com menor frequência), em ausência de sinais de alerta ou causas secundárias
- Corrigir anormalidades eletrolíticas e confirmar hidratação adequada
- Reavaliar necessidade de uso contínuo de opióides e outras substâncias constipantes
- Executar exame abdominal e retal

TÍTULO	CONTROLE	REVISÃO
<b>CUIDADOS PALIATIVOS</b>	PI-INSGQ-013	000
<b>ÁREA RESPONSÁVEL</b>		<b>VIGÊNCIA</b>
UTI ADULTO		2023

- Iniciar laxantes
- Brometo de metilnaltrexona – uso de opióides
- Considerar enemas
- Mobilização do paciente com saída do leito

## 2.5.10. Lesão por Pressão

- O objetivo se concentra no conforto, na dignidade, no controle da dor, do odor, na prevenção de infecções e na abordagem holística para o manejo da ferida
- Deve-se estimular o reposicionamento do paciente a cada duas horas, evitando a fricção e o cisalhamento da pele, mantendo o calcanhar flutuante e a pele hidratada e protegida de fezes ou urina
- Para controle do odor, pode ser usado o desbridamento ou metronidazol tópico

## 2.6. Cuidados de Final de Vida na UTI

- São prestados quando a doença é refratária ao tratamento ou quando a provisão de suporte de vida causará sofrimento insuportável e/ou não está de acordo com os valores e preferências do paciente
- Quando os objetivos do cuidado passam da cura para o conforto, é eticamente aceito que sejam recusados /suspensos tratamentos que possam prolongar o sofrimento do paciente/família, como: dieta, assistência ventilatória, substâncias vasoativas, métodos dialíticos, etc...
- Toda decisão deve ser baseada na prevenção do sofrimento do paciente e não na abreviação de sua vida
- Devem ser levados em conta o prognóstico, o contexto do tratamento e os valores do binômio paciente/família
- Devem ser priorizados em todas as fases:
  - Tomada individualizada de decisão
  - Controle dos sintomas (dor, desconforto, dispnéia, boca seca, etc...)
  - Respeitar a existência ou não de crenças
  - Permitir cerimônias de despedida (adequadas ao ambiente)
    - Devem ser priorizados na fase 2: morte esperada em dias ou semanas
  - Comunicação empática
  - Atitudes de solidariedade
  - Facilitar a presença dos familiares
  - Avaliar o melhor local para cuidados
  - Estabelecer as prioridades entre cuidados paliativos e curativos
  - Possibilitar alta da uti
  - Priorizar conforto
  - Evitar intervenções fúteis
  - Adequar estratégias de sedoanalgesia, suporte ventilatório e nutrição
    - Devem ser priorizados na fase 3: morte esperada em horas ou dia
  - Intensificar comunicação empática
  - Intensificar atitudes de solidariedade
  - Facilitar presença familiar de maneira permanente
  - Privilegiar o conforto do paciente
  - Retirar terapia fútil (nutrição, substâncias vasoativas, métodos dialíticos, etc...)
  - Adequar estratégias de sedoanalgesia, suporte ventilatório, etc...

## 2.7. Sedação Paliativa

- É a indução intencional da redução ou da falta de consciência em um paciente na fase final de sua vida, com o objetivo de aliviar um sintoma incontrolável, após todas as demais opções terapêuticas terem sido esgotadas
- Não objetiva a abreviação da vida e, sim, o controle dos sintomas

TÍTULO	CONTROLE	REVISÃO
<b>CUIDADOS PALIATIVOS</b>	PI-INSGQ-013	000
ÁREA RESPONSÁVEL		VIGÊNCIA
UTI ADULTO		2023

- Geralmente realizada para controle de delirium, dor, dispnéia
- O fármaco de escolha para sedação é o midazolam
- Devemos iniciar a infusão em 1 mg/h e reavaliar o paciente de 1/1h
- A partir do momento que o paciente estiver confortável a velocidade de infusão deve ser mantida estável e as reavaliações podem ser espaçadas. – A dose máxima a ser utilizada é de 20 mg/hora. Caso se atinja essa dose, associe a utilização de clorpromazina.
- A dose inicial de clorpromazina é de 12,5 mg IV de 8/8h
- O paciente deve ser reavaliado de 4/4h
- Caso necessário podemos chegar à dose de 50 mg de clorpromazina de 8/8h
- O fármaco de escolha para analgesia é a morfina

## 2.8. Metas e gestão do risco do paciente por toda equipe multidisciplinar

- **Equipe médica** – Avaliação correta de pacientes elegíveis; avaliar funcionalidade e fragilidades; abordagem adequada da família com programação de conferência familiar; envolvimento da equipe multidisciplinar no tratamento e condução do caso; estabelecimento de plano terapêutico; adequado controle de sintomas; adequada comunicação e acolhimento com paciente e familiares ao longo do processo;
- **Enfermagem** –
- **Fisioterapia** – Avaliar diariamente os exames de imagem / laboratoriais e beira leito a fim de direcionar o cuidado; exercícios respiratórios e técnicas de higiene brônquica, relaxamento de musculatura acessória, suporte de O2 e ventilação mecânica não invasiva quando necessário. A cinesioterapia deve ser realizada de acordo comente dependentes: manter a amplitude de movimento, posturas confortáveis, orientação quanto às mudanças de decúbito, transferências. Em pacientes que deambulam, realizar a manutenção de sua capacidade de locomoção, autocuidado e funcionalidade; facilitação e indicação de dispositivos de auxílio à marcha (órteses e calçados adequados), treino de marcha, exercícios para coordenação motora e equilíbrio; monitoramento de déficits potenciais para perdas funcionais, como déficits sensoriais, musculares e articulares.
- **Nutrição** –

## 2.9. Critérios de admissão da UTI

- Pacientes com quadro clínico potencialmente reversível
- Pacientes que necessitem de suporte ventilatório para conforto

2.10. Pacientes com sintomas de difícil manejo e controle na enfermaria

## 3. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AZEVEDO, Luciano Cesar Pontes. et al. Medicina Intensiva: Abordagem Prática. Quinta edição. Santana de Parnaíba – SP: Manole, 2022.
- Manual de Cuidados Paliativos / Coord. Maria Perez Soares D'Alessandro, Carina Tischler Pires, Daniel Neves Forte ... [et al.]. – São Paulo: Hospital Sírio Libanês; Ministério da Saúde; 2020.
- RIBEIRO, Sabrina Corrêa da Costa. et al. Cuidados Paliativos no Paciente Crítico. Segunda edição. Santana de Parnaíba – SP: Manole, 2023.
- MORITZ, Rachel Duarte. Et. al. Cuidados paliativos, Comunicação e Humanização em UTI. Primeira edição. Rio de Janeiro: Atheneu / AMIB, 2021

## 4. ANEXOS E DOCUMENTOS DE APOIO

### Anexo 1 – Palliative Performance Scale (PPS)



<b>TÍTULO</b>	<b>CONTROLE</b>	<b>REVISÃO</b>
<b>CUIDADOS PALIATIVOS</b>	PI-INSGQ-013	000
<b>ÁREA RESPONSÁVEL</b>		<b>VIGÊNCIA</b>
UTI ADULTO		2023

**Tabela 2 – Escala de Performance Paliativa (PPS)**

%	Deambulação	Atividade e evidência da doença	Auto-cuidado	Ingestão	Nível da Consciência
100	Completa	Normal; sem evidência de doença	Completo	Normal	Completa
90	Completa	Normal; alguma evidência de doença	Completo	Normal	Completa
80	Completa	Com esforço; alguma evidência de doença	Completo	Normal	Completa
70	Reduzida	Incapaz para o Trabalho; alguma evidência de doença	Completo	Normal ou reduzida	Completa
60	Reduzida	Incapaz de realizar hobbies; doença significativa	Assistência ocasional	Normal ou reduzida	Períodos de confusão ou completa
50	Sentado ou deitado	Incapacitado para qualquer trabalho; doença extensa	Assistência Considerável	Normal ou reduzida	Períodos de confusão ou completa
40	Acamado	Idem	Assistência quase completa	Normal ou reduzida	Períodos de confusão ou completa
30	Acamado	Idem	Dependência Completa	Reduzida	Períodos de confusão ou completa
20	Acamado	Idem	Idem	Ingestão limitada a colheradas	Períodos de confusão ou completa
10	Acamado	Idem	idem	Cuidados com a boca	Confuso ou em coma
0	Morte	–	–	–	–

- Iniciar a leitura da coluna da esquerda para a direita
- O paciente pontua pelo pior critério
- As colunas da esquerda são consideradas mais fortes
- A avaliação deve sempre ser feita em relação à pré internação
- PPS igual ou inferior a 50% apresentam baixa expectativa de vida em 6 meses

## Anexo 2 - Escala clínica de fragilidade (CFS)



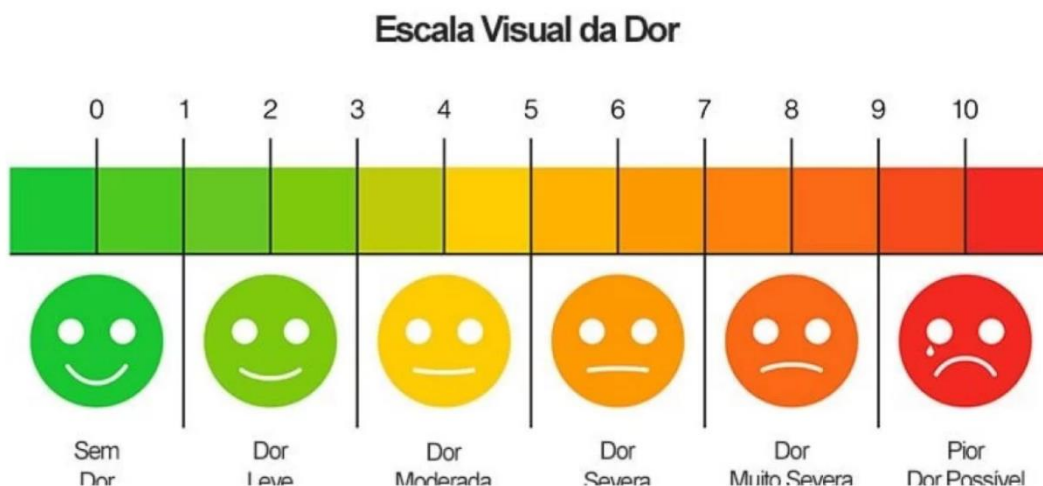
# POLÍTICA INSTITUCIONAL

TÍTULO	CONTROLE	REVISÃO
<b>CUIDADOS PALIATIVOS</b>	PI-INSQG-013	000
ÁREA RESPONSÁVEL		VIGÊNCIA
UTI ADULTO		2023

CATEGORIA B	CARACTERÍSTICA B
<b>ROBUSTO</b>	Ativo, vigoroso, muito motivado, forte; Atividade física regular; Apto para a idade;
<b>BEM / SAUDAVEL</b>	Sem sintomas de doenças ativas; Menos apto que na categoria anterior; Atividade física ocasional ou sazonal; Co morbidades controladas;
<b>CONTROLADO</b>	Sintomas das doenças controlados; Sem atividade física para além da marcha habitual;
<b>VULNERAVEL</b>	Sintomas de doença não controlados; Independente nas atividades de vida diária; Alteração na marcha (marcha lenta – "slowed down"); Limitação funcional de acordo com os sintomas da doença; Cansaço durante o dia;
<b>FRAGILIDADE LEVE</b>	Dependente em grau reduzido nas atividades instrumentais de vida diária (transporte, finanças, lida da casa que requer mais esforço, ir às compras e preparação de refeições); Supervisão na toma de medicação; Supervisão da marcha no exterior;
<b>FRAGILIDADE MODERADA</b>	Dependente em grau moderado nas AVD's e AIVD's; Apoio e supervisão na marcha/subir e descer escadas dentro de casa ou necessidade de auxiliar de marcha; Necessidade de ajuda e supervisão durante a noite;
<b>FRAGILIDADE SEVERA</b>	Dependente em grau elevado em todas as AVD's; Dependente do cuidador por causa física ou cognitiva; Estável e sem risco de morrer nos próximos 6 meses;
<b>FRAGILIDADE MUITO SEVERA</b>	Dependente em grau elevado em todas as AVD's; Próximo do fim de vida; Pode não recuperar de doença menor;
<b>FRAGILIDADE TERMINAL</b>	Próximo do fim de vida; Expectativa de vida inferior a 6 meses; Sem outra evidência de fragilidade;

- Ferramenta baseada no julgamento clínico e com maior aplicabilidade no ambiente de cuidados intensivos

## Anexo 3 – Escala Numérica/Visual da Dor



## Anexo 4 - BPS (BEHAVIORAL PAIN SCALE)

<b>TÍTULO</b>	<b>CONTROLE</b>	<b>REVISÃO</b>
<b>CUIDADOS PALIATIVOS</b>	PI-INSGQ-013	000
<b>ÁREA RESPONSÁVEL</b>		<b>VIGÊNCIA</b>
UTI ADULTO		2023

ITEM	DESCRIÇÃO	ESCORE	COMO IDENTIFICAR
<b>Expressão Facial</b>	Relaxada	1	Neuro - sem tensão muscular
	Parcialmente Tensa	2	Abaixa a sobrancelha
	Totalmente Tensa	3	Fecha os olhos / pálpebras contraídas
	Faz careta	4	Todos os movimentos parciais prévios e pálpebras fortemente contraídas. O paciente pode estar com a boca aberta ou mordendo o tubo endotraqueal
<b>Membros Superiores</b>	Sem movimento	1	
	Com flexão parcial	2	
	Com flexão total e flexão dos dedos	3	
	Com retratação permanente: totalmente contraído	4	
<b>Adaptação à Ventilação Mecânica</b>	Tolera movimentos	1	Alarmes não ativados, ventilação fácil
	Tosse com movimentos	2	Tossindo os alarmes podem ser ativados, mas param espontaneamente
	Briga com o ventilador	3	Assincronia com ventilador, interrupção da ventilação, alarmes frequentemente ativados
	Incapaz de controlar a ventilação mecânica	4	Combativo, agitação externa. Tentativa de retiradas do tubo
<b>TOTAL</b>			

Figura 4. Escala BPS

Classificação		
3 - Sem dor	4-6 - Dor fraca	7-8 - Dor moderada
9-11 - Dor forte	12 - Dor insuportável	

Figura 2 – Imagem Escala BPS.  
Fonte: HCOR Associação Beneficente Síria. Protocolo de dor.

## Anexo 5 – Escala Analgésica da Organização Mundial de Saúde

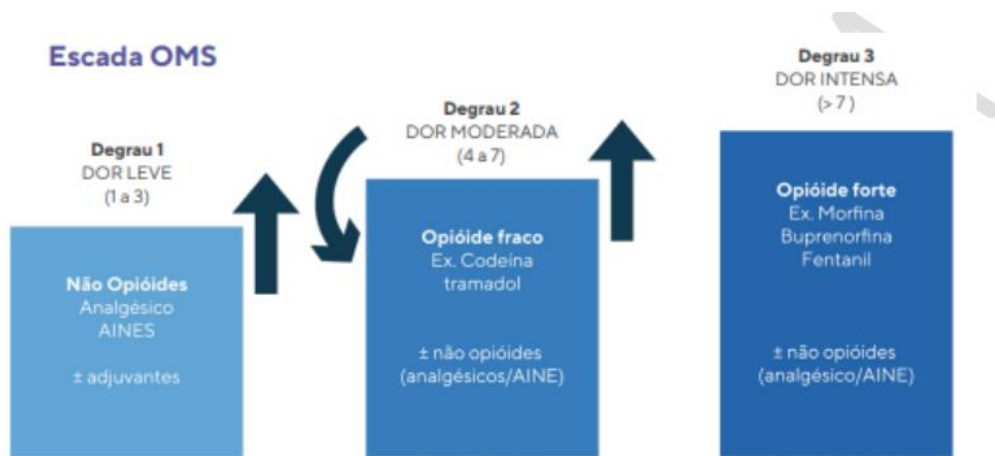


Fig 2 – Escala OMS  
Fonte: Escada analgésica da OMS: Adaptado – PEREIRA JL, 2006.

TÍTULO	CONTROLE	REVISÃO
<b>CUIDADOS PALIATIVOS</b>	PI-INSGQ-013	000
ÁREA RESPONSÁVEL		VIGÊNCIA
UTI ADULTO		2023

## Anexo 6 - CONFUSION ASSESSMENT METHOD (CAM)

O diagnóstico de *delirium* pelo CAM revela-se na presença dos itens 1 e 2 mais o item 3 ou 4.

<b>1. Início agudo</b>	Há evidência de mudança aguda do estado mental de base do paciente?
<b>2. Distúrbio de atenção</b>	O paciente teve dificuldade para focalizar sua atenção, por exemplo, distraiu-se facilmente ou teve dificuldade em acompanhar o que estava sendo dito? Se presente ou anormal, este comportamento variou durante a entrevista, isto é, tendeu a surgir e desaparecer ou aumentar e diminuir de gravidade?
<b>3. Pensamento desorganizado</b>	O pensamento do paciente era desorganizado ou incoerente, com a conversação dispersiva ou irrelevante, fluxo de ideias pouco claro ou ilógico, ou mudança imprevisível do assunto?
<b>4. Alteração do nível de consciência</b>	Em geral, como você classificaria o nível de consciência do paciente: Alerta (normal) Vigilante (hipersensível a estímulos ambientais, assustando-se facilmente) Letárgico (sonolento, facilmente acordável) Estupor (dificuldade para despertar) Coma *positivo para qualquer resposta a não ser alerta

Fonte: FABRI, R.M.A et al. *Validity and reliability of the portuguese version of the Confusion Assessment Method (CAM) for the detection of delirium in the elderly.* Arq. Neuro-Psiquiatria, São Paulo, v. 59, n. 2., 2001. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0004-282X2001000200004](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-282X2001000200004). Acesso em: 23 de mar. 2020.

# POLÍTICA INSTITUCIONAL



<b>TÍTULO</b>	<b>CONTROLE</b>	<b>REVISÃO</b>
<b>CUIDADOS PALIATIVOS</b>	<b>PI-INSGQ-013</b>	<b>000</b>
<b>ÁREA RESPONSÁVEL</b>		<b>VIGÊNCIA</b>
<b>UTI ADULTO</b>		<b>2023</b>

## ELABORAÇÃO

DATA: <i>06/2023</i>	CARGO: <i>Médico Coordenador</i>	RESPONSÁVEL: <i>Rafael Rocha Gomes</i>
-------------------------	-------------------------------------	---

## APROVAÇÃO

DATA: <i>06/2023</i>	CARGO: <i>Diretor Técnico</i>	AUTORIZADOR: <i>Rogério Dardengo</i>
DATA:	CARGO:	AUTORIZADOR:

## HISTÓRICO DE REVISÕES

DATA: <i>06/2023</i>	REVISÃO: <i>000</i>	DESCRIÇÃO: <i>Implantação</i>
-------------------------	------------------------	----------------------------------