



**Protocolo de Atenção à Saúde**

**Orientações para regulação da primeira consulta  
médica ambulatorial em Cuidados Paliativos  
Oncológicos para pacientes adultos**

**Área(s):** CUIDADOS PALIATIVOS

Portaria SES-DF Nº 27 de 15/01/2019, publicada no DODF Nº 17 de 24/01/2019.

**1- Metodologia de Busca da Literatura**

**1.1 Bases de dados consultadas**

Não se aplica.

**1.2 Palavra(s) chaves(s)**

Não se aplica.

**1.3 Período referenciado e quantidade de artigos relevantes**

Não se aplica.

**2- Introdução**

O envelhecimento da população, o constante desequilíbrio entre a demanda e oferta de leitos hospitalares, especialmente leitos de Terapia Intensiva, além do dever de respeitar a autonomia do paciente, contextualizam a necessidade de regulamentação quanto aos cuidados de pacientes com baixa probabilidade de recuperação.

A doença interrompe o projeto de vida da pessoa, gerando a necessidade de uma provisão de cuidados para recuperar sua capacidade e viver da melhor maneira possível ao longo da

experiência da doença. Para responder a essa necessidade, é preciso uma combinação de intervenções terapêuticas apropriadas, que têm por objetivo o controle de sintomas, com práticas de alívio do sofrimento e de melhora da qualidade de vida<sup>1</sup>.

Diante desse cenário, os Cuidados Paliativos se inserem como uma medida extremamente necessária. Segundo a definição da Organização Mundial de Saúde – OMS, publicada em 1990 e revisada em 2002 e 2017, “**Cuidado Paliativo** é uma abordagem que melhora a qualidade de vida de pacientes (adultos e crianças) e suas famílias, que enfrentam problemas associados a doenças que ameaçam a vida. Previne e alivia o sofrimento, através da identificação precoce, avaliação correta e tratamento da dor e de outros problemas físicos, psicossociais ou espirituais”<sup>2,3</sup>.

Cuidados Paliativos estão indicados para todos os pacientes (e familiares) com doença ameaçadora da continuidade da vida, em concomitância com os cuidados curativos, por qualquer diagnóstico, com qualquer prognóstico, seja qual for a idade, e a qualquer momento da doença em que eles tenham expectativas ou necessidades não atendidas. Sendo assim, Cuidados Paliativos podem complementar e ampliar os tratamentos modificadores da doença ou podem tornar-se o foco do cuidado, de acordo com os desejos e as necessidades individuais de cada paciente<sup>1,4</sup>.

### **3- Justificativa**

Criação do protocolo atual por demanda da CATES/SES-DF em regular o acesso às consultas médicas ambulatoriais das especialidades por meio da Circular SEI nº 274144/2017-33.

### **4- Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10)**

Z51.5 = Cuidados Paliativos

### **5- Diagnóstico Clínico ou Situacional**

A rede SESDF conta atualmente com ambulatórios médicos de Cuidados Paliativos Oncológicos para atendimento a pacientes adultos no Hospital de Base do Distrito Federal - HBDF, no Hospital de Apoio de Brasília - HAB e no Hospital Regional de Taguatinga - HRT.

### **6- Critérios de Inclusão**

- Pacientes adultos (≥ 18 anos),
- portadores de câncer **E**
- que apresentem sintomas físicos não controlados, como dor.

## 7- Critérios de Exclusão

- Pacientes pediátricos (< 18 anos).
- Pacientes com outras doenças ameaçadoras da continuidade da vida que não câncer.

## 8- Conduta

O objetivo da assistência ambulatorial em Cuidados Paliativos é proporcionar ao doente o excelente controle de sintomas de sua doença, a comunicação adequada de informações sobre a evolução da enfermidade, suas perspectivas de tratamento e a oportunidade de elaborar as dificuldades pessoais de ser portador de doença ameaçadora da vida, em que a possibilidade de morte é tão ameaçadora quanto o curso da doença<sup>5</sup>.

Sendo assim, tendo como base o parâmetro estabelecido pela Câmara Técnica de Cuidados Paliativos do Ministério da Saúde do Brasil, para uma atenção detalhada em pacientes com necessidades de Cuidados Paliativos, uma consulta de retorno em Cuidados Paliativos deve ter duração média de 40 minutos e uma consulta de primeira vez em Cuidados Paliativos deve ter duração média de 1 hora e 20 minutos<sup>5</sup>.

Portanto, para fins de **regulação** da primeira consulta médica ambulatorial em Cuidados Paliativos Oncológicos para pacientes adultos, a marcação deverá ser feita **respeitando-se o período de 1 hora e 20 minutos a partir do horário de início do ambulatório, sendo reservada 1 vaga por cada ambulatório para primeira consulta.**

Em caso de vagas excedentes para primeira consulta, cada serviço deverá comunicar a Central de Regulação até o dia 10 de cada mês para preenchimento das mesmas, respeitando-se sempre a regra acima de 1 hora e 20 minutos para cada consulta.

A marcação dos **retornos ambulatoriais** será de responsabilidade de cada serviço, respeitando-se o intervalo de 40 minutos por consulta. As consultas de retorno deverão ser confirmadas pelo serviço responsável no período de até 7 dias antecedentes à data da consulta, tendo em vista que os paciente em Cuidados Paliativos são frágeis e estão sujeitos a intercorrências com necessidade de internação ou óbito. A confirmação das consultas visa evitar horários vagos nos ambulatórios. Uma vez detectado que o paciente não poderá comparecer à consulta, deve-se encaixar outro em seu lugar, a fim de otimizar o atendimento à população.

Com relação ao **local de seguimento** ambulatorial (HBDF, HAB ou HRT), o ambulatório de Cuidados Paliativos do HRT destina-se a atender os pacientes que já são acompanhados pela Oncologia do HRT. Os demais pacientes poderão ser encaminhados, conforme disponibilidade de vaga, para o HBDF ou para o HAB. Caso ocorram vagas excedentes no

HRT, pode-se marcar os pacientes que residem na Superintendência Sudoeste (Taguatinga, Samambaia, Recanto das Emas e Sudoeste) ou Oeste (Brazlândia e Ceilândia).

O **encaminhamento**, que não necessita de formulário específico, poderá ser realizado por qualquer profissional da equipe assistente, mas preferencialmente pelo médico, e incluir o **motivo do encaminhamento**, com descrição dos sintomas físicos não controlados. Em caso de dor, pode-se classificá-la em leve, moderada ou intensa (de acordo com a Escala Visual ou Verbal Numérica – figura 1). O referido encaminhamento poderá, ainda, incluir a capacidade de mobilidade do paciente ou a avaliação funcional pela Escala de Performance Paliativa - PPS (tabela 1), de modo a facilitar a classificação de prioridade descrita abaixo.

Ressalta-se que pacientes com **dor oncológica** (que preenchem os critérios de inclusão deste protocolo), mesmo que encaminhados para a Clínica da Dor, deverão ser avaliados pelos Cuidados Paliativos, cujas habilidades incluem bom controle de dor. Caso haja necessidade de avaliação da Clínica da Dor, para realização de procedimentos, como bloqueio anestésicos, a mesma será solicitada pela equipe de Cuidados Paliativos.

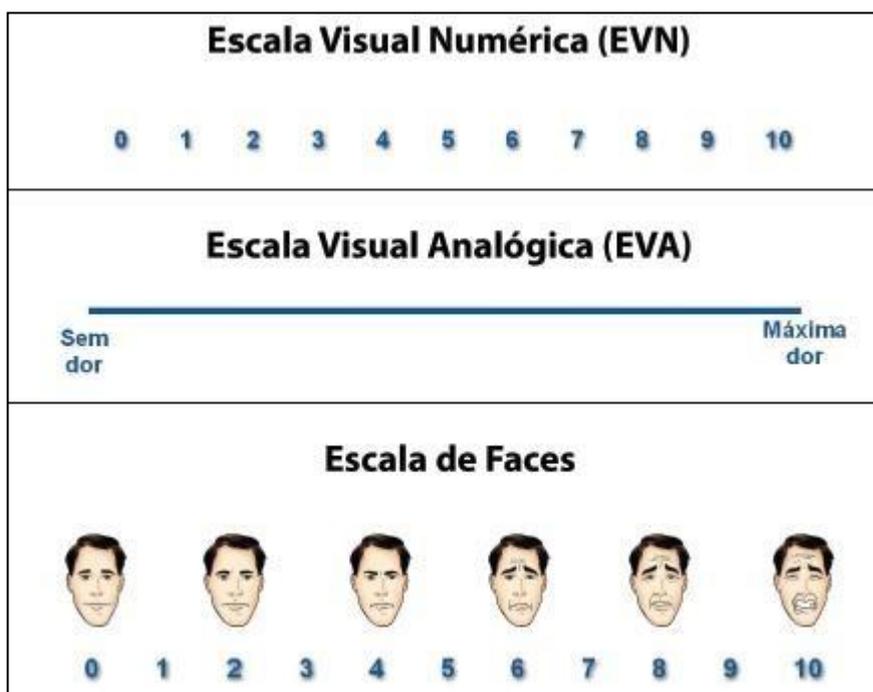


Figura 1: Escalas para avaliação da dor<sup>6,7</sup>.

### Classificação de prioridade para primeira consulta:

- Prioridade 1 – Paciente com dor intensa (Escala Visual ou Verbal Numérica  $\geq 7$ , numa escala de 0 a 10 – figura 1), mesmo após ser medicado pela equipe assistente; ou com outro sintoma de difícil controle pela equipe assistente.
- Prioridade 2 – Paciente com restrição de mobilidade (em cadeira de rodas ou maca) ou com Escala de Performance Paliativa (PPS)  $\leq 40\%$  (tabela 1).
- Prioridade 3 – Paciente com dor leve a moderada (Escala Visual ou Verbal Numérica  $\leq 6$ , numa escala de 0 a 10 – figura 1).
- Prioridade 4 – Paciente em Cuidados Paliativos oncológicos exclusivos (sem possibilidade de tratamento modificador da doença).
- Prioridade 5 – Paciente assintomático ou sem demanda especificada.

Tabela 1: **Escala de Performance Paliativa** (*Palliative Performance Scale*) – PPS.

| %   | Deambulação | Atividade e evidência da doença                                  | Autocuidado           | Ingesta            | Nível da Consciência             |
|-----|-------------|--|-----------------------|--------------------|----------------------------------|
| 100 | Completa    | Atividade normal e trabalho; sem evidência de doença             | Completo              | Normal             | Completa                         |
| 90  | Completa    | Atividade normal e trabalho; alguma evidência de doença          | Completo              | Normal             | Completa                         |
| 80  | Completa    | Atividade normal com esforço; alguma evidência de doença         | Completo              | Normal ou reduzida | Completa                         |
| 70  | Reduzida    | Incapaz para o trabalho; Doença significativa                    | Completo              | Normal ou reduzida | Completa                         |
| 60  | Reduzida    | Incapaz para os hobbies/trabalho doméstico. Doença significativa | Assistência ocasional | Normal ou reduzida | Completa ou períodos de confusão |

|    |   |   |                            |                         |                                      |
|----|---|---|----------------------------|-------------------------|--------------------------------------|
| 50 | Maior parte do tempo sentado ou deitado | Incapacitado para qualquer trabalho. Doença extensa   | Assistência considerável   | Normal ou reduzida      | Completa ou períodos de confusão     |
| 40 | Maior parte do tempo acamado            | Incapaz para a maioria das atividades. Doença extensa | Assistência quase completa | Normal ou reduzida      | Completa ou sonolência. +/- confusão |
| 30 | Totalmente acamado                      | Incapaz para qualquer atividade. Doença extensa       | Dependência completa       | Normal ou reduzida      | Completa ou sonolência. +/- confusão |
| 20 | Totalmente Acamado                      | Incapaz para qualquer atividade. Doença extensa       | Dependência Completa       | Mínima a pequenos goles | Completa ou sonolência. +/- confusão |
| 10 | Totalmente acamado                      | Incapaz para qualquer atividade. Doença extensa       | Dependência completa       | Cuidados com a boca     | Sonolência ou coma. +/- confusão     |
| 0  | Morte                                   | -   | -                          | -                       | -                                    |

Fonte: Maciel MGS. Avaliação do paciente em Cuidados Paliativos. In: Carvalho RT, Parsons HA (Org.). Manual de Cuidados Paliativos ANCP - Ampliado e Atualizado. 2. ed. Academia Nacional de Cuidados Paliativos; 2012. p. 31-41<sup>8</sup>.

### 8.1 Conduta Preventiva

O principal benefício do ambulatório de Cuidados Paliativos é poder acompanhar os pacientes mais precocemente, numa fase em que a doença, apesar de significativa, tem pouco impacto sobre o perfil funcional do doente. Nessa fase, o controle ideal de sintomas e a abordagem psicossocial podem contribuir para a melhoria da qualidade de vida, com possibilidade de ter impacto também sobre a sobrevivência do doente. O acompanhamento ambulatorial deve sempre vislumbrar a possibilidade de agir na prevenção de crises de necessidades<sup>5</sup>.

### 8.2 Tratamento Não Farmacológico

Não se aplica.

### 8.3 Tratamento Farmacológico

Não se aplica.

### **8.3.1 FÁRMACO(S)**

Não se aplica.

### **8.3.2 Esquema de Administração**

Não se aplica.

### **8.3.3 Tempo de Tratamento – Critérios de Interrupção**

Não se aplica.

## **9- Benefícios Esperados**

Estudos mostram que pacientes que são acompanhados por equipes de Cuidados Paliativos necessitam de menor tempo de internação hospitalar e são menos submetidos a medidas invasivas, agressivas e obstinadas para manutenção da vida (distanásia), proporcionando melhor qualidade de vida e de morte (ortotanásia) para os pacientes e seus familiares e redução de custos para os serviços de saúde. Além disso, há evidências de que o cuidado paliativo não só aumenta a qualidade de vida, mas também pode aumentar a sobrevida<sup>9-11</sup>.

## **10- Monitorização**

Não se aplica.

## **11- Acompanhamento Pós-tratamento**

Não se aplica.

## **12- Termo de Esclarecimento e Responsabilidade – TER**

Não se aplica.

## **13- Regulação/Controle/Avaliação pelo Gestor**

Não se aplica.

## **14- Referências Bibliográficas**

1 - Azevedo D, Tommaso ABG, Burlá C, Santos G, Dias LM, Py L, et al. Vamos falar de Cuidados Paliativos. Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia; 2015. 24 p.

2 - Matsumoto DY. Cuidados Paliativos: conceito, fundamentos e princípios. In: Carvalho RT, Parsons HA (Org.). Manual de Cuidados Paliativos ANCP - Ampliado e Atualizado. 2. ed. Academia Nacional de Cuidados Paliativos; 2012. p. 23-30.

- 3 - WHO Definition of Palliative Care [homepage na Internet]. WHO 2017 [acesso em outubro 2017]. Disponível em <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>
- 4 - Cook D, Rocker G. Dying with Dignity in the Intensive Care Unit. *N Engl J Med.* 2014;370:2506-14.
- 5 - Maciel MGS. Organização de serviços de Cuidados Paliativos. In: Carvalho RT, Parsons HA (Org.). *Manual de Cuidados Paliativos ANCP - Ampliado e Atualizado.* 2. ed. Academia Nacional de Cuidados Paliativos; 2012. p. 94-110.
- 6 - Wiermann EG, Diz MPE, Caponero R, Lages PSM, Araujo CZS, Betttega RTC, et al. Consenso brasileiro sobre manejo da dor relacionada ao câncer. *Revista Brasileira de Oncologia Clínica.* Dez 2014;10(38):132-43.
- 7 - National Comprehensive Cancer Network. *NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology: adult cancer pain.* Version 2.2016. NCCN; 2016. 91 p.
- 8 - Maciel MGS. Avaliação do paciente em Cuidados Paliativos. In: Carvalho RT, Parsons HA (Org.). *Manual de Cuidados Paliativos ANCP - Ampliado e Atualizado.* 2. ed. Academia Nacional de Cuidados Paliativos; 2012. p. 31-41.
- 9 - The Economist Intelligence Unit. The 2015 Quality of Death Index Ranking palliative care across the world. *The Economist;* 2015. 71 p.
- 10 - Temel JS<sup>1</sup>, Greer JA, Muzikansky A, Gallagher ER, Admane S, Jackson VA, et al. Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer. *N Engl J Med.* 2010 Aug 19;363(8):733-42.
- 11 - Braus N, Campbell TC, Kwekkeboom KL, Ferguson S, Harvey C, Krupp AE, et al. Prospective study of a proactive palliative care rounding intervention in a medical ICU. *Intensive Care Med.* 2016 Jan;42(1):54-62.