



UNIVERSIDADE FEDERAL DE OURO PRETO

PROGRAMA DE RESIDÊNCIA EM MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE

**PROTOCOLO DE IMPLEMENTAÇÃO DE CUIDADOS PALIATIVOS PARA O
SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR DO MUNICÍPIO DE OURO PRETO -
MG**

MARYANE DE OLIVEIRA SILVA

OURO PRETO

2025

SISBIN - SISTEMA DE BIBLIOTECAS E INFORMAÇÃO

S586p Silva, Maryane De Oliveira.

Protocolo de implementação de cuidados paliativos para o serviço de atenção domiciliar do município de Ouro Preto-MG. [manuscrito] / Maryane De Oliveira Silva. - 2025.

39 f.: il.: color., tab..

Orientador: Esp. Daniel Demétrio Magalhães.

Coorientador: Prof. Me. Gustavo Valadares Labanca Reis.

Produção Científica (Especialização). Universidade Federal de Ouro Preto. Escola de Medicina.

1. Cuidados Paliativos. 2. Serviços de Assistência Domiciliar. 3. Qualidade de Vida. 4. Acessibilidade aos Serviços de Saúde. 5. Protocolos Clínicos. I. Magalhães, Daniel Demétrio. II. Reis, Gustavo Valadares Labanca. III. Universidade Federal de Ouro Preto. IV. Título.

CDU 614.253

Bibliotecário(a) Responsável: Angela Maria Raimundo - SIAPE: 1.644.803

Sumário

1. Introdução.....	2
2. Objetivos do protocolo.....	3
3. Critérios de elegibilidade.....	3
4. Critérios de exclusão.....	4
5. Atribuições dos profissionais da equipe multiprofissional.....	4
5.1. Atribuições gerais das equipes.....	4
5.2. Atribuições específicas de cada profissional.....	6
6. Escalas de triagem.....	10
6.1. Supportive and Palliative Care Indicators Tool - SPICT-BRTM.....	10
6.2. Necesidades Paliativas - Identificación y Atención Integral - Integrada de Personas con Enfermedades Crónicas Avanzadas en Servicios de Salud y Sociales (NECPAL CCOMS-ICO®).....	12
7. Avaliação do paciente e ingresso no acompanhamento pelo SAD.....	15
8. Organização das visitas domiciliares.....	17
8.1. Primeira visita domiciliar.....	17
8.2. Demais visitas.....	17
9. Principais escalas e ferramentas de avaliação em cuidados paliativos e seu uso cotidiano.....	18
9.1. Avaliação da funcionalidade.....	18
9.2. Avaliação de sinais e sintomas.....	20
9.2.1. Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton (ESAS).....	20
9.2.2. Escala Verbal Numérica de dor.....	21
9.2.3. Escala Visual Analógica (EVA).....	22
9.2.4. Escalas Multidimensionais de Dor.....	22
9.2.5. Escala de Zarit Reduzida.....	23
9.3. Abordagem da espiritualidade.....	24
10. Recursos necessários.....	25
10.1. Medicamentos utilizados em Cuidados Paliativos de acordo com a indicação.....	26
10.1.1. Analgesia.....	26
10.1.2. Náuseas.....	28
10.1.3. Dispneia.....	28
10.1.4. Constipação.....	29
10.1.5. Diarreia.....	29
10.1.6. Soluços.....	30
10.1.7. Tosse.....	30
10.1.8. Broncorreia.....	30
10.1.9. Prurido.....	31
10.1.10. Delirium.....	31

10.1.11. Obstrução intestinal maligna sem indicação cirúrgica.....	32
10.2. Procedimentos e insumos.....	32
10.3. Maleta de Atendimento Paliativo Domiciliar.....	34
Referências.....	36

1. Introdução

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define os Cuidados Paliativos (CP) como uma abordagem holística e humanizada para melhorar a qualidade de vida de pacientes com doenças ameaçadoras da vida, buscando prevenir e aliviar o sofrimento em suas dimensões físicas, psicossociais e espirituais. Com o aumento das doenças crônicas e da expectativa de vida, a OMS recomenda a ampliação do acesso aos CP, considerando-os um direito humano fundamental (Davies; Higginson; World Health Organization, 2004; World Health Organization, 2023).

No Brasil, apesar dos desafios, os Cuidados Paliativos tem avançado com o surgimento de novos serviços ao longo dos anos e tende a ser impulsionado com a criação da Política Nacional de Cuidados Paliativos (PNCP) em 2024. A PNCP busca promover práticas humanizadas, com a formação de equipes multiprofissionais e a integração dos CP em toda a Rede de Atenção à Saúde, incluindo a Atenção Domiciliar (AD) (BRASIL, 2024; Guirro *et al.*, 2023).

A Atenção Domiciliar garante a continuidade do cuidado em domicílio e abrange prevenção e promoção em saúde, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos. É organizada em três modalidades: AD1, AD2 e AD3, que classificam os pacientes de acordo com a complexidade do cuidado multiprofissional, periodicidade indicada das visitas e uso de equipamentos. O cuidado dos pacientes definidos como AD1 é responsabilidade das equipes de Atenção Primária à Saúde (APS), e os demais são dos Serviços de Atenção Domiciliar (SAD) (Brasil, 2016).

Os Serviços de Atenção Domiciliar são formados por Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) e Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP). As EMAD devem contar, no mínimo, com um médico, um enfermeiro, um fisioterapeuta ou assistente social e dois técnicos de enfermagem. Já as EMAP devem ser compostas por pelo menos três profissionais de nível superior, que podem incluir assistente social, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista, odontólogo, psicólogo, farmacêutico ou terapeuta ocupacional (Brasil, 2016).

Essas equipes oferecem cuidados complementares aos prestados na Atenção Primária à Saúde (APS) e nos serviços de urgência, com o objetivo de reduzir a demanda hospitalar e o tempo de internação dos pacientes. Além disso,

buscam promover maior autonomia dos usuários, humanizar o cuidado, incentivar a desinstitucionalização e otimizar os recursos financeiros e estruturais da Rede de Atenção à Saúde (Brasil, 2016).

2. Objetivos do protocolo

Diante do envelhecimento da população e da crescente demanda por Cuidados Paliativos, propõe-se a criação de um protocolo de Cuidados Paliativos para o Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) do Município de Ouro Preto. A fim de:

- Colaborar com a estruturação do serviço, dando enfoque no atendimento de pacientes com necessidades paliativas e na integração dos cuidados em sua totalidade.
- Identificar os critérios de elegibilidade para inclusão dos pacientes nos CP efetuados pelo SAD, bem como, os de exclusão.
- Identificar as ferramentas e escalas mais utilizadas no acompanhamento de pacientes paliativos, segundo a literatura.
- Estabelecer os fluxos de atendimento e a atribuição dos profissionais da EMAD.
- Identificar os medicamentos e insumos de procedimentos mais utilizados e necessários para um cuidado de qualidade.

3. Critérios de elegibilidade

Pacientes domiciliados ou em processo de desospitalização que se enquadrem nos critérios da ferramenta de triagem **SPICT-BR OU NECPAL-BR** e possuam diagnóstico de doenças que ameaçam a continuidade da vida. Para identificar esses pacientes, é fundamental observar os perfis elegíveis para cuidados paliativos, como os descritos abaixo:

- Doença progressiva, incurável e avançada;
- Poucas possibilidades de resposta às terapêuticas curativas ou quando as complicações decorrentes destas forem inaceitáveis;
- Evolução clínica caracterizada pelo surgimento de várias crises de necessidades ou reagudizações recorrentes;
- Prognóstico de vida reservado (estimado em menos de seis meses);

- Ser portador de uma doença progressiva e/ou definidora de mau prognóstico e preferir não ser submetido a tratamento de prolongamento da vida;

4. Critérios de exclusão

Pacientes não podem preencher **nenhum** dos critérios abaixo:

- Idade inferior a 18 anos;
- Ausência de diagnóstico estabelecido;
- Não ter cuidador efetivo;
- Pacientes internados que não estão no processo de desospitalização;
- Recusa do paciente em ser acompanhado pela equipe;

5. Atribuições dos profissionais da equipe multiprofissional

Por possuir uma população superior a 40.000 habitantes, o município de Ouro Preto pode habilitar uma EMAD tipo 1 e uma EMAP. As atribuições gerais das equipes e de cada profissional que compõe o SAD são listadas abaixo.

5.1. Atribuições gerais das equipes

- Acolhimento e compreensão do paciente e da família:
 - Conhecer o paciente, a família e os cuidadores por meio da escuta qualificada.
 - Compreender as famílias em seus limites, possibilidades e contextos socioeconômicos e culturais.
 - Pactuar a concordância da família para o cuidado domiciliar, respeitando seus limites e necessidades.
- Identificação de necessidades e planejamento:
 - Identificar necessidades físicas, sociais, psicológicas, espirituais e culturais do paciente e familiares.
 - Avaliar as condições ambientais do domicílio e propor adequações dentro da realidade.
 - Participar do planejamento terapêutico junto à toda a equipe, paciente e família, considerando prioridades e estratégias de cuidado.

- Monitorar o estado de saúde do paciente, garantindo comunicação eficaz entre equipe e família.
- Acompanhar o paciente conforme o plano de assistência e registrar informações em prontuário.
- Comunicação e suporte:
 - Dominar técnicas de comunicação terapêutica, promover uma comunicação aberta com linguagem clara e adaptada ao contexto.
 - Estar disponível para esclarecimentos e orientações à família. Além de reforçar orientações clínicas e informar sobre sinais de gravidade e condutas a serem adotadas.
 - Desenvolver grupos de suporte para cuidadores e realizar reuniões para planejamento e avaliação da assistência.
 - Dar suporte à família no processo de desligamento após alta ou em casos de óbito.
- Alívio de sintomas e conforto:
 - Garantir o alívio de sintomas decorrentes da doença, dos medicamentos e dos tratamentos.
 - Zelar pela manutenção da higiene corporal, oral e conforto do paciente.
 - Atuar para melhorar a qualidade de vida do paciente e reduzir seu sofrimento.
- Promoção de assistência integral e resolutive:
 - Buscar garantir uma assistência integral, resolutive e livre de danos.
 - Trabalhar as relações familiares para criar um ambiente terapêutico que favoreça a qualidade de vida do paciente e cuidadores.
- Encaminhamentos e suporte especializado:
 - Solicitar avaliação da equipe de urgência ou realizar encaminhamentos, quando necessário.

5.2. Atribuições específicas de cada profissional

Médico

- Eleger o paciente para os cuidados paliativos.
- Avaliar o indivíduo de modo integral e, sistematicamente, os sinais e sintomas.
- Realizar diagnósticos clínicos.
- Solicitar exames complementares, quando necessário.
- Propor tratamentos e emitir prescrição medicamentosa.
- Indicar internação hospitalar.
- Auxiliar no processo de desospitalização.
- Promover e participar de avaliações periódicas do plano de acompanhamento.
- Verificar e atestar o óbito.

Enfermeiro

- Avaliar o indivíduo de modo integral e, sistematicamente, os sinais e sintomas.
- Avaliar as condições e infra-estrutura física do domicílio para a modalidade de AD requerida.
- Propor e realizar cuidados.
- Identificar e treinar o cuidador domiciliar.
- Supervisionar e gerenciar o trabalho dos técnicos de enfermagem.
- Solicitar exames complementares, prescrever/transcrever medicações, conforme protocolos estabelecidos nos programas do Ministério da Saúde, protocolos municipais e as disposições legais da profissão.
- Realizar procedimentos de enfermagem que requeiram maior complexidade técnica.
- Orientar como separar, armazenar e destinar o lixo gerado no cuidado do usuário (separação, armazenamento e coleta).
- Comunicar à equipe de saúde as alterações observadas e avaliar periodicamente o desempenho da equipe de enfermagem na prestação do cuidado.

Técnico de enfermagem

- Auxiliar no treinamento do cuidador domiciliar.
- Acompanhar a evolução dos casos e comunicar a equipe às alterações observadas.
- Identificar sinais de gravidade e comunicar aos demais membros da EMAD.
- Administrar medicamentos prescritos pelo médico por via oral e parenteral;
- Realizar curativos e demais procedimentos de enfermagem dentro de suas competências técnicas e legais.
- Orientar como separar, armazenar e destinar o lixo gerado no cuidado do usuário (separação, armazenamento e coleta).

Assistente Social

- Avaliar as condições sociais do doente e familiares, emitindo parecer social e elaborando diagnóstico do impacto sócio-econômico do cuidado.
- Acompanhar as famílias e/ou usuários que apresentem riscos sociais ou decorrentes do cuidado.
- Conhecer a Rede de Atenção à Saúde e a rede do Sistema Único de Assistência Social para orientar e encaminhar as famílias ou responsáveis para os recursos sociais e benefícios previdenciários, quando necessário.
- Estabelecer parcerias para suprir as demandas do paciente.
- Viabilizar redes de apoio para atendimento das demandas dos doentes que não dispõem de familiares.
- Desenvolver propostas de atendimento em grupo para familiares de doentes em acompanhamento.
- Promover informações e orientações legais, burocráticas e de direitos, imprescindíveis ao cuidado do paciente para garantia de morte digna.

Fisioterapeuta

- Promover, aperfeiçoar ou adaptar as condições físicas do indivíduo, numa relação terapêutica que envolve o paciente, o terapeuta, a família, recursos físicos e naturais, o seu meio ambiente, social e espiritual;
- Elaborar um programa de tratamento de acordo com o grau de dependência e progressão do paciente;

- Facilitar o manejo e as transferências dos pacientes, oferecendo segurança e conforto ao paciente e aos seus cuidadores;
- Adaptar espaço físico e capacitar cuidador.

Nutricionista

- Compreender o estado nutricional necessário em todos os estágios da doença.
- Estabelecer estratégia terapêutica com objetivo de manter hidratação satisfatória, preservar o peso e composição corporal.
- Possibilitar meios e vias de alimentação, com o objetivo de reduzir os efeitos adversos provocados pelos tratamentos, retardando a síndrome anorexia-caquexia e ressignificando o alimento.
- Utilizar a alimentação como fonte de prazer e conforto, quando possível.
- Auxiliar no controle de sinais e sintomas.

Fonoaudiólogo

- Manter deglutição segura e possível por via oral;
- Estabelecer via de alimentação alternativa na impossibilidade de dieta por via oral;
- Estabelecer e viabilizar uma via de comunicação suplementar alternativa.

Terapeuta Ocupacional

- Avaliar as condições clínicas do doente e emitir um diagnóstico Terapêutico Ocupacional.
- Elaborar, com base no diagnóstico, um plano de cuidado para promover estímulos sensoriais e cognitivos para enriquecimento do cotidiano;
- Adaptar e treinar Atividades de Vida Diárias (AVDs) para autonomia e independência;
- Executar adaptações do espaço físico, mobiliário e utensílios, quando necessário.
- Desenvolver atividades de grupo para os familiares e cuidadores.
- Criar possibilidades de comunicação, expressão e exercício da criatividade;

- Criar espaços de convivência e interação, pautados nas potencialidades do sujeito.

Psicólogo

- Avaliar o paciente e seus familiares quanto às necessidades emocionais e psicológicas no contexto de cuidados paliativos.
- Realizar intervenções psicoterapêuticas individuais e/ou familiares.
- Apoiar o paciente na elaboração do processo de adoecimento, finitude e morte.
- Oferecer suporte emocional aos familiares, inclusive no processo de luto antecipatório e posterior ao óbito.
- Facilitar a comunicação entre paciente, família e equipe multiprofissional.
- Contribuir para a construção e atualização do Plano Terapêutico Singular (PTS).
- Promover a adaptação familiar às mudanças impostas pela doença e cuidados no domicílio.
- Atuar na prevenção de sofrimento psíquico, depressão e ansiedade relacionados à terminalidade.
- Participar das discussões de caso com foco na integralidade do cuidado e promoção da qualidade de vida.

Farmacêutico

- Avaliar as prescrições, minimizando reações adversas;
- Evitar polifarmácia e regimes terapêuticos complexos;
- Detectar e/ou prevenir problemas relacionados aos medicamentos e interações medicamentosas;
- Auxiliar na decisão terapêutica e planejamento do tratamento.

6. Escalas de triagem

6.1. *Supportive and Palliative Care Indicators Tool - SPICT-BR™*

O SPICT-BR™ é uma ferramenta destinada a identificar pacientes com doenças avançadas em risco de deterioração e morte, incentivando cuidados paliativos precoces e integrados. Ele utiliza indicadores gerais e específicos para condições como doenças cardiovasculares, respiratórias, neurológicas e demenciais, permitindo uma avaliação holística das necessidades dos pacientes e facilitando o planejamento antecipado de cuidados. Embora não seja prognóstico, estudos indicam que dois ou mais indicadores gerais aumentam o risco de óbito em 12 meses. Após sua aplicação, recomenda-se revisar ou atualizar o plano de cuidados, promovendo decisões compartilhadas e integração da equipe multiprofissional.

Figura 1 - Instrumento Supportive and Palliative Care Indicators Tool (SPICT-BR™)



THE UNIVERSITY
of EDINBURGH

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



NHS
Lothian

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

Procure por indicadores gerais de piora da saúde.

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

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

Câncer	Doença cardiovascular	Doença renal
Capacidade funcional em declínio devido a progressão do câncer.	Classe funcional III/IV de NYHA- insuficiência cardíaca ou doença coronariana extensa e intratável com:	Estágios 4 e 5 de doença renal crônica (TFG < 30ml/mi) com piora clínica.
Estado físico muito debilitado para tratamento do câncer ou tratamento para controle dos sintomas.	• falta de ar ou dor precordial em repouso ou aos mínimos esforços.	Insuficiência renal complicando outras condições limitantes ou tratamentos.
Demência/ fragilidade	Doença vascular periférica grave e inoperável.	Decisão de suspender a diálise devido à piora clínica ou intolerância ao tratamento.
Incapaz de vestir-se, caminhar ou comer sem ajuda.	Doença respiratória	Doença hepática
Redução da ingestão de alimentos e líquidos e dificuldades na deglutição.	Doença respiratória crônica grave com:	Cirrose avançada com uma ou mais complicações no último ano:
Incontinência urinária e fecal.	• falta de ar em repouso ou aos mínimos esforços entre as exacerbações.	• Ascite resistente a diuréticos • Encefalopatia hepática • Síndrome hepatorenal • Peritonite bacteriana • Sangramentos recorrentes de varizes esofágicas
Episódios frequentes de febre ou infecções; pneumonia aspirativa.	Necessidade de oxigênio terapia por longo prazo.	Transplante hepático é contraindicado.
Doença neurológica	Já precisou de ventilação para insuficiência respiratória ou ventilação é contraindicada.	
Deterioração progressiva da capacidade física e/ou da função cognitiva mesmo com terapia otimizada.	Deterioração e sob o risco de morrer de qualquer outra condição ou complicação que não seja reversível.	
Problemas da fala com dificuldade progressiva de comunicação e/ou deglutição.	Revisar o cuidado atual e planejar o cuidado para o futuro.	
Pneumonia aspirativa recorrente; falta de ar ou insuficiência respiratória.	▪ Reavaliar o tratamento atual e medicação para que o paciente receba o cuidado otimizado. ▪ Considere o encaminhamento para avaliação de um especialista se os sintomas ou necessidades forem complexos e difíceis de manejar. ▪ Acordar sobre objetivos do cuidado atual e futuro e planejar o cuidado com a pessoa e sua família. ▪ Planejar com antecedência caso a pessoa esteja em risco de perda cognitiva. ▪ Registre em prontuário, comunique e coordene o plano geral de cuidados.	

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

SPICT™, abril 2016

Fonte: adaptado de Corrêa (2016).

6.2. Necesidades Paliativas - Identificación y Atención Integral - Integrada de Personas con Enfermedades Crónicas Avanzadas en Servicios de Salud y Sociales (NECPAL CCOMS-ICO®)

A ferramenta NECPAL CCOMS-ICO® foi criada com o objetivo de identificar pacientes com doenças crônicas avançadas que necessitam de cuidados paliativos. Foi validada para uso em diversos contextos e projetada para ser aplicada em ambientes diversos de saúde, como atenção primária, hospitais e serviços especializados. Ela combina avaliações subjetivas, como a "pergunta surpresa", com indicadores clínicos de progressão da doença, comorbidades, aspectos emocionais e uso de recursos, permitindo a identificação precoce de pacientes em risco. Sua versão validada para uso no Brasil chama-se NECPAL-BR.

Quadro 1 - Instrumento NECPAL-BR

Necessidades paliativas			
Instrumento para identificação de pessoas em situação de doença avançada e/ou terminais e necessidade de atenção paliativa para uso em serviços de saúde e sociais			
Pergunta surpresa	Você ficaria surpreso se este paciente morresse ao longo do próximo ano?		()Sim ()Não
Demanda ou necessidade	Demanda: tem havido alguma manifestação explícita ou implícita, de limitação de esforço terapêutico ou pedido de atenção paliativa por parte do(a) paciente, sua família ou membros da equipe?		()Sim ()Não
	Necessidade: identificada por profissionais da equipe de saúde		()Sim ()Não
Indicadores clínicos gerais nos últimos 6 meses: - Graves, persistentes, progressivos, não relacionados com processo intercorrente recente - Combinar gravidade COM progressão	Declínio nutricional	Perda de peso >10%	()Sim ()Não
	Declínio funcional	- Piora do Karnofsky ou Barthel >30% - Perda de mais que duas ABVDs	()Sim ()Não
	Declínio cognitivo	Perda ≥5 Mini Mental ou ≥3 Pfeiffer	()Sim ()Não
Dependência grave	Karnofsky <50 ou Barthel <20		()Sim ()Não
Síndromes geriátricas	- Lesão por pressão - Infecções de repetição - Delirium - Disfagia - Quedas	Dados clínicos da anamnese ≥2 recorrentes ou persistentes	()Sim ()Não

Sintomas persistentes	Dor, cansaço, náusea, depressão, ansiedade, sonolência, inapetência, mal-estar, dispneia e insônia	≥2 sintomas (ESAS) recorrentes ou persistentes	()Sim ()Não
Aspectos psicossociais	Sofrimento emocional ou transtorno adaptativo grave	Deteção do Mal-Estar Emocional >9	()Sim ()Não
	Vulnerabilidade social grave	Avaliação social e familiar	()Sim ()Não
Multimorbidade	≥2 doenças ou condições crônicas avançadas (da lista de indicadores específicos na quadro 2)		()Sim ()Não
Uso de recursos	Avaliação da demanda ou intensidade de intervenções	- Mais que duas admissões urgentes (não programadas) em 6 meses - Aumento da demanda ou intensidade das intervenções (cuidado domiciliar e intervenções de enfermagem)	()Sim ()Não
Indicadores específicos	Câncer, DPOC, ICC, insuficiência hepática, insuficiência renal, AVC, demência, doenças neurodegenerativas, AIDS e outras doenças avançadas	No quadro 2: avaliação dos critérios de gravidade e progressão.	()Sim ()Não

Fonte: Adaptado de Santana et al. (2020).

Legenda: ABVD: atividades básicas de vida diária; ESAS: Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton; DPOC: doença pulmonar obstrutiva crônica; ICC: insuficiência cardíaca congestiva; AVC: acidente vascular cerebral.

Quadro 2 - Indicadores específicos de doença avançada e critérios de gravidade do NECPAL-BR

Critérios NECPAL de gravidade / progressão / doença avançada (1)(2)(3)(4)	
Doença Oncológica	- Câncer metastático ou loco regional avançado - Em progressão em tumores sólidos - Sintomas persistentes, mal controlados ou refratários, apesar da otimização do tratamento específico
Doença Pulmonar Crônica	- Dispneia em repouso ou aos mínimos esforços entre as descompensações - Restrito ao domicílio com limitação de marcha - Critérios espirométricos de obstrução grave (VEMS <30%) ou critérios de déficit restritivo grave (CVF <40%/DLCO <40%) - Critérios gasométricos basais de oxigenoterapia domiciliar continuada - Necessidade de corticoterapia contínua - Insuficiência cardíaca sintomática associada
Doença cardíaca crônica	- Dispneia em repouso ou aos mínimos esforços entre as descompensações - Insuficiência cardíaca NYHA classes III ou IV, doença valvar grave não cirúrgica ou doença coronariana não revascularizável - Ecocardiograma basal: FE <30% ou HAP grave (PSAP >60) - Insuficiência renal associada (TFG <60mL/min/1,73m2)

	- Associação com insuficiência renal e hiponatremia persistente
Demência	- GDS ≥ 6 c - Progressão do declínio cognitivo, funcional e/ou nutricional
Fragilidade	- Índice de Fragilidade do CSHA $\geq 0,5$ - Avaliação geriátrica integral sugestiva de fragilidade avançada
Doença neurológica vascular (AVC)	- Durante a fase aguda e subaguda (<3 meses pós-AVC): estado vegetativo persistente ou de mínima consciência >3 dias - Durante a fase crônica (>3 meses pós-AVC): complicações médicas repetidas (ou demência com critérios de gravidade pós-AVC)
Doenças neurológicas degenerativas: ELA, esclerose múltipla e Parkinson	- Piora progressiva da função física e/ou cognitiva - Sintomas complexos e de difícil controle - Disfagia persistente - Transtorno persistente da fala - Dificuldades crescentes de comunicação - Pneumonia recorrente por aspiração, dispneia ou insuficiência respiratória
Doença Hepática Crônica	- Cirrose avançada estágio Child C (determinado com o paciente fora de complicações ou já as tendo tratado e otimizado o tratamento), MELD-Na >30 ou ascite refratária, síndrome hepatorenal ou hemorragia digestiva alta por hipertensão portal persistente apesar de otimização do tratamento - Carcinoma hepatocelular presente, em estágio C ou D
Doença Renal Crônica Grave	- Insuficiência renal grave (TFG <15 mL/minuto) em pacientes que não são candidatos ou que recusam tratamento substitutivo e/ou transplante - Finalização da diálise ou falha no transplante
Observações: (1) Usar instrumentos validados de gravidade e/ou prognóstico em função da experiência e evidência; (2) Em todos os casos, avaliar também o sofrimento emocional ou impacto funcional graves em pacientes (e/ou impacto na família) como critério de necessidades paliativas; (3) Em todos os casos, avaliar dilemas éticos na tomada de decisões; (4) Avaliar sempre a combinação de multimorbidades.	

Fonte: Adaptado de Santana et al. (2020).

Legenda: VEMS: volume expiratório máximo em 1 segundo; CVF: capacidade vital forçada; DLCO: capacidade de difusão do monóxido de carbono; NYHA: New York Heart Association; FE: fração de ejeção; HAP: hipertensão arterial pulmonar; PSAP: pressão sistólica da artéria pulmonar; TFG: taxa de filtração glomerular; GDS: Escala de Depressão Geriátrica; CSHA: Canadian Study of Health and Aging; AVC: acidente vascular cerebral; ELA: esclerose lateral amiotrófica; MELD-Na: Model for End-Stage Liver Disease-Sodium.

Quadro 3 - Classificação do NECPAL-BR

Classificação	
Pergunta surpresa	Pergunta surpresa + (não me surpreenderia) Pergunta surpresa – (me surpreenderia)
Parâmetros NECPAL	NECPAL + (de 1 a 13 respostas “sim”) NECPAL – (nenhum parâmetro assinalado)
Codificação e registro	Propor codificação como Paciente com Cronicidade Avançada se pergunta surpresa + e NECPAL +

Fonte: Adaptado de Santana et al. (2020).

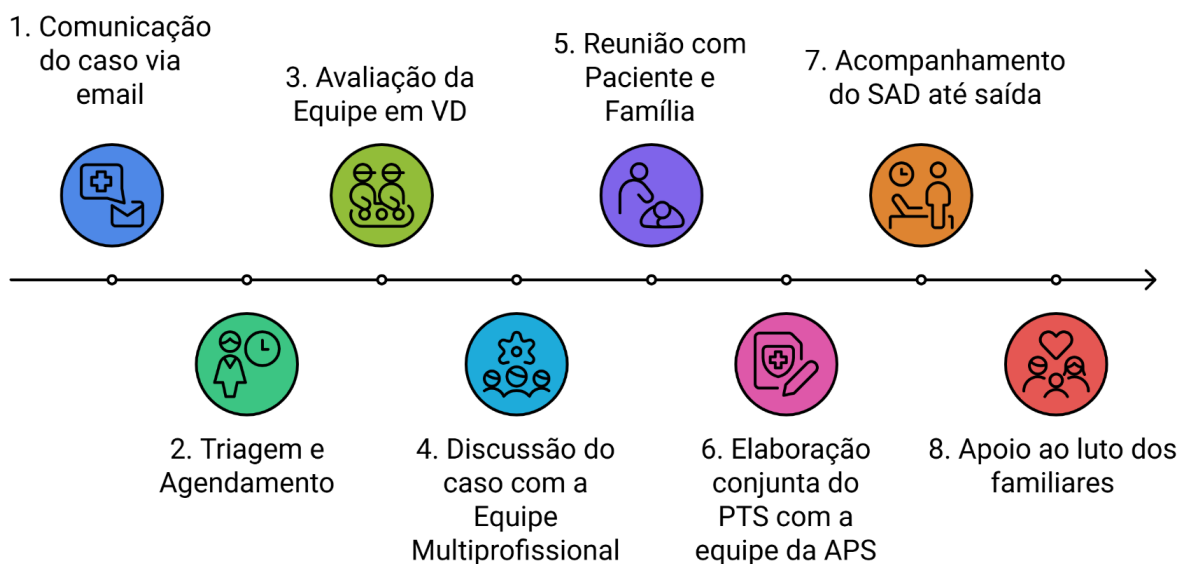
7. Avaliação do paciente e ingresso no acompanhamento pelo SAD

Os passos a seguir descrevem como se dará o início, o acompanhamento e o encerramento do seguimento do paciente realizado pelo SAD:

- A solicitação de avaliação e possível acompanhamento pelo SAD deverá ser realizada via e-mail pela equipe da APS ou pela equipe hospitalar. O encaminhamento deve conter informações clínicas relevantes e a justificativa para a elegibilidade do paciente, incluindo, quando aplicável, os critérios que o tornam elegível para cuidados paliativos.
- A triagem dos pacientes será realizada pelo enfermeiro da equipe do SAD com base nas informações clínicas encaminhadas por e-mail pelas equipes solicitantes. Caso necessário, o enfermeiro poderá entrar em contato com a equipe de origem para solicitar dados complementares.
- Com base nessas informações, o enfermeiro realizará a triagem inicial para verificar se o paciente atende aos critérios para acompanhamento domiciliar. Em seguida, aplicará uma das escalas de triagem paliativa (SPICT-BR ou NECPAL-BR) para avaliar a elegibilidade para cuidados paliativos.
- A ordem das visitas será definida pelo enfermeiro, considerando os critérios clínicos e os resultados das escalas aplicadas. O enfermeiro deverá responder ao e-mail de encaminhamento no prazo máximo de 48 horas após o recebimento.
- Confirmada a elegibilidade do paciente, será agendada a primeira visita domiciliar, que deverá contar com a presença do enfermeiro e/ou do médico da equipe.
- Após a visita, será realizada uma reunião com a equipe multiprofissional do SAD para discussão do caso.
- Em seguida, a equipe do SAD realizará uma reunião com paciente e família para identificar seus valores, crenças, desejos e expectativas.
- O Plano Terapêutico Singular será elaborado pela equipe do SAD em conjunto com a equipe da APS, com a participação do paciente e seus familiares. Caso necessário, o plano será ajustado conforme as necessidades identificadas. O SAD promoverá reuniões periódicas com a equipe da APS para alinhamento e revisão conjunta do plano de cuidados.

- O PTS será compartilhado com todos os profissionais envolvidos no cuidado, a fim de garantir uma abordagem integrada e centrada nas necessidades do paciente. Recomenda-se que o paciente ou cuidador mantenha, em domicílio, uma cópia do prontuário com relatório clínico atualizado, para favorecer a continuidade e segurança do cuidado em situações de intercorrência.
- O acompanhamento do paciente pela equipe do SAD seguirá a frequência definida no PTS, sendo mantido até o desfecho, que pode ocorrer por óbito ou alta do serviço.
- A alta será considerada quando houver escore elevado no PPS com bom controle de sintomas, adaptação aos dispositivos e/ou cuidadores devidamente capacitados para a continuidade do cuidado domiciliar.
- A visita pós-óbito deverá ocorrer em até 30 dias após o falecimento do paciente, com o objetivo de acolher, escutar e identificar possíveis problemas surgidos no período, como desorganização emocional ou social e luto complicado. Caso necessário, serão feitos encaminhamentos aos serviços adequados para o cuidado do familiar.

Figura 2 - Fluxograma de avaliação e acompanhamento de pacientes do SAD



Fonte: autoria própria.

8. Organização das visitas domiciliares

8.1. Primeira visita domiciliar

Será realizada pela equipe do SAD tendo que ter a presença do médico(a) e/ou enfermeiro(a) da equipe. Com o objetivo de conhecer o paciente, sua família e coletar informações de seu quadro para acurácia diagnóstica e prognóstica, sendo importante conter os pontos abaixo:

- Informar-se sobre as comorbidades do paciente, seu histórico de saúde, terapêutica prévia e atual e qual a equipe que o assiste (incluindo como contatá-los).
- Avaliar a vulnerabilidade social e a rede de suporte familiar.
- Avaliar a funcionalidade e prognóstico utilizando as escalas PPS, se paciente oncológico utilizar KPS e PPI.
- Avaliar os sintomas usando a escala ESAS.
- Avaliar a sobrecarga do cuidador utilizando a escala de ZARIT.

8.2. Demais visitas

Idealmente, as demais visitas deveriam ser semanais, mas serão programadas a partir do PTS confeccionado para o paciente, sendo importante:

- Reavaliar o PPS/KPS para verificar se houve mudanças.
- Refazer a escala ESAS para acompanhar longitudinalmente o controle dos sintomas do paciente.
- Avaliar se houve mudanças em relação a sobrecarga do cuidador.
- Fazer relatório com os planos de cuidado do paciente para ser entregue a família, podendo usar as divisões de cuidados paliativos (complementar, predominante ou exclusivo) ou deixando detalhado o que foi pactuado e as intervenções aceitas.

9. Principais escalas e ferramentas de avaliação em cuidados paliativos e seu uso cotidiano

9.1. Avaliação da funcionalidade

9.1.1. Karnofsky Performance Status (KPS)

É uma escala percentual utilizada para avaliar a funcionalidade do paciente, classificando-o quanto à capacidade de realizar atividades diárias, autocuidado e à necessidade de cuidados médicos frequentes devido à progressão da doença. Composta por 11 categorias, pontuadas de 0% (morte) a 100% (funcionalidade plena), a escala está diretamente associada ao prognóstico em oncologia e permite comparar a eficácia de diferentes terapêuticas. Pacientes com pontuações mais baixas apresentam maior toxicidade ao tratamento e menor sobrevida, sendo que um KPS inferior a 50% em cuidados paliativos indica sobrevivência inferior a oito semanas. Em 2024 foi validada e adaptada para o Brasil na versão KPS-BR.

Quadro 4 - Escala de Performance de Karnofsky (KPS-BR) na versão em português do Brasil

100%	Normal, sem queixas, sem evidências de doença.
90%	Capaz de fazer atividades habituais; mínimos sinais e sintomas da doença.
80%	Capaz de fazer atividades habituais com esforço; alguns sinais e sintomas da doença.
70%	Capaz de cuidar de si mesmo. Incapaz de fazer atividades habituais ou trabalho ativo.
60%	Necessita de assistência ocasional, mas é capaz de cuidar de suas necessidades.
50%	Necessita de assistência considerável e cuidados médicos frequentes
40%	Incapaz; precisa de cuidados especiais e assistência.
30%	Gravemente incapacitado, cuidados institucionais, hospitalares ou equivalentes são indicados, embora a morte não seja iminente.
20%	Gravemente doente, cuidados institucionais, hospitalares ou equivalentes são indicados, necessidade de tratamento com suporte ativo.
10%	Morrendo, processo de morte progredindo rapidamente.
0%	Morte

Fonte: Adaptado de Ferreira et al. (2024).

9.1.2. Palliative Performance Scale (PPS)

A PPS, derivada da KPS, é uma ferramenta que avalia a funcionalidade do paciente considerando itens como deambulação, atividades diárias, evidência de doença,

autocuidado, ingestão alimentar e nível de consciência. Sua aplicação é versátil, podendo ser utilizada em diversos cenários de assistência paliativa, como domicílio, ambulatório ou hospital. É recomendável que sua utilização seja incorporada como um procedimento de rotina pelas equipes de saúde, sendo repetida a cada avaliação do paciente para monitoramento contínuo de sua condição.

Quadro 5 - Quadro com a ferramenta Palliative Performance Scale (PPS)

%	Deambulação	Atividade e evidência de doença	Autocuidado	Ingestão	Nível de Consciência
100	Completa	Normal; sem evidência de doença	Completo	Normal	Completa
90	Completa	Normal; sem 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	Incapacidade para qualquer trabalho; doença extensa	Assistência ocasional	Normal ou reduzida	Períodos de confusão ou completa
50	Sentado ou deitado	Idem	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	-	-	-	-

Fonte: Adaptado de Victoria Hospice Society (2001).

9.1.3. Palliative Prognostic Index (PPI)

É uma ferramenta utilizada para estimar a sobrevida de pacientes com câncer avançado em cuidados paliativos, especialmente quando não há mais indicação de quimioterapia, radioterapia, hormonioterapia, imunoterapia ou outras terapias

específicas para tratar a neoplasia. Baseado no PPS e em sinais e sintomas clínicos, o PPI é uma escala simples que auxilia na tomada de decisões ao estimar a sobrevida mediana a partir de informações clínicas, dispensando exames complementares de alta complexidade.

Tabela 1 - Palliative Prognostic Index (PPI)

Parâmetro	Valor parcial da pontuação
PPS	
10 a 20	4,0
30 a 50	2,5
≥ 60	0
Ingesta oral	
Bastante reduzida	2,5
Moderadamente reduzida	1
Preservada/normal	0
Presença de edema (pontua se presente)	1
Dispneia em repouso (pontua se presente)	3,5
Delirium (pontua se presente)	4
Interpretação	
PPI Score	Sobrevida média estimada
PPI Score < 4.0	> 6 semanas
4.0 < PPI Score ≤ 6.0	< 6 semanas
PPI Score ≥ 6.0	< semanas

Fonte: adaptado de Morita *et al.*, 1999.

9.2. Avaliação de sinais e sintomas

Recomenda-se usar escalas para registro de acompanhamento dinâmico e longitudinal.

9.2.1. Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton (ESAS)

A escala ESAS é usada para avaliar a intensidade dos sintomas em pacientes, ela permite uma análise longitudinal do paciente a partir das verificações a cada encontro. Trata-se de uma escala numérica onde o paciente classifica seus sintomas de 0 (ausência) a 10 (intensidade máxima). Escores de 1 a 3 indicam sintomas leves; de 4 a 7, moderados; e acima de 7, intensos.

Quadro 6 - Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton (ESAS)

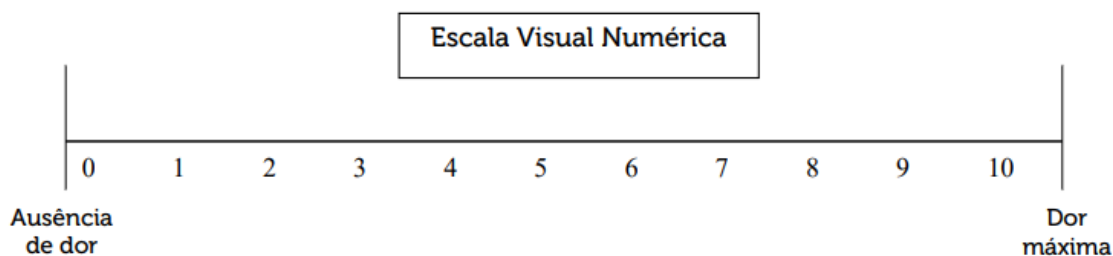
Avaliação dos sintomas		
Por favor circule o nº que melhor descreve a intensidade dos seguintes sintomas neste momento. (Também se pode perguntar a média durante as últimas 24 horas)		
Sem dor	0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10	Pior dor possível
Sem cansaço	0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10	Pior cansaço possível
Sem náusea	0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10	Pior náusea possível
Sem 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	0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10	Pior sensação de bem-estar possível
Melhor sono	0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10	Pior sono possível
Outros problemas	0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10	

Fonte: adaptado de Carvalho; Parsons, 2012.

9.2.2. Escala Verbal Numérica de dor

Escala Verbal Numérica: propõe a classificação verbal da dor em notas que variam de 0 a 10, de acordo com a intensidade da sensação, podendo ser representada visualmente (FIG 3).

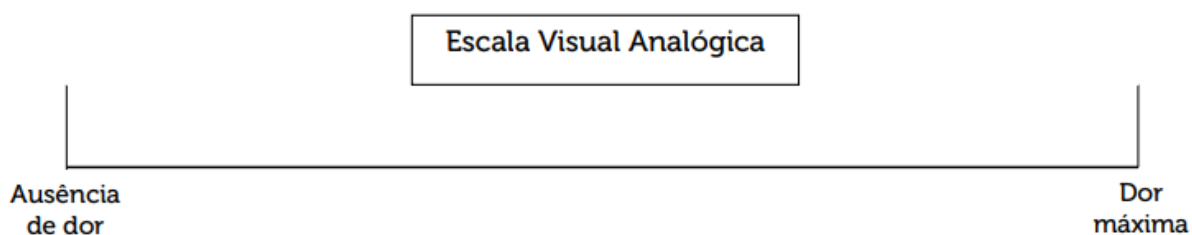
- 0 = Ausência de dor;
- 1 a 3 = Dor de fraca intensidade;
- 4 a 6 = Dor de intensidade moderada;
- 7 a 9 = Dor de forte intensidade;
- 10 = Dor de intensidade insuportável

Figura 3 - Escala Visual Numérica

Fonte: adaptado de Oliveira e Sampaio, 2022.

9.2.3. Escala Visual Analógica (EVA)

A EVA é um instrumento de avaliação da intensidade da dor amplamente utilizado devido à sua sensibilidade, simplicidade, reprodutibilidade e caráter universal. Consiste em uma linha reta de 10 cm, na qual um extremo indica "ausência de dor" e o outro, "dor insuportável". O paciente marca o ponto que melhor reflete a intensidade da sua dor. Ela pode ser qualificada numericamente, sendo a dor classificada como leve (1-3), moderada (4-7) ou severa (8-10). O registro da intensidade da dor deve incluir tanto o momento em que ela ocorre quanto os períodos de alívio ou exacerbação.

Figura 4 - Escala Visual Analógica

Fonte: adaptado de Oliveira e Sampaio, 2022.

9.2.4. Escalas Multidimensionais de Dor

Avaliam a intensidade da dor, mas também outros aspectos da experiência dolorosa, como a dimensão afetiva da dor, impacto da dor nas atividades de vida e na qualidade de vida. Dentre as disponíveis, estão:

- *Brief Pain Inventory (BPI)*
- *The Pain Assessment in Advanced Dementia Scale (PAINAD-BR).*

9.2.5. Escala de Zarit Reduzida

A Escala de Zarit Reduzida é um instrumento utilizado para avaliar a sobrecarga de cuidadores de pacientes dependentes, especialmente em contextos de doenças crônicas e cuidados paliativos. Composta por 12 itens, é uma versão abreviada da Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit, mantendo sua validade e confiabilidade. O questionário aborda aspectos emocionais, físicos e sociais do cuidador, permitindo identificar o nível de estresse e orientar intervenções para melhorar sua qualidade de vida. A pontuação varia de 0 a 35, sendo que escores mais altos indicam maior sobrecarga.

Quadro 7 - Escala de Zarit Reduzida

1. Sente que, por causa do tempo que utiliza com o seu familiar/doente, já não tem tempo suficiente para você mesmo?				
(1) Nunca	(2) Quase nunca	(3) Às vezes	(4) Frequentemente	(5) Quase sempre
2. Sente-se estressado/angustiado por ter que cuidar do seu familiar/doente e ao mesmo tempo ser responsável por outras tarefas? (ex.: cuidar de outros familiares, ter que trabalhar)				
(1) Nunca	(2) Quase nunca	(3) Às vezes	(4) Frequentemente	(5) Quase sempre
3. Acha que a situação atual afeta a sua relação com amigos ou outros elementos da família de uma forma negativa?				
(1) Nunca	(2) Quase nunca	(3) Às vezes	(4) Frequentemente	(5) Quase sempre
4. Sente-se exausto quando tem de estar junto do seu familiar/doente?				
(1) Nunca	(2) Quase nunca	(3) Às vezes	(4) Frequentemente	(5) Quase sempre
5. Sente que sua saúde tem-se visto afetada por ter que cuidar do seu familiar/doente?				
(1) Nunca	(2) Quase nunca	(3) Às vezes	(4) Frequentemente	(5) Quase sempre
6. Sente que tem perdido o controle da sua vida desde que a doença do seu familiar/doente se manifestou?				
(1) Nunca	(2) Quase nunca	(3) Às vezes	(4) Frequentemente	(5) Quase sempre
7. No geral, sente-se muito sobrecarregado por ter que cuidar do seu familiar/doente?				
(1) Nunca	(2) Quase nunca	(3) Às vezes	(4) Frequentemente	(5) Quase sempre
Avaliação da sobrecarga: Leve até 14 pontos; Moderada 15 a 21 pontos; Grave acima de 22 pontos.				

Fonte: adaptado de Carvalho; Parsons, 2012.

9.3. Abordagem da espiritualidade

Os questionários FICA, HOPE e SPIRIT são opções de instrumentos utilizados para avaliar a espiritualidade dos pacientes no contexto da saúde, especialmente em cuidados paliativos.

- FICA: Criado por Puchalski, é um dos instrumentos mais usados na abordagem da espiritualidade na prática clínica.
- HOPE: Desenvolvido para auxiliar profissionais de saúde a integrar a espiritualidade no cuidado.
- SPIRIT: Instrumento mais detalhado, avalia a espiritualidade em contextos clínicos, ajudando profissionais de saúde a compreenderem as crenças e necessidades espirituais dos pacientes.

Figura 5 - Questionários HOPE e FICA

Questionário HOPE	Questionário FICA
H – Há fontes de esperança? Quais são suas fontes de esperança, conforto e paz? A que você se apegua nos tempos difíceis? O que lhe dá apoio e faz você andar para a frente?	F – Fé/crença Você se considera religioso ou espiritualizado? Você tem crenças que ajudam a lidar com os problemas? Se não tem, o que dá significado à vida?
O – Organização religiosa Você se considera parte de uma religião organizada? Isso é importante? Faz parte de uma comunidade? Isso ajuda? De que formas sua religião ajuda você? Você é parte de uma comunidade religiosa?	I – Importância/influência Que importância você dá para a fé e as crenças religiosas na sua vida? A fé ou as crenças já ajudaram você a lidar com estresse ou problemas de saúde? Você tem alguma crença que pode afetar decisões médicas ou o seu tratamento?
P – Práticas espirituais pessoais Você tem alguma crença espiritual que seja independente da sua religião organizada? Você crê em Deus? Qual é a sua relação com ele? Que aspectos da sua espiritualidade ou prática espiritual ajudam mais? (oração, meditação, leituras, frequentar serviços religiosos?)	C – Comunidade Você faz parte de alguma comunidade religiosa ou espiritual? Ela lhe dá suporte? Como? Existe algum grupo de pessoas que você realmente ama ou é importante para você? Há alguma comunidade (igreja, templo, grupo de apoio) que lhe dê suporte?
E – Efeitos no tratamento Há algum recurso espiritual do qual você está sentindo falta? Há alguma restrição para seu tratamento gerada por suas crenças?	A – Ação no tratamento Como você gostaria que o médico considerasse a questão R/E no seu tratamento? Indique algum líder religioso/espiritual da sua comunidade.

Fonte: adaptado de Esporcatte *et al.*, 2020.

Figura 6 - Questionário SPIRIT

Domínio	Sugestões de perguntas
S - Spiritual belief system	
S: Sistema de crenças espirituais	Você tem uma afiliação religiosa formal? Você tem uma vida espiritual que é importante para você?
P - Personal spirituality	
P: Espiritualidade pessoal	De que maneira sua espiritualidade é importante para você?
I - Integration with a spiritual community	
I: Integração com uma comunidade espiritual	Você pertence a algum grupo ou comunidade religiosa ou espiritual?
R - Ritualized practices and restriction	
R: Práticas ritualizadas e restrição	Quais práticas específicas você realiza como parte da vida religiosa ou espiritual?
I - Implications for medical care	
I: Implicações para a assistência médica	Você gostaria de discutir implicações religiosas ou espirituais da assistência à saúde?
T - Terminal events	
T: Eventos terminais	Existem aspectos particulares dos cuidados médicos que você deseja renunciar ou recusou por causa de sua religião / espiritualidade?

Fonte: adaptado de Esporcatte *et al.*, 2020.

10. Recursos necessários

Com base na análise de diversas fontes da literatura, foi elaborada uma seleção de medicamentos utilizados no controle dos sintomas mais comuns em cuidados paliativos, bem como uma lista de insumos e equipamentos necessários para os atendimentos domiciliares.

Em seguida, foi realizada a verificação das listas da Relação Municipal de Medicamentos (REMUME) de Ouro Preto — disponível no Portal da Transparência do município e atualizado em tempo real —, da Relação de Medicamentos do Estado de Minas Gerais (REMENG) de 2024 e da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) de 2024, com o objetivo de avaliar a disponibilidade desses medicamentos no Sistema Único de Saúde (SUS). Os medicamentos foram organizados por sintomas em tabelas que indicam sua presença ou ausência nas listas analisadas. Adicionalmente, foi elaborada uma

sugestão de itens essenciais para compor a maleta de atendimento paliativo domiciliar em visitas cotidianas.

10.1. Medicamentos utilizados em Cuidados Paliativos de acordo com a indicação

10.1.1. Analgesia

Quadro 8 – Classificação de analgésicos não opióides e opióides segundo a intensidade e tipo

Categoria	Subcategoria	Medicamentos	REMUME	REMEMG	RENAME
Analgésicos não opióides	Simples	Dipirona	✓	✓	✓
		Paracetamol	✓	✓	✓
	AINEs	Ibuprofeno	✓	✓	✓
		Naproxeno	–	✓	✓
		Cetorolaco	–	–	–
		Diclofenaco	–	–	–
		Celecoxibe	–	–	–
		Cetoprofeno	–	–	–
Analgésicos opióides	Fracos	Codeína	–	✓	✓
		Tramadol	–	–	–
	Fortes	Morfina	–	✓	✓
		Metadona	–	✓	✓
		Oxicodona	–	–	–
		Fentanil transdérmico	–	–	–

Fonte: autoria própria.

Legenda: ✓ = presença do medicamento na lista; – = ausência do medicamento na lista.

Quadro 9 – Classificação de antidepressivos utilizados na adjuvância analgésica

Classes de antidepressivos	Medicamentos	REMUME	REMEMG	RENAME
Tricíclicos	Amitriptilina	✓	✓	✓
	Nortriptilina	✓	✓	✓
	Imipramina	✓	✓	✓

Inibidores seletivos da recaptação de serotonina	Sertralina	✓	✓	✓
	Paroxetina	–	–	–
	Fluoxetina	✓	✓	✓
	Citalopram	–	–	–
	Escitalopram	–	–	–
Inibidores da recaptação de serotonina e noradrenalina	Venlafaxina	–	–	–
	Desvenlafaxina	–	–	–
	Duloxetina	–	–	–
Inibidores da recaptação de norepinefrina e dopamina	Bupropiona	–	–	✓

Fonte: autoria própria.

Legenda: ✓ = presença do medicamento na lista; – = ausência do medicamento na lista.

Quadro 10 - Demais classes de medicamentos utilizados na adjuvância analgésica

Classe de adjuvantes	Medicamentos	REMUME	REMEMG	RENAME
Anticonvulsivantes	Gabapentina	–	–	✓
	Carbamazepina	✓	✓	✓
	Lamotrigina	–	–	✓
	Topiramato	–	–	✓
	Pregabalina	–	–	–
	Fenitoína	✓	✓	✓
Neurolépticos	Haloperidol	✓	✓	✓
	Clorpromazina	✓	✓	✓
Corticoesteróides	Dexametasona	–	–	✓
	Metilprednisolona	–	–	✓
Anestésicos tópicos	Lidocaína (infusão ou adesivo)	–	–	✓
Alfa 2 adrenérgicos agonistas	Clonidina	✓	✓	✓
	Dexmedetomidina	–	–	–
Antagonistas do receptor NMDA	Cetamina	–	–	–
Agonista GABA	Baclofeno	–	–	–

Benzodiazepínicos	Clonazepam	✓	✓	✓
	Alprazolam	–	–	–
Bifosfonatos	Alendronato	✓	✓	✓
	Pamidronato	–	–	–
	Ácido zoledrônico	–	–	–

Fonte: autoria própria.

Legenda: ✓ = presença do medicamento na lista; – = ausência do medicamento na lista.

10.1.2. Náuseas

Quadro 11 - Classes de medicamentos utilizadas no controle de náuseas

Classe de Medicamento	Medicamentos	REMUME	REMEMG	RENAME
Antagonista do receptor 5HT3	Ondansetrona	–	–	✓
Antagonistas de receptores dopaminérgicos	Metoclopramida	✓	✓	✓
	Domperidona	–	–	–
	Haloperidol	✓	✓	✓
	Bromoprida	✓	✓	✓
Antipsicótico atípico	Olanzapina	–	–	✓
Antipsicótico típico	Clorpromazina	✓	✓	✓
Antagonista de receptores muscarínicos	Escopolamina	✓	✓	✓
Bloqueador de receptores H1	Dimenidrato	–	–	–
Corticosteróides	Dexametasona	–	–	✓
Benzodiazepínicos	Lorazepam	✓	✓	✓
	Midazolam	–	✓	✓
	Diazepam	✓	✓	✓

Fonte: autoria própria.

Legenda: ✓ = presença do medicamento na lista; – = ausência do medicamento na lista.

10.1.3. Dispneia

Quadro 12 - Classes de medicamentos utilizados para controle de dispneia

Classes	Medicamentos	REMUME	REMEMG	RENAME
Diuréticos	Furosemida	✓	✓	✓

Corticosteróides	Dexametasona	–	–	✓
Opióides	Codeína	–	✓	✓
	Morfina	–	✓	✓
	Oxicodona	–	–	–
Benzodiazepínicos	Diazepam	✓	✓	✓
	Clonazepam	✓	✓	✓
	Midazolam	–	✓	✓
	Lorazepam	✓	✓	✓

Fonte: autoria própria.

Legenda: ✓ = presença do medicamento na lista; – = ausência do medicamento na lista.

10.1.4. Constipação

Quadro 13 - Classes de medicamentos utilizados para constipação

Tipo de Laxante	Classe de Medicamento	Medicamentos	REMUME	REMEMG	RENAME
Aumentam o volume das fezes	Não osmóticos	Carboximetilcelulose	–	–	–
		Metilcelulose	–	–	–
		Psyllium	–	–	–
	Osmóticos	Polietilenoglicol (PEG)	–	–	–
		Lactulose	–	✓	✓
Facilitam o deslizamento das fezes	Surfactantes	Docusato de sódio	–	–	–
	Lubrificantes	Óleo mineral	✓	✓	✓
Estimulantes da mucosa colônica	–	Sene	–	–	–
		Picossulfato de sódio	–	–	–
		Bisacodil	–	–	–
Agentes retais	–	Supositório de glicerina	–	–	–

Fonte: autoria própria.

Legenda: ✓ = presença do medicamento na lista; – = ausência do medicamento na lista.

10.1.5. Diarreia

Quadro 14 - Classes de medicamentos utilizados para diarreia

Classe de Medicamento	Medicamentos	REMUME	REMEMG	RENAME
Agentes absorventes	Metilcelulose	–	–	–
	Pectina	–	–	–
Agentes adsorventes	Caolim	–	–	–
	Atapulgita	–	–	–

Inibidores de prostaglandinas	Subsalicilato de bismuto	–	–	–
	Mesalazina	–	–	✓
	Ácido acetilsalicílico	✓	✓	✓
Opióides	Loperamida	–	–	–
	Codeína	–	✓	✓

Fonte: autoria própria.

Legenda: ✓ = presença do medicamento na lista; – = ausência do medicamento na lista.

10.1.6. Soluços

Quadro 15 - Classes de medicamentos utilizados para soluços

Classe de Medicamento	Medicamentos	REMUME	REMEMG	RENAME
Relaxantes musculares	Baclofeno	–	–	–
Procinéticos	Metoclopramida	✓	✓	✓
Antiflatulentos	Simeticona	–	–	–
Antagonistas dopaminérgicos	Haloperidol	✓	✓	✓
	Levomepromazina	–	–	–
Antiepilépticos	Gabapentina	–	–	✓
	Valproato de sódio	✓	✓	✓
Corticosteróides	Dexametasona	–	–	✓

Fonte: autoria própria.

Legenda: ✓ = presença do medicamento na lista; – = ausência do medicamento na lista.

10.1.7. Tosse

Quadro 16 - Classes de medicamentos utilizados para tosse

Classe de Medicamento	Medicamentos	REMUME	REMEMG	RENAME
Opióides	Codeína	–	✓	✓
	Morfina	–	✓	✓
	Oxycodona	–	–	–
Não Opióides	Dextrometorfano	–	–	–
	Cloreto de sódio 0,9% (nebulização)	✓	✓	✓

Fonte: autoria própria.

Legenda: ✓ = presença do medicamento na lista; – = ausência do medicamento na lista.

10.1.8. Broncorreia

Quadro 17 - Classes de medicamentos utilizados para broncorreia

Classe de Medicamento	Medicamentos	REMUME	REMEMG	RENAME
Corticosteróides	Dexametasona	–	–	✓
	Prednisona	✓	✓	✓

Anticolinérgicos	Escopolamina	✓	✓	✓
	Brometo de ipratrópio	–	–	✓
	Colírio de atropina (sublingual)	–	–	–

Fonte: autoria própria.

Legenda: ✓ = presença do medicamento na lista; – = ausência do medicamento na lista.

10.1.9. Prurido

Quadro 18 - Medicamentos utilizados para prurido

Classe de Medicamento	Medicamentos	REMUME	REMEMG	RENAME
Anti-histamínicos	Hidroxizina	–	–	–
	Dexclorfeniramina	✓	✓	✓
Causadores do prurido	Medicamentos	REMUME	REMEMG	RENAME
Opióides	Ondansetrona	–	–	✓
Colestase	Colestiramina	–	–	–
	Rifampicina	–	–	✓
Síndromes Paraneoplásicas	Prednisolona	✓	✓	✓
	Paroxetina	–	–	–
	Cimetidina	–	–	–
	Capsaicina	–	–	–
Uremia	Naltrexona	–	–	–
	Cimetidina	–	–	–
	Gabapentina	–	–	✓
	Pregabalina	–	–	–

Fonte: autoria própria.

Legenda: ✓ = presença do medicamento na lista; – = ausência do medicamento na lista.

10.1.10. Delirium

Quadro 19 - Classes de medicamentos utilizados em casos de delirium

Classe de Medicamento	Medicamentos	REMUME	REMEMG	RENAME
Antipsicóticos típicos	Haloperidol	✓	✓	✓
	Clorpromazina	✓	✓	✓
Antipsicóticos atípicos	Quetiapina	–	–	✓
Antipsicóticos atípicos	Risperidona	–	–	✓
	Olanzapina	–	–	✓
	Ziprasidona	–	–	✓
Benzodiazepínicos	Lorazepam	✓	✓	✓

Fonte: autoria própria.

Legenda: ✓ = presença do medicamento na lista; – = ausência do medicamento na lista.

10.1.11. Obstrução intestinal maligna sem indicação cirúrgica

Quadro 20 - Medicamentos utilizados em quadros de obstrução intestinal maligna sem indicação cirúrgica

Função	Medicamentos	REMUME	REMEMG	RENAME
Antissecretor	Escopolamina	✓	✓	✓
Antieméticos	Haloperidol	✓	✓	✓
	Levomepromazina	–	–	–
	Metoclopramida	✓	✓	✓
	Ondansetrone	–	–	✓
	Dexametasona	–	–	✓
	Octreotide	–	–	✓

Fonte: autoria própria.

Legenda: ✓ = presença do medicamento na lista; – = ausência do medicamento na lista.

10.2. Procedimentos e insumos

Os procedimentos mais frequentemente realizados em cuidados paliativos por equipes do Serviço de Atenção Domiciliar estão representados na figura abaixo (FIG 7). Com base na identificação desses procedimentos, foi elaborada uma lista de insumos essenciais para garantir a realização qualificada das intervenções no ambiente domiciliar.

Figura 7 - Procedimentos mais comuns no cuidado paliativo domiciliar



Fonte: autoria própria.

Quadro 21 - Insumos e equipamentos necessários para realização de procedimentos domiciliares

Categoria	Materiais
Insumos	Agulhas 25x7mm e 30x8mm
	Agulha hipodérmica (19G-21G)
	Agulha grossa para toracocentese/paracentese
	Ácido graxo essencial (AGE)
	Álcool 70%
	Alginato de cálcio
	Anestésico local (lidocaína 1% ou 2%)
	Avental descartável
	Barreira protetora de pele (pasta ou spray)
	Bolsa coletora de urina (sistema fechado)
	Campo estéril
	Cateter de drenagem tipo pigtail
	Cateter subcutâneo (butterfly)
	Cateter venoso periférico ou scalp
	Cloreto de sódio 0,9% (frasco e ampola)
	Clorexidina alcoólica
	Clorexidina degermante ou Iodopovidona degermante
	Compressas estéreis
	Curativo estéril
	Esparadrapo
	Filme transparente para fixação
	Gazes estéreis
	Hidrocolóide
	Luvas de procedimento
	Luvas estéreis
	Máscara descartável
	Micropore
	Placa e bolsa coletora para ostomia
	Seringas de 1 mL, 5 mL, 10 mL, 20 mL e 50 mL
	Solução de limpeza (Polihexametileno biguanida - PHMB ou clorexidina diluída)
Equipamentos	Aspirador portátil com frasco coletor
	Bomba de infusão contínua
	Equipo de drenagem ou frasco coletor de sistema fechado
	Equipo de infusão com controle de fluxo
	Equipo de transfusão com filtro
	Estetoscópio

	Fita métrica
	Garrote
	Oxímetro
	Pinça e tesoura estéril
	Sonda nasogástrica/nasoentérica (Levine ou poliuretano)
	Sonda vesical de demora (Foley) ou alívio (nelaton)
	Termômetro
	Tubo coletor para secreções

Fonte: autoria própria.

10.3. Maleta de Atendimento Paliativo Domiciliar

A maleta de atendimento domiciliar em cuidados paliativos deve conter medicamentos, insumos e equipamentos essenciais para o manejo de sintomas comuns, como dor, náuseas e dificuldades respiratórias. Com ela, a equipe do SAD estará preparada para oferecer um cuidado eficiente e de qualidade em atendimentos cotidianos. Abaixo, segue uma sugestão de itens essenciais para compor a maleta.

Quadro 22 - Itens essenciais para a maleta de atendimento paliativo domiciliar

Categoria	Itens
Medicamentos	Paracetamol
	Dipirona
	Morfina
	Metoclopramida
	Haloperidol
	Ondansetrona
	Escopolamina (brometo)
	Lorazepam
	Clonazepam
	Diazepam
	Furosemida
Insumos	Agulhas 25x7mm e 30x8mm

	Agulha hipodérmica (19G–21G)
	Álcool 70%
	Cateter venoso periférico (ou scalp)
	Cloreto de sódio 0,9% – ampola e frasco
	Clorexidina alcoólica
	Clorexidina degermante ou Iodopovidona degermante
	Compressas estéreis
	Curativo estéril
	Esparadrapo
	Filme transparente para fixação
	Gazes estéreis
	Luvas de procedimento
	Máscara descartável
	Micropore
	Seringas (1 mL, 5 mL, 10 mL)
Equipamentos	Estetoscópio
	Fita métrica
	Garrote
	Oxímetro
	Pinça e tesoura estéreis
	Termômetro

Fonte: autoria própria.

Referências

- BORGES, G. B. F. L.; DIAS, C. B. Evaluating the Utility of the Surprise Question Among General Physicians for Appropriate Palliative Care Indication in Brazil. **Palliative Medicine Reports**, [s. l.], v. 5, n. 1, p. 261–268, 2024. Disponível em: <https://www.liebertpub.com/doi/10.1089/pmr.2024.0003>. Acesso em: 12 jan. 2025.
- BRASIL. **Caderno de Atenção Domiciliar**. 1ª edição. Brasília: MS, 2012. v. 2 Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_domiciliar_melhor_casa.pdf. Acesso em: 15 set. 2024.
- BRASIL. **Relação Nacional De Medicamentos Essenciais - RENAME 2024**. Brasília, DF.: Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relacao_nacional_medicamentos_2024.pdf. Acesso em: 10 jan. 2025.
- CARVALHO, R. T. de; PARSONS, H. A. (org.). **Manual de Cuidados Paliativos ANCP**. 2ª edição. Rio de Janeiro, RJ: Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP), 2012. Disponível em: <https://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/05/Manual-de-cuidados-paliativos-ANCP.pdf>. Acesso em: 15 set. 2024.
- DAVIES, E.; HIGGINSON, I. J.; WORLD HEALTH ORGANIZATION (org.). **Palliative care: the solid facts**. [S. l.]: World Health Organization. Regional Office for Europe, 2004. Disponível em: <https://iris.who.int/handle/10665/107561>. Acesso em: 25 jan. 2025.
- DE BOCK, R.; VAN DEN NOORTGATE, N.; PIERS, R. Validation of the Supportive and Palliative Care Indicators Tool in a Geriatric Population. **Journal of Palliative Medicine**, [s. l.], v. 21, n. 2, p. 220–224, 2018. Disponível em: <https://www.liebertpub.com/doi/10.1089/jpm.2017.0205>. Acesso em: 6 jan. 2025.
- FERREIRA, P. C. D. S.; MOREIRA, M. N.; LOURENÇO, R. A. Adaptação transcultural do instrumento Karnofsky Performance Status para o português do Brasil. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, [s. l.], v. 51, p. e20243771, 2024. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-69912024000100226&lng=pt. Acesso em: 20 jan. 2025.
- GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS. **Relação de Medicamentos Essenciais do Estado de Minas Gerais - REMEMG 2024**. [S. l.]: Secretaria de Estado de Saúde, 2024. Disponível em: https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/REMEMG_2024.pdf. Acesso em: 10 jan. 2025.
- HIGHET, G. *et al.* Development and evaluation of the Supportive and Palliative Care Indicators Tool (SPICT): a mixed-methods study. **BMJ supportive & palliative care**,

[s. l.], v. 4, n. 3, p. 285–290, 2014. Disponível em: <https://spcare.bmj.com/content/4/3/285>. Acesso em: 6 jan. 2025.

LOPES, J. M. C. (org.). **Manual de Assistência Domiciliar na Atenção Primária à Saúde**. [S. l.]: Ministério da Saúde, 2003. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Manual_Cuidadores_Profissionais.pdf. Acesso em: 20 jan. 2025.

MAURIZ, P.; WIRTZBIKI, P. M.; CAMPOS, Ú. W. (org.). **Protocolo de Cuidados Paliativos**. [S. l.]: Instituto de Saúde e Gestão Hospitalar (ISGH), 2014. Disponível em: https://isgh.org.br/intranet/images/Servicos/Protocolos/isgh_protocolo_cuidado_paliativo.pdf. Acesso em: 20 jan. 2025.

MORITA, T. *et al.* The Palliative Prognostic Index: a scoring system for survival prediction of terminally ill cancer patients. **Supportive Care in Cancer**, [s. l.], v. 7, n. 3, p. 128–133, 1999. Disponível em: <https://link-springer-com.ez28.periodicos.capes.gov.br/article/10.1007/s005200050242>. Acesso em: 20 jan. 2025.

OLIVEIRA, L. C. de; SAMPAIO, S. G. dos S. M. (org.). **A avaliação do paciente em cuidados paliativos**. Rio de Janeiro, RJ: Instituto Nacional De Câncer, 2022. (Cuidados paliativos na prática clínica). v. 01 Disponível em: https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/completo_serie_cuidados_paliativos_volume_1.pdf. Acesso em: 10 dez. 2024.

PARAIZO-HORVATH, C. M. S. *et al.* Identificação de pessoas para cuidados paliativos na atenção primária: revisão integrativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 27, n. 9, p. 3547–3557, 2022. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232022000903547&lng=pt. Acesso em: 12 jan. 2025.

PREFEITURA MUNICIPAL DE OURO PRETO. **Relação de Medicamentos do Município**. Ouro Preto, MG., 2025. Disponível em: <https://www.ouropreto.mg.gov.br/transparencia/medicamentos>. Acesso em: 20 out. 2024.

SILVA, A. E. **Protocolo De Cuidados Paliativos Para a Atenção Domiciliar**. Divinópolis, MG: Secretaria Municipal de Saúde, 2021. Disponível em: https://www.divinopolis.mg.gov.br/arquivos/protocolo_cuidados_paliativos_-_corrigido_e_revisado_final_e_16060838.pdf. Acesso em: 19 jan. 2025.

SOUTO, L. G. B.; SILVA, L. A. A. da. **Protocolo de elegibilidade para avaliação da equipe de Cuidados Paliativos**. [S. l.]: Fundação de Saúde Dilson de Quadros Godinho, 2024. Disponível em: https://drive.google.com/file/d/1HUtsz6t0hqUjHtCgdaeXucmWyHnhy1jg/view?usp=embed_facebook. Acesso em: 7 fev. 2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Palliative care**. [S. l.], 2023. Disponível em: <https://www.who.int/europe/news-room/fact-sheets/item/palliative-care>. Acesso em: 29 set. 2024.

XIE, Z. *et al.* Screening instruments for early identification of unmet palliative care needs: a systematic review and meta-analysis. **BMJ Supportive & Palliative Care**, [s. l.], v. 14, n. 3, p. 256–268, 2024. Disponível em: <https://spcare.bmj.com/content/14/3/256>. Acesso em: 12 jan. 2025.

YOONG, S. Q. *et al.* Performance of the Palliative Prognostic Index for cancer patients: A systematic review and meta-analysis. **Palliative Medicine**, [s. l.], v. 37, n. 8, p. 1144–1167, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/02692163231180657>. Acesso em: 20 jan. 2025.