



PROTOCOLO CLÍNICO DE CUIDADOS PALIATIVOS EM CARDIOLOGIA

[Digite o subtítulo do documento]

O protocolo foi elaborado pelo Comitê de Cuidados Paliativos que é constituído por uma equipe multiprofissional, composta por profissionais experientes e capacitados em lidar com pacientes em cuidados paliativos.

**RIO DE JANEIRO
30/06/2018**

2018 Instituto Nacional de Cardiologia / Ministério da Saúde
Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons – Atribuição – Não comercial. É permitida a Reprodução parcial ou total, desde que citada a fonte.
Tiragem: eletrônica

Diretor Geral

João Manoel de Almeida Pedroso

Coordenação Assistencial

Aurora Felice Castro Issa

Coordenação Ensino e Pesquisa

Helena Cramer Veiga Rey

Coordenação Geral do projeto

Ana Patricia Nunes de Oliveira
Marilia de Moraes Vasconcellos
Tereza Cristina Felipe Guimarães

Organização

Marilia de Moraes Vasconcellos
Tereza Cristina Felipe Guimarães

Elaboração

Andrea Alfradique da Fonseca Brollo
Ana Carolina Ribeiro Bustillos Villafan
Beatriz Robert Moreira
Cintia Cristina Chaves Mattoso
Flavia Maria Branco da Motta
Graziele Maia
Homero Teixeira Leite
Karina Nunes da Silva
Livia Frankenfeld de Mendonça
Marcelo de Paiva Moraes
Maria Regina Mascarenhas Horta
Noemi Duque dos Santos
Paloma Hargreaves Fialho
Renata Coelho Baptista
Roberta Chaiber
Rosangela Afonso Branco
Sergio Mauricio Raimundo Menezes da Silva
Soraya da Costa Vieira
Vanessa Beatriz Passos Espindola
Vivian Carara Leitão
Viviani Christini da Silva Lima
Viviane Nascimento de Oliveira

Revisão Técnica

Alexandre Rouge Felipe
Jacqueline Sampaio dos Santos Miranda
Maria Carolina Terra Cola

Revisão editorial

Francijane Oliveira da Conceição
Rosilene Rodrigues Coelho

Elaboração e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE
INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGIA
Departamento de Ensino e Pesquisa
Coordenação de Pesquisa operacional
Rua das Laranjeiras, 374, Laranjeiras, Rio de Janeiro – RJ – Cep: 22240-006
Tel: (021) 30372131
E-mail: pesquisaoperacional@inc.saude.gov.br
www.inc.saude.gov.br

EDIÇÃO

COORDENAÇÃO ASSISTENCIAL
COORDENAÇÃO DE ENSINO E PESQUISA

NORMALIZAÇÃO BIBLIOGRÁFICA E FICHA CATALOGRÁFICA

Cyntia Mendes Aguiar (CRB 7 – 6160)

Francijane Oliveira da Conceição (CRB 7 – 6223)

Instituto Nacional de Cardiologia

Protocolo clínico de cuidados paliativos em cardiologia / Instituto Nacional de Cardiologia. – Rio de Janeiro: INC, 2018.

XX f.

1. Cuidados paliativos em cardiologia. 2. Insuficiência cardíaca. I. Título.

CDU 616-08

Sumário

1. FINALIDADE DO COMITÊ DE CUIDADOS PALIATIVOS	6
2. DEFINIÇÃO DE CUIDADOS PALIATIVOS	6
3. OBJETIVOS DOS CUIDADOS PALIATIVOS.....	6
4. INDICAÇÃO PARA CUIDADOS PALIATIVOS EM CARDIOLOGIA	7
5. INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO CLÍNICA E INSTRUMENTAL DO COMITÊ DE CUIDADOS PALIATIVOS	8
5.1- Avaliação Clínica.....	8
5.2- Avaliação Instrumental	8
5.2.1 “Palliative Performance Scale” (PPS).....	8
5.2.2 Avaliação dos Sintomas (Escala de avaliação de sintomas ESAS).....	8
5.2.3 Avaliação Prognóstica do Paciente com Cardiopatia avançada	8
6. CUIDADOS PALIATIVOS EM PACIENTE NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA (UTI)	8
6.1.Critérios de avaliação na UTI.....	9
6.2.redições Probabilísticas em Cuidados Paliativos na UTI	9
6.3- Critérios de Status de Terminalidade.....	9
6.4- Orientações da Comissão de Cuidados Paliativos na UTI	11
7. INDICADORES	12
8. ABORDAGEM DA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR.....	12
8.1- Atuação da equipe de nutrição.....	12
8.2- Atuação da equipe de enfermagem.....	12
➤ Seguir orientações gerais e suas adaptações;.....	15
➤ Informar atual status de saúde – como dar más notícias;.....	15
➤ Identificar se há diretivas antecipadas;.....	15
➤ Identificar situação previdenciária – preocupação com sustento familiar;.....	15
➤ Proceder intervenções específicas através dos principais sintomas: dor, fadiga, disneias, tosse, hipersecreção, constipação, diarreia, insônia, fragilidade cutânea, inapetência, náusea, vômito, choques recorrentes, delírio, ansiedade, agitação psicomotora, agressividade, tristeza, depressão, sudorese, prurido, convulsão, caquexia, obstrução intestinal, urinária, hemorragias;.....	15
➤ Administrar medicações prescritas;.....	15
➤ Aplicar massagem relaxante;	15
➤ Promover dias de festa – festas temáticas com comidas diferentes, cinema;	15
➤ Auxiliar nas Atividades da Vida Diária;.....	15
➤ Orientar para os cuidados em casa – proceder VD se necessário;	15

➤ Oferecer o que o paciente gosta, na hora que ele quiser, pela quantidade que quiser;	15
➤ Ter escuta terapêutica;	15
➤ Prevenir quedas;	15
➤ Favorecer a permanência de visitas escolhidas pelo paciente – redefinir limites para a visitação.	16
8.3- Atuação da equipe de Terapia Ocupacional	16
8.4- Atuação da equipe de Fisioterapia	17
8.5- Atuação da Saúde Mental	18
8.6- Atuação do Serviço social	19
REFERÊNCIAS	21
ANEXO A – FICHA DE AVALIAÇÃO CLÍNICA	24
ANEXO B- Avaliação Funcional - Palliative Performance Scale” (PPS)	32
ANEXO C - Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton (ESAS-r)	34
ANEXO D- Escala de Atividades Básicas de Vida Diária – Katz	36
ANEXO E- Protocolo de Identificação do Idoso Vulnerável –	37
Vulnerable Elders Survey - VES 13	37
ANEXO F – Ficha de Indicador	40
Taxa de pacientes atendidos no ambulatório	40
ANEXO G - MNA	42
ANEXO H - Situação Nutricional Comprometida- NRS 2002	44

1. FINALIDADE DO COMITÊ DE CUIDADOS PALIATIVOS

Assessorar, como **Órgão Consultivo**, os Serviços/Departamentos hospitalares e ambulatoriais do INC em questões relativas à pacientes considerados fora de possibilidade Terapêutica Curativa ou impossibilidade para Terapêutica Cardiovascular Intervencionista / Cirúrgica, devido a condições clínicas (não cardiológicas) ou pela presença de 2 ou mais Síndromes Geriátricas (pacientes Idosos). As ações educativas, integração entre os profissionais da saúde, apoio e estímulo à aquisição de conhecimento específico na área são o foco do Comitê de Cuidados Paliativos.

2. DEFINIÇÃO DE CUIDADOS PALIATIVOS

Abordagem multidisciplinar com o objetivo de contribuir para a melhora da qualidade de vida dos pacientes e familiares cuja condição de saúde ameace a manutenção da sua vida, além de prevenir e aliviar o sofrimento, através de identificação precoce de sinais e sintomas que causem desconforto (OMS)

Os cuidados paliativos são mecanismos a serem executados no tratamento das doenças cardiovasculares, desde a fase inicial dos processos patológicos, com estratégias terapêuticas que prolongam a sobrevida dos indivíduos, até as fases avançadas. A Equipe Assistente detecta intenso sofrimento físico, psicológico e/ou espiritual, ocasionados pela doença cardiovascular, condições relacionadas à idade avançada (presença de Síndromes Geriátricas) ou a presença de comorbidades.

3. OBJETIVOS DOS CUIDADOS PALIATIVOS

- Aliviar a dor e outros sintomas que ocasionem desconforto.
- Afirmar a vida e entender o processo da morte.
- Integrar cuidados físicos, psicológicos e espirituais.
- Oferecer suporte ao paciente e seus familiares, sobretudo, na fase avançada da doença, através de uma abordagem multidisciplinar.

4. INDICAÇÃO PARA CUIDADOS PALIATIVOS EM CARDIOLOGIA

No presente momento, o Comitê de Cuidados Paliativos do Instituto Nacional de Cardiologia delimita, como indicação principal, para atuação da equipe multidisciplinar de Cuidados Paliativos, o seguinte critério: Paciente com diagnóstico de Doença Cardiovascular em fase avançada (Estágio D / Classe Funcional III-IV).

❖ **Definição de Insuficiência Cardíaca Avançada:**

Tolerância aos esforços, reduzida (Classe Funcional NYHA III ou IV), apesar da terapêutica otimizada, com persistência dos sintomas nos últimos 3 meses. A etiologia dos sintomas pode ser devido a:

- a. Piora das evolutivas IC e suas complicações;
- b. Relacionados a efeitos colaterais de medicações e/ou intervenções;
- c. Descompensação das comorbidades.

Com base na definição de insuficiência cardíaca avançada, seguem os critérios para indicação dos cuidados paliativos conforme a quadro 1.

Paciente não é candidato à Terapia Curativa.
Paciente tem uma doença grave e prefere não ser submetido a tratamento de prolongamento de vida.
Nível inaceitável de dor por mais de 24 horas. Sintomas não controlados (náuseas, dispnéia, vômitos, etc.).
Sofrimento psicossocial e/ou espiritual não controlado.
Visitas frequentes ao atendimento de emergência (mais de 1 vez no mês pelo mesmo diagnóstico)
Mais de uma admissão hospitalar pelo mesmo diagnóstico nos últimos 30 dias.
Internação prolongada sem evidência de melhora.
Internação prolongada em CTI.
PROGNÓSTICO documentado pela equipe médica.

Fonte: Manual de Cuidados Paliativos da Academia Nacional de Cuidados Paliativos

5. INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO CLÍNICA E INSTRUMENTAL DO COMITÊ DE CUIDADOS PALIATIVOS

5.1- Avaliação Clínica

Obter história clínica completa, com especial atenção aos dados relevantes, referentes ao tempo e tratamento prévio da doença cardiovascular. (ANEXO 1).

5.2- Avaliação Instrumental

5.2.1 “Palliative Performance Scale” (PPS)

Realizar a PPS diariamente, em pacientes internados, em todas as consultas ambulatoriais e visitas domiciliares. (ANEXO 2). Esta escala possui 11 níveis de desempenho, de 0 a 100, divididos em intervalos de 10.

5.2.2 Avaliação dos Sintomas (Escala de avaliação de sintomas ESAS)

Realizar diariamente, durante o processo de internação, nas visitas domiciliares e consultas ambulatoriais. (ANEXO 3).

5.2.3 Avaliação Prognóstica do Paciente com Cardiopatia avançada.

A avaliação do prognóstico em pacientes com cardiopatia avançada se apresenta com valores variáveis do grau de certeza. Tem por objetivo auxiliar o diagnóstico de Incapacidade Funcional e é baseada nos seguintes instrumentos:

Escala de Atividades Básicas de Vida Diária – Katz (ANEXO 4).

Protocolo de Identificação do Idoso Vulnerável - Vulnerable Elders Survey - VES 13 para avaliação de pacientes idosos (ANEXO 5).

6. CUIDADOS PALIATIVOS EM PACIENTE NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA (UTI)

As UTIs existem para atender pacientes agudos, instáveis e recuperáveis, cujos esforços de investimento humano e material são prontamente disponíveis para serem utilizados no foco curativo e restaurador.

Alguns pacientes, após serem vítimas de um insulto agudo, passam a apresentar um conjunto de disfunções orgânicas e/ou incapacidades funcionais e perda da autonomia. Neste grupo, a seleção da terapêutica deverá ser baseada na manutenção e/ou restauração da independência e autonomia do indivíduo. Os Cuidados Paliativos oferecem grande contribuição, com o intuito de favorecer a reabilitação e melhorar a qualidade de vida neste grupo de pacientes.

❖ **Objetivo:**

Ofertar o máximo de conforto ao paciente, em fase avançada na doença terminal, atendendo suas demandas (físicas, sociais e espirituais), após a comunicação clara e objetiva com o paciente e/ou seu responsável legal.

6.1. Critérios de avaliação na UTI

- a) História natural da doença ou grupo de doenças;
- b) Capacidade funcional – avaliação de fragilidade do doente (Idade, comorbidades, situação nutricional, internações prévias em UTI, PPS prévio);
- c) Progressão da doença apesar do tratamento instituído;
- d) Presença de fatores de mau prognóstico (choque refratário, piora clínica; apesar da otimização terapêutica, sem condições de desmame de tratamentos invasivos) e evidência de doença extensa ou presença de duas ou mais falências orgânicas irreversíveis.

6.2. redições Probabilísticas em Cuidados Paliativos na UTI

- a) Escala de Performance Paliativa (PPS) - considerar PPS (3 meses antes a internação hospitalar)
- b) SAPS 3
- c) Índice de comorbidades de CHARLSON
- d) PPI – Índice de Prognóstico Paliativo

6.3- Critérios de Status de Terminalidade

Considerar as fases do status de terminalidade (PPI)

Fase I – MORTE POUCO PROVÁVEL – Em situações que apresentem maior possibilidade de recuperação, ou seja, quando não são detectadas a iminência da morte

ou a irreversibilidade do caso. Julga-se de acordo com a beneficência e a autonomia (4), que a prioridade é o tratamento curativo/restaurador. Os cuidados paliativos serão prestados para aliviar o desconforto da doença e do tratamento intensivo.

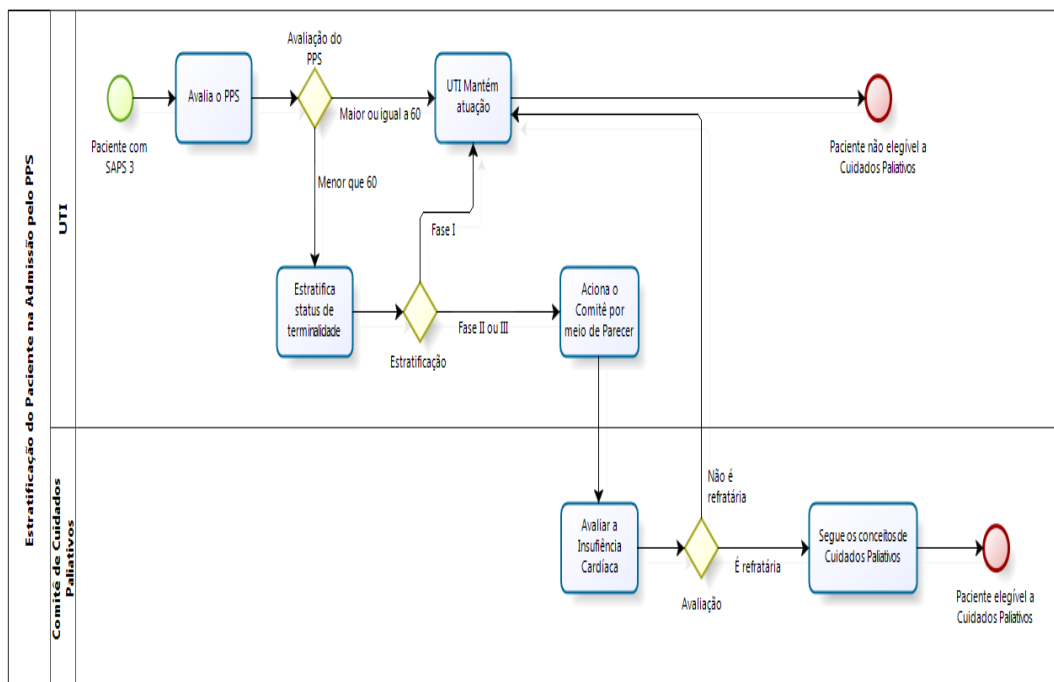
FASE II – MORTE PREVISTA PARA DIAS, SEMANAS OU MESES – Em situações que apresentem falta de respostas ou uma resposta insuficiente aos recursos utilizados, com crescente tendência ao desfecho morte/irreversibilidade. Estabelecido o consenso, a prioridade passa a ser a melhor qualidade de vida possível e os cuidados, que modifiquem a doença, podem ser oferecidos quando julgados proporcionais.

- Estimular medidas de comunicação empática.
- Facilitar a presença de familiares.
- Evitar intervenções fúteis.
- Readequar as monitorizações e os cuidados multiprofissionais.
- Adequar estratégias de sedoanalgesia, suporte ventilatório e nutrição.
- Possibilitar a alta da UTI.

FASE III – MORTE PREVISTA PARA HORA OU DIA – Em situações, onde são identificadas a irreversibilidade da doença e da morte iminente, o cuidado paliativo passa a ser exclusivo. As medidas propostas que visam à qualidade de vida e o conforto do paciente/ familiar:

- Intensificar medidas de comunicação empática.
- Facilitar a presença de familiares.
- Retirar terapia fútil (nutrição, drogas vasoativas, diálise, etc).
- Readequar as monitorizações e os cuidados multiprofissionais.
- Adequar estratégias de sedoanalgesia e suporte ventilatório (em caso de ventilação mecânica, manter FIO₂=21%).

❖ Fluxograma de avaliação na Terapia Intensiva



6.4- Orientações da Comissão de Cuidados Paliativos na UTI

Far-se-á mediante a execução do Plano de Cuidados, organizado pelo Comitê de Cuidados Paliativos, após avaliação pela Equipe Multidisciplinar. Este será o instrumento fornecido à equipe assistente, levando em consideração os critérios prognósticos definidos através do estadiamento, classificação funcional, definição de refratariedade à terapêutica instituída, variáveis clínicas obtidas através de dados do exame físico, marcadores laboratoriais, escalas de avaliação e através de exames laboratoriais.

7. INDICADORES

❖ Indicadores de produção (anexo 6)

- Taxa de pacientes atendidos ambulatoriamente acompanhados/mês.
- Número pareceres respondidos/mês.

8. ABORDAGEM DA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR

8.1- Atuação da equipe de nutrição

Oferecer conforto emocional, prazer, auxiliar na diminuição da ansiedade, no aumento da autoestima e da independência, além de permitir uma maior integridade e comunicação com os seus familiares - *American Dietic Association (ADA)*

❖ Objetivo

Estabelecido de acordo com a fase de progressão da doença.

Fase inicial: Manter ou recuperar o estado nutricional visando retardar a progressão da doença.

Fase terminal: Promover sensação de bem estar e conforto, qualidade de vida e alívio dos sintomas.

❖ Avaliação nutricional

Será realizada a avaliação de todos os pacientes com utilização dos instrumentos abaixo:

- Para os pacientes idosos, será aplicado o questionário de mini avaliação nutricional que se encontra no endereço eletrônico: www.mna-elderly.com (anexo 7)
- Para os pacientes adultos, será utilizado, como base para avaliação, questionário Situação Nutricional Comprometida - NRS2002 (anexo 8)

8.2- Atuação da equipe de enfermagem

Realizar as orientações pertinentes junto aos pacientes e seus familiares, e contactar os setores do hospital para dar os encaminhamentos necessários ao cumprimento dos objetivos.

❖ **Objetivos**

Atender as necessidades humanas básicas afetadas e instrumentalizar paciente e família para o autocuidado, sempre focando na adesão ao tratamento.

❖ **Avaliação de enfermagem**

Será realizada a avaliação de todos os pacientes.

Para os pacientes adultos e idosos internados, será utilizado o instrumento PPS e para estimar prognóstico será utilizado a calculadora digital do algoritmo do *ADHERE* (*Acute decompensated heart failure National Registry*) através do endereço eletrônico: <https://www.mdcalc.com/acute-decompensated-heart-failure-national-registry-adhere-algorithm>

Para os pacientes ambulatoriais, será utilizado *Seattle score* para estimar prognóstico, através da calculadora digital no endereço eletrônico: https://qxmd.com/calculate/calculator_203/seattle-heart-failure-model

No contexto dos cuidados paliativos, a atenção do enfermeiro deve estar voltada para adequar e adaptar a assistência preconizada ao cardiopata à nova fase de evolução da doença, onde se observa um declínio marcante da capacidade funcional e a expectativa pela cura já não existe. É o momento de desenvolver habilidades para:

- Avaliação sistemática dos sinais e sintomas;
- Auxílio da equipe multiprofissional no estabelecimento de prioridades para cada cliente;
- Interação com a dinâmica familiar;
- Reforço das orientações clínicas;
- Proximidade física e afetiva;
- Comunicação eficaz, aberta e adaptada ao contexto terapêutico;
- Integralidade;
- Equidade;
- Conforto;
- Qualidade de vida;

❖ **Intervenções e orientações de enfermagem**

As intervenções do enfermeiro deverão estar voltadas para:

- **Ao Paciente com Insuficiência Cardíaca:**
- Verificar se o paciente está seguindo o fluxo e o processo de trabalho do serviço (agendar grupos educativos conforme a necessidade);
- Avaliar estado geral desde a última consulta;
- Mensurar qualidade de vida;
- Mensurar adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico;
- Mensurar escala de dor;
- Mensurar risco de queda;
- Mensurar risco de úlcera de pressão;
- Estimar prognóstico – *ADHERE e Seattle* ;
- Avaliar as necessidades sentidas e não sentidas do paciente;
- Avaliar qualidade do sono, da alimentação, da diurese e das evacuações;
- Avaliar classe funcional e perfil hemodinâmico;
- Avaliar situação vacinal;
- Indagar sobre saúde bucal e situação de acompanhamento odontológico;
- Investigar sinais de descompensação;
- Avaliar o impacto da doença cardíaca sobre o paciente e sua família (indagar sobre disfunção familiar, social, valores e crenças, sexualidade, sentimentos como: medo, ansiedade, tristeza e impotência);
- Encaminhar para planejamento familiar;
- Avaliar elegibilidade para transplante;
- Convocar cuidadores para acompanhar nas consultas e nos grupos educativos;
- Orientar para o autocuidado em domicílio;

- Verificar se as orientações para o autocuidado foram compreendidas pelo paciente e seus cuidadores;
- Aprazar prescrição médica de uso domiciliar, caso não tenha sido ajustado no momento da alta hospitalar, ou em pacientes que ainda não internaram;
- Fornecer meio de contato com a Instituição.

- **Intervenções preconizada no contexto de Palição e fim de vida**

- Seguir orientações gerais e suas adaptações;
- Informar atual status de saúde – como dar más notícias;
- Identificar se há diretivas antecipadas;
- Identificar situação previdenciária – preocupação com sustento familiar;
- Proceder intervenções específicas através dos principais sintomas: dor, fadiga, dispneias, tosse, hipersecreção, constipação, diarreia, insônia, fragilidade cutânea, inapetência, náusea, vômito, choques recorrentes, delírio, ansiedade, agitação psicomotora, agressividade, tristeza, depressão, sudorese, prurido, convulsão, caquexia, obstrução intestinal, urinária, hemorragias;
- Administrar medicações prescritas;
- Aplicar massagem relaxante;
- Promover dias de festa – festas temáticas com comidas diferentes, cinema;
- Auxiliar nas Atividades da Vida Diária;
- Orientar para os cuidados em casa – proceder VD se necessário;
- Oferecer o que o paciente gosta, na hora que ele quiser, pela quantidade que quiser;
- Ter escuta terapêutica;
- Prevenir quedas;

- Favorecer a permanência de visitas escolhidas pelo paciente – redefinir limites para a visitação.

8.3- Atuação da equipe de Terapia Ocupacional

Terapia Ocupacional é um campo de conhecimento e de intervenção em saúde, em educação e na esfera social, que reúne tecnologias orientadas para a emancipação e autonomia de pessoas que, por diversas razões ligadas a problemáticas específicas (físicas, mentais, sensoriais, sociais), apresentam – temporária ou definitivamente – limitações funcionais e/ou dificuldades na inserção e participação na vida social.

❖ Objetivo

Orientar o cuidador acerca dos estímulos positivos ao paciente e treiná-lo para que seja um facilitador da independência nas atividades da vida diária (AVDs), na construção e planejamento de suas ações de interesse, preservando a sua autonomia.

❖ Intervenções e orientações do terapeuta ocupacional

- Manutenção das atividades significativas para o doente e sua família;
- Promoção de estímulos sensoriais e cognitivos para enriquecimento do cotidiano;
- Orientação e realização de medidas de conforto e controle de outros sintomas;
- Confecção de órteses e adaptações para realização de suas atividades e vida diária e de interesse com conforto e segurança;
- Adaptação e treino de AVDs para autonomia e independência;
- Criação de possibilidades de comunicação, expressão e exercício da criatividade;
- Criação de espaços de convivência e interação, pautados nas potencialidades dos sujeitos;
- Realização de técnicas e manuseios para conforto;
- Apoio escuta e orientação ao familiar e/ou cuidador;
- Comunicação alternativa em contexto hospitalar e orientação para domicílio;
- Prescrição e avaliação para cadeiras de rodas;
- Tecnologia assistida para ações funcionais de independência e conforto.

8.4- Atuação da equipe de Fisioterapia

Ao fisioterapeuta cabe realizar as orientações pertinentes aos pacientes e familiares, no que tange a preservação, desenvolvimento ou reabilitação da integridade de órgãos, sistemas e funcionalidade.

❖ Objetivos

Proporcionar conforto ventilatório, minimizar os efeitos deletérios da hipomobilidade no leito, melhorar a força muscular e equilíbrio, proporcionar analgesia, evitar ou reduzir edemas, alcançar equilíbrio entre melhora do condicionamento físico e conservação de energia.

Estes objetivos têm por finalidade instrumentalizar o paciente e o familiar para o autocuidado, funcionalidade e independência.

❖ Intervenções e Orientações da equipe de fisioterapia

- Avaliação cinético-funcional;
- Manobras desobstrutivas;
- Aspiração de vias aéreas;
- Manobras reexpansivas;
- Ventilação não invasiva;
- Oxigenioterapia;
- Medidas ambientais;
- Relaxamento;
- Alongamento;
- Cinesioterapia motora passiva, ativo-assistido e/ ou resistida;
- Fortalecimento muscular;
- Treino de equilíbrio estático e dinâmico;
- Conservação de energia;
- Cuidados posturais;
- Eletrotermoterapia;
- Massoterapia;
- Drenagem linfática e postural.

8.5- Atuação da Saúde Mental

Os Cuidados Paliativos, caracterizando-se como formas inovadoras no cuidar, mudam o foco de uma medicina meramente curativa, baseado no antigo modelo onde era soberana a dimensão biológica, visando agora atingir o cuidado integral de pacientes, famílias, cuidadores e equipe de saúde, que adoecem e sofrem junto, como nos aponta Matsumoto (2012). Byock (2009), partindo da definição da OMS de Cuidados Paliativos, apresenta alguns princípios que ajudam a clarificar o conceito.

Podem-se destacar quatro dessas áreas de interesses da atuação do psicólogo em equipe de Cuidados Paliativos:

- a) A morte compreendida como um processo natural e a qualidade de vida como o principal objetivo clínico;
- b) A família deve ser cuidada com tanto empenho quanto o doente, formando a chamada unidade de cuidados;
- c) Cuidados Paliativos são necessariamente promovidos por uma equipe interdisciplinar;
- d) A assistência não se encerra com a morte do paciente, mas se estende no apoio ao luto da família, pelo período que for necessário.

❖ Objetivos

Ampliar o olhar e a escuta, fornecendo elementos capazes de ajudar o paciente/família no enfrentamento e elaboração das experiências emocionais vivenciadas no processo de vida, morte e luto.

❖ Intervenções e orientações do psicólogo

O psicólogo, como parte da equipe interdisciplinar de Cuidados Paliativos, foca sua intervenção em:

- Escutar e acolher pacientes e familiares.
- Avaliar o paciente e seu contexto familiar.
- Conhecer a história de vida do paciente permitindo que este a reviva, reflita, elabore e, talvez assim, compreenda melhor os sentimentos vivenciados naquele momento.
- Oferecer suporte que permita ao paciente viver tão ativamente quanto possível, tendo como foco a manutenção de sua autonomia.

- Atentar para as demais reações passíveis de surgir dentro desse contexto, tanto de pacientes como familiares, como negação, raiva, depressão, ansiedade e outros transtornos.
- Utilizar técnicas de relaxamento para minimizar o processo da dor e outros sintomas estressantes
- Acolher a família, mesmo após o óbito do paciente, com o objetivo de contribuir na elaboração do processo de luto em formação, bem como, na reconfiguração dos novos papéis familiares que naturalmente irão surgir.

8.6- Atuação do Serviço social

O Serviço Social possui atribuições delimitadas dentro de sua Lei de Regulamentação (Lei 8.662/1993) e Código de Ética Profissional.

❖ Objetivo

Identificar e intervir sobre as expressões da questão social que interferem no processo saúde-doença dos portadores de patologias cardiovasculares, contribuindo para a efetivação dos seus direitos.

❖ Intervenção e orientações da equipe do Serviço Social

- Realizar o atendimento social aos usuários, seus familiares e/ou cuidadores, encaminhados pela equipe multiprofissional, por demanda espontânea ou agendados pelo Serviço Social, resposta às solicitações de pareceres, mediante avaliação social;
- Avaliar situações de vulnerabilidade social, intervindo e providenciando os devidos encaminhamentos (casos de violência doméstica, usuários sem identificação, maus tratos a crianças, adolescentes, idosos, a portadores de deficiência, dentre outros);
- Identificar as demandas relacionadas aos direitos sociais dos usuários, orientando-os e/ou encaminhando-os para as instituições responsáveis pelas respectivas políticas sociais, tais como: direito previdenciário; isenção do imposto de renda, na aposentadoria reforma ou pensão; gratuidade do transporte ao portador de doença crônica (vale social, passe livre e Tratamento Fora do Domicílio - TFD); acesso aos medicamentos disponibilizados pela Farmácia de Medicamentos Excepcionais da Secretaria Estadual de Saúde; bem como, aos

programas de medicamentos, no âmbito do SUS e farmácias populares; acesso à Defensoria Pública, Minha Casa, Minha Vida, Programa Bolsa Família; Benefício da Prestação Continuada – BPC/LOAS); orientação quanto ao processo de curatela e/ou procuração, dentre outras;

- Realizar abordagem para educação em saúde, estimular a participação familiar no processo saúde-doença, refletir questões que interferem na adesão do usuário ao tratamento, instruir o paciente sobre os direitos decorrentes da cardiopatia;
- Orientar familiares e/ou cuidadores do usuário, em situações de óbito do mesmo, no que se refere aos direitos civis e sociais da família (tais como: registro em cartório, gratuidade do sepultamento e orientação por pensão por morte);
- Orientar quanto o direito ao acompanhante (legislação e rotina institucional) e fornecer a autorização para a permanência do familiar, de acordo com a avaliação social, nos casos de internação nas enfermarias;
- Convocar familiar e/ou cuidador para atendimento em situações avaliadas pelo Serviço Social;
- Estimular a participação de familiares e/ou cuidadores no processo saúde/doença;
- Solicitar parecer a profissionais da equipe multiprofissional.

REFERÊNCIAS

- ANDRADE, B; SERA, C; YAZUKAWA, S. Papel da fisioterapia na equipe. In: Academia Nacional de Cuidados Paliativos. **Manual de cuidados paliativos**. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2009. p. 230-3.
- BACAL, Fernando. et al. II Diretriz Brasileira de Transplante Cardíaco. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**, São Paulo, v. 94, n. 1, supl. 1, p. e16-e76, 2010 .
- BAKITAS, Marie. et al. Palliative Care Consultations for Heart Failure Patients: How, many, when, and why? **Journal of Cardiac Failure**, 2013. March; 19(3):193-201.
- BARRETO, Antonio Carlos P. et al. **Suporte avançado de vida em insuficiência cardíaca crônica**. Consultório. Barueri, SP. Manole, 2015.
- BOCCHI EA. et al. Sociedade Brasileira de Cardiologia. III Diretriz de Insuficiência Cardíaca Crônica. **Arq. Bras Cardiol**, São Paulo, 2009; 93 (1 supl.1): 1-71.
- BUTLER, Javed et al. Advanced directives among hospitalized patients with heart failure. **JACC: Heart Failure**. vol 3. n. 2, 2015.
- CAVALCANTI, Ana Carla Dantas; CORREIA, Dayse Mary da Silva; QUELUCI, Gisella de Carvalho. A implantação da consulta de enfermagem ao paciente com insuficiência cardíaca. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 11, n. 1, p. 194, 2009.
- CARVALHO, R. T; PARSONS, H. A. **Manual de Cuidados Paliativos**. 2. ed. São Paulo: Academia Nacional de Cuidados Paliativos, 2012. p. 353-7.
- CONSELHO REGIONAL DE SERVIÇO SOCIAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. **O serviço social em hospitais: orientações básicas**. Rio de Janeiro: CRESS 7ª. R., 2003. 31 p.
- CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Parâmetros para a Atuação do Assistente Social na Saúde**. Brasília, 2009.
- CONSELHO REGIONAL DE SERVIÇO SOCIAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. Assistente social: ética e direitos. **Coletânea de Leis e Resoluções**. 4. ed. Rio de Janeiro: CRESS 7ª. R., 2002. 422 p.
- DONAHU, ERIN K. et al. Protocol-Driven Allied Health post-discharge transition clinic to reduce Hospital Readmission in Heart Failure. **J Am Heart Assoc**. 2015.
- DOYLE, D. et al. **Oxford text book in palliative medicine**. 3ª ed, Oxford University Press, 2005. Cap 15, p 1050-6.
- GRADY, PATRICIA A. Advancing palliative care and-of-life Science in cardiorrespiratory populations: the contributions of nursing Science. **Heart & Lung**. (2016) 1-4.

GRAY, A. et al. Noninvasive ventilation in acute cardiogenic pulmonary edema. **N Engl J Med** 2008 Jul 10. 359(2): 142-51.

IAMAMOTO, M. V. Projeto profissional, espaços ocupacionais e trabalho do (a) assistente social na atualidade. In: CFESS. **Atribuições privativas do (a) assistente social**: em questão. Brasília: CFESS, p. 13-50, 2002.

JAARSMA, TINY et al. Palliative care in Heart Failure: a position statement from the palliative care workshop of the Heart Failure Association of the European Society of Cardiology. **European Journal of Heart Failure** (2009) 11, 433-443.

KRONDUP, Jens. et al. Nutritional risk screening (NRS 2002): a new method based on an analysis of controlled clinical trials. *Clinical Nutrition*. jun, vol 22 2003.

LEVY, M. et al. Outcomes of patients with do-not-intubate orders treated with noninvasive ventilation. **Critical Care Medicine**. 2004 Out. 32(10): 2002-7.

LINGARD, LORELEI A. et al. Understanding Palliative Care on the Heart Failure Care Team: Na Innovative Research Methodology. **Journal of Pain and Symptom Management**. vol 45. No 5. May 2013.

MARRUCI, F. C. I. O papel da fisioterapia nos Cuidados Paliativos a pacientes com câncer. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro:INCA, 2005. 51(1): 67-77.

MENTZ, Robert J. et al. The Palliative Care in Heart Failure Trial: Rationale and Design. **Am Heart Journal** 2014: 168 : 645-651.

MESQUITA, E. T.; QUELUCI, G. C. **Abordagem Multidisciplinar ao Paciente com Insuficiência Cardíaca**. São Paulo: Editora Atheneu, 2013.

MEYERS, DEBORAH E. et al. End-of-life decisions and palliative care in advanced heart failure. **Canadian Journal of Cardiology**; 32 (2016): 1148-1156.

MOSALPURIA, KAILASH “*et all*”. Outpatient Management of Heart Failure in the United States, 2006–2008. **Texas Heart Institute Journal**. vol. 4, n. 3, 2014.

MIZUNO. A. et al. Potential palliative care quality indicators in heart disease patients: a review of the literature. **Journal of cardiology**. 2017 Feb; p. 1479-86.

MURAD, KHALIL. Et al. Frailty and multiple comorbidities em the elderly patients with heart failure: implications for management. **Heart Fail Rev** (2012) 17: 581-588.

PERRACINI, M. R. A interprofissionalidade e o Contexto Familiar: o papel do fisioterapeuta. In: DUARTE, Yeda Aparecida de Oliveira; DIOGO, Maria José D’Elboux. **Atendimento Domiciliar: um enfoque gerontológico**. Rio de Janeiro: Atheneu, 2000. p. 117-143.

RILEY, J; BEATTIE, J. Palliative care in heart failure: facts and numbers. *Esc Heart Failure*. 2017 May; 4(2): 81–7.

SERA, C; MEIRELES, M. **Cuidado paliativo**. São Paulo: CREMESP, 2008. p. 409-21.

SOUSA, Fátima Aparecida. et al. Escala multidimensional de avaliação de dor (EMADOR). **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 18, n. 1, p. 03-10, 2010.

WOODS, Susan; FROELICHER, Erika S. Sivarajan; MOTZER, Sandra Underhill. **Enfermagem em Cardiologia**. 4a. ed. Barueri, São Paulo: Editora Manole, 2005.

SUDORE, REBECCA L. et al. Redefining the “Planning” in Advance Care Planning: preparing for End-of-Life decision making. **Annals of Internal Medicine**. 2010. August 17: 153(4): 256-261.

ANEXO A – FICHA DE AVALIAÇÃO CLÍNICA

Nome _____

Entrevistador: _____

–

Data: ____/____/____.

Nome Completo: _____

Prontuário: _____ Data de

nascimento: ____/____/____ Idade: _____ Tel.Fixo: _____ Cel: _____

Telefone (recados): _____ E-mail: _____

Estado civil: Solteiro / Casado / Divorciado / Viúvo / União estável.

I-DADOS PESSOAIS:

Escolaridade: () Não frequentou escola

() 1º Grau incompleto

() 1º Grau completo

() 2º Grau incompleto

() 2º Grau completo

() Superior incompleto

() Superior completo

() Pós-graduação

Moradia : Sozinho

Com esposo

Com filho

Instituição de longa permanência

Familiares

Trabalha: () sim () não Profissão: _____

Ocupação habitual: _____

Aposentado: () sim () não

Quantas pessoas casa: _____

Renda familiar: _____

II-HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL e CARDIOVASCULARES II. I) Manifestações

clínicas atuais :

Dor torácica :

- Desconforto ou dor retroesternal.
- Desencadeada por exercício ou estresse emocional.
- Aliviada com repouso ou uso de nitrato sublingual.
- Palpitações
- Fadiga
- Cansaço
- Dispnéia:
- Dispnéia paroxística noturna.
- Ortopnéia.
- Dispnéia aos esforços:
 - grandes médios pequenos repouso
- Edema:
- Pré-tibial.
- Membros inferiores
- Ascite
- Anasarca
- Sintomas de baixo débito:
- Síncope.
- Pré-síncope.
- Tonteiras.

EXAME FÍSICO:

Dados antropométricos:

Peso (kg) _____ Altura (m) _____ IMC (kg/m) _____

Circunferência abdominal _____ Circunferência da panturrilha _____

Estado Geral: bom regular mau estado geral

Pele: corada descorada hidratada
 desidratada icterícia febre

Sinais vitais: Pressão arterial

Localização: MSE MSD

Posição	Pressão arterial sistólica	Pressão arterial diastólica
<input type="checkbox"/> DEITADO		
<input type="checkbox"/> SENTADO		
<input type="checkbox"/> EM PÉ		

Frequência cardíaca: _____ bpm

Aparelho cardiovascular:

Turgência venosa jugular

Refluxo hepatojugular

Sopros cardíacos: sim não

Sistólico: FAo FM FP FT

Diastólico: FAo FM FP FT

Exame pulmonar:

- Crepitações basais Crepitações > basais. Sibilos.

Abdome:

- Ascite Hepatomegalia Esplenomegalia

Membros inferiores:

- Edema de membros inferiores.

Definição do quadro de Insuficiência Cardíaca:

Insuficiência cardíaca:

Classe funcional: NYHA I II III IV

Perfil hemodinâmico: quente-seco quente-úmido frio-úmido frio-seco

Estágios da IC:

- Estágio A (Pacientes sob risco de desenvolver IC, mas, sem doença estrutural cardíaca e sem sintomas).
- Estágio B (Paciente com doença estrutural cardíaca, mas, sem sintomas de IC).
- Estágio C (Paciente com sintomas atuais ou progressos de IC e doença estrutural).
- Estágio D (Pacientes com sintomas refratários ao tratamento convencional, que requerem intervenções especializadas ou cuidados paliativos).

Etiologia:

- Insuficiência cardíaca com fração de ejeção preservada.
- Miocardiopatia hipertrófica
- Miocardiopatias restritivas
- Miocardites
- Miocardiopatia isquêmica

- Miocardiopatia hipertensiva
- Miocardiopatia alcoólica
- Miocardiopatia por toxicidade (quimioterápicos)
- Doença de Chagas
- Miocardiopatia familiar
- Miocardiopatia de etiologia valvar
- Miocardiopatia idiopática
- Outras etiologias

IV. Fatores de risco para doença cardiovascular:

- HAS
- DM: tipo 1 tipo 2
- Dislipidemia.
- Tabagismo: não. ex-tabagista atual maços/ano :
- Obesidade

V. Lista de comorbidades de Charlson

- Infarto agudo do miocárdio
- Insuficiência cardíaca congestiva
- Doença cérebro-vascular
- Doença pulmonar crônica
- Doença do tecido conjuntivo
- Diabetes sem complicação
- Hemiplegia ou paraplegia
- Doença renal severa ou moderada

- Diabetes com complicação
- Tumor
- Leucemia
- Linfoma
- Doença do fígado severa ou moderada
- Tumor maligno: metástase
- AIDS

VI. Procedimentos cardiovasculares prévios:

- Marcapasso cardíaco.
- Cardiodesfibrilador implantável.
- Ressincronizador cardíaco.
- Angioplastia coronariana: stent convencional stent farmacológico.
- Cirurgia de Revascularização do Miocárdio: enxertos venosos enxertos arteriais.
- Cirurgia de troca valvar.
- Correção de cardiopatia congênita.
- Intervenções na Aorta: cirúrgicos intervencionista híbrido
- Transplante cardíaco.
- Suporte circulatório mecânico.

III - MEDICACÕES ATUAIS:

Medicações	Dose	Horários	Usa há mais de 3 meses?
			() sim () não
			() sim () não
			() sim () não
			() sim () não
			() sim () não
			() sim () não
			() sim () não
			() sim () não
			() sim () não
			() sim () não
			() sim () não
			() sim () não
			() sim () não
			() sim () não
			() sim () não
			() sim () não
			() sim () não
			() sim () não
			() sim () não
			() sim () não
			() sim () não

			<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
			<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não

Outras:

ANEXO B- Avaliação Funcional - Palliative Performance Scale” (PPS)

%	Deambulação	Atividade e Evidência da Doença	Autocuidado	Ingesta	Nível de Consciência
100	Completa	Atividade normal e trabalho. Sem evidência de doença	Completo	Normal	Completo
90	Completa	Atividade normal e trabalho. Alguma evidência de doença.	Completo	Normal	Completo
80	Completa	Atividade normal com esforço, alguma evidência de doença.	Completo	Normal ou Reduzida	Completo
70	Reduzida	Incapaz para o trabalho, doença significativa.	Completo	Normal ou Reduzida	Completo
60	Reduzida	Incapaz para hobbies/trabalho doméstico, doença significativa.	Assistência ocasional	Normal ou Reduzida	Completo ou períodos de confusão
50	Maior parte do tempo sentado ou deitado	Incapacidade para qualquer trabalho	Assistência considerável	Normal ou Reduzida	Completo ou períodos de confusão
40	Maior parte do tempo acamado	Incapaz para a maioria das atividades, doença extensa.	Assistência quase completa	Normal ou Reduzida	Completo ou sonolência +/- confusão
30	Totalmente acamado	Incapaz para qualquer atividade.	Dependência completa	Normal ou Reduzida	Completo ou sonolência +/- confusão

20	Totalmente acamado	Incapaz para qualquer atividade, doença extensa.	Dependência completa	Mínima a pequenos goles	Completo ou sonolência +/- confusão
10	Totalmente acamado	Incapaz para qualquer atividade, doença extensa.	Dependência completa	Cuidados com a boca	Sonolência ou coma +/- confusão
0	Morte	-	-	-	-

ANEXO C - Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton (ESAS-r)

Sem dor	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior dor possível
Sem cansaço Cansaço = falta de energia	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior cansaço possível
Sem sonolência Sonolência = sentir-se com sono	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior sonolência possível
Sem náusea	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior náusea possível
Com 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
Sem depressão Depressão = sentir-se triste	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior depressão possível
Sem ansiedade Ansiedade = sentir-se nervoso	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior ansiedade possível
Com bem estar Bem estar/Mal estar = como você se sente em	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior mal estar possível

geral		
Sem outro problema (por exemplo, prisão de ventre)	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior possível

Por favor, circule o número que melhor descrever como você está se sentindo agora.

ANEXO D- Escala de Atividades Básicas de Vida Diária – Katz

ATIVIDADE	INDEPENDENTE	SIM	NÃO
1. Banho	Não recebe ajuda ou somente recebe ajuda para 1 parte do corpo.		
2. Vestir-se	Pega as roupas e se veste sem qualquer ajuda, exceto para amarrar os sapatos.		
3. Higiene pessoal	Vai ao banheiro, usa o banheiro, veste-se e retorna sem qualquer ajuda (pode usar andador ou bengala).		
4. Transferência	Consegue deitar na cama, sentar na cadeira e levantar sem ajuda (pode usar andador ou bengala).		
5. Continência	Controla completamente urina e fezes.		
6. Alimentação	Come sem ajuda (exceto para cortar carne ou passar manteiga no chão).		

6 pontos = independência para as AVDs; . 4 pontos = dependência parcial
 2 pontos = dependência importante

**ANEXO E- Protocolo de Identificação do Idoso Vulnerável –
Vulnerable Elders Survey - VES 13**

1.IDADE:

60 a 74 anos (= 0)

75 a 84 anos (= 1)

>= 85 anos (= 3)

2.AUTOPERCEPÇÃO DA SAÚDE:

Em geral, comparando com outras pessoas de sua idade, você diria que sua saúde é:

Excelente (= 0)

Muito boa (= 0)

Boa (= 0)

Regular (= 1)

Ruim (= 1)

3.LIMITAÇÃO FÍSICA:

Em média, quanta dificuldade você tem para fazer as seguintes atividades físicas:

a. Curvar-se, agachar ou ajoelhar-se?

Nenhuma dificuldade (= 0)

Pouca dificuldade (= 0)

Média (alguma dificuldade) (= 0)

Muita dificuldade (= 1)

Incapaz de fazer (Não consegue fazer) (= 1)

a. Levantar ou carregar objetos com peso aproximado de 5 kg?

Nenhuma dificuldade (= 0)

Pouca dificuldade (= 0)

Média (alguma dificuldade) (= 0)

Muita dificuldade (=1)

Incapaz de fazer (Não consegue fazer) (= 1)

a. Elevar ou estender os braços acima do ombro?

Nenhuma dificuldade (= 0)

Pouca dificuldade (= 0)

Média (alguma dificuldade) (= 0)

Muita dificuldade (= 1)

Incapaz de fazer (Não consegue fazer) (= 1)

a. Escrever ou manusear e segurar pequenos objetos?

Nenhuma dificuldade (= 0)

Pouca dificuldade (= 0)

Média (alguma dificuldade) (= 0)

Muita dificuldade (= 1)

Incapaz de fazer (Não consegue fazer) (= 1)

a. Andar 400 metros (aproximadamente quatro quarteirões).

Nenhuma dificuldade (= 0)

Pouca dificuldade (= 0)

Média (alguma dificuldade) (= 0)

Muita dificuldade (= 1)

Incapaz de fazer (Não consegue fazer) (= 1)

a. Fazer serviço doméstico pesado como esfregar o chão ou limpar janelas?

Nenhuma dificuldade (= 0)

Pouca dificuldade (= 0)

Média (alguma dificuldade) (= 0)

Muita dificuldade (= 1)

Incapaz de fazer (Não consegue fazer) (= 1)

4. INCAPACIDADES: Por causa de sua saúde ou condição física, você tem alguma dificuldade para:

a. Fazer compras de itens pessoais (como produtos de higiene pessoal ou medicamentos)?

SIM (Você recebe ajuda para fazer compras?): sim (= 4) NÃO (= 0)

NÃO FAÇO COMPRAS (isso acontece por causa de sua saúde?): sim (= 4) não

b. Lidar com dinheiro (como controlar suas despesas, gastos ou pagar contas)?

SIM (Você recebe ajuda para lidar com dinheiro?): sim (= 4) não

NÃO (= 0)

NÃO LIDO COM DINHEIRO (isso acontece por causa de sua saúde?):

Sim (= 4) não

c. Atravessar o quarto andando ou caminhar pela sala?

SIM (Você recebe ajuda para andar ?) : sim (= 4) não

NÃO (= 0)

NÃO ANDO (isso acontece por causa de sua saúde?): sim (= 4) não

d. Realizar tarefas domésticas leves (como lavar pratos, arrumar a casa ou fazer limpeza leve)?

SIM (Você recebe ajuda para tarefas domésticas leves ?) : sim (= 4) não

NÃO (= 0)

NÃO FAÇO TAREFAS DOMÉSTICAS LEVES (isso acontece por causa de sua saúde ?): sim (= 4) não

e. Tomar banho de chuveiro ou banheira?

SIM (Você recebe ajuda para tomar banho de chuveiro ou de banheira?) : sim (= 4) não

NÃO (= 0)

NÃO tomo banho de chuveiro ou banheira (isso acontece por causa de sua saúde ?
sim (= 4) não

ANEXO F – Ficha de Indicador
Taxa de pacientes atendidos no ambulatório

Sigla						
Nome	Taxa de pacientes atendidos no ambulatório de cuidados paliativos					
Objeto de Mensuração/Conceituação	Monitorar o atendimento ambulatorial pela equipe multidisciplinar no cuidado ao paciente em cuidado paliativo.					
Domínio	Segurança					
Importância	O paciente em cuidados paliativos necessita de conforto e alívio dos sintomas a fim de melhorar a qualidade de vida					
Método de cálculo	$\frac{Nde\ pacientes\ atendido\ no\ Amb.\ de\ cuidados\ paliativo}{N.\ de\ pacientes\ agendado\ no\ amb.\ cuidados\ paliativo}$					
Unidade de medida						
Definição dos termos utilizados no indicador: a) Numerador b) Denominador	a) número de pacientes atendidos b) número de pacientes agendado					
Interpretação	Quanto maior o percentual, maior é adesão do paciente ao atendimento ambulatorial					
Periodicidade de envio dos dados	Mensal					
Responsável pela coleta	Administrativo					
Público alvo	Pacientes em cuidados paliativos					
Parâmetros, dados estatísticos e recomendações	Recomendação: atender o paciente na perspectiva multidisciplinar					
Meta	Atender 85% pacientes agendados					
Serie histórica	Ano 1	Ano 2	Ano 3	Ano 4	Ano 5	
Ações esperadas para causar impacto no indicador	Monitorar remotamente por telefone os pacientes faltosos					
Fonte de dados/Origem	Sistema Informativo da Instituição					

Taxa de pareceres respondidos pelo Comitê de Cuidados Paliativos

Sigla					
Nome	Taxa de pareceres respondidos ao mês.				
Objeto de Mensuração/Conceituação	O Comitê de cuidados paliativos é um Órgão institucional de caráter consultivo				
Domínio	Qualidade				
Importância	O paciente em cuidados paliativos necessita de conforto e alívio dos sintomas a fim de melhorar a qualidade de vida				
Método de cálculo	$\frac{\text{Nde pareceres respondidos pelo comitê cuidados paliativos, e}}{\text{N. de pareceres solicitados ao comitê de cuidados paliativos, e}}$				
Unidade de medida	Percentual				
Definição dos termos utilizados no indicador: a) Numerador b) Denominador	a) número de pareceres respondidos b) número de pareceres solicitados				
Interpretação	Quanto maior o percentual, maior é adesão da equipe ao protocolo institucional				
Periodicidade de envio dos dados	Mensal				
Responsável pela coleta	Administrativo				
Público alvo	Pacientes em Cuidados Paliativos				
Parâmetros, dados estatísticos e recomendações	Recomendação: atender o paciente na perspectiva multidisciplinar				
Meta	Atender 85% pacientes agendados				
Serie histórica	Ano 1	Ano 2	Ano 3	Ano 4	Ano 5
Ações esperadas para causar impacto no indicador	Visita semanal aos setores para divulgar o protocolo e uniformizar as informações.				
Fonte de dados/Origem	Sistema Informativo da Instituição				

ANEXO G - MNA

Mini Nutritional Assessment MNA[®]

Nestlé
Nutrition Institute

Apelido:	Nome:
Sexo:	Idade:
Peso, kg:	Altura, cm:
Data:	

Responda à secção "Triagem", preenchendo as caixas com os números adequados. Some os números da secção "Triagem". Se a pontuação obtida for igual ou menor que 11, continue o preenchimento do questionário para obter a pontuação indicadora de desnutrição.

Triagem

A Nos últimos três meses houve diminuição da ingestão alimentar devido a perda de apetite, problemas digestivos ou dificuldade para mastigar ou deglutir?

- 0 = diminuição grave da ingestão
1 = diminuição moderada da ingestão
2 = sem diminuição da ingestão

B Perda de peso nos últimos 3 meses

- 0 = superior a três quilos
1 = não sabe informar
2 = entre um e três quilos
3 = sem perda de peso

C Mobilidade

- 0 = restrito ao leito ou à cadeira de rodas
1 = deambula mas não é capaz de sair de casa
2 = normal

D Passou por algum stress psicológico ou doença aguda nos últimos três meses?

- 0 = sim 2 = não

E Problemas neuropsicológicos

- 0 = demência ou depressão graves
1 = demência ligeira
2 = sem problemas psicológicos

F Índice de Massa Corporal = peso em kg / (estatura em m)²

- 0 = IMC < 19
1 = 19 ≤ IMC < 21
2 = 21 ≤ IMC < 23
3 = IMC ≥ 23

Pontuação da Triagem (subtotal, máximo de 14 pontos)

12-14 pontos: estado nutricional normal

8-11 pontos: sob risco de desnutrição

0-7 pontos: desnutrido

Para uma avaliação mais detalhada, continue com as perguntas G-R

Avaliação global

G O doente vive na sua própria casa (não em instituição geriátrica ou hospital)

- 1 = sim 0 = não

H Utiliza mais de três medicamentos diferentes por dia?

- 0 = sim 1 = não

I Lesões de pele ou escaras?

- 0 = sim 1 = não

References

- Vellas B, Vilars H, Abellan G, et al. Overview of the MNA® - Its History and Challenges. *J Nutr Health Aging*. 2006; 10:456-465.
- Rubenstein LZ, Harker JD, Salva A, Guigoz Y, Vellas B. Screening for Undernutrition in Geriatric Practice: Developing the Short-Form Mini Nutritional Assessment (MNA-SF). *J Geront*. 2001; 56A: M366-377.
- Guigoz Y. The Mini-Nutritional Assessment (MNA®) Review of the Literature - What does it tell us? *J Nutr Health Aging*. 2006; 10:466-467.

© Société des Produits Nestlé, S.A., Vevey, Switzerland, Trademark Owners
© Nestlé, 1994, Revision 2009. N67200 1299 10M

Para maiores informações: www.mna-elderly.com

J Quantas refeições faz por dia?

- 0 = uma refeição
1 = duas refeições
2 = três refeições

K O doente consome:

- pelo menos uma porção diária de leite ou derivados (leite, queijo, iogurte)? sim não
 - duas ou mais porções semanais de leguminosas ou ovos? sim não
 - carne, peixe ou aves todos os dias? sim não
- 0.0 = nenhuma ou uma resposta «sim»
0.5 = duas respostas «sem»
1.0 = três respostas «sim»

L O doente consome duas ou mais porções diárias de fruta ou produtos hortícolas?

- 0 = não 1 = sim

M Quantos copos de líquidos (água, sumo, café, chá, leite) o doente consome por dia?

- 0.0 = menos de três copos
0.5 = três a cinco copos
1.0 = mais de cinco copos

N Modo de se alimentar

- 0 = não é capaz de se alimentar sozinho
1 = alimenta-se sozinho, porém com dificuldade
2 = alimenta-se sozinho sem dificuldade

O O doente acredita ter algum problema nutricional?

- 0 = acredita estar desnutrido
1 = não sabe dizer
2 = acredita não ter um problema nutricional

P Em comparação com outras pessoas da mesma idade, como considera o doente a sua própria saúde?

- 0.0 = pior
0.5 = não sabe
1.0 = igual
2.0 = melhor

Q Perímetro braquial (PB) em cm

- 0.0 = PB < 21
0.5 = 21 ≤ PB ≤ 22
1.0 = PB > 22

R Perímetro da perna (PP) em cm

- 0 = PP < 31
1 = PP ≥ 31

Avaliação global (máximo 16 pontos)

Pontuação da triagem

Pontuação total (máximo 30 pontos)

Avaliação do Estado Nutricional

- | | |
|--|---------------------------|
| de 24 a 30 pontos <input type="checkbox"/> | estado nutricional normal |
| de 17 a 23,5 pontos <input type="checkbox"/> | sob risco de desnutrição |
| menos de 17 pontos <input type="checkbox"/> | desnutrido |



Sobrenome: _____

Nome: _____

Sexo: _____

Idade: _____

Peso, kg: _____

Altura, cm: _____

Data: _____

Completar a avaliação, preenchendo as caixas com os números adequados. Some os números para obter o escore final de triagem.

Triagem**A** Nos últimos três meses houve diminuição da ingestão alimentar devido à perda de apetite, problemas digestivos ou dificuldade para mastigar ou deglutir?

- 0 = diminuição severa da ingestão
1 = diminuição moderada da ingestão
2 = sem diminuição da ingestão

B Perda de peso nos últimos 3 meses

- 0 = superior a três quilos
1 = não sabe informar
2 = entre um e três quilos
3 = sem perda de peso

C Mobilidade

- 0 = restrito ao leito ou à cadeira de rodas
1 = deambula mas não é capaz de sair de casa
2 = normal

D Passou por algum estresse psicológico ou doença aguda nos últimos três meses?

- 0 = sim 2 = não

E Problemas neuropsicológicos

- 0 = demência ou depressão graves
1 = demência leve
2 = sem problemas psicológicos

F1 Índice de Massa Corporal (IMC = peso [kg] / estatura [m]²)

- 0 = IMC < 19
1 = 19 ≤ IMC < 21
2 = 21 ≤ IMC < 23
3 = IMC ≥ 23

SE O CÁLCULO DO IMC NÃO FOR POSSÍVEL, SUBSTITUIR A QUESTÃO F1 PELA F2.
NÃO PREENCHA A QUESTÃO F2 SE A QUESTÃO F1 JÁ TIVER SIDO COMPLETADA.

F2 Circunferência da Panturrilha (CP) em cm

- 0 = CP menor que 31
3 = CP maior ou igual a 31

ANEXO H - Situação Nutricional Comprometida- NRS 2002

Identificação
Nome:
Prontuário:

Etapa 1- Triagem Inicial

TRIAGEM INICIAL	SIM	NÃO
1- O IMC é $< 20,5\text{Kg/m}^2$		
2- O paciente perdeu peso nos últimos três meses?		
3- O paciente teve sua ingesta dietética reduzida na última semana?		
4- O paciente é gravemente doente?		

OBS: Se obtiver alguma resposta sim passar para segunda etapa. Repetir a cada sete dias caso não obtenha nenhuma resposta positiva.

ESTADO NUTRICIONAL		GRAVIDADE DA DOENÇA (aumento das necessidades nutricionais)	
0 ausência escore	Estado nutricional normal	0 ausência escore	Necessidades nutricionais normais
1 leve escore	Perda de peso $> 5\%$ em 03 meses ou ingestão alimentar na última semana entre 50-75% das necessidades nutricionais	1 leve escore	Fratura de quadril, pacientes crônicos, em particular com complicações agudas: cirrose, DPOC, hemodiálise, diabetes, oncologia, paciente fraco mas deambula.

2 moderado escore	Perda de peso > 5% em 02 meses ou IMC entre 18,5-20,5 + condição geral prejudicada(enfraquecida) ou a ingestão alimentar na última semana entre 25-65% das necessidades nutricionais.	2 moderado escore	Cirurgia abdominal de grande porte, AVC, pneumonia grave, doença hematológica maligna (leucemia, linfoma). Paciente confinado ao leito.
3 grave escore	Perda de peso > 5% em 01 mês(> 15% em 03 meses) ou IMC entre 18,5 + condição geral prejudicada(enfraquecida) ou a ingestão alimentar na última semana entre 0-25% das necessidades nutricionais.	3 grave escore	Trauma, transplante de medula, paciente em terapia intensiva (APHACE >10)

Fonte: KONDRUP e col. (2003)

Resultado:

Escore nutricional: _____ Escore gravidade de
doença: _____

*somar um ponto para idosos acima de 70 anos

Escore total: _____

Classificação:

< 3 pontos (sem risco nutricional. Reavaliar a cada 07 dias)

≥ 3 pontos (risco nutricional). Conduta: Proceder com avaliação nutricional e planejamento da terapia nutricional.