

Política Nacional de
Cuidados
Paliativos

Pol.022 – Rev00

Unimed 



Política Nacional de *Cuidados Paliativos*

Pol.022 – Rev00

©2023 Confederação Nacional das Cooperativas Médicas – Unimed do Brasil
É proibida a reprodução total ou parcial desta publicação, para qualquer finalidade,
sem autorização por escrito da Unimed do Brasil.

Diretoria Executiva

Gestão 2021 – 2025

Omar Abujamra Junior – Presidente

Emilson Ferreira Lorca – Vice-presidente

Dilson Lamaita Miranda – Diretor de Administração e Finanças

Rubens Carlos de Oliveira Júnior – Diretor de Desenvolvimento de Mercado

Marcos de Almeida Cunha – Diretor de Gestão de Saúde

Silvio Porto de Oliveira – Diretor de Intercâmbio

Claudio Laudares Moreira – Diretor de Regulação, Monitoramento e Serviços

Direção

Marcos de Almeida Cunha – Diretor de Gestão de Saúde

Superintendência

Gines Henrique Martines – Superintendente de Gestão de Saúde

Coordenação

Karen Aoki – Gerente de Atenção à Saúde e NDI

Produção Institucional

Christian Morato – Atenção à Saúde da Unimed do Brasil

Jhonatan Riedo Batilani – Atenção à Saúde da Unimed do Brasil

Karen Soares Sochaczewski – Atenção à Saúde da Unimed do Brasil

Marcelo Levites – Consultor em Cuidados Paliativos

Monica Priscila Ribeiro – Atenção à Saúde da Unimed do Brasil

Sérgio Leandro Aquilas Rodrigues – Atenção à Saúde da Unimed do Brasil

Revisão Técnica

Marcella Loureiro – Unimed Paraná

Revisão

Área de Comunicação da Unimed do Brasil

Projeto gráfico e diagramação

Área de Marketing da Unimed do Brasil

Realização



Reservados todos os direitos de publicação em língua portuguesa à
Unimed do Brasil – Confederação Nacional das Cooperativas Médicas
Alameda Santos, 1.827 – 10º andar – São Paulo/SP – Brasil – CEP 01419-909
Telefone: 55 11 3265 4000 – www.unimed.coop.br

Produção técnica

Federação Centro Brasileira

Fernanda Martins dos Santos

Unimed Santa Catarina

Sabrina Floriani

Federação do Estado do Piauí

Ricardo Quirino

Federação do Estado do Mato Grosso do Sul

Camila Natera Torres

Unimed Alagoas

Kátia Macário Santos Quintiliano

Unimed do Ceará

Marcelo Tavares

Federação do Estado do Mato Grosso

Luciana Begnossi

Unimed do Estado de São Paulo

Luciana Silva

Jeferson de Lima

Federação Interfederativa do Estado de Minas Gerais

Manuely Ansia

Sivana Diniz

Unimed Pernambucana

Maria Mércia Bezerra Ferreira

Raissa Brandão

Federação/Rs

Patrícia Osório

Unimed Paraná

Arianne Villanova Almeida Gaio

Hanayara Silva



Sumário

Palavra da Diretoria.....	7
CAPÍTULO I – Cuidados Paliativos: uma necessidade para o melhor cuidado.....	9
1. Introdução.....	9
2. Conceitos e fundamentação teórica em cuidados paliativos.....	10
3. Custo e efetividade em cuidados paliativos.....	13
CAPÍTULO II – Cuidados Paliativos no mundo, no Brasil e no Sistema Unimed	15
1. Cuidados paliativos no mundo	15
2. Cuidados paliativos no Brasil.....	17
3. Cuidados paliativos no Sistema Unimed	18
CAPÍTULO III – Estratégia e Roteiro de Implantação Institucional de Cuidados Paliativos.....	20
1. A liderança de cuidados paliativos.....	20
2. A equipe assistencial de cuidados paliativos	21
3. Onde se aplicam os cuidados paliativos?	21
4. Por onde começar?	22
5. Jornada dos beneficiários na carteira de cuidados paliativos	24
6. Indicadores Específicos	26
7. Dimensionamento da equipe de cuidados paliativos.....	27
8. Conjunto mínimo de indicadores para acompanhamento assistencial e de gestão da carteira de beneficiários em cuidados paliativos.....	31
9. Modelo de remuneração	36
10. Documentação do recurso próprio de cuidados paliativos.....	40

CAPÍTULO IV – Trilha de Desenvolvimento e Aprendizagem.....	42
1. Educação continuada.....	42
CAPÍTULO V – Considerações Legais e Éticas em Cuidados Paliativos	49
ANEXO 1 – ESCALA NECPAL-BR (NECESSIDADES PALIATIVAS).....	51
ANEXO 2 – PALIATIVE PERFORMANCE STATUS (PPS)	53
ANEXO 3 – RESOLUÇÃO CFM Nº 1.805/2006	54
ANEXO 4 – CONCEITO E APLICABILIDADE DAS DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE.....	55
ANEXO 5 – MODELO DE DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE.....	57
ANEXO 6 – ESCALA ZARIT (AVALIAÇÃO DE SOBRECARGA DOS CUIDADORES)	58
ANEXO 7 – QUESTIONÁRIO FICA ADAPTADA	60
ANEXO 8 – ESCALA DE AVALIAÇÃO DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO (HADS).....	61
ANEXO 9 – ESCALA DE SATISFAÇÃO COM A VIDA (SWLS).....	62
ANEXO 10 – ESCALA DE AVALIAÇÃO DE SINTOMAS DE EDMONTON (ESAS-R)	63
Referências Bibliográficas.....	65





Palavra da Diretoria

Uma jornada de avanços para a uma estruturação de Cuidados Paliativos no Sistema Unimed

Os Cuidados Paliativos vêm ganhando cada vez mais destaque na saúde suplementar no Brasil, ampliando o modelo do cuidado centrado no beneficiário, com uma visão holística da equipe de saúde frente ao diagnóstico ameaçador à vida do beneficiário, remodelando o foco na abordagem médica, que tradicionalmente se dava por intervenções curativas, centrada na unicamente na doença. Com o aumento das doenças crônicas, há uma necessidade de se reconhecer a importância deste modelo assistencial como parte do cuidado continuado na jornada do beneficiário Unimed.

O Sistema Unimed, por possuir a maior rede assistencial estruturada na Saúde Suplementar, permite um atendimento integrado e personalizado. Atualmente, são mais de 75 iniciativas de Cuidados Paliativos distribuídas nos recursos próprios de atenção domiciliar, hospitalar e ambulatorial em mais de 60 Unimeds do Sistema.

Temos a convicção de que cuidar da jornada do beneficiário, dentro dos serviços de saúde, por meio do desenvolvimento e estruturação de novas tecnologias e práticas assistenciais, reduz desperdícios e traz oportunidades de ganhos e eficiência, com foco potencial para melhorar a qualidade de vida dos pacientes, e contribuir para a sustentabilidade do sistema de saúde como um todo.

A partir do planejamento estratégico, a Unimed do Brasil tem atuado de forma próxima junto às Federações Estaduais e, por meio dos grupos de trabalho, construiu este material com novas proposições de melhoria para o modelo assistencial em Cuidados Paliativos. Com essas ações, evidencia-se o caminho para tornar as Unimeds mais sólidas na implantação, estrutura e processo operacional de seus serviços.

Acreditamos que é possível construir este caminho de forma conjunta, por meio da força colaborativa inerente às nossas cooperativas médicas. Com este conteúdo, ampliamos possibilidades para uma nova fase dos Cuidados Paliativos no Sistema Unimed.

Boa leitura!

Marcos de Almeida Cunha







CAPÍTULO I

Cuidados Paliativos: uma necessidade para o melhor cuidado

1. Introdução



O cuidado de pessoas no processo de enfrentamento da morte é tão antigo quanto a própria medicina⁽¹⁾. Desde a época de Hipócrates, até chegar a Cicely Saunders e à criação do St. Christopher's Hospice em Londres, em 1967, a compreensão da necessidade de cuidar com dignidade de quem está morrendo é uma das essências da boa Medicina.

Como exercício filosófico, podemos inverter a ordem de um dos mais importantes aforismos hipocráticos da Medicina – “Curar algumas vezes, aliviar quase sempre, consolar sempre” – para mostrar a importância dos Cuidados Paliativos para a Medicina e educação médica⁽²⁾.

Na boa prática da Medicina, sempre consolamos em primeiro lugar, aliviamos quase sempre e, quando possível, curamos. A ordem dos fatores pode fazer a diferença em ajudar o profissional da área da saúde na determinação das prioridades no cuidado, considerando “do mais importante para o menos importante”.

Entretanto, escolher priorizar o conforto ao invés de realizar um tratamento curativo não é intuitivo na prática da Medicina. Para esse tipo de raciocínio, precisamos de lideranças na saúde que compreendam o contexto de forma sistêmica e de acordo com as necessidades dos pacientes.

Os pacientes e suas famílias que sofrem com uma doença incurável necessitam de atenção especial por parte da sociedade, em geral, e do próprio Sistema Unimed, em específico. Cuidar também de quem está morrendo demonstra uma nítida evolução da comunidade em que vivemos.



2. Conceitos e fundamentação teórica em cuidados paliativos

O entendimento sobre os Cuidados Paliativos (CP) vem sendo desenvolvido ao longo de seu processo de definição, atualizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 2018⁽³⁾, por meio de uma abordagem que melhora a qualidade de vida de pacientes (adultos e crianças) e famílias que enfrentam problemas associados a doenças ou condições de saúde que ameacem ou limitem a vida. Prevenir e aliviar o sofrimento por meio da identificação precoce, avaliação correta e tratamento da dor e de outros problemas físicos, psicossociais ou espirituais.

*Compreende-se como doença grave e ameaçadora à vida qualquer **doença aguda** ou **crônica** ou **diversas condições de saúde** que estão relacionadas ao alto grau de mortalidade, com prejuízos à qualidade de vida e funcionalidade da pessoa, decorrentes de sintomas ou tratamentos, acarretando **dependências de cuidados** e possível sobrecarga do cuidador responsável ⁽⁴⁾.*

Nesse contexto, as doenças ameaçadoras à vida, com ou sem possibilidade de reversão ou tratamentos curativos, despertam-nos a necessidade de um olhar para o cuidado amplo e complexo, em que haja interesse pela totalidade da vida do paciente e com respeito ao seu sofrimento e ao de seus familiares⁽⁵⁾. Na literatura internacional, esse tipo de abordagem é associado a **benefícios e melhorias**. Dentre eles pode-se destacar⁽⁶⁾:



Melhor planejamento prévio de cuidados



Melhorar a qualidade de vida



Reduzir os sintomas desagradáveis



Maior satisfação dos pacientes e do núcleo cuidador



Melhor utilização dos recursos do sistema de saúde

Os CP são cada vez mais reconhecidos como parte essencial nos sistemas de saúde. A demanda por esse tipo de assistência é crescente em todo o mundo devido ao envelhecimento populacional, que é associado às pessoas viverem mais e em condições de saúde mais complexas, decorrentes da maior prevalência de neoplasias e/ou doenças crônico-degenerativas.



Outro importante benefício relatado em trabalhos que avaliam o tratamento paliativo é o efeito dessa abordagem nos familiares. Conversar sobre os cuidados de fim de vida e a percepção positiva dos familiares sobre a assistência mostrou-se um fator protetor com relação ao desenvolvimento de depressão e luto complicado⁽⁷⁻⁹⁾.

Cerca de 80% do total estimado de pessoas com doenças ameaçadoras à vida têm acesso limitado até mesmo a intervenções básicas de CP, como controle de dor e suporte emocional para o paciente e a família^(10,11).

Entende-se atualmente que os CP são uma abordagem que deve ocorrer concomitantemente aos cuidados curativos ou modificadores de doença. Em vez de se pensar ou indicar CP somente na terminalidade da vida, atualmente o conceito e a indicação desta especialidade também se relaciona ao sofrimento de uma doença grave. Dessa forma, deve ser ofertado em todos os níveis de atenção à saúde (primário, secundário e terciário).

Conforme a **PORTARIA GM/MS Nº 3.681, publicada em 7 de maio de 2024**, os cuidados paliativos compreendem as seguintes dimensões⁽¹²⁾:

Para uma prática adequada de cuidados paliativos, são necessários conhecimento e compreensão dos seguintes **princípios norteadores**⁽¹³⁾.

- Oferta dos cuidados paliativos em todo o ciclo de vida (criança, adulto e idoso), de forma indistinta para pessoas em sofrimento por qualquer condição clínica que ameace a continuidade da vida.
- Início das investigações necessárias para melhor compreender e controlar situações clínicas que ameacem a continuidade da vida.

1. Física: compreende ações de tratamento e gerenciamento de sintomas como dor, dispneia, desconforto e náuseas, por meio do uso de medicamentos em tempo oportuno e dosagem adequada, técnicas não farmacológicas e abordagens terapêuticas para fornecer conforto à pessoa;

2. Psicoemocional: suporte psicológico e emocional à pessoa cuidada, bem como aos seus familiares e/ou cuidadores, de forma contínua e humanizada, por meio de comunicação empática, escuta ativa e outras ações para promover o alívio do sofrimento;

3. Espiritual: identificação do desejo da pessoa de comunicar suas necessidades espirituais, por meio de escuta competente e sensível, facilitando a discussão sobre questões espirituais e existenciais e, conforme o caso e a disponibilidade, viabilizando a assistência espiritual de acordo com a crença e a vontade da pessoa; e

4. Social: compreende ações para preservar a inserção e o convívio social da pessoa, viabilizando o acesso a todos os recursos necessários para que possa seguir com o seu tratamento e ter uma boa qualidade de vida com respeito à sua autonomia.



- Prevenção, identificação precoce, avaliação abrangente e gerenciamento de problemas físicos, incluindo dor e outros sintomas estressantes, sofrimento psicológico, sofrimento espiritual e necessidades sociais – sempre que possível, estas intervenções devem ser baseadas em evidências.
- Observância à Diretiva Antecipada de Vontade (DAV) da pessoa cuidada.
- Respeito à autonomia do indivíduo, com atenção especial à tomada de decisão substituta no caso de crianças e pessoas curateladas ou tuteladas, resguardados os princípios bioéticos dos códigos profissionais e das leis relacionadas ao tema.
- Fornecimento de suporte para ajudar os pacientes a viver o mais plenamente possível até a morte, facilitando a comunicação eficaz, ajudando-os, junto com suas famílias, a determinar os objetivos do tratamento.
- A abordagem em cuidados paliativos é aplicável em todos os estabelecimentos de saúde (local de residência e instituições) e em todos os níveis assistenciais e pode ser fornecida por profissionais com treinamento básico em cuidados paliativos.
- A oferta de cuidados paliativos especializados por uma equipe multiprofissional e interdisciplinar para encaminhamento de casos complexos é fundamental.
- Ser a voz do paciente no sistema, defendendo-o e ajudando-o a enfrentar as pequenas e as grandes dificuldades que naturalmente a burocracia impõe.
- A abordagem é aplicável durante todo o curso da doença, de acordo com as necessidades do paciente.
- Terapias modificadoras de doenças são fornecidas em conjunto sempre que necessário.
- Os cuidados paliativos podem influenciar positivamente o curso da doença.
- Respeitar todos os valores e crenças culturais do paciente e da família, não pretendendo.
- Apressar nem adiar a morte de maneira artificial, afirmando a vida e reconhecendo a morte como um processo natural.
- Fornecer apoio ao paciente em seu próprio luto, bem como à família e aos cuidadores.
- Promoção da melhoria do curso da doença e reconhecimento do sofrimento em suas dimensões física, psicoemocional, espiritual e social.
- Aceitação da evolução natural da doença, não acelerando a morte e recusando tratamentos e procedimentos diagnósticos que possam causar sofrimento ou medidas que venham a prolongar artificialmente o processo de morrer.

Também é fundamental entender a abordagem em CP como prática do controle impecável de sintomas e alívio do sofrimento físico e espiritual, considerando as várias dimensões humanas, inclusive sua finitude⁽¹⁴⁾.

A relação entre cuidados curativos e paliativos ocorre de maneira diferente em cada país, devido a características socioeconômicas, sistemas de saúde e outras razões. Nesse contexto, os cuidados paliativos não devem substituir os cuidados curativos apropriados, entretanto, preconiza-se uma melhor e mais precoce integração dos cuidados paliativos com o tratamento modificador de doença, como demonstra o gráfico 1.

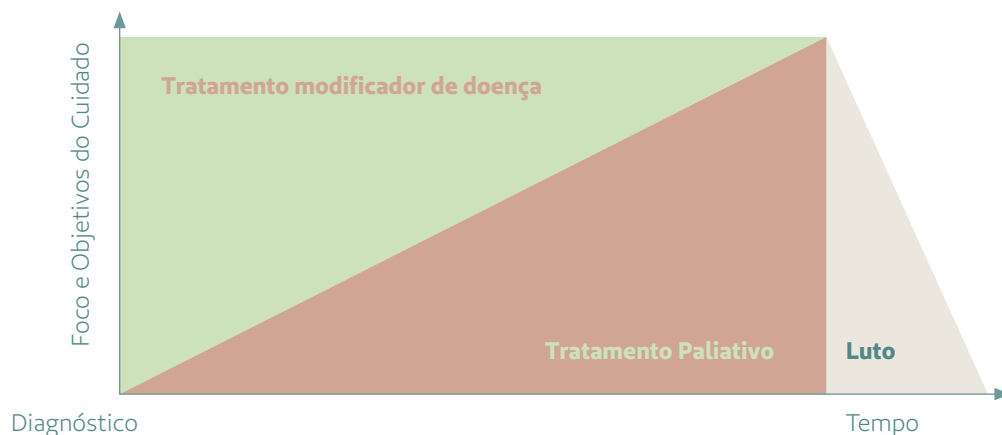


Gráfico 1 – Modelo integrado de cuidados curativos e paliativos para doenças crônicas progressivas. Fonte: adaptado de World Health Organization (2007) ⁽¹⁵⁾. Tratamento modificador de doença (curativo, prolongador de vida ou com intenção paliativa).

3. Custo e efetividade em cuidados paliativos

No contexto de sustentabilidade do setor de saúde, é necessário desenvolver projetos de cuidados paliativos em âmbito hospitalar, ambulatorial e em atendimento domiciliar que são também custo efetivos ⁽¹⁶⁻²⁰⁾.

Assim, a necessidade humanística de um bom cuidado clínico de quem tem uma doença ameaçadora de vida deve ser alinhada com o natural uso do recurso corretamente dimensionado ⁽²¹⁾.

Geralmente, durante o último ano de vida de uma pessoa com uma grave doença, grandes recursos de saúde são gastos, não apenas em termos monetários vitalícios, mas também em tempo profissional. Nessa fase da vida, não parece fácil encontrar uma forma de reduzir despesas, porque os custos com cuidados de saúde são maiores. Além disso, há disponíveis cada vez mais solicitações terapêuticas e opções de gerenciamento do paciente.

Análises de custo na área da saúde feitos desde a década de 1980 até hoje mostram que, no último ano de vida, mais exames e terapias são realizados sem alterar o desfecho clínico do paciente ⁽²²⁻²⁴⁾. O custo no último ano equivale a 25% a 30% de todo o custo de uma vida ^(25, 26). Portanto, ações para mitigar esses custos são necessárias para manter a viabilidade financeira das operadoras ⁽²⁷⁾ sem perda da qualidade do cuidado ao paciente.

Evitar obstinações terapêuticas na tentativa não natural da manutenção da vida e possibilitar uma terminalidade com conforto são ações contraintuitivas que podem ajudar os pacientes a ter um melhor cuidado e mitigar os custos. O mais complexo nessa equação é encontrar uma equipe assistencial que junte os conhecimentos técnicos e humanos para dimensionar o tratamento correto para o paciente real. Aqui reforçamos a importância da equipe assistencial conhecer o paciente e a família antes de fazer essas escolhas derradeiras.

Nesse sentido, é importante estabelecer programas de gerenciamento dos casos em cuidados paliativos. Com essa ferramenta, podemos oferecer o melhor cuidado à saúde com custos ajustados nesse momento delicado da vida^(28, 29).

Cuidados de fim de vida integrados reduzem hospitalizações de emergência, internações em unidades de terapia intensiva e tempo de permanência em internação^(30, 31). Uma maior abordagem personalizada tem grande potencial de evitar o uso desnecessário de recursos e, ao mesmo tempo, beneficiar o paciente⁽³²⁾.

Serviços completos e robustos de cuidados paliativos nos diversos cenários em vários países demonstram diminuição nos custos assistenciais⁽³³⁾. Cuidados paliativos reduzem em até 40% os gastos no último mês de vida e em 17% nos últimos seis meses, quando comparados aos cuidados habituais⁽³⁴⁾.





CAPÍTULO II

Cuidados Paliativos no mundo, no Brasil e no Sistema Unimed

1. Cuidados paliativos no mundo

No mundo, mais de **56 milhões** de pessoas precisam de cuidados paliativos, sendo que mais de **25 milhões** estão em fase final da vida. A maioria são de pacientes acima dos 50 anos ⁽³⁾.

Os gráficos 2 e 3 mostram a distribuição conforme a faixa etária e a patologia de base. É importante notar que pacientes acima dos 70 anos representam 40% de toda a demanda, embora uma porção significativa seja de pacientes mais jovens. Dentre as comorbidades desses pacientes, prevalecem doenças neoplásicas (28,2%) ⁽³⁾.

Contudo, ainda mais importante é perceber uma demanda elevada de pacientes com síndrome demencial, doença cerebrovascular e até mesmo pacientes vítimas de acidentes (causas externas) com demanda por CP. Essa é uma demonstração da reafirmação de que CP não se aplicam somente a pacientes com doença neoplásica ou com doença crônica, são para todos os pacientes e familiares que passam por uma doença ameaçadora à vida, seja ela qual for.



Demanda de cuidados paliativos por faixa etária

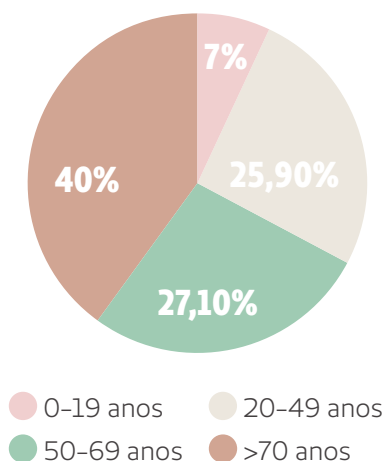


Gráfico 2 – Percentual de pacientes por faixa etária com demanda de cuidados paliativos no mundo.

Fonte: adaptado de Worldwide Palliative Care Alliance et al. (2020).

Pacientes com demandas por cuidados paliativos têm uma necessidade significativa de controle dos sintomas físicos. A OMS realiza o cálculo dessa demanda multiplicando o número de pacientes com determinado sintoma e a duração média desses sintomas em dias. Os pacientes com mais de 20 anos que faleceram no levantamento de 2017 somaram mais de 3 milhões de dias com esses sintomas⁽³⁾.

O gráfico 4 mostra o percentual de cada sintoma. Nesse levantamento, percebe-se que realizar CP de maneira adequada vai muito além de cuidar somente de dor.

Principais doenças na população adulta com demanda de cuidados paliativos

N= 52.883.093 de adultos

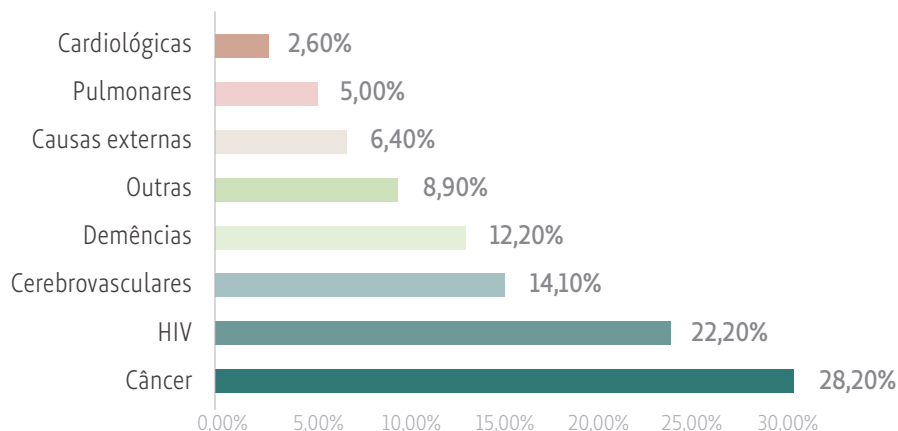


Gráfico 3 – Percentual de principais doenças na população adulta do mundo com demanda de cuidados paliativos. Fonte: adaptado de Worldwide Palliative Care Alliance et al (2020).

Principais sintomas dos pacientes com demanda de cuidados paliativos

N = 3.091 milhões de dias de sintomas

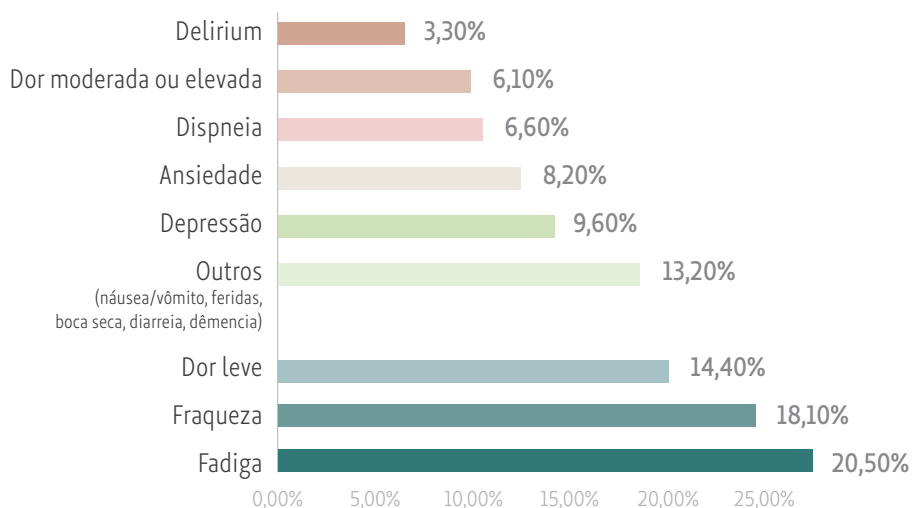


Gráfico 4 – Percentual de principais sintomas de pacientes com demanda de cuidados paliativos. Fonte: adaptado de Worldwide Palliative Care Alliance et al (2020).



2. Cuidados paliativos no Brasil

As Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) são responsáveis pelo maior número de morbidade e mortalidade no mundo em 63% das mortes globais⁽³⁵⁾. São patologias de etiologia múltipla, compreendendo, principalmente, doenças circulatórias, câncer, diabetes, doenças pulmonares e doenças neurológicas, o que caracteriza a “transição epidemiológica” que engloba o envelhecimento populacional e a mudança no padrão de morbimortalidade que afeta a população⁽³⁶⁾.

Sabe-se que a população brasileira idosa aumentou 4,8 milhões no período entre 2012 e 2017 e que há uma tendência de envelhecimento da população⁽³⁷⁾. Projeções indicam que, no ano de 2060, mais de um terço da população brasileira será composta de pessoas com 60 anos ou mais⁽³⁸⁾. No Brasil, em 2019, 54,7% das causas de morte foram relacionadas às DCNT e mais de 54 milhões de pessoas (45% da população adulta) vivem com alguma dessas comorbidades⁽³⁹⁾. O aumento das doenças crônicas remonta ao envelhecimento populacional e torna emergente o conhecimento e a disseminação dos cuidados paliativos no fim de vida na Atenção Primária à Saúde (APS)⁽⁴⁰⁾.

A Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP) publicou dois relatórios apresentando a situação dos CP no âmbito nacional. O primeiro, em 2018, demonstrou que havia 177 serviços de CP no Brasil. Já em 2019, um segundo levantamento evidenciou um aumento próximo de 8%, somando mais de 190 serviços de cuidados paliativos no país⁽⁴¹⁾.

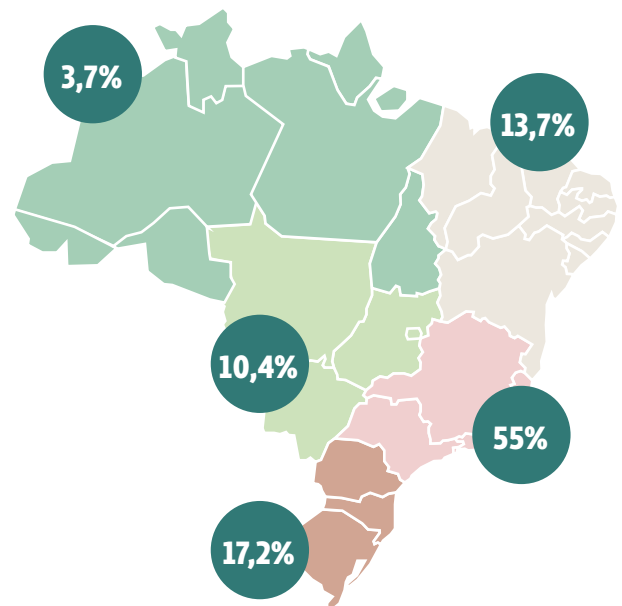


Gráfico 5 – Distribuição em percentual dos serviços de cuidados paliativos no Brasil. Fonte: adaptado de Academia Nacional de Cuidados Paliativos (2020).

*A distribuição desses serviços é dada de forma desigual pelas regiões do Brasil. São **106** no Sudeste, **33** no Sul, **26** no Nordeste, **20** no Centro-Oeste e **7** na região Norte, como mostra o gráfico 5. Somente o estado de São Paulo tem **66** serviços, correspondendo a **35%** de todos os serviços do Brasil.*



As diferenças entre os serviços públicos e privados são grandes. Hoje, temos uma equipe de cuidados paliativos no serviço público para cada 1,3 milhão de usuários do SUS e 1 (uma) para cada 496 mil usuários do serviço de saúde suplementar. A recomendação da Associação Europeia de Cuidados Paliativos (EAPC, na sigla em inglês) é de 1 (uma) equipe de assistência domiciliar e 1 (uma) equipe de nível hospitalar para cada 100 mil habitantes⁽⁴¹⁾.

3. Cuidados paliativos no Sistema Unimed

Diante desse cenário, a Unimed do Brasil estruturou, em conjunto com os grupos de trabalho técnico e estratégico (composto de dirigentes das federações), um mapeamento de iniciativas em cuidados paliativos nas Unimeds, para compreender como estes serviços estavam sendo conduzidos.

Dentre as análises, podemos destacar:

- Cuidados paliativos em algumas Unimeds são prestadas em serviços terceirizados, e não em recurso próprio.
- Apenas 20% das iniciativas têm protocolos e diretrizes de boas práticas, inclusive treinamento dos profissionais de saúde para realização das **Diretivas Antecipadas de Vontade (ANEXO 4 – Conceito e aplicabilidade das Diretivas Antecipadas de Vontade)**.

Diretivas Antecipadas de Vontade: instruções escritas (testamento vital ou outro documento) em que haja registro expresso das preferências da pessoa com relação a tratamentos ou outras medidas de cuidado quando em condições de saúde irreversíveis e potencialmente terminais⁽⁴²⁾.

- Necessidade de fortalecimento de fluxos de integração com a rede de atenção à saúde (atenção domiciliar, hospital, ambulatório e atenção primária).

Podemos concluir que, apesar de boas iniciativas e feitos importantes, existe uma ampla heterogeneidade de serviços no Sistema Unimed.

O consolidado apresentou **67 Unimeds** com iniciativas, distribuídas no total de **79 serviços**, em 2023. Esse levantamento mostrou uma distribuição dos serviços de modo desigual por região, em sinergia com o cenário brasileiro descrito anteriormente. Foram mapeadas **37 no Sudeste, 16 no Sul, 7 no Centro-oeste e 7 no Nordeste**.



Portanto, dentro dessas realidades distintas, evidenciou-se a necessidade da criação de uma Política de Cuidados Paliativos para estabelecer uma padronização operacional e assistencial que seja aplicável e comparável minimamente por todas as iniciativas existentes e futuras.

A metodologia de trabalho utilizada foi definida em uma agenda com os Comitês Técnicos Estaduais para analisar algumas experiências das diversas realidades do Sistema Unimed. A partir de então, levando em consideração as boas práticas assistenciais apresentadas, desenvolvemos as premissas para a implementação de uma única Política Nacional de Cuidados Paliativos, que tem como parâmetros gerais:

- Promover sinergia entre a rede de cooperados não especialistas em cuidados paliativos com uma equipe especializada em cuidados paliativos, para proporcionar um melhor cuidado na evolução da doença ameaçadora à vida.
- Ofertar o cuidado no lugar adequado e mitigando, naturalmente, custos assistenciais desnecessários e desperdícios, como consequência, diminuindo a sinistralidade da Unimed.
- Ser aplicável em diversos estabelecimentos (desde local de residência do beneficiário a instituições de saúde) e em todos os níveis assistenciais (do primário ao terciário), podendo ser ofertada pela equipe multiprofissional com treinamento básico em cuidados paliativos.
- Levar em consideração as realidades e particularidades de cada uma das Federações Estaduais do Sistema Unimed, contemplando as ações que representam suas vivências e expertises distintas.
- Proporcionar um modelo assistencial por meio de parâmetros mínimos que garantam suporte e conforto para os pacientes e suas famílias que estejam vivenciando o momento de uma doença ameaçadora à vida.
- Definir as ferramentas de rastreio para identificar os pacientes/beneficiários, com indicação de abordagem para os cuidados paliativos.
- Estruturar os indicadores de processo, de resultado assistencial e financeiro, visando a uma maior sustentabilidade da operadora.
- Apoiar no incentivo à formação e atualização da rede de cooperados e das equipes multidisciplinares de maneira contínua, fortalecendo os ideais e as melhores práticas em saúde.



CAPÍTULO III

Estratégia e Roteiro de Implantação Institucional de Cuidados Paliativos

1. A liderança de cuidados paliativos

Os dirigentes da Unimed e todas as lideranças têm a responsabilidade de implantar a mudança no modelo assistencial atual, priorizando os recursos e sustentando o processo de maneira que assegure a qualidade assistencial. O principal papel dos líderes nesse contexto é manter a motivação da equipe frente às resistências ao processo de mudança e atuar para superar as barreiras. Isso permitirá que o processo de implantação ocorra com sucesso e qualidade.

Essa iniciativa parte da alta direção, ou seja, os integrantes dos conselhos diretivos das Unimeds. As equipes responsáveis pela implantação dos cuidados paliativos necessitam promover fóruns de discussão com a diretoria local para ter um amplo entendimento da importância e dos desafios envolvidos neste processo. Somente com esse comprometimento o projeto alcançará o sucesso esperado.

Nesse processo de educação contínua em cuidados paliativos, temos como premissa envolver todos os níveis hierárquicos nas Unimeds, incluindo gestores, coordenadores, cooperados, colaboradores e equipe x multidisciplinar.

No decorrer da implantação, é fundamental capacitar a equipe de referência, preparando-a para as questões técnicas e gerenciais dos cuidados paliativos. Também é importante ter uma equipe que possa analisar os ganhos assistenciais e financeiros do antes e depois da implantação.

Após essas duas etapas, precisa-se determinar a ordem de prioridade do programa na sua implementação, analisando no contexto da sua Unimed por exemplo: se vale a pena começar os cuidados paliativos em ambiente de atenção domiciliar ou hospitalar).

Por último, mas não menos importante, é necessário estabelecer um coordenador responsável pelos programas que reporte para a direção da Unimed os resultados do programa em cuidados paliativos.





2. A equipe assistencial de cuidados paliativos

A equipe assistencial é formada por profissionais de várias áreas do cuidado e deve atuar de modo integrado entre si e com a rede assistencial da operadora. Sua composição pode variar de acordo com o local de atuação, com o perfil da carteira atendida e com a condição orçamentária, mas sempre com foco nas atribuições e, por meios delas, para gerar os resultados esperados.

Conforme a **PORTARIA GM/MS Nº 3.681, publicada em 7 de maio de 2024**, as atribuições da equipe assistencial são⁽¹²⁾:

3. Onde se aplicam os cuidados paliativos?

Os cuidados paliativos não necessariamente são aplicados em um único nível de atendimento, uma vez que é possível iniciar a assistência em uma menor complexidade e, mediante as avaliações periódicas, permitir a transição para maior complexidade. Recomenda-se, portanto, estabelecer os fluxos de integração entre os demais níveis de atenção à saúde, para garantir a continuidade do cuidado, conforme elencadas no quadro a seguir:

1. realizar avaliações abrangentes da pessoa cuidada para promoção do alívio da dor e outros sintomas, considerando suas necessidades físicas, psicológicas, emocionais, espirituais e sociais;
2. elaborar plano de cuidados paliativos para execução continuada e integrada à RAS, com navegação do cuidado, conforme o caso;
3. realizar controle de sintomas físicos, em tempo oportuno, promovendo o máximo de conforto e qualidade de vida à pessoa;
4. realizar escuta qualificada das necessidades espirituais e providenciar a assistência desejada, conforme a crença e a vontade da pessoa;
5. manter comunicação aberta com a pessoa e sua família ou cuidador, favorecendo a troca de informações sobre a condição clínica da pessoa cuidada, opções de cuidados e expectativas quanto ao processo de cuidados paliativos;
6. atuar para a tomada de decisão compartilhada, manifestação e formalização das preferências da pessoa em cuidados paliativos, por meio de DAV e em conformidade com os preceitos do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) e da Convenção Internacional sobre os Direitos da Criança;
7. aplicar protocolos de comunicação envolvendo a pessoa, respeitando suas particularidades e necessidades, bem como seu direito à recusa de tratamentos e procedimentos, à autodeterminação e ao alívio da dor e, quando necessário, acionar o comitê de bioética respectivo, conforme estabelecido pelas normas da instituição e dos Conselhos Profissionais; e
8. prestar assistência no processo de luto e nos cuidados pós-morte aos familiares da pessoa cuidada.



Modalidade de atendimento	Critérios
Ambulatorial	Pacientes com melhor capacidade funcional e que possam se deslocar até o hospital, ideal para a manutenção de sua autonomia e mobilidade (PPS > 40% - Anexo 2).
Hospitalar	Pacientes que necessitam de monitoramento dos sintomas agudizados, com intervenção imediata dos profissionais (procedimentos/cuidados/investigação), e em cuidados de fim de vida ou sem condições de receber alta da unidade de origem, por qualquer outra situação não clínica.
Atenção Domiciliar	Neste serviço, o paciente apresenta mobilidade e funcionalidade comprometida (PPS ≤ 40% - Anexo 2). Cuidar, respeitando a qualidade de vida e as necessidades do paciente e familiares, dando autonomia e conforto, agregando ao controle de sintomas até o final da vida, incluindo o acolhimento ao luto.
Equipe Matricial de Apoio	Equipe especializada em cuidados paliativos, que trabalha em sinergia com uma estratégia de regionalização. Pode atuar auxiliando o cuidado clínico junto à equipe assistencial treinada, monitorando por teleatendimento e videochamada os pacientes mais complexos e/ou oferecendo suporte de interconsultoria para as equipes assistenciais. Além dessas tarefas, a equipe matricial pode estabelecer, controlar e/ou apoiar em indicadores financeiros e de qualidade assistencial.

4. Por onde começar?

O maior direcionador para a implantação dos cuidados paliativos é desenvolver uma rede assistencial integrada e coordenada, contemplando os serviços ambulatoriais, hospitalares e de atenção domiciliar. Assim, na jornada assistencial de cada paciente/beneficiários em cuidados paliativos, a Unimed será mais eficiente e oportuna para atender às necessidades do paciente/beneficiário.

O início do processo de implantação das equipes e dos programas de cuidados paliativos pode variar de acordo com as necessidades mais imediatas da carteira de pacientes e das especificidades de cada Unimed. Nesse sentido, cabe a operadora realizar uma análise da sua carteira de beneficiários e, a partir dessa análise, desenvolver sua estratégia, priorizando o desenvolvimento dos serviços nos quais as necessidades de cuidados dos pacientes podem ser mais bem atendidas e naqueles em que há maior contribuição para a sustentabilidade da cooperativa.

Dentro dessa perspectiva, entende-se que a estratégia de implantação deve levar em consideração os recursos próprios já existentes, uma vez que o desenvolvimento das iniciativas de cuidados paliativos nesses serviços proporciona maior integração da rede assistencial, com entregas de resultados em um tempo menor e melhor utilização do recurso financeiro das operadoras. Assim, se uma cooperativa tem hospital próprio, a estratégia de cuidados paliativos pode ser iniciada por esse serviço. Nesse ambiente, há uma oportunidade de a equipe de cuidados paliativos fazer diferença no cuidado do paciente, permitindo uma aproximação com a família e maior suporte emocional, minimizando os sintomas e diminuindo o custo assistencial ao realizar o cuidado adequado.



Se a Unimed não tem hospital próprio, a melhor introdução dos programas de cuidados paliativos poderá ser no serviço de atenção domiciliar. É por meio dessa ação que se consegue conhecer melhor o contexto das famílias, entender as necessidades do paciente e, dessa forma, construir um plano de cuidado personalizado domiciliar de qualidade, evitando a internação desnecessária.

O paciente, quando é acometido por uma doença (na maioria das vezes), está trabalhando e vivendo com a família e os amigos. É nesse contexto que a abordagem paliativista no consultório, ambulatório ou serviço de atenção primária faz toda a diferença para o acolhimento, para a percepção/conscientização de seu estado de saúde e para o engajamento do plano de cuidado acordado. É natural que o vínculo e a confiança sejam construídos nesses momentos, por meio do cuidado continuado e integral pela equipe assistencial. Além disso, o impacto do cuidado com esse tipo de serviço é essencial para a integração da rede assistencial. O serviço ambulatorial ou de atenção primária, que faça a função de coordenação do cuidado, promove o conhecimento da jornada do paciente, alinhando os papéis dos diversos serviços e facilitando a transição do cuidado.

A seguir, sugere-se um modelo metodológico para nortear a gestão de cuidados paliativos, apoiando a execução da implantação de um serviço:

INSTRUÇÃO DE TRABALHO – GESTÃO DE CUIDADOS PALIATIVOS

1. Introdução
2. Objetivos
 - 2.1 Objetivo geral
 - 2.2 Objetivos específicos
3. Composição e organização
4. Escopo (abrangência, critérios de elegibilidade/inclusão e exclusão/desligamento)
 - 4.1. Critérios de inclusão/elegibilidade
 - 4.2 Critérios de exclusão/desligamento
5. Desfecho esperado
6. Metodologia de abordagem e gerenciamento em cuidados continuados
 - 6.1 Indicação dos casos potencialmente elegíveis
 - 6.2 Etapas da elegibilidade
 - 6.3 Discussão de casos e planejamento de cuidados domiciliares
 - 6.4 Gerenciamento dos casos
 - 6.5 Integração dos cuidados
7. Competências e atividades da equipe interconsultora
8. Indicadores
9. Restrições, limitações e riscos
10. Referências bibliográficas



OUTRAS FERRAMENTAS DE AVALIAÇÃO E ACOMPANHAMENTO

ANEXO 1 – ESCALA NECPAL-BR (NECESSIDADES PALIATIVAS)

ANEXO 2 – PALLIATIVE PERFORMANCE STATUS (PPS)

ANEXO 3 – RESOLUÇÃO CFM Nº. 1.805/2006

ANEXO 4 – CONCEITO E APLICABILIDADE DAS DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE

ANEXO 5 – MODELO DE DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE

ANEXO 6 – ESCALA ZARIT (AVALIAÇÃO DE SOBRECARGA DOS CUIDADORES)

ANEXO 7 – QUESTIONÁRIO FICA ADAPTADA

ANEXO 8 – ESCALA DE AVALIAÇÃO DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO

ANEXO 9 – ESCALA DE SATISFAÇÃO COM A VIDA (SWLS)

ANEXO 10 – ESCALA DE AVALIAÇÃO DE SINTOMAS DE EDMONTON (ESAS-R)

5. Jornada dos beneficiários na carteira de cuidados paliativos

As formas de entrada de beneficiários para a carteira de cuidados paliativos que usualmente acontecem nas operadoras são:





A partir da jornada apresentada na página ao lado, cabe a equipe avaliar se o beneficiário atende os critérios para ser elegível ao cuidado paliativo:

- Ciência e concordância do médico assistente para adesão à modalidade de cuidado;
- Aceite do beneficiário ou responsável elencado na participação da modalidade de cuidados paliativos (termo de consentimento);
- Ser classificado, de acordo com um processo de triagem, a partir de um instrumento adotado pela operadora, como um beneficiário que necessita de cuidados paliativos. Foi alinhado entre as Federações a escolha do instrumento NECPAL CCOMS-ICO^{®(43)} ([ANEXO 1](#)) para esta etapa.

ANEXO 1

Essa ferramenta foi idealizada em um projeto que teve como objetivo fundamental melhorar a atenção paliativa mediante a identificação precoce dos pacientes com doenças que ameaçam a vida, expandindo sua atuação para portadores de doenças não oncológicas e em qualquer nível de atendimento em saúde. O NECPAL inclui especificidades de diversas doenças em estágio avançado (câncer, doença pulmonar obstrutiva crônica, insuficiência cardíaca, doenças renais e hepáticas, por exemplo), além do uso inicial da “Pergunta Surpresa”⁽⁴⁴⁾. Os itens descritos se encontram no anexo 1 deste documento, sendo considerado NECPAL-BR positivo caso a “Pergunta surpresa” apresente a resposta “não” e pelo menos um dos itens receba resposta “sim”.



6. Indicadores Específicos

A etapa de entrada do beneficiário, preferencialmente com a identificação precoce, é muito importante para o planejamento avançado de cuidados, principalmente para pessoas cujo adoecimento e consequente deterioração da saúde se dão de maneira gradual. Também é importante reconhecer essa demanda em pacientes com doenças agudas ameaçadoras à vida. Uma vez que o paciente foi classificado como elegível, a próxima etapa da equipe é realizar a classificação da fase de atividade da doença e o estabelecimento de um plano de cuidado individual.

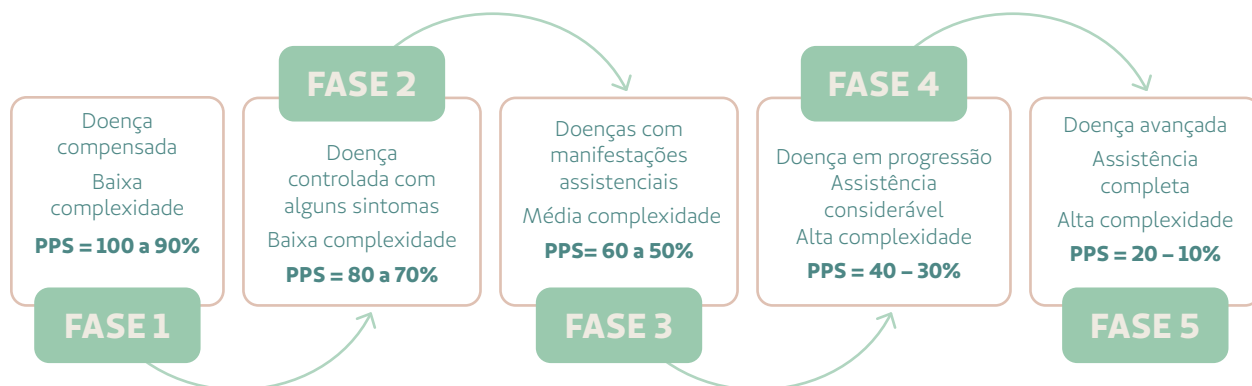
A classificação deve ser feita por meio do ***Paliative Performance Scale (PPS)*** ([ANEXO 2](#))⁽⁴⁵⁾.

ANEXO 2

Essa escala é um instrumento de comunicação que descreve rapidamente o estado funcional atual do paciente e estabelece um prognóstico, utilizando cinco parâmetros: **mobilidade, atividade e evidências de doenças, autocuidado, ingestão e estado de consciência**. A escala atribui valores de **0% a 100%**, sendo que **0% significa a morte**, e **100%, que o doente não tem alteração funcional**. De acordo com a escala, podemos diferenciar os cuidados ambulatoriais (PPS acima de 40%) e os de cuidados domiciliar e hospital (PPS menor ou igual a 40%). Além da definição do plano de cuidado, a escala é fundamental para um acompanhamento através da vigilância da curva evolutiva da doença e se constitui em elemento valioso na tomada de decisões, previsão de prognóstico e diagnóstico da terminalidade. O PPS deve ser utilizado todos os dias para pacientes internados, em todas as consultas ambulatoriais e visitas domiciliares.

Além disso, a escala tem sido usada por algumas Unimeds para definição de serviços assistenciais que irão acompanhar os pacientes de cuidados paliativos dentro de algumas linhas de cuidado. Por exemplo, para a linha de cuidado paliativo de pacientes não oncológicos, com doenças crônicas, pode-se usar o $PPS \leq 40\%$ para acompanhamento por parte da equipe de cuidados paliativos domiciliar; e pacientes com $> 40\%$ ficariam em acompanhamento ambulatorial com médico de referência.

Assim, a escala nos permite compreender em que fase da doença um paciente em cuidado paliativo pode estar. Observe o gráfico a seguir.



Logo após a vinculação do paciente ao serviço, é importante que a equipe de cuidados paliativos faça a avaliação inicial e defina o plano de cuidado individual, realizando o acompanhamento e a coordenação de cuidado de acordo com as necessidades clínicas e a evolução da doença. É importante reforçar que, durante essa etapa, cabe à equipe assistencial levar em conta três grandes fatores para tomada de decisão, planejamento e evolução do plano de cuidado:

- A situação atual, ou seja, o diagnóstico do paciente.
- O que esperar desse(s) diagnóstico(s), ou seja, o prognóstico.
- A terapêutica disponível à luz dos diagnósticos e do prognóstico informado, incluindo os riscos e benefícios de cada opção terapêutica.

Nessa jornada assistencial, as altas/saídas/desfechos podem ocorrer por:

- óbito;
- rescisão contratual (perda do plano);
- reavaliação da classificação NECPAL;
- solicitação do paciente/família;
- observação: solicitação do médico assistente deve ser analisada e tentar manter o paciente em cuidados paliativos.

7. Dimensionamento da equipe de cuidados paliativos

As referências europeias demonstram a necessidade de 1 (uma) equipe hospitalar e 1 (uma) equipe domiciliar/ambulatorial para cada 100 mil beneficiários da carteira⁽⁴⁶⁾. Esse dimensionamento clássico parte do princípio de que 1% da carteira tem uma necessidade de cuidados paliativos⁽⁴⁶⁾.



Dessa forma, cada Unimed deve calcular o seu dimensionamento baseado nessa proporcionalidade em relação ao tamanho da carteira. Tem-se aqui a possibilidade de vários formatos de organização para adaptar a implantação do programa.

Para Unimeds com carteira maior que 100 mil vidas, esse dimensionamento têm foco na definição da quantidade de equipes necessárias. Para Unimeds com carteira menor que 100 mil vidas, o dimensionamento tem foco no compartilhamento de uma equipe entre serviços diferentes ou estratégias de regionalização com outras Unimeds.

Por exemplo, para uma Unimed com uma carteira de 50 mil vidas, pode-se dividir o período da mesma equipe entre os serviços hospitalares e domiciliares. Ou pode-se também contratar meio período (20 horas) de cada profissional para cada modalidade.

Dessa maneira, define-se uma proporcionalidade para uma carteira e uma previsão de investimento para se alcançar a qualidade e a efetividade dos serviços.

Hospitalar

Entregas esperadas:

- Coordenar o cuidado junto à equipe assistencial e ou à assistência direta da equipe de paliativos.
- Manter ou elaborar um plano de cuidado estabelecido para o paciente.
- Fazer compensação clínica respeitando os princípios dos CP/autonomia/vontades do paciente.
- Criar a equipe de transição de cuidados para facilitar o encaminhamento para unidades de atenção domiciliar e/ou ambulatorial, de acordo com a necessidade clínica.
- Realizar a desospitalização segura.
- Vincular a família/equipe e educação de todos os envolvidos no cuidado.
- Disseminar a compressão dos cuidados paliativos em todas as esferas.
- Trabalhar em Diretivas Antecipadas de Vontade.

Estrutura e processos mínimos:

- **Estrutura:** equipe de cuidados paliativos para controle de sintomas para controle de sintomas.
- **Processos mínimos:** definir plano mínimo de cuidados, plano estruturado, referências e contrarreferências, estabelecer uma comunicação efetiva com a equipe de assistentes e elaborar análise de custo-efetividade, diretrizes, fluxos de visitas e acompanhamento familiar, amigos e pets.

Equipe Mínima: médico (20 horas semana para 10 pacientes diários) e enfermeiro paliativista.



Protocolos:

- Manejo de dor total e controle de dispneia, vômitos, náusea, delírios, constipação, diarreia e hiporexia.
- Manual de conduta ética delírio/delirium, extubação paliativa, sedação paliativa, hipodermóclise, critérios para não reanimação, sedação paliativas, descrição de cuidados paliativos por unidade (enfermaria, UTI), plano de ação espiritual e psicológica de acordo com necessário, definição de suporte avançado de vida ou limitação terapêutica, suporte emocional de familiares e amigos, comunicação humanizada do óbito e luto.

Domicílio

Entregas esperadas:

- Atender as necessidades do paciente e da família, respeitando a autonomia.
- Manter ou elaborar um plano de cuidado estabelecido para o paciente.
- Promover desospitalização segura, em sinergia com a equipe hospitalar.
- Reduzir internação e reinternação hospitalar.
- Focar na qualidade de vida, no controle de sintomas e no conforto.
- Estabelecer um fluxo da equipe multidisciplinar, dos prestadores de serviços e da família.
- Reduzir as taxas de internação.
- Promover a melhoria na assistência de intercorrência.
- Controlar o custo assistencial.
- Trabalhar em Diretivas Antecipadas de Vontade.
- Ter um plano de cuidado acordado com a família, em conformidade com as possibilidades de cuidado da família.

Estrutura e processos mínimos:

Arquivos (guarda de prontuários), mobiliário mínimo para uso de equipe paliativista e prontuário físico para disponibilizar à família.

Sugestão: (Seguir a resolução RDC 11/2006).

Processos mínimos:

- Padronização do processo de captação/screening.
- Definição e padronização do plano mínimo de cuidados, plano estruturado e termo de consentimento.
- Referência e contrarreferência, estabelecendo uma comunicação efetiva com a equipe multidisciplinar.



- Diretrizes e fluxos de comunicação entre paciente/família e equipe assistencial.
- Diretrizes e fluxos para atendimento às demandas espontâneas, intercorrências e situações de urgência/emergência.
- Diretrizes e fluxos para situações de transição do cuidado (necessidade de avaliação do especialista na atenção secundária, encaminhamento para avaliação em pronto-socorro ou acolhimento de beneficiário após alta hospitalar).
- Diretrizes e fluxos com orientação familiar em caso de óbito.

Equipe mínima: médico e enfermeiro (carga horária de acordo com a população assistida). A equipe deve ter formação básica em cuidados paliativos. É importante ressaltar que, para promover um cuidado mais integral, é necessária a formação/contratação de uma equipe multidisciplinar mais robusta com: psicólogo e/ou assistente domiciliar, fisioterapeuta, fonoaudiólogo e capelão.

Protocolos: manejo da dor, controle de dispneia, delírio/delirium, vômitos, náusea, constipação, diarreia, fadiga, manejo de sobrecarga do cuidador, sedação paliativa, manejo de sobrecarga do cuidador, óbito domiciliar, comunicação de óbito, fluxos de encaminhamento e contrarreferência.

Serviço de atenção primária à saúde ou serviço ambulatorial

Entregas esperadas:

- Realizar acompanhamento precoce de todos os pacientes em cuidados paliativos de linha de cuidado ambulatorial.
- Manter ou elaborar um plano de cuidado estabelecido para o paciente.
- Construir vínculo familiar precoce e acolher.
- Desmistificar os cuidados paliativos.
- Trabalhar as fases de aceitação da doença.
- Estimular o engajamento do paciente e da família.
- Estabelecer diretrizes de controle de sintomas.
- Orientar sobre dúvidas e angústias.
- Realizar uma abordagem com os pacientes sobre espiritualidade/definição de suporte avançado de vida.
- Coordenar os cuidados e a integração com os outros níveis assistenciais.
- Trabalhar na construção do documento de Diretivas Antecipadas de Vontade.

Estrutura e processos mínimos:

Estrutura: ambulatório com recepção, base com disponibilização de computador, impressora, prontuário, arquivos (guarda de prontuários), materiais e equipamentos básicos como eletro, termômetros, estetoscópio, esfigmomanômetro, balança, oxímetro, carrinho de emergência, materiais, medicamentos, banheiro e DML (expurgo). Alvarás e documentações legais de funcionamento.



Processos mínimos: definição de processo de captação/*screening* (quem e onde realizará), quais ferramentas utilizar, sugestão (NECPAL), avaliar funcionabilidade dos pacientes por meio da aplicação da ferramenta *Paliative Performance Scale (PPS)* e direcionar de acordo com a linha de cuidado e seus níveis de atenção à saúde, podendo ser no ambulatório, hospital e atenção domiciliar. Estabelecer as referências e contrarreferência para unidade de pronto-socorro, hospital/hospice, para os médicos da atenção secundária e para a atenção domiciliar, estabelecendo uma comunicação efetiva com a equipe assistente.

- Equipe mínima: médico e enfermeiro paliativista. A carga horária varia de acordo com a população assistida. Para cada 100 mil pessoas em uma carteira, são necessários um médico e um enfermeiro, 8 horas/dia, 5 vezes na semana, para atendimento em ambulatório e atenção domiciliar.
- Protocolos: manejo da dor, dispneia, vômitos, náusea, delírios, constipação, diarreia, fadiga, delírio, comunicação de más notícias, cuidados de fim de vida e assistência ao óbito e luto.

8. Conjunto mínimo de indicadores para acompanhamento assistencial e de gestão da carteira de beneficiários em cuidados paliativos

Neste capítulo, elencamos indicadores que servem para balizar a importância de se estabelecer, no modelo assistencial de cuidados paliativos, o acompanhamento dos resultados e desfechos, servindo para nortear a gestão dos recursos de saúde dos serviços em sua Unimed.

Taxa de internações de beneficiários em acompanhamento do programa de cuidados paliativos

O que se mede: a taxa de internações dos beneficiários acompanhados nos programas de cuidados paliativos.

Numerador: número de internações dos beneficiários acompanhados.

Denominador: número de beneficiários em acompanhamento dos cuidados paliativos.

Fórmula: número de internações dos beneficiários acompanhados / número de beneficiários em acompanhamento ambulatorial para o mesmo período) $\times 1\,000$.

Unidade de medida: número de internações por 1 000 beneficiários acompanhados.

Parâmetros: quanto mais efetivo o serviço de cuidados paliativos, menor a quantidade de pacientes que necessitam estar internados em hospital. A interpretação exige a avaliação do PPS dos pacientes acompanhados em ambulatório. Acompanhando-se no ambulatório pacientes com PPS menor ou igual a 40%, a incidência de internações é maior.



Taxa de atendimentos em pronto-socorro de beneficiários em acompanhamento dos cuidados paliativos

O que se mede: a taxa de atendimentos em pronto-socorro de beneficiários em acompanhamento dos cuidados paliativos.

Numerador: número de consultas em pronto-socorro dos beneficiários acompanhados em cuidados paliativos.

Denominador: número de beneficiários em acompanhamento para o mesmo período.

Fórmula: número de consultas em pronto-socorro dos beneficiários acompanhados/número de beneficiários em acompanhamento para o mesmo período.

Unidade de medida: número de consulta em pronto-socorro por beneficiário acompanhado em nível ambulatorial.

Parâmetros: quanto mais efetivo o serviço de cuidados paliativos, menor a quantidade de pacientes que necessitam utilizar o pronto-socorro. A interpretação exige a avaliação do PPS dos pacientes acompanhados.

Razão dos custos assistenciais per capita entre os pacientes elegíveis e vinculados ao programa de cuidados paliativos e os pacientes elegíveis e não vinculados ao programa de cuidados paliativos

O que se mede: a razão dos custos assistenciais *per capita* entre os pacientes elegíveis e vinculados para o programa de cuidados paliativos e os pacientes elegíveis e não vinculados ao programa de cuidados paliativos.

Grupo com intervenção: custos assistenciais *per capita* entre os pacientes elegíveis e vinculados para o programa de cuidados paliativos.

Grupo sem intervenção: pacientes elegíveis e não vinculados ao programa de cuidados paliativos.

Fórmula: avaliação de custos comparativos entre os dois grupos.

Unidade de medida: custo mensal comparativo entre os dois grupos.

Parâmetros: o grupo de intervenção deve ter uma redução comparativa ao grupo de não intervenção.

Experiência do paciente e/ou da família quanto o serviço de cuidados paliativos

O que se mede: lealdade e fidelização de famílias e pacientes satisfeitos com o serviço

Como se mede: NPS é a sigla para *Net Promoter Score*⁽⁴⁷⁾. Trata-se de uma pesquisa que avalia a probabilidade de o paciente indicar a utilização do serviço para conhecidos e familiares após vivenciá-lo.

A aplicação da pesquisa do NPS é simples: deve-se inserir uma pergunta sobre a chance de indicar um serviço em cuidados paliativos em uma escala de 0 a 10. Se o paciente deu nota de 0 a 6, ele é detrator; se deu nota 7 ou 8; é neutro; e se deu nota 9 ou 10, é promotor.



Diferentemente de outros cenários da área da saúde, o resultado esperado é que todos os pacientes que utilizam o serviço sejam promotores (nota 9 ou 10). Os pacientes que derem notas diferentes de 9 ou 10 devem ser avaliados um a um para entender o porquê da insatisfação. Com base nas informações, deve-se traçar planos para mudar essa percepção.

Avaliação do tempo médio de permanência hospitalar de pacientes elegíveis e vinculados aos cuidados paliativos

O que se mede: o tempo médio de permanência das internações de pacientes vinculados ao cuidado paliativo. É um indicador para o serviço de cuidados paliativos avaliar sua capacidade de diminuir o tempo de hospitalização dos seus pacientes.

Numerador: soma dos dias de internação em hospital dos pacientes que participam do programa.

Denominador: número de pacientes elegíveis e vinculados aos cuidados paliativos que foram internados no mesmo período.

Fórmula: soma dos dias de internação em hospital dos pacientes que participam do programa/número de pacientes elegíveis e vinculados aos cuidados paliativos que foram internados no mesmo período.

Parâmetros: quanto mais efetivo o serviço de cuidados paliativos, menor a quantidade de dias de internação.

Tempo médio de permanência em CTI de pacientes elegíveis e vinculados aos cuidados paliativos

O que se mede: o tempo médio de permanência em CTI de pacientes vinculados ao cuidado paliativo. É um indicador para o serviço de cuidados paliativos avaliar sua capacidade de diminuir o tempo de hospitalização em CTI dos seus pacientes.

Numerador: soma dos dias de internação em CTI dos pacientes que participam do programa.

Denominador: número de pacientes elegíveis e vinculados aos cuidados paliativos que foram internados em CTI no mesmo período.

Fórmula: soma dos dias de internação em CTI dos pacientes que participam do programa/número de pacientes elegíveis e vinculados aos cuidados paliativos que foram internados em CTI no mesmo período.

Parâmetros: quanto mais efetivo o serviço de cuidados paliativos, menor a quantidade de dias de internação em CTI.



Entre os pacientes que participam do programa de cuidados paliativos e os que estão internados, qual é a quantidade de dias de internação em UTI comparada com a quantidade de dias totais de internação

O que se mede: a quantidade de dias internados em UTI dos pacientes que participam do programa de cuidados paliativos. O princípio deste indicador é que um paciente em um programa de cuidados paliativos não deve estar na UTI. Somente em caso excepcional.

Numerador: dias de internação em unidades de terapia intensiva de pacientes que utilizam o programa de cuidados paliativos.

Denominador: dias de internação dos pacientes que participam do programa.

Fórmula: dias de internação em unidades de terapia intensiva de pacientes que utilizam o programa de cuidados paliativos/dias totais de internação destes pacientes

Unidade de medida: percentual.

Parâmetros: 0%.

Leitura a ser realizada: se um paciente participa do programa de cuidados paliativos e está na UTI, o caso deve ser levantado para compreender o motivo inesperado de permanência na unidade.

Taxa de utilização de serviço de urgência domiciliar não programada por paciente com serviço de atendimento domiciliar

O que se mede: a quantidade de solicitações de serviço de urgência e emergência por parte dos beneficiários acompanhados em nível domiciliar.

Numerador: número dos beneficiários acompanhados em nível domiciliar que utilizaram os serviços de emergência.

Denominador: número de beneficiários em acompanhamento domiciliar para o mesmo período.

Fórmula: número de acionamento de serviço de emergência dos beneficiários acompanhados em nível domiciliar/número de beneficiários em acompanhamento domiciliar para o mesmo período $\times 1\,000$.

Unidade de medida: número de internações por 1 000 beneficiários acompanhados. **Parâmetros:** quanto mais efetivo o serviço domiciliar de cuidados paliativos, menor a quantidade de pacientes que necessitam utilizar o serviço de emergência domiciliar. A interpretação exige a avaliação do PPS dos pacientes acompanhados em domicílio.

Taxa de paciente nos programas de cuidados paliativos que faleceram em domicílio

O que se mede: a quantidade de pacientes que fazem parte do programa de cuidados paliativos que faleceram em domicílio comparados com os pacientes que faleceram no hospital.

Numerador: número dos beneficiários acompanhados em nível domiciliar que faleceram em domicílio.

Denominador: número de beneficiários em acompanhamento domiciliar que faleceram.



Fórmula: número de beneficiários acompanhados em nível domiciliar que faleceram em domicílio/número de beneficiários em acompanhamento domiciliar que faleceram.

Unidade de medida: número de internações por 1 000 beneficiários acompanhados. **Parâmetros:** quanto mais efetivo o serviço domiciliar de cuidados paliativos, menor a quantidade de paciente que necessitam falecer nos hospitais.

Existência de plano terapêutico no processo clínico do doente (por escrito ou informatizado), nas primeiras 48h de admissão da equipe de cuidados paliativos

O que se mede: percentual de plano terapêutico do paciente definido nas primeiras 48 horas de admissão da equipe de cuidados paliativos.

Numerador: paciente nos cuidados paliativos com plano terapêutico definido em 48 horas.

Denominador: pacientes acompanhados nos programas de cuidados paliativos.

Fórmula: paciente nos cuidados paliativos com plano terapêutico definido em 48 horas/pacientes acompanhados nos programas de cuidados paliativos.

Unidade de medida: percentual de pacientes com plano terapêutico definido nas primeiras 48 horas de admissão da equipe de cuidados paliativos.

Parâmetros: quanto mais efetivo o serviço de cuidados paliativos, maior a quantidade de pacientes com plano terapêutico definido em 48 horas.

Compartilhamento com a equipe e os diversos locais de prestação de cuidados ao doente, definidos no documento de diretivas antecipadas de vontade em até 72 horas, por meio de documento que sumarie a assistência ao doente

O que se mede: percentual de compartilhamento das informações do paciente em até 72 horas.

Numerador: quantidade de pacientes que tiveram suas informações compartilhadas com todas as equipes de cuidados paliativos em até 72 horas.

Denominador: pacientes acompanhados nos programas de cuidados paliativos.

Fórmula: quantidade de pacientes que tiveram suas informações compartilhadas com todas as equipes de cuidados paliativos em até 72 horas/pacientes acompanhados nos programas de cuidados paliativos.

Unidade de medida: percentual de compartilhamento das informações do paciente para a equipe multiprofissional em até 72 horas.

Parâmetros: quanto mais efetivo o serviço de cuidados paliativos, maior a eficiência no compartilhamento das informações do paciente em todos os ambientes em até 72 horas.



9. Modelo de remuneração

É a maneira pela qual o recurso financeiro é alocado ao prestador de serviços de saúde. Existem diferenças entre os modelos de remuneração de prestadores de serviços, no que se refere à maneira com que o recurso é alocado, e no debate acerca dos valores financeiros efetivamente pagos, seja por meio de tabelas, pacotes ou outras formas de pagamento.

Nesse contexto, é importante destacar que o modelo de remuneração adotado está diretamente entrelaçado ao modelo de atenção e aos resultados em saúde esperados. Assim, o formato de remuneração escolhido impacta fortemente no modo com que o cuidado em saúde é prestado e em seus resultados.

O Institute of Medicine (IOM) americano, no artigo *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*, de 2011 recomendou que os sistemas de saúde alinhassem as políticas de pagamento à melhoria da qualidade em saúde, removendo as barreiras que obstruem a melhoria e o aprimoramento da qualidade do atendimento.

As principais formas de remuneração são:

- **Assalariamento:** consiste no pagamento clássico, pago como contraprestação dos serviços executados pelo empregado, de acordo com o número de horas trabalhadas, incluídos os benefícios sociais da relação formal de trabalho, tais como férias, décimo terceiro salário etc.

Vantagens	Desvantagens	Modulação para correção de limitações	Tipo de informação coletada para funcionamento do modelo
• É possível que as consultas médicas sejam mais demoradas e completas. • Pode incentivar os cuidados preventivos. • Maior estabilidade com menores riscos ao profissional de saúde. • Profissionais de saúde assalariados teriam maiores incentivos para prestar um serviço adequado, pois não teriam motivação para a subprodução ou superprodução.	• Baixo nível de entrega de serviços, tais como visitas médicas, retornos, índice de exames e de procedimentos etc. • Não há incentivo à produtividade. • Caso exista a percepção de baixos salários, pode haver diminuição efetiva da jornada de trabalho.	• Adicionar sistema de avaliação e controle sistemático da prestação de serviços. • Adicionar previsão de bônus ou penalidades para o prestador de serviço, dependendo da evolução dos resultados. • Adotar protocolos e diretrizes clínicas baseados em evidências científicas. • Realizar avaliação sistemática da experiência do paciente.	• Custos de transação e administrativos.



- **Fee for Service:** essa forma de remuneração pressupõe a existência de uma tabela com o valor estabelecido para cada procedimento ou item utilizado, em que a remuneração se dá pelo somatório discriminado de cada um desses procedimentos ou itens utilizados (materiais, medicamentos, honorários profissionais, diárias hospitalares e serviços intermediários, tais como exames complementares).

Vantagens	Desvantagens	Modulação para correção de limitações	Tipo de informação coletada para funcionamento do modelo
• Prestador é pago por cada serviço prestado. • Pagamentos maiores para pacientes que precisam de mais procedimentos. • Pagamento de um prestador não depende de aspectos que fujam do seu controle. • Prestador de serviços sabe previamente o valor a ser pago antes da realização do procedimento. • Garantia do acesso aos procedimentos. • Garantia da prestação dos melhores cuidados disponíveis, desde que os pagamentos compensem o custo marginal de cuidado.	• Não considera os resultados ou a qualidade dos serviços prestados. • Sobreutilização de serviços, principalmente os de remuneração superior. • Valores pagos frequentemente inferiores ao custo de execução de cuidados apropriados de alta qualidade. • Não realiza pagamento de serviços relevantes realizados por profissionais não médicos e de educação em saúde. • Dificulta a estimativa de custos totais de um tratamento e a comparação de custos entre prestadores. • O modelo pode contribuir para gastos com saúde mais altos do que o necessário e para qualidade e resultados do cuidado abaixo do desejável.	• Utilizar o modelo em casos específicos, por exemplo, pagamento de consultas com especialistas. • Adicionar pagamento por desempenho, para buscar maior garantia de resultados e qualidade da assistência. • Adotar protocolos e diretrizes clínicas baseados em evidências científicas para os procedimentos. • Integrar a rede assistencial.	• Custo unitário das unidades de serviço. • Protocolos clínicos e cirúrgicos. • Tabela com o valor estabelecido para cada procedimento ou item utilizado. • Lista de procedimentos que devem ser identificados separadamente.





- **Capitation:** o prestador recebe um montante de recursos periodicamente, que equivale ao número de indivíduos a ele referenciado, multiplicado por um valor *per capita*. Esse valor unitário é frequentemente ajustado por risco, considerando, pelo menos, o sexo e a idade da população. A remuneração independe da quantidade de serviços prestados. É uma forma de remuneração que incentiva a prestação eficiente e coordenada de cuidados; os prestadores são estimulados a prestar atendimentos de qualidade e a promover ações de prevenção e promoção da saúde para evitar custos médicos elevados a longo prazo e reduzir os custos com tratamentos.

Vantagens	Desvantagens	Modulação para correção de limitações	Tipo de informação coletada para funcionamento do modelo
• Previsibilidade da OPS. • Previsibilidade da receita do prestador de serviço. • Redução de custos. • Gerenciamento da utilização dos serviços pelo médico, podendo reduzir exames e procedimentos desnecessários e estimular a adoção de medidas de prevenção e promoção à saúde.	• Pode induzir a uma redução do acesso aos serviços ou baixa qualidade. • Subprodução de serviços, já que o valor recebido pelo prestador independe da produção, sendo atrelado ao número de pessoas adstritas, e não ao número de pacientes tratados. • Maior concentração dos riscos. • Necessidade de acompanhar dados estatísticos para que o modelo funcione adequadamente. • Pode gerar impacto negativo nos resultados em saúde.	• Sistema de avaliação e controle sistemático da prestação de serviços. • Previsão de bônus ou penalidades para o prestador de serviço, dependendo da evolução dos resultados. • Considerar a inclusão de um ajuste de risco para proteger os prestadores de serviços e os pacientes. • Acompanhamento de dados demográficos e epidemiológicos da população assistida. • Incentivar a coordenação do cuidado e a integração das redes assistenciais.	• Custo unitário das unidades de serviço. • Protocolos clínicos e cirúrgicos. • Incidência dos procedimentos. • Informações relacionadas aos riscos populacionais geograficamente distribuídos. • Sólida e complexa base estatística das enfermidades, região por região, faixa etária, raça, sexo e outras características.

- **Remuneração baseada em valor ou pagamento por performance (P4P – *pay for performance*):** caracteriza-se pela remuneração ajustada pelo desempenho dos prestadores de serviços. Entretanto, é uma espécie de “guarda-chuva”, que deve estar associado a outro modelo específico. Desse modo, o P4P ajusta o montante de recursos a ser pago ao prestador de serviços de saúde segundo o seu desempenho por meio de algum método já existente, em geral por orçamento global ou por *capitation* e, em alguns casos, por DRG ou até mesmo o próprio FFS, ou ainda criando outras propostas inovadoras. Para ser considerado um modelo P4P, deve haver a previsão de avaliação do desempenho do prestador e é fundamental a mensuração de indicadores de qualidade da atenção de dada população, que podem ser de estrutura, de processo ou de resultados e, ainda, quantitativos ou qualitativos.



Vantagens	Desvantagens	Modulação para correção de limitações	Tipo de informação coletada para funcionamento do modelo
- Acompanhamento da qualidade da assistência por meio de indicadores. - Diminuição do risco de consequências não previstas. - Apresenta efeitos positivos de equidade e custo-efetividade.	- Não garante que os serviços prestados sejam apropriados e de alta qualidade e que alcancem os resultados desejados para um paciente específico. - Prestador continua sendo remunerado quando um serviço é prestado a um paciente individual, mesmo que esse serviço não atenda ao padrão de qualidade para aquele paciente. - Não estimula a continuidade de melhorias, uma vez alcançadas as metas mínimas estabelecidas.	- Criar incentivos financeiros. - Realizar acompanhamento contínuo dos programas de incentivo para determinar a efetividade dos incentivos. - Realizar coordenação do cuidado. - Usar sistemas de informação qualificados. - Integração da rede assistencial. - Divulgação do modelo de remuneração e dos resultados em saúde para a sociedade. - Acompanhamento de dados demográficos e epidemiológicos da população assistida. - Avaliação sistemática da experiência do paciente.	- Custo + medidas de qualidade. - Desempenho do prestador. - Infraestrutura tecnológica eficiente, para a análise adequada das informações colhidas, comparações e demonstrações de melhorias obtidas nos indicadores de saúde – sem comprometer o sigilo médico.

Todos esses modelos apresentam vantagens e desvantagens, o que pode levar a diferentes distorções e interferir na qualidade do cuidado ofertado. Portanto, devem ser determinados com clareza os objetivos a serem alcançados a partir da implantação de um modelo de remuneração.

Não é intenção desta *Política* determinar a forma de remuneração, mas sim nortear as possibilidades para melhor gestão do recurso assistencial, garantindo a qualidade do serviço prestado aos beneficiários.

É importante salientar que, no universo dos cuidados paliativos, o cuidado do paciente não termina na consulta ou não deveria ser assim. A necessidade de cuidado é integral e exige trabalho multidisciplinar, sendo necessário um modelo de remuneração flexível para que o prestador de serviços de saúde ofereça o atendimento adequado e com qualidade, conforme a necessidade de assistência em cuidados paliativos aos beneficiários. Sugere-se um modelo de remuneração misto como maneira de atenuar as desvantagens de um único modelo remuneratório, bem como potencializar as vantagens dos modelos envolvidos.



10. Documentação do recurso próprio de cuidados paliativos

Documentações para funcionamento do serviço com estrutura física própria (CNAE/CNPJ/ LICENÇA SANITÁRIA/CNES/AVCB/RTs)

1. CNAE – Classificação Nacional de Atividades Econômicas: conforme definido no *site* da Receita Federal, “A CNAE é o instrumento de padronização nacional dos códigos de atividade econômica e dos critérios de enquadramento utilizados pelos diversos órgãos da Administração Tributária do país. Na Secretaria da Receita Federal, a CNAE é um código a ser informado na Ficha Cadastral de Pessoa Jurídica (FCPJ) que alimentará o Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ)”. Mais informações sobre a CNAE em <[http:// www.cnae.ibge.gov.br/](http://www.cnae.ibge.gov.br/)>.

2. CNPJ – Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas – e Alvará de Localização: com as Consultas Prévias de Localização liberadas pela Prefeitura, é possível dar entrada no pedido de CNPJ e no Alvará de Licença para o serviço de APS. Esses procedimentos podem ser realizados via Cadastro Sincronizado, dispensando eventuais visitas à Secretaria Municipal de Finanças para solicitar o cadastramento ou alteração de informações.

3. Licença Sanitária: após a obtenção do CNPJ, do Alvará de Licença e do NIRE (Número de Identificação do Registro de Empresas), é possível solicitar à Vigilância Sanitária da Prefeitura a Licença Sanitária, documento que atesta que o estabelecimento indicado a prestar serviços de saúde foi inspecionado e avaliado pela Vigilância, atendendo à legislação vigente nos aspectos de estrutura física, fluxos, procedimentos, responsabilidade técnica, recursos humanos e condições de higiene e sanitárias em geral.





4. CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde: outra habilitação obrigatória para a implantação do Centro APS é a do registro no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), que é responsável por cadastrar todos os estabelecimentos de saúde, tanto hospitalares quanto ambulatoriais. O CNES também registra todos os profissionais da rede pública e privada do país e mantém o banco de dados atualizado nas bases local e federal. O CNES deve ser obtido junto à Secretaria Municipal de Saúde e exige dados relacionados a estrutura física, materiais, equipamentos, profissionais e outras informações, bem como os documentos comprobatórios.

5. Indicação de diretor técnico: para as unidades assistenciais em que haja trabalho médico, há a obrigatoriedade da indicação de diretor técnico. O diretor técnico é um médico contratado pela Direção Geral da instituição, e por ela remunerado, para assessorá-la em assuntos técnicos. É o principal responsável pelo exercício ético da Medicina no estabelecimento médico/instituição, não somente perante o conselho, como também perante a lei. Tem como incumbência, além de assegurar condições adequadas de trabalho e os meios imprescindíveis a uma boa prática médica, supervisionar e coordenar todos os serviços técnicos desenvolvidos no estabelecimento de saúde. Também é responsável por observar o cumprimento das normas em vigor, devendo, ainda, assegurar o funcionamento pleno e autônomo das Comissões de Ética Médica da instituição. Nos termos do artigo 28 do Decreto nº 20.931/32, a existência do cargo de diretor técnico é obrigatória em qualquer organização hospitalar ou de assistência médica, sendo ele o principal responsável pelo funcionamento da instituição, nos termos do artigo 11 da Resolução CFM nº 997/80.

6. AVCB – Auto de Vistoria do Corpo de Bombeiros: de maneira paralela às demais licenças e alvarás, é necessário contatar o Corpo de Bombeiros para a tramitação do Plano de Segurança contra incêndio e pânico.



CAPÍTULO IV Trilha de Desenvolvimento e Aprendizagem

1. Educação continuada

A trilha de desenvolvimento e aprendizagem é uma sequência estruturada de conhecimentos na área que permitirá ao profissional de cuidados paliativos adquirir habilidades e se aprimorar continuamente. Ela também pode também ser um instrumento da liderança para nortear os planos de desenvolvimento de sua equipe. A trilha teve como referência a estrutura desenvolvida pela Fesp e foi adaptada à realidade do Sistema Unimed, com as particularidades das Federações Estaduais.

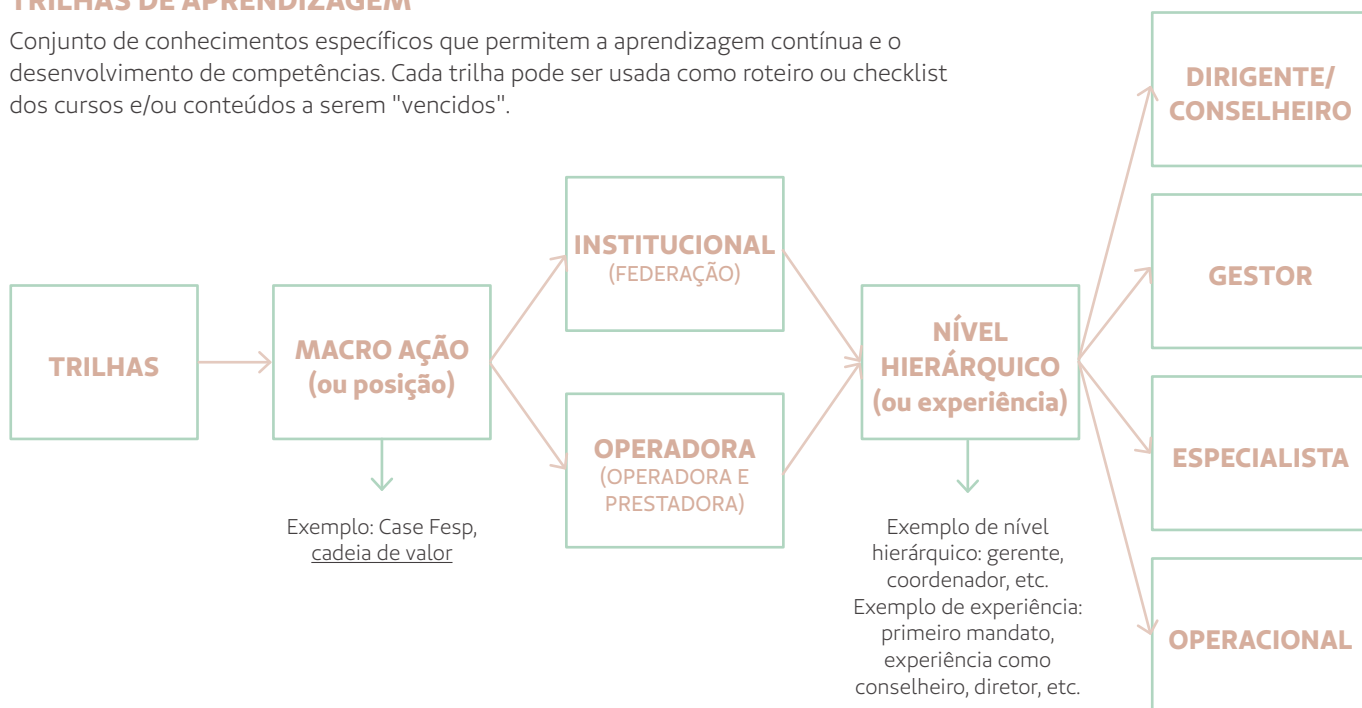
O intuito é trazer mais qualidade, sustentabilidade e melhorias aos modelos assistenciais em cuidados paliativos, mitigando problemas e promovendo uma melhor padronização de processos. Foram estabelecidas diversas competências para diferentes cargos que atuam no serviço de cuidados paliativos, distribuídas nos seguintes eixos norteadores.

Os eixos norteadores são agrupamentos de temas que auxiliam na orientação das trilhas de aprendizagem de cada perfil profissional. As trilhas de aprendizagem são diretrizes que podem facilitar o desenvolvimento das pessoas, orientando a jornada de aprendizagem.



TRILHAS DE APRENDIZAGEM

Conjunto de conhecimentos específicos que permitem a aprendizagem contínua e o desenvolvimento de competências. Cada trilha pode ser usada como roteiro ou checklist dos cursos e/ou conteúdos a serem "vencidos".



Eixos norteadores retirados das Trilhas Educacionais, Programa de Desenvolvimento Humano e Institucional, da Unimed Fesp⁽⁴⁸⁾

Os perfis levam em conta todos os profissionais que poderão compor o time de cuidados paliativos. Na trilha, leva-se em consideração o nível hierárquico, conforme o nível de atuação. Observe a pirâmide a seguir.



O modelo exemplificativo de equipe multiprofissional que poderá compor o atendimento em cuidados paliativos:

1. Médico assistente
2. Enfermeiro assistente
3. Assistente social
4. Psicólogo
5. Fisioterapeuta
6. Fonoaudiólogo
7. Nutricionista
8. Farmacêutico
9. Capelão



• Coordenador

Gestão Estratégica	Gestão Empresarial	Operadoras de Planos e Serviços de Saúde e Regulação ANS	Comportamento e Valores	Cooperativismo e Sistema Unimed
Governança corporativa e cooperativa	Gerenciamento de projetos e processos	Regulação e regulamentação ANS	Ética	Princípios das cooperativas, estrutura e classificação e hierarquia organizacional
Gestão da qualidade, inovação e conhecimento	Gestão de atendimento ao cliente (contratante e beneficiário)	Gestão de recursos próprios e redes de prestadores	Foco no/do cliente	Cooperativa de serviço médico
Pensamento e planejamento estratégicos	Cadeia de fornecedores	Custos assistenciais e sinistralidade	Intercooperação	Identidade e cultura organizacional
Visão estratégica sobre novas tecnologias em saúde	Gestão jurídica	Aspectos legais do funcionamento do serviço (Anvisa)	Liderança e comunicação	Relacionamento com o cooperado
Sistemas de avaliação e monitoramento	Gestão de comunicação e marketing	Gestão de operadoras de planos de saúde	Atuação estratégica e sistêmica	Aspectos contábeis e societários das cooperativas
Gestão com foco em resultados	Gestão financeira	Sistemas de avaliação e monitoramento (indicadores de processo e resultado)	Sigilo das informações	Intercâmbio (regras e políticas)
Visão de mercado, tendências e cenários	Gestão de riscos	Medicina Baseada em Evidências	Melhoria contínua	
Modelos de remuneração	Soluções e inovação em TI	Método clínico centrado na pessoa	Foco no resultado e em segurança	
Aplicação do método epidemiológico como ferramenta de gestão em saúde	Gestão empresarial/negócio	Segurança do paciente	Gestão da mudança	
Saúde Baseada em Valor	Sistemas de informação relacionados à análise de dados em saúde	Modelos assistenciais (com ênfase em coordenação de cuidado paliativos) e linhas de cuidado	Negociação	
	Gestão de pessoas	Gestão de carteira de beneficiários/Gestão populacional	Motivação e propósito	
	Gestão de riscos e controles internos		Gestão de tempo	
	Conhecimento da rede oferecida aos beneficiários		Inteligência emocional	
	Experiência do cliente		Gestão do conhecimento	
			Assumir responsabilidade	



• Equipe Multiprofissional Assistencial

Gestão Estratégica	Gestão Empresarial	Operadoras de Planos e Serviços de Saúde e Regulação ANS	Comportamento e Valores	Cooperativismo e Sistema Unimed
Governança corporativa e cooperativa	Gerenciamento de projetos e processos	Regulação e regulamentação ANS	Ética	Princípios das cooperativas, estrutura e classificação e hierarquia organizacional
Gestão da qualidade, inovação e conhecimento	Gestão de atendimento e experiência do cliente	Judicialização na assistência à saúde	Foco no/do cliente	Cooperativa de serviço médico
Pensamento e planejamento estratégico	Gestão documental	Relacionamento com recursos próprios e rede de prestadores	Intercooperação	Identidade e cultura organizacional
Novas tecnologias em saúde	Gestão de riscos	Custos assistenciais e sinistralidade	Liderança e comunicação	Relacionamento com o cooperado
Gerenciamento de resultados e relevância de dados	Soluções em inovação em TI	Aspectos legais do funcionamento do serviço (Anvisa)	Atuação estratégica e sistêmica	Intercâmbio (regras e políticas)
Certificações/ acreditações	Sistemas de informação relacionados à análise de dados em saúde	Gestão populacional/Gestão da carteira de beneficiários	Sigilo das informações	
Aplicação do método epidemiológico como ferramenta de gestão em saúde		Sistemas de avaliação e monitoramento (Indicadores de processos e resultado)	Melhoria contínua	
Saúde Baseada em Valor		Medicina Baseada em Evidências	Foco no resultado e em segurança	
		Método clínico centrado na pessoa	Gestão da mudança	
		Saúde e segurança do paciente	Negociação	
		Modelos assistenciais	Motivação e propósito	
		Introdução aos cuidados paliativos	Gestão de tempo	
		Bioética em cuidados paliativos	Inteligência emocional	
		Controle de sintomas	Gestão do conhecimento	
		Estruturação e modalidades de serviços em cuidados paliativos	Assumir responsabilidade	
		Comunicação de más notícias	Tomada de decisão	
		Sedação e extubação paliativa		
		Luto		

Cont.



Cont.

Gestão Estratégica	Gestão Empresarial	Operadoras de Planos e Serviços de Saúde e Regulação ANS	Comportamento e Valores	Cooperativismo e Sistema Unimed
		Habilidades de comunicação		
		Raciocínio clínico e interação com o paciente		
		Avaliação e monitoramento de pacientes		
		Fluxos e processos de trabalho nos cuidados paliativos		
		Desenvolvimento e implementação de protocolos clínicos		
		Linhas de cuidado		
		Intercâmbio (regras e políticas)		
		Estímulo ao desenvolvimento do autocuidado		
		Gestão da transição do cuidado		
		Sistematização da assistência de enfermagem (exclusivo para enfermeiros)		
		Registro, análise e plano de ação de indicadores em saúde		



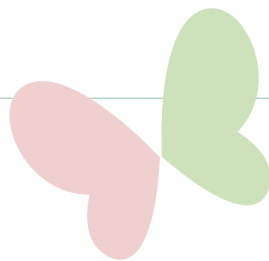
• Técnico de Enfermagem

Gestão Estratégica	Gestão Empresarial	Operadoras de Planos e Serviços de Saúde e Regulação ANS	Comportamento e Valores	Cooperativismo e Sistema Unimed
Gestão da qualidade, inovação e conhecimento	Execução de processos	Sistemas de avaliação e monitoramento (indicadores assistenciais)	Ética	Princípios das cooperativas, estrutura e classificação e hierarquia organizacional
Novas tecnologias em saúde	Atendimento e experiência do cliente	Aspectos legais do funcionamento do serviço (Anvisa)	Foco no/do cliente	Cooperativa de serviço médico
Relevância de dados e resultados	Gestão documental	Estímulo ao desenvolvimento do autocuidado	Intercooperação	Identidade e cultura organizacional
	Gestão de riscos	Gestão da transição do cuidado	Habilidades de comunicação	Relacionamento com o cooperado
		Método clínico centrado na pessoa	Sigilo das informações	
		Saúde e segurança do paciente	Gestão do tempo	
		Linhas de cuidado	Foco no resultado e em segurança	
		Fluxos e processos de trabalho em cuidados paliativos	Gestão da mudança	
		Rede de serviços médico-assistenciais (conhecimento da rede oferecida aos beneficiários)	Negociação	
		Modelos assistenciais	Assumir responsabilidade/tomada de decisão	
		Registro clínico/prontuário do paciente	Motivação e propósito	
		Introdução aos cuidados paliativos	Inteligência emocional	
		Bioética em cuidados paliativos		
		Controle de Sintomas		
		Estruturação e modalidades de serviços em cuidados paliativos		
		Comunicação de más notícias		
		Sedação e extubação paliativa		
		Luto		



• Auxiliar Administrativo/Recepção

Gestão Estratégica	Gestão Empresarial	Operadoras de Planos e Serviços de Saúde e Regulação ANS	Comportamento e Valores	Cooperativismo e Sistema Unimed
Gestão da qualidade, inovação e conhecimento	Execução de processos	Saúde e segurança do paciente	Ética	Princípios das cooperativas, estrutura e classificação e hierarquia organizacional
Relevância de dados e resultados	Atendimento ao cliente interno e externo	Satisfação do beneficiário/ experiência do cliente	Foco no/do cliente	Cooperativa de serviço médico
Visão de mercado, tendências e cenários	Gestão documental	Centralidade no cliente	Intercooperação	Identidade e cultura organizacional
	Gestão de riscos	Relacionamento com recursos próprios e rede de prestadores	Habilidades de comunicação	Relacionamento com o cooperado
		Conceitos básicos de cuidados paliativos	Sigilo das informações	Intercâmbio (regras e políticas)
		Fluxos e processos de trabalho em cuidados paliativos	Gestão do tempo	
		Conhecimento da rede oferecida aos beneficiários	Foco no resultado e em segurança	
			Gestão da mudança	
			Melhoria contínua	
			Negociação	
			Assumir responsabilidade/ tomada de decisão	
			Motivação e propósito	
			Inteligência emocional	



CAPÍTULO V

Considerações Legais e Éticas em Cuidados Paliativos

A prática de cuidados paliativos costuma suscitar nos profissionais dilemas éticos e inseguranças do ponto de vista jurídico. O avanço tecnológico na área da saúde trouxe vantagens, porém, diante das enfermidades crônicas, incuráveis, em especial na sua fase avançada, é necessário refletir sobre que tipo de atendimento é importante para alguém com uma expectativa de vida limitada. Assim, quaisquer decisões envolvendo questões éticas em saúde devem ser precedidas da análise dos princípios da bioética.

Nesse cenário, temos que respeitar as vontades do paciente e estar de acordo com os princípios de não maleficência e beneficência.



Autonomia

Garantir o direito do paciente a participar das decisões.



Beneficência

Maximizar o bem que se pode fazer ao paciente.



Não maleficência

Não causar danos, não fazer o mal.



Justiça

Tratar o outro com justiça, utilizando recursos de forma equitativa.

Nos **anexos 4 e 5**, constam a resolução que garante a assistência em cuidados paliativos para permitir uma ação tranquila para todos os envolvidos e a DAV (Diretivas Antecipadas de Vontade), formalização da manifestação do plano de cuidado do paciente e dos familiares.

Nesse contexto, de acordo com a ANCP em seu *Atlas dos cuidados paliativos no Brasil 2019*⁽⁴⁾, o cuidado paliativo atuando em conjunto com os cuidados curativos apropriados proporciona o entendimento da adequação do esforço terapêutico, que é definido pelo entendimento das necessidades de um paciente em relação ao momento em que ele se encontra na curva de determinada doença, permitindo intervenções proporcionais e que tenham o objetivo de melhorar a qualidade de vida. Ou seja, não se trata de retirar terapêuticas úteis, mas de evitar a introdução e não permitir a manutenção de terapêuticas fúteis.



Depois de décadas de esforço e dedicação da classe médica e de todos os profissionais de saúde, temos hoje uma legislação, um regramento que permite as ações em cuidados paliativos. Os aspectos mais relevantes sobre esse regramento é que temos a obrigação de cuidar do paciente até os últimos dias de vida com toda a dignidade possível.

O quadro a seguir especifica os possíveis desfechos de morte mediante as práticas de intervenções assistenciais.

Eutanásia	Distanásia	Ortotanásia
Abreviar a vida do doente incurável e terminal, procurando diminuir sua dor e o sofrimento. A eutanásia é proibida por lei no Brasil, sendo considerada crime.	Excesso de intervenções que prolongam o processo de morte por meio de terapias desproporcionais ao estágio de vida do paciente, também denominada “obstinação terapêutica”	Morte pelo seu processo natural, sem prolongamentos intervencionais abusivos, prezando pela boa prática clínica, com o alívio das dores e dos sintomas do paciente e da família.

Fonte: ANCP, 2019⁽⁴¹⁾.

O *Código de Ética Médica*, em vigor desde abril de 2010, explicita que é vedado ao médico abreviar a vida, ainda que a pedido do paciente ou de seu representante legal (eutanásia). Mas, atento ao compromisso humanitário e ético, prevê que, nos casos de doença incurável, de situações clínicas irreversíveis e terminais, o médico pode oferecer todos os cuidados paliativos disponíveis e apropriados (ortotanásia).

O documento ainda orienta o profissional a atender à vontade expressa do paciente, sem lançar mão de ações diagnósticas ou terapêuticas inúteis ou obstinadas. “O médico deixará de levar em consideração as diretivas antecipadas de vontade do paciente ou representante que, em sua análise, estiverem em desacordo com os preceitos ditados pelo Código de Ética Médica”, aponta a resolução do CFM.





ANEXO 1 – INSTRUMENTO NECPAL-BR (Necessidades Paliativas)

Instrumento para identificação de pessoas em situação de doença avançada e/ou terminal e necessidade de atenção paliativa para uso em serviços de saúde e sociais.

Paciente: _____

Data de nascimento: ____/____/____

Pergunta surpresa	Você ficaria surpreso se este paciente morresse ao longo do próximo ano?	[] Sim	[] Não
--------------------------	--	---------	---------

Essa pergunta incorpora um critério clínico intuitivo, útil como elemento identificador e que, a partir disso, questiona e modifica a forma de atender este grupo de pacientes.

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 minimal 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



CRITÉRIOS NECPAL DE GRAVIDADE / PROGRESSÃO / DOENÇA AVANÇADA ⁽¹⁻⁴⁾	
Doença Oncológica	• Câncer metastático ou locorregional 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 classe 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 ≥ 6c • Progressão do declínio cognitivo, funcional e/ou nutricional.
Fragilidade	• Índice de Fragilidade do CSHA ≥ 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 hepato-renal 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/min) em pacientes que não são candidatos ou que recusam tratamento substitutivo e/ou transplante. • Finalização da diálise ou falha no transplante.



ANEXO 2 – PERFORMANCE PALLIATIVE SCALE (PPS)

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

Translation by Maria Goretti Sales Maciel and Ricardo Tavares de Carvalho, São Paulo, Brasil. Palliative Performance Scale (PPSv2). ©Victoria Hospice Society, 2009.



ANEXO 3 – RESOLUÇÃO CFM Nº 1.805/2006

Na fase terminal de enfermidades graves e incuráveis, é permitido ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente, garantindo-lhe os cuidados necessários para aliviar os sintomas que levam ao sofrimento, na perspectiva de uma assistência integral, respeitada a vontade do paciente ou de seu representante legal.

O Conselho Federal de Medicina, no uso das atribuições conferidas pela Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, alterada pela Lei nº 11.000, de 15 de dezembro de 2004, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, e

CONSIDERANDO que os Conselhos de Medicina são ao mesmo tempo julgadores e disciplinadores da classe médica, cabendo-lhes zelar e trabalhar, por todos os meios ao seu alcance, pelo perfeito desempenho ético da Medicina e pelo prestígio e bom conceito da profissão e dos que a exerçam legalmente;

CONSIDERANDO o art. 1º, inciso III, da Constituição Federal, que elegeu o princípio da dignidade da pessoa humana como um dos fundamentos da República Federativa do Brasil;

CONSIDERANDO o art. 5º, inciso III, da Constituição Federal, que estabelece que “ninguém será submetido a tortura nem a tratamento desumano ou degradante”;

CONSIDERANDO que cabe ao médico zelar pelo bem-estar dos pacientes;

CONSIDERANDO que o art. 1º da Resolução CFM nº 1.493, de 20.5.98, determina ao diretor clínico adotar as providências cabíveis para que todo paciente hospitalizado tenha o seu médico assistente responsável, desde a internação até a alta;

CONSIDERANDO que incumbe ao médico diagnosticar o doente como portador de enfermidade em fase terminal;

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido em reunião plenária de 9/11/2006, resolve:

Art. 1º É permitido ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente em fase terminal, de enfermidade grave e incurável, respeitada a vontade da pessoa ou de seu representante legal.

§ 1º O médico tem a obrigação de esclarecer ao doente ou a seu representante legal as modalidades terapêuticas adequadas para cada situação.

§ 2º A decisão referida no caput deve ser fundamentada e registrada no prontuário.

§ 3º É assegurado ao doente ou a seu representante legal o direito de solicitar uma segunda opinião médica.

Art. 2º O doente continuará a receber todos os cuidados necessários para aliviar os sintomas que levam ao sofrimento, assegurada a assistência integral, o conforto físico, psíquico, social

e espiritual, inclusive assegurando-lhe o direito da alta hospitalar.

Art. 3º Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação, revogando-se as disposições em contrário.



ANEXO 4 – CONCEITO E APLICABILIDADE DAS DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE⁽⁴²⁾

A DAV compreende o testamento vital ou outro documento em que haja registro expresso das preferências da pessoa com relação a tratamentos ou outras medidas de cuidado quando em condições de saúde irreversíveis e potencialmente terminais.

Citando a Resolução 1.995, do Conselho Federal de Medicina (CFM), que estabelece os critérios para que qualquer pessoa – desde que maior de idade e plenamente consciente – possa definir junto ao seu médico quais os limites de terapêuticos na fase terminal.

O paciente que optar pelo registro de sua diretiva antecipada de vontade poderá definir, com a ajuda de seu médico, os procedimentos considerados pertinentes e aqueles aos quais não quer ser submetido em caso de terminalidade da vida, por doença crônico-degenerativa.

Desse modo, poderá, por exemplo, expressar se não quer procedimentos de ventilação mecânica (uso de respirador artificial), tratamentos (medicamentoso ou cirúrgico) dolorosos ou extenuantes ou mesmo a reanimação na ocorrência de parada cardiorrespiratória. Esses detalhes serão estabelecidos na relação médico-paciente, com registro formal em prontuário. O testamento vital é facultativo, poderá ser feito em qualquer momento da vida (mesmo por aqueles que gozam de perfeita saúde) e pode ser modificado ou revogado a qualquer momento.

Critérios – São aptos a expressar sua diretiva antecipada de vontade qualquer pessoa com idade igual ou maior a 18 anos ou que estejam emancipadas judicialmente. O interessado deve estar em pleno gozo de suas faculdades mentais, lúcido e responsável por seus atos perante a Justiça.

Menores de idade, que estejam casados civilmente, podem fazer testamento vital, pois o casamento lhes emancipa automaticamente. Crianças e adolescentes não estão autorizados e nem seus pais podem fazê-lo em nome de seus filhos. Nestes casos, a vida e o bem-estar deles permanecem sob a responsabilidade do Estado.

Pela Resolução 1.995/2012 do Conselho Federal de Medicina (CFM), o registro da diretiva antecipada de vontade pode ser feito pelo médico assistente em sua ficha médica ou no prontuário do paciente, desde que expressamente autorizado por ele. Não são exigidas testemunhas ou assinaturas, pois o médico – pela sua profissão – possui fé pública e seus atos têm efeito legal e jurídico. O registro em prontuário não poderá ser cobrado, fazendo parte do atendimento.

No texto, o objetivo deverá ser mencionado pelo médico de forma minuciosa que o paciente está lúcido, plenamente consciente de seus atos e compreende a decisão tomada. Também dará o limite da ação terapêutica estabelecido pelo paciente, neste registro, se considerar necessário, o paciente poderá nomear um representante legal para garantir o cumprimento de seu desejo.



Caso o paciente manifeste interesse, poderá registrar sua diretiva antecipada de vontade também em cartório. Contudo, esse documento não será exigido pelo médico de sua confiança para cumprir sua vontade. O registro no prontuário será suficiente. Independentemente da forma – se em cartório ou no prontuário –, essa vontade não poderá ser contestada por familiares. O único que pode alterá-la é o próprio paciente.

Compromisso humanitário – O Código de Ética Médica, em vigor desde abril de 2010, explicita que é vedado ao médico abreviar a vida, ainda que a pedido do paciente ou de seu representante legal (eutanásia). Mas, atento ao compromisso humanitário e ético, prevê que nos casos de doença incurável, de situações clínicas irreversíveis e terminais, o médico pode oferecer todos os cuidados paliativos disponíveis e apropriados (ortotanásia).

O documento orienta o profissional a atender à vontade expressa do paciente, sem lançar mão de ações diagnósticas ou terapêuticas inúteis ou obstinadas. “O médico deixará de levar em consideração as diretivas antecipadas de vontade do paciente ou representante que, em sua análise, estiverem em desacordo com os preceitos ditados pelo Código de Ética Médica”, aponta a resolução do CFM.

E se não forem conhecidas as diretivas antecipadas de vontade?

Não sendo conhecidas as diretivas antecipadas de vontade do paciente nem havendo representante designado, familiares disponíveis ou falta de consenso entre estes, o médico recorrerá ao Comitê de Bioética da instituição, caso exista, ou, na falta deste, à Comissão de Ética Médica do hospital ou ao Conselho Regional e Federal de Medicina para fundamentar sua decisão sobre conflitos éticos, quando entender esta medida necessária e conveniente.



ANEXO 5 – MODELO DE DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE⁽⁴²⁾

Nos termos da Lei, este Documento de Diretivas Antecipadas de Vontade contém o “testamento vital”, no qual a vontade do declarante, no que diz respeito aos cuidados de saúde que deseja ou não receber em fase de incapacidade para prestar consentimento válido e atual, é redigida em uma declaração escrita. A Lei não exige esse modelo concreto de Documento de Diretivas Antecipadas de Vontade, podendo o declarante optar por outra formulação. Para ser eficaz, o declarante deve entregar um exemplar desse documento ao seu médico assistente, a familiares e/ou amigos e/ou proceder a sua inscrição no Registro Nacional de Testamento Vital (Rentev). Para o preenchimento deste documento, deve procurar aconselhamento médico adequado, devendo ser assinado ou na presença de um notário, ou de um funcionário do Rentev com competência para o efeito.

Eu, _____,
portador(a) do documento de identificação nº _____, nascido(a) a ____ de _____ de _____,
residente em _____,
_____, código postal ____-_____, nacionalidade _____, telefone _____,
declaro que: Se em alguma fase da minha vida o meu médico determinar que eu tenha uma doença incurável ou terminal e que a utilização de meios de diagnóstico e tratamento apenas sirva para prolongar artificialmente o processo de morte, determino que esses procedimentos extraordinários e desproporcionados sejam suspensos ou, de preferência, que não sejam iniciados, e 116 Testamento vital que seja permitida a evolução natural da minha doença, sendo apenas providenciados os cuidados paliativos necessários para o meu conforto ou para o alívio das dores e do sofrimento. (Opção: determino especificamente que _____).

Na ausência de capacidade da minha parte para, de modo informado e esclarecido, consentir a utilização de meios extraordinários e desproporcionados de tratamento, é minha vontade que esta declaração seja respeitada pela minha família e pela equipe médica enquanto expressão final do meu direito de recusa de tratamento e de aceitar as consequências desta decisão. Esta diretiva antecipada de vontade deve continuar a produzir efeito apesar do meu estado de incapacidade. Ao assinar abaixo, indico que estou emocional e mentalmente competente para efetuar essa diretiva antecipada de vontade e que entendo o objetivo, o alcance e as consequências desse documento.

Data

Assinatura do Declarante

O declarante assinou este Documento de Diretivas Antecipadas de Vontade na minha presença, não sendo eu cônjuge ou familiar do declarante.

Assinatura do Notário e/ou Assinatura do Funcionário do Rentev CFM/FMUP 117 D



ANEXO 6 – ESCALA ZARIT

AVALIAÇÃO DA SOBRECARGA DOS CUIDADORES

Tem por objetivo avaliar a sobrecarga dos cuidadores de idosos. Essa escala não deve ser realizada na presença do idoso. A cada afirmativa, o cuidador deve indicar a frequência com que sente o que foi relatado nas perguntas (nunca, quase nunca, às vezes, frequentemente ou quase sempre). Não há respostas certas ou erradas. O estresse dos cuidadores será indicado por altos escores.

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 maneira 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 sido 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	De 15 a 21 pontos
Grave	Acima de 21 pontos

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Caderno de atenção domiciliar*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. 205 p. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portal-dab/publicacoes/cad_vol2.pdf. Acesso em: 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Envelhecimento e saúde da pessoa idosa*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006. (Cadernos de Atenção Básica, n. 19). Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/-cadernos_ab/abcad19.pdf. Acesso em: 2014.



ANEXO 7 – QUESTIONÁRIO FICA ADAPTADA

QUESTIONÁRIO FICA

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?

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?

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 dá suporte?

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.



ANEXO 8 – ESCALA DE AVALIAÇÃO DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO (HADS)

Este questionário pretende aferir o seu nível de ansiedade e depressão, avaliando como tem se sentido na última semana. Tenha consciência de que não há respostas certas ou erradas. Por favor, responda a todas as perguntas (3 páginas), assinalando as respostas com um X. Não demore muito tempo a pensar nas respostas, a sua reação imediata a cada questão será provavelmente mais correta do que uma resposta ponderada.

NA ÚLTIMA SEMANA...	RESPOSTAS	PONTOS
1. Sinto-me tenso(a) ou nervoso(a)	Quase sempre Muitas vezes Por vezes Nunca	3 () 2 () 1 () 0 ()
2. Ainda sinto prazer nas coisas de que costumava gostar	Tanto como antes Não tanto agora Só um pouco Quase nada	3 () 2 () 1 () 0 ()
3. Tenho uma sensação de medo, como se algo terrível estivesse para acontecer	Sim, e muito forte Sim, mas não muito forte Um pouco, mas não me aflige De modo algum	3 () 2 () 1 () 0 ()
4. Sou capaz de rir e ver o lado divertido das coisas	Tanto como antes Não tanto como antes Muito menos agora Nunca	3 () 2 () 1 () 0 ()
5. Tenho a cabeça cheia de preocupações	A maior parte do tempo Muitas vezes Por vezes Quase nunca	3 () 2 () 1 () 0 ()
6. Sinto-me animado(a)	Nunca Poucas vezes De vez em quando Quase sempre	3 () 2 () 1 () 0 ()
7. Sou capaz de estar descontraidamente sentado(a) e sentir-me relaxado(a)	Quase sempre Muitas vezes Por vezes Nunca	3 () 2 () 1 () 0 ()



8. Sinto-me mais lento(a), como se fizesse as coisas mais devagar	Quase sempre Muitas vezes Por vezes Nunca	3 () 2 () 1 () 0 ()
9. Fico de tal forma apreensivo(a)/com medo que até sinto um aperto no estômago	Nunca Por vezes Muitas vezes Quase sempre	3 () 2 () 1 () 0 ()
10. Perdi o interesse em cuidar do meu aspecto físico	Completamente Não dou a atenção que devia Talvez cuide menos que antes Tenho o mesmo interesse de sempre	3 () 2 () 1 () 0 ()
11. Sinto-me de tal forma inquieto(a) que não consigo estar parado(a)	Muito Bastante Não muito Nada	3 () 2 () 1 () 0 ()
12. Penso com prazer nas coisas que podem acontecer no futuro	Tanto como antes Não tanto como antes Bastante menos agora Quase nunca	3 () 2 () 1 () 0 ()
13. De repente, tenho sensações de pânico	Muitas vezes Bastantes vezes Por vezes Nunca	3 () 2 () 1 () 0 ()
14. Sou capaz de apreciar um bom livro ou um programa de rádio ou televisão	Muitas vezes De vez em quando Poucas vezes Quase nunca	3 () 2 () 1 () 0 ()
Total de Pontos Ansiedade	Soma das questões 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13.	
Total de Pontos Depressão	Soma das questões 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14.	

ESCORE	RESULTADO
0 a 7 pontos	Improvável
De 8 a 11 pontos	Possível (questionável ou duvidosa)
De 12 a 21 pontos	Provável



ANEXO 9 – ESCALA DE SATISFAÇÃO COM A VIDA (SWLS)

Este instrumento foi criado com base na teoria do bem-estar subjetivo, mais precisamente com o intuito de avaliar o componente cognitivo da satisfação com a vida, por meio de cinco itens, com opções de resposta variando de 1 (discordo plenamente) a 7 (concordo plenamente), sendo que, quanto mais próxima de 7 é a resposta do indivíduo, mais elevados são os seus índices de Satisfação com a Vida.

1) A minha vida está próxima do meu ideal.

Discordo plenamente 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 () 7 () Concordo plenamente

2) Minhas condições de vida são excelentes.

Discordo plenamente 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 () 7 () Concordo plenamente

3) Eu estou satisfeito com a minha vida.

Discordo plenamente 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 () 7 () Concordo plenamente

4) Até agora, tenho conseguido as coisas importantes que quero na vida.

Discordo plenamente 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 () 7 () Concordo plenamente

5) Se eu pudesse viver minha vida de novo, eu não mudaria quase nada.

Discordo plenamente 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 () 7 () Concordo plenamente



ANEXO 10 – ESCALA DE AVALIAÇÃO DE SINTOMAS DE EDMONTON (ESAS-R)

Por favor, circule o número que melhor descreve como você está se sentindo agora		
Sem dor	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior dor possível
Sem cansaço <i>Cansaço = falta de energia</i>	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior cansaço possível
Sem sonolência <i>Sonolência = sentir-se com sono</i>	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 falta de apetite possível
Sem falta de ar	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior falta de ar possível
Sem depressão <i>Depressão = sentir-se triste</i>	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior depressão possível
Sem ansiedade <i>Ansiedade = sentir-se nervoso</i>	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior ansiedade possível
Com bem-estar <i>Bem-estar/Mal-estar = como você se sente no geral</i>	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior mal-estar possível
Sem _____ <i>Outro problema (por exemplo, prisão de ventre)</i>	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior _____ possível

Fonte: ESAS-r (versão brasileira). Porto Alegre, RS, 2011.



Referências Bibliográficas

1. BYOCK, I. Principles of Palliative Medicine. In: WALSH, D. et al. *Palliative Medicine* [An Expert Consult Title]. Philadelphia, USA: Saunders Elsevier, 2009. p.33-41.
2. BLASCO PG. A ordem dos fatores altera o produto: reflexões sobre educação médica e cuidados paliativos. *Educ Méd* [Internet]. 2018. Acesso em: 4 fev. 2022. 19(2):104-14. DOI: 10.1016/j.edumed.2016.07.010
3. World Health Organization (WHO). *Palliative care* [Internet]. 2020 [cited 2023 Apr 30]. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>
4. KELLEY A. S. Defining “Serious Illness”. *J Palliat Med* [Internet]. 2014 [cited 2023 Mar 17]. 17(9):985. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25115302/>
5. D'Alessandro, Maria Perez Soares et. al. (ed.). *Manual de cuidados paliativos*. 2. ed. São Paulo: Hospital Sírio-Libanês; Ministério da Saúde, 2023.
6. KAVALLERATOS D. et al. Association between palliative care and patient and caregiver outcomes: a systematic review and meta-analysis. *JAMA* [Internet]. 2016 [cited 2023 Mar 17];316(20):2104-14. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/2585979>.
7. KAVALLERATOS D. et al. Association between palliative care and patient and caregiver outcomes: a systematic review and meta-analysis. *JAMA* [Internet]. 2016 [cited 2023 Mar 17];316(20):2104-14. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/2585979>
8. Yamaguchi T, Maeda I, Hatano Y, Mori M, Shima Y, Tsuneto S. et al. Effects of end-of-life discussions on the mental health of bereaved family members and quality of patient death and care. *J Pain Symptom Manage* [Internet]. 2017 [cited 2023 Mar 17];54(1):17-26. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28450216/>
9. PESSINI L.; BERTACHINI L. *Encanto e responsabilidade no cuidado da vida: lidando com desafios éticos em situações críticas e de final da vida*. 1. ed. São Paulo: Editora Paulinas; Centro Universitário São Camilo; 2012. Capítulo 1, Conhecendo o que são os cuidados paliativos: conceitos fundamentais. p. 19-55.
10. KNAUL F. M. et al. Alleviating the access abyss in palliative care and pain relief – an imperative of universal health coverage: the Lancet Commission report. *Lancet* [Internet]. 2018 [cited 2023 Mar 17];391(10128):1391-454. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29032993/>
11. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Cancer control: knowledge into action: WHO guide for effective programmes. Palliative Care [Internet]. Geneva: WHO; 2007 [cited 2023 Jun 27]; 42 p. Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44024/9241547345_eng.pdf;jsessionid=C3E11870D89E18DAED6CE04DC7C0D0FF?sequence=1
12. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria GM/MS Nº 3.681, de 7 de maio de 2024. Institui a Política Nacional de Cuidados Paliativos – PNCP no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, por meio da alteração da Portaria de Consolidação GM/MS nº 2, de 28 de setembro de 2017. Brasília: Secretaria de Atenção Especializada à Saúde (SAES); 2024. [cited 2024 Sept 18]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt3681_22_05_2024.html



13. INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR HOSPICE & PALLIATIVE CARE (IAHPC). Palliative Care Definition. *IAHPC* [Internet]. 2018 [cited 2023 Jul 16]. Disponível em: <https://hospicecare.com/what-we-do/projects/consensus-based-definition-of-palliative-care/definition>
14. INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR HOSPICE & PALLIATIVE CARE (IAHPC). Palliative Care Definition. *IAHPC* [Internet]. 2018 [cited 2023 Jul 16]. Disponível em: <https://hospicecare.com/what-we-do/projects/consensus-based-definition-of-palliative-care/definition>
15. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Cancer control: knowledge into action: WHO guide for effective programmes. *Palliative Care* [Internet]. Geneva: WHO; 2007 [cited 2023 Jun 27]; 42 p. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44024/9241547345_eng.pdf;jsessionid=C3E11870D89E18DAED6CE04DC7C0D0FF?sequence=1
16. NAOUM P.; ATHANASAKIS K., PAVI E. Is Palliative Care Cost-Effective? A Systematic Review of the Literature. *Home Health Care Management & Practice*. 2023;0(0). DOI:10.1177/10848223231209316
17. TZALA S.; LORD J.; ZIRAS N.; REPOUSIS P.; POTAMIANOU A.; TZALA E. Cost of home palliative care compared with conventional hospital care for patients with haematological cancers in Greece. *Eur J Health Econ*. 2005;6:102–6.
18. IRIE R. M.; JANAUDIS M. A.; ASSUNÇÃO C. M.; MORETO G.; LEVITES M. R. Cuidados paliativos: humanismo com o paciente, resolutividade na gestão hospitalar. *RBM – Rev Bras Med*, Rio de Janeiro. 2013;70:14–20.
19. BENEDETTO M. A. C.; PINHEIRO T. R. P.; LEVITES M. R.; BLASCO P. G. Ambulatório didático de cuidados paliativos: relato de experiência. *Rev Bras Cuidados Paliativos*, 2010;(3):27–32.
20. RONCOLETTA A.; LEVITES M. R.; MÔNACO C. F.; BLASCO P. G. Las nuevas competencias del médico familiar: coordinando los cuidados en el hospital y atendiendo a los pacientes crónicos en su domicilio. Una experiencia brasileña. *Arch Med Fam*. 2009;11:78–89. Disponível em: https://sobramfa.com.br/wp-content/uploads/2014/10/2010_mai_nuevas_competencias_del_medico_familiar.pdf
21. HUGHES M. T.; SMITH T. J. The growth of palliative care in the United States. *Annu Rev Public Health*. 2014;35:459–475. DOI:10.1146/annurev-publhealth-032013-182406
22. RICE D. P.; HODGSON T. A.; KOPSTEIN A. N. The economic costs of illness: a replication and update. *Health Care Financ Rev*. 1985 Fall;7(1):61–80. PMID: 10311399; PMCID: PMC4191510.
23. LEE Y. R.; CHO B.; JO M. W.; OCK M.; LEE D.; LEE D.; KIM M. J.; OH I. H. Measuring the Economic Burden of Disease and Injury in Korea, 2015. *J Korean Med Sci*. 2019 mar. 7;34 (Suppl 1) :e80. DOI: 10.3346/jkms.2019.34.e80. PMID: 30923489; PMCID: PMC6434156.
24. CHOI E. Y.; KIM J.; LEE W.; JANG S. G.; PYO J.; OCK M. Comprehensive Measurement of the Burden of Disease due to Adverse Events: A New Analysis of the Cross-Sectional Patient Safety Incident Inquiry. *J Korean Med Sci*. 2023 nov. 6;38(43):e337. DOI: 10.3346/jkms.2023.38.e337. PMID: 37935164; PMCID: PMC 10627726.
25. HOGAN C.; LUNNEY J.; GABEL J. et al. Medicare beneficiaries' costs of care in the last year of life. *Health Aff*. 2001; 20: 188–195. [PubMed] [Google Scholar] [Ref list]



26. LUBITZ J. D.; RILEY G. F. Trends in medicare payments in the last year of life. *N Engl J Med.* 1993; 328: 1092–1096. [PubMed] [Google Scholar] [Ref list]
27. HIGGINSON I. J. It would be NICE to have more evidence? *Palliat Med.* 2004; 18(2): 85–86. [PubMed] [Google Scholar] [Ref list]
28. DIERNBERGER K. et al. *BMJ Supportive & Palliative Care.* 2021;11:296–298. DOI:10.1136/bmjspcare-2020-002388
29. KELLEY A. S.; MORRISON R. S. Palliative care for the seriously ill. *New England Journal of Medicine.* 2015; 373:747–755. DOI: 10.1056/NEJMr1404684
30. MORRIS Z. S.; FYFE M.; MOMEN N. et al. Understanding hospital admissions close to the end of life (ACE) study. *BMC Health Serv Res.* 2013;13:89.
31. TRTCHOUNIAN A.; ABERGER K.; NELSON J. 292 early palliative care consultation associated with decreased length of stay. *Ann Emerg Med.* 2017;70:S115.
32. KIRCHHOFF K. T.; HAMMES B. J.; KEHL K. A. et al. Effect of a disease-specific advance care planning intervention on end-of-life care. *J Am Geriatr Soc.* 2012;60:946–50.
33. FISCHER C.; BEDNARZ D.; SIMON J. Methodological challenges and potential solutions for economic evaluations of palliative and end-of-life care: A systematic review. *Palliat Med.* 2024 Jan;38(1):85–99. doi: 10.1177/02692163231214124. Epub 2023 Dec 23. PMID: 38142280; PMCID: PMC10798028.
34. RIBEIRO S. Z. R.S.; VIDAL S. A.; OLIVEIRA A. G. et al. Custos e qualidade de vida de pacientes em cuidados paliativos. *Rev enferm. UFPE on line.* 2018 Jun;12(6):1688–95. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/234832/29213>. Acesso em: 31 jul. 2020.
35. MALTA D. C.; ANDRADE S. S. C. A.; OLIVEIRA T. P.; MOURA L.; PRADO R. R.; SOUZA M. F. M. Probabilidade de morte prematura por doenças crônicas não transmissíveis, Brasil e regiões, projeções para 2025. *Rev. Bras. Epidemiol.* 2019; 22; 1–13. <https://doi.org/10.1590/1980-549720190030>
36. DUNCAN B. B. et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: prioridade para enfrentamento e investigação. *Rev. Saúde Pública.* 2012; 46(supl 1): 123–134. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102012000700017>
37. CLARA M. G. S.; SILVA V. R.; ALVES R.; COELHO M. C. R. Escala Palliative Care Screening Tool como instrumento para indicação de cuidados paliativos em idosos. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.* 2019; 22(5): 1–10. <https://doi.org/10.1590/1981-22562019022.1901434.0>
38. RODRIGUES M. M.; ALVAREZ A. M.; RAUCH K. C. Tendência das internações e da mortalidade de idosos por condições sensíveis à atenção primária. *Rev. Bras. Epidemiol.* 2019; 22; 1–11. <https://doi.org/10.1590/1980-549720190010>
39. BRASIL. *Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos não Transmissíveis no Brasil 2021–2030.* Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. 2021. http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_enfrentamento_doencas_cronicas_agravos_2021_2030.pdf



40. BASTOS, J. M. C.; IMTHON, M. de O.; PINHEIRO, P. L.; KLUG, D.; SAAVEDRA, L. P.; JOTZ, G. P.; SANTOS, C. E. dos. Perfil de usuários com necessidades de cuidados paliativos vinculados a uma Unidade Básica de Saúde no município de Porto Alegre/RS. *Mundo saúde* (Impr.); 47: e13192022, 2023.
41. ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS. Atlas dos cuidados paliativos no Brasil 2019 [Internet]. SANTOS A. F.; FERREIRA E. A.; GUIRRO U. B. São Paulo: ANCP; 2020 [cited 2023 Mar 17]. Disponível em: https://api-wordpress.paliativo.org.br/wp-content/uploads/2020/05/ATLAS_2019_final_compressed.pdf
42. NUNES, Rui. *Diretivas antecipadas de vontade*. Brasília, DF: CFM/Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, 2016.
43. GÓMEZ-BATISTE X, MARTÍNEZ-MUÑOZ M, BLAY C, AMBLÀS J, VILA L, COSTA X, et al. Utility of the NECPAL CCOMS-ICO© tool and the surprise question as screening tools for early palliative care and to predict mortality in patients with advanced chronic conditions: A cohort study, *Palliat. Med* [Internet]. 2017 [cited 2023 Jul 4];31(8). Available from: https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0269216316676647?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%20%200pubmed
44. DOWNAR J.; GOLDMAN R.; PINTO R.; ENGLESAKIS M.; ADHIKARI N. K. The "surprise question" for predicting death in seriously ill patients: a systematic review and meta-analysis. *Can. Med. Assoc. J.* [Internet]. 2017 [cited 2023 Jul 4];189(13). Disponível em: <https://www.cmaj.ca/content/189/13/E484.long>
45. VICTORIA HOSPICE SOCIETY. *Palliative Performance Scale* (PPSv2). Tradução: Maria Goretti Sales Maciel e Ricardo Tavares de Carvalho. São Paulo, 2009.
46. NATIONAL CLINICAL GUIDELINE CENTRE. National Institute for health and clinical excellence guidance. *Chronic heart failure*: National Clinical Guideline for diagnosis and Management in Primary and Secondary Care: partial update. London: Royal College of Physicians (UK), National Clinical Guideline Centre; 2010.
47. ADAMS C.; WALPOLA R.; SCHEMBRI A. M.; HARRISON R. The ultimate question? Evaluating the use of Net Promoter Score in healthcare: A systematic review. *Health Expect.* 2022 Oct;25(5):2328-2339. DOI: 10.1111/hex.13577. Epub 2022 Aug 19. PMID: 35985676; PMCID: PMC9615049.
48. UNIMED FEDERAÇÃO DO ESTADO DE SÃO PAULO. Eixos Norteadores das Trilhas Educacionais. São Paulo; 2024. Disponível em: <https://www.unimed.coop.br/site/web/unimedfesp/eixos-norteadores>



Alameda Santos, 1827 - 10 º andar
Cerqueira César - 01419-909
São Paulo - SP - Tel: (11) 3265-4000
www.unimed.coop.br

