



GUIA DE CUIDADOS PALIATIVOS

*para Nutricionistas da Atenção
Primária à Saúde*

GUIA DE CUIDADOS PALIATIVOS

*para Nutricionistas da Atenção
Primária à Saúde*

Elaborado por:

Thiago Inafuku E. de Oliveira

Orientado por:

Claudia Maria S. Cyrino e Luana F. Pereira

Revisado por:

Rafael Thomazi

Jéssica C. Ferreira

Marcelo dos Santos V. Lorena

Diagramação:

Miguel Campos C. dos Santos



FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉC. AQUIS. TRATAMENTO DA INFORM.
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CAMPUS DE BOTUCATU – UNESP
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: **ANA CLARA GATTO – CRB 8/10577**

Oliveira, Thiago Inafuku Evangelista de.

Guia de cuidados paliativos para nutricionistas da Atenção Primária à Saúde [recurso eletrônico] / Thiago Inafuku E. de Oliveira ; orientado por Claudia Maria S. Cyrino, Luana F. Pereira ; revisado por Rafael Thomazi, Jéssica C. Ferreira, Marcelo dos Santos V. Lorena ; diagramação Miguel Campos C. dos Santos. - Botucatu : FMB, 2026.

32 p. : il.

Ebook

Material desenvolvido para obtenção do título de especialista em Saúde do Adulto e Idoso (Programa de Residência Multiprofissional em Nutrição) – Universidade Estadual Paulista (UNESP), Faculdade de Medicina, Botucatu

ISBN: 978-65-5067-109-9

1. Nutrição e saúde pública. 2. Tratamento paliativo. 3. Nutrição – Avaliação.
I. Cyrino, Claudia Maria Silva. II. Pereira, Luana Ferreira. III. Thomazi, Rafael. IV. Ferreira, Jéssica C. V. Lorena, Marcelo dos Santos Voltani. VI. Santos, Campos C. dos.
VII. Universidade Estadual Paulista (UNESP), Faculdade de Medicina, Botucatu. VIII. Título

CDD 616.029

SUMÁRIO

03 Introdução

06 1. Ferramentas de Triagem

09 2. Ferramenta de avaliação de funcionalidade

11 3. Avaliação Multidimensional do Paciente

17 4. Manejo de Sintomas

22 5. Terminalidade da vida e terapia nutricional

26 Luto

28 Referências

29 Anexos

INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas observa-se um progressivo envelhecimento da população mundial, acompanhado pelo aumento da prevalência do câncer e de outras doenças crônicas. Em contrapartida, os avanços tecnológicos, especialmente a partir da segunda metade do século XX, associados ao desenvolvimento terapêutico, transformaram muitas doenças outrora fatais em condições crônicas, proporcionando maior longevidade aos indivíduos acometidos. Apesar dos esforços contínuos da ciência e do conhecimento acumulado, a morte permanece uma certeza inescapável, desafiando o ideal de cura e preservação da vida para o qual os profissionais da saúde são treinados (ANCP, 2012).

Consequentemente, o número de pacientes em situação de "fora de possibilidade de cura" tem aumentado nos hospitais, onde frequentemente recebem assistência inadequada, ainda pautada em tentativas de cura por meio de métodos invasivos e de alta tecnologia. Tais abordagens, muitas vezes insuficientes ou excessivamente agressivas, tendem a negligenciar o sofrimento global do paciente — físico, emocional, social e espiritual —, o que evidencia a necessidade de uma assistência que considere o indivíduo em sua integralidade (ANCP, 2012).

O conceito dos cuidados paliativos (CP) encontra suas origens entrelaçadas com o conceito de *Hospice*, que remonta aos primórdios da era cristã, quando surgiram instituições destinadas ao acolhimento de peregrinos e viajantes, com registros datados do século V (ANCP, 2012). No século XIX, essas instituições ressurgiram com uma função mais clara de prestação de cuidados a pacientes em fase terminal, inicialmente sob responsabilidade de ordens religiosas. Destacam-se nesse contexto, como pioneiras, as figuras de Jeanne

Garnier e Mary Aikenhead. Garnier fundou, em 1843, em Lyon, a *Association des Dames du Calvaire*, a primeira instituição dedicada exclusivamente ao atendimento de doentes terminais; Aikenhead, por sua vez, liderou a criação do *Our Lady's Hospice for the Dying* em Dublin, em 1879, e, posteriormente, do *St. Joseph's Hospice* em Londres, em 1900 (CAPELAS, 2014).

O movimento do CP moderno, como o conhecemos hoje, teve sua origem com Dame Cicely Saunders, médica inglesa de formação humanista, cuja trajetória começou como assistente social e enfermeira. Em 1947, Saunders conheceu David Tasma, um paciente judeu de 40 anos, cuja relação inspirou sua dedicação a uma nova abordagem de cuidado. Dessa forma, em 1967, Cicely fundou o *St. Christopher's Hospice*, em Londres, cuja estrutura inovadora combinava assistência direta, ensino e pesquisa (ANCP, 2012).

A expansão internacional do CP teve início na década de 1970, com a criação dos primeiros serviços especializados no Japão, Noruega, Estados Unidos, Canadá, Polônia e Suécia, além da formação da primeira equipe intra-hospitalar e domiciliar de cuidados paliativos no Reino Unido (ANCP, 2012). Em 1982, o termo "cuidados paliativos" foi adotado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), em substituição ao termo "hospice", devido às dificuldades de tradução em diferentes idiomas. Em 1990, a OMS publicou sua primeira definição formal, que em 2002, foi atualizada e novamente em 2020, sendo esta a definição mais atual: "Cuidados paliativos é uma abordagem que melhora a qualidade de vida de pacientes (adultos e crianças) e de suas famílias que enfrentam problemas associados a doenças potencialmente fatais. Eles previnem e aliviam o sofrimento através

da identificação precoce, avaliação correta e tratamento da dor e de outros problemas de natureza física, psicossocial e espiritual" (OMS, 2020).

No Brasil, embora haja registros históricos de práticas semelhantes desde o século XVI, a organização formal do CP é recente. Considera-se 1992 como marco inicial, com a inauguração da Unidade de Dor do Hospital do Fundão, (Hospital Universitário Clementino Fraga Filho - RJ) que rapidamente foi transformada em Serviço de Medicina Paliativa. Posteriormente, em 2004, o Plano Nacional de Saúde para o período 2004-2010 definiu os cuidados paliativos como área prioritária, motivando o lançamento do Programa Nacional de Cuidados Paliativos (CAPELAS, 2014).

Assim, mais recentemente em 2024, foi instituída a Política Nacional de Cuidados Paliativos (PNCP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio da Portaria GM/MS nº 3.681, de 7 de maio de 2024. Em sua formulação, a Atenção Primária recebe grande destaque, já que logo entre suas diretrizes e objetivos, temos o fortalecimento da Atenção Primária como coordenadora do cuidado e organizadora das Redes de Atenção à Saúde (RAS); a promoção da inserção das ações de cuidados paliativos em todos os pontos da RAS; o estímulo a práticas de educação continuada e capacitação específica, fortalecendo a formação e valorização dos profissionais da área; bem como a integração dos cuidados paliativos na RAS, com ênfase na Atenção Primária, (PNPC, 2024).

A Atenção Primária à Saúde (APS) é reconhecida como o primeiro ponto de contato dos indivíduos, famílias e comunidades com o sistema de saúde, oferecendo um conjunto de ações que abrangem promoção, prevenção, proteção e cuidados integrados à saúde em territórios definidos. Nesse cenário, a APS desempenha um papel crucial na implementação dos CP, atuando desde o início do tratamento de doenças até o planejamento

e condução do cuidado paliativo. Essa abordagem assegura uma melhor qualidade de vida para os pacientes e suporte às famílias, além de proporcionar uma variedade de serviços de saúde enquanto o paciente permanece em sua comunidade (ORDONHO, C. et al., 2021).

Estudos indicam que a integração dos CP na APS está associada à melhoria no controle dos sintomas, redução nas internações hospitalares, maior satisfação de pacientes e familiares, e diminuição de custos em comparação com os cuidados oferecidos na atenção especializada. Esses benefícios são evidentes quando o acompanhamento do paciente é iniciado precocemente na APS, permitindo a elaboração de planos de ação em conjunto com o paciente e sua família, facilitando uma transição mais natural para o cuidado paliativo (ORDONHO, C. et al., 2021).

Apesar do aumento na procura por cuidados paliativos nos serviços da APS, a rede ainda enfrenta dificuldades em oferecer essas ações de forma completa e com a qualidade necessária. Muitos desafios permanecem, sendo que os principais obstáculos envolvem a complexidade inerente às práticas de CP, a falta de recursos tecnológicos adequados, a descontinuidade no acompanhamento dos pacientes e, de maneira mais crítica, a dificuldade dos profissionais de saúde atuantes na APS, em lidar com os pacientes e seus familiares, mesmo considerando a reconhecida capacidade da família como rede de apoio, em estabelecer vínculos sólidos com aqueles que recebem cuidados paliativos. Sendo esta limitação atribuída, em grande parte, à formação insuficiente dos profissionais desde sua educação inicial, principalmente no que diz respeito à identificação dos pacientes elegíveis para tal cuidado, e a atenção despendida a todas as dimensões do mesmo (ORDONHO, C. et al., 2021).

Para que se consiga atuar sobre a totalidade do paciente em CP, o envolvimento de uma equipe interdisciplinar é imprescindível, uma

vez que essa abordagem busca atender às múltiplas esferas da experiência humana, incluindo os aspectos físicos, sociais, emocionais e espirituais. Para garantir um cuidado abrangente e centrado no paciente, recomenda-se que essa equipe seja formada por profissionais de nível superior, como médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, nutricionistas e fisioterapeutas. Cada um contribui com sua expertise no acompanhamento tanto do paciente quanto de seus familiares, promovendo um cuidado mais completo e humanizado (LORENZZONI, 2019).

Tal atuação interdisciplinar já é vigente no âmbito da APS, as antigas equipes do Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF), destituído em 2020, e que após a instituição da portaria 635 de maio de 2023, foram substituídas pelas e-Multi, operam de maneira complementar à APS, mas de forma integrada e articulada com a RAS, compartilhando a responsabilidade sobre a população e o território, com as demais equipes atuantes na área de abrangência. Área esta, que pode englobar de 4 a 12 equipes da APS, a depender da modalidade instituída para

essa determinada e-Multi (BISPO JÚNIOR, *et. al.,* 2023).

Dessa forma, visando contemplar as diretrizes e objetivos da PNCP instituída em 2024, em relação à educação continuada em cuidados paliativos, o presente estudo almeja produzir um material prático e didático para profissionais nutricionistas atuantes no âmbito da atenção primária à saúde, sobre o cuidado com o paciente paliativo, abordando desde a identificação dos pacientes elegíveis para tal abordagem até o manejo das principais condições clínicas das doenças que os acometem.



01.



FERRAMENTAS DE TRIAGEM

Figura 1: Ferramenta SPICT-BR

Como já evidenciado por Ordonho, C. et al, o início precoce da abordagem paliativa ainda no âmbito da APS, juntamente com a terapia modificadora da doença, apresenta melhores desfechos ao paciente e seus familiares, tanto no que diz respeito ao controle de sintomas e redução de internações hospitalares, quanto no que diz respeito à saúde mental dos envolvidos, com melhor controle sobre a ansiedade e sintomas depressivos. Muito disso se deve principalmente pelo estabelecimento de um plano de cuidados envolvendo uma equipe interdisciplinar junto do paciente e sua rede de apoio, abordando o que de fato é importante para eles e as opções de tratamento proporcionais à condição clínica em questão

Assim, a primeira etapa da aplicação do CP na APS é justamente a identificação dos pacientes elegíveis para esta abordagem. E para isto existem ferramentas específicas de triagem, desenvolvidas com este objetivo e que podem ser aplicadas na APS por um profissional da saúde, como o SPICT-BR e NECPAL-BR.

O SPICT-BR (figura 1/anexo I) constitui uma ferramenta inicialmente desenvolvida em 2010 e posteriormente refinada em 2014, tendo sido traduzida e validada para a língua portuguesa na sua versão brasileira. Sua elaboração fundamentou-se em princípios como simplicidade, objetividade, presença de indicadores de fácil reconhecimento clínico, utilização de marcadores baseados em evidências para doenças em estágio avançado,

Supportive and Palliative Care Indicators Tool (SPICT-BR)

O SPICT™ é utilizado para ajudar a identificar pessoas cuja saúde está deteriorando. Avalie quanto às necessidades de suporte e cuidados paliativos não atendidas. Plano de cuidados.

Procure por indicadores gerais de saúde em deterioração.

- Internação(ões) hospitalar(es) não programada(s).
- Declínio funcional progressivo com limitada reversibilidade. (Ex.: A pessoa permanece na cama ou numa cadeira mais da metade do tempo).
- A pessoa depende de outros para cuidados pessoais devido ao aumento de problemas físicos e/ou de saúde mental. O cuidador necessita de mais ajuda e suporte.
- Perda de peso progressiva; permanece abaixo do peso; baixa massa muscular.
- Sintomas persistentes apesar do tratamento otimizado da(s) condição(ões) de base.
- A pessoa (ou a família) solicita cuidados paliativos; opta por reduzir, parar ou não fazer o tratamento; ou deseja focar na qualidade de vida.

Procure por indicadores clínicos de uma ou mais condições de saúde que limitam a vida.

Câncer	Doença cardiovascular	Doença renal
Capacidade funcional em declínio devido à progressão do câncer.	Insuficiência cardíaca ou doença arterial coronária extensa, refratárias ao tratamento otimizado; com falta de ar ou dor no peito em repouso ou ao mínimo esforço.	Estágios 4 ou 5 de doença renal crônica (TFG < 30ml/min) com deterioração da saúde.
Muito debilitado(a) para o tratamento do câncer ou o tratamento tem finalidade de controle dos sintomas.	Doença vascular periférica grave, inoperável.	Insuficiência renal como fator complicador para outras condições limitantes ou tratamentos.
Demência/ fragilidade	Doença respiratória	Doença hepática
Incapaz de vestir-se, caminhar ou comer sem ajuda.	Doença pulmonar crônica grave; com falta de ar em repouso ou ao mínimo esforço entre as exacerbações.	Cirrose com uma ou mais complicações no último ano:
Comendo e bebendo menos; dificuldade com a deglutição.	Hipóxia persistente que necessita de oxigenioterapia contínua.	• Ascite refratária a diuréticos;
Incontinência urinária e fecal.	Já precisou de ventilação invasiva para insuficiência respiratória ou a intubação orotraqueal é contraindicada.	• Encefalopatia hepática;
Incapaz de se comunicar através da fala; pouca interação social.	Outras condições	• Síndrome hepatorenal;
Quedas frequentes; fratura de fêmur.	Deterioração com outras condições, múltiplas condições e/ou complicações irreversíveis; o melhor tratamento disponível resulta em um desfecho desfavorável.	• Peritonite bacteriana;
Espasmos frequentes de febre ou infecções; pneumonia aspirativa.	Revisar o cuidado atual e o plano de cuidados.	• Sangramentos recorrentes de varizes decorrentes de hipertensão portal.
Doença neurológica	• Revise o tratamento e os medicamentos atuais para garantir que a pessoa receba o cuidado otimizado; diminuir a polifarmácia.	Transplante de fígado não é possível.
Deterioração progressiva da capacidade física e/ou da função cognitiva mesmo com terapia otimizada.	• Considere o encaminhamento para avaliação para uma equipe de Cuidados Paliativos se os sintomas ou problemas forem complexos e difíceis de manejar.	
Problema de fala com dificuldade crescente de comunicação e/ou dificuldade progressiva de deglutição.	• Elaborar um plano de cuidados para o momento atual e para o futuro com a pessoa e seus familiares/pessoas próximas. Apoiar os cuidadores.	
Pneumonia aspirativa recorrente; falta de ar ou insuficiência respiratória.	• Planejar com antecedência caso seja provável a perda da capacidade de tomada de decisão.	
Paralisia persistente após acidente vascular cerebral com perda significativa da funcionalidade e incapacidade contínua.	• Registrar, compartilhar e revisar os planos de cuidados.	

Fonte: University of Edinburgh, 2024

estímulo à introdução precoce de cuidados paliativos em paralelo às terapêuticas modificadoras da doença e uso de linguagem acessível aos profissionais de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2023).

A ferramenta contempla tanto marcadores gerais de deterioração do estado de saúde quanto indicadores clínicos específicos para distintas condições clínicas avançadas, permitindo uma abordagem holística do paciente e subsidiando a tomada de decisão compartilhada quanto aos objetivos terapêuticos e ao planejamento antecipado de cuidados. Trata-se de um instrumento de aplicação rá-

pida e operacionalmente simples, sem prejuízo de sua sensibilidade na identificação de indivíduos elegíveis à abordagem paliativa, podendo ser utilizada em contextos diversos, como a atenção primária, instituições de longa permanência, serviços ambulatoriais especializados e unidades hospitalares. Estruturalmente, está dividido em duas seções: a primeira reúne indicadores clínicos gerais de piora funcional e a segunda apresenta marcadores específicos conforme a etiologia de base, incluindo doenças cardiovasculares, respiratórias, neurológicas, síndromes demenciais e condições associadas à fragilidade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2023).

Embora não se caracterize formalmente como um instrumento prognóstico, estudos

Figura 2: Ferramenta NECPAL-BR

INSTRUMENTO NECPAL-BR
(Necessidades Paliativas)

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

Paciente: _____ Data de nascimento: ____/____/____

Pergunta surpresa	Você ficaria surpreso se este paciente morresse ao longo do próximo ano?	[] Sim [] Não
Demanda ou necessidade	Demanda: Tem havido alguma manifestação explícita ou implícita, de limitação de esforço terapêutico ou pedido de atenção paliativa por parte do(a) paciente, sua família ou membros da equipe? 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 Declínio funcional Declínio cognitivo	Perda de peso >10% • Piora do Karnofsky ou Barthel > 30% • Perda de mais que duas ABVDs Perda ≥ 5 mmHg ou ≥ 3 Pfeiffer
Dependência grave	Karnofsky < 50 ou Barthel < 20	[] Sim [] Não
Síndromes geriátricas	• Lesão por pressão • Infecções de repetição • Delírium • Disfagia • Quedas	Dados clínicos da anamnese ≥ 2 recorrentes ou persistentes
Sintomas persistentes	Dor, cansaço, náusea, depressão, ansiedade, sonolência, inapetência, mal-estar, dispnéia e insônia.	≥ 2 sintomas (ESAS) recorrentes ou persistentes
Aspectos psicossociais	Sofrimento emocional ou transtorno adaptativo grave Vulnerabilidade social grave	deteção de mal-estar emocional (DME > 9) avaliação social e familiar
Multi-morbidade	≥ 2 doenças ou condições crônicas avançadas (da lista de indicadores específicos em anexo)	[] Sim [] Não
Uso de recursos	Avaliação da demanda ou intensidade de intervenções	• Mais que duas admissões urgentes (não programadas) em seis meses • Aumento da demanda ou intensidade das intervenções (cuidado domiciliar, intervenções de enfermagem)
Indicadores específicos	Câncer, DPOC, ICC, insuficiência hepática, insuficiência renal, AVC, demência, doenças neurodegenerativas, SIDA e outras doenças avançadas.	• Em anexo: avaliação dos critérios de gravidade e progressão

Fonte: Santana, 2018

Figura 3: Ferramenta NECPAL-BR (continuação)

ANEXO* - Indicadores Específicos

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

(1) Usar instrumentos validados de gravidade e/ou prognóstico em função da experiência e evidência;
(2) Em todos os casos, avaliar também o sofrimento emocional ou impacto funcional graves em pacientes (e/ou impacto na família) como critério de necessidades paliativas;
(3) Em todos os casos, avaliar dilemas éticos na tomada de decisões;
(4) Avaliar sempre a combinação com multi-morbidades.

Classificação:

Pergunta Surpresa (PS)	PS + (não me surpreenderia) PS - (Me surpreenderia)
------------------------	--

Parâmetros NECPAL

NECPAL + (de 1 a 13 respostas "sim") NECPAL - (nenhum parâmetro assinalado)
--

Codificação e registro:

Propor codificação como Paciente com Cronicidade Avançada (PCA) se PS + e NECPAL +
--

SANTANA, M. T. E. A. *Adaptação transcultural e validação semântica do instrumento NECPAL CCOMS-ICO® para a Língua Portuguesa*. 2018. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Escola Paulista de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo.

Fonte: Santana, 2018

indicam que a identificação de dois ou mais indicadores de declínio geral e pelo menos um marcador específico, associa-se a um risco aumentado de mortalidade no intervalo de 12 meses. Após a aplicação do instrumento, recomenda-se a elaboração ou atualização do planejamento de cuidados com o paciente e a equipe assistente (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2023).

Além do SPICT-BR, existem também outras ferramentas de triagem para elegibilidade em CP, traduzidas e validadas para o (figura 2 e 3/anexos II e III) como o NECPAL CCOMS-ICO (figura 2 e 3). Criado em 2010 na Catalunha, como parte do “Proyecto NECPAL CCOMS-ICO® - Identificación y Atención Integral-Integrada de Personas con Enfermedades Crónicas Avanzadas em Servicios de Salud y Sociales” também tem como objetivo a identificação precoce de pacientes com doenças

crônicas avançadas e que ameaçam a continuidade da vida (SILVA, 2025)

Embora a ferramenta não tenha sido originalmente concebida com finalidade prognóstica, evidências apresentadas por Gómez-Batiste et al. (2017) indicam que ela possui elevada sensibilidade (91,3%; IC95%: 87,2–94,2%) e alto valor preditivo negativo (91,0%; IC95%: 86,9–94,0%) para mortalidade em um intervalo de 12 meses. Um de seus diferenciais é o fato de ter sido desenvolvida e validada em um dos centros colaboradores da Organização Mundial da Saúde (OMS), situado na Espanha, amplamente reconhecido por seus resultados significativos na atenção paliativa. Essa credibilidade fundamentou a escolha do instrumento para sua tradução e adaptação transcultural ao contexto brasileiro, resultando, em 2018, na versão denominada NECPAL-BR (Necessidades Paliativas) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2023).

As duas ferramentas apresentam diversas semelhanças, porém o NECPAL-BR tem o diferencial de abordar aspectos psicossociais em sua avaliação e também incluir a “Pergunta Surpresa”, que constitui da seguinte indagação: “Você ficaria surpreso se este paciente morresse ao longo do próximo ano?” direcionada geralmente ao médico incumbido da assistência ao paciente. Caso a resposta para esta pergunta seja negativa, e o paciente pontue em pelo menos mais 1



02.



FERRAMENTA DE AVALIAÇÃO DE FUNCIONALIDADE

Uma vez identificado o paciente elegível para Cuidados Paliativos, a avaliação periódica de sua funcionalidade se torna fundamental, já que permite o acompanhamento da curva evolutiva da doença, auxiliando na tomada de decisões, previsão de prognóstico e diagnóstico da terminalidade. E para isto, uma das ferramentas mais utilizadas é a “Palliative Performance Scale” (PPS)

A escala PPS é um instrumento padronizado amplamente utilizado para mensurar o desempenho funcional de pacientes em Cuidados Paliativos. Criada em 1996 pelo Victoria Hospice, no Canadá, a PPS surgiu como uma adaptação da Escala de Karnofsky, originalmente voltada a pacientes oncológicos, mas posteriormente ampliada para contemplar diferentes condições em estágios avançados

Figura 4: escala PPS

Adaptado de Victoria Hospice, 2009

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

de doença. A escala é composta por 11 níveis graduados de 0 a 100%, com incrementos de 10 pontos, em que 0% corresponde ao óbito. Sua avaliação abrange cinco domínios centrais: deambulação, atividade e evidência da doença, autocuidado, ingesta e nível de consciência (BAIK, 2018).

Na prática clínica, o PPS auxilia tanto na tomada de decisões terapêuticas quanto na estimativa de prognóstico. Valores inferiores a 50% costumam indicar expectativa de vida reduzida, sugerindo a necessidade de cuidados domiciliares ou internação, enquanto pontuações a partir de 60% denotam certo comprometimento funcional, mas ainda permitem acompanhamento ambulatorial. Além disso, recomenda-se que o valor inicial e o atual sejam registrados no plano de cuidados, permitindo monitorar a evolução da condição clínica e o impacto na funcionalidade. Embora não seja uma escala prognóstica formal, a PPS mantém correlação com a Escala de Karnofsky, sendo que pontuações abaixo de 50 também caracterizam dependência grave, conforme os critérios do instrumento NECPAL-BR (ANCP, 2012).



objetivos a serem perseguidos, porém, que nem sempre poderão ser atingidos, dependendo do caso em questão.

Por meio de um recurso gráfico, o DAM organiza, de forma didática, as principais dimensões da experiência humana com o objetivo de facilitar a identificação dos diversos tipos de sofrimento vivenciados pelo paciente. Essa categorização também orienta a escolha de intervenções mais apropriadas para cada esfera afetada. Importante destacar que o DAM é uma ferramenta dinâmica, podendo ser atualizada a qualquer momento, conforme a evolução clínica e as novas demandas do paciente ao longo do processo de cuidado.

3.1 Dimensão física

No quadrante correspondente à dimensão física do paciente, está presente as informações inerentes ao quadro do mesmo, divididas nas esferas. Na esfera menor e mais ao centro, encontra-se informações como o nome e a idade do paciente, seu diagnóstico, suas comorbidades, sua funcionalidade, seus índices prognósticos, medicações em uso, alergias e a ciência ou não do diagnóstico e prognóstico pelo paciente e seus familiares.

Já na esfera intermediária, que é destinada aos sofrimentos percebidos, quando relacionada à dimensão física nos apresenta os sinais e sintomas presentes no quadro do paciente. Além disso, também é necessário a avaliação se tais sintomas expressos são primários, inerente à doença, ou se são secundários a outros fatores, bem como se são reversíveis ou não.

Por fim, na esfera externa, encontra-se as informações a respeito das atitudes e condutas que são adotadas pela equipe assistente do paciente, sempre ponderando o risco-benefício ao mesmo, visando alívio dos sintomas e conforto. Além disso, é discutido com o paciente e sua família em relação a

proporcionalidade do tratamento, levando-se em consideração o estágio atual da doença, a funcionalidade do paciente e a busca por qualidade de vida. Também neste momento, é necessário a discussão de diretrizes avançadas de cuidados e medidas invasivas, esclarecendo quais seriam as indicações para tais tratamentos e possíveis sofrimentos advindos dos mesmos.

Com o cuidado em relação à dimensão física organizada dessa maneira, contempla-se os objetivos expostos na área externa às esferas, sendo estes: controle de sintomas, alocação adequada de recursos, diretivas antecipadas de vontade, sem prolongamento artificial de vida e ter uma morte digna e pacífica. (ANCP, 2012).

3.2 Dimensão social/familiar

No âmbito da dimensão social e familiar, a avaliação é direcionada ao conjunto paciente-família, que é compreendido como unidade de cuidado ao longo de todo o processo assistencial. Inicialmente, a abordagem social se assemelha à anamnese tradicional, buscando levantar as informações contidas na esfera central do diagrama, sobre aspectos socioeconômicos do núcleo familiar, como composição doméstica, nível de escolaridade, ocupação profissional, situação previdenciária (aposentadoria, pensão ou benefícios por incapacidade) e condições de moradia. Esses dados subsidiam uma análise mais aprofundada sobre a configuração familiar — seja ela nuclear, extensa ou monoparental —, bem como sobre a existência e a eficácia das redes de apoio social disponíveis, incluindo serviços de atenção domiciliar, transporte e a presença de cuidadores informais. Avalia-se, ainda, quem dentre os membros da rede (familiares, vizinhos ou amigos) poderá assumir os cuidados do paciente em situações de dependência parcial ou total (ANCP, 2012).

Em relação às esferas de percepção de sofrimentos e condutas a serem tomadas na dimensão social, aspectos como pendências



legais e previdenciárias, ausência de rede de apoio social e conflitos no âmbito familiar representam fontes recorrentes de sofrimento durante o acompanhamento paliativo. Quando não são adequadamente enfrentados, esses fatores podem contribuir significativamente para uma experiência de morte marcada por angústia e sofrimento. Diante disso, torna-se essencial adotar medidas que promovam alívio dessas demandas, como a elaboração célere de relatórios, a organização da documentação necessária para acesso a benefícios sociais e a mediação de temas sensíveis que ainda causam aflição ao paciente ou à família — tais como testamentos, guarda de filhos ou reconhecimento formal de vínculos afetivos.

A presença de conflitos familiares e a inexistência de um cuidador designado configuram desafios relevantes, exigindo da equipe de cuidados ações direcionadas. Tais intervenções podem envolver desde o suporte na resolução ou mitigação de tensões interpessoais, que comprometem o bem-estar e o tratamento do paciente, até a institucionalização em situações extremas. Estratégias como atendimentos individualizados e reuniões familiares com o objetivo de alinhar informações, criar espaços de escuta ativa e construir consensos demonstram-se eficazes, desde que os envolvidos estejam abertos à participação. Deve-se reconhecer, contudo, que em algu-

mas circunstâncias, o sofrimento gerado por conflitos familiares pode ser vivenciado mais intensamente pela própria equipe de saúde, quando esta projeta expectativas idealizadas sobre modelos de família e de cuidado.

No contexto da preservação da qualidade de vida até o final da existência, a possibilidade de falecer em domicílio figura como uma questão frequentemente debatida. Apesar de oferecer potenciais benefícios ao paciente — como o conforto do ambiente familiar, o respeito aos seus desejos e a proximidade com entes queridos —, a morte no domicílio também pode ser fonte significativa de sofrimento para os familiares. A vivência intensa do processo de morte, a sensação de impotência ou de insuficiência nos cuidados prestados podem desencadear reações emocionais que comprometem o processo de luto, exigindo atenção e suporte adequados por parte da equipe interdisciplinar. Por fim, a família também necessita estar esclarecida em como proceder após o óbito, a quem recorrer para obtenção da declaração de óbito, serviços funerários disponíveis, documentos necessários e demais procedimentos burocráticos que acompanham este momento (ANCP, 2012).

3.3 Dimensão psicológica/emocional

Receber o diagnóstico de uma doença grave e sem possibilidade de cura costuma desencadear sentimentos intensos de angústia e incerteza, frequentemente ultrapassando a capacidade interna do indivíduo de lidar com a situação, e gerando sofrimento psíquico significativo. Esses sentimentos não emergem apenas dos sintomas físicos, mas principalmente do modo como o paciente e sua família atribuem sentido às experiências vividas nesse período, fortemente influenciadas por eventos emocionais anteriores. Nesse contexto, a atuação do psicólogo da equipe torna-se essencial, oferecendo um espaço terapêutico de escuta e acolhimento que permita ao paciente ressignificar sua história e reconstruir sua identidade frente à presença da doença, à finitude e às transformações decorrentes do sofrimento.

No que se refere ao núcleo central do DAM, esta dimensão contempla informações relevantes sobre a biografia do paciente, estratégias de enfrentamento utilizadas, grau de conhecimento sobre o diagnóstico e o prognóstico da doença, tanto por parte do paciente quanto da família, além de vivências relacionadas a perdas significativas e mortes anteriores.

Na esfera intermediária do diagrama, costumam ser identificadas diversas fontes de sofrimento emocional, como a chamada "conspiração do silêncio" — em que o diagnóstico é velado em um pacto implícito entre paciente e familiares —, a negação do estado clínico, sentimentos de culpa, medo da morte, ausência de sentido na vida, interrupção de planos, ansiedade, depressão, e temores relacionados à solidão, dor, dependência, isolamento, separação e abandono.

Finalmente, na camada mais externa, é fundamental que o psicólogo atue de maneira articulada com a equipe interdisciplinar, ofe-

recendo subsídios quanto à dinâmica emocional vivenciada pelo paciente e seus familiares ao longo do processo de adoecimento. Um recurso amplamente utilizado na prática paliativa é a identificação do estágio emocional do paciente conforme os modelos de Klübler-Ross (negação, raiva, negociação, depressão e aceitação), permitindo intervenções mais sensíveis e ajustadas às necessidades emocionais. As abordagens psicológicas são realizadas de forma flexível, individualizada e contínua, tendo como principais objetivos: fortalecer os mecanismos de enfrentamento, ressignificar medos e mágoas, promover a aceitação do adoecimento e da morte, e atuar sobre fatores que possam representar risco para o luto complicado ou sofrimento psíquico patológico (ANCP, 2012).

3.4 Dimensão espiritual

A dimensão espiritual é reconhecida, no âmbito dos cuidados paliativos, como um componente essencial da integralidade do cuidado, sendo o sofrimento espiritual considerado uma questão legítima de atenção clínica, a ser abordada com a mesma seriedade que os demais domínios do sofrimento humano. Um dos principais desafios para a abordagem adequada dessa dimensão está na definição de espiritualidade, a qual deve ser compreendida em sentido amplo, extrapolando a noção de religiosidade institucionalizada e englobando aspectos existenciais, éticos e transcendentais que conferem sentido à experiência de vida e de morte.

Durante a anamnese espiritual ou religiosa, voltada à identificação de elementos da esfera interna do diagrama, é fundamental distinguir entre a religião de batismo, frequentemente católica no contexto brasileiro, e as práticas espirituais efetivamente relevantes para o paciente. Deve-se também considerar as crenças dos familiares envolvidos nos cuidados e o grau de afinidade ou conflito entre elas. Informações da biografia do paciente, tradicionalmente associadas à dimensão psíquica, podem fornecer pistas valiosas sobre

aspectos espirituais relevantes, especialmente em indivíduos que não se identificam com uma religião específica.

Nas esferas intermediária e externa do DAM, podem ser reconhecidos sofrimentos relacionados a práticas religiosas desrespeitadas ou violentadas, como o proselitismo não consentido, restrições ao exercício da fé ou a destruição de valores e símbolos sagrados. O reconhecimento precoce destas situações permite uma condução ética e cuidadosa por parte da equipe. A incorporação dos valores espirituais na atenção ao paciente pode envolver a identificação de necessidades não atendidas, cumprimento de rituais pendentes ou resolução de promessas. É comum também o surgimento de sentimentos de culpa religiosa ou expectativas de cura milagrosa, que podem ser manejados com apoio de profissionais capacitados, como psicólogos, líderes espirituais ou ministros religiosos sensíveis ao contexto paliativo.

A distinção entre sofrimento espiritual, religioso e existencial é essencial para orientar intervenções apropriadas. O sofrimento existencial se manifesta pela perda ou ausência de sentido da existência, enquanto o sofrimento espiritual refere-se à desconexão com uma realidade transcendente ou com valores

profundos de vida. Já o sofrimento religioso decorre do rompimento com preceitos, práticas ou obrigações vinculadas à fé professada. Compreender essas nuances auxilia a equipe a identificar as verdadeiras necessidades espirituais do paciente e a desenvolver estratégias de cuidado individualizadas.

Por fim, é indispensável que os profissionais da equipe multidisciplinar estejam capacitados para acolher com respeito os diversos sistemas de crença espiritual e religiosa. A escuta empática, sem julgamentos ou imposições de valores pessoais, deve ser o alicerce da abordagem espiritual no cuidado paliativo, incentivando que o paciente se apoie em suas convicções como recurso para enfrentamento e elaboração do sofrimento (ANCP, 2012).

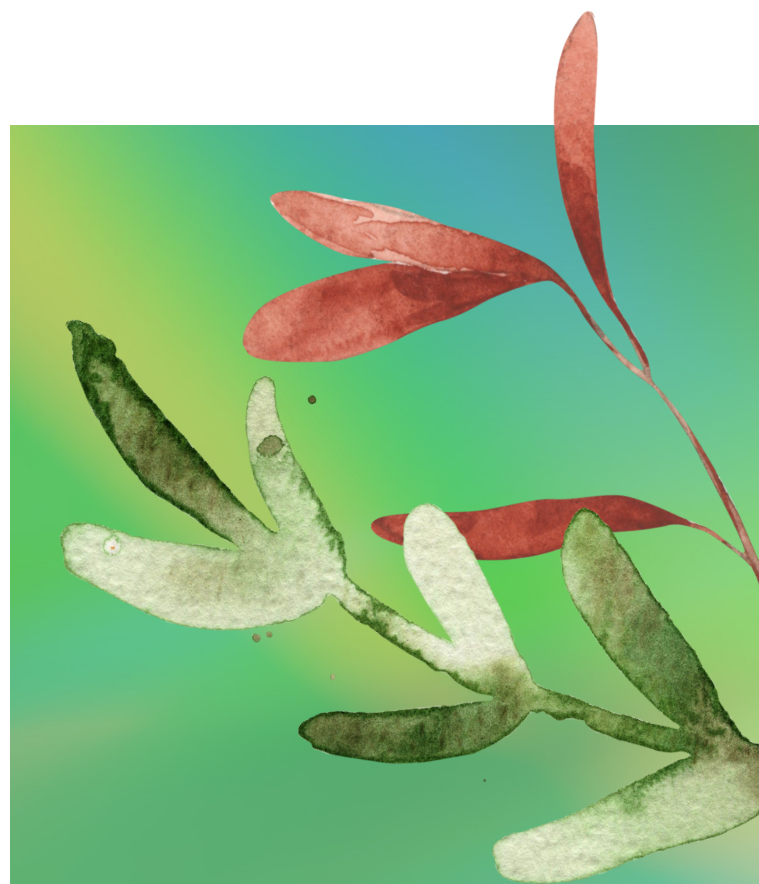
Dessa forma, após apresentar as ferramentas de triagem, avaliação funcional e avaliação multidimensional, percebe-se a complexidade em tratar o paciente e sua família como um todo. E a partir desta avaliação completa do quadro, é possível traçar um planejamento de cuidados que é construído em conjunto com o paciente e sua família e que leva em conta o estadiamento da doença, o prognóstico, seu estado atual de funcionalidade, estado nutricional e de fragilidade, e também todos os dados biográficos do indivíduo. Assim, entendendo-se quem é o paciente em sua totalidade, seus valores individuais e de sua família, é possível identificar as demandas em cada dimensão e estabelecer em conjunto quais os possíveis caminhos a serem trilhados a partir de então, tanto para o paciente, quanto para seus cuidadores que precisam receber atenção concomitante durante todo o processo, e dessa forma, minimizar o sofrimento desta unidade paciente-família da maneira mais humana possível.

Idealmente, logo após o diagnóstico de uma condição ameaçadora de vida, deveria ser iniciado esta discussão, porém na maioria dos casos só é tocado neste assunto quando a doença já se encontra em estágio moderado a avançado, ou sob as circunstâncias



de uma complicação aguda, por isso, é importante ressaltar que nem sempre é possível que este planejamento de cuidados seja realizado de forma conjunta com o paciente. Assim, caso o mesmo se encontre em uma situação em que não é capaz de decidir por si próprio, como preconizado pela resolução N° 1.805/06 do CFM, a tomada de decisão e estabelecimento de um planejamento de cuidados cabe ao seu representante legal em conjunto com a equipe assistente.

Por fim, visto esta atenção multidimensional que é necessária aos pacientes sob CP, percebe-se a importância da equipe multiprofissional atuando de forma interdisciplinar no cuidado com o mesmo e sua família, não bastando apenas que cada profissional atue apenas em sua área de saber de forma individual, mas sim, que a equipe toda se comunique e se articule para entender a unidade paciente-família sob todas as óticas envolvidas, e que assim consigam prestar a assistência adequada levando em conta as demandas presentes em todas as dimensões dos assistidos.



04.



MANEJO DE SINTOMAS

Como abordado pelo Diagrama de Avaliação Multidimensional, o sofrimento do paciente em contexto de CP decorre de diversas esferas do ser humano, cada qual com seu manejo específico realizado pelo profissional de saúde especializado e capacitado para atuar em determinada dimensão, e mesmo dentro da mesma esfera, há diversas condições que acometem os pacientes e variam conforme cada caso e cada condição de saúde específica. Por exemplo, mesmo dentro da dimensão física do paciente, diferentes sinais e sintomas são expressos a depender do caso, sendo os principais e que exigem maior atenção, a dor, os sintomas gastrointestinais, a dispneia e sintomas respiratórios, e o delirium.

Todos estes grupos de sintomas são passíveis de tratamento medicamentoso, mas também se beneficiam da atenção interdisciplinar e de tratamentos e manejos não farmacológico, sendo que no contexto dos Cuidados Paliativos, o nutricionista exerce um papel fundamental de caráter preventivo e de suporte, ao identificar e implementar estratégias adequadas de alimentação e vias nutricionais, com ampla possibilidade de aplicação principalmente na APS. Sua atuação contribui para minimizar os efeitos adversos dos tratamentos, retardar o desenvolvimento da síndrome anorexia-caquexia e atribuir novo significado ao ato de se alimentar, considerando os aspectos físicos e emocionais do paciente. Além disso, o profissional participa ativamente do controle de sintomas, busca manter o estado de hidratação adequado, preservar o peso corporal e a composição nutricional, e prolongar a autonomia funcional da pessoa em cuidados paliativos (ANCP, 2012).

Assim, apresenta-se a seguir, orientações práticas para o profissional nutricionista da APS no manejo não farmacológico dos sintomas gastrointestinais mais prevalentes, e o tópico relacionado à Terapia Nutricional será abordado posteriormente.

4.1 Náusea e vômito

A náusea é descrita como uma sensação subjetiva e desconfortável de iminência de vômito, podendo ou não culminar na sua ocorrência. Frequentemente, está associada a manifestações autonômicas, como sudorese fria, salivação excessiva (sialorreia), e episódios de refluxo de conteúdo gástrico

O vômito, também denominado êmese, consiste em um evento objetivo caracterizado pela ejeção súbita e vigorosa do conteúdo gástrico por via oral. Esse processo ocorre por meio de contrações intensas e coordenadas dos músculos abdominais e da parede torácica.

Ambos os sintomas — náuseas e vômitos — são fontes significativas de sofrimento físico e emocional para os pacientes e seus familiares, impactando negativamente na qualidade de vida. Essas manifestações podem desencadear complicações adicionais, como anorexia, desidratação, perda ponderal, prejuízo da função renal, diminuição da capacidade funcional e da mobilidade, além de estarem associadas a quadros de ansiedade, depressão, aumento da demanda por serviços de saúde, internações hospitalares, dificuldade na administração de medicamentos por via oral, estados de confusão mental e retraimento social (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2023).

Uma revisão sistemática publicada em 2006 destacou a alta prevalência desses sintomas em diferentes doenças avançadas: variando de 6% a 68% entre pacientes com câncer, de 43% a 49% em indivíduos com AIDS, de 17% a 48% em doenças cardíacas e de 30% a 43% em pacientes com doença renal crônica (SOLLANO et al., 2006)

O tratamento farmacológico visará atingir principalmente a causa específica das náuseas e vômitos, enquanto que o tratamento não farmacológico terá como objetivo principal, o alívio dos sintomas. Dentre as formas de manejo não medicamentosas, a BRASPEN e o Manual de Cuidados Paliativos - Ministério da Saúde, reúnem as seguintes recomendações:

Fracionamento das refeições e oferta em porções pequenas, com mastigação lenta

Realizar as refeições em local tranquilo e bem arejado, evitando odores fortes de comida

Ofertar bebidas a base de gengibre e utilizá-lo no preparo dos alimentos

Dar preferência para alimentos secos e com baixo teor de gordura

Dar preferências para alimentos cítricos e gelados

Evitar ingestão de líquidos durante a refeição (30 a 60min antes/depois)

Evitar deitar-se logo após as refeições

Além disso, a depender do caso, da gravidade do sintoma e principalmente do prognóstico do paciente, em situações em que há a obstrução intestinal pode-se considerar utilização de sonda nasogástrica aberta

para drenagem do conteúdo gástrico ou até mesmo cirurgias paliativas com alocação de stents, que podem desobstruir o TGI mesmo que de forma temporária. Mas tais recursos, por se tratarem de medidas invasivas, devem sempre serem acordadas com o paciente e a família, e levando em consideração o risco-benefício e a proporcionalidade frente ao estágio da doença em questão (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2023).

4.2 Constipação

A constipação intestinal caracteriza-se pela dificuldade de evacuar, com intervalos entre as eliminações que costumam variar de três a quatro dias, exigindo esforço maior no ato da defecação. Frequentemente, observa-se a redução da frequência evacuatória, com fezes em menor quantidade, ressecadas ou de difícil passagem, acompanhadas ainda da sensação de evacuação incompleta, distensão e desconforto abdominal.

Tal sintoma é comum em pacientes em cuidados paliativos, sobretudo naqueles com neoplasias em estágio avançado e em uso de opioides. Além de sua alta frequência, pode comprometer significativamente a qualidade de vida, ocasionando, anorexia, náuseas, vômitos, retenção urinária e, em situações terminais, até episódios de agitação e confusão mental. No caso específico da constipação relacionada ao uso de opioides, a alteração do trânsito intestinal pode levar à redução da adesão ao tratamento analgésico por receio do sintoma, dificultando assim o controle eficaz da dor.

A prevalência de constipação intestinal é estimada entre 50% e 90%, apresentando índices mais elevados em pacientes que utilizam analgésicos, especialmente opioides. Aproximadamente 80% dos indivíduos com esse quadro necessitam de intervenção com laxativos. Em pessoas com câncer internadas para tratamento antineoplásico, a ocorrência de constipação pode alcançar taxas entre 70% e 100%. Em pesquisas realizadas com

pacientes em estágio avançado de neoplasia e sob cuidados paliativos, a frequência relatada de constipação variou de 23% a 84%. (AGRA, 2013)

Em relação ao tratamento não farmacológico, de acordo com a BRASPEN e o SBNO, temos:

Estimular o consumo de alimentos, preparações e sucos ricos em fibras e com característica laxativa

Estimular ingestão hídrica adequada

Estimular a saída do leito e mobilização passiva

Massagem abdominal

Atividade física, se não houver contraindicações

Quando possível, manter local privativo, tranquilo e de fácil acesso ao paciente

Considerar utilização de módulo de fibra misto

vida do paciente. Nos indivíduos com câncer, sua prevalência é relativamente baixa, próxima de 10%, sendo mais comum em pessoas vivendo com HIV ou em portadores de doenças crônicas, como a síndrome do intestino irritável e a doença de Crohn.

Quando a diarreia não está relacionada com processos infecciosos, onde a resolução depende do tratamento farmacológico do agente infeccioso, o manejo nutricional do sintoma consiste em:

Avaliar individualmente a utilização de dieta pobre em resíduos, glúten, lactose, teína, cafeína e sacarose.

Evitar alimentos e preparações gordurosas e condimentadas

Aumentar a ingestão de líquidos

Orientar dieta pobre em fibra insolúvel e adequada em solúvel

Evitar alimentos flatulentos e hiperosmolares.

Aumentar o fracionamento da dieta e reduzir o volume por refeição, oferecendo de 6 a 8 refeições ao dia

4.3 Diarréia

A OMS define a diarreia como 3 ou mais episódios de fezes líquidas ou amolecidas em um período de 24 horas, ou com uma frequência de evacuações maior que o habitual do indivíduo. Sendo que a diarreia aguda apresenta-se como um quadro temporário, na maioria das vezes relacionado a infecções, e costuma regredir em até duas semanas. Quando o sintoma persiste além desse período, é necessário investigar outras possíveis causas. Já a diarreia crônica é definida pela manutenção do quadro por mais de quatro semanas, sem indícios de associação com processos infecciosos.

Embora ocorra com menor frequência em comparação a sintomas como dor, falta de ar e constipação, a diarreia, quando presente, impacta de forma significativa a qualidade de

4.4 Xerostomia

A xerostomia refere-se à percepção subjetiva de boca seca, que pode ou não resultar da redução da função das glândulas salivares, afetando tanto a quantidade quanto a qualidade da saliva. Trata-se de um sintoma comum em pacientes em cuidados paliativos, com prevalência estimada entre 60% e 88% em casos de câncer avançado ou progressivo. Os pacientes relatam desconforto tanto pela sensação de boca seca quanto pela presença de glossodinia (dor ou queimação na língua). Apresentam também comprometimento funcional, com maior dificuldade para engolir e articular palavras, além de um aumento na

incidência de infecções na mucosa bucal e cáries dentárias.

Como estratégias nutricionais para o manejo, temos:

Ingerir líquidos durante as refeições para facilitar a mastigação e deglutição

Adequar a consistência dos alimentos, conforme aceitação do paciente

Consumir alimentos umedecidos, adicionando caldos e molhos às preparações

Usar gotas de limão nos alimentos

Usar balas cítricas e mentoladas sem açúcar

-Alterar a consistência da dieta conforme o grau da disfagia e de acordo com as recomendações do fonoaudiólogo

Em caso de disfagia a líquidos, indicar o uso de espessantes, junto com o fonoaudiólogo

Aumentar o aporte calórico e proteico das refeições com estratégias de fortificação

Ofertar suplemento oral conforme individualidade do paciente

Evitar alimentos secos e duros

Preferir alimentos umedecidos

Manter cabeceira elevada para alimentar-se

Considerar o uso de TNE para disfagia grave, de acordo com o prognóstico do paciente

4.5 Disfagia

A Organização Mundial da Saúde (OMS) reconhece a disfagia como um distúrbio persistente no transporte de alimentos e/ou líquidos da cavidade oral ao estômago, comprometendo a nutrição do organismo. A disfagia pode levar a complicações graves, como desnutrição, desidratação e pneumonia aspirativa, além de impactar negativamente a qualidade de vida (SILVA, 2022).

Tal sintoma é prevalente principalmente em pacientes oncológicos com acometimento da região de cabeça e pescoço, e também em pacientes portadores de doenças neurodegenerativas como esclerose lateral amiotrófica (ELA), demências e Parkinson. Sendo a equipe multidisciplinar de suma importância no manejo, uma vez que o tratamento farmacológico dificilmente terá como objetivo a reversão do quadro.

Nesse contexto, os profissionais fonoaudiólogos e nutricionistas precisam trabalhar em conjunto para que haja uma avaliação correta do grau de disfagia do paciente, e as estratégias que serão pertinentes a cada caso de forma individualizada. Sendo as estratégias nutricionais:

4.6 Disgeusia e Mucosite

Além dos sintomas já previamente descritos, alguns outros sintomas acometem principalmente pacientes oncológicos, que por vezes ainda se encontram em realização de tratamentos em caráter paliativo, sendo os mais comuns a disgeusia e a mucosite.

A mucosite oral representa um dos efeitos adversos mais relevantes durante o tratamento oncológico. Ela se manifesta como áreas avermelhadas que podem evoluir para úlceras recobertas por pseudomembranas, podendo ser localizadas ou se espalhar de forma mais extensa. Em situações graves, há risco de proliferação bacteriana. Essa condição resulta da ação da radioterapia (RT) e da quimioterapia (QT) sobre as células epiteliais e subepiteliais, prejudicando a alimentação do paciente oncológico.

O sintoma central da disgeusia consiste na redução, alteração ou perda do paladar. Essa

condição pode se manifestar de diversas formas, como sabores metálicos, amargos, azedos, salgados ou, menos comumente, doces. Observou-se que essas alterações no paladar causam impactos significativos na vida do paciente, reduzindo o apetite e a motivação para se alimentar, o que pode levar à desnutrição e comprometer o andamento do tratamento. (SILVA, 2023)

Para mucosite, temos as seguintes recomendações:

Modificar a consistência da dieta, de acordo com o grau de mucosite

Reduzir o consumo de sal e condimento das preparações

Se aporte nutricional for insuficiente, considerar ofertar suplemento oral

Evitar alimentos secos, duros, cítricos e picantes

Evitar alimentos em extremos de temperatura

Enquanto que para disgeusia, temos o seguinte:

- Estimular a ingestão dos alimentos preferidos

Preparar pratos mais coloridos e visualmente apetitosos

Usar ervas e especiarias para acentuar o sabor dos alimentos

Estimular a recordação do sabor dos alimentos antes de ingeri-los

Evitar o uso de talheres de metal para minimizar o sabor metálico

Realizar a limpeza das papilas gustativas antes de comer, fazendo um bochecho ou bebendo água comum, água com gás, chás, gengibre ou suco de frutas ácidas (se tolerado).



05.



TERMINALIDADE DA VIDA E TERAPIA NUTRICIONAL

Como já mencionado anteriormente, uma abordagem paliativa com início precoce, traz diversos benefícios e melhora da qualidade de vida dos pacientes e seus familiares, que enfrentam uma doença ameaçadora de vida.

Considera-se doença grave e potencialmente ameaçadora à vida qualquer condição aguda ou crônica, bem como situações clínicas associadas a elevado risco de mortalidade. Tais enfermidades comprometem a qualidade de vida e a funcionalidade do indivíduo, seja pelos sintomas ou pelos efeitos do tratamento, gerando necessidade de cuidados contínuos e, muitas vezes, sobrecarga para quem assume o papel de cuidador.

Diante disso, os quadros de saúde que ameaçam a vida, independentemente da possibilidade de reversão ou da existência de terapias curativas, evidenciam a importância de um cuidado abrangente e complexo. Esse cuidado deve contemplar a integralidade da vida do paciente e considerar, com sensibilidade, o sofrimento tanto dele quanto de sua família.

Embora os avanços da tecnologia médica no prolongamento e na preservação da vida sejam amplamente reconhecidos, é fundamental compreender que os cuidados paliativos devem ser integrados aos tratamentos modificadores da doença desde o início. Eles não devem se restringir apenas a situações de refratariedade terapêutica ou a enfermidades sem chance de cura, mas precisam atuar paralelamente, com foco no controle dos sintomas, no alívio do sofrimento e na

atenção às múltiplas dimensões da experiência humana, incluindo a aceitação de sua finitude (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2023).

Como forma de ilustrar o avanço proporcional do CP, frente à refratariedade do tratamen-

Figura 6: Modelo integrado de cuidados curativos e paliativos para doenças crônicas progressivas



Fonte: Adaptado de World Health Organization, 2007

to modificador de doença, a OMS em 2007 propõe o seguinte modelo:

Como evidenciado no modelo, à medida que a doença avança, as condutas que priorizam conforto, alívio dos sintomas e qualidade de vida aumentam proporcionalmente à diminuição das condutas que visam a cura. Da mesma forma, a instituição de uma terapia nutricional (TN), para que seja adequada ao paciente precisa levar este modelo em consideração, pois os objetivos irão variar de acordo com o estágio de progressão da doença em que o indivíduo se encontra.

A terapia nutricional pode ser realizada por via oral (TNO), enteral (TNE) ou parenteral (TNP). E tem como metas preservar a integridade do trato digestório, prevenir ou amenizar déficits nutricionais, reduzir as complicações da desnutrição, controlar sintomas, evitar desidratação, oferecer conforto e melhorar a

capacidade funcional e a qualidade de vida. Entretanto, sua utilização em pacientes sob cuidados paliativos é tema de debate, pois depende de fatores como a estimativa de sobrevida, a tolerância clínica e o nível de colaboração do paciente. Dessa forma, a decisão sobre oferecer suporte nutricional deve ser criteriosa, considerando o prognóstico, o estado nutricional, os possíveis impactos da intervenção e, sobretudo, as preferências e expectativas do paciente e de seus cuidadores (SBNO, 2021).

Nesse contexto, de forma mais prática e visando auxiliar os profissionais nutricionistas na tomada de decisão em relação a instituição da TN, o I Consenso Brasileiro de Nutrição Oncológica da SBNO, trás as seguintes recomendações não só para pacientes em tratamento modificador de doença, mas também para aqueles em contexto paliativo e em fim de vida: (figuras 7, 8 e 9).

Como mostrado pelo quadro e também afirmado por *Castro, et al.* e *Loyola, et al.*, os objetivos da TN variam de acordo com o estágio de progressão da doença em que o paciente se encontra, sendo que nos estágios

iniciais, a nutrição não é apenas fornecimento de energia, mas sim parte do tratamento, e a conduta fundamenta-se na oferta de nutrientes em qualidade e quantidades apropriadas, com o objetivo de preservar ou recuperar o estado nutricional, favorecer a regeneração tecidual, reduzir o risco de infecções e proporcionar maior bem-estar ao paciente. Uma vez que um estado nutricional precário, cria condições que favorecem o avanço da doença, diminui a eficiência do tratamento e aumenta o risco de complicações.

Contudo, quando a fase final da vida se aproxima, a oferta de alimentos permanece, mas sua finalidade passa a estar voltada prioritariamente para proporcionar conforto, bem-estar e redução do sofrimento, deixando de ter como meta a correção do estado nutricional por meio de um tratamento ativo (ANCP, 2012)

A dieta oral deve ser incentivada sem pressão, respeitando as preferências, vontades e prazeres do paciente, e levando em conta alterações no paladar e olfato que podem dificultar a aceitação dos alimentos sendo que a perda de apetite também é um sin-

QUESTÃO	TRATAMENTO	CUIDADOS PALIATIVOS		
	CLÍNICO, CIRÚRGICO E TMO	EXPECTATIVA DE VIDA MAIOR QUE 90 DIAS	EXPECTATIVA DE VIDA IGUAL OU MENOR QUE 90 DIAS	CUIDADO AO FIM DA VIDA
Quais os objetivos da terapia nutricional?	– Manter ou recuperar o estado nutricional. – Modular a resposta orgânica ao tratamento. – Melhorar a resposta imunológica. – Implementar um plano nutricional individualizado que atenda às exigências nutricionais durante todas as fases do tratamento. – Controlar os efeitos adversos do tratamento (sinais e sintomas). – Incentivar e estimular a ingestão oral mediante a adequação da dieta aos sintomas causados pelo tratamento, respeitando hábitos e tolerância do paciente. – Evitar internações não planejadas. – Reduzir complicações pós-operatórias. – Melhorar a qualidade de vida ao paciente.	– Melhorar a condição nutricional. – Reduzir complicações. – Evitar ou aliviar os sintomas da terapia antitumoral. – Manter a hidratação. – Promover conforto emocional e melhora da autoestima. – Melhorar a capacidade funcional. – Melhorar a qualidade de vida. – Considerar aspectos bioéticos relacionados com a autonomia, proporcionando benefícios com a TN escolhida. – Avaliar e valorizar os desejos, valores e crenças do paciente.		– Promover conforto e melhora da qualidade de vida. – Aliviar os sinais e sintomas. – Considerar aspectos bioéticos relacionados com a autonomia, proporcionando benefícios com a dieta e/ou alimentos escolhidos. – Avaliar e valorizar as preferências do paciente quanto à manutenção ou à suspensão de dieta ou alimentos. – Avaliar e valorizar os desejos, valores e crenças do paciente e familiares.

Figura 7: terapia nutricional para o paciente oncológico adulto e idoso em tratamento e sob cuidados paliativos.

QUESTÃO	TRATAMENTO	CUIDADOS PALIATIVOS		
	CLÍNICO, CIRÚRGICO E TMO	EXPECTATIVA DE VIDA MAIOR QUE 90 DIAS	EXPECTATIVA DE VIDA IGUAL OU MENOR QUE 90 DIAS	CUIDADO AO FIM DA VIDA
Quais critérios devem ser utilizados para indicar terapia nutricional?	– Presença de risco nutricional ou de desnutrição. – Todos os pacientes que serão submetidos ao TCTH são considerados em risco nutricional em função da doença de base e da toxicidade do tratamento pré-transplante. – Rebaixamento do nível de consciência. – Alterações do trato digestório, como diarreia persistente, vômitos incoercíveis, íleo paralítico, fistula enterocutânea e sangramento intestinal. – Apresentar câncer de cabeça e pescoço.	– Presença de risco nutricional ou de desnutrição. – Presença de sinais e sintomas que impeçam a ingestão oral adequada. – Presença de distúrbios do trato digestório que impeçam sua utilização total ou parcial.		– Não existe indicação de TN para o paciente nesta fase do tratamento paliativo. – Qualquer intervenção que possa causar dor ou desconforto está contraindicada.
Quando indicada, a terapia nutricional deve ser iniciada em que momento?	Logo após o diagnóstico de risco nutricional ou de desnutrição, para pacientes ambulatoriais ou internados, desde que estejam em condições hemodinâmicas estáveis dentro das primeiras 24 h.	– De comum acordo com equipe, paciente e familiares. – O mais precoce possível dentro das 24 h após a admissão e quando houver estabilidade hemodinâmica.		– Não existe indicação de TN para o paciente nesta fase do tratamento paliativo. – Qualquer intervenção que possa causar dor ou desconforto está contraindicada.

Figura 8: terapia nutricional para o paciente oncológico adulto e idoso em tratamento e sob cuidados paliativos (continuação)

QUESTÃO	TRATAMENTO	CUIDADOS PALIATIVOS		
	CLÍNICO, CIRÚRGICO E TMO	EXPECTATIVA DE VIDA MAIOR QUE 90 DIAS	EXPECTATIVA DE VIDA IGUAL OU MENOR QUE 90 DIAS	CUIDADO AO FIM DA VIDA
Quais os critérios de indicação da via a ser utilizada para o paciente?	TNO: – Quando a ingestão oral for < 70% das necessidades nutricionais nos últimos 3 dias, a TNO hipercalórica e hiperproteica está indicada 2 a 3 vezes ao dia. TNE: – Quando a alimentação via oral está contraindicada ou for < 60% das necessidades nutricionais nos últimos 3 dias. A TNE com fórmulas hipercalóricas e hiperproteicas está indicada até que se reestabeleça a adequada ingestão via oral. TNP: – Exclusiva: quando não há possibilidade do uso do trato digestório. – Associada a NE: quando a TNE não for capaz de cobrir totalmente as necessidades nutricionais, após o 3º ou o 4º dias de seu início, a TNP então está indicada como suplemento da TNE.	– Avaliar cada caso de forma isolada e criteriosa, respeitando-se valores, crenças, sinais e sintomas e de comum acordo com equipe, pacientes e familiares. TNO: – Quando a ingestão oral for < 70% das necessidades nutricionais nos últimos 3 dias, a TNO hipercalórica e hiperproteica está indicada 2 a 3 vezes ao dia. TNE: – Quando a alimentação via oral está contraindicada ou for < 60% das necessidades nutricionais, nos últimos 3 dias, a TNE com fórmula hipercalórica e hiperproteica está indicada. – PS ≤ 3; ou KPS ou PPS ≥ 30%. TNP: – Exclusiva: quando há impossibilidade total de uso do trato digestório. – Como suplemento da enteral: quando a TNE não for capaz de cobrir totalmente as necessidades nutricionais, dentro dos 3 a 4 dias do seu início, a TNP está indicada como suplemento da TNE.		– Não existe indicação de TN para o paciente nesta fase do tratamento paliativo. – Qualquer intervenção que possa causar dor ou desconforto está contraindicada.

Figura 9: terapia nutricional para o paciente oncológico adulto e idoso em tratamento e sob cuidados paliativos (continuação)

Fonte: I Consenso Brasileiro de Nutrição Oncológica da SBNO, 2021

toma frequente na fase final da vida e está ligada às alterações metabólicas características desse período. Além disso, a diminuição do apetite e a aversão aos alimentos podem refletir fatores emocionais e estratégias de enfrentamento diante de uma doença avançada. A decisão de utilizar vias artificiais de alimentação deve considerar cuidadosamente os riscos e benefícios envolvidos, inclusive levando em conta se há outras vias disponíveis para administração de medicamentos caso haja um quadro de disfagia no paciente. Em casos avançados, é pouco provável que a nutrição ativa ofereça benefícios significativos quando a expectativa de vida é curta. A alimentação por sondas enterais pode ser considerada ineficaz ou até prejudicial neste momento, provocando desconfortos gastrointestinais, broncoaspiração, vômitos, além de dor orofaríngea ou até delirium que pode exigir contenção mecânica. Nesse contexto, uma comunicação clara e acolhedora é essencial para reduzir conflitos entre paciente, familiares e equipe, reconhecendo o valor simbólico da comida como expressão de cuidado e vida, assim como o sofrimento diante da perda ponderal progressiva.

É fundamental que os profissionais de saúde estejam preparados para orientar e apoiar o paciente a família nesse processo, com uma escuta empática e uma fala clara, mas compassiva, uma vez que a manutenção ou suspensão da dieta na fase final de vida ainda é um dilema ético, e a decisão deve ser tomada de forma multiprofissional, envolvendo a equipe, o paciente e seus familiares, levando em consideração os aspectos emocionais, culturais e simbólicos que a alimentação possa vir a desempenhar para cada caso e tendo como base os princípios bioéticos da autonomia, beneficência, justiça e não maleficência (CASTRO, 2017).



06.



LUTO

Por fim, a abordagem paliativa não termina com o óbito do paciente, pois como mostrado na representação gráfica proposta pela OMS (figura 6), o cuidado com o luto da família é a etapa final do CP e qualquer profissional da saúde está apto à prestar suporte e acolhimento aos enlutados.

O rompimento de um vínculo importante, provocado pela experiência da perda, desperta sentimentos como tristeza, insegurança, revolta e pesar, entre outras reações que são consideradas naturais. À este conjunto de respostas dolorosas diante da perda que constitui uma vivência universal, individual e subjetiva, se atribui a definição de luto (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2023).

A manifestação do luto está relacionada à trajetória de vida, à cultura, à religião, ao vínculo existente com a pessoa perdida e às estratégias individuais de enfrentamento emocional. Em grande parte das situações, cada indivíduo encontra, a seu tempo, maneiras de lidar e se adaptar às transformações nas relações, nos projetos de vida e na rotina após a perda. Na maioria dos casos, ocorre uma reorganização que possibilita reconstruir o sentimento de segurança e desenvolver novas formas de viver diante dessa ausência. Durante o processo de elaboração do luto, é essencial reconhecer e manejar fatores de risco e de proteção, tanto pelo próprio enlutado, quanto pela rede de apoio ou pela equipe de saúde envolvida. Essa identificação faz parte do cuidado, e sua ausência pode levar a complicações.

Entre os fatores de proteção, destacam-se: a comunicação aberta (com troca de percepções, emoções e experiências), a presença de suporte social, a oportunidade de despedida, a união familiar nas decisões relacionadas ao cuidado e ao pós-óbito, além de recursos emocionais adquiridos em perdas anteriores. Como ressaltam Braz et al. (2017), esses elementos devem ser compreendidos dentro do contexto, da cultura e da singularidade de cada indivíduo. Por outro lado, fatores como o modo como ocorreu a morte, a dependência emocional ou financeira em relação ao falecido e o papel desempenhado junto a ele (como o de cuidador) podem aumentar o risco de complicações. Nessas situações, pode ser necessária uma avaliação diferenciada por profissionais de saúde, investigando questões como uso de medicamentos sem prescrição, depressão, ansiedade, abuso de substâncias, tentativas de suicídio ou transtornos psiquiátricos, já que condições prévias podem interferir na vivência atual do luto.

Segundo *Garcia et al*. (2015) e o *Ministério da Saúde* (2023), uma das maiores demandas do enlutado é ter alguém que o escute, pois a possibilidade de falar auxilia na elaboração do luto. Contudo, ao profissional de saúde não basta apenas ouvir: é necessário realizar uma escuta ativa, caracterizada por interesse genuíno, empatia e ausência de julgamentos. O objetivo dessa escuta é favorecer tanto a expressão verbal quanto a não verbal, permitindo que o enlutado organize seu discurso e o aprofunde, mesmo que haja repetições. Para isso, é fundamental que o espaço de acolhimento proporcione segurança, possibilitando a expressão do sofrimento e diminuindo sentimentos de solidão e angústia gerados pela perda. Essa prática estimula novas conexões afetivas, libera

emoções reprimidas, fortalece a capacidade de enfrentamento e contribui para a criação de vínculos significativos. Como apoio a esse processo, foi desenvolvido o acrônimo REFINO, que orienta ações possíveis no cuidado ao luto.

Figura 10: Acrônimo REFINO, Suporte ao luto

R	Relacionamento Construir uma relação equipe-paciente com objetivo de ofertar tempo e espaço às pessoas enlutadas, de forma compassiva, respeitosa e empática.
E	Escuta Realizar escuta ativa, de forma intensa e atenta à linguagem verbal e não verbal. (É importante que o profissional identifique desconfortos em si mesmo durante a escuta e os acolha de forma que não interfira no cuidado da pessoa enlutada).
F	Facilitar a expressão de emoções Facilitar diálogo por meio de perguntas abertas, contato visual e momentos de silêncio, ser acolhedor, ecoar, concordar com a cabeça, resumir, ser paciente e criar um ambiente seguro para conversas difíceis.
I	Informação Informar sobre o processo natural de ajustamento durante o período do luto e sintomas biopsicossociais que surgem nesse período. Disponibilizar e viabilizar, quando possível, acompanhamento psicológico.
N	Normalização Naturalizar o sofrimento durante o luto, validar emoções e reações, libertando-se da culpa, enfatizando que não precisa esquecer o falecido.
O	Orientação Orientar quanto aos comportamentos ou rituais; incentivar pequenas decisões do enlutado na reorganização de rotina de acordo com os valores individuais e familiares.

Fonte: Ministério da Saúde, 2023 (adaptado de García et al. 2015)

Dessa forma, o presente material busca trazer de forma resumida e objetiva os pontos de maior relevância no Cuidado Paliativo, com intuito de servir como guia prático para os profissionais nutricionistas atuantes na APS, em todas as etapas do tratamento de um paciente com alguma condição ameaçadora de vida.



REFERÊNCIAS

AGRA, Glenda et al. **Constipação em pacientes com doença oncológica avançada em uso de opioides**. O Mundo da Saúde, São Paulo, v. 37, n. 4, p. 472-478, 2013. Disponível em: https://bvsm.sau.de.gov.br/bvs/artigos/mundo_saude/constipacao_pacientes_doenca_oncologica_opioides.pdf. Acesso em: 16 jul. 2025.

BAIK, Dawon et al. **Using the Palliative Performance Scale to estimate survival for patients at the end of life: a systematic review of the literature**. Journal of Palliative Medicine, v. 21, n. 11, p. 1651-1661, 2018. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6211821/>. Acesso em: 2 nov. 2025.

BISPO JÚNIOR, José Patrício; ALMEIDA, Erika Rodrigues de. **Multiprofessional teams (eMulti): potentialities and challenges for the expansion of primary health care in Brazil**. Cadernos de Saúde Pública, v. 39, n. 10, e00120123, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/Vc9wbm9xLKqTKRScJwBym5d/?lang=en>. Acesso em: 15 jun. 2025.

BRAZ, Maria Sílvia de et al. **Profissionais paliativistas e suas contribuições na prevenção de sofrimento: estudo qualitativo**. Revista Psicologia: Teoria e Prática, São Carlos, v. 19, n. 3, p. 225-235, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pcp/a/ksrv46KYjzK4xtYN4cp5Fk/>. Acesso em: 20 set. 2025.

CAPELAS, Manuel Luís et al. **Desenvolvimento histórico dos cuidados paliativos: visão nacional e internacional**. Cuidados Paliativos, v. 1, n. 2, out. 2014. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Manuel-Capelas/publication/279191632_Desenvolvimento_historico_dos_Cuidados_Paliativos_visao_nacional_e_internacional/links/558d734608ae15962d893a84/Desenvolvimento-historico-dos-Cuidados-Paliativos-visao-nacional-e-internacional.pdf. Acesso em: 14 jun. 2025.

CARVALHO, Ricardo Tavares de; PARSONS, Henrique Afonseca (org.). **Manual de cuidados paliativos ANCP: ampliado e atualizado**. 2. ed. São Paulo: Academia Nacional de Cuidados Paliativos, 2012.

CASTRO, Juliana Maura Ferreira de; FRANGELLA, Vera Sílvia; HAMADA, Marjorie Terumy. **Consensos e dissensos na indicação e continuidade da terapia nutricional enteral nos cuidados paliativos de pacientes com doenças crônicas não transmissíveis**. ABCS Health Sciences, São Paulo, v. 42, n. 1, p. 55-59, 2017. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-833100>. Acesso em: 20 set. 2025.

D'ALESSANDRO, Maria Perez Soares (ed.). **Manual de cuidados paliativos**. 2. ed. rev. e ampl. São Paulo: Hospital Sírio-Libanês; Ministério da Saúde, 2023. 424 p.

FEIO, Madalena; SAPETA, Paula. **Xerostomia em cuidados paliativos**. Acta Médica Portuguesa, Lisboa, v. 18, n. 6, p. 459-466, nov./dez. 2005. Disponível em: <https://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/view/1064>. Acesso em: 16 jul. 2025.

GARCÍA, Jesús; LANDA, Víctor. **Family physicians and primary bereavement care**. International Journal of Emergency Mental Health, v. 17, n. 2, p. 548-551, 2015. Disponível em: <https://www.omicsonline.org/open-access-pdfs/family-physicians-and-primary-bereavement-care-1522-4821-1000213.pdf>. Acesso em: 22 set. 2025.

HORIE, Lilian Mika et al. **Diretriz BRASPEN de terapia nutricional no paciente com câncer**. BRASPEN Journal, v. 34, supl. 1, p. 2-32, 2019. Disponível em: <https://ninho.inca.gov.br/jspui/handle/123456789/6606>. Acesso em: 15 jul. 2025.

LORENZZONI, Ana Maria Vieira; VILELA, Aline Freire Bezerra; RODRIGUES, Fernanda Silva de Souza. **Equipe multiprofissional nos cuidados paliativos em oncologia: uma revisão integrativa**. Revista Espaço Ciência & Saúde, v. 7, n. 1, p. 34-48, jul. 2019. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/201044>. Acesso em: 15 jun. 2025.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil). 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)**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 22 maio 2024. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm-ms-n-3-681-de-7-de-maio-de-2024-561223717>. Acesso em: 15 jun. 2025.

ORDONHO, Laura Comeli et al. **Os desafios dos cuidados paliativos na atenção primária à saúde**. Revista Eletrônica Acervo Científico, v. 36, e8837, 2021. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/cientifico/article/view/8837>. Acesso em: 15 jun. 2025.

SANTANA, Marcella Tardeli Esteves Angioletti et al. **Adaptação transcultural e validação semântica de instrumento para identificação de necessidades paliativas em língua portuguesa**. Einstein (São Paulo), v. 16, n. 4, eAO4250, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/eins/a/jXYwndR7CyxFVSMHBrPXMq/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 30 jun. 2025.

SILVA, A. F. da; COSTA, L. A. da; SILVA, M. A. da. **As principais manifestações orais em pacientes submetidos a tratamento oncológico**. Acervo Saúde, São Paulo, v. 10, n. 2, p. 1-10, 2023. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/16925/8887>. Acesso em: 18 ago. 2025.

SILVA, Maryane de Oliveira. **Elaboração de um protocolo de implementação de cuidados paliativos para o serviço de atenção domiciliar do município de Ouro Preto – MG**. 2025. Monografia (Especialização em Medicina da Família e Comunidade) – Universidade Federal de Ouro Preto, Ouro Preto, 2025. Disponível em: <https://www.monografias.ufop.br/handle/35400000/2915>. Acesso em: 20 jun. 2025.

SILVA, Wanessa Alves et al. **Atuação da equipe multiprofissional de assistência à saúde na disfagia do paciente sob cuidados paliativos**. Revista Interfaces: Saúde, Humanas e Tecnologia, v. 10, n. 3, p. 1574-1581, 2022. Disponível em: <https://interfaces.unileao.edu.br/index.php/revista-interfaces/article/view/1076>. Acesso em: 16 jul. 2025.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE NUTRIÇÃO ONCOLÓGICA. **Consenso brasileiro de nutrição oncológica da SBNO**. Rio de Janeiro: Edite, 2021. Disponível em: https://sbno.com.br/wp-content/uploads/2021/07/consenso_2021.pdf. Acesso em: 20 jul. 2025.

SOLANO, J. P. et al. **A comparison of symptom prevalence in far advanced cancer, AIDS, heart disease, chronic obstructive pulmonary disease and renal disease**. Journal of Pain and Symptom Management, v. 31, n. 1, p. 58-69, 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2005.06.007>. Acesso em: 15 jul. 2025.

UNIVERSITY OF EDINBURGH. **SPICt-BR (Supportive and Palliative Care Indicators Tool – versão brasileira)**. Edinburgh: University of Edinburgh, [s.d.]. Disponível em: <https://www.spict.org.uk/the-spict/spict-br/>. Acesso em: 20 jun. 2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Palliative care**. Geneva: WHO, 5 Aug. 2020. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>. Acesso em: 14 jun. 2025.

ANEXOS

Anexo I - SPICT-BR



Supportive and Palliative Care Indicators Tool (SPICT-BR)

O SPICT é utilizado para ajudar a identificar pessoas cuja saúde está deteriorando. Avalie quanto às necessidades de suporte e cuidados paliativos não atendidas. Plano de cuidados.

Procure por indicadores gerais de saúde em deterioração.

- Internação(ões) hospitalar(es) não programada(s).
- Declínio funcional progressivo com limitada reversibilidade. (Ex.: A pessoa permanece na cama ou numa cadeira mais da metade do tempo).
- A pessoa depende de outros para cuidados pessoais devido ao aumento de problemas físicos e/ou de saúde mental. O cuidador necessita de mais ajuda e suporte.
- Perda de peso progressiva; permanece abaixo do peso; baixa massa muscular.
- Sintomas persistentes apesar do tratamento otimizado da(s) condição(ões) de base.
- A pessoa (ou a família) solicita cuidados paliativos; opta por reduzir, parar ou não fazer o tratamento; ou deseja focar na qualidade de vida.

Procure por indicadores clínicos de uma ou mais condições de saúde que limitam a vida.

Câncer

Capacidade funcional em declínio devido à progressão do câncer.
Muito debilitado(a) para o tratamento do câncer ou o tratamento tem finalidade de controle dos sintomas.

Demência/ fragilidade

Incapaz de vestir-se, caminhar ou comer sem ajuda.
Comendo e bebendo menos; dificuldade com a deglutição.
Incontinência urinária e fecal.
Incapaz de se comunicar através da fala; pouca interação social.
Quedas frequentes; fratura de fêmur.
Episódios frequentes de febre ou infecções; pneumonia aspirativa.

Doença neurológica

Deterioração progressiva da capacidade física e/ou da função cognitiva mesmo com terapia otimizada.
Problema de fala com dificuldade crescente de comunicação e/ou dificuldade progressiva de deglutição.
Pneumonia aspirativa recorrente; falta de ar ou insuficiência respiratória.
Paralisia persistente após acidente vascular cerebral com perda significativa da funcionalidade e incapacidade contínua.

Doença cardiovascular

Insuficiência cardíaca ou doença arterial coronária extensa, refratárias ao tratamento otimizado; com falta de ar ou dor no peito em repouso ou ao mínimo esforço.
Doença vascular periférica grave, inoperável.

Doença respiratória

Doença pulmonar crônica grave; com falta de ar em repouso ou ao mínimo esforço entre as exacerbações.
Hipóxia persistente que necessita de oxigenioterapia contínua.
Já precisou de ventilação invasiva para insuficiência respiratória ou a intubação orotraqueal é contraindicada.

Outras condições

Deterioração com outras condições, múltiplas condições e/ou complicações irreversíveis; o melhor tratamento disponível resulta em um desfecho desfavorável.

Doença renal

Estágios 4 ou 5 de doença renal crônica (TFG < 30ml/mi) com deterioração da saúde.
Insuficiência renal como fator complicador para outras condições limitantes ou tratamentos.
Parar ou não iniciar diálise.

Doença hepática

Cirrose com uma ou mais complicações no último ano:
• Ascite refratária a diuréticos;
• Encefalopatia hepática;
• Síndrome hepatorenal;
• Peritonite bacteriana;
• Sangramentos recorrentes de varizes decorrentes de hipertensão portal.
Transplante de fígado não é possível.

Revisar o cuidado atual e o plano de cuidados.

- Revise o tratamento e os medicamentos atuais para garantir que a pessoa receba o cuidado otimizado; diminuir a polifarmácia.
- Considere o encaminhamento para avaliação para uma equipe de Cuidados Paliativos se os sintomas ou problemas forem complexos e difíceis de manejar.
- Elaborar um plano de cuidados para o momento atual e para o futuro com a pessoa e seus familiares/pessoas próximas. Apoiar os cuidadores.
- Planejar com antecedência caso seja provável a perda da capacidade de tomada de decisão.
- Registrar, compartilhar e revisar os planos de cuidados.

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

SPICT 2024

ANEXOS

Anexo II - NECPAL-BR

INSTRUMENTO NECPAL-BR (Necessidades Paliativas)

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

Paciente: _____ Data de nascimento: ____/____/____

Pergunta surpresa	Você ficaria surpreso se este paciente morresse ao longo do próximo ano?		[] Sim [] Não
Demanda ou necessidade	Demanda: Tem havido alguma manifestação explícita ou implícita, de limitação de esforço terapêutico ou pedido de atenção paliativa por parte do(a) paciente, sua família ou membros da equipe?		[] Sim [] Não
	Necessidade: Identificada por profissionais da equipe de saúde.		[] Sim [] Não
Indicadores clínicos gerais: nos últimos 6 meses - Graves, persistentes, progressivos, não relacionados com processo intercorrente recente. - Combinar gravidade COM progressão	Declínio nutricional	Perda de peso >10%	[] Sim [] Não
	Declínio funcional	• Piora do Karnofsky ou Barthel > 30% • Perda de mais que duas ABVDs	[] Sim [] Não
	Declínio cognitivo	Perda ≥ 5 minimental ou ≥ 3 Pfeiffer	[] Sim [] Não
Dependência grave	Karnofsky < 50 ou Barthel < 20		[] Sim [] Não
Síndromes geriátricas	• Lesão por pressão • Infecções de repetição • Delirium • Disfagia • Quedas	Dados clínicos da anamnese ≥ 2 recorrentes ou persistentes	[] Sim [] Não
Sintomas persistentes	Dor, cansaço, náusea, depressão, ansiedade, sonolência, inapetência, mal-estar, dispneia e insônia.	≥2 sintomas (ESAS) recorrentes ou persistentes	[] Sim [] Não
Aspectos psicossociais	Sofrimento emocional ou transtorno adaptativo grave	deteção de mal-estar emocional (DME >9)	[] Sim [] Não
	Vulnerabilidade social grave	avaliação social e familiar	[] Sim [] Não
Multi-morbididade	≥ 2 doenças ou condições crônicas avançadas (da lista de indicadores específicos em anexo)		[] Sim [] Não
Uso de recursos	Avaliação da demanda ou intensidade de intervenções	• Mais que duas admissões urgentes (não programadas) em seis meses • Aumento da demanda ou intensidade das intervenções (cuidado domiciliar, intervenções de enfermagem)	[] Sim [] Não
Indicadores específicos	Câncer, DPOC, ICC, insuficiência hepática, insuficiência renal, AVC, demência, doenças neurodegenerativas, SIDA e outras doenças avançadas.	• Em anexo*: avaliação dos critérios de gravidade e progressão	[] Sim [] Não

ANEXOS

Anexo III - NECPAL-BR (continuação)

INSTRUMENTO NECPAL-BR (Necessidades Paliativas)

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

Paciente: _____ Data de nascimento: ____/____/____

Pergunta surpresa	Você ficaria surpreso se este paciente morresse ao longo do próximo ano?	[] Sim [] Não
Demanda ou necessidade	Demanda: Tem havido alguma manifestação explícita ou implícita, de limitação de esforço terapêutico ou pedido de atenção paliativa por parte do(a) paciente, sua família ou membros da equipe?	[] Sim [] Não
	Necessidade: Identificada por profissionais da equipe de saúde.	[] Sim [] Não
Indicadores clínicos gerais: nos últimos 6 meses - Graves, persistentes, progressivos, não relacionados com processo intercorrente recente. - Combinar gravidade COM progressão	Declínio nutricional	Perda de peso >10% [] Sim [] Não
	Declínio funcional	• Piora do Karnofsky ou Barthel > 30% • Perda de mais que duas ABVDs [] Sim [] Não
	Declínio cognitivo	Perda ≥ 5 minimental ou ≥ 3 Pfeiffer [] Sim [] Não
Dependência grave	Karnofsky < 50 ou Barthel < 20	[] Sim [] Não
Síndromes geriátricas	• Lesão por pressão • Infecções de repetição • Delirium • Disfagia • Quedas	Dados clínicos da anamnese ≥ 2 recorrentes ou persistentes [] Sim [] Não
Sintomas persistentes	Dor, cansaço, náusea, depressão, ansiedade, sonolência, inapetência, mal-estar, dispneia e insônia.	≥2 sintomas (ESAS) recorrentes ou persistentes [] Sim [] Não
Aspectos psicossociais	Sofrimento emocional ou transtorno adaptativo grave	deteção de mal-estar emocional (DME >9) [] Sim [] Não
	Vulnerabilidade social grave	avaliação social e familiar [] Sim [] Não
Multi-morbididade	≥ 2 doenças ou condições crônicas avançadas (da lista de indicadores específicos em anexo)	[] Sim [] Não
Uso de recursos	Avaliação da demanda ou intensidade de intervenções	• Mais que duas admissões urgentes (não programadas) em seis meses • Aumento da demanda ou intensidade das intervenções (cuidado domiciliar, intervenções de enfermagem) [] Sim [] Não
Indicadores específicos	Câncer, DPOC, ICC, insuficiência hepática, insuficiência renal, AVC, demência, doenças neurodegenerativas, SIDA e outras doenças avançadas.	• Em anexo*: avaliação dos critérios de gravidade e progressão [] Sim [] Não

ANEXOS

Anexo IV - Diagrama de Avaliação Multidimensional

