

Nome: Política de cuidados paliativos e terminalidade

1. OBJETIVOS

Estabelecer a política institucional que norteará as diretrizes de manejo dos cuidados paliativos e terminalidade no âmbito dos serviços assistenciais da Unimed Araxá.

2. ABRANGÊNCIA

Unimed Araxá e partes interessadas.

3. SIGLAS E DEFINIÇÕES

Autonomia: garantia do direito do paciente esclarecido a participar de decisões a respeito do seu plano de cuidados.

Beneficência: ato, prática ou virtude de fazer o bem, de beneficiar o próximo; bem-fazer.

Cuidados paliativos: consistem na assistência promovida por uma equipe multidisciplinar, que objetiva a melhoria da qualidade de vida do paciente e seus familiares diante de uma doença que ameace a vida, por meio da prevenção e alívio do sofrimento, por meio de identificação precoce, avaliação impecável e tratamento de dor e demais sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais (Organização Mundial de Saúde, 2002).

Não maleficência: determina a obrigação de não infligir danos intencionalmente; não prejudicar.

Paciente terminal ou moribundo: definido de maneiras diferentes pela literatura mundial podendo designar o paciente portador de doença incurável, o paciente que se encontra no período compreendido entre o final do tratamento curativo e a morte ou, ainda, o paciente no período designado como processo de morte. É sugerido que se evite este termo por ser, muitas vezes, estigmatizante e capaz de gerar conflitos.

Nome: Política de cuidados paliativos e terminalidade

Paciente em processo de morte ou terminalidade: aquele que apresenta sinais de importante progressão da doença, com prognóstico estimado em torno de seis meses de vida.

Fase final da vida: período caracterizado por rápido declínio funcional, de causa irreversível, em que o prognóstico de vida pode ser estimado em horas ou poucos dias.

Futilidade terapêutica ou tratamento fútil: medida cuja adoção pode prolongar o sofrimento ou mesmo acelerar a morte, não sendo efetiva para corrigir ou melhorar as condições que ameaçam a vida. Podem ser procedimentos diagnósticos ou terapêuticos inadequados e inúteis diante da situação evolutiva irreversível da doença e que podem causar sofrimento acrescido ao doente e à família. Não prolongam a vida e sim o processo de morte.

Distanásia: trata-se do prolongamento exagerado e artificial do processo de morte, conseqüentemente trazendo sofrimento inútil aos pacientes. Muitas vezes, o desejo obstinado de recuperação do doente, em vez de ajudar ou permitir uma morte natural, acaba prolongando sua agonia.

Eutanásia: morte provocada por sentimento de piedade ao paciente portador de doença avançada e incurável, em estado de grande sofrimento. É classificada como homicídio conforme a Legislação Brasileira. Em vez de deixar a morte acontecer naturalmente, a eutanásia age sobre a morte, antecipando-a.

Ortotanásia: significa morte correta, ou seja, a morte pelo seu processo natural. Assim, em vez de se prolongar artificialmente o processo de morte (distanásia), entende-se que este se desenvolve naturalmente. A ortotanásia é conduta atípica frente ao Código Penal, pois não é a causa da morte da pessoa, uma vez que este processo já foi irreversivelmente instalado.

Partes interessadas: Todas as pessoas físicas ou jurídicas que são, direta ou indiretamente, afetadas pelas atividades da Cooperativa.

Nome: Política de cuidados paliativos e terminalidade

CFM: conselho federal de medicina

D.O.U.: diário oficial da união

OMS: Organização Mundial de Saúde

4. DIRETRIZES

As doenças ameaçadoras da vida, sejam agudas ou crônicas, com ou sem possibilidade de reversão ou tratamentos curativos, trazem a necessidade de um olhar para o cuidado amplo e complexo em que haja interesse pela totalidade da vida do paciente, com respeito ao seu sofrimento e de seus familiares.

Dentre os pilares dos cuidados paliativos está o trabalho multiprofissional e interdisciplinar, onde o tratamento curativo e a abordagem paliativa podem ocorrer de maneira simultânea e o foco da atenção não é a doença a ser curada ou controlada, mas o doente, entendido como um ser biográfico, ativo, com direito à informação e à autonomia plena para decisões a respeito do seu tratamento.

À medida em que a doença progride e o tratamento curativo perde o poder de oferecer um controle razoável da mesma, os cuidados paliativos crescem em significado, surgindo como uma necessidade absoluta na fase em que a incurabilidade se torna uma realidade irreversível.

Nome: Política de cuidados paliativos e terminalidade



Figura 1. Modelo integrado de cuidados curativos e paliativos para doenças crônicas progressivas. Adaptado de: WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Knowledge into Action Palliative Care. Cancer Control, 1-42, 2007.

A prática adequada dos cuidados paliativos preconiza uma atenção individualizada ao doente e a sua família, a busca da excelência no controle de todos os sintomas e a prevenção do sofrimento.

Particularmente, na fase final da vida, quando o processo de morte se desencadeia de forma rápida e irreversível, os cuidados paliativos se tornam imprescindíveis e complexos. Preconiza-se, nesta fase, a atuação conjunta de uma equipe de profissionais adequadamente treinados no controle das causas de sofrimento para os pacientes, como também no suporte aos familiares, utilizando estratégias e técnicas de comunicação.

A atuação desta equipe tem o objetivo de dar uma atenção específica e contínua ao doente, sua família e entorno afetivo. Isso favorece o esclarecimento da história natural da doença em curso e do seu processo evolutivo, ao mesmo tempo em que valoriza a dignidade e a autonomia dos pacientes e representantes legais, em harmonia com os outros princípios bioéticos (beneficência, não maleficência e justiça), com o intuito de proporcionar alívio, prevenir uma morte caótica e com grande sofrimento. A antecipação das situações de crise é uma das grandes estratégias para alcançar esse objetivo.

Nome: Política de cuidados paliativos e terminalidade

Abaixo, os princípios de fundamentação propostos pela OMS (2002) que direcionam os cuidados paliativos nessa instituição:

- Promover o alívio da dor e outros sintomas estressantes;
- Reafirmar a vida e encarar a morte como um processo natural;
- Não pretender antecipar ou adiar a morte;
- Integrar aspectos psicossociais e espirituais ao cuidado;
- Oferecer um sistema de suporte que possibilite ao paciente viver tão ativamente quanto possível, até o momento da sua morte;
- Oferecer um sistema de suporte que auxilie a família e entorno afetivo a sentirem-se amparados durante todo o processo da doença;
- Abordagem multiprofissional para focar nas necessidades dos pacientes e familiares, incluindo acompanhamento no luto;
- Melhorar a qualidade de vida e influenciar positivamente o curso da doença;
- Ser iniciado o mais precocemente possível, junto com outras medidas de prolongamento da vida (como quimioterapia e radioterapia) e incluir todas as investigações necessárias para melhor compreensão e manejo dos sintomas.

O foco no cuidar inclui reconhecer e responder às necessidades do paciente e dos familiares através de uma visão ampla e transdisciplinar. Reconhece-se as conquistas da moderna tecnologia médica, porém realiza-se uma transição gradual e equilibrada entre tentativas legítimas de manter a vida, quando se tem chances reais de recuperação, e a abordagem paliativa, através do controle de sintomas, sem nunca desconsiderar a dimensão da finitude humana.

Dentre os critérios de elegibilidade dos cuidados paliativos conforme as condições dos pacientes, pode-se citar:

- Doença progressiva, incurável e avançada;

Nome: Política de cuidados paliativos e terminalidade

- Poucas possibilidades de resposta às terapêuticas curativas ou quando as complicações decorrentes destas forem inaceitáveis;
- Evolução clínica oscilante, caracterizada pelo surgimento de várias crises de necessidades ou reagudizações recorrentes;
- Grande impacto emocional ou social para o doente e sua família, relacionado de maneira explícita ou não à proximidade da morte;
- Prognóstico de vida reservado (estimado em menos de seis meses);
- Internação prolongada sem evidência de melhora;
- Ser portador de uma doença progressiva e incurável e preferir não ser submetido a tratamento de prolongamento da vida.

Nesse perfil incluem-se os doentes em fase avançada de câncer, síndromes demenciais, doenças neurológicas progressivas, sequelas neurológicas, síndrome da imunodeficiência adquirida, insuficiência cardíaca congestiva, doença pulmonar obstrutiva crônica, insuficiência renal, insuficiência hepática e outras situações incuráveis e em progressão.

Na Pediatria, várias são as condições que podem se beneficiar dos Cuidados Paliativos, e essas foram divididas em quatro grupos de doenças que limitam a vida, a saber:

1. Doenças em que o tratamento curativo é possível, mas pode falhar: doenças oncológicas progressivas, avançadas ou com prognóstico reservado, doenças cardíacas complexas, congênitas ou adquirida.
2. Doenças em que a morte prematura pode ser esperada, mas o tratamento clínico integrado pode prolongar a vida com qualidade: fibrose cística, síndrome da imunodeficiência adquirida, desordens gastrintestinais importantes ou malformações (ex.: gastrosquise), epidermólise bolhosa severa, imunodeficiências severas, falência renal quando a diálise ou o transplante não estão disponíveis ou indicados, insuficiência respiratória crônica ou intensa, distrofia muscular.

Nome: Política de cuidados paliativos e terminalidade

3. Doenças progressivas em que o tratamento é exclusivamente paliativo e pode se estender por anos: mucopolissacaridoses, outras doenças de depósito, doenças metabólicas progressivas, anormalidades cromossômicas, osteogênese imperfeita.
4. Condições como deficiências neurológicas que, embora não sejam progressivas, induzem a vulnerabilidade e complicações que podem levar à morte prematura: paralisia cerebral severa com infecções recorrentes, seqüela neurológica de doença infecciosa, hipóxia/anóxia com lesão cerebral, holoprosencefalia ou outra importante malformação cerebral.

Considerações éticas e jurídicas:

Resolução CFM N° 1.805/2006 (Publicada no D.O.U., 28 nov. 2006)

“Resolução da Ortotanásia”

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.

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.

§ 4º O médico registrará, no prontuário, as diretivas antecipadas de vontade que lhes foram diretamente comunicadas pelo paciente.

Nome: Política de cuidados paliativos e terminalidade

§ 5º 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.

5. REGRAS DE CONSEQUÊNCIA

As consequências, em caso de descumprimento destas diretrizes, serão tratadas em conformidade com o Código de Conduta, Regimento Interno e Estatuto Social da Unimed Araxá, tópico de penalidades e ações disciplinares. Situações excepcionais serão encaminhadas para o Comitê Executivo, Diretoria Colegiada e/ou demais órgãos de governança.

6. ANEXOS

Não se aplica.

7. REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

BERTACHINI, L.; PESSINI, L. Conhecendo o que são cuidados paliativos: conceitos fundamentais. In: BERTACHINI, L.; PESSINI, L (Orgs.) - Encanto e Responsabilidade no Cuidado da Vida: lidando com desafios éticos em situações críticas e de final de vida. 1ª ed. São Paulo: Paulinas/Centro Universitário São Camilo, 2011, p. 19-55.

Manual de Cuidados Paliativos / Coord. Maria Perez Soares D'Alessandro, Carina Tischler Pires, Daniel Neves Forte, et al. São Paulo: Hospital Sírio Libanês; Ministério da Saúde; 2020.

Protocolos ISGH - cuidados paliativos. Patrícia Mauriz; Penelope Matos Witzbiki; Úrsula Wille Campos, et al. Instituto de saúde e gestão hospitalar. Set/ 2014.

Manual de Cuidados Paliativos ANCP. 2ª edição. Porto Alegre: Sulina; 2012

Cuidado Paliativo. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP); 2008

Diretrizes Assistenciais do Hospital Israelita Albert Einstein (HIAE). Avaliação e Monitorização do Paciente em Cuidados Paliativos. Versão eletrônica atualizada em março de 2012

Conflitos bioéticos do viver e do morrer. Organização: Rachel Moritz. Câmara técnica sobre terminalidade



POLÍTICA INSTITUCIONAL

POL 026

Última Revisão

Elaboração
18/11/2021

Versão
000

Página
9-9

Nome: Política de cuidados paliativos e terminalidade

da vida e cuidados paliativos do Conselho Federal de Medicina. Brasília: CFM; 2011

Data Aprovação:	21/02/2022
Elaboração:	Sistema de Gestão de Qualidade
Aprovação:	Diretoria Executiva
Homologação:	Conselho de Administração

CÓPIA CONTROLADA

