

Tratando as demandas dos pacientes da alta complexidade.

29/04/2026 – Luiz Filipe Carvalho e Pedro Garcia Checoli

Equipe de Cuidados Paliativos do Hospital Sírio-Libanês



Conteúdo

Discussão de caso

Identificação de demandas

Comunicação

Objetivo de cuidado

Possíveis abordagens na prática



Caso clínico

Sr Carlos, 82 anos

Demência leve

HAS, DM insulino dependente

Insuficiência coronariana

Estenose aórtica grave

Doença renal crônica em diálise



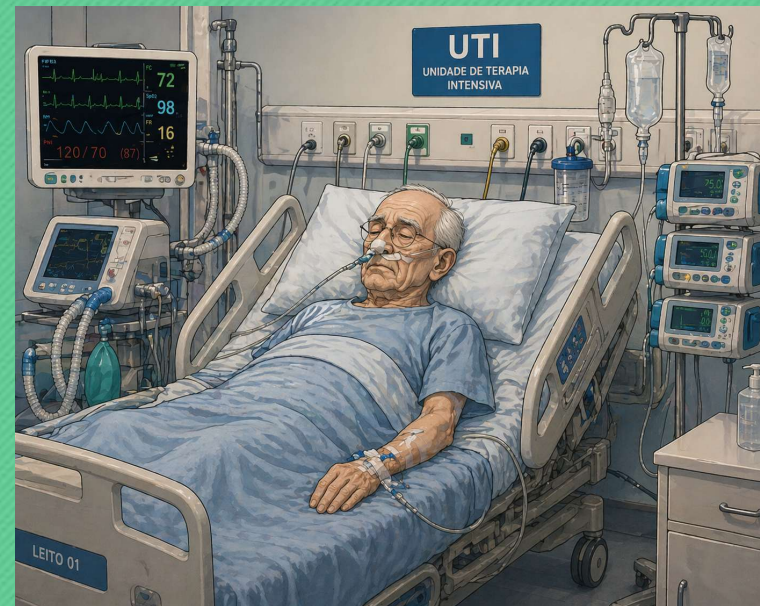
Caso clínico

Pronto-socorro

- Insuficiência respiratória e hipotensão por pneumonia
- Esposa e filha solicitam que “seja feito tudo”

UTI

- Passagem de cateter central
- Intubação orotraqueal
- Alta da UTI após 7 dias



Caso clínico

Unidade de internação

→ Disfagia: passagem de SNE

→ Delirium: agitação, retirada de dispositivos

→ Intercorrência: sonolência após dose de resgate de quetiapina + broncoaspiração

→ Reinternação na UTI

→ Familiares compreendem que o paciente já passou por essa situação e estava se recuperando. Solicitam que “seja feito tudo”



Caso clínico

Situação atual:

- Internado há 4 meses, 3 passagens pela UTI
- Nítida perda de peso e massa muscular, **acamado**
- Delirium recorrente, diversas retiradas de dispositivo
- Infecções por germes multirresistentes -> em uso de Torgena
- “Família difícil”
- 5 equipes médicas envolvidas
- Percepção de refratariedade



Impactos

Para o serviço:

- Internação prolongada (ocupação, custos)
- Familiares insatisfeitos, SACs
- Desfecho ruim para o paciente – reinternações, óbito

Para familiares:

- Insatisfação
- Fadiga
- Conflitos



Impactos

Para equipes de saúde

- Sobrecarga de trabalho
- Percepção de cuidado ruim / insuficiente
- BURNOUT

Para o paciente

- Sofrimento
- Perda de dignidade
- Desfecho ruim: perda de funcionalidade, risco de reinternações e óbito



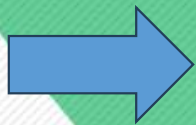
Como chegamos até aqui?



Possíveis fatores envolvidos

Relacionados ao paciente

- Fragilidade e multimorbidade
- Ausência de discussões prévias sobre prognóstico e objetivos de cuidado
- Sem vínculo prévio com o serviço



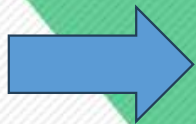
Pouco (nenhum) controle



Possíveis fatores envolvidos

Relacionados ao cuidado atual:

- **COMUNICAÇÃO** { com paciente e familiares
entre médicos e equipe multidisciplinar
entre as equipes médicas
- Discussão de condutas com familiares sem elaboração de um **PLANO DE CUIDADOS**



Oportunidades de intervenção



Comunicação empática

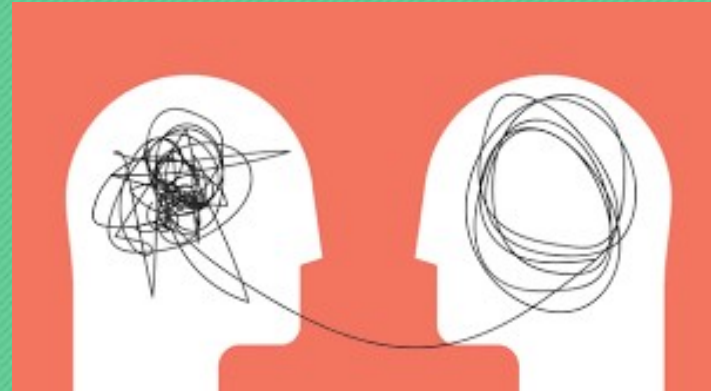
- Empatia: ter a perspectiva do outro
- Dar espaço para escuta ao paciente e família



Comunicação empática

- Partir do que o paciente sabe e checar compreensão
- Adequar a linguagem focando em garantir boa compreensão
- Perceber e acolher emoções do paciente e do familiar
- Não verbal

→ Técnicas que podem ser ensinadas e desenvolvidas



Comunicação empática

Objetivos:

- Identificação de **demandas** do paciente e da família
- Amenizar **emoções** fortes
- Melhor **compreensão** da situação e possíveis desfechos
- Formação de uma relação de **confiança**



Objetivos de cuidado



Discussão de objetivos de cuidado

- Estrutura para uma DECISÃO COMPARTILHADA
- Modelo paternalista
- Cardápio
- **Evitar discussão de condutas**



Discussão de objetivos de cuidado

1º passo: prognóstico

Biológico

- Diagnóstico e fase atual da doença
- Funcionalidade do paciente

→ Estabelecer uma TAXA BASE

→ Avaliar PROBABILIDADES



Discussão de objetivos de cuidado

2º passo: acessar valores

Paciente

- O que é importante para você?
- Vida fora do hospital
- Explorar medos e preocupações
- O que não seria aceitável

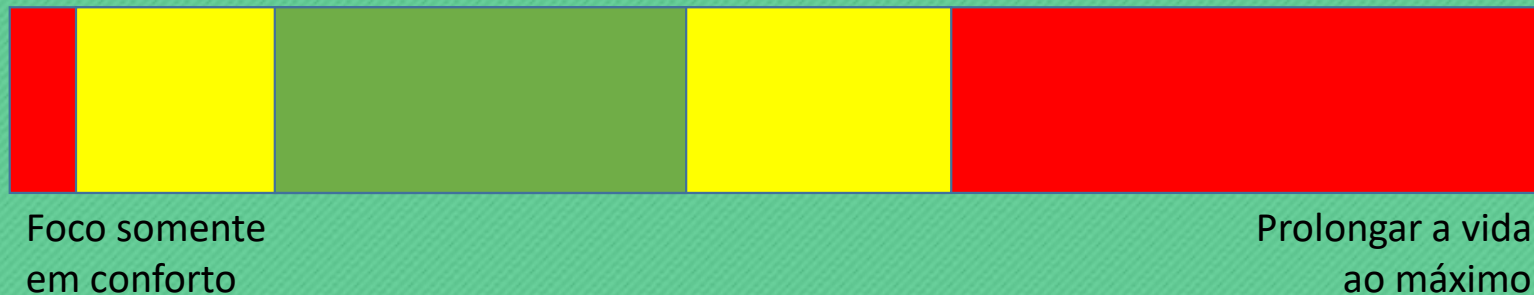
Biografia



Discussão de objetivos de cuidado

3º Passo: Definir tratamento adequado e recomendado

- Balancear riscos e benefícios diante das probabilidades
 - Compartilhar com outros médicos e outras equipes
- Melhor tratamento ou tratamento recomendado
- Tratamento potencialmente inapropriado
- Tratamento fútil



Discussão de objetivos de cuidado

4º Passo: Compartilhar o objetivo de cuidado

- Expor ao paciente / aos familiares o tratamento recomendado
- Situações de prognóstico mais claro e valores bem definidos
→ recomendação mais forte
- Prognóstico e/ou valores incertos → compartilhar com familiares
- Quando não há consenso: terceirizar/comitê de bioética



LEI Nº 15.378, DE 6 DE ABRIL DE 2026

Institui o Estatuto dos Direitos do Paciente.

II - diretivas antecipadas de vontade: declaração de vontade escrita sobre os cuidados, os procedimentos e os tratamentos que o paciente aceita ou recusa, a qual deve ser respeitada quando ele não puder expressar livre e autonomamente a sua vontade;

V - cuidados paliativos: assistência integral à saúde prestada por equipe multidisciplinar a paciente com doença ativa e progressiva que ameaça a vida e para a qual não há possibilidade de cura, com o objetivo de promover o bem-estar e a melhoria da qualidade de vida do paciente e de seus familiares, mediante a prevenção e o tratamento para o alívio da dor e do sofrimento de natureza física, psíquica, social e espiritual.

Art. 20. O paciente tem o direito de ter suas diretivas antecipadas de vontade respeitadas pela família e pelos profissionais de saúde.



Discussão de objetivos de cuidado

Desafios



E na prática?



Equipes especializadas em casos complexos

- Multiprofissional
- Olhar horizontal sobre o cuidado
- Suporte ao paciente, familiares e equipe assistencial



Equipes especializadas em casos complexos

- Multiprofissional
- Olhar horizontal sobre o cuidado
- Suporte ao paciente, familiares e equipe assistencial
- Redução de custos em relação a internação
 - Redução da internação
 - Melhor alocação do recurso
 - Menos procedimentos complexos no fim de vida

SANTOS, M. et al. Impacto econômico da atuação de equipes consultoras de Cuidados Paliativos inseridas em hospital . Health Residencies Journal , [S. l.], v. 2, n. 11, p. 160–181, 2021. DOI: 10.51723/hrj.v2i11.134. 2024.

Gomes S, et al. **Exploring the economic impact of palliative care in oncology at the end of life.** Annals of Oncology, 34S887. 2023

Vasconcelos T. Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online. 11. 1389-1396. 10.9789/2175-5361.2019.v11i5.1389-1396. 2019.



Treinamento da equipe assistencial

- Comunicação empática
- Acolhimento inicial de pacientes e familiares

Communication Skills Training for Physicians Improves Patient Satisfaction.
Journal of General Internal Medicine. 2016. Boissy A, Windover AK, Bokar D, et al.

A 'Communication and Patient Safety' Training Programme for All Healthcare Staff: Can It Make a Difference?.
BMJ Quality & Safety. 2012. Lee P, Allen K, Daly M.

.The Effect of a Relationship-Centered Communication Program on Patient Experience and Provider Wellness.
Patient Education and Counseling. 2022. Altamirano J, Kline M, Schwartz R, et al.



Treinamento da equipe assistencial

- Comunicação empática
- Acolhimento inicial de pacientes e familiares
- Ferramentas de identificação precoce
- Protocolos institucionais

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.



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	<ul style="list-style-type: none"> Lesão por pressão Infeções 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-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	<ul style="list-style-type: none"> 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

ANEXO* - Indicadores Específicos

Critérios NECPAL de gravidade / progressão / doença avançada (1)(2)(3)(4)	
Doença Oncológica	<ul style="list-style-type: none"> 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	<ul style="list-style-type: none"> Dispneia em repouso ou aos mínimos esforços entre as descompensações Restrito 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	<ul style="list-style-type: none"> Dispneia em repouso ou aos mínimos esforços entre as descompensações Insuficiência cardíaca NYHA classe III ou IV, doença valvar grave não cirúrgica ou doença coronariana não revascularizável Ecocardiograma basal: FE <30% ou HAP grave (PSAP > 60) Insuficiência renal associada (TFG < 60 mL/min/1,73m²) Associação com insuficiência renal e hiponatremia persistente
Demência	<ul style="list-style-type: none"> GDSz6c Progressão do declínio cognitivo, funcional e/ou nutricional.
Fragilidade	<ul style="list-style-type: none"> Índice de Fragilidade do CSHA ≥ 0,5 Avaliação geriátrica integral sugestiva de fragilidade avançada
Doença Neurológica Vascular (AVC)	<ul style="list-style-type: none"> 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	<ul style="list-style-type: none"> Piora progressiva da função física e/ou cognitiva Sintomas complexos e de difícil controle Disfagia persistente Transtorno persistente da fala Dificuldades crescentes de comunicação Pneumonia recorrente por aspiração, dispneia ou insuficiência respiratória
Doença Hepática Crônica	<ul style="list-style-type: none"> 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	<ul style="list-style-type: none"> 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

- Usar instrumentos validados de gravidade e/ou prognóstico em função da experiência e evidência;
- 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;
- Em todos os casos, avaliar dilemas éticos na tomada de decisões;
- 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 +

Ou seja...

Pacientes complexos existem...
... e podemos nos preparar melhor para cuidar deles!





Obrigado!

luiz.fglcarvalho@hsl.org.br

pedro.gchecoli@hsl.org.br