

EMENDA PARLAMENTAR Nº 42100001
PORTARIA 7.492 DE 07 DE JULHO DE 2025
CONTRATO Nº 004/2025

PRESTAÇÃO DE CONTAS MENSAL

JANEIRO

2026

**Santa Casa de Misericórdia
de Barra Mansa**

Rua Pinto Ribeiro, 205 - Centro, Barra Mansa/RJ
CEP: 27.310-420

 24 3325.8300
  santacasabm
 www.scbm.org.br



EMENDA PARLAMENTAR Nº 42100001
PORTARIA 7.492 DE 07 DE JULHO DE 2025
CONTRATO Nº 004/2025

Prestação de contas dos recursos vinculados à Emenda Parlamentar nº 42100001, Portaria nº 7.492 de 07 de julho de 2025, Contrato nº 004/2025, referente ao período de janeiro de 2026.

Esta prestação foi elaborada com base no plano de trabalho Implementação de Novo Protocolo no Serviço de Oncologia, destinado ao fortalecimento da assistência aos pacientes oncológicos atendidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS). O referido plano tem como finalidade aprimorar a qualidade do cuidado por meio da adoção de protocolos assistenciais padronizados, promovendo maior segurança, efetividade e integralidade no atendimento oferecido à população usuária do SUS.

RAFAELA TINOCO
GERENTE ASSISTENCIAL

FLÁVIO INÁCIO DA SILVA OLIVEIRA
GERENTE DE CONTABILIDADE E FINANÇAS

2026

**Santa Casa de Misericórdia
de Barra mansa**

Rua Pinto Ribeiro, 205 - Centro, Barra Mansa/RJ
CEP: 27.310-420

 24 3325.8300
  santacasabm
 www.scbm.org.br



LISTA DE FIGURAS

Figura 1 Protocolo Cuidados Paliativos. (dados detalhados disponíveis no Apêndice A)	8
Figura 2 Lista de presença dos treinamentos realizados nos setores.....	9
Figura 3 Treinamentos realizados nos setores.....	9



LISTA DE TABELAS

Tabela 1 Indicador qualitativo de Incidência de eventos adversos.	10
Tabela 2 Número de Eventos Adversos. (dados detalhados disponíveis no Anexo 1) ..	10
Tabela 3 Indicador qualitativo de Taxa de Mortalidade em pacientes oncológicos (excluídos os paliativos).....	12
Tabela 4 Taxa de Mortalidade de pacientes oncológicos (excluídos os paliativos) (dados detalhados disponíveis no Anexo 2).....	12
Tabela 5 Indicador qualitativo de Registro de plano de cuidados paliativos nos pacientes elegíveis.	14
Tabela 6 Nº de pacientes com plano de cuidado (dados detalhados disponíveis no Anexo 3).....	14



LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 Indicador qualitativo de Incidência de eventos adversos.	11
Gráfico 2 Indicador qualitativo de Taxa de Mortalidade em pacientes oncológicos (excluídos os paliativos).....	13
Gráfico 3 Indicador qualitativo de Registro de plano de cuidados paliativos nos pacientes elegíveis.....	15



SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	7
1 Cuidados Paliativos.....	8
2 Incidência de eventos adversos.....	10
3 Taxa de Mortalidade em pacientes oncológicos (excluídos os paliativos)	12
4 Registro de plano de cuidados paliativos nos pacientes elegíveis.....	13
CONCLUSÃO.....	16
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	18
ANEXO 1.....	19
ANEXO 2.....	20
ANEXO 3.....	21
APÊNDICE A – PROTOCOLOS REVISADOS.....	22
APÊNDICE B – PRESTAÇÃO DE CONTAS.....	52



INTRODUÇÃO

Alinhada à sua missão institucional e às diretrizes das políticas públicas de saúde, a Santa Casa vem promovendo o aprimoramento contínuo de seus processos assistenciais, com foco na qualidade, segurança do paciente e eficiência operacional. Nesse sentido, destaca-se a execução do Plano de Trabalho vinculado à emenda parlamentar, que contempla a implementação e o fortalecimento de protocolos assistenciais no serviço de oncologia, com definição de metas e indicadores voltados à qualificação do cuidado.

No quarto mês de execução do plano, referente ao período de janeiro, observa-se a continuidade e o amadurecimento das ações previamente implementadas, com avanços na consolidação dos protocolos, no monitoramento sistemático dos indicadores e no fortalecimento dos fluxos assistenciais. Tais ações têm contribuído para a melhoria da qualidade da assistência, maior segurança no cuidado e incremento da eficiência na gestão dos serviços oncológicos.

Dessa forma, o presente relatório de prestação de contas tem por finalidade apresentar a evolução das ações desenvolvidas no período, bem como o acompanhamento dos indicadores pactuados, evidenciando a adequada aplicação dos recursos e os resultados alcançados na qualificação da assistência prestada, em consonância com os princípios do Sistema Único de Saúde e com o compromisso institucional de excelência no cuidado.

7



1 CUIDADOS PALIATIVOS

A Santa Casa de Misericórdia de Barra Mansa, como instituição filantrópica de referência em média e alta complexidade, reconhece os Cuidados Paliativos como estratégia essencial para a promoção de uma assistência integral, humanizada e centrada no paciente. Diante do aumento das doenças crônicas e degenerativas, a implementação e o fortalecimento dessas práticas contribuem significativamente para a qualificação da assistência, alinhando-se às diretrizes do SUS e às políticas de humanização.

A proposta vinculada à emenda parlamentar visa garantir condições adequadas para a oferta de cuidados paliativos, priorizando a dignidade, o conforto e a autonomia dos pacientes, bem como o acolhimento aos familiares. Fundamentados em princípios éticos e em abordagem interdisciplinar, os cuidados paliativos focam na melhoria da qualidade de vida por meio do controle de sintomas e da assistência integral.

Nesse contexto, a instituição implementou um Protocolo de Atendimento em Cuidados Paliativos, com o objetivo de padronizar condutas e fortalecer a atuação multiprofissional, assegurando um cuidado qualificado, humanizado e alinhado às metas institucionais de melhoria contínua da qualidade assistencial.

8

Figura 1 Protocolo Cuidados Paliativos. (dados detalhados disponíveis no Apêndice A)



Fonte: Arquivo SCBM – 2025.



Figura 2 Lista de presença dos treinamentos realizados nos setores.

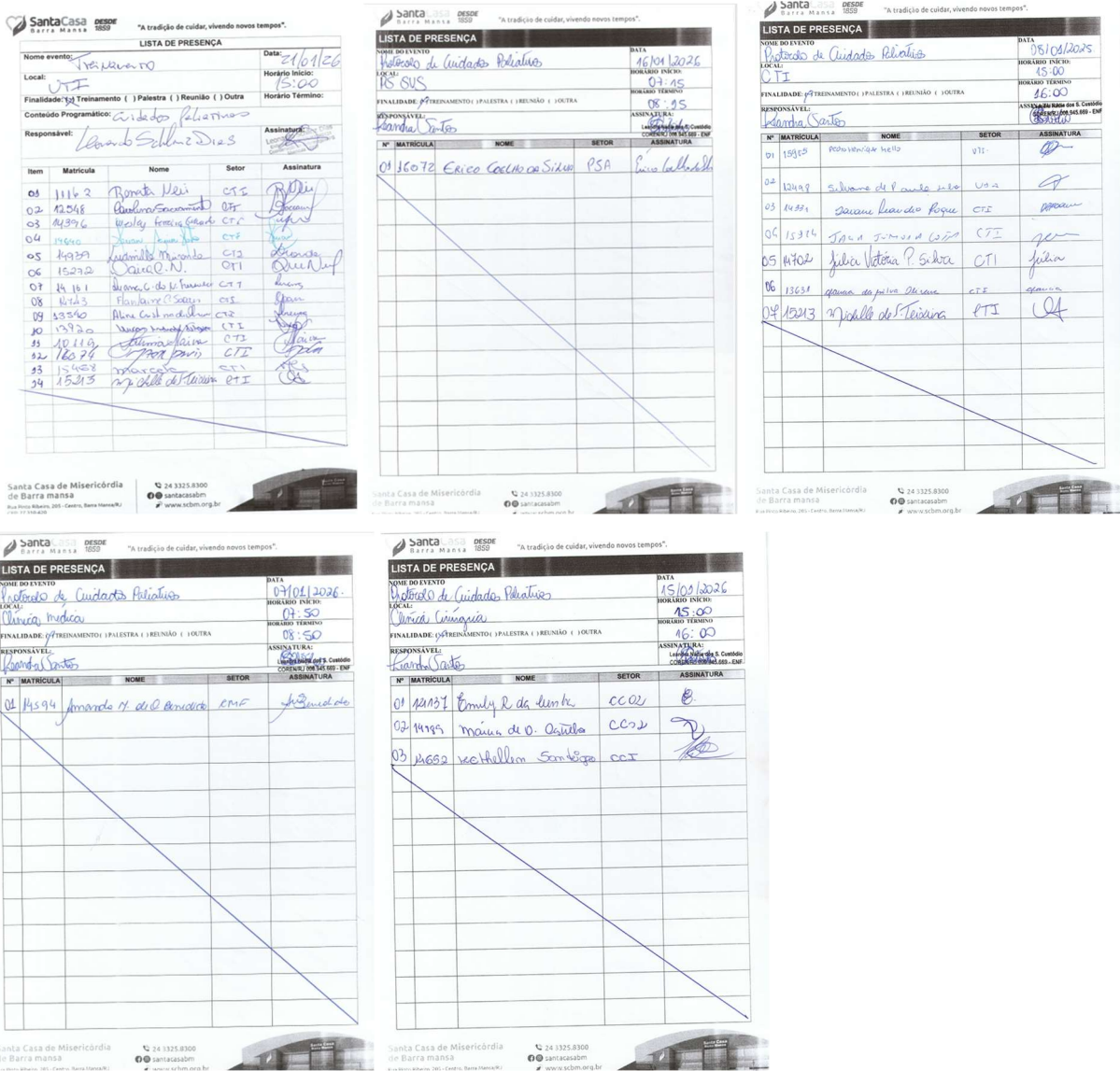


Figura 3 Treinamentos realizados nos setores



2 INCIDÊNCIA DE EVENTOS ADVERSOS

A Santa Casa de Misericórdia de Barra Mansa realiza o monitoramento contínuo de indicadores qualitativos com foco na segurança do paciente oncológico e na excelência assistencial. Diante da complexidade e vulnerabilidade desses pacientes, o acompanhamento de eventos adversos torna-se fundamental para a identificação de riscos, prevenção de falhas e melhoria contínua dos processos assistenciais.

Tabela 1 Indicador qualitativo de Incidência de eventos adversos.

INDICADORES QUALITATIVOS	METAS
Incidência de eventos adversos	< ou igual a 5%

A instituição estabelece como meta manter a incidência de eventos adversos ≤ 5%, reforçando o compromisso com a segurança do paciente e a qualidade assistencial. O monitoramento é realizado por meio de registros de não conformidades, permitindo a identificação de riscos e a implementação de ações corretivas e educativas.

O indicador é calculado a partir da relação entre o número de eventos adversos em pacientes oncológicos e o total de pacientes-dia no período, expressando o resultado em percentual.

10

Taxa de Incidência de Eventos Adversos

$$= \frac{\text{N}^\circ \text{ de eventos adversos relacionado a paciente oncológico}}{\text{N}^\circ \text{ total de pacientes internados no período}} \times 100$$

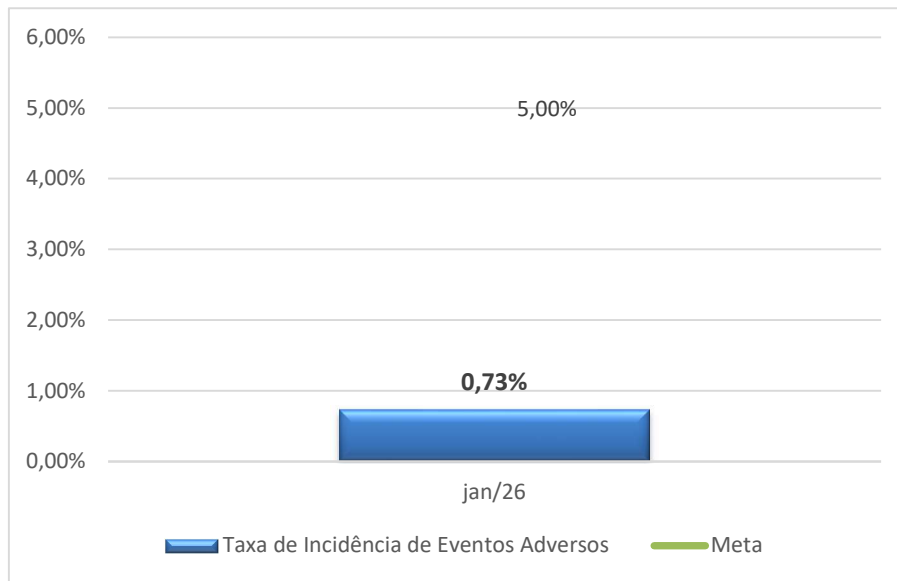
Tabela 2 Número de Eventos Adversos. (dados detalhados disponíveis no Anexo 1)

	Janeiro/2026
Nº de Evento Adverso	4
Nº pacientes/dia	546

Fonte: Sistema MV



Gráfico 1 Indicador qualitativo de Incidência de eventos adversos.



No mês de janeiro de 2026, foram registradas 4 notificações envolvendo pacientes oncológicos, em um universo de 546 pacientes-dia, resultando em uma taxa de incidência de 0,73%, desempenho que se mantém consistentemente dentro da meta institucional estabelecida.

11

As ocorrências identificadas contemplaram diferentes tipologias, incluindo um evento relacionado ao uso de dispositivo assistencial, dois episódios de queda sem dano e uma situação associada à comunicação entre equipes. A análise desses registros contribui para o aprimoramento contínuo dos processos de trabalho, especialmente no que se refere ao manejo seguro de dispositivos, às estratégias de prevenção de quedas e ao fortalecimento da comunicação interprofissional.

As ações adotadas foram direcionadas à qualificação da assistência, com foco em educação permanente, revisão e padronização de fluxos, além do incentivo à comunicação efetiva entre os profissionais envolvidos no cuidado. Destaca-se que o processo de monitoramento tem caráter educativo e preventivo, promovendo uma cultura organizacional voltada à segurança e à melhoria contínua.

Dessa forma, os resultados apresentados evidenciam não apenas a conformidade com a meta estabelecida, mas também o compromisso institucional com a transparência, a análise crítica dos processos e a adoção de estratégias que fortaleçam a qualidade e a segurança na assistência prestada.



3 TAXA DE MORTALIDADE EM PACIENTES ONCOLÓGICOS (EXCLUÍDOS OS PALIATIVOS)

O monitoramento da taxa de mortalidade em pacientes oncológicos, excluídos os casos em cuidados paliativos, é um importante indicador da qualidade e efetividade da assistência hospitalar, permitindo avaliar a adequação dos protocolos clínicos, das condutas terapêuticas e o desempenho da equipe multiprofissional.

Tabela 3 Indicador qualitativo de Taxa de Mortalidade em pacientes oncológicos (excluídos os paliativos).

INDICADORES QUALITATIVOS	METAS
Taxa de Mortalidade em pacientes oncológicos (excluídos os paliativos)	< ou igual a 5%

A meta institucional estabelece manter a taxa de mortalidade em pacientes oncológicos não paliativos $\leq 5\%$, reforçando o compromisso com a segurança, qualidade e efetividade da assistência. O monitoramento sistemático desse indicador possibilita a identificação precoce de riscos, a otimização dos processos assistenciais e a melhoria dos desfechos clínicos.

12

O indicador é calculado pela relação entre o número de óbitos de pacientes oncológicos em tratamento ativo e o total de saídas hospitalares no período, expresso em percentual, subsidiando a avaliação da qualidade do cuidado e a implementação de ações de melhoria contínua.

Taxa de Mortalidade

$$= \frac{\text{Nº de óbitos de pacientes oncológicos (excluído paliativo)}}{\text{Nº total de saídas de pacientes oncológicos}} \times 100$$

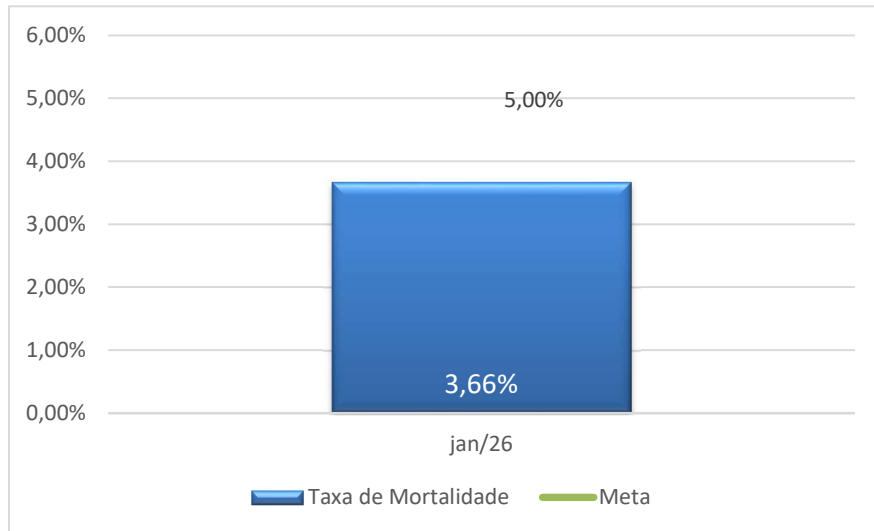
Tabela 4 Taxa de Mortalidade de pacientes oncológicos (excluídos os paliativos) (dados detalhados disponíveis no Anexo 2)

	Janeiro/2026	Paliativos	Total pacientes excluídos paliativos
Nº de óbitos de pacientes oncológicos	10	0	10
Nº total de saídas de pacientes oncológicos	273	–	–

Fonte: Sistema MV



Gráfico 2 Indicador qualitativo de Taxa de Mortalidade em pacientes oncológicos (excluídos os paliativos).



No período avaliado, foram contabilizados 10 óbitos de pacientes oncológicos, sem registro de casos em cuidados paliativos. Diante de 273 saídas hospitalares, a taxa de mortalidade correspondente foi de 3,66%, permanecendo em conformidade com a meta institucional preconizada ($\leq 5\%$).

13

Esse resultado demonstra um desempenho assistencial adequado, evidenciando a efetividade das condutas adotadas e a integração da equipe multiprofissional. Ressalta-se, entretanto, a importância da continuidade do monitoramento dos indicadores, do aprimoramento constante das práticas assistenciais e do fortalecimento das estratégias de segurança do paciente, com foco na sustentação da qualidade do cuidado e na otimização dos desfechos clínicos.

4 REGISTRO DE PLANO DE CUIDADOS PALIATIVOS NOS PACIENTES ELEGÍVEIS

O registro do plano de cuidados paliativos é um indicador fundamental para garantir a integralidade, continuidade e qualidade da assistência, promovendo o alinhamento entre equipe multiprofissional, paciente e família, e assegurando condutas compatíveis com as necessidades e preferências do paciente.



Tabela 5 Indicador qualitativo de Registro de plano de cuidados paliativos nos pacientes elegíveis.

INDICADORES QUALITATIVOS	METAS
Registro de plano de cuidados paliativos nos pacientes elegíveis	> ou igual a 80%

A meta institucional é manter o registro do plano de cuidados paliativos em ≥ 80% dos pacientes elegíveis, reforçando o compromisso com uma assistência humanizada, ética e centrada na pessoa. O monitoramento desse indicador contribui para o fortalecimento da comunicação multiprofissional, da tomada de decisão compartilhada e da promoção de cuidados focados na dignidade, conforto e redução do sofrimento.

$$\text{Taxa de Pacientes Paliativados} = \frac{\text{N}^\circ \text{ de pacientes com parecer}}{\text{N}^\circ \text{ total de pacientes elegíveis}} \times 100$$

O indicador avalia o percentual de pacientes elegíveis para cuidados paliativos com parecer formal e plano de cuidado devidamente registrado em prontuário eletrônico. A conformidade é evidenciada pela emissão do parecer multiprofissional. A meta institucional é atingir ≥ 80% de adesão, assegurando uma assistência planejada, humanizada e centrada na dignidade do paciente.

14

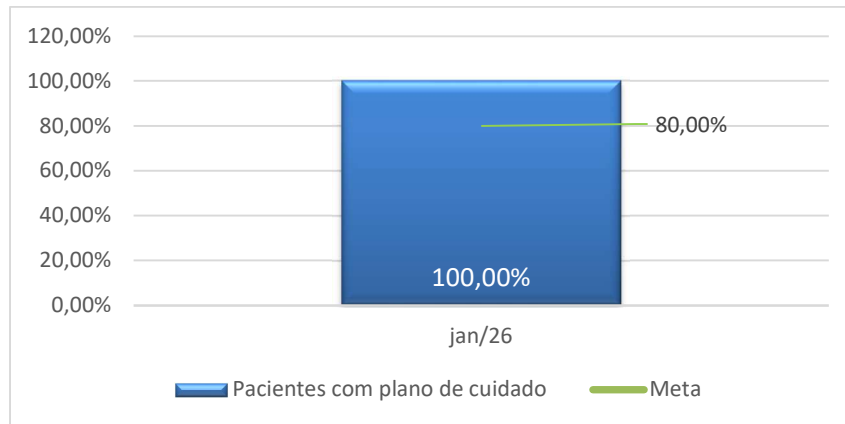
Tabela 6 N° de pacientes com plano de cuidado (dados detalhados disponíveis no Anexo 3)

	Janeiro/2026
N° de pacientes elegíveis	4
N° de pacientes com plano de cuidado	4
Solicitação de Parecer	5

Fonte: Sistema MV



Gráfico. 3 Gráfico 3 Indicador qualitativo de Registro de plano de cuidados paliativos nos pacientes elegíveis.



No período analisado, foram identificados 4 pacientes elegíveis para cuidados paliativos, sendo que todos apresentaram registro de plano de cuidados, totalizando 100% de cobertura. O indicador foi calculado por meio da relação entre o número de pacientes com plano de cuidados (4) e o total de pacientes elegíveis (4), conforme a fórmula preconizada: $(4/4) \times 100 = 100\%$. Adicionalmente, foram registradas 5 solicitações de parecer, evidenciando a atuação proativa da equipe na identificação e condução desses casos.

15

O resultado obtido supera a meta institucional estabelecida ($\geq 80\%$), demonstrando conformidade e efetividade no processo de elegibilidade, avaliação e planejamento assistencial em cuidados paliativos. Esse desempenho reforça o compromisso da instituição com a integralidade do cuidado, a organização da assistência e a tomada de decisão baseada nas necessidades do paciente, destacando a importância da manutenção das práticas adotadas e do monitoramento contínuo para sustentação da qualidade assistencial.



CONCLUSÃO

A análise dos resultados referentes ao quarto mês de execução do Plano de Trabalho evidencia a manutenção de desempenho consistente e satisfatório da Santa Casa de Misericórdia de Barra Mansa, reafirmando seu compromisso institucional com a qualidade assistencial, a segurança do paciente e a humanização do cuidado, em especial no âmbito da atenção oncológica.

Os indicadores monitorados mantiveram-se integralmente dentro dos parâmetros estabelecidos, demonstrando a efetividade das ações implementadas e a maturidade dos processos assistenciais. A incidência de eventos adversos, registrada em 0,73%, permaneceu significativamente inferior ao limite máximo pactuado, refletindo o fortalecimento das práticas de segurança do paciente, o monitoramento contínuo das não conformidades e a adoção de medidas preventivas e educativas junto às equipes assistenciais.

No que se refere à taxa de mortalidade em pacientes oncológicos não paliativos, o percentual de 3,66% evidencia a adequação das condutas clínicas, a organização dos fluxos assistenciais e a atuação integrada da equipe multiprofissional, assegurando a qualidade e a resolutividade do cuidado prestado. Destaca-se, ainda, o desempenho alcançado na implementação dos cuidados paliativos, com 100% de registro de plano de cuidados nos pacientes elegíveis, superando de forma expressiva a meta estabelecida e evidenciando a consolidação de práticas assistenciais centradas no paciente, pautadas na dignidade, no conforto e na tomada de decisão compartilhada.

Os resultados obtidos demonstram não apenas a conformidade com os parâmetros de qualidade e segurança estabelecidos, mas também a capacidade institucional de promover o monitoramento sistemático e o aprimoramento contínuo de seus processos. Nesse contexto, a aplicação dos recursos oriundos da emenda parlamentar revela-se estratégica para a manutenção, qualificação e sustentabilidade das ações desenvolvidas, contribuindo de forma direta para o fortalecimento da assistência oncológica e para a melhoria dos desfechos clínicos.

Dessa forma, reafirma-se o compromisso da instituição com a excelência na prestação de serviços de saúde, em consonância com as diretrizes do Sistema Único de



Saúde, assegurando a continuidade dos avanços alcançados e a oferta de um cuidado cada vez mais seguro, resolutivo e humanizado à população atendida.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP). *Manual de Cuidados Paliativos*, 2023.
- Ferreira KASL, Santos AC. Hipodermóclise e administração de medicamentos subcutâneos: uma técnica do passado com futuro. *EBSERB prática hospitalar*. 2009; XI(65):1009-114.
- Azevedo DL, organizator. O uso da via subcutânea em geriatria e cuidados paliativos: um guia da SBBG e da ANCP para profissionais [Internet]. 2. ed. Rio de Janeiro: SBBG; 2017 [cited 2023 Jul 20]. 60 p. Available from: https://sbbg.org.br/wp-content/uploads/2017/11/SBBG_guiasubcutanea_2aedicao.pdf
- Carone GF. Estudo observacional do uso da hipodermóclise em pacientes oncológicos [master's thesis]. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo [Internet]; 2016 [cited 2023 Jul 16]. 108 p. Available from: https://teses.usp.br/index.php?option=com_jumi&fileid=17&Itemid=160&id=27A8DF994482&lang=pt-br
- Manual de Cuidados Paliativos ANCP. 2ª edição. Porto Alegre: SULINA 2012.
- Manual de Cuidados Paliativos: 2.ª edição revisada e ampliada. São Paulo: Hospital Sírio-Libanês; Ministério da Saúde, 2023. 424 p. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/guias-e-manuais/2023/manual-de-cuidados-paliativos-2a-edicao/view>. Acesso em: 15 out. 2025.
- MATSUMOTO, D. et al. *Cuidados Paliativos: princípios e práticas*. São Paulo, 2012
- Organização Mundial da Saúde. *Definition of Palliative Care*, 2002.
- PINTO, A. L.; CAMPOS, C. L. *Interdisciplinaridade em Cuidados Paliativos*, 2016.
- Polastrini RT. Terapia subcutânea. In: Castilho RK, Silva VC, Pinto CS, editors. *Manual de Cuidados Paliativos*. Rio de Janeiro: Editora Atheneu; 2021. p. 467-71.
- Pontalti G, Rodrigues ES, Firmino F, Fabris F, Stein MR, Longaray VK. Via subcutânea: segunda opção em cuidados paliativos. *Rev. HCPA* [Internet]. 2012 [cited 2023 Jul 16];32(2). Available from: <https://seer.ufrgs.br/hcpa/article/view/26270/19181>
- Pontalti G, Lima e Silva EC, Santos L, Santos LM. Guia prático de hipodermóclise em cuidados paliativos. Porto Alegre: Editora Essência; 2021. 116 p
- Vasconcellos CF, Milão D. Hipodermóclise: alternativa para infusão de medicamentos em pacientes idosos e pacientes em cuidados paliativos. *Pajar* [Internet]. 2019 [cited 2023 Jul 14]; 7(1). Available from: <https://revistaseletronicas.pucrs.br/index.php/pajar/article/view/32559/17942>
- Vidal FK, Oselame GB, Neves EB, Oliveira EM. Hipodermóclise: revisão sistemática da literatura. *Rev. Atenção Saúde* [Internet]. 2015 [cited 2023 Mar 17];13(45). Available from: https://www.seer.uscs.edu.br/index.php/revista_ciencias_saude/article/view/2953/1784



ANEXO 1

Eventos Adversos Jan_26

Nº FORMS	DATA DA NOTIFICAÇÃO (FORMS)	MÊS	SETOR NOTIFICANTE	SETOR NOTIFICADO	PACIENTE ONCOLÓGICO?	DATA DO EVENTO ADVERSO	Nº ATENDIMENTO	EVENO ADVERSO OCORRIDO
2295	09/01/2026 06:32	jan	CLÍNICA MÉDICA	CLÍNICA MÉDICA	Sim	09/01/2026	2328494	SNE dobrada/obstruída
2363	25/01/2026 06:57	jan	CLÍNICA MÉDICA	DIREÇÃO TÉCNICA	Sim	25/01/2026	2343596	Falha de Comunicação
2364	25/01/2026 07:20	jan	CLÍNICA CIRÚRGICA	CLÍNICA CIRÚRGICA	Sim	24/01/2026	2345502	Queda
2379	27/01/2026 00:22	jan	CLÍNICA MÉDICA	CLÍNICA MÉDICA	Sim	26/01/2026	2345882	Queda



ANEXO 2
Óbitos (excluído paliativo)
Óbitos Jan_26

RD_DATA_UN	COMP	CD_ATENDIMENTO	CD_PACIENT	TP_SEXO	IDADE	CD_CONVEN	DS_LEITO
03/01/2026	jan/26	2329078	141016	M	60	1	LEITO 46
09/01/2026	jan/26	2330905	685	M	80	1	LEITO 2
12/01/2026	jan/26	2337428	160416	F	73	1	PS AUXILIAR
19/01/2026	jan/26	2343058	104993	M	68	1	LEITO 42
20/01/2026	jan/26	2326581	83758	F	71	1	LEITO 44
20/01/2026	jan/26	2338845	58186	F	59	1	LEITO 52
21/01/2026	jan/26	2338841	20799	M	74	1	UTI 1 - LEITO 15
28/01/2026	jan/26	2346916	137510	F	90	1	LEITO 42
28/01/2026	jan/26	2346718	222697	M	88	1	LEITO 47
28/01/2026	jan/26	2347294	236242	M	73	1	LEITO 49

RDU_C	RDU_DS_UNIDADE	CID	PERFIL	ONCOLOGICO	Paliativ
66	CLINICA MEDICA 05	NEOPLASIA MALIGNA DE OUTRAS PARTES DO PANCREAS	CLINICO	ONCOLOGICO	Não
39	SALA VERMELHA	LEUCEMIA MIELOIDE AGUDA	CLINICO	ONCOLOGICO	Não
36	PSA - SUS	MAL ESTAR, FADIGA	CLINICO	ONCOLOGICO	Não
66	CLINICA MEDICA 05	PNEUMONIA BACTERIANA N?O ESPECIFICADA	CLINICO	ONCOLOGICO	Não
66	CLINICA MEDICA 05	NEOPLASIA MALIGNA DO LOBO INFERIOR, BRONQUIO OU PULM?O	CLINICO	ONCOLOGICO	Não
69	CLINICA MEDICA 06	DERRAME PLEURAL N?O CLASSIFICADO EM OUTRA PARTE	CLINICO	ONCOLOGICO	Não
22	UTI ADULTO 1	NEOPLASIA MALIGNA DE OUTRAS PARTES DO PANCREAS	CIRURGICO	ONCOLOGICO	Não
66	CLINICA MEDICA 05	NEOPLASIA MALIGNA DO TIMO	CLINICO	ONCOLOGICO	Não
69	CLINICA MEDICA 06	INSUFICIENCIA RENAL AGUDA N?O ESPECIFICADA	CLINICO	ONCOLOGICO	Não
69	CLINICA MEDICA 06	NEOPLASIA MALIGNA DA PELVE RENAL	CLINICO	ONCOLOGICO	Não



ANEXO 3

Pacientes elegíveis

Paliativos_Jan_26

Competência	MES	ATENDIMEN			CD_PACIENTE	CD_CONVENIO	NM_CONVENIO	CD_ORI		CD_SETOR	NM_SETOR
		TO	DT_SOLICITACAO					_ATE	DS_ORI_ATE		
janeiro/2026	01/2026	2336086	12/01/2026 08:38:11		33557	1	SUS - INTERNACAO	15	PRONTO SOCORRO SUS	60	CLINICA MEDICA
janeiro/2026	01/2026	2334782	10/01/2026 10:00:15		220379	1	SUS - INTERNACAO	19	CENTRAL DE INTERNACAO SUS	60	CLINICA MEDICA
janeiro/2026	01/2026	2331928	07/01/2026 10:08:41		92253	1	SUS - INTERNACAO	15	PRONTO SOCORRO SUS	60	CLINICA MEDICA
janeiro/2026	01/2026	2328494	05/01/2026 10:05:25		208410	1	SUS - INTERNACAO	15	PRONTO SOCORRO SUS	60	CLINICA MEDICA
janeiro/2026	01/2026	2337024	15/01/2026 11:49:46		211178	1	SUS - INTERNACAO	15	PRONTO SOCORRO SUS	60	CLINICA MEDICA

CD_LEITO	DS_LEITO	CD_UNI		DT_PARECER	COD_PREST		DS_ESPECIALID	TM_PA		Paliativo?
		D_INT	DS_UNID_INT		_SOLICITAN	_PARECER		RECER		
1135	LEITO 22	65	CLINICA MEDICA 02	14/01/2026 08:35:24	3618	3618	CUIDADOS PALEATIVOS	48		Sim
1130	LEITO 17	65	CLINICA MEDICA 02	11/01/2026 11:00:41	3618	3618	CUIDADOS PALEATIVOS	24,96		Sim
1131	LEITO 18	65	CLINICA MEDICA 02	07/01/2026 12:05:50	1579	1579	CUIDADOS PALEATIVOS	1,92		Sim
1137	LEITO 42	66	CLINICA MEDICA 05	06/01/2026 10:56:36	3342	3342	CUIDADOS PALEATIVOS	24,96		Não
1152	LEITO 33	68	CLINICA MEDICA 04	20/01/2026 10:13:15	3706	3706	CUIDADOS PALEATIVOS	118,32		Sim

N° total de saídas de pacientes oncológicos (excluído paliativo)



APÊNDICE A


PROCOLOS REVISADOS



PROTOCOLO DE CUIDADOS PALIATIVOS

Vigência 10/2027 - Rev. 03
Proibida a Reprodução




	<h1>PROTOCOLO</h1>	Codificação	
		PTL.SCBM.CPALI.001	
	Protocolo de Cuidados Paliativos	Rev.	Página
	03	Página 2 de 29	

Sumário

1.	INTRODUÇÃO.....	5
2.	OBJETIVOS (gerais e específicos)	5
3.	APLICAÇÃO	5
4.	SIGLAS E DEFINIÇÕES.....	5
5.	RESPONSÁVEL PELA ELABORAÇÃO E GERENCIAMENTO.....	6
6.	DESCRIÇÃO	6
6.1	Perfil epidemiológico das doenças	6
6.2	Definição:	6
6.3	Fases de implementação e progressão do cuidado paliativo:	7
6.4	Principais sinais, sintomas e tratamento das últimas horas da vida.....	8
6.5	Avaliação inicial	10
6.6	Plano de Cuidados.....	10
6.7	Cuidados nas últimas horas	10
6.7.1	Controle dos sinais e sintomas na terminalidade.....	10
6.8	Atribuições do Médico em Cuidados Paliativos.....	13
6.8.1.	Avaliação Clínica e Planejamento Terapêutico.....	13
6.8.2.	Controle de Sintomas.....	14
6.8.3.	Comunicação e Tomada de Decisão.....	14
6.8.4.	Cuidados nas Últimas Horas de Vida.....	14
6.9	Atribuições da Enfermagem em Cuidados Paliativos.....	14
6.9.1.	Avaliação e Monitoramento	14
6.9.2.	Controle de Sintomas e Cuidados Gerais.....	15
6.9.3.	Comunicação e Apoio Emocional.....	15

Vigência 10/2027 - Rev. 03
Proibida a Reprodução




	<h1>PROTOCOLO</h1>	Codificação	
		PTL.SCBM.CPALI.001	
	<h2>Protocolo de Cuidados Paliativos</h2>	Rev.	Página
03		Página 3 de 29	

6.9.4. Cuidados nas Últimas Horas de Vida.....	15
6.10 Atribuições do Nutricionista em Cuidados Paliativos	15
6.10.2. Planejamento Nutricional	16
6.10.3. Manejo de Sintomas.....	16
6.10.4. Apoio Emocional e Educativo	16
6.11 Atribuições da Fisioterapia em Cuidados Paliativos.....	16
6.11.1. Avaliação Funcional e Planejamento Terapêutico	16
6.11.2. Controle de Sintomas e Promoção do Conforto	17
6.11.3. Reabilitação e Manutenção da Funcionalidade	17
6.11.4. Cuidados nas Fases Avançadas e Finais da Vida	17
6.12 Atribuições da Psicologia em Cuidados Paliativos.....	17
6.12.1. Avaliação e Acompanhamento Psicológico	18
6.12.2. Apoio à Família.....	18
6.12.3. Apoio à Equipe de Saúde	18
6.12.4. Intervenções Terapêuticas	18
6.13 Atribuições do Serviço Social em Cuidados Paliativos.....	18
6.13.1. Avaliação Social	18
6.13.2. Intervenção e Acompanhamento	19
6.13.3. Articulação Institucional e Comunitária	19
6.14 Equipe Farmacêutica:	19
6.14.1 Farmacologias usadas em fim de vida	19
6.14.2 Compatibilidade entre as medicações	24
7. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO	24
8. MEDIDAS PREVENTIVAS.....	25
9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	25

Vigência 10/2027 - Rev. 03
Proibida a Reprodução



	PROTOCOLO	Codificação	
		PTL.SCBM.CPALI.001	
	Protocolo de Cuidados Paliativos	Rev.	Página
03		Página 4 de 29	

10.	ANEXOS.....	27
11.	HISTÓRICO DO DOCUMENTO.....	28


Vigência 10/2027 - Rev. 03
Proibida a Reprodução

Santa Casa de Misericórdia de Barra Mansa

Rua Pinto Ribeiro, 205 - Centro, Barra Mansa/RJ
CEP: 27.310-420

☎ 24 3325.8300
 📱📷 santacasabm
 🌐 www.scbm.org.br



	<h1>PROTOCOLO</h1>	Codificação	
		PTL.SCBM.CPALI.001	
	<h2>Protocolo de Cuidados Paliativos</h2>	Rev.	Página
03		Página 5 de 29	

1. INTRODUÇÃO

Os Cuidados Paliativos (CP) constituem uma abordagem assistencial voltada à promoção da qualidade de vida de pacientes e familiares diante de doenças que ameaçam a continuidade da vida, por meio da prevenção e alívio do sofrimento físico, psíquico, social e espiritual, conforme definição da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2002).

Na Santa Casa de Misericórdia de Barra Mansa (SCBM), os CP são pautados pela integralidade, humanização e interdisciplinaridade, reconhecendo a autonomia do paciente e da família, e garantindo-lhes assistência digna e individualizada desde o diagnóstico até o fim da vida e o período de luto.

2. OBJETIVOS (GERAIS E ESPECÍFICOS)

Objetivo geral:

Proporcionar atenção integral e humanizada ao paciente com doença que ameaça a continuidade da vida, priorizando o conforto, o controle de sintomas e a qualidade de vida.

Objetivo específico:

- Promover o alívio da dor e de outros sintomas físicos e emocionais.
- Favorecer a comunicação efetiva entre equipe, paciente e família.
- Garantir a atuação interdisciplinar de profissionais de saúde.
- Assegurar o apoio espiritual e psicossocial ao paciente e familiares.
- Oferecer suporte durante o luto, conforme necessidade.
- Estimular o respeito à autonomia e às decisões do paciente.

3. APLICAÇÃO

Aplica-se a todos os setores assistenciais da SCBM — internação, pronto-socorro, UTI e ambulatorios, abrangendo pacientes adultos, pediátricos e idosos portadores de doenças crônicas, progressivas e/ou incuráveis.

4. SIGLAS E DEFINIÇÕES

Equipe Interdisciplinar: conjunto de profissionais de diversas áreas que atuam de forma integrada, compartilhando objetivos e decisões no plano de cuidado.

CP: Cuidados Paliativos


OMS: Organização Mundial da Saúde

PPS: Palliative Performance Scale

ESAS: Edmonton Symptom Assessment Scale

Vigência 10/2027 - Rev. 03
Proibida a Reprodução



	PROTOCOLO Protocolo de Cuidados Paliativos	Codificação	
		PTL.SCBM.CPALI.001	
		Rev.	Página
		03	Página 6 de 29

ANCP: Academia Nacional de Cuidados Paliativos

5. RESPONSÁVEL PELA ELABORAÇÃO E GERENCIAMENTO

Elaboração: Núcleo de Segurança do Paciente / Gerência Assistencial / Gerente de Enfermagem

Gerenciamento: Comissão de Cuidados Paliativos da SCBM

6. DESCRIÇÃO

6.1 Perfil Epidemiológico das Doenças

Fase avançado do Câncer, síndromes demenciais, doenças neurológicas progressivas, sequelas neurológicas, insuficiência cardíaca, doença pulmonar obstrutiva crônica, insuficiência renal, insuficiência hepática, HIV e outros.

6.2 Definição

Cuidados Paliativos: conjunto de ações que visa a melhoria da qualidade de vida do indivíduo durante o adoecimento, dando a ele e seus familiares o conforto através da prevenção, identificação e tratamento precoce dos sintomas: **FÍSICOS, PSÍQUICOS, SOCIAIS, ESPIRITUAIS E AMBIENTAIS.**

Tratamento curativo obstinado: aquele realizado em pacientes terminais sem que haja resposta ou perspectiva de benefício. É ineficaz, não agrega benefício, pode gerar desconforto, piorar sintomas e aumentar custo.

Terminalidade: condição final no adoecimento do paciente. É o período compreendido entre a constatação do não benefício das medidas curativas e a morte. Nessa fase, o indivíduo passa por rápido declínio funcional e o caminhar em direção 'a morte é previsível e irremediável.

Princípio da autonomia: é a capacidade de autodeterminação de uma pessoa, ou seja, o quanto ela pode gerenciar sua própria vontade, livre da influência de outras. Logo, com devido empoderamento e informação, o indivíduo tem liberdade de decisão sobre questões relativas a seu corpo.


Princípio da beneficência: fazer o bem, maximizar benefício, desejar o melhor para o paciente, buscar restabelecer sua saúde, prevenir um agravo, ou promover a saúde. Oferecer o melhor tratamento ao seu paciente, tanto no que diz respeito 'a técnica quanto no que se refere ao reconhecimento das necessidades físicas, psicológicas ou sociais.

Princípio da não maleficência: evitar o mal, minimizar o prejuízo. Nunca infligir dano deliberado. Pesar a relação risco/benefício ao se tomar condutas, reduzindo os efeitos adversos ou indesejáveis das ações diagnósticas e terapêuticas.

Princípio da justiça: obrigação ética de tratar cada indivíduo conforme o que é moralmente correto e adequado, de dar a cada um o que lhe é devido de maneira integral. Evitando ao máximo que aspectos sociais, culturais, religiosos, financeiros ou outros interfiram na relação médico-

Vigência 10/2027 - Rev. 03
Proibida a Reprodução



	PROTOCOLO	Codificação	
		PTL.SCBM.CPALI.001	
Protocolo de Cuidados Paliativos	Rev.	Página	
	03	Página 7 de 29	

paciente. Os recursos devem ser equilibradamente distribuídos, com o objetivo de alcançar, com melhor eficácia, o maior número de pessoas assistidas.

Eutanásia: conduta guiada pelo sentimento de compaixão ou piedade pela qual se traz a abreviação da vida através de uma morte rápida. O conceito se aplica a pessoas em estado terminal, ou portadores de enfermidade incurável que estejam em sofrimento constante. É caracterizada no Brasil como crime de homicídio e punida com rigores do código penal. **ESTA PRÁTICA NÃO DEVE SER REALIZADA.**

Distanásia: é o prolongamento desnecessário do processo da morte através de métodos artificiais considerados obstinados e extraordinários durante o morrer. Não traz benefício ao paciente ou a sociedade. Tem por objetivo frustrado evitar a morte a qualquer custo. No entanto, apenas adia o óbito inevitável, prolongando o morrer. Pode trazer sofrimento adicional ao paciente e familiares. **ESTA PRÁTICA NÃO DEVE SER PRATICADA.**

Ortotanásia: orto = certo e thanatos = morte. Consiste num processo de cuidado em que a condução é guiada pelo respeito a maneira natural em que a vida se encerra. Nesse sentido, uma vez identificado o processo inexorável da morte, evita-se a implementação ou descontinua-se tratamentos fúteis e obstinados, priorizando o conforto, higiene e dignidade durante o transcorrer natural do morrer.

Termos de uso inapropriado em cuidados paliativos: devem ser evitados as seguintes palavras e expressões em discussões sobre cuidado paliativo: “limitação, grau de investimento, paliar o paciente, não tem mais nada para fazer, fora de possibilidade terapêutica”.

Empatia: partilhar e compreender estados emocionais vividos por outra pessoa. Em saúde consiste em perceber a situação em que se encontra o paciente através do ponto de vista dele. Trata-se, de inferir a dimensão do seu sofrer e a proposta de cuidado por ele desejada. É um exercício que a equipe e família devem constantemente realizar. Quando todos os envolvidos no cuidado e adoecimento compartilharem do mesmo ponto de vista que o paciente, a ansiedade e sofrimento são reduzidos, a comunicação se desenvolve com menos ruídos e os conflitos tendem a se solucionar. Compaixão = sentir por X compaixão = fazer por.

6.3 Fases De Implementação e Progressão do Cuidado Paliativo


Na implementação dos cuidados paliativos, alguns aspectos devem ser considerados;

- Documentação do status da doença;
- Status funcional;
- Fatores que pioram ou aliviam sintomas físicos;
- Gerenciamento dos sintomas e resposta do paciente as medidas curativas já instituídas;
- Avaliação da necessidade de apoio aos familiares;
- Inclusão dos familiares e pacientes no processo de cuidado.

Os cuidados paliativos em pacientes internados na clínica médica e cuidados especiais devem seguir uma ordem lógica de progressão baseado na evolução clínica de cada caso. Esse processo é contínuo, diário e didaticamente dividido conforme as seguintes fases:

Vigência 10/2027 - Rev. 03
Proibida a Reprodução



	<h1>PROTOCOLO</h1>	Codificação	
		PTL.SCBM.CPALI.001	
	<h2>Protocolo de Cuidados Paliativos</h2>	Rev.	Página
03		Página 8 de 29	

- **Primeira fase ou cuidado com ênfase curativa:** toda medida terapêutica e de cuidado que visa a cura ou melhoria da doença e a recuperação da saúde do indivíduo. Há probabilidade de recuperação do paciente do que irreversibilidade ou morte. Nessa fase, as ações paliativas têm como meta o alívio dos sintomas inerentes a doença e decorrentes do tratamento.

A morte é pouco provável ou não é esperada.

- **Segunda fase ou cuidado paliativo proporcional:** é implementada quando já existe falha de resposta aos recursos terapêuticos utilizados e, a despeito do tratamento otimizado, o paciente caminha em direção ao desfecho de irreversibilidade e morte. Nesse contexto, as ações paliativas no controle dos sinais e sintomas passam a ter prioridade em relação aos cuidados curativos. A proporção da prioridade entre essas duas frentes de cuidado deve acompanhar e evolução de melhora ou piora do indivíduo, oscilando em patamares intermediários entre o cuidado curativo pleno e o cuidado paliativo exclusivo. Terapias invasivas devem paulatinamente dar lugar as medidas de controle dos sintomas em evoluções no sentido da morte e irreversibilidade, assim como intervenções curativas devem ser priorizadas à medida que o caso siga o caminho da melhora e restauração.

A morte é possível e prevista para semanas a meses.

- **Terceira fase ou cuidado paliativo exclusivo:** identificada irreversibilidade da doença e instalado o processo de morrer, nenhuma medida com contenção curativa seria efetiva para mudar a história natural do adoecimento e o desfecho clínico desfavorável. Nesse ponto, o tratamento curativo deixa de ter resultado ou significado e as medidas de controle de sinais e sintomas e conforto passam a ser a única estratégia efetiva e benéfica para o paciente. As medidas com intenção curativas devem então ser descontinuadas e toda a energia e conhecimento da equipe devem ser canalizados para o conforto do paciente e acolhimento da família. Será identificada, com uma borboleta de cor **AZUL**, onde ficará fixado na cabeça paciente, sinalizando os cuidados paliativos exclusivos.

A morte é provável e prevista para horas a dias.

6.4 Principais sinais, sintomas e tratamento das últimas horas da vida


**Como é morrer? A gente entra em coma? dói?
“...como são as últimas horas?”**

Quando todos os sintomas se exacerbam, começa a emergir um quadro de morte próxima e irreversível, a sobrevida média do doente é de horas a dias. Este quadro é chamado de “últimas quarenta e oito horas” ou “processo ativo de morte” ou ainda “agonia terminal” ou “agonia”.

- **Anorexia fisiológica:** Nas últimas 48 horas, as atividades metabólicas estão diminuídas, ocasionando uma anorexia fisiológica. O doente pode não ter nenhuma ingestão de alimentos e a aceitação de líquidos se torna progressivamente mais difícil. Forçar a alimentação através de sonda enterais, pode ser uma considerada uma medida fútil, na medida que provoca desconforto físico, tanto pela presença da sonda, como novos sintomas podem surgir. A falta completa de aceitação de líquidos nas últimas horas é bem tolerada pelo o paciente e atinge o maior grau com a perda da habilidade de engolir. **SINAL QUE É MUITO INDICATIVO DE PROXIMIDADE DA MORTE.**

Vigência 10/2027 - Rev. 03
Proibida a Reprodução



	PROTOCOLO	Codificação	
		PTL.SCBM.CPALI.001	
Protocolo de Cuidados Paliativos	Rev.	Página	
	03	Página 9 de 29	

- **Imobilidade ao leito:** Característica muito comum aos doentes em final de vida. O doente não consegue mais se movimentar. Deve-se movimentá-lo cuidadosamente a fim de evitar desconforto.
- **Sonolência:** No final, o doente dorme praticamente todo o tempo, embora continue sendo espertável em alguns momentos. Pode se comunicar precariamente, abre os olhos com muita dificuldade e momentaneamente, retornado ao sono a seguir.
- **Alterações da cognição:** Sintoma frequente na maioria dos pacientes, variando em intensidade. Nesta fase, a memória e o raciocínio deterioram. As respostas são demoradas e por vezes inadequadas ou inexistentes. Às vezes podem surgir **visões, alucinações, e experiências sensoriais diferentes**. O doente fala com pessoas que não vemos, comunica-se com parentes mortos há muito tempo. **Nas últimas horas, podem surgir quadro de delirium terminal, frequente em 80% dos pacientes com câncer avançado na última semana, é um sinal de deterioração funcional significativa e indica proximidade da morte.** O delirium da fase final pode estar relacionado a vários fatores como: **hipóxia, variações tóxico-metabólico como uremia, encefalopatia hepática, infecções, desidratação, acúmulo de medicamentos como opioides, anticolinérgicos e diazepínicos.**
- **Mioclônus:** Os abalos musculares involuntários são frequentes e indicativos de neurotoxicidade. Podem ser secundários a medicamentos, distúrbios metabólicos (uremia), hipóxia, desidratação ou por edema do Sistema Nervoso Central no caso de tumores e metástases centrais. São precursores de convulsões e devem ser controlados o mais rápido possível.
- **Dor:** Sintomas que estavam razoavelmente controlados podem voltar a exacerbar nos últimos dias de vida e se tornarem refratários a terapêutica habitual. O tratamento de sintoma como **dor e dispnéia** deve ser mantido até o final da vida. É um sintoma preponderante entre pacientes em Cuidados Paliativos, mas dificilmente surge nessa fase se não existir previamente. A suspensão abrupta de sedativos e opioides pode levar a abstinência física e provocar desconforto desnecessário ao doente. Entretanto a suspensão de antidepressivos podem ser necessárias, a fim de evitar efeitos adversos exacerbados e de difícil controle.;
- **Dispnéia;**
- **Colapso periférico:** As perdas de função orgânica que se desencadeiam neste processo levam ao colapso periférico, caracterizado por palidez cutânea, extremidades frias, pele marmórea e cianose periférica. São comuns as alterações de padrão respiratório, com irregularidade no ritmo e períodos cada vez mais prolongados de apneia.
- **Ronco ou broncorréia (sororoca):** É um evento comum a maioria dos doentes, caracteriza-se por uma respiração ruidosa, com secreções. Tem como causa a incapacidade de deglutir saliva e outras secreções. É um dos sintomas que mais incomodam os acompanhantes e a família, provocando sensação de sofrimento.

Vigência 10/2027 - Rev. 03
Proibida a Reprodução



- **Momento da morte:** As últimas incursões respiratórias podem ser longas e suspirosas ou muito superficiais e pausadas. A cessação da respiração normalmente precede a parada dos batimentos cardíacos. Após a morte, ocorre o relaxamento da expressão facial.

Os Cuidados Paliativos devem seguir **avaliação individualizada e contínua**, incluindo:

6.5 Avaliação Inicial

- Dados biográficos e preferências pessoais;
- Cronologia da doença e tratamentos realizados;
- Avaliação funcional (PPS ou Karnofsky);
- Avaliação de sintomas (ESAS);
- Necessidades espirituais, sociais e emocionais.

6.6 Plano de Cuidados

- Definição de objetivos terapêuticos realistas;
- Registro das decisões clínicas e intervenções propostas;
- Elaboração de plano multiprofissional (médico, enfermagem, nutrição, psicologia, fisioterapia, serviço social e fonoaudiologia);
- Revisão periódica e comunicação contínua com paciente e família.

6.7 Cuidados Nas Últimas Horas

- Avaliação clínica frequente (mínimo 2x ao dia);
- Controle rigoroso de dor, dispnéia, agitação e secreções;
- Suspensão de medidas desnecessárias;
- Garantia de ambiente tranquilo, conforto e presença familiar;
- Suporte emocional.

6.7.1 Controle Dos Sinais E Sintomas Na Terminalidade

SINTOMAS	TRATAMENTO	MEDICAÇÕES
ANOREXIA FISIOLÓGICA	A hidratação artificial nesta fase é controversa e deve ser cuidadosa para evitar acúmulos e edemas desnecessários, assim como quadros de congestão pulmonar e desconforto respiratório. A via subcutânea pode ser a melhor escolha. Suporta até 1500 ml diários de soluções isotônicas no mesmo sítio. Nesta fase é frequente a boca seca, entretanto não é	Hipodermóclise.

Vigência 10/2027 - Rev. 03
Proibida a Reprodução



	<p>sinônimo de hidratação artificial. Hidratar os lábios com gazes úmidas ou cubos de gelo. A administração de nutrição artificial tanto enteral quanto parenteral está associada a comorbidades e não contribui para o alívio de nenhum sintoma ou reversão do quadro.</p>	
IMOBILIDADE	<p>Equipe e cuidadores devem ser muito bem treinados para realização de movimentação passiva do doente e auxiliar ativamente nas transferências, as quais devem ser evitadas, por serem muitos desconfortáveis e dolorosas nesta fase. Ordens explícitas sobre prevenção de úlcera por pressão, mobilização, cuidado com a pele e mucosas, mobilização passiva não devem faltar a prescrição. Manter quarto tranquilo e calmo. Estimular familiar a tocar e conversar com o paciente, mesmo que não esboce nenhuma reação, e evitar conversas desagradáveis no setor.</p>	
SONOLÊNCIA	<p>É um sintoma esperado nas últimas horas e não justifica redução ou suspensão das doses de sedativos. Entretanto, a avaliação dos medicamentos deve ser considerada se a sonolência surgir concomitante ao início do uso dos medicamentos.</p>	
ALTERAÇÃO COGNITIVA	<p>As alterações da cognição e as pequenas alucinações devem ser toleradas. As intervenções medicamentosas são recomendadas quando o delirium se torna agitado e</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Instituir uma hidratação de até 1000ml / dia, pode prevenir instalação do quadro; • Reavaliar e ajustar dose dos opioides, em torno de 20 a 30% abaixo da dose anterior, nos casos da anúria e oligúria,

Vigência 10/2027 - Rev. 03
Proibida a Reprodução



	representa uma ameaça ao conforto e segurança do paciente.	dando preferências as infusões contínuas ou opioide de curta duração; <ul style="list-style-type: none"> • Haloperidol: 1mg SC a cada 6 ou 8 horas e se (delirium agitado), 2,5 a a 5mg SC EM BOLLUS; • Clorpromazina 12,5mg a cada 12h.
MIOCLÔNUS	Nestas condições, prevenir e rever medicações predisponentes é fundamental. São utilizados anticonvulsivantes:	<ul style="list-style-type: none"> • Midazolam: a partir de 1 mg / h – infusão contínua; 5,0 a 10mg bolus SC No momento da crise; • Clonazepam; 1 a 3 VO (gotas) 2 ou 3 vezes dia – dose teto / dia; 20mg; • Diazepam: 5 a 10 mg ev bolus; • Fenitoína: 300 mg/dia EV – se já em uso anteriormente.
DOR	Para terapia farmacológica, avaliar pontuação de dor na escala analógica (EAD) quando não responsivo e na escala comportamental de dor (ECD) quando não responsivo.	<ul style="list-style-type: none"> • Morfina 5 A 10 mg SC 4/4 OU 6/6. • Dipirona SC; • Fenitoína 250 mg SC.
DISPNÉIA	<ul style="list-style-type: none"> - Técnicas de relaxamento; Oxigenioterapia, ventilação não invasiva se tolerado. - Aspiração das vias aéreas superiores em situações de secreção proximal; - Medicamento de escolha é a morfina em baixas dose, associada ou não a benzodiazepínico, ambos em infusão contínua e parenteral. 	<p>Opioides: inicial - Morfina 10 mg em 24 horas SC:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Midazolam 0,5mg / h a 1 mg / h. • Naqueles que já reberam opioides para analgesia aumentar 50%. • Em casos de resistentes - Diazepam 2,5 a 5mg / dia ou Clorpromazina SC. • Hidrocortisona 300 a 500mg – broncoespasmo e na redução edema peritumoral, compressões de veia cava superior e compressões de traqueia.
COLAPSO PERIFÉRICA	As vias de administração de medicamentos necessitam ser reavaliadas e adaptadas a cada caso. Os acessos venosos periféricos tornam-se difíceis e as repetidas tentativas de punção podem ser bastante dolorosas. Acessos venosos centrais não devem ser instalados nesta fase pelo alto risco que representam e por não	<ul style="list-style-type: none"> • Hipodermóclise ou acesso SC. • Scalp tipo butterfly, de calibre; 27 – 25 - 23

Vigência 10/2027 - Rev. 03
Proibida a Reprodução



	encontrar justificativa diante do quadro clínico instalado.	
RONCO - BRONCORRÉIA	O ronco deve ser prevenido ou minimizado. Não há diferença significativa de eficácia entre os anticolinérgicos: ATROPINA, ESCOPOLAMINA, HIOSCINA. Devem ser evitadas as repetidas aspirações das vias aéreas, pelo desconforto que ocasiona ao paciente. Na escolha de outro fármaco nessa fase, optar por aquele com maior efeito anticolinérgico, como Clorpromazina, é mais eficiente para diminuir secreções e melhor indicada que o haloperidol nas últimas horas de vida.	<ul style="list-style-type: none"> Dose de 10 a 20mg a cada 4 ou 6h em via sc.
MOMENTO DA MORTE	Apoio espiritual, não confundir com rituais religiosos. A religião do paciente deve ser sempre respeitada. E jamais deve se pressionar o paciente a aceitar qualquer preceito religioso. Escutar é mais importante que se fazer ouvir. Essencialmente: transmitir ao outro a presença de um acolhimento constante e sincero.	

6.8 Atribuições do Médico em Cuidados Paliativos


O médico é responsável pela avaliação clínica, diagnóstico, prognóstico e coordenação das condutas terapêuticas, orientando a equipe e o paciente quanto às possibilidades e limites do tratamento. Sua atuação deve priorizar o alívio de sintomas, a comunicação clara e a tomada de decisão compartilhada.

6.8.1. Avaliação Clínica e Planejamento Terapêutico

- Realizar anamnese e exame físico completos, considerando a história da doença e o contexto psicossocial e espiritual.
- Avaliar funcionalidade (PPS, Karnofsky) e intensidade dos sintomas (ESAS).

Vigência 10/2027 - Rev. 03
Proibida a Reprodução



	PROTOCOLO Protocolo de Cuidados Paliativos	Codificação	
		PTL.SCBM.CPALI.001	
		Rev.	Página
		03	Página 14 de 29

- Elaborar plano terapêutico alinhado aos princípios dos Cuidados Paliativos, priorizando qualidade de vida.
- Revisar periodicamente a evolução e readequar condutas conforme o quadro clínico e os desejos do paciente.

6.8.2. Controle de Sintomas

- Manejar dor e outros sintomas físicos (dispneia, náuseas, constipação, ansiedade, insônia, secreções, fadiga).
- Implementar medidas farmacológicas e não farmacológicas, avaliando resposta e tolerância.
- Garantir prescrição segura, racional e atualizada conforme protocolos institucionais e boas práticas.

6.8.3. Comunicação e Tomada de Decisão

- Estabelecer comunicação empática e honesta com o paciente e familiares.
- Realizar abordagem estruturada para comunicação de más notícias.
- Discutir objetivos de cuidado, diretivas antecipadas de vontade e decisões sobre terapias de suporte avançado.
- Favorecer decisões conjuntas entre equipe, paciente e família, respeitando autonomia e valores pessoais.

6.8.4. Cuidados nas Últimas Horas de Vida

- Identificar o processo de morte iminente e ajustar condutas para priorizar conforto e dignidade.
- Evitar tratamentos fúteis e intervenções invasivas desnecessárias.
- Garantir o controle adequado de dor, dispneia e agitação, com reavaliações frequentes.
- Apoiar a família no processo de despedida e luto, junto à equipe multiprofissional

6.9 Atribuições da Enfermagem em Cuidados Paliativos


A equipe de Enfermagem desempenha papel central na assistência aos pacientes em Cuidados Paliativos, sendo responsável pela avaliação contínua, execução das ações assistenciais, controle de sintomas e apoio emocional ao paciente e à família. Sua atuação deve basear-se nos princípios da humanização, integralidade, ética e respeito à autonomia.

6.9.1. Avaliação e Monitoramento

- Realizar avaliação integral e sistemática do paciente, considerando aspectos físicos, emocionais, sociais e espirituais.
- Aplicar escalas de avaliação (Braden, Morse, entre outras, conforme o caso).
- Identificar precocemente sinais de dor, desconforto, dispneia, ansiedade, alterações cutâneas e outros sintomas limitantes.
- Registrar em prontuário todas as intercorrências e condutas adotadas, assegurando a continuidade do cuidado.

Vigência 10/2027 - Rev. 03
Proibida a Reprodução



	PROTOCOLO Protocolo de Cuidados Paliativos	Codificação	
		PTL.SCBM.CPALI.001	
		Rev.	Página
		03	Página 15 de 29

6.9.2. Controle de Sintomas e Cuidados Gerais

- Administrar medicações conforme prescrição e monitorar efeitos terapêuticos e adversos.
- Implementar medidas não farmacológicas para alívio da dor e do desconforto (mudança de decúbito, posicionamento, higiene e conforto).
- Manter integridade cutânea e prevenir lesões por pressão, com avaliação diária e cuidados de higiene, hidratação e mudança de posição.
- Monitorar e manejar eliminações, hidratação, ventilação e nutrição conforme o estado clínico.
- Assegurar a manutenção de ambiente limpo, tranquilo, com privacidade e condições adequadas para o descanso e a dignidade do paciente.

6.9.3. Comunicação e Apoio Emocional

- Estabelecer vínculo terapêutico com o paciente e familiares, por meio da escuta ativa, empatia e acolhimento.
- Oferecer informações claras, respeitando o nível de compreensão e o desejo do paciente em saber sobre seu quadro clínico.
- Apoiar familiares no enfrentamento do processo de adoecimento e finitude, promovendo conforto e segurança.
- Estimular a expressão de sentimentos, respeitando crenças e valores individuais.

6.9.4. Cuidados nas Últimas Horas de Vida

- Reconhecer e comunicar à equipe os sinais de fase final da vida.
- Garantir o alívio pleno de sintomas, priorizando o conforto e a dignidade.
- Evitar procedimentos desnecessários ou dolorosos que prolonguem o sofrimento.
- Permitir e favorecer a presença da família, assegurando um ambiente humanizado e respeitoso.
- Após o óbito, prestar cuidados pós-morte com ética, respeito e privacidade, orientando e acolhendo os familiares.

6.10 Atribuições do Nutricionista em Cuidados Paliativos


O nutricionista atua como parte essencial da equipe interdisciplinar de Cuidados Paliativos, contribuindo para a promoção do conforto, do bem-estar e da qualidade de vida do paciente, com enfoque na individualização do cuidado alimentar e nutricional, respeitando valores, crenças e preferências pessoais.

6.10.1. Avaliação Nutricional

- Realizar avaliação clínica, antropométrica (quando viável) e dietética, com enfoque funcional.
- Registrar sintomas relacionados à alimentação (anorexia, disfagia, náuseas, constipação, saciedade precoce etc.).

Vigência 10/2027 - Rev. 03
Proibida a Reprodução



	PROTOCOLO	Codificação	
		PTL.SCBM.CPALI.001	
Protocolo de Cuidados Paliativos	Rev.	Página	
	03	Página 16 de 29	

- Utilizar escalas e instrumentos adequados ao perfil do paciente (ASG, Karnofsky, ECOG, PPS, entre outros).
- Definir objetivo nutricional individualizado (manutenção, conforto, controle de sintomas ou suspensão de condutas).

6.10.2. Planejamento Nutricional

- Elaborar condutas com base na via alimentar disponível (oral, enteral ou parenteral) e no prognóstico clínico.
- Adotar estratégias de liberalização dietética, adaptando textura, sabor e frequência conforme a preferência do paciente.
- Avaliar continuamente a necessidade ou descontinuidade da terapia nutricional invasiva, em alinhamento com a equipe médica.
- Considerar o conforto como desfecho principal, evitando intervenções nutricionais fúteis ou que prolonguem sofrimento.

6.10.3. Manejo de Sintomas

Implementar orientações específicas para o controle de sinais e sintomas, tais como:

- Disfagia: modificação de consistência e posicionamento.
- Xerostomia: alimentos úmidos e estímulo salivar.
- Constipação: ajuste de fibras e hidratação, conforme tolerância.
- Náuseas: fracionamento, controle de temperatura e odor dos alimentos.

6.10.4. Apoio Emocional e Educativo

- Acolher dúvidas do paciente e familiares sobre alimentação.
- Orientar familiares sobre o processo natural de redução do apetite na terminalidade, prevenindo sentimento de culpa e ansiedade.
- Incentivar escolhas alimentares com significado afetivo, favorecendo momentos de prazer, vínculo e autonomia do paciente.
- Promover o respeito aos valores culturais e espirituais relacionados à alimentação.
- Participar de reuniões da equipe interdisciplinar, contribuindo com informações e decisões sobre o plano de cuidado nutricional.

6.11 Atribuições da Fisioterapia em Cuidados Paliativos


O fisioterapeuta é parte integrante da equipe interdisciplinar de Cuidados Paliativos, contribuindo para a manutenção da funcionalidade, alívio de sintomas e promoção de conforto físico e emocional. Sua atuação tem como foco melhorar a qualidade de vida e preservar a dignidade do paciente, respeitando suas limitações e objetivos de cuidado.

6.11.1. Avaliação Funcional e Planejamento Terapêutico

- Realizar avaliação fisioterapêutica detalhada, considerando mobilidade, força muscular, amplitude de movimento, padrão respiratório e dor.

Vigência 10/2027 - Rev. 03
Proibida a Reprodução



	<h1>PROTOCOLO</h1>	Codificação	
		PTL.SCBM.CPALI.001	
	<h2>Protocolo de Cuidados Paliativos</h2>	Rev.	Página
03		Página 17 de 29	

- Aplicar escalas funcionais adequadas para monitorar evolução clínica.
- Identificar limitações físicas e elaborar plano terapêutico individualizado, de acordo com o prognóstico e o estágio da doença.
- Estabelecer metas realistas, voltadas à autonomia possível e ao conforto do paciente.

6.11.2. Controle de Sintomas e Promoção do Conforto

- Atuar no alívio da dor e de sintomas físicos como dispneia, fadiga, secreções, rigidez e espasticidade.
- Utilizar técnicas de fisioterapia respiratória (manobras de higiene brônquica, exercícios ventilatórios suaves e posicionamento) para aliviar dispneia e ansiedade.
- Promover mobilização passiva ou ativa assistida, de acordo com tolerância, para prevenir complicações decorrentes da imobilidade (contraturas, úlceras de pressão, congestão pulmonar).
- Orientar sobre posturas que favoreçam o conforto e a respiração adequada.
- Utilizar recursos analgésicos não farmacológicos (calor, frio, alongamentos, eletroterapia leve, conforme avaliação e prescrição institucional).

6.11.3. Reabilitação e Manutenção da Funcionalidade

- Preservar, manter e restaurar, dentro das possibilidades clínicas, a integridade cinético-funcional do paciente.
- Estimular a realização de atividades de vida diária, conforme capacidade e interesse.
- Orientar familiares e cuidadores sobre transferências seguras, posicionamento e exercícios simples domiciliares.
- Contribuir para o treinamento e adaptação de dispositivos auxiliares de locomoção e conforto (andadores, cadeiras de rodas, suportes).

6.11.4. Cuidados nas Fases Avançadas e Finais da Vida


- Ajustar o plano terapêutico conforme o declínio funcional, priorizando conforto e alívio de sintomas.
- Evitar intervenções invasivas ou fatigantes que possam causar desconforto ou sofrimento adicional.
- Focar o atendimento em cuidados de posicionamento, higiene respiratória e relaxamento muscular.
- Proporcionar ambiente tranquilo e seguro, respeitando o tempo e o limite físico do paciente.

6.12 Atribuições da Psicologia em Cuidados Paliativos

O psicólogo atua na interface entre o cuidado físico e emocional, promovendo o acolhimento, a escuta qualificada e o apoio psicológico ao paciente, familiares e equipe de saúde. Seu trabalho visa favorecer o enfrentamento da doença, o alívio do sofrimento e a preservação da dignidade e do sentido de vida.

Vigência 10/2027 - Rev. 03
Proibida a Reprodução



	PROTOCOLO Protocolo de Cuidados Paliativos	Codificação	
		PTL.SCBM.CPALI.001	
		Rev.	Página
		03	Página 18 de 29

6.12.1. Avaliação e Acompanhamento Psicológico

- Avaliar o estado emocional, o nível de compreensão e a aceitação do diagnóstico.
- Identificar sinais de sofrimento psíquico, ansiedade, depressão, medo ou negação.
- Auxiliar o paciente na expressão de sentimentos, elaboração de perdas e enfrentamento da finitude.
- Apoiar o processo de adaptação às mudanças impostas pela doença e pelo tratamento.

6.12.2. Apoio à Família

- Oferecer suporte psicológico aos familiares e cuidadores, preparando-os para as etapas do adoecimento e da terminalidade.
- Favorecer o diálogo e a comunicação entre paciente, família e equipe.
- Promover acompanhamento no período de luto, com atenção especial às reações emocionais intensas.

6.12.3. Apoio à Equipe de Saúde

- Contribuir para o manejo de situações de sofrimento emocional entre os profissionais.
- Participar das discussões de caso, auxiliando na compreensão dos aspectos subjetivos do paciente e familiares.
- Estimular a comunicação empática e a escuta ativa em toda a equipe assistencial.

6.12.4. Intervenções Terapêuticas

- Realizar atendimentos individuais ou familiares, conforme a necessidade.
- Aplicar técnicas de relaxamento, respiração, e intervenções de suporte à autonomia e espiritualidade do paciente.
- Promover ressignificação da experiência de adoecimento e reforço da identidade e autoestima.

6.13 Atribuições do Serviço Social em Cuidados Paliativos

O Serviço Social, no contexto dos cuidados paliativos, atua de forma ética, crítica e propositiva, visando viabilizar e garantir o acesso aos direitos sociais e a proteção integral do paciente em situação de vulnerabilidade social e risco social diante das suas condições clínicas, bem como de sua família. Em meio aos instrumentos técnicos, identificar as demandas e elaborar projetos de intervenções capaz de promover a justiça social, a defesa dos direitos humanos e a cidadania.


6.13.1. Avaliação Social

A avaliação social é o ponto de partida da intervenção do(a) assistente social, permitindo compreender a realidade do paciente e da sua família/rede de apoio.

- Realizar entrevista social com paciente e/ou familiares para compreender a dinâmica e a realidade socioeconômica, familiar, cultural, habitacional, territorial e comunitária.

Vigência 10/2027 - Rev. 03
Proibida a Reprodução



	<h1>PROTOCOLO</h1>	Codificação	
		PTL.SCBM.CPALI.001	
	<h2>Protocolo de Cuidados Paliativos</h2>	Rev.	Página
03		Página 19 de 29	

- Identificar os marcadores sociais e os possíveis indícios de vulnerabilidade social e risco pessoal que possam impactar o tratamento e a continuidade do cuidado.
- Avaliar a estrutura e conjuntura familiar, identificando as possibilidades e limitações do núcleo familiar em prover cuidados.

6.13.2. Intervenção e Acompanhamento

A intervenção do Serviço Social visa a mediação entre necessidades e direitos, promovendo acesso a políticas públicas e fortalecendo os vínculos familiares:

- Realizar atendimento técnico com escuta qualificada pautada no Projeto ético-político.
- Viabilizar, orientar e informar sobre o acesso a benefícios, programas e serviços da seguridade social (BPC, Programa Bolsa Família, auxílio-doença, entre outros).
- Atuar no reconhecimento e identificação de potencialidades dos familiares/rede de apoio para alinhamento das condutas e decisões de cuidado junto da equipe multiprofissional.
- Desenvolver ações de forma interdisciplinar e multiprofissional vislumbrando a integralidade do atendimento prestado ao paciente e a família pela unidade hospitalar.
- Promover acolhimento ao paciente, familiares e cuidadores respeitando suas decisões referente as condutas adotadas pela equipe multiprofissional.

6.13.3. Articulação Institucional e Comunitária

A atuação do Serviço Social extrapola o espaço institucional e busca articular com a rede intersetorial para garantir continuidade do cuidado:

- Realizar articulação intersetorial com os equipamentos dos diversos setores das políticas públicas, terceiro setor, entidades da sociedade cível e entidades religiosas.
- Realizar encaminhamentos, produzir relatórios, pareceres sociais e sínteses informativas para os órgãos e serviços competentes.
- Realizar busca ativa e reuniões de equipe com profissionais dos equipamentos da rede intersetorial visando informações que fomente nossa atuação na unidade hospitalar.
- Contribuir para a continuidade do cuidado após a alta hospitalar através da interlocução com a rede intersetorial e com a equipe multiprofissional da institucional, com foco na manutenção da qualidade de vida, no acesso a direitos e na valorização da função protetiva da família após a alta hospitalar.
- Estimular ações educativas voltadas a familiares e cuidadores, com foco em informações práticas, suporte emocional e no processo do cuidado e do luto.

6.14 Equipe Farmacêutica

6.14.1 Farmacologias Usadas em Fim de Vida

- Nas últimas horas de vida, todos os sintomas devem ser minuciosamente tratados e sempre que possível antevistos. A prevenção é a melhor medida. Além da terapêutica específica, medidas de conforto, bem como apoio espiritual e familiar são fundamentais nesta fase.
- A terapêutica dirigida a pacientes em final de vida tem que seguir a lógica da racionalidade terapêutica de forma cuidadosa. A maioria dos medicamentos usados para o tratamento de doenças crônicas como hipertensão e diabetes pode ser suspensa quando paciente entra em

Vigência 10/2027 - Rev. 03
Proibida a Reprodução



perfil de últimas 48 horas, para evitar interações medicamentosas indesejáveis. Os sintomas desconfortáveis são prioridades absolutas e muitas vezes a terapêutica se dirige exclusivamente a estes. O uso profilático contra trombozes, antidepressivos, diuréticos, protetores gástricos (a menos que esteja em corticoterapia) também não justificam nesta fase.

A hipodermóclise é uma via alternativa de administração de medicamentos e fluidos, indicada principalmente em situações nas quais o acesso venoso é difícil ou inviável. Abaixo, apresenta-se uma relação de medicamentos compatíveis com a via subcutânea (hipodermóclise), considerando sua estabilidade, segurança e eficácia clínica conforme recomendações atuais. Parte desses medicamentos não apresentam descrição em bula sobre a possibilidade de serem administrados por essa técnica, dessa forma, quando prescritos, consideramos seu uso como "off label".

MEDICAMENTOS				
Nome	Dose	Diluição sugerida	Tempo de infusão sugerido	Observação
Ampicilina ⁴	1 g/dia	SF 0,9% 100 mL	60 minutos	
Cefepima ^{4,7}	1 g 12/12h ou 8/8h	SF 0,9% 100 mL	60 minutos	
Cefotaxima ⁷	500 mg/dia	SF 0,9% 100 mL	60 minutos	
Ceftazidima ⁷	500 mg/dia	SF 0,9% 100 mL	60 minutos	
Ceftriaxone ^{4,7}	1 g 12/12h	SF 0,9% 100 mL	60 minutos	Potencial para irritação local.
Dexametasona ⁷	4 a 24 mg/dia	SF 0,9% 50 mL	30 minutos	Potencial para irritação local. Realizar em sítio exclusivo.
Dimenidrinato B6 ⁷	50 a 100 mg/dia	SF 0,9% 100 mL	60 minutos	Potencial para irritação local. Recomenda-se realizar em sítio exclusivo.
Dipirona ^{4,7}	1 a 2 g até de 6/6h ⁴	SF 0,9% 20 mL ⁷	Em bolus, lentamente.	Realizar em sítio exclusivo. Diluir o máximo tolerado.

Tabela 2 - Medicações, soluções, sugestão de diluições e de tempo de infusão para utilização via hipodermóclise (continuação). Fontes: adaptado de Azevedo (2017)⁴ e Pontalti et al. (2021)⁷. Legendas: SF – Soro Fisiológico; SG – Soro Glicosado

Vigência 10/2027 - Rev. 03
Proibida a Reprodução

Escopolamina ^{4,7}	40 a 120 mg/dia	Se bolus: diluir 1 mL de medicamento em 1 mL de SF 0,9%. Se infusão contínua: SF 0,9% 50 a 250 mL ⁷ .	Se bolus: lentamente. Se infusão contínua: velocidade conforme prescrição médica.	Não confundir com a apresentação combinada com dipirona ⁴ .
Fenobarbital ⁴	100 a 600 mg/dia	SF 0,9% 100 mL	60 minutos	Pode causar dor e irritação local, infundir lentamente. Realizar em sítio exclusivo.
Furosemida ^{4,7}	20 a 140 mg/dia	SF 0,9% 10 mL ⁷	Em bolus, lentamente.	
Haloperidol ⁴	0,5 a 30 mg/dia	SF 0,9% 5 mL. Se a solução preparada tiver concentração de haloperidol \geq 1 mg/mL, recomenda-se usar água destilada como diluente (risco de precipitação com SF 0,9%).	Em bolus, lentamente.	Risco de precipitação com SF 0,9% (vide campo "diluição sugerida").
Meropenem ^{4,7}	0,5 a 1 g 8/8h	SF 0,9% 100 mL	60 minutos	Recomenda-se sítio exclusivo.
Metadona ^{4,7}	50% da dose oral	Se intermitente: diluir uma ampola em SF 0,9% 10 mL (pode ser diluído até 50 mL conforme tolerância do paciente). Se infusão contínua: SF 0,9% 50 a 250 mL ⁷ .	Se intermitente: lentamente. Se infusão contínua: velocidade conforme prescrição médica.	Irritante. Recomenda-se sítio exclusivo. Monitorar sítio de punção pelo alto risco de irritação local. Considerar trocar sítio de punção a cada 24 ou 48 horas ^{4,7} .
Metoclopramida ⁷	30-120 mg/dia	SF 0,9% 50 mL	30 minutos	Potencial para irritação local.

Tabela 2 - Medicções, soluções, sugestão de diluições e de tempo de infusão para utilização via hipodermólise (continuação).
Fontes: adaptado de Azevedo (2017)⁴ e Pontalti et al. (2021)⁷. Legendas: SF – Soro Fisiológico; SG – Soro Glicosado.

Vigência 10/2027 - Rev. 03
Proibida a Reprodução

Midazolam ⁴	1-5 mg (bolus) 10-120 mg/dia (contínuo) ⁴	SF 0,9% 10 mL (bolus) SF 0,9% 250 mL (infusão contínua)	Em bolus, lentamente; Contínua: velocidade conforme prescrição médica.	Pode causar irritação local ⁴ . Atentar para a apresentação da ampola. Se uso para sedação paliativa, vide Cap. 26: Sedação paliativa: conceito, quando indicar e como fazer.
Morfina ⁴	Dose inicial: 2 a 3 mg 4/4h (se bolus) ou 10 a 20 mg/dia (se infusão contínua).	Se bolus: não requer diluição. Se infusão contínua: SF 0,9% 100mL.	Se bolus: lentamente. Se infusão contínua: velocidade conforme prescrição médica.	
Octreotide ⁴	300-900 mcg/dia	Se bolus: SF 0,9% 5 mL. Se infusão contínua: SF 0,9% 100 mL.	Se bolus: lentamente. Se infusão contínua: velocidade conforme prescrição médica.	Armazenamento em refrigerador – atentar para que se atinga a temperatura ambiente antes da administração. Recomenda-se sítio exclusivo.
Ondansetrona ⁷	8 a 24 mg/dia	SF 0,9% 50 mL	30 minutos	
Tramadol ⁴	100 a 400 mg/dia	Se bolus: SF 0,9% 20 mL. Se infusão contínua: SF 0,9% 100 mL.	Se bolus: lentamente. Se infusão contínua: velocidade conforme prescrição médica.	

Tabela 2 - Medicções, soluções, sugestão de diluições e de tempo de infusão para utilização via hipodermoclise (continuação).
Fontes: adaptado de Azevedo (2017)⁴ e Pontalti et al. (2021)⁷. Legendas: SF – Soro Fisiológico; SG – Soro Glicosado

Vigência 10/2027 - Rev. 03
Proibida a Reprodução



SOLUÇÕES				
Medicamento	Dose	Diluição sugerida	Tempo de infusão sugerido	Observação
Soro Fisiológico 0,9% ^{4,7}	Até 1500 mL/24h por sítio		Velocidade máxima 62,5 mL/h	Atentar para o volume máximo permitido na área puncionada (vide figura 1). Coxa é preferencial para volumes maiores.
glicofisiológico ^{4,7}	Até 1500 mL/24h por sítio		Velocidade máxima 62,5 mL/h	Atentar para o volume máximo permitido na área puncionada (vide figura 1). Coxa é preferencial para volumes maiores.
Soro glicosado 5% ^{4,7}	Até 1000 mL/24h por sítio		Velocidade máxima 62,5 mL/h	Atentar para o volume máximo permitido na área puncionada (vide figura 1). Coxa é preferencial para volumes maiores. Recomenda-se sítio exclusivo. Atentar para tolerância do paciente (dor).
Cloreto de sódio 20% (NaCl 20%)	10 mL/dia	SF 0,9% ou SG 5% 1000 mL	Como sempre requer diluição em SF 0,9% ou SG 5%, a velocidade máxima é de 62,5 mL/h.	Sempre requer diluição.

Tabela 2 - Medicações, soluções, sugestão de diluições e de tempo de infusão para utilização via hipodermóclise (conclusão). Fontes: adaptado de Azevedo (2017)⁴ e Pontalti et al. (2021)⁷. Legendas: SF – Soro Fisiológico; SG – Soro Glicosado

Vigência 10/2027 - Rev. 03
Proibida a Reprodução



6.14.2 Compatibilidade entre as medicações

Para garantir a segurança e a eficácia da administração de medicação pela via subcutânea, é necessário avaliar a compatibilidade entre as medicações a serem administrada. A recomendação é que cada sítio de punção receba, no máximo, três medicamentos no mesmo horário, desde que sejam compatíveis entre si. Quando houver medicações incompatíveis, a recomendação é administrá-las em sítios diferentes (às vezes será necessário que o paciente tenha mais de uma hipodermoclise puncionada). Na impossibilidade de mais de um sítio de punção, administrar as medicações incompatíveis num intervalo de 2 a 3 horas entre elas. A tabela 2 traz as informações sobre compatibilidade:

Medicamentos	Cefepime	Ceftriaxona	Clorpromazina	Dexametasona	Dipirona	Escopolamina	Fenobarbital	Furosemida	Haloperidol	Levomopromazina	Metoclopramida	Midazolam	Morfina	Octreotida	Ondansetrona	Ranitidina	Tramadol
Cefepime		○	○	✗	✗	●	✗	●	●	●	●	✗	●	●	●	✗	●
Ceftriaxona	○		✗	✗	✗	○	✗	●	✗	○	●	●	●	●	✗	✗	○
Clorpromazina	○	✗		✗	✗	○	✗	✗	●	○	●	●	●	●	○	●	○
Dexametasona	✗	✗	✗		✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗
Dipirona	✗	✗	✗	✗		✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗
Escopolamina	●	○	○	✗	✗		✗	○	●	○	●	●	●	●	●	○	●
Fenobarbital	✗	✗	✗	✗	✗	✗		✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗
Furosemida	●	●	✗	✗	✗	○	✗		✗	○	✗	✗	✗	○	✗	○	○
Haloperidol	●	✗	●	✗	✗	●	✗	✗		●	●	●	●	○	○	✗	●
Levomopromazina	●	○	○	✗	✗	○	✗	○	●		●	●	●	○	○	✗	○
Metoclopramida	●	●	●	✗	✗	●	✗	✗	●	●		●	●	●	●	●	●
Midazolam	✗	●	●	✗	✗	●	✗	✗	●	●	●		●	○	●	✗	✗
Morfina	●	●	●	✗	✗	●	✗	✗	●	●	●	●		●	●	●	✗
Octreotida	●	●	●	✗	✗	●	✗	○	○	○	●	○	●		●	○	○
Ondansetrona	●	✗	○	✗	✗	●	✗	✗	○	○	●	●	●	●		○	○
Ranitidina	✗	✗	●	✗	✗	○	✗	○	✗	✗	●	✗	●	○	○		○
Tramadol	●	○	○	✗	✗	●	✗	○	●	○	●	✗	✗	○	○	○	

Legenda: ○ Não Testado ✗ Incompatível ● Compatível

Tabela 2 - Tabela de compatibilidade por hipodermoclise. Fonte: adaptado de Azevedo (2017).


7. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Inclusão:

- Pacientes com doenças progressivas e incuráveis (oncológicas e não oncológicas);

Vigência 10/2027 - Rev. 03
Proibida a Reprodução



	PROTOCOLO Protocolo de Cuidados Paliativos	Codificação	
		PTL.SCBM.CPALI.001	
		Rev.	Página
		03	Página 25 de 29

- Pacientes com sofrimento físico, psíquico, social ou espiritual moderado a intenso;
- Pacientes com declínio funcional importante (PPS \leq 60%);
- Famílias que necessitem de suporte para enfrentamento e luto.

Exclusão:

- Pacientes em tratamento curativo exclusivo e sem sintomas limitantes;
- Casos em que não há consentimento do paciente ou responsável legal para abordagem paliativa.

8. MEDIDAS PREVENTIVAS

- Capacitação permanente das equipes assistenciais em princípios de CP;
- Aplicação de protocolos de comunicação (más notícias, diretivas antecipadas);
- Avaliação precoce e sistemática dos sintomas;
- Intervenção multiprofissional imediata frente a sinais de sofrimento;
- Garantia de registro padronizado em prontuário;
- Integração com equipe de apoio e serviço social.

9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP). *Manual de Cuidados Paliativos*, 2023.
 Ferreira KASL, Santos AC. Hipodermóclise e administração de medicamentos subcutâneos: uma técnica do passado com futuro. *EBSERB prática hospitalar*. 2009; XI(65):1009-114.

Azevedo DL, organizator. O uso da via subcutânea em geriatria e cuidados paliativos: um guia da SBGG e da ANCP para profissionais [Internet]. 2. ed. Rio de Janeiro: SBGG; 2017 [cited 2023 Jul 20]. 60 p. Available from: https://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2017/11/SBGG_guiasubcutanea_2aedicao.pdf

Carone GF. Estudo observacional do uso da hipodermóclise em pacientes oncológicos [master's thesis]. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo [Internet]; 2016 [cited 2023 Jul 16]. 108 p. Available from: https://teses.usp.br/index.php?option=com_jumi&fileid=17&Itemid=160&id=27A8DF994482&lang=pt-br 2.

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

Manual de Cuidados Paliativos: 2.ª edição revisada e ampliada. São Paulo: Hospital Sírio-Libanês; Ministério da Saúde, 2023. 424 p. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/guias-e-manuais/2023/manual-de-cuidados-paliativos-2a-edicao/view>. Acesso em: 15 out. 2025.


MATSUMOTO, D. et al. *Cuidados Paliativos: princípios e práticas*. São Paulo, 2012.

Organização Mundial da Saúde. *Definition of Palliative Care*, 2002.

PINTO, A. L.; CAMPOS, C. L. *Interdisciplinaridade em Cuidados Paliativos*, 2016.

Vigência 10/2027 - Rev. 03
 Proibida a Reprodução



	PROTOCOLO	Codificação	
		PTL.SCBM.CPALI.001	
Protocolo de Cuidados Paliativos	Rev.	Página	
	03	Página 26 de 29	

Polastrini RT. Terapia subcutânea. In: Castilho RK, Silva VC, Pinto CS, editors. Manual de Cuidados Paliativos. Rio de Janeiro: Editora Atheneu; 2021. p. 467-71.

Pontalti G, Rodrigues ES, Firmino F, Fabris F, Stein MR, Longaray VK. Via subcutânea: segunda opção em cuidados paliativos. Rev. HCPA [Internet]. 2012 [cited 2023 Jul 16];32(2). Available from: <https://seer.ufrgs.br/hcpa/article/view/26270/19181>

Pontalti G, Lima e Silva EC, Santos L, Santos LM. Guia prático de hipodermóclise em cuidados paliativos. Porto Alegre: Editora Essência; 2021. 116 p

Vasconcelos CF, Milão D. Hipodermóclise: alternativa para infusão de medicamentos em pacientes idosos e pacientes em cuidados paliativos. Pajar [Internet]. 2019 [cited 2023 Jul 14]; 7(1). Available from: <https://revistaseletronicas.pucrs.br/index.php/pajar/article/view/32559/17942>

Vidal FK, Oselame GB, Neves EB, Oliveira EM. Hipodermóclise: revisão sistemática da literatura. Rev. Atenção Saúde [Internet]. 2015 [cited 2023 Mar 17];13(45). Available from: https://www.seer.uscs.edu.br/index.php/revista_ciencias_saude/article/view/2953/1784

Vigência 10/2027 - Rev. 03
Proibida a Reprodução



10. ANEXOS

Tabela 2 – Escala de Performance Paliativa (PPS)					
%	Deambulação	Atividade e evidência da doença	Auto-cuidado	Ingestão	Nível da Consciência
100	Completa	Normal; sem evidência de doença	Completo	Normal	Completa
90	Completa	Normal; alguma evidência de doença	Completo	Normal	Completa
80	Completa	Com esforço; alguma evidência de doença	Completo	Normal	Completa
70	Reduzida	Incapaz para o Trabalho; alguma evidência de doença	Completo	Normal ou reduzida	Completa
60	Reduzida	Incapaz de realizar hobbies; doença significativa	Assistência ocasional	Normal ou reduzida	Períodos de confusão ou completa
50	Sentado ou deitado	Incapacitado para qualquer trabalho; doença extensa	Assistência Considerável	Normal ou reduzida	Períodos de confusão ou completa
40	Acamado	Idem	Assistência quase completa	Normal ou reduzida	Períodos de confusão ou completa
30	Acamado	Idem	Dependência Completa	Reduzida	Períodos de confusão ou completa
20	Acamado	Idem	Idem	Ingestão limitada a colheradas	Períodos de confusão ou completa
10	Acamado	Idem	idem	Cuidados com a boca	Confuso ou em coma
0	Morte	–	–	–	–

Vigência 10/2027 - Rev. 03
Proibida a Reprodução



Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton (ESAS-r)		
Por favor, circule o número que melhor descreve como você está se sentindo agora		
Sem Dor	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior Dor Possível
Sem Cansaço	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior Cansaço Possível
Cansaço = falta de energia		
Sem Sonolência	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior Sonolência Possível
Sonolência = sentir-se com sono		
Sem náusea	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior náusea possível
Com apetite	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior Falta de Apetite Possível
Sem Falta de Ar	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior Falta de Ar Possível
Sem Depressão	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior Depressão Possível
Depressão = sentir-se triste		
Sem Ansiedade	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior Ansiedade Possível
Ansiedade = sentir-se nervoso		
Com Bem-Estar	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior Mal-estar Possível
Bem-Estar/Mal-Estar = como você se sente em geral		
Sem _____	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior _____ possível
Outro problema (por exemplo, prisão de ventre)		

Quadro 3 – ESAS-r na versão brasileira. Porto Alegre, RS, 2011.

11. HISTÓRICO DO DOCUMENTO

REVISÃO	DESCRIÇÃO DAS REVISÕES	RESPONSÁVEL	DATA ELABORAÇÃO
00	Emissão Inicial - Enfermeira Qualidade	Suelen Leal	10/10/2025
01	Revisão - Comissão Cuidados Paliativos	Bianca Neiva / Milena Viana / Melina Teles / Fabio Armando / Júlia Alves / Tiago Modesto/ Sirlene Almeida / Leonardo José	23/10/2025
02	Formatação Padrão (Transição para o modelo novo).	Daniani Rodrigues	27/10/2025
03	Revisão e Verificação Normativa	Milena Viana	28/10/2025

Vigência 10/2027 - Rev. 03
Proibida a Reprodução



12. REGISTRO DO DOCUMENTO

REGISTRO DO DOCUMENTO			
REVISÃO	VERIFICAÇÃO NORMATIVA	VALIDAÇÃO QUALIDADE	APROVAÇÃO
Médica Paliativista	Médica Paliativista	Coordenação Enfermagem Qualidade	Gerente Assistencial
Milena Viana	Milena Viana	Suelen Leal	Rafaela Tinoco
Data:	Data:	Data:	Data:
Vigência: 02 anos a partir da data da aprovação.			

Vigência 10/2027 - Rev. 03
Proibida a Reprodução



APÊNDICE B

PRESTAÇÃO DE CONTAS



**PRESTAÇÃO DE CONTAS
EMENDAS PARLAMENTARES Nº 42100001**

Favorecido		Documento				Pagamento				Prestação de Contas	Pago por dia
Favorecido	CNPJ	Tipo documento	Nº NF	Emissão	Valor Bruto	Forma	Pagamento	Parcela	Valor Pago	Protocolo	
FRESENIUS KABI BRASIL LTDA	49.324.221/0016-90	Nota Fiscal	138680	04/11/2025	R\$ 24.315,70	Boleto	05/01/2026	3/3	R\$ 8.105,40	Materiais de consumo	R\$ 8.105,40
ANCORA DISTRIBUIDORA DE MEDICAMENTOS	33.618.090/0001-38	Nota Fiscal	4097	16/10/2025	R\$ 23.753,60	Boleto	14/01/2026	3/3	R\$ 7.917,86	Materiais de consumo	R\$ 7.917,86
BAYER S.A.	18.459.628/0097-67	Nota Fiscal	292668	21/10/2025	R\$ 54.766,25	Boleto	19/01/2026	3/3	R\$ 18.237,16	Materiais de consumo	R\$ 18.237,16
					R\$ 102.835,55					R\$ 34.260,42	

Flávio Inácio Oliveira
Gerente de Contabilidade e Finanças