

Planejamento dos Cuidados Paliativos em Hospital de Retaguarda Clínica através das Linhas de Cuidados

Planning for Palliative Care in a Clinic Hospital through the Care Pathway

Soraya Camargo Ito Süffert

Mestre pela UFCSPA
Médica de Família e Paliativista.
E-mail: soraya@ufcspa.edu.br
ORCID: 0000-0002-2303-1219

Raquel Prado Thomaz

Mestre pela UFRGS
Médica Geriatria e Paliativista.
Hospital Universitário de Santa Maria - HUSM
ORCID: 0000-0002-6653-6639

Luciana Silveira Campos

Universidade do Porto.
Hospital Nossa Senhora da Conceição/RS.
ORCID: 0000-0001-6832-9409

Eduardo Correa Gomes

Hospital Santa Ana - AESC.
ORCID: 0000-0002-0737-2603

Tiago Almeida Ramos

Hospital de Clínicas de Porto Alegre - HCPA.
Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre.
ORCID: 0000-0002-5286-1334

Marcelo Fagundes

Hospital Santa Ana - AESC.
Hospital de Clínicas de Porto Alegre - HCPA.
ORCID: 0000-0003-3841-8018

Resumo

Introdução: o aumento da expectativa de vida da população brasileira associada à maior prevalência de doenças crônicas não transmissíveis promove uma maior demanda de recursos assistenciais em saúde, dentre eles os cuidados paliativos (CP). Um serviço hospitalar de Cuidados Paliativos melhora os desfechos em saúde dos pacientes internados e facilita a discussão acerca dos valores dos pacientes, diagnóstico, prognóstico da doença e concordância sobre os objetivos do plano de cuidados, com evidências da redução de indicações de tratamentos não benéficos e até mesmo prejudiciais no final de vida. **Metodologia:** relato de experiência da implementação das Linhas de Cuidados, para Cuidados Paliativos em hospital de retaguarda clínica e longa permanência de Porto Alegre, utilizando a proposta metodológica de Rosique estruturada em quatro etapas: seleção, desenvolvimento, implementação e avaliação/monitoramento de qualidade. Este processo foi realizado no período de outubro de 2018 a maio de 2019 para organização dos fluxos assistenciais e monitoramento da qualidade. **Resultados:** obtivemos um planejamento estruturado, com ações estratégicas para implementar os Cuidados Paliativos. Os resultados são descritos nos fluxogramas assistenciais. A construção das LC facilitou a comunicação, coordenação de papéis, organização das

atividades da equipe multidisciplinar de atendimento, o adequado registro, monitoramento, avaliação de variações, de resultados, indicadores de desfechos e identificação dos recursos apropriados. **Conclusão:** este processo qualificou a assistência com a capacitação dos recursos humanos, estabeleceu recursos tecnológicos disponíveis e materiais essenciais, possibilitou o desenvolvimento de protocolos e foi possível instituir indicadores para monitorar a qualidade da assistência aos pacientes e suas famílias.

Palavras-chave: Cuidados paliativos, medicina paliativa, linhas de cuidados, organização e administração, planejamento em saúde.

Abstract

Introduction: the increase in life expectancy of the Brazilian population associated with a higher prevalence of chronic non-communicable diseases promotes a greater demand for health care resources, including palliative care (PC). A hospital palliative care service improves the health outcomes of hospitalized patients and facilitates the discussion of patient values, diagnosis, disease prognosis and agreement on the goals of the care plan, with evidence of the reduction of indications of non-beneficial treatments and even harmful at the end of life. **Methodology:** experience report of the implementation of Care Pathway for Palliative Care in a clinical and long-term care hospital in Porto Alegre, using Rosique's methodological proposal structured in four stages: selection, development, implementation and quality assessment/monitoring. This process was carried out from October 2018 to May 2019 to organize assistance flows and quality monitoring. **Results:** we obtained a structured planning, with strategic actions for the implementation of the PC. The results are described in care flowcharts. The construction of CP facilitated the communication, coordination of roles, organization of the activities of the multidisciplinary team of care, adequate registration, monitoring the results and indicators of outcomes to promote the identification of appropriate resources. **Conclusion:** this process qualified human resources assistance, established available technological resources and essential materials, enabled the development protocols and it was possible to establish indicators to monitor the quality of care for patients and their families.

Keywords: Palliative care, palliative medicine, care pathway, organization and administration. health planning

Introdução

A promoção de uma assistência em saúde centrada nas necessidades do indivíduo de forma humanizada, integral e longitudinal qualificada, respeitando os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), requer planejamento estruturado com a implementação de ações estratégicas.¹ Frente ao envelhecimento da população e a redução dos anos de vida livre de doença – considerando o aumento da prevalência de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), como *diabetes mellitus*, hipertensão arterial, insuficiência cardíaca e renal² – é necessária à integração entre o tratamento curativo e o tratamento paliativo, uma vez que os Cuidados Paliativos (CP) melhoram a qualidade de vida dos pacientes e suas famílias que enfrentam problemas associados a doenças potencialmente fatais, sejam elas físicas, psicossociais ou espirituais.^{3,4}

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a cada ano, cerca de 20 milhões de pessoas necessitam de CP, sendo que 78% delas vivem em países de baixa e média renda. Em todo o mundo, apenas cerca de 10% das pessoas que necessitam de cuidados paliativos o recebem atualmente.³ Deve-se assegurar a continuidade da assistência através de uma efetiva articulação entre os diferentes níveis da rede de atenção à saúde existente e seu espaço geográfico, com definição de fluxos de encaminhamento, cadastramento de pacientes e de unidades assistenciais de referência.

⁵⁻⁷ Em 30 de dezembro de 2010 foi publicada a Portaria nº 4.279, que estabelece as diretrizes para organização das linhas de cuidados na rede da atenção à saúde e o desenho das linhas de cuidados compreende a produção da saúde de forma sistêmica voltada ao fluxo de necessidades do beneficiário. ^{5,6}

Neste contexto, se faz necessária a estruturação de LC especializados em Cuidados Paliativos para melhor coordenação longitudinal e integral em saúde, aos pacientes e familiares com necessidade de CP dentro das Redes de Atenção à Saúde. A articulação da assistência entre os diversos níveis primário, secundário e terciário é fundamental para otimização dos recursos em saúde e para explorar o melhor potencial de cada nível de complexidade para a adequada assistência do indivíduo em suas necessidades.

O objetivo do presente artigo é descrever o processo de construção das linhas de cuidados em CP em um hospital público com leitos de retaguarda clínica e longa permanência para os hospitais terciários do município de Porto Alegre.

Metodologia

Desenho do estudo:

Trata-se de um relato de experiência descrevendo o processo organizacional de implantação dos fluxos assistenciais do Hospital Santa Ana (HSA) relacionados aos cuidados paliativos com a implementação das Linhas de Cuidados em Cuidados Paliativos.

Local de estudo:

O HSA foi inaugurado em outubro de 2018, sendo composto por 203 leitos, dos quais 56 são destinados a pacientes em cuidados prolongados. Todos os pacientes que ingressam no hospital são regulados e encaminhados através da central de leitos da Secretaria Municipal de Saúde da Cidade de Porto Alegre, através do Sistema de Gerenciamento de Internações (GERINT), respeitando os critérios de elegibilidade, conforme Portaria nº 2.809, de 07 de dezembro de 2012, que estabelece a organização dos Cuidados Prolongados para retaguarda à Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) e às demais Redes Temáticas de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).⁷

Período do Estudo:

O desenvolvimento das Linhas de Cuidados ocorreu no período entre outubro de 2018 a maio de 2019.

Participantes:

Para qualificação da atenção à saúde dos pacientes em atendimento em leitos de longa permanência do HSA, foi feita uma solicitação da padronização dos procedimentos assistenciais envolvidos com os Cuidados Paliativos por parte da administração do hospital. Neste momento, os coordenadores médicos das enfermarias clínicas e Unidade de Terapia Intensiva (UTI) articularam uma reunião entre diretor técnico médico, Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), médicos paliativistas, chefia do serviço de enfermagem e diretor executivo para desenvolver as LC. No planejamento das LC houve a preocupação não apenas de atender às necessidades apontadas pela administração, mas também elaborar um Serviço de Cuidados Paliativos com a qualificação e humanização dos cuidados ao paciente e sua família.

O critério de inclusão para as LC: todos os pacientes encaminhados pelos hospitais terciários com definição de limitação terapêutica e indicação de CP internados no Hospital Santa Ana (HSA). Critério de exclusão: pacientes internados em leitos de retaguarda clínica.

Aspectos éticos:

O presente estudo não envolveu pesquisa em seres humanos, conforme a resolução CNS 196/96, item II.2, se tratando do relato de um processo gerencial para implementação do Serviço de Cuidados Paliativos, sendo autorizado pela direção técnica do HSA para estruturação qualificada da governança clínica em Cuidados Paliativos.

Processo:

A avaliação de evidências existentes no Brasil e no mundo, sobre serviços de cuidados paliativos e práticas assistenciais foi realizada para qualificar a implementação das linhas de cuidados, e os recursos de nossa rede de atenção foram mapeados desde a solicitação de vaga pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Porto Alegre até o encaminhamento do paciente para o adequado nível de complexidade assistencial para melhor compreensão do processo.

Utilizando a proposta metodológica de Rosique estruturada em quatro etapas: seleção, desenvolvimento, implementação e avaliação/monitoramento de qualidade,⁸ foi definido o processo de elaboração das linhas de cuidados, estabelecendo o desenvolvimento de linhas de cuidados voltadas a assistência em CP para DCNT em um hospital de retaguarda clínica para hospitais terciários do município de Porto Alegre.

A construção das linhas de cuidados facilitou a comunicação, coordenação de papéis, organização das atividades da equipe multidisciplinar de atendimento, o registro adequado, monitoramento, avaliação de variações, de resultados, indicadores de desfechos e identificação dos recursos apropriados.⁸ Estabeleceu um modelo para padronizar e acompanhar os cuidados com foco no paciente. Eles combinaram uma variedade de métodos para melhoria de qualidade e pesquisa operacional usadas na gestão em saúde.⁹

Na etapa da seleção foram definidas quais linhas de cuidados que seriam desenvolvidas no serviço assistencial para um grupo específico de pacientes que necessitavam de cuidados paliativos, em que as diferentes tarefas ou intervenções dos profissionais envolvidos no atendimento (médicos, enfermeiros, farmacêuticos, fisioterapeutas, assistentes sociais, psicólogos, etc.) foram definidas, otimizadas e sequenciadas.⁸

Na etapa de desenvolvimento foi definido um comitê de atuação em linhas de cuidados, constituído por uma equipe multidisciplinar envolvida na assistência do projeto selecionado, sendo realizados grupos de discussão para elencar as principais necessidades da assistência e os nós críticos existentes. Foram estabelecidos os pontos iniciais e finais, critérios de inclusão e exclusão dos fluxos assistenciais e quais objetivos para cada linha de cuidado. Foi essencial a avaliação de evidências existentes e práticas externas para qualificação dos processos.^{8,10}

A etapa da implementação envolveu um plano com a aprovação da matriz das linhas de cuidados pelo comitê de atuação e pelos gestores médicos e de enfermagem, educação e treinamento para todos os profissionais envolvidos na assistência em CP no novo modelo, fase inicial de teste dos processos (normalmente de 2 meses), ajustes e revisões de processos após fase inicial de teste e início oficial após primeira revisão. A comunicação interna e a disponibilidade de recursos foram essenciais nesta etapa.⁸

Na etapa avaliação/monitoramento de qualidade as linhas de cuidados foram controladas, analisadas e atualizadas. As linhas são ferramentas dinâmicas a serem revisadas e adaptadas periodicamente. Foi importante estabelecer metas periódicas para revisões dos processos, é recomendado que a primeira avaliação fosse realizada após 6 meses após implementação oficial e depois a realização de revisão anual e com definição de um funcionário responsável pelo monitoramento. Auditorias sistemáticas e contínuas dos processos visando identificar falhas e dificuldades no plano, adequação dos registros, análise do impacto da implementação das linhas em relação ao cuidado do paciente e contínuo *feedback* aos gerentes e funcionários sobre os indicadores, resultados e variações foi um fator essencial que incentivou a equipe a continuar trabalhando nas linhas de cuidado.⁸

Revisões periódicas foram realizadas para ajustes nos processos assistenciais e foi aplicado um checklist conforme adaptação da ferramenta “*The Integrated Care Pathways Appraisal Tool*”¹¹ que se trata de um questionário prático que permitiu avaliar o processo de design, desenvolvimento, implementação e acompanhamento das linhas de cuidados visando qualificar sua estruturação. Para avaliação gerencial da qualidade assistencial dos CP foram realizadas pesquisas de satisfação com pacientes e familiares sobre a abordagem assistencial e considerando recomendações de indicadores de qualidade mundiais para CP alguns indicadores foram elencados para monitoramento, como uso de opióides para controle da dor, uso de drogas vasoativas, uso de antibioticoterapia, alimentação enteral, realização de procedimentos invasivos tais como hemodiálise, reanimação cardio respiratória, intubação orotraqueal com ventilação invasiva, hemotransfusões nas últimas 48 horas de vida^{12,13}.

Resultados

Na etapa de seleção estabelecemos o desenvolvimento das linhas de cuidados em CP em hospital de retaguarda clínica referência de menor complexidade assistencial para hospitais terciários do município de Porto Alegre.

Na etapa do desenvolvimento foi estabelecido o comitê de atuação em linhas de cuidados com a participação de equipe multidisciplinar composta por médicos paliativistas, infectologistas, intensivistas, enfermeiros, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, nutricionistas, psicólogos e assistentes sociais com realização de grupos para discussão. Foi estabelecido como critério de inclusão das linhas de cuidados em CP todos os pacientes encaminhados pelos hospitais terciários com definição de limitação terapêutica e indicação de CP e pacientes internados no Hospital Santa Ana (HSA) com limitação terapêutica estabelecida durante a internação com recomendação pela equipe assistente de CP. Critérios de exclusão: pacientes com possibilidades terapêuticas curativas. O ponto inicial das linhas de cuidados em CP foi estabelecido a partir da definição de CP para o plano terapêutico do paciente até o desfecho de alta hospitalar ou óbito. As linhas identificadas para atenção às necessidades do paciente envolvem desde a recepção do paciente acompanhado pelo seu familiar e/ou cuidador, encaminhamentos para os diversos setores intra-hospitalares conforme grau de complexidade assistencial, a disponibilidade de recursos humanos e tecnológicos internos e redes de atenção extra-hospitalares.

Na etapa da implementação após aprovação da matriz assistencial pelo comitê de atuação em linhas de cuidados um projeto inicial foi iniciado para possibilitar uma primeira análise e ajustes nos fluxos assistenciais com contínuas capacitações e adequações estruturais.

Para admissão no HSA, o paciente precisa apresentar pelo menos um dos critérios de elegibilidade e nenhum dos critérios de exclusão descritos no Quadro 1.⁷

A alocação do paciente em uma das unidades de internação é definida pela Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) conforme a avaliação da presença de microrganismos resistentes às diversas classes de antimicrobianos, realidade progressiva nas últimas décadas, sendo estabelecida à recomendação de isolamento e barreiras entre pacientes infectados/colonizados.^{14,15} Algumas informações relacionadas às últimas internações e assistência do paciente são questionadas para definir esta recomendação.(Quadro 2)

Porto Alegre, conforme boletim da coordenação municipal de controle de infecção hospitalar, apresenta elevada incidência de enterobactérias resistentes aos carbapenêmicos e de acinetobacter o que é um grave problema de saúde pública, pela elevada mortalidade e custos assistenciais relacionados.^{14,15}

Após a definição de necessidade de isolamento, o paciente é alocado para um leito disponível para iniciar seus cuidados durante a internação. O paciente, já pode estar alocado em unidade de cuidados prolongados, encaminhado de hospitais terciários ou ser encaminhado da retaguarda clínica ou UTI do próprio HSA para iniciar a assistência em CP.

Relativo aos recursos humanos para assistência em CP é essencial a atuação de equipe multidisciplinar, o HSA apresenta equipe composta por médicos paliativistas, médicos internistas, enfermeiros, técnicos de enfermagem, assistente social, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, nutricionistas e psicólogos. Foi delineado um programa de educação continuada em CP incentivando a participação em cursos presenciais e em formato de educação à distância (EAD) e com realização de capacitações regulares no próprio hospital. A realização semanal de rounds multiprofissionais possibilita um espaço para maior discussão sobre o tema e favorece a elaboração e melhor execução do plano terapêutico.

Foram elencadas as necessidades de procedimentos cirúrgicos de baixa e moderada complexidade em CP, sendo assim o HSA possui bloco cirúrgico e as seguintes especialidades cirúrgicas: cirurgia geral, cirurgia torácica e urologia. Necessidade de discussões com especialistas clínicos são realizadas através de convênio com o TelessaúdeRS para discussão de casos clínicos e telediagnóstico.

Estabelecemos a importância da elaboração de Protocolos Clínicos em CP baseados nas melhores evidências científicas associadas à Avaliação de Tecnologias de Saúde custo efetivas, visando a aplicação de práticas consagradas e seguras para assistência do paciente com análise da sustentabilidade do Sistema Único de Saúde (SUS) para incorporação de Novas Tecnologias no HSA, conforme regras e legislação propostas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA)¹⁶ e Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC)¹⁷.

Em relação aos recursos tecnológicos, o HSA possui recursos diagnósticos com disponibilidade de exames laboratoriais e exames de imagem (radiografias, ultrassonografias e tomografia computadorizada). Foi realizado um levantamento de medicamentos disponíveis na Farmácia do HSA para a assistência em CP sendo recomendada a aquisição de novos insumos e medicamentos conforme diretriz da OMS e manual de Critérios de Qualidade para os Cuidados Paliativos no Brasil, proposto pela Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP).^{4,18}

Respeitando a longitudinalidade, quando for estabelecida a alta hospitalar com necessidades específicas em domicílio, a continuidade da assistência na casa do paciente será realizada através do Programa Melhor em Casa (PMC)¹⁹ que conta com equipe multidisciplinar de atendimento. Pacientes com alta hospitalar sem necessidade de acompanhamento domiciliar serão

encaminhados com plano terapêutico para acompanhamento em suas respectivas unidades básicas de saúde (UBS) ou unidades ambulatoriais especializadas para seguimento clínico. Desenvolvemos no processo assistencial após alta hospitalar, uma parceria com o TelessaúdeRS disponibilizando ao paciente a possibilidade de teleconsultoria com a equipe do PMC e da UBS, sanando dúvidas sobre curativos, nutrição enteral e outros cuidados assistenciais para garantir a continuidade da atenção na Atenção Primária à Saúde (APS)¹⁹.

O acompanhamento proposto seguirá os fluxogramas apresentados nos Fluxogramas 1 e 2.

Pacientes que apresentem piora clínica e seja identificada pela equipe de CP a condição de terminalidade, com possibilidade de óbito breve serão acompanhados para controle avançado de sintomas através de medidas farmacológicas e não farmacológicas, principalmente de sintomas que podem se tornar refratários como a dor e a dispneia, conforme protocolos estabelecidos de CP. Fluxograma 3

Em todas as etapas das linhas de cuidados há o correto registro em prontuário do paciente das condutas assistenciais definidas pela equipe multiprofissional e das informações de identificação registradas pela equipe administrativa, bem como serão avaliadas pela comissão interna de revisão de prontuários.

Na etapa avaliação/monitoramento de qualidade, revisões periódicas foram realizadas para ajustes nos processos assistenciais de forma continuada e com regular *feedback* sobre indicadores e resultados para equipe assistencial em dinâmico aprimoramento das linhas de cuidados.

Discussão

Um serviço hospitalar de CP melhora os desfechos em saúde dos pacientes internados e facilita a discussão dos valores dos pacientes, diagnóstico, prognóstico da doença e concordância sobre os objetivos do plano de cuidados, com evidências da redução de indicações de tratamentos não benéficos e até mesmo prejudiciais no final de vida.^{3,12,13,18,20,22} Geralmente reduz tempo de permanência do paciente no hospital e permite uma transição suave para o cuidado na comunidade. Além dos benefícios para pacientes específicos, um serviço hospitalar de CP mostra impacto dos cuidados paliativos para todos os funcionários do hospital, ajudando os profissionais de saúde a aprender sobre este tema.^{4, 6,9,12,13,18,20,22}

A implementação de linhas de cuidados em CP com a articulação de recursos orientados por diretrizes clínicas entre as redes de atenção à saúde, permite uma condução oportuna, ágil e singular, dos usuários pelas possibilidades de diagnóstico e terapia.⁵ Outra questão relevante, CP implementados em hospital de retaguarda clínica estrutura os CP especializados conforme a classificação da *European Association for Palliative Care* (EAPC), o que possibilita o acompanhamento clínico dos doentes e famílias com problemas de alto grau de complexidade; consultoria aos profissionais dos outros níveis de diferenciação; articulação com as Universidades, Escolas de Saúde e Centros de Investigação, com o objetivo de desenvolver o ensino, a investigação e a divulgação dos CP.²⁰

As linhas de cuidados são consideradas uma das melhores ferramentas que os hospitais podem utilizar para gerenciar a qualidade na atenção à saúde, no que diz respeito à padronização dos processos de atendimento, uma vez que promovem atendimento organizado e eficiente ao paciente baseado em evidências. Sua implementação reduz a variabilidade na prática clínica e melhora os resultados.^{8,9,21,22}

A importância do processo de estruturação dos CP no Brasil, é uma questão que está sendo discutida em âmbito nacional, desde a publicação da Resolução de número 41, de 31 de outubro de 2018³, que dispõe sobre as diretrizes para organização dos cuidados paliativos, à luz dos cuidados continuados e integrados no SUS. O planejamento dos Cuidados Paliativos em Hospital de Retaguarda Clínica através das Linhas de Cuidados em Porto Alegre é um processo de implementação consonante com as necessidades dos usuários dentro das redes de atenção disponíveis no município e com a atual Política Nacional de Saúde.

Conclusão

Este artigo apresenta a estruturação das Linhas de Cuidados em CP para DCNT através da implementação do serviço de cuidados paliativos em hospital de retaguarda clínica para hospitais terciários. Este processo qualificou a assistência em CP com a capacitação dos recursos humanos, estabeleceu recursos tecnológicos disponíveis e materiais essenciais. Foram desenvolvidos protocolos e diretrizes em CP baseados nas melhores evidências científicas disponíveis e foi possível instituir indicadores para monitorar a qualidade da assistência aos pacientes e suas famílias nos diversos níveis de complexidade assistencial paliativa prestada pelo Hospital Santa Ana e ao longo do tempo será possível aprimorar processos que trarão benefícios aos usuários do Sistema Único de Saúde.

Referências

1. Ministério da Saúde. Sistema Único de Saúde (SUS): estrutura, princípios e como funciona. [Internet]. 2019 Available from: <http://portalms.saude.gov.br/sistema-unico-de-saude>.
2. VERAS, Renato; OLIVEIRA, Martha. Care pathway for the elderly: detailing the model. *Rev. bras. geriatr. gerontol.*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 6, p. 887-905, Dec. 2016. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S180998232016000600887&lng=en&nr m=iso>. Access on 27 July 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/1981-22562016019.160205>
3. Brasil. Ministério da Saúde. Resolução de número 41, de 31 de outubro de 2018²³, que dispõe sobre as diretrizes para organização dos cuidados paliativos, a luz dos cuidados continuados e integrados no SUS. Acesso em 30 de junho de 2019: http://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/51520746/do1-2018-11-23-resolucao-n-41-de-31-de-outubro-de-2018-51520710.
4. World Health Organization. Planning and implementing palliative care services: a guide for programme managers. 2017 Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250584/9789241565417-eng.pdf;jsessionid=6086670F4442795F8E320FF927E10FFA?sequence=1>. Acesso em Acesso em 10 de fevereiro de 2019
5. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Poder Executivo. Brasília, DF, 31 dez. 2010a, Seção 1.
6. Malta, D.C.; Merhy, E.E. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. **Interface-Comunic., Saúde, Educ.**, v.14, n.34, p.593-605.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.809, de 07 de dezembro de 2012. Estabelece a organização dos Cuidados Prolongados para retaguarda à Rede de Atenção às Urgências e

Emergências (RUE) e às demais Redes Temáticas de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Available from: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt2809_07_12_2012.html

8. Rosique, R. Care pathways. The basics. [Editorial] **Asian Hospital and Healthcare Management**. Available from: <https://www.asianhhm.com/healthcare-management/care-pathways-basics> Acesso em 10 de fevereiro de 2019

9. Vanhaecht, Kris & Panella, Massimiliano & van Zelm, Ruben & Sermeus, Walter. (2011). **What about care pathways?**. Care of the Dying: A Pathway to Excellence. 10.1093/acprof:oso/9780199550838.003.0001.

10. Franco, CM and Franco, TB. Linhas do Cuidado Integral: Uma Proposta de Organização da Rede de Saúde. Disponível em: http://www.saude.sp.gov.br/resources/humanizacao/homepage/acesso-rapido/formacao-tecnica-em-acolhimento-na-atencao-basica/passo_a_passo_linha_de_cuidado.pdf Acesso em 27 de julho de 2017.

11. Whittle C, McDonald PS, Dunn L, de Luc K. Developing the integrated care pathways appraisal tool (ICPAT): a pilot study. *J Integr Care Pathways* 2004; 8:77–81.

12. Tan, Adeline & Seah, Angeline & Chua, Gerald & Keang Lim, Tow & Phua, Jason. (2013). Impact of a palliative care initiative on end-of-life care in the general wards: A before-and-after study. *Palliative medicine*. 28. 10.1177/0269216313484379. Disponível em https://www.researchgate.net/publication/236581571_Impact_of_a_palliative_care_initiative_on_end-of-life_care_in_the_general_wards_A_before-and-after_study. Acesso em 18 de fevereiro de 2019

13. Comissão Nacional de Cuidados Paliativos (CNCV). Plano Estratégico para o desenvolvimento dos Cuidados Paliativos. 2017-2018. Acesso em 19 de novembro de 2017. Disponível em: https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/09/Plano-Estrat%C3%A9gico-CP_2017-2018-1.pdf

14. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Plano Nacional para a Prevenção e o Controle da Resistência Microbiana nos Serviços de Saúde**. Brasília, 15 de maio de 2017. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/271855/Plano+Nacional+para+a+Preven%C3%A7%C3%A3o+e+o+Controle+da+Resist%C3%Aancia+Microbiana+nos+Servi%C3%A7os+de+Sa%C3%BAde/9d9f63f3-592b-4fe1-8ff2-e035fcc0f31d>. Acesso em 10 de fevereiro de 2019

15. SMS Porto Alegre. **Boletim da Coordenação Municipal de Controle de Infecção Hospitalar**. Boletim 4. outubro de 2018. Disponível em: http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/cgvs/usu_doc/cmcih_4.pdf. Acesso em 10 de fevereiro de 2019

16. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Disponível em <http://portal.anvisa.gov.br/> . Acesso em 22 de março de 2019.

17. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC). Disponível em <http://conitec.gov.br/> . Acesso em 22 de março de 2019.

18. Maciel, MGS e cols. **Crítérios de Qualidade para os Cuidados Paliativos no Brasil**. 2006. Acesso: em 30 de maio de 2017.

<http://www.rdconsultoria.com.br/Downloads/Educa%C3%A7%C3%A3o%20Continuada/Gest%C3%A3o%20de%20Enfermagem/Cuidados%20Paliativos.pdf>

19. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de atenção domiciliar / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: 2012.

20. Gamondi, Claudia & Larkin, Philip & Payne, Sheila. (2013). Core competencies in palliative care: An EAPC white paper on palliative care education - Part 2. *European Journal of Palliative Care*. 20. 140-145. Acesso on 15 July 2018. https://www.researchgate.net/publication/289310063_Core_competencies_in_palliative_care_An_EAPC_white_paper_on_palliative_care_education_-_Part_2

21. Schrijvers G, van Hoorn A, Huiskes N. The care pathway: concepts and theories: an introduction. *Int J Integr Care*. 2012;12(Spec Ed Integrated Care Pathways):e192. Published 2012 Sep 18.

22. Chan R, Webster J. End-of-life care pathways for improving outcomes in caring for the dying (Review). The Cochrane Collaboration. Published by John Wiley & Sons, Ltd.2010 Disponível em: <https://core.ac.uk/download/pdf/143901559.pdf> . Acesso em 10 de fevereiro de 2019

23. Lins da Costa Almeida ,T and Bezerra Lima Junior, Z and Maris Peria, F and Santos,J. Protocolo Clínico e de Regulação para Manejo do Paciente em Condição Terminal. 2012

Apêndices

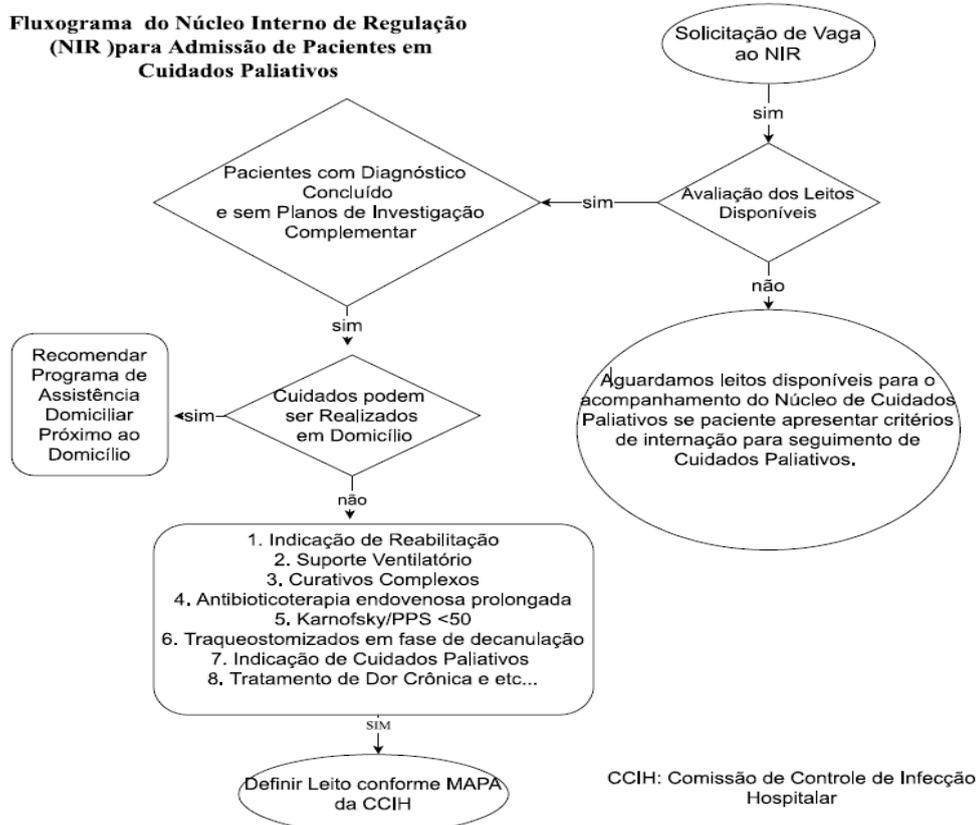
Quadro 1. Critérios de Inclusão e Exclusão para Unidade de Cuidados Prolongados

Internação nas unidades de cuidados prolongados - critérios gerais de inclusão (necessita resposta sim em um dos critérios)		
Recuperação de um processo agudo e/ou recorrência de um processo crônico	Sim	não
Necessidade de cuidados prolongados para reabilitação e/ou adaptação a sequelas decorrentes de um processo clínico, cirúrgico ou traumatológico	Sim	não
Dependência funcional permanente ou provisória física, motora ou neurológica parcial ou total	Sim	não
Internação nas unidades de cuidados prolongados - critérios gerais de exclusão (necessita resposta não em todos os critérios)		
Episódio de doença em fase aguda ou crítica, em quadro clinicamente instável	Sim	não
Objetivo da internação seja apenas a avaliação diagnóstica	Sim	não
Necessita de cuidados que podem ser prestados em domicílio e acompanhados pelas equipes de atenção básica, inclusive atenção domiciliar.	Sim	não

Quadro 2. Informações para vigilância da CCIH.

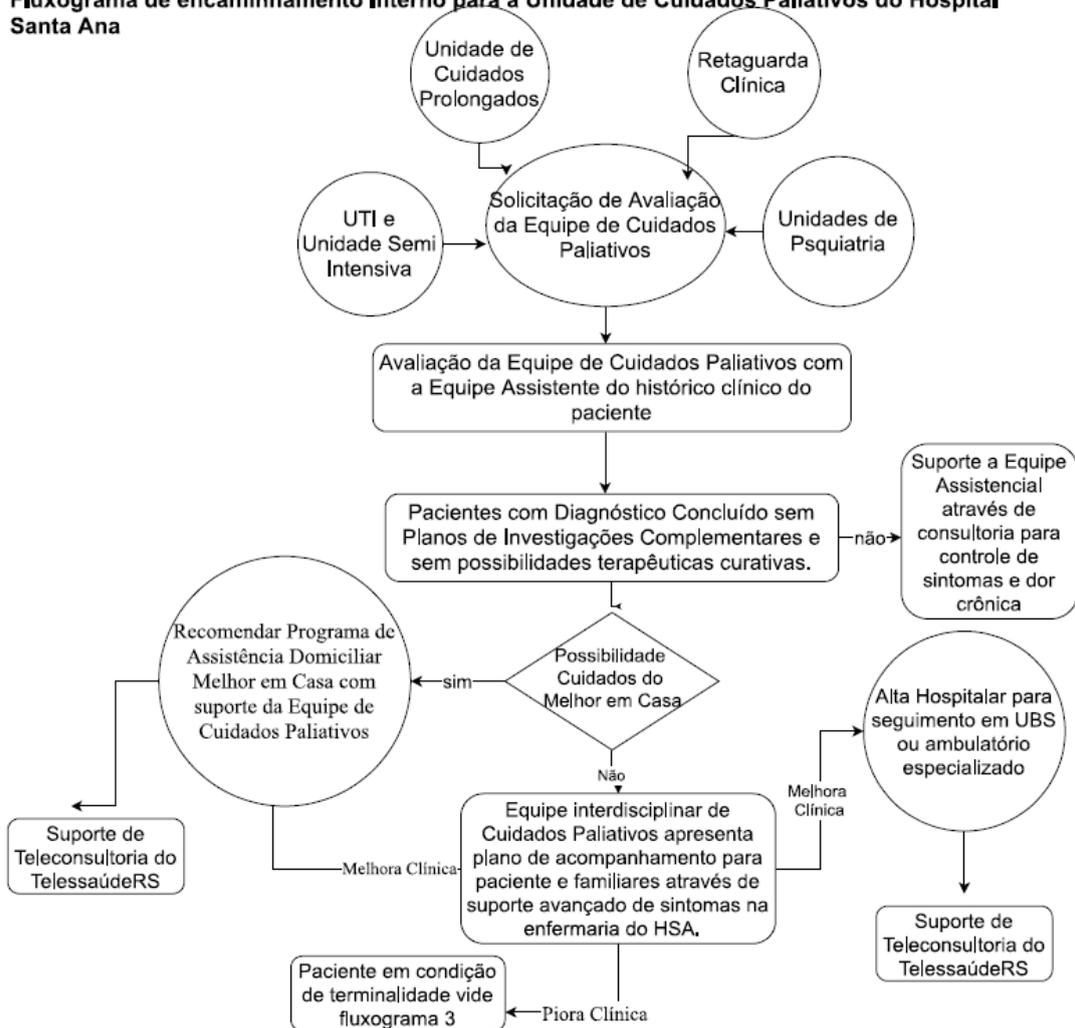
Informações para Vigilância da CCIH
1. Histórico de cultura positiva para microrganismos resistentes?
2. Se sim na questão 1: quais microrganismos resistentes e data da positividade?
3. Se possível informar sítio de colonização/infecção por microrganismos resistentes.
4. Informar tempo atual da hospitalização.
5. Se possível, informar quantidade de hospitalizações no último ano.
6. Informar status funcional/neurológico do paciente (restrito ao leito, Síndrome Demencial Avançada, Dependente de fisioterapia respiratória, Incontinência fecal ou urinária, Lesões neurológicas/paraplegia)
7. Informar presença de dispositivos (Sonda Vesical de Demora, Sonda Nasoenteral, Cateter Venoso Central, Traqueostomia)
8. Informar presença de lesões por pressão
9. Informar esquemas antimicrobianos nos últimos 90 dias
10. Informar internação em UTI e período

Fluxograma 1



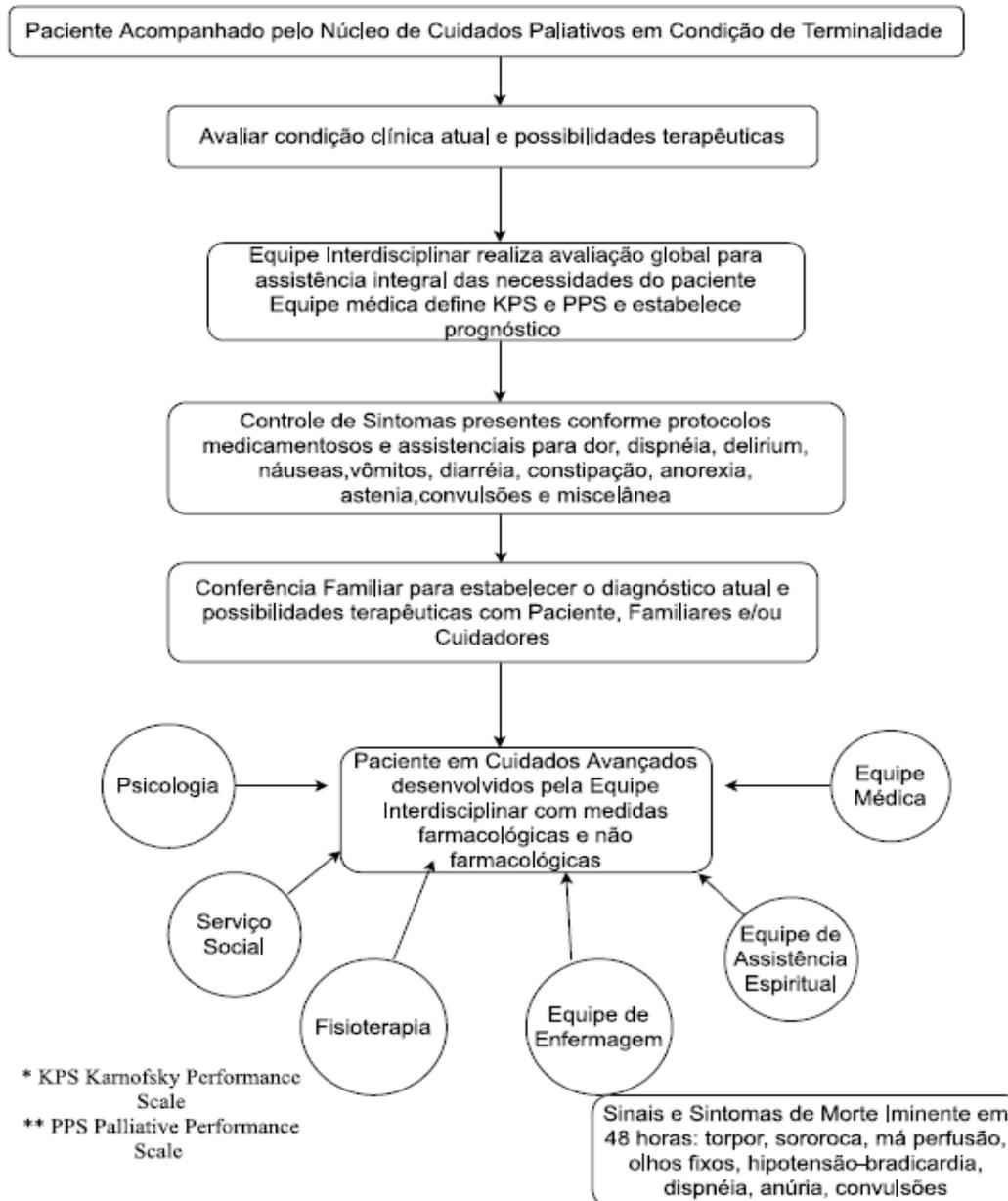
Fluxograma 2

Fluxograma de encaminhamento Interno para a Unidade de Cuidados Paliativos do Hospital Santa Ana



Fluxograma 3

Fluxograma para Assistência ao Paciente em Condição de Terminalidade



Fonte adaptada: Lins da Costa Almeida, T and Bezerra Lima Junior, Z and Maris Peria, F and Santos, J. Protocolo Clínico e de Regulação para Manejo do Paciente em Condição Terminal. 2012