

História e filosofia dos cuidados paliativos

Ferraz Gonçalves

A morte e o morrer

“A morte não é nada para nós ... porque quando estamos vivos, a morte não veio, e quando a morte vem, nós já não estamos”

Epicuro

A morte e o morrer

Não me importo de morrer mas não quero sofrer.

A morte na sociedade actual

A morte invertida

Philippe Ariès

A Ladaíinha dos Santos

(Litaniae Sanctorum)

“De uma morte repentina e imprevista, livrai-nos, Senhor”

(“A subitanea et improvisa morte, libera nos, Domine”).

A evolução técnica

- A cirurgia, a par da anestesia
- A insulina
- Os antibióticos
- As vacinas (a varíola foi erradicada)
- A hemodiálise
- A transplantação de órgãos
- A quimioterapia antineoplásica
- A radioterapia
- As intervenções nos serviços de urgência
- A reanimação cárdio-respiratória
- As unidades de cuidados intensivos
- As unidades coronárias
- As técnicas de imagem
- etc.

As condições socioeconómicas

- O que mais contribui para o bem estar das populações e a sua saúde são as condições socioeconómicas.

A Medicina Actual

- O predomínio dos aspectos tecnológicos
- Inexistência de treino em comunicação
- Papel secundário do treino no controlo da dor e de outros sintomas
- Objectivo - curar ou prolongar a vida
- A morte como fracasso médico

Origem do problema

- Tratamento inadequado dos enfermos com doenças crónicas avançadas e progressivas
 - Por excesso: encarniçamento terapêutico
 - Por defeito: “não há nada a fazer”

Sintomas físicos

- Dor
- Astenia
- Anorexia
- Xerostomia
- Tosse
- Dispneia
- Emagrecimento
- Náuseas
- Vômitos
- Obstipação
- Edemas
- Problemas urinários
- Disfagia
- Outros

Sintomas psicológicos

- Ansiedade
- Tristeza
- Depressão
- Alterações do sono
- Pesadelos
- Irritabilidade
- Dificuldade de concentração
- Delirium

Alterações da integridade pessoal

- Imagem corporal
- Funções do corpo
- Função intelectual
- Função social e profissional
- Aparência como pessoa
- Aparência como parceiro sexual
- Dependência

Preocupações existenciais

- Por retrospecção
 - Aspirações não atingidas
 - Depreciação de realizações anteriores
 - Remorso
- Em relação ao futuro
 - Separação
 - Desespero
 - Futilidade e ausência de sentido
 - Morte
- Questões religiosas
 - Doença como punição
 - Medo do castigo divino

Problemas induzidos pelos serviços de saúde

- Comunicação
 - Disponibilidade
 - Sensibilidade pessoal ou cultural
 - Informação inadequada
- Falta de serviços
- Serviços sobrecarregados
- Serviços pouco empenhados ou ineficazes

medo	perda de peso	anorexia
dor	astenia	depressão
preocupação com o futuro dos filhos	dependência	insónia

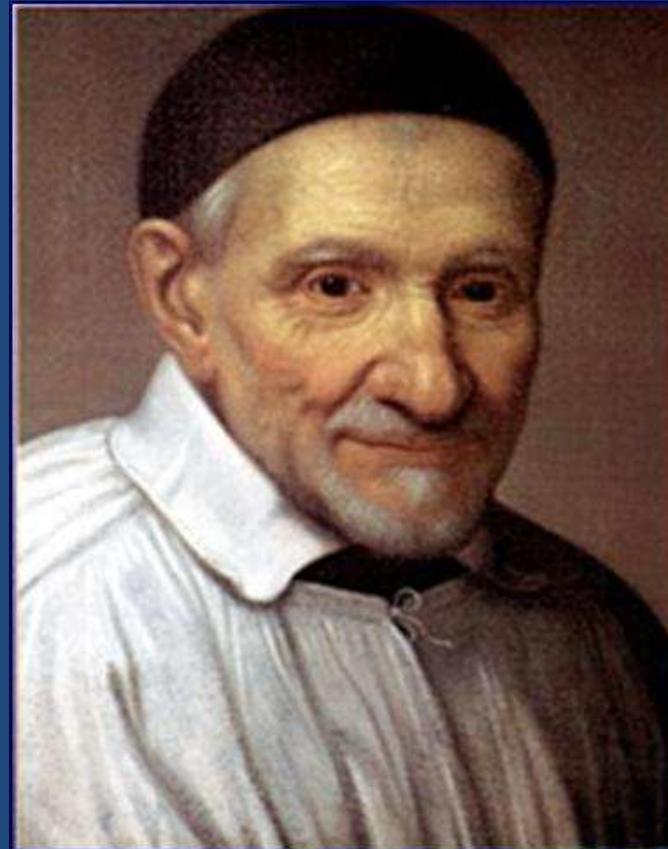
Breve história dos cuidados paliativos

Breve história

- As ordens religiosas estabeleceram hospícios no caminho das peregrinações como Santiago de Compostela.
- Durante as cruzadas foram fundados hospícios em mosteiros que prestavam assistência aos doentes mas também aos peregrinos.

Breve história

- No século XVII S. Vicente de Paulo fundou as Irmãs de Caridade em Paris – abrindo várias casas.



- Em 1826 o Dr. Carl Friedrich Heinrich Marx, professor de medicina da Universidade de Goettingen publicou *De Euthanasia Medica*

Uma definição

- Ciência “que controla os factos opressores da doença, alivia a dor e torna a hora suprema e inescapável mais pacífica” ...

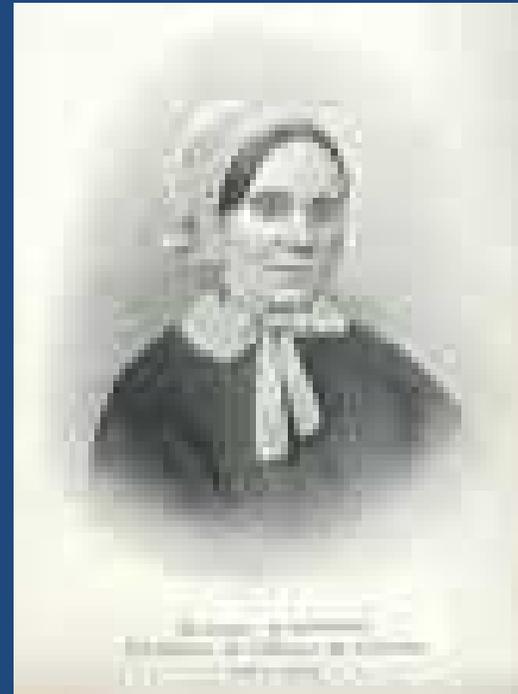
- ... e que o dever sagrado do médico era “deixar descansar em paz uma vida que já não pode salvar” podendo para isso chegar-se a uma altura em que os moribundos têm um direito a “serem privados de toda a consciência”,

- mas não deve ao médico “ser permitido, motivado quer pelo pedidos de outros ou pelo seu próprio sentido de misericórdia, terminar a condição lamentável do doente por intencional e deliberadamente abreviar a vida”.

- “Como pode ser permitido que ele que é por lei obrigado a preservar a vida ser o causador, ou parceiro, na sua destruição?”

Breve história

- Jeanne-Françoise Chabod - Madame Garnier – fundou em Lyon a obra do “Calvaire” em 1842, com umas amigas que ficaram conhecidas como Dames du Calvaire.



Breve história

- Aurélie Jousset fundou, em 1874, “Le Calvaire” de Paris.



Breve história

- Madre Mary Aikenhead das Sisters of Charity irlandesas abre o Our Lady's Hospice em Dublin em 1879.





Breve história

- Em 1900 cinco Irmãs da Caridade irlandesas fundaram o convento de S. José no East End de Londres e começaram a prestar assistência aos doentes em casa destes.
- Em 1902 abriram o St. Joseph's Hospice com 30 camas.





St. Joseph's Hospice

Breve história

- Em 1967 Cicely Saunders funda o St. Christopher's Hospice em Sydenham - Londres





SAINT
CHRISTOPHER'S
HOSPICE
ENTRANCE

PLEASE DRIVE SLOWLY

MAIN ENTRANCE



Factores físicos

Factores
psicológicos

Dor Total

Factores
sociais

Factores espirituais

Cicely Saunders

Breve história

- Dr. Herbert Snow – cirurgião - em 1896 inventou o cocktail de Brompton.



Breve história

- Robert Twycross
- Cocktail de Bromptom
vs.
morfina oral



Breve história

- Geoffrey Hanks revelou recentemente que já existia um serviço no Royal Marsden o Continuity Care Service fundado em 1964.



Breve história

- Em 1976 no St. Thomas' Hospital foi criada a primeira equipa de suporte intra-hospitalar.

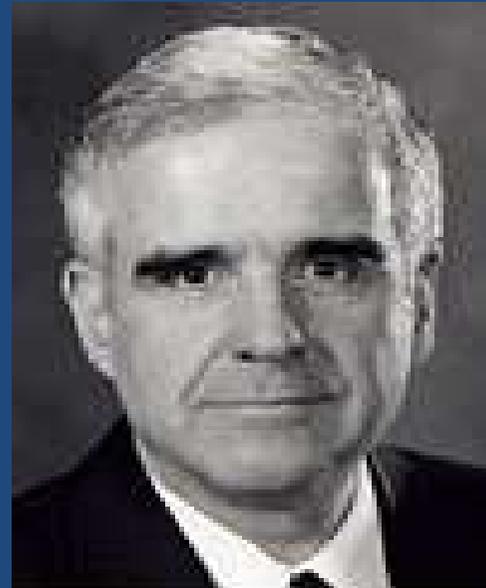


Breve história

- No Canadá, David Skelton abriu o primeiro hospício no St. Boniface General Hospital em Novembro de 1974.

Breve história

- Balfour Mount funda em 1975 o Palliative Care Service do Royal Victoria Hospital – Montreal
- Introduziu o termo cuidados paliativos, até então não usado.

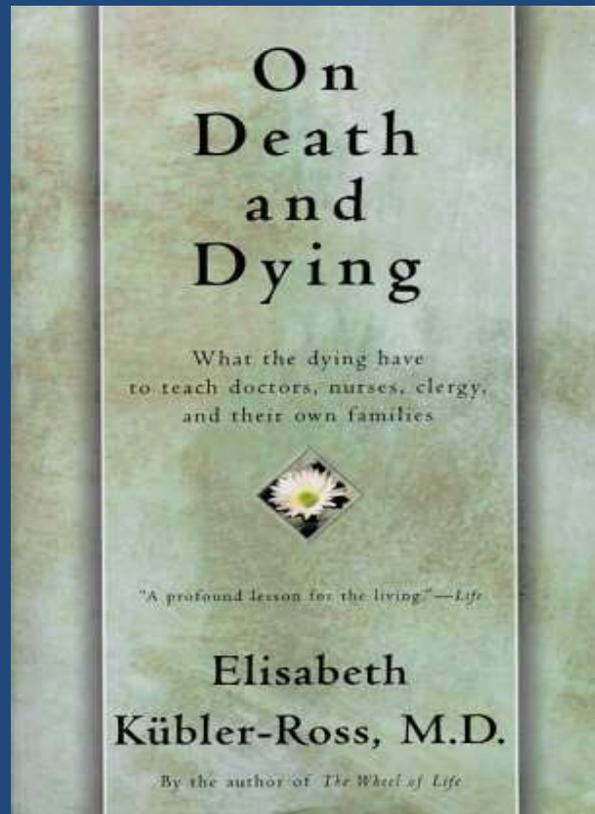


Balfour Mount

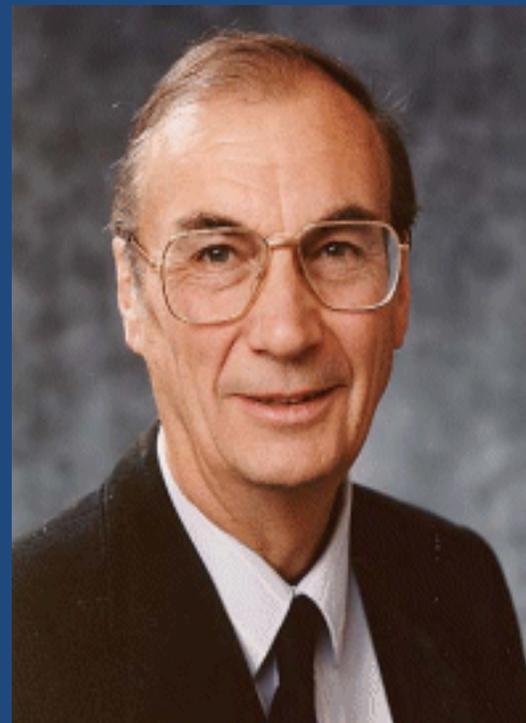
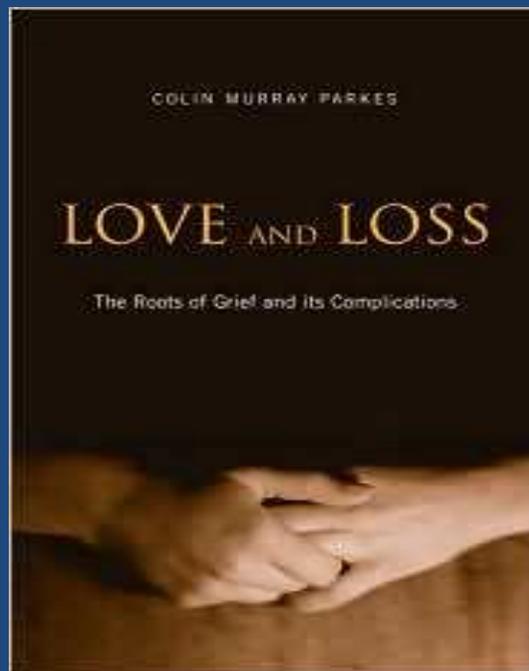
Breve história

- Em 1974 abriu o primeiro hospício nos EUA, o New Haven Hospice (agora Connecticut Hospice) começou com assistência domiciliária.

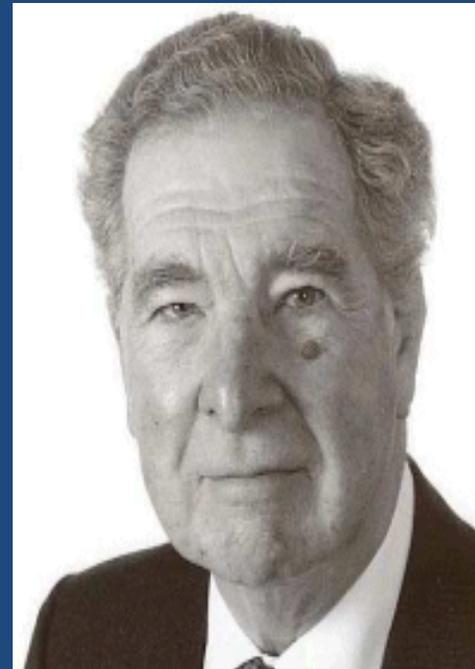
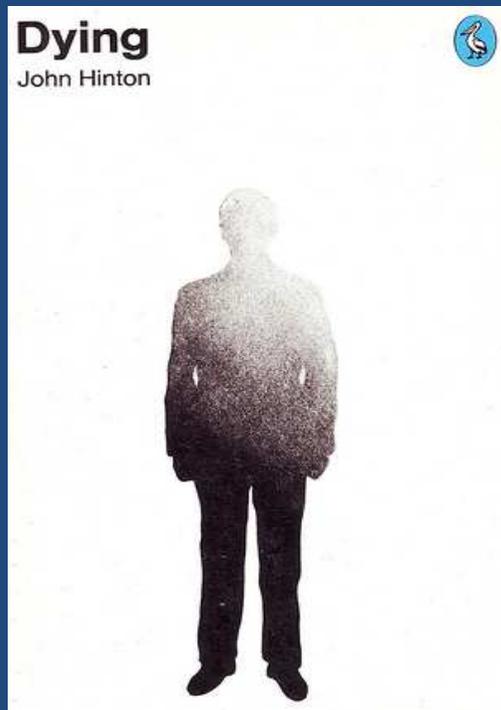
Breve história



Breve história



Breve história



Breve história

- Vittorio Ventafridda
- 1º Presidente da EAPC



Breve história

- 1986 – Cancer pain relief
OMS



Breve história

- 1987 – Sub-especialidade no RU
- 1995 – Especialidade no RU
- 1998 – Especialidade na Austrália e Nova Zelândia.
- 2008 – Sub-especialidade nos EUA
- 2011 – Aprovado como especialidade pelo Medical Council of India
- 2013 – Competência em Portugal

WHO Technical Report Series
804

CANCER PAIN RELIEF AND PALLIATIVE CARE

Report of a
WHO Expert Committee



World Health Organization
Geneva 1990

Longtemps encore, tant qu'on ne disposera pas de mesures réellement efficaces de prévention, de diagnostic précoce et de traitement curatif, et qu'il y aura une insuffisance de structures et de personnel bien formé dans le domaine de la santé, les soins actifs de soutien seront la seule solution, à la fois humaine et réaliste, pour de nombreux malades.

Traitement de la douleur cancéreuse et soins palliatifs
Organisation mondiale de la Santé, Genève 1990

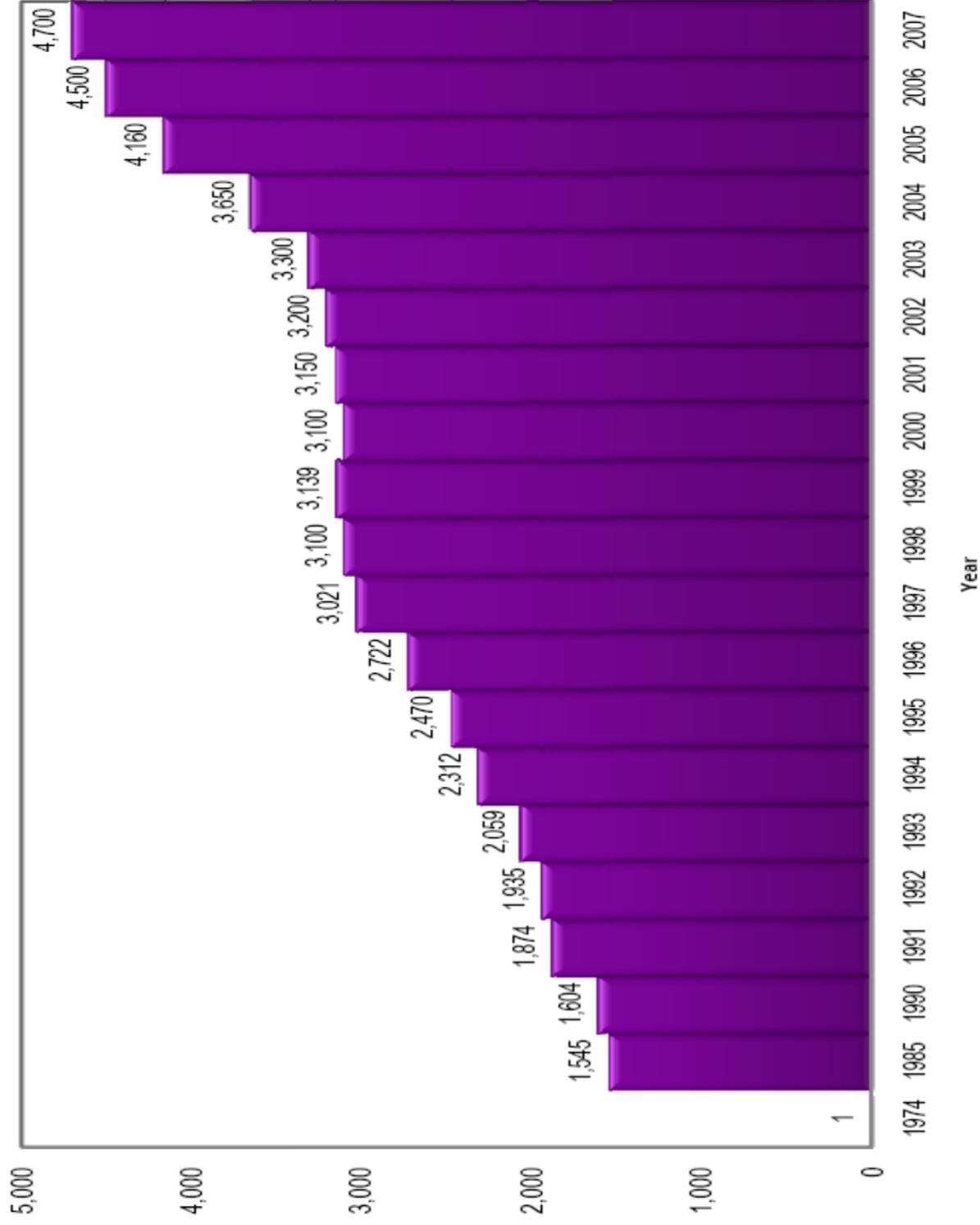
Rien n'est plus important, pour la qualité de vie de ces malades, que la diffusion et l'application des connaissances dont on dispose déjà sur le traitement de la douleur et des autres symptômes.

Traitement de la douleur cancéreuse et soins palliatifs
Organisation mondiale de la Santé, Genève 1990

Prioridades e estratégias para os 8 cancros mais frequentes

Localização	Prevenção primária	Diagnóstico precoce	Tratamento curativo	Cuidados paliativos
Estômago	+	-	-	++
Pulmão	++	-	-	++
Mama	-	++	++	++
Cólon/recto	+	+	+	++
Colo do útero	+	++	++	++
Boca/faringe	++	++	++	++
Esófago	-	-	-	++
Fígado	++	-	-	++

Growth in U.S. Hospice Programs: 1974 to 2007



Hospício

- *Hospes* – anfitrião estranho →
- *Hospitalis* – amigoso – boas vindas ao estranho
- Hospital, hotel, hostel, etc
- *Xenodochium* – em grego

Paliativo

- *Pallium* - capa

Cuidados Paliativos

- *“Os cuidados paliativos melhoram a qualidade de vida dos doentes e das suas famílias que encaram uma doença ameaçadora da vida, proporcionando alívio da dor e de outros sintomas, suporte espiritual e psicossocial desde o diagnóstico até ao fim da vida e no luto”*

OMS - 2002

Cuidados Paliativos

- Proporcionam o alívio da dor e de outros sintomas perturbadores;
- afirmam a vida e vêem a morte como um processo normal;
- não pretendem apressar ou adiar a morte;
- integram os aspectos psicológicos e espirituais dos cuidados aos doentes;
- oferecem um sistema de suporte para ajudar os doentes a viver tão activamente quanto possível até à morte;

Cuidados Paliativos

- oferecem um sistema de suporte para ajudar as famílias a lidar com a doença e o luto;
- usam uma abordagem de equipa para abordar as necessidades dos doentes e das suas famílias, incluindo aconselhamento no luto, se indicado;
- melhoram a qualidade de vida e possivelmente também influenciam positivamente o curso das doenças;

Cuidados Paliativos

- são aplicáveis cedo no decurso das doenças, em conjugação com outras terapêuticas que pretendem prolongar a vida, tais como a quimioterapia ou a radioterapia, e incluem as investigações necessárias para melhor compreender e tratar complicações clínicas perturbadoras.

OMS - 2002

Mais frequente

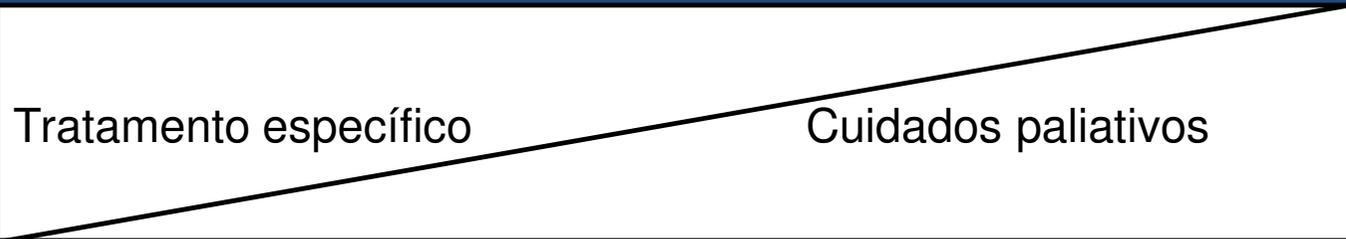
Tratamento específico

Cuidados
paliativos

Diagnóstico

Morte

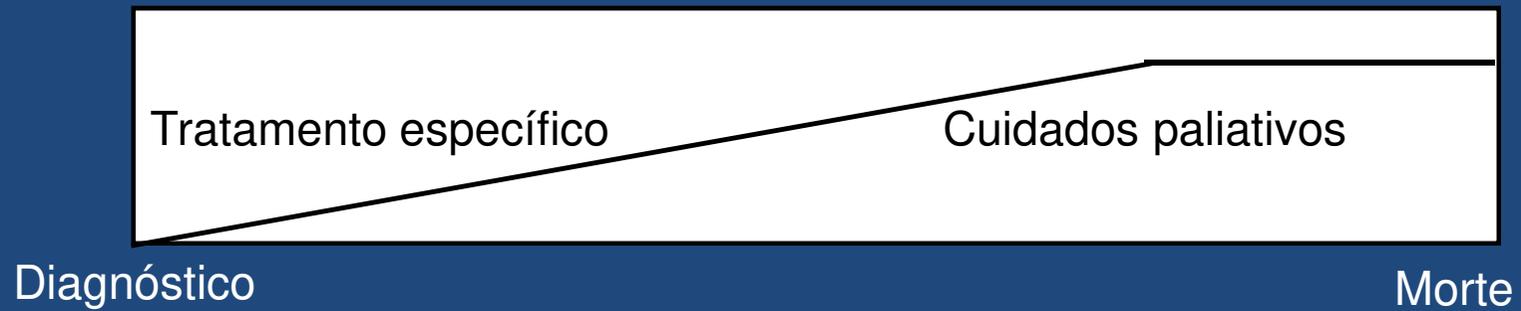
Desejável



Diagnóstico

Morte

Desejável nalguns casos



“Ideal”

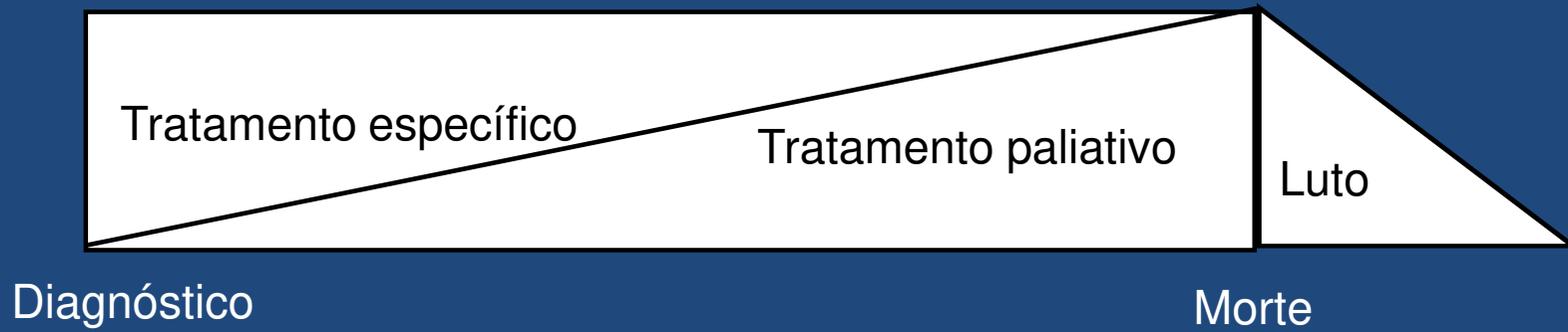


Fig. 2. Present allocation of cancer resources

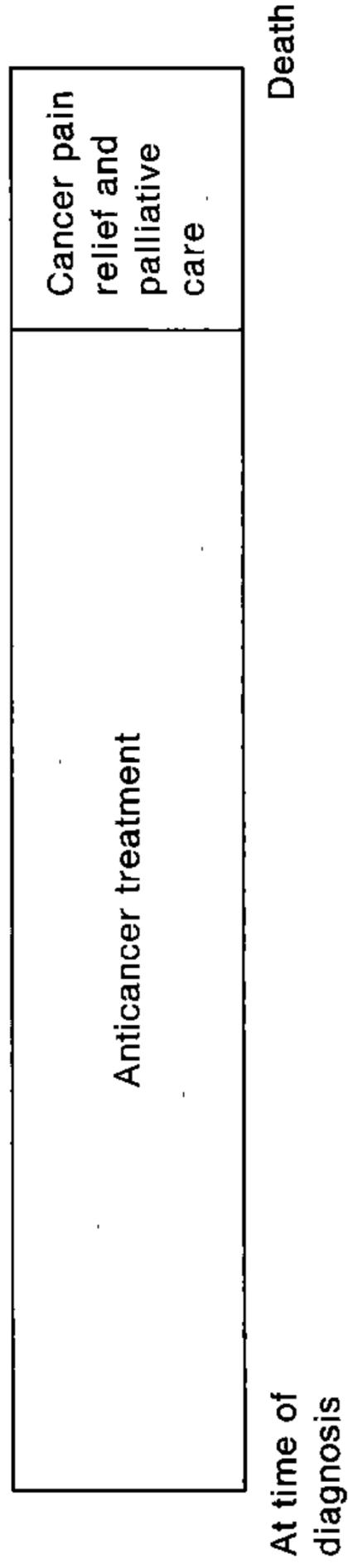


Fig. 3. Proposed allocation of cancer resources in developed countries

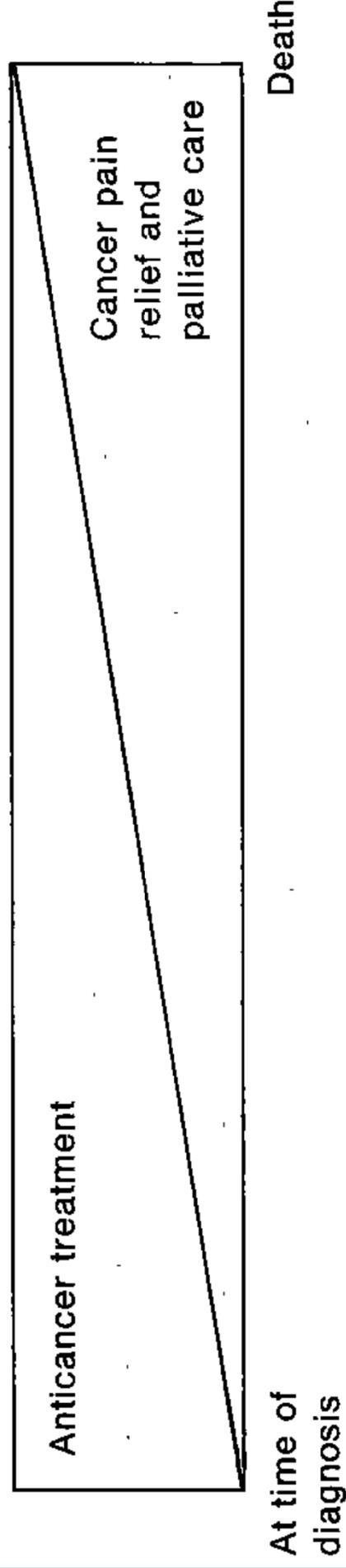
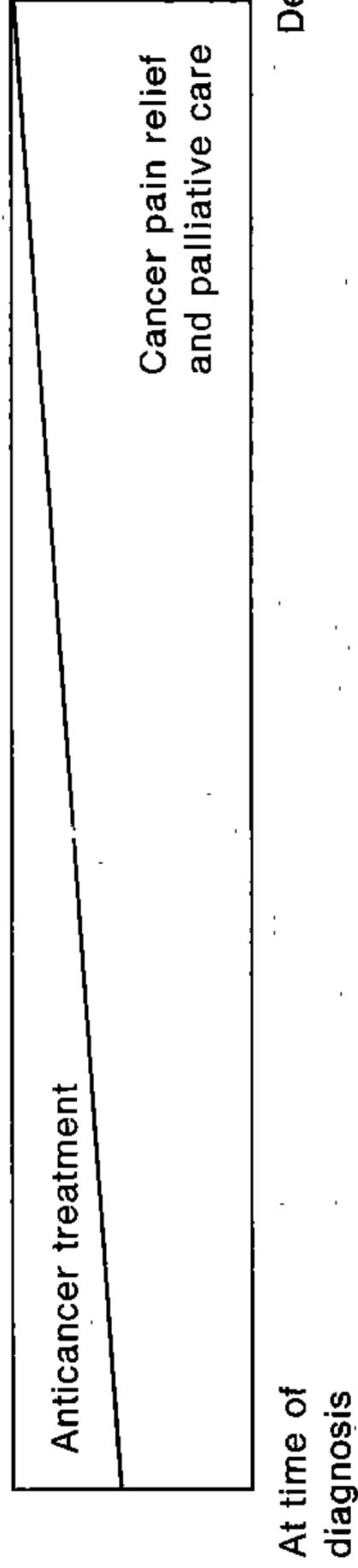


Fig. 4. Proposed allocation of cancer resources in developing countries



A importância da fase final da vida

- É uma oportunidade para concluirmos a nossa vida:
 - Fazermos o que sempre quisemos fazer e sempre fomos adiando;
 - Reconciliarmo-nos com um amigo ou um familiar.
 - Concluir assuntos pendentes.

A finalidade dos cuidados paliativos

- Libertar as pessoas do sofrimento.
- Permitir que as pessoas vivam, e:
 - que tenham a possibilidade de pensar o que quiserem pensar, de dizer o que quiserem dizer e fazer o que quiserem fazer.

Objectivos de tratamento

	Activo	Paliativo específico	Paliativo sintomático	Suporte
Objectivo	Cura	Prolongar a sobrevida	Qualidade de vida	Conforto
Efeito na doença	Erradicar	Parar o crescimento	Mínimo	Nenhum
Atitude psicológica	Vencer	Lutar	Acomodar	Render
Papel do médico	Encorajar	Encorajar	Ouvir	Suporte
Efeitos laterais aceitáveis	Intensos	Intensos/moderados	Menores	Nenhuns
RCR/ suporte da vida	Sim	Talvez	Excepcional	Não

Cuidados paliativos em Portugal

A primeira fase

- Abertura em 17/10/1994
- Espaço e pessoal compartilhado com outro serviço
- Internamento - 5 camas
- Consulta interna
- Consulta externa
- Ligação ao Serviço de Medicina Comunitária

Problemas com a primeira fase

- Resultantes da estrutura, que tornava difícil que os familiares estivessem com o doente, sobretudo à noite.
- Número pequeno de camas para as necessidades
- Tratamento diferente dos doentes no mesmo serviço
- Dificuldade na implementação de rotinas

Outros problemas

- Incompreensão da finalidade da unidade
- Referenciação dos doentes com uma sobrevivência esperada de apenas alguns dias
- Uso da unidade como caixote do lixo

Vantagens da 1ª fase

- Iniciar a actividade mais cedo
- Treinar a equipa com poucas camas
- Possibilidade de contactar com a realidade dos cuidados paliativos, permitindo a selecção (auto-selecção) do pessoal que realmente queria fazer CP.
- Oportunidade de disseminar os conhecimentos de CP
- Economia, por partilhar o pessoal com outro serviço, atendendo à reduzida dimensão da unidade

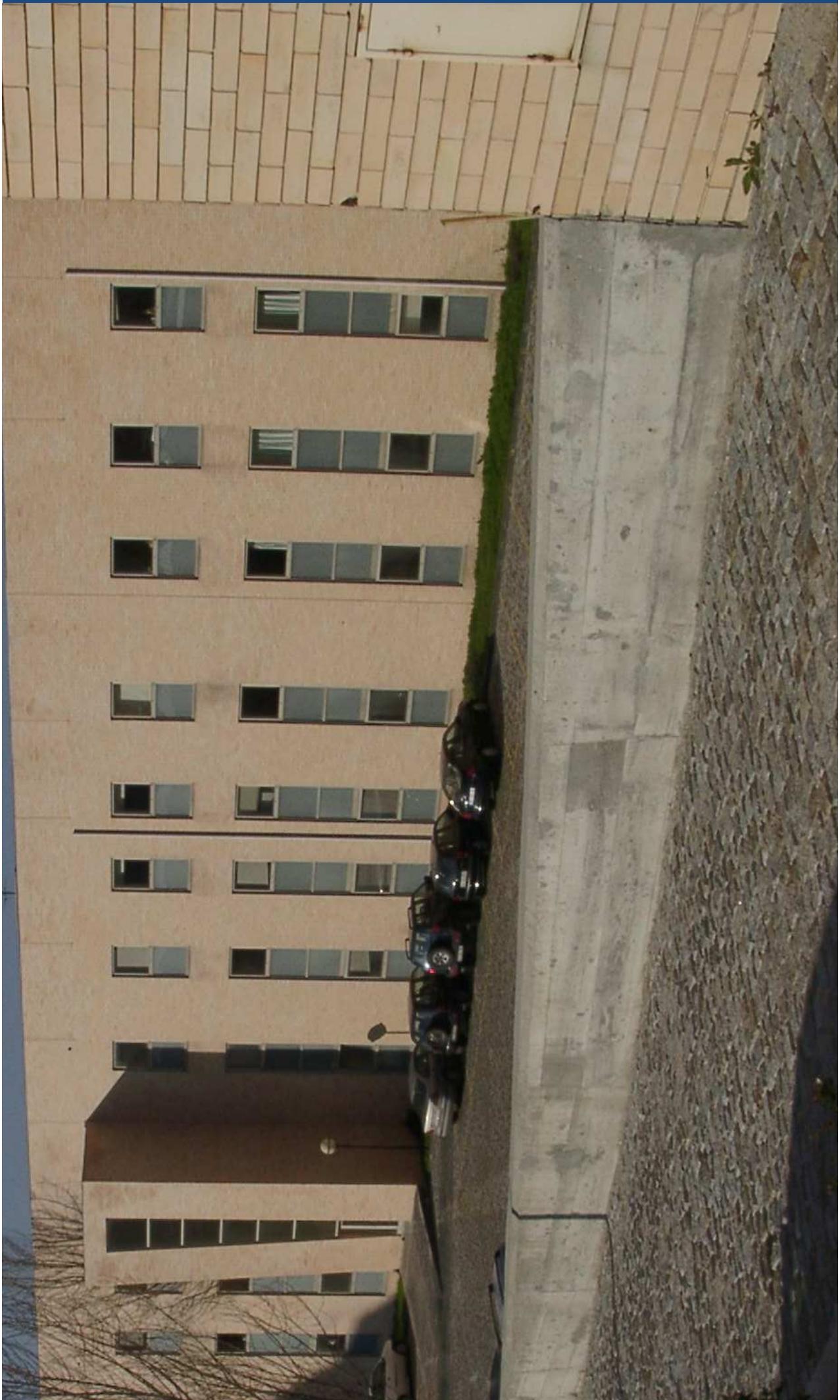
As nova instalações

- Abertura - 25/05/1996
- Internamento - 20 camas em quartos individuais



LIGA PORTUGUESA
CONTRA O CANCRO







Evolução da actividade assistencial

	1995	1996	1997	1998	1999
Internamentos	68	100	221	359	388
Consultas externas			549	1124	1302
Consultas internas			361	596	910
Consultas telefónicas				449	813
Visitas domiciliárias					212

ANCP

- 21 de Julho de 1995 foi fundada a Associação Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP),
- Hoje designa-se por Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos



UCP-R

Rede

- Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados
- Decreto-lei nº 101/2006 de 6 de Junho

Cuidados Continuados Integrados

- Artigo 3º a)
 - O conjunto de intervenções sequenciais de saúde e ou de apoio social, decorrente de avaliação conjunta, centrado na recuperação global entendida como um processo terapêutico e de apoio social, activo e contínuo, que visa promover a autonomia melhorando a funcionalidade da pessoa em situação de dependência, através da sua reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social

Cuidados Paliativos

- Artigo 3º b)
 - Os cuidados activos, coordenados e globais, prestados por unidades e equipas específicas, em internamento ou no domicílio, a doentes em situação de sofrimento decorrente de doença severa e ou incurável em fase avançada e rapidamente progressiva, com o principal objectivo de promover o seu bem-estar e qualidade de vida.

Unidades de Internamento

- Artigo 12º - 2
 - Convalescença;
 - Média duração e reabilitação;
 - Longa duração e manutenção;
 - Cuidados paliativos.

Unidade de Cuidados Paliativos

- Artigo 19º - 1
 - É uma unidade de internamento, com espaço físico próprio, preferentemente localizada num hospital, para acompanhamento, tratamento e supervisão clínica a doentes em situação clínica complexa e de sofrimento, decorrentes de doença severa e ou avançada, incurável e progressiva...

Cuidados Paliativos de Nível I

1. São prestados por equipas com formação diferenciada em cuidados paliativos.
2. Estruturam-se através de equipas móveis que não dispõem de estrutura de internamento próprio mas de espaço físico para sediar a sua actividade.
3. Podem ser prestados quer em regime de internamento, quer em regime domiciliário.
4. Podem ser limitados à função de aconselhamento diferenciado.

Programa Nacional de Cuidados Paliativos

Cuidados Paliativos de Nível II

1. São prestados em unidades de internamento próprio ou no domicílio, por equipas diferenciadas que prestam directamente os cuidados paliativos e que garantem disponibilidade e apoio durante 24 horas.
2. São prestados por equipas multidisciplinares com formação diferenciada em cuidados paliativos e que, para além de médicos e enfermeiros, incluem técnicos indispensáveis à prestação de um apoio global, nomeadamente nas áreas social, psicológica e espiritual.

Programa Nacional de Cuidados Paliativos

Cuidados Paliativos de Nível III

Reúnem as condições e capacidades próprias dos Cuidados Paliativos de Nível II acrescidas das seguintes características:

- a) desenvolvem programas estruturados e regulares de formação especializada em cuidados paliativos;
- b) desenvolvem actividade regular de investigação em cuidados paliativos;
- c) possuem equipas multidisciplinares alargadas, com capacidade para responder a situações de elevada exigência e complexidade em matéria de cuidados paliativos, assumindo-se como unidades de referência.

Critérios de Admissão (propostos)

- Doentes com doenças avançadas e progressivas e, no caso dos doentes oncológicos (diagnóstico confirmado histologicamente) que não estejam a fazer tratamento antineoplásico, porque não tem indicação ou porque o doente o recusa;
- Doentes com sintomas não controlados.
- Não é um serviço de internamento de média ou longa duração;
- Doentes que necessitem apenas de cuidados de enfermagem não têm prioridade.

Outras actividades

- Ensino
- Investigação

Missão

- A declaração da missão de um programa descreve “quem somos”
- Deve incluir:
 - O objectivo do programa
 - O que distingue o programa
 - Os valores que guiam o cumprimento da missão

Missão da UCP-R

- Proporcionar a prestação de cuidados paliativos com a máxima qualidade, humanismo e eficiência ao doente e à sua família em fase avançada da sua doença.

Visão

- Onde queremos chegar
- No que nos queremos tornar

Visão da UCP-R

- Queremos ser uma unidade de cuidados paliativos de referência nacional e internacional que proporcione a prática da investigação e do ensino a vários níveis.

Cuidados paliativos para quem?

A dimensão do problema

- Morrem mais de 100 000 pessoas por ano, em Portugal
- \pm 20 000 pessoas morrem de cancro.
 - 1/5 de todas as mortes

Mortes em Portugal

2005									
Total	Doenças do aparelho circulatório	Tumores malignos	Doenças do aparelho respiratório	Doenças do aparelho digestivo	Doenças do aparelho geniturinário	Sintomas, sinais, exames anormais, causas mal definidas	Doença pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV)	Tuberculose	Outras causas por doenças
N.º	N.º	N.º	N.º	N.º	N.º	N.º	N.º	N.º	N.º
107 839	36 723	22 724	11 299	4 642	2 855	12 767	876	165	15 788

A situação actual

- Cerca de 95% dos doentes internados nas unidades de cuidados paliativos inglesas têm cancro.
- Há alguns programas (hospices) nos EUA que chegam quase aos 50%, mas são excepcionais.
 - A maioria anda pelos cerca de 20%.

- Muitos dos doentes com outras doenças crónicas têm problemas semelhantes aos dos doentes com doenças oncológicas.

Sintomas	Cancro %	Doenças cardíacas %
Dor	75	78
Dispneia	40	61
Anorexia	75	43
Obstipação	75	37
Náuseas/vómitos	45	59

- Sendo assim, porque é que são menos vezes envolvidos nos cuidados paliativos?

Razões para a situação actual

- Dificuldade dos médicos em lidar com doenças incuráveis e progressivas;
- Dificuldade em determinar o prognóstico;
- Limitações na caracterização de sintomas;
- A disponibilidade de tratamentos activos;
- O menor impacto do significado das doenças;
- Aceitação dos problemas como inevitáveis.

Razões para a situação

- Dificuldade dos médicos em lidar com doenças incuráveis e progressivas;
- Dificuldade em determinar o prognóstico;
- Limitações na caracterização de sintomas;
- A disponibilidade de tratamentos activos;
- O menor impacto do significado das doenças;
- Aceitação dos problemas como inevitáveis.

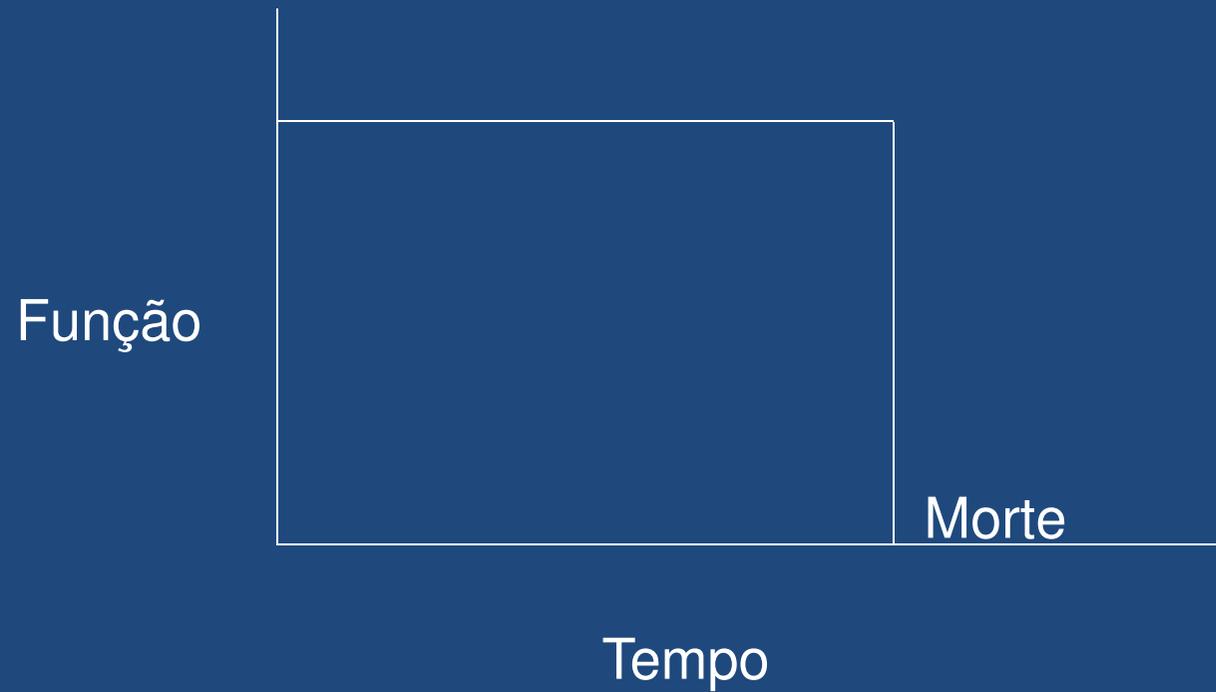
O treino dos médicos

- Focado nos aspectos tecnológicos;
- Objectivo - curar ou prolongar a vida;
- A morte como fracasso médico;
- Tratamento inadequado dos enfermos com doenças crónicas avançadas e progressivas:
 - Por excesso: encarniçamento terapêutico;
 - Por defeito: “não há nada a fazer”.

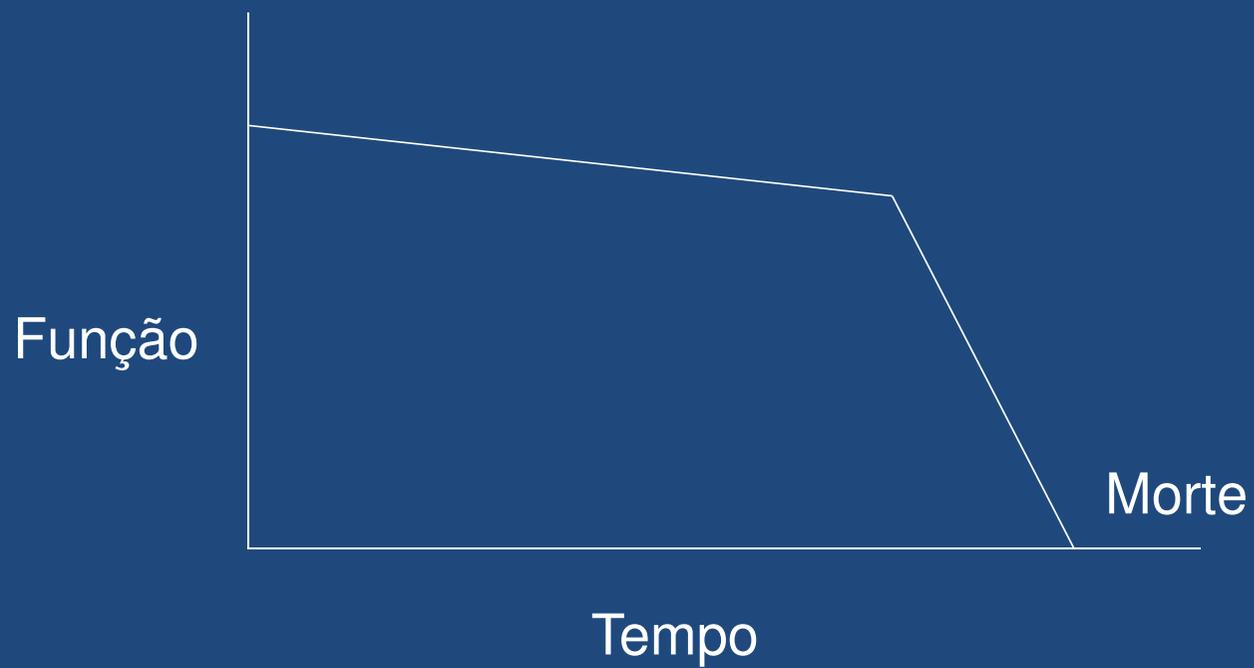
Razões para a situação

- Dificuldade dos médicos em lidar com doenças incuráveis e progressivas;
- **Dificuldade em determinar o prognóstico;**
- Limitações na caracterização de sintomas;
- A disponibilidade de tratamentos activos;
- O menor impacto do significado das doenças;
- Aceitação dos problemas como inevitáveis.

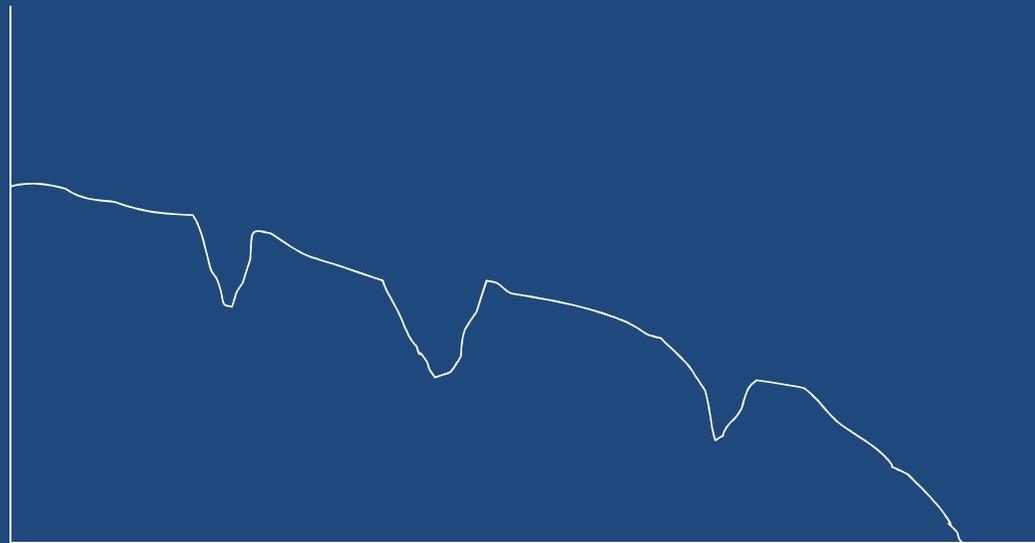
Morte súbita



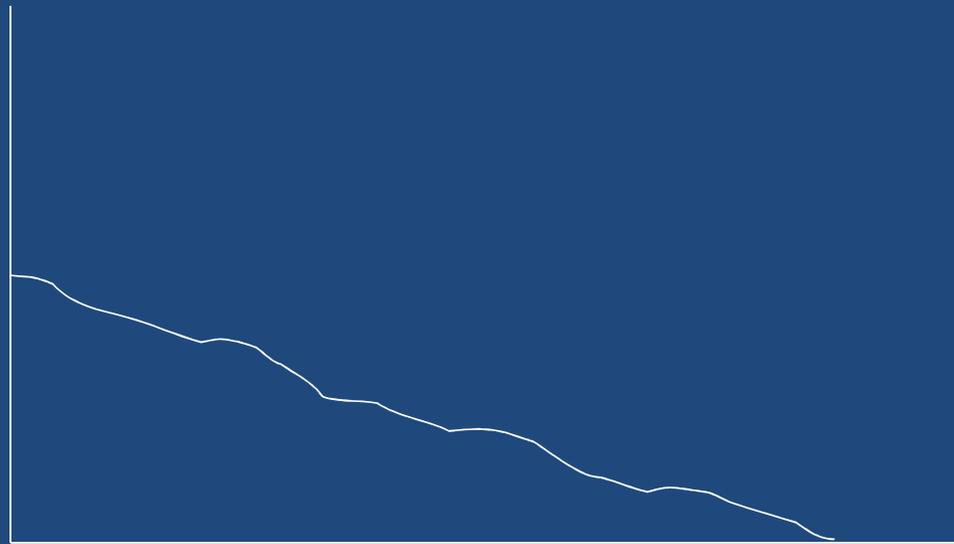
Doença oncológica



Insuficiência de órgão



Debilidad



Razões para a situação

- Dificuldade dos médicos em lidar com doenças incuráveis e progressivas;
- Dificuldade em determinar o prognóstico;
- **Limitações na caracterização de sintomas;**
- A disponibilidade de tratamentos activos;
- O menor impacto do significado das doenças;
- Aceitação dos problemas como inevitáveis.

- O ensino na caracterização dos sinais e sintomas com diagnósticos específicos:
 - Ex., a insuficiência cardíaca causa
 - Ortopneia, dispneia paroxística noturna, dispneia de esforço, edemas.
- Ignorando outros problemas importantes:
 - Fadiga, obstipação, náuseas, dor por distensão da cápsula hepática;
 - Problemas não-físicos.

Razões para a situação

- Dificuldade dos médicos em lidar com doenças incuráveis e progressivas;
- Dificuldade em determinar o prognóstico;
- Limitações na caracterização de sintomas;
- **A disponibilidade de tratamentos activos;**
- O menor impacto do significado das doenças;
- Aceitação dos problemas como inevitáveis.

- Ex., insuficiência cardíaca:
 - Há muitos tratamentos como diuréticos, inibidores da enzima de conversão da angiotensina dirigidos aos sintomas específicos.
- Mas os outros sintomas continuam sem ser abordados.

Razões para a situação

- Dificuldade dos médicos em lidar com doenças incuráveis e progressivas;
- Dificuldade em determinar o prognóstico;
- Limitações na caracterização de sintomas;
- A disponibilidade de tratamentos activos;
- **O menor impacto do significado das doenças;**
- Aceitação dos problemas como inevitáveis.

- Cordis sinistra
 - Ora pro nobis
- Tabis dorsalis
 - Ora pro nobis
- Marasmus phthisis
 - Ora pro nobis
- Delirium tremens
 - Ora pro nobis
- Fluxus cruentum
 - Ora pro nobis
- Apoplexia parva
 - Ora pro nobis
- Lues venérea
 - Ora pro nobis
- Entesia tetanus
 - Ora pro nobis
- Saltus viti
 - Ora pro nobis
- Astralis sideratus
 - Ora pro nobis
- Morbus attonitus
 - Ora pro nobis
- Mama universalis
 - Ora pro nobis

- Cholera morbus
 - Ora pro nobis
- Vomitus cruentus
 - Ora pro nobis
- Empresma carditis
 - Ora pro nobis
- Fellis suffusio
 - Ora pro nobis
- Phallorrhoea virulenta
 - Ora pro nobis
- Gutta serena
 - Ora pro nobis
- Angina canina
 - Ora pro nobis
- Lepra leontina
 - Ora pro nobis
- Lupus vorax
 - Ora pro nobis
- Tônus trismus
 - Ora pro nobis
- Angina pectoria
 - Ora pro nobis

- Et libera nobis omnia Câncer

— Amém.

Razões para a situação

- Dificuldade dos médicos em lidar com doenças incuráveis e progressivas;
- Dificuldade em determinar o prognóstico;
- Limitações na caracterização de sintomas;
- A disponibilidade de tratamentos activos;
- O menor impacto do significado das doenças;

- Aceitação dos problemas como inevitáveis.

- Muitas vezes os doentes e os seus familiares aceitam a situação como inevitável e não solicitam o sistema de saúde para a resolução dos seus problemas.

Critérios gerais

O doente deve preencher todos os critérios seguintes:

1. A situação do doente é limitadora da vida e o doente e a família sabem-no.
2. O doente e/ou a família elegeram objectivos de tratamento dirigidos ao alívio de sintomas, em vez de à doença subjacente.

3. O doente tem um dos seguintes critérios:

1. Progressão clínica documentada da doença, que pode incluir:
 1. Progressão da doença primária de acordo com critérios específicos;
 2. Múltiplas idas ao serviço de urgência ou internamentos nos últimos 6 meses;
 3. Para doentes que não preenchem 1 ou 2, deve haver um declínio documentado no estado funcional.
2. Perda não intencional e progressiva do peso de >10% nos últimos 6 meses

Adaptado de NHO general guidelines - 2001

Critérios específicos

Doença cardíaca	<ul style="list-style-type: none">•Insuficiência cardíaca intratável ou frequentemente recorrente.•Angina de peito intratável com insuficiência cardíaca. Tratada optimamente com diuréticos, vasodilatadores, etc.
Doença pulmonar	<ul style="list-style-type: none">•Doença pulmonar crónica grave, documentado por dispneia em repouso, fadiga, capacidade funcional diminuída ou aumento das exacerbações.
Demência	<ul style="list-style-type: none">•Incapaz de deambular sem ajuda e incapaz de comunicar de modo significativo.•Complicações médicas tais como: pneumonia de aspiração, sépsis, úlceras de decúbito intratáveis.•Outros factores que contribuam para um mau prognóstico incluindo incapacidade de se vestir sem ajuda, incapacidade para se lavar adequadamente, incontinência

Doença por VIH	<ul style="list-style-type: none">•Doenças concomitantes ameaçadoras da vida.•Outros factores que contribuam para um mau prognóstico.•Decisão de interromper o tratamento específico.
Doença hepática	<ul style="list-style-type: none">•Cirrose avançada com ascite intratável.•Má nutrição progressiva com caquexia.
Doença renal	<ul style="list-style-type: none">•Doença renal terminal•Sobrecarga de fluídos intratável.
AVC agudo e coma	<ul style="list-style-type: none">•Coma com mais de 3 dias de duração.•Disfagia suficientemente grave para impedir a ingestão de alimentos e líquidos suficientes para manter a vida.
Fase crónica após AVC	<ul style="list-style-type: none">•Mau estado funcional, com Karnofsky <50%.•Complicações médicas relacionadas com a debilidade e declínio clínico progressivo tal como pneumonia de aspiração, infecção do tracto urinário superior, sépsis.

Misunderstandings about palliative care

There remains some doctors, but fewer nurses, who cannot accept the need for specialists in this subject, believing, in spite of the evidence to the contrary, that they are currently providing the necessary quality of care as part of their daily work.

Derek Doyle

Oxford Textbook of Palliative Medicine

Misunderstandings about palliative care

Others see it as exclusively a nursing responsibility ... or primarily psychosocial, requiring not medical input but companionship, emotional support, and pastoral care (“tender loving care”)

Derek Doyle

Oxford Textbook of Palliative Medicine

Misunderstandings about palliative care

Mistakenly they believe that all that is needed by such patients is time spent with them, something they feel they cannot give but which is available in abundance in a special unit,...

Derek Doyle

Oxford Textbook of Palliative Medicine

Misunderstandings about palliative care

Many still regard palliative care as “terminal care”, the care of those with only days to live.

Derek Doyle

Oxford Textbook of Palliative Medicine

O que não são cuidados paliativos

- Geriatria
- Cuidados de doenças crónicas
- Medicina geral e familiar
- Oncologia
- Clínicas de dor

Nota final

- Não deve considerar-se como fracasso da acção médica a morte, mas o permitir que os doentes sofram mais do que o inevitável.