

Hospice – Um Modelo Assistencial Integral

Fernanda Tourinho
Paliativista

Conflitos de interesse

- Coordenadora médica da Clínica Florence – primeira unidade hospice do Norte e Nordeste

O que é um Hospice?

“Hospice is not a place, but a concept for healthcare delivery to those dealing with life-limiting illness. Hospice focuses on creating a natural and comfortable end-of-life experience for those confronted with a terminal condition. Through a range of palliative, medical, nursing, psychosocial, and spiritual care provided by an interdisciplinary team of experts, hospice seeks to manage symptoms and provide comfort when cure is no longer possible..”

O que é um Hospice?

“Atualmente, o termo Hospice tem sido mais frequentemente utilizado para designar uma instituição de média complexidade, como um hospital especializado na prática dos Cuidados Paliativos e que tem por característica principal a excelência da prática clínica associada ao trabalho muito bem articulado de uma equipe multiprofissional, com espaços apropriados para tal fim.”



Perspectiva histórica

- Ordens religiosas - relato mais antigo remonta ao século V, onde Fabíola, discípula de São Jerônimo, cuidava de viajantes vindos da Ásia, África e dos países do leste, no **Hospício do Porto de Roma**.
- Europa, século XI, Igreja Católica Romana, lugares de **hospitality** para pessoas doentes, feridas, morrendo, assim como para viajantes e peregrinos.
- Primeiro registro de estabelecimento - Jeanne Garnier – **L'Association des Dames du Calvaire em Lyon – 1842**
- Mary Aikenhead (1787-1858) – fundou congregação “Sisters of Charity” - Hospital St Vincent/Dublin/1834 – **“Our Lady’s Hospice for Dying”** em 1879.
- **St Luke’s Home for Dying Poor** – aberto em 1893 – primeira instituição estabelecida por um médico com estrutura de cuidados de fim de vida – semelhante ao posterior movimento Hospice Care
- Em 1905 a congregação “Sisters of Charity” fundou **St Joseph’s Hospice**, no leste de Londres.
- Cicely Saunders foi enfermeira voluntária no St Luke’s e St Joseph’s

Cuidados paliativos abordam diferentes aspectos do sofrimento humano desde o início do adoecer até a fase de luto dos familiares

“Cuidado Paliativo é uma abordagem que promove a qualidade de vida de pacientes e seus familiares, que enfrentam doenças que ameaçam a continuidade da vida, através da prevenção e do alívio do sofrimento. Requer identificação precoce, avaliação e tratamento da dor e outros problemas de natureza física, psicossocial e espiritual”

Atenção à todas as 4 dimensões do sofrimento



Físico



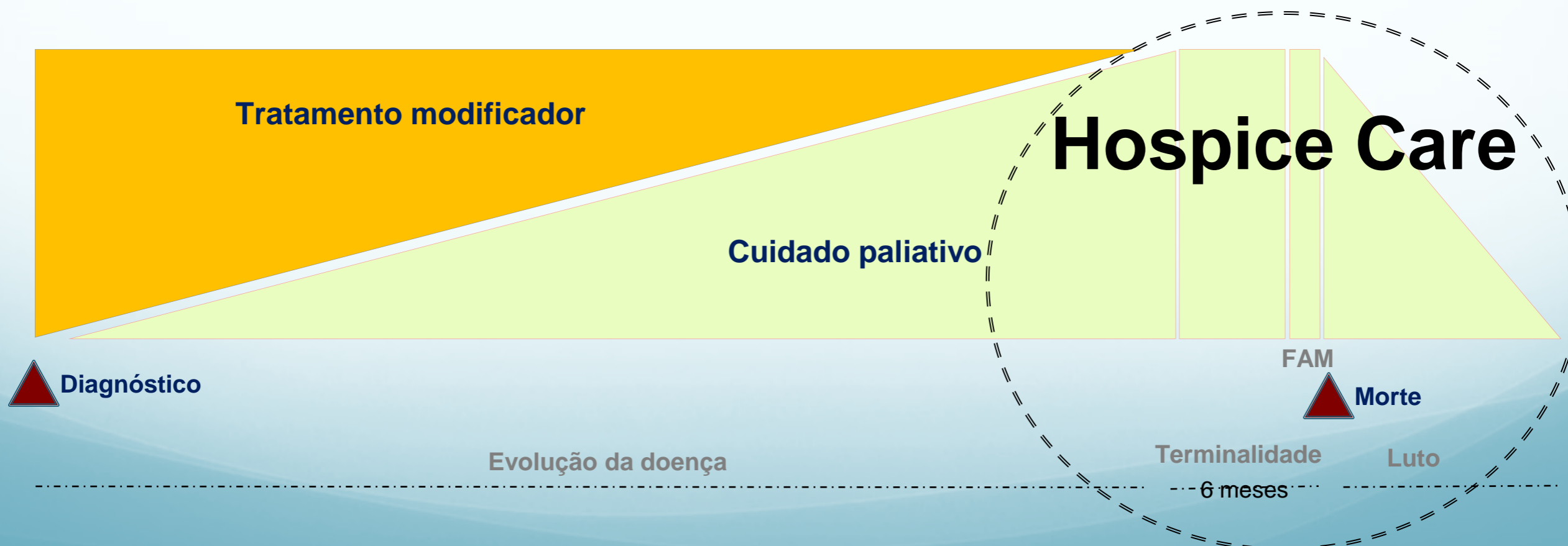
Social e familiar



Psicológico



Espiritual



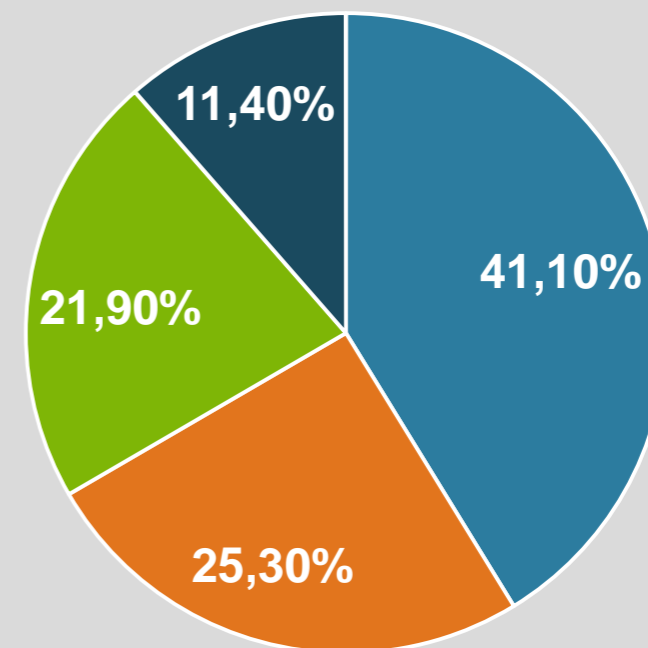
O “Hospice Care” é um modelo de atenção voltado para pacientes com doenças em fase de terminalidade

Conceito e relevância

- Pacientes com doenças em fase terminal
- Filosofia do cuidado paliativo
 - Dores físicas e demandas emocionais, sociais e espirituais
 - Suporte estendido a familiares e entes queridos
 - Foco em cuidar e não em curar
- Modelo de atenção
 - Família é a cuidadora primária com suporte de uma equipe multidisciplinar
 - Preferencialmente no local em que o paciente reside
- 45% das mortes nos EUA ocorrem sob assistência de um programa de hospice care

Local da assistência

Local de entrega do "Hospice Care"



- Residência
- Casa de enfermagem
- Hospice Facility
- Hospital

6 em cada 10 pacientes são assistidos fora do domicílio

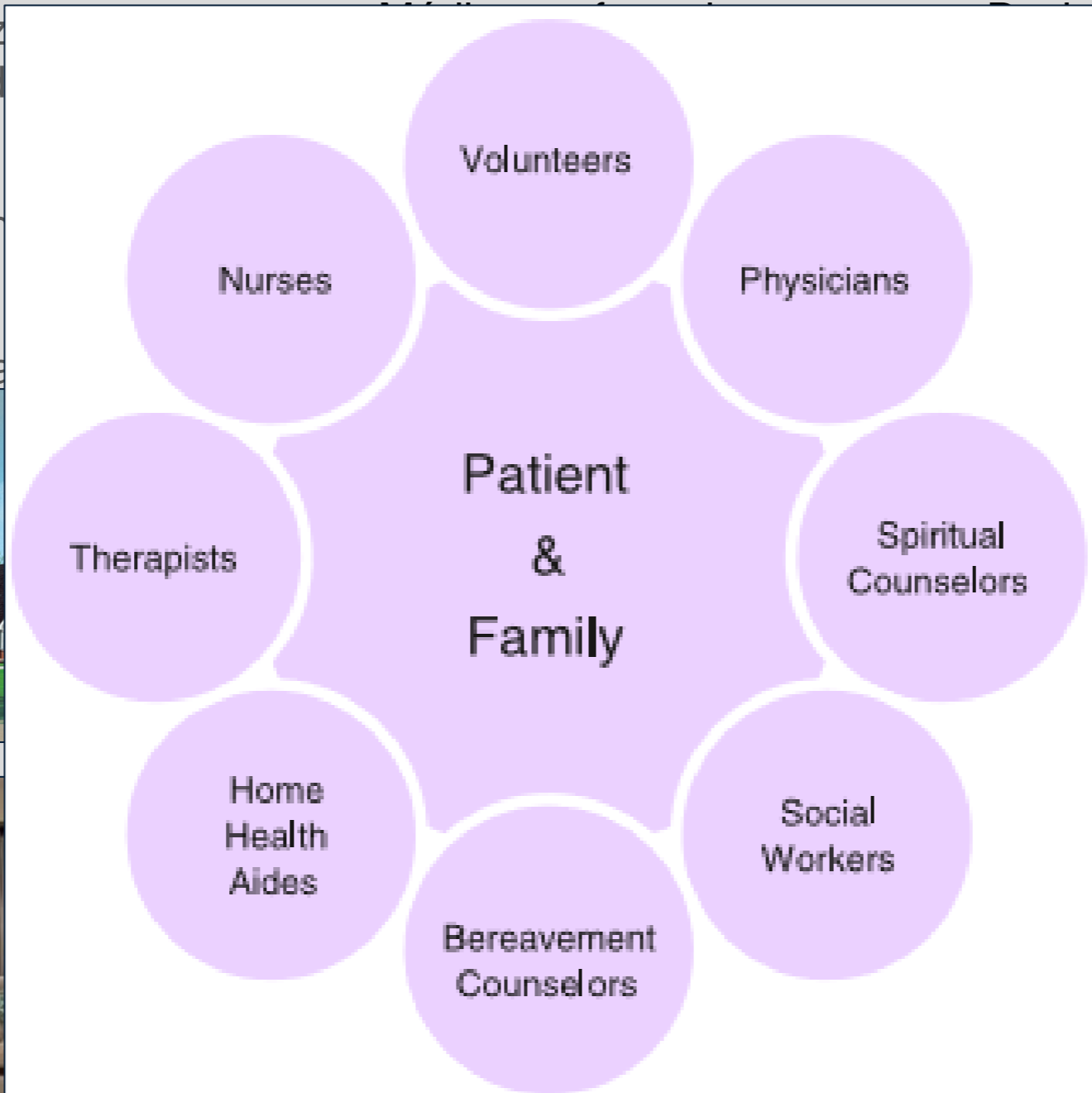
Uma Clínica Hospice é uma unidade de internação de baixa complexidade, humanizada, com assistência contínua de equipe multidisciplinar especializada

Estrutura física

- Edificação horizontal, ampla, iluminada e arborizada
- Espaços comuns e integração
- Suites ambientais



Equipe



Demanda

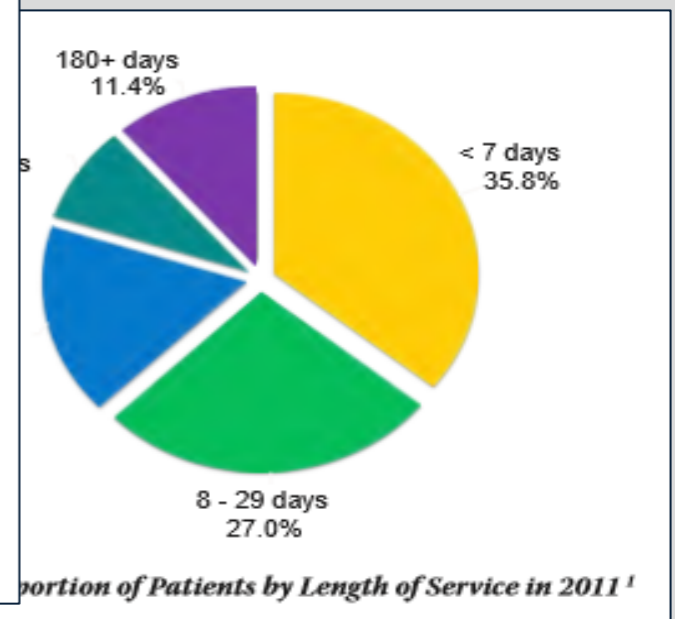
...tes procedentes de hospitais e domicílios

...te não candidatos a Home Hospice por difícil controle de sintomas ou opção da família

...ndidatos a manobras de estabilização

...demanda oncológica

...de estadia é de 67d



Mudança da perspectiva da morte

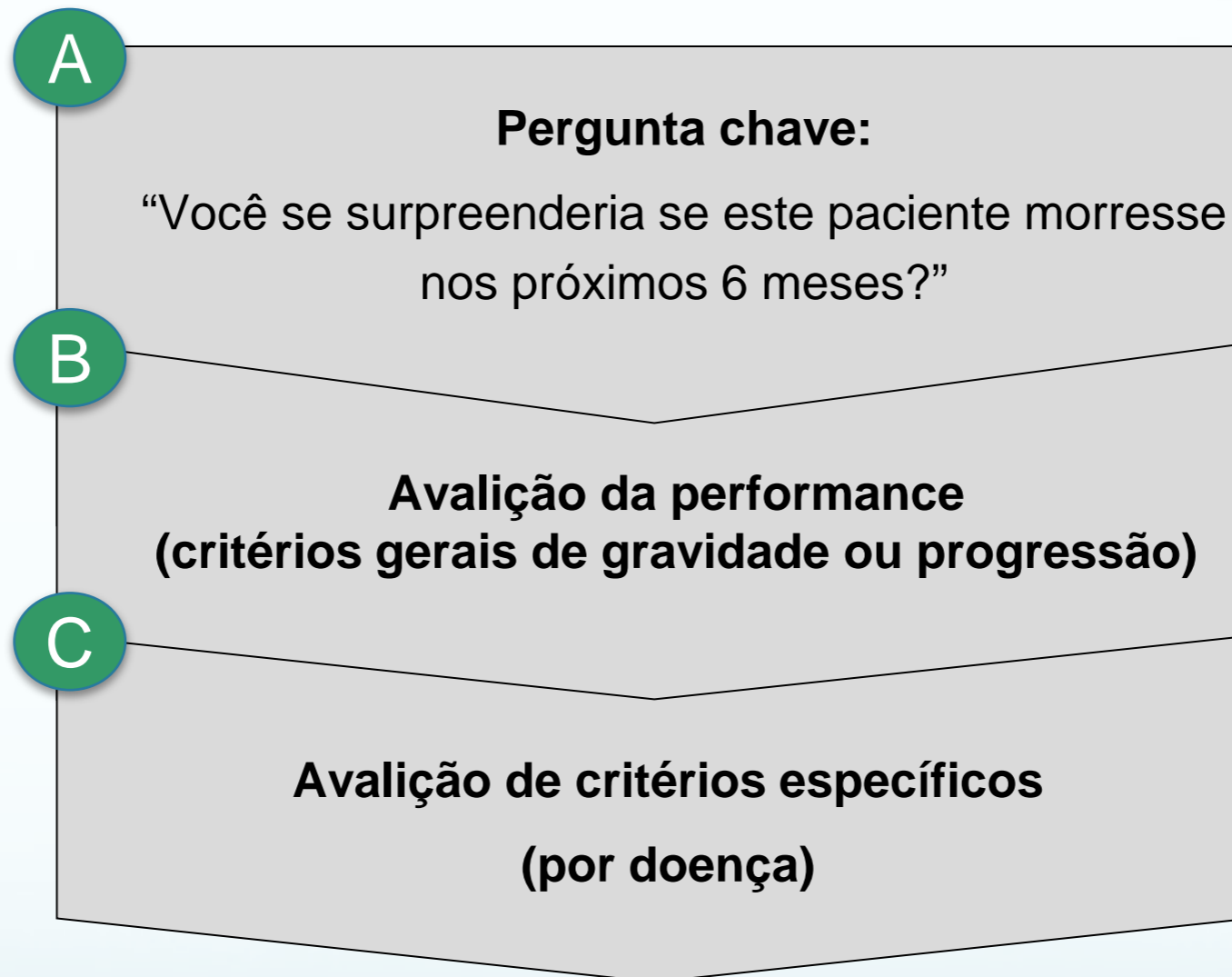


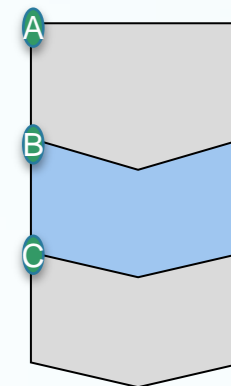
Durante muitos séculos, por toda a Idade Média, a morte era entendida com naturalidade, fazendo parte do ambiente doméstico, chamada também de “morte domada” (Ariès, 1981). A morte era ritualizada, comunitária e enfrentada com dignidade e resignação. A partir de então, o doente, chamado na época de moribundo, tomava suas próprias providências e a morte ocorria em uma cerimônia pública, organizada e presenciada pelo próprio indivíduo em processo de morte.

Mudança da perspectiva da morte



Como identificar?





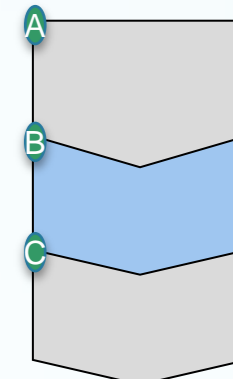
B

Critérios gerais de gravidade ou progressão

ECOG

0	Assintomático, atividades normais, sem restrições.
1	Sintomático, porém ambulatorial
2	Sintomático, acamado menos que 50% do dia
3	Sintomático, acamado mais que 50% do dia
4	Acamado, pode necessitar internação
5	Morte

Anexo II: PPS

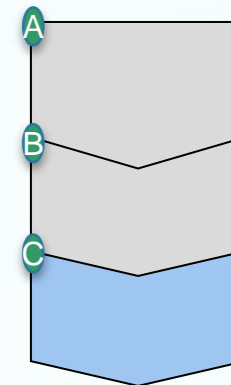


B

Critérios gerais de gravidade ou progressão

%	Deambulação	Atividade e evidência da doença	Auto-cuidado	Ingesta	Nível de consciência
100	Completa	Atividade normal e trabalho; sem evidência de doença	Completo	Normal	Completa
90	Completa	Atividade normal e trabalho; alguma evidência de doença	Completo	Normal	Completa
80	Completa	Atividade normal com esforço; alguma evidência de doença	Completo	Normal ou reduzida	Completa
70	Reduzida	Incapaz para o trabalho; doença significativa	Completo	Normal ou reduzida	Completa
60	Reduzida	Incapaz para hobbies/trabalho doméstico. Doença significativa	Assistência ocasional	Normal ou reduzida	Completa ou períodos de confusão

50	Maior parte do tempo sentado ou deitado	Incapaz para qualquer trabalho; doença extensa	Assistência considerável	Normal ou reduzida	Completa ou períodos de confusão
40	Maior parte do tempo acamado	Incapaz para a maioria das atividades; doença extensa	Assistência quase completa	Normal ou reduzida	Completa ou sonolência +/- confusão
30	Totalmente acamado	Incapaz para a maioria das atividades; doença extensa	Dependência completa	Normal ou reduzida	Completa ou sonolência +/- confusão
20	Totalmente acamado	Incapaz para a maioria das atividades; doença extensa	Dependência completa	Mínima a pequenos goles	Completa ou sonolência +/- confusão
10	Totalmente acamado	Incapaz para a maioria das atividades; doença extensa	Dependência completa	Cuidados com a boca	Sonolência ou coma +/- confusão
0	Morte	-	-	-	-



Na última fase de identificação do paciente serão utilizados critérios específicos, conforme patologia principal – 1/3

C Critérios específicos

Câncer (um dos critérios)

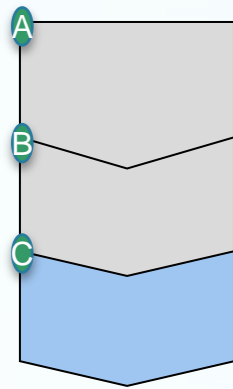
- Diagnóstico de doença metastática, estágio IV, (ou estágio III para pulmão, pâncreas, estômago e esôfago) com baixa resposta ou contraindicação ao tratamento específico, surtos progressivos durante tratamento ou acometimento metastático de órgão vital (SNC, fígado, acometimento pulmonar importante, etc)
- PPS \leq 40
- Sintomas persistentes não compensados a despeito de tratamento otimizado da condição subjacente

DPOC (dois ou mais critérios)

- Dispneia em repouso ou aos mínimos esforços quando fora de crises
- Sintomas de difícil controle físicos ou psicológicos apesar de máximo tratamento tolerado
- Espirometria com: VEF1 $<$ 30% ou CVF $<$ 40% / DLCO $<$ 40%
- Critérios de indicação de O₂ domiciliar
- Insuficiência cardíaca sintomática
- $>$ 3 admissões hospitalares, em 12m, por descompensação

Insuficiência Cardíaca (dois ou mais critérios)

- Classe funcional (NYHA) III ou IV, doença valvar grave ou coronariopatia inoperável
- Dispneia em repouso ou aos mínimos esforços
- Sintomas físicos ou psicológicos de difícil controle apesar de máximo tratamento tolerado
- ECO: FEVE $<$ 30% ou PSAP $>$ 60mmHG
- Insuficiência renal (TFG $>$ 30l/min)
- $>$ 3 admissões hospitalares, em 12m, por descompensação



Na última fase de identificação do paciente serão utilizados critérios específicos, conforme patologia principal - 2/3

C Critérios específicos

Doença cérebro vascular (um dos critérios)

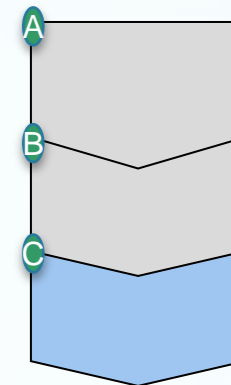
- Fase aguda e subaguda (< 3 meses após AVC): estado vegetativo persistente ou estado mínimo de consciência por >3 dias
- Fase crônica (> 3 meses após AVC): complicações médicas repetidas:
 - Pneumonia aspirativa apesar de medidas) ou;
 - Pielonefrite >1x) ou;
 - Elevação de temperatura persistente após > 1 semana em uso de ATB ou;
 - Úlceras de pressão estágio III-IV ou;
 - Demência grave após AVC

Outras doenças neurológicas (dois ou mais critérios)

- Deterioração clínica e/ou cognitiva progressiva a despeito de terapia otimizada
- Sintomas complexos e difíceis
- Problemas na fala com dificuldade crescente para se comunicar
- Disfagia progressiva
- Pneumonia aspirativa recorrente, dispneia ou insuficiência respiratória

Doença Hepática Crônica (um dos critérios)

- Cirrose avançada:
 - Child C (fora da descompensação ou com tratamento otimizado) ou;
 - MELD-Na > 30 ou com ≥ 1 das complicações a seguir:
 - Ascite refratária a diuréticos
 - síndrome hepatorenal;
 - HDA devido a hipertensão portal com falha de resposta a tratamento farmacológico e endoscópico e com contraindicação a transplante e TIPS
- Carcinoma hepatocelular presente, estágio C ou D



Na última fase de identificação do paciente serão utilizados critérios específicos, conforme patologia principal – 3/3

C

Critérios específicos

Doença Renal Crônica (critério único)

- Doença renal terminal (FG<15) em paciente cujo tratamento substitutivo ou transplante está contraindicado

Demência (dois ou mais critérios)

- Critério de gravidade:
 - Inabilidade para se vestir, tomar banho ou comer sem assistência (FAST 6c) ou;
 - Incontinência fecal ou urinária (FAST 6d-e) ou;
 - Inabilidade para comunicar com significado - 6 ou menos palavras inteligíveis (FAST 7)
- Critério de progressão:
 - Perda de duas ou mais atividades da vida diária (AVD) nos últimos 6 meses apesar de tratamento adequado (não valorizado em caso de intercorrência aguda devido a condição concorrente) ou;
 - Dificuldade para engolir, ou negativa para se alimentar em pacientes que não receberão alimentação enteral ou parenteral
- Critério de uso de recursos:
 - Múltiplas admissões (> 3 em 12 meses) devido a processos concorrentes – pneumonia aspirativa, pielonefrite, sepse, etc – que causem declínio cognitivo/funcional

Clínica Florence – 6 meses de vida



- “Cuidados paliativos de fim de vida”
- 32 pacientes internados
 - 25 cuidados paliativos - hospice
 - 20 óbitos
- 20% oncológicos X 80% não oncológicos

Clínica Florence – 6 meses de vida

Avaliação de satisfação do cliente – NPS: Net promoter score

Período: maio a novembro de 2017

NPS: **95,2%**

NPS: 95,2 = 95,2 (Promotores) – 0 (Detratores)



Total de respondedores: 21

0%	Detratores: 0
4,7%	Neutros: 1
95,2%	Promotores: 20





Educação continuada





frcorreiaa@gmail.com
fernanda.tourinho@clinicaflorence.com.br