


**ORIENTAÇÕES PARA
TRIAGEM E ASSISTÊNCIA
PELOS PROFISSIONAIS DA
SAÚDE DA SESAB, ATUANTES
NA PANDEMIA DA
COVID-19, AOS PACIENTES
COM INDICAÇÃO DE
CUIDADOS PALIATIVOS**



**GOVERNO
DO ESTADO**

SECRETARIA
DA SAÚDE

 @saudegovba
saude.ba.gov.br/coronavirus

GOVERNADOR DO ESTADO
RUI COSTA

SECRETÁRIO DE SAÚDE
FÁBIO VILAS-BOAS

SUBSECRETÁRIA DE SAÚDE
TEREZA PAIM

DIRETORIA DE GESTÃO DA REDE PRÓPRIA (DGRP)
IGOR LOBÃO

REALIZAÇÃO:

ELABORAÇÃO DO PROJETO - 2020
FRANKLIN SANTANA SANTOS
KAROLINE APOLÔNIA

“Os cuidados paliativos assumirão um papel central nos cuidados aos pacientes em uma pandemia de influenza.”
- Rosoff (1)

SUMÁRIO:

INTRODUÇÃO.....	05
ASPECTOS ÉTICOS DA IDENTIFICAÇÃO PRECOCE DE PACIENTES EM CUIDADOS PALIATIVOS NA PANDEMIA DA COVID-19.....	06
TRIAGEM DOS PACIENTES.....	07
FLUXOGRAMA SESAB DE CUIDADOS PALIATIVOS PARA O DOENTE COM COVID-19.....	10
ANEXO 1	11
ANEXO 2	12
ANEXO 3	14
ANEXO 4	16
ANEXO 5	17
ANEXO 6	18
ANEXO 7	19
ANEXO 8	20
ANEXO 9	21
ANEXO 10	22
ANEXO 11	23

INTRODUÇÃO:

Durante uma pandemia, como a que experienciamos agora com a COVID-19, é importante que todos os pacientes recebam cuidados de saúde, pois isso é um imperativo ético, independente da sua expectativa de vida, de gênero, idade, classe social, da presença ou não de comorbidades que possam influenciar sua sobrevivência. Entende-se que a saúde é um direito constitucional e de acesso universal e gratuito realizado através de cuidados humanizados pelo Sistema Único de Saúde - SUS.(2,3)

A humanização, conforme a Política de Humanização do SUS - HUMANIZASUS é a valorização dos usuários, trabalhadores e gestores no processo de produção de saúde. Valorizar os sujeitos é oportunizar uma maior autonomia, a ampliação da sua capacidade de transformar a realidade em que vivem, através da responsabilidade compartilhada, da criação de vínculos solidários, da participação coletiva nos processos de gestão e de produção de saúde.

Sabemos com os dados disponíveis da literatura recente (4, 5) que alguns pacientes, como os idosos, portadores de HAS, Diabetes, Câncer, Asma, DPOC, Demência, fragilidade grave, Insuficiência Renal Crônica, pacientes em Cuidados Paliativos entre outros, correm maior risco de desenvolverem um desfecho desfavorável na presença da COVID-19.

A identificação e classificação das condições clínicas dos pacientes são muito importantes para que as autoridades sanitárias e profissionais de saúde possam ser guiados por informações científicas na escolha das melhores medidas de cuidados e tratamento em saúde, e que estas sejam igualmente em conformidade com os princípios éticos.

Princípios fundamentais para manter o atendimento nos Cuidados Paliativos - CP em situações de pandemia segundo recomendações da Academia Nacional de Cuidados Paliativos - ANCP-Brasil.(6)

1. PROTEÇÃO CONTRA DANOS:

Uma pandemia de gripe e um sistema de classificação de prioridades assistenciais têm o potencial de proporcionar sofrimento físico, social e emocional significativo. Temos a obrigação de proteger aqueles que sofrem dos possíveis efeitos causados por uma pandemia e um sistema de classificação.

2. PROPORCIONALIDADE:

Qualquer classificação dos recursos de CP deve refletir as necessidades da comunidade e fornecer esse cuidado com alta qualidade para os necessitados. Medicamentos, equipamentos, camas e especialistas devem ser oferecidos conforme a demanda da gravidade do paciente, evitando ao máximo perdas e usos desnecessários.

3. DEVER DE CUIDAR:

O CP é um componente fundamental de qualquer plano de classificação de pandemia, e os profissionais que atuam nesses cuidados têm a obrigação de prestá-los com o intuito de aliviar o sofrimento tanto da pessoa quanto de seus familiares. Sempre devemos equilibrar esse dever com obrigações concorrentes para proteger nossa própria saúde e a de nossas famílias.

(2) Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. (Internet). 2020. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm

(3) Política Nacional de Humanização (PNH)-(Internet). 2020. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/saude-de-a-z/projeto-lean-nas-emergencias/693-acoes-e-programas/40038-humanizaus>. Acessado em 29 de março de 2020.

(4) Zang J.J et al. Clinical characteristics of 140 patients infected with SARS-CoV-2 in Wuhan, China. Allergy. 2020;00:1-12. DOI: 10.1111/all.14238.

(5) Wu Z, McGoogan JM. Characteristics of and important lessons from the coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak in China: summary of a report of 72 314 cases from the Chinese Center for Disease Control and Prevention. JAMA 2020 February

(6) ANCP. Posicionamento da Academia Nacional de Cuidados Paliativos sobre COVID-19. Internet. 2020. Disponível em: <https://paliativo.org.br/wp-content/uploads/2020/03/Orienta%C3%A7%C3%A3o-sobre-atendimentos-em-Cuidados-Paliativos-22032020.pdf>. Acessado em 29 de março de 2020.

4. RECIPROCIDADE:

Devemos concentrar com mais ênfase o CP a pacientes críticos que não são candidatos à terapia de suporte de vida. Esses pacientes e seus familiares correm alto risco de se sentirem abandonados pelo sistema de saúde e devem receber de uma equipe interdisciplinar, cuidados e orientações voltadas para o conforto e qualidade de vida.

5. EQUIDADE:

Devemos garantir que os CP de alta qualidade estejam disponíveis para todos os pacientes que possam dele necessitar, independentemente do prognóstico, da localização e cenário que se encontrarem.

6. CONFIANÇA:

Os profissionais de saúde devem se comunicar honestamente e tomar decisões de maneira transparente acerca da evolução do quadro da doença, a fim de manter a confiança com outros profissionais de saúde, com o paciente, seus familiares e com a comunidade. Os profissionais de saúde devem ser claros que os princípios dos CP buscam o controle de sintomas, melhoria do conforto e maior qualidade, sem apressar a morte ou promover eutanásia. A confiança pode ser facilmente perdida e é muito difícil restaurá-la.

ASPECTOS ÉTICOS DA IDENTIFICAÇÃO PRECOCE DE PACIENTES EM CUIDADOS PALIATIVOS NA PANDEMIA DO COVID-19(7,8,9)

Com a expansão da pandemia pelo mundo muitas questões bioéticas estão sendo levantadas como direito de recusa de profissionais em não atender pacientes infectados sem Equipamentos de Proteção Individual - EPI. Hospitais consideram mudanças nas situações de não ressuscitar em meio à pandemia de COVID-19, o uso de consulta e utilização de telemedicina, entre outros (7).

O modelo de análise bioética, comumente utilizado, e de grande aplicação na prática clínica na maioria dos países é o “principalista”, introduzido por Beauchamp e Childress, em 1989. (8) Esses autores propuseram quatro princípios bioéticos fundamentais: autonomia, beneficência, não-maleficência e justiça, e assim detalhados pelo centro de Bioética do Conselho Regional de Medicina de São Paulo: Baseados nesses princípios, entendemos que os cuidados de saúde para pacientes com critério clínico de indicação de CP devem obedecer igualmente a:

1. O PRINCÍPIO DA AUTONOMIA:

Requer que os indivíduos capacitados de deliberarem sobre suas escolhas pessoais, devam ser tratados com respeito pela sua capacidade de decisão.

2. O PRINCÍPIO DA BENEFICÊNCIA:

Refere-se à obrigação ética de maximizar o benefício e minimizar o prejuízo. O profissional deve ter a maior convicção e informação técnica possível, que assegure ser o ato médico benéfico ao paciente.

3. O PRINCÍPIO DA NÃO-MALEFICÊNCIA:

Estabelece que a ação do médico sempre deva causar o menor prejuízo ou agravos à saúde do paciente, ação que não faz o mal. É universalmente consagrado através do aforismo hipocrático *primum non nocere*

(7) Emanuel EJ et al. Fair Allocation of Scarce Medical Resources in the Time of Covid-19. The new England Journal of Medicine. March 23, 2020 DOI: 10.1056/NEJMsb2005114

(8) Gracia D. Pensar a bioética-metas e desafios. Edições Loyola. São Paulo, 2010

(9) Centro de Bioética do CREMESP. Princípios bioéticos. (Internet). Disponível em: bioetica.org.br/?siteAcao=Manuais&exibe=conteudo&id=53. Acessado em 29 de março de 2020.

(primeiro não prejudicar), cuja finalidade é a redução dos efeitos adversos ou indesejáveis das ações diagnósticas e terapêuticas no ser humano.

4. O PRINCÍPIO DA JUSTIÇA:

Estabelece como condição fundamental a equidade: obrigação ética de tratar cada indivíduo conforme o que é moralmente correto e adequado e de dar a cada um o que lhe é devido. O médico deve atuar com imparcialidade, evitando ao máximo que aspectos sociais, culturais, religiosos, financeiros, ou outros, interfiram na relação médico-paciente. Os recursos devem ser equilibradamente distribuídos, com o objetivo de alcançar, com melhor eficácia, o maior número de pessoas assistidas.

Em conformidade com o instrumento NECPAL(10) de identificação de pacientes com necessidade de CP, enumeramos alguns questões importantes

- A identificação precoce visa melhorar ativamente a qualidade dos cuidados, introduzindo uma abordagem paliativa abrangente e cuidados integrados, respeitando os valores e as preferências dos pacientes e das famílias, e que tem demonstrado promover boas práticas e benefícios para os pacientes.
- Promove a equidade, o acesso universal e a cobertura de necessidades, bem como o pleno exercício dos direitos do paciente a um atendimento de qualidade.
- Devem ser implementadas medidas ativas para reduzir os possíveis riscos do seu uso indevido, como estigmatização, perda de oportunidades curativas ou impacto negativo, através da participação ativa dos pacientes, formação generalizada de profissionais no tratamento paliativo, visualização de informações clínicas relevantes, o reconhecimento de protocolos de medidas para melhorar a qualidade e a participação ativa das comissões de ética na concepção e acompanhamento dos programas.

TRIAGEM DOS PACIENTES

Os pacientes com necessidades de CP serão triados e classificados a partir do instrumento padrão ouro que é o NECPAL(10), aqui adaptado para a vigência de uma pandemia, em específico a COVID-19. Este instrumento foi desenvolvido e validado para populações com indicação e que se beneficiam da abordagem precoce dos CP. Esse instrumento foi traduzido, adaptado e validado para a população brasileira(11).

Essa triagem tem o intuito primário de orientar profissionais de saúde da SESAB de que pacientes considerados paliativos podem e devem continuar a receber cuidados de saúde, mesmo em um contexto de pandemia, independente do tipo de cuidado e local.

Estas orientações têm o objetivo principal de orientar cuidados proporcionais a cada paciente. Porém, o poder de decisão, na implementação ou não da tecnologia de suporte avançado à vida, estará nas mãos de quem realiza a assistência a essa população. Devem ser respeitados os preceitos éticos, as vontades expressas pelo paciente e a autonomia de decisão dos médicos, sendo essa baseada em critérios éticos e científicos. (12, 13, 14, 15, 16).

(10) Gómez-Batiste X, Martínez-Muñoz M, Blay C, et al. Identificación de personas con enfermedades crónicas avanzadas y necesidad de atención paliativa en servicios sanitarios y sociales: elaboración del instrumento NECPAL CCOMS-ICO. Med Clin (Barc). 2013;140(6):241-5.

(11) Santana, MT. Adaptação transcultural e validação do instrumento NECPAL CCOMS-ICO® para a Língua Portuguesa. Dissertação [Mestrado em Ciências] - Escola Paulista de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo, 2018.

Para pacientes com critério de indicação de CP com diagnóstico de COVID-19, se faz necessário preencher apenas um único dos enumerados na tabela a seguir:

CONDIÇÃO CLÍNICA	CRITÉRIOS
AIDS	Falência de tratamento com HAART
Declínio Cognitivo	FAST ≥ 7 (Ver Anexo 1)
Declínio Funcional	Karnofsky < 50 ou Barthel $> 30\%$ Ou perda de ≥ 3 ABVDs (Ver Anexos 2,3 e 4)
Demências	FAST ≥ 7 (Ver Anexo 1)
Doença Neurológica Neurodegenerativa - ELA, Parkinson etc	ELA - Dependência de Ventilação Mecânica Parkinson - Acamado (Ver Anexo 5)
Doença Neurológica Vascular	Durante a fase aguda e subaguda (< 3 meses pós-AVC): estado vegetativo persistente; ou Consciência mínima > 3 dias. Durante a fase crônica (> 3 meses pós-AVC): complicações médicas repetidas (ou demência com critérios de gravidade pós-AVC)
Doença Oncológica	Câncer metastático ou locoregional avançado com ECOG ≥ 4 (Ver Anexo 6)
Fragilidade	Índice de Fragilidade ≥ 7 (Ver Anexo 7)
ICC	Insuficiência cardíaca em estágio IV da NYHA. (Ver Anexo 8)
Insuficiência Hepática	Cirrose avançada Child C em pacientes que não são candidatos ou que recusam tratamento e / ou transplante. (Ver Anexo 9)
Insuficiência Renal Crônica	Insuficiência renal grave (TFG < 15) em pacientes que não são candidatos ou que recusam tratamento e / ou transplante.
Multi-morbidade > 2 doenças crônicas (Câncer, DPOC, ICC, I. Hepática, I Renal, AVC, demência, Neurodegenerativas, AIDS, outras enfermidades avançadas)	Índice de Comorbidade de Charlson. (Ver Anexo 10)
Pneumopatia Grave	Basal de SatO ₂ ≤ 90 em ar ambiente, dependente de O ₂ e mais de 3 internações por descompensação por ano.
Síndromes Geriátricas • Quedas • Úlceras por pressão • Disfagia • Delirium • Infecções repetidas (mais de 2 mesmo sítio em 3 meses)	Anamnese de dados clínicos Condições ≥ 3 ou persistente.
Escala de Desempenho em Cuidados Paliativos(PPS- Palliative Performance Scale)	PPS ≤ 30 (Anexo 11)

- 1) Utilizar instrumentos validados de gravidade e / ou prognóstico com base na experiência e evidência.
- 2) Em todos os casos, avaliar o sofrimento emocional ou impacto funcional grave no paciente (e / ou impacto família) como critério para necessidades paliativas.
- 3) Em todos os casos, avaliar dilemas éticos na tomada de decisão.
- 4) Sempre avaliar combinação com multi-morbidade.

(12) Ramos JGR et al. Development of an algorithm to aid triage decisions for intensive care unit admission: a clinical vignette and retrospective cohort study. Critical Care volume 20, Article number: 81 (2016)

(13) Péus D, Newcomb N, Hofer S. Appraisal of the Karnofsky Performance Status and proposal of a simple algorithmic system for its evaluation. BMC Med Inform Decis Mak. 2013; 13:72.

(14) Biddison LD, Berkowitz KA, Courtney B, et al. Ethical considerations: care of the critically ill and injured during pandemics and disasters: CHEST consensus statement. Chest 2014; 146: 4 Suppl:e145S-e155S.

(15) Christian MD, Sprung CL, King MA, et al. Triage: care of the critically ill and injured during pandemics and disasters: CHEST consensus statement. Chest 2014; 146:4 Suppl:e61S-e74S.

(16) Ramos JCR. Tese de doutorado. FMUSP. Avaliação de um instrumento de auxílio à tomada de decisão para a priorização de vagas em unidades de terapia intensiva. São Paulo. 2018. Acessível em: <https://teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5169/tde-02082018-090906/fr.php>

Com o objetivo de tornar a classificação de prioridade para admissões em unidades de UTI, será utilizado um algoritmo para classificar cada paciente em uma das 5 classes de prioridade, além do respaldo bioético em resolução do CFM a esse respeito (12, 16, 17). Calculadora online fornecida pela SESAB e equipe de gestão de cuidados paliativos.

Descrição da prioridade de triagem conforme atribuída pelo algoritmo, de acordo com diretrizes da Society of Critical Care Medicine de 2016

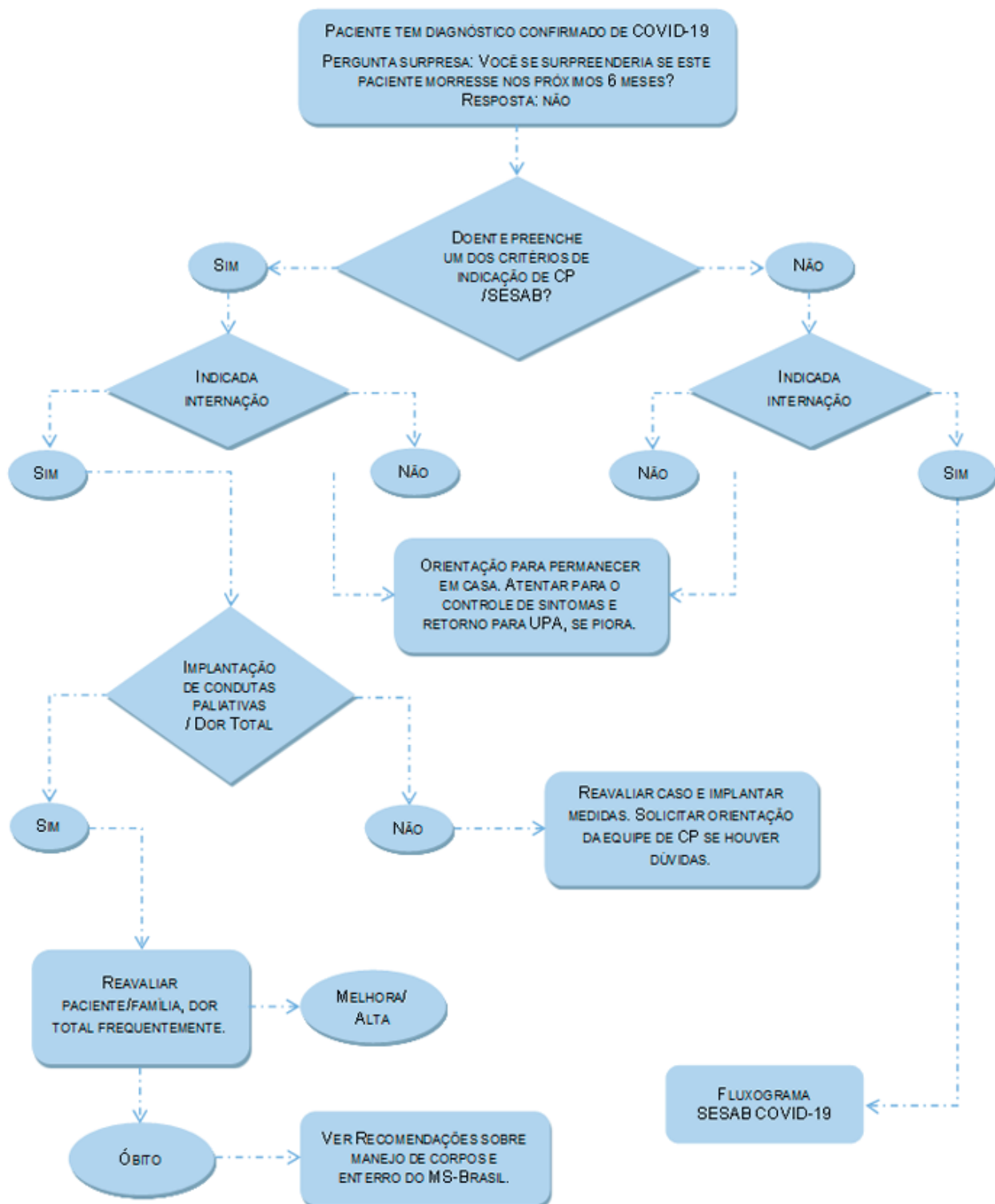
Prioridade 2016	Descrição
1	Pacientes criticamente enfermos que requerem terapias ou monitorizações que só podem ser disponibilizadas em ambiente de UTI.
2	Pacientes, como os descritos acima, porém com chance significativamente menor de recuperação.
3	Pacientes com disfunção orgânica que necessitam de terapias ou monitorizações que poderiam ser disponibilizadas em ambientes outros que não a UTI.
4	Pacientes, como os descritos acima, porém com chance significativamente menor de recuperação.
5	Pacientes terminais ou moribundos com pouca ou nenhuma probabilidade de recuperação. Esses pacientes, em geral, não são apropriados para admissão em UTI.

O link de acesso ao software, resultante da tese de doutorado em medicina(FMUSP) do Dr João Gabriel Rosa Ramos*, e intitulado : Instrumento de auxílio a tomada de decisão para priorização de vagas em Unidades de Terapia Intensiva(UTI) , está em construção e em breve ficará disponível para consulta e uso na plataforma: <http://www.saude.ba.gov.br/temasdesaude/coronavirus/profissionais-de-saude-covid19/>

17-CFM- RESOLUÇÃO CFM Nº 2.156/2016. Estabelece os critérios de admissão e alta em unidade de terapia intensiva. Online. Disponível em : <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2016/2156>

****Agradecemos ao Dr. João Gabriel Rosa Ramos pela disponibilidade do uso do software, instrumento de auxílio a tomada de decisão para priorização de vagas em UTI, pela Sesab e ao seu orientador de doutorado Dr Daniel Neves Forte pela indicação desse trabalho.***

FLUXOGRAMA SESAB DE CUIDADOS PALIATIVOS PARA O DOENTE COM COVID-19



ANEXO 1

FAST - ESCALA DE ESTADIAMENTO FUNCIONAL DEMÊNCIAS/DECLÍNIO COGNITIVO(1)

FASE	AÇÕES
1	Não tem dificuldades objetivas ou subjetivas.
2	Tem queixas subjetivas de esquecimento.
3	Diminuiu funcionalidade no trabalho, que é evidente para colegas, e dificuldade para viajar para novos locais.
4	Diminuiu capacidade de realizar tarefas complexas, como por exemplo, o planejamento de jantar para os hóspedes, finanças, manipulação.
5	Requer ajuda para escolher roupas adequadas para o dia, estação, ou ocasião.
6A	Não é possível se vestir sem ajuda, ocasionalmente ou frequentemente.
6B	Não é possível banhar-se sem assistência, ocasionalmente ou frequentemente.
6C	Não é possível executar a mecânica de ir ao banheiro sem ajuda, ocasionalmente ou frequentemente.
6D	É incontinente urinário, ocasionalmente ou frequentemente.
6E	É incontinente fecal, ocasionalmente ou frequentemente.
7A	Tem discurso limitado a menos de seis palavras inteligíveis durante um dia médio.
7B	Tem discurso limitado a uma palavra inteligível durante um dia médio.
7C	É incapaz de deambular de forma independente.
7D	Não é possível sentar-se de forma independente.
7E	Não é possível sorrir.
7F	Não é possível mover a cabeça de forma independente.

(1) Reisberg B. Functional Assessment Staging (FAST). Psychopharmacol Bull. 1998; 24:653-9.

ANEXO 2

ESCALA DE PERFORMANCE STATUS DE KARNOFSKY(2) (CAPACIDADE FUNCIONAL)

ESCALA	ATIVIDADES
100	Normal, sem queixas, sem evidência de doença.
90	Capaz de manter sua atividade normal, com sinais ou sintomas menores da doença.
80	Atividade normal com algum esforço, com alguns sinais ou sintomas da doença.
70	Autocuidado preservado, porém incapaz de manter sua atividade diária normal ou se manter em trabalho ativamente.
60	Requer alguma assistência, mas, na maior parte das vezes, é capaz de se responsabilizar pela maior parte de suas necessidades.
50	Requer assistência considerável e frequente cuidado médico.
40	Incapaz, necessitando de atenção, cuidado e assistências especiais.
30	Gravemente incapaz, hospitalização é indicada, apesar da morte não ser iminente.
20	Hospitalização é necessária, muito doente, tratamento de suporte ativo é necessário.
10	Moribundo, processo fatal progride rapidamente.
0	Morte.

(2) Karnofsky DA, Abelmann WH, Craver LF, Burchenal JH. The Use of the Nitrogen Mustards in the Palliative Treatment of Carcinoma - with Particular Reference to Bronchogenic Carcinoma. Cancer. 1948;1(4):634-56.

ANEXO 3

ÍNDICE DE BARTHEL(3)

ALIMENTAÇÃO
(10) INDEPENDENTE - Capaz de utilizar qualquer talher. Come em tempo razoável.
(5) AJUDA - Necessita de ajuda para cortar, passar manteiga, etc.
(0) DEPENDENTE.
BANHO
(10) INDEPENDENTE - Lava-se por completo em ducha ou banho de imersão, ou usa a esponja por todo o corpo. Entra e sai da banheira. Pode fazer tudo sem ajuda de outra pessoa.
(0) DEPENDENTE.
VESTUÁRIO
(10) INDEPENDENTE - Veste-se, despe-se e arruma a roupa. Amarra os cordões dos sapatos. Coloca cinta para hérnia ou o corpete, se necessário.
(5) AJUDA - Necessita de ajuda, mas realiza pelo menos metade das tarefas em tempo razoável.
(0) DEPENDENTE.
HIGIENE PESSOAL
(10) INDEPENDENTE - Lava o rosto, as mãos, escova os dentes, etc. Barbeia-se e utiliza sem problemas a tomada, no caso de aparelho elétrico.
(0) DEPENDENTE.
DEJEÇÕES
(10) CONTINENTE - Não apresenta episódios de incontinência. Quando são necessários enemas ou supositórios, coloca-os por si só.
(5) INCONTINENTE OCASIONAL - Apresenta episódios ocasionais de incontinência ou necessita de ajuda para o uso de sondas ou outro dispositivo.
(0) INCONTINENTE.
MICÇÃO
(10) CONTINENTE - Não apresenta episódios de incontinência. Quando faz uso de sonda ou outro dispositivo, toma suas próprias providências.
(5) INCONTINENTE OCASIONAL - Apresenta episódios ocasionais de incontinência ou necessita de ajuda para o uso de sondas ou outro dispositivo.
(0) INCONTINENTE.

(3) Mahoney FI, Barthel DW. Functional evaluation: the Barthel Index. Md State Med J. 1965;14:61-5.

Oliveira MA, et al. Validation of the Barthel Index in elderly patients attended in outpatient clinics, in Brazil. Acta Paul Enferm. 2010; 23(2):218-23.

USO DO VASO SANITÁRIO
(10) INDEPENDENTE - Usa o vaso sanitário ou urinol. Senta-se e levanta-se sem ajuda, embora use barras de apoio. Limpa-se e veste-se sem ajuda.
(5) AJUDA - Necessita de ajuda para manter o equilíbrio, limpar-se e vestir a roupa.
(0) DEPENDENTE.
PASSAGEM CADEIRA-CAMA
(15) INDEPENDENTE - Não necessita de qualquer ajuda, se utiliza cadeiras de rosa, faz isso independentemente.
(10) AJUDA MÍNIMA - Necessita de ajuda ou supervisão mínima.
(5) GRANDE AJUDA - É capaz de sentar-se mas necessita de assistência total para a passagem.
(0) DEPENDENTE.
DEAMBULAÇÃO
(15) INDEPENDENTE - Pode caminhar, sem ajuda, por até 50 metros. Embora utilize bengalas, muletas, próteses ou andador.
(10) AJUDA - Pode caminhar até 50 metros. Mas, necessita de ajuda ou supervisão.
(5) INDEPENDENTE EM CADEIRAS DE RODAS - Movimenta-se na cadeira de rodas, por pelo menos 50 metros.
(0) DEPENDENTE.
ESCADAS
(15) INDEPENDENTE - É capaz de subir ou descer escadas sem ajuda ou supervisão, embora necessite de dispositivos como muletas ou bengala ou se apóie no corrimão.
(5) AJUDA - Necessita de ajuda física ou supervisão.
(0) DEPENDENTE.

Observação: A pontuação máxima de INDEPENDÊNCIA é 100 pontos e a de DEPENDÊNCIA é zero.

(3) Mahoney FI, Barthel DW. Functional evaluation: the Barthel Index. Md State Med J. 1965;14:61-5.

Oliveira MA, et al. Validation of the Barthel Index in elderly patients attended in outpatient clinics, in Brazil. Acta Paul Enferm. 2010; 23(2):218-23.

ANEXO 4

AVALIAÇÃO DAS ATIVIDADES BÁSICAS DA VIDA DIÁRIA (ABVD)(4)

Avalia as atividades básicas da vida diária, necessárias para a independência em autocuidado. A deterioração implica na necessidade de assistência de outra pessoa.

A avaliação das atividades não é dicotômica, pois não permite avaliar situações intermediárias. É útil para avaliar o progresso em um programa de reabilitação, por exemplo. Este é o teste mais popular e amplamente utilizado no campo da reabilitação e geriatria

ALIMENTAÇÃO
(10) INDEPENDENTE - Capaz de utilizar qualquer instrumento necessário alimenta-se em um tempo razoável, capaz de cortar o alimento, usa temperos, passa manteiga no pão, etc., sozinho.
(5) AJUDA - Necessita de ajuda para cortar, passar manteiga, etc.
(0) DEPENDENTE - Necessita de alguém para ser alimentado.
BANHO
(5) INDEPENDENTE - Capaz de lavar-se por inteiro, usando o chuveiro ou banheira, permanecendo em pé e se ensaboando com a esponja por todo o corpo. Inclui entrar e sair do chuveiro/banheira sem a necessidade de uma pessoa presente.
(0) DEPENDENTE - Necessita de alguma ajuda.
VESTUÁRIO
(10) INDEPENDENTE - Capaz de vestir-se e arrumar-se na roupa. Amarra os sapatos, abotoa os botões, etc. Coloca coletes e cintas inguinais.
(5) AJUDA - Necessita de ajuda, mas realiza pelo menos metade das tarefas em tempo razoável.
(0) DEPENDENTE - Incapaz de arrumar-se, sem assistência maior.
ASSEIO PESSOAL
(5) INDEPENDENTE - Realiza todas as tarefas (lavar as mãos, rosto, cabelo, etc.). Inclui barbear-se e escovar os dentes. Não necessita de nenhuma ajuda. Inclusive pluga o barbeador elétrico na tomada se for o caso.
(0) DEPENDENTE. - Necessita de alguma ajuda.
EVACUAÇÃO
(10) CONTINENTE - Nenhum acidente; se necessita de enema ou supositórios pode fazer por si mesmo.
(5) INCONTINENTE OCASIONAL - Raro, menos de uma vez por semana, ou necessita de ajuda com supositório.
(0) INCONTINENTE.

(4) Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: selfmaintaining and instrumental activities of daily living. Gerontologist. 1969;9(3):179-86.

MICÇÃO
(10) CONTINENTE - Nenhum acidente: seco durante o dia e a noite. Capaz de usar qualquer dispositivo (cateter). Se necessário, será capaz de trocar a bolsa coletora de urina.
(5) ACIDENTE OCASIONAL - Menos de uma vez por semana. Necessita ajuda com fraldas.
(0) INCONTINENTE
USO DO VASO SANITÁRIO
(10) INDEPENDENTE - Entra e sai sozinho. É capaz de tirar e colocar as roupas, limpar-se e prevenir manchas nas roupas, esvaziar e limpar utensílios para dejeções. Capaz sentar-se e levantar-se sem ajuda ou pode usar barras de suporte.
(5) AJUDA - Necessita de ajuda para manter-se em equilíbrio, limpar-se ou tirar a colocar e roupa.
(0) DEPENDENTE. - Incapaz de manejar-se sem assistência maior.
TRANSFERÊNCIA DA CAMA PARA A CADEIRA / POLTRONA
(15) INDEPENDENTE - Não necessita de ajuda. Se utilizar cadeira de rodas, faz de forma independente.
(10) AJUDA MÍNIMA - Inclui supervisão verbal e pequena ajuda física, por exemplo, oferecido(a) pelo(a) cônjuge.
(5) GRANDE AJUDA - Capaz de sentar-se sem ajuda, mas necessita de muita assistência para sair da cama.
(0) DEPENDENTE. - Necessita de apoio completo para levantar-se com a ajuda de duas pessoas. Incapaz de permanecer sentado.
DEAMBULAÇÃO
(15) INDEPENDENTE - Pode utilizar qualquer tipo de auxiliar para marcha (próteses, bengalas, muletas, etc.) exceto andador. A velocidade não é importante. Pode caminhar pelo menos 50 metros ou equivalente sem supervisão ou ajuda.
(10) PRECISA DE AJUDA - Supervisão verbal ou física, incluindo instrumentos ou outras formas de ajuda para permanecer de pé. Deambula por 50 metros.
(5) INDEPENDENTE EM CADEIRAS DE RODAS - Impulsiona sua cadeira de rodas pelo menos 50 metros. Vira a cadeira em cantos apenas.
(0) DEPENDENTE - Requer ajuda maior.
DEGRAUS
(15) INDEPENDENTE - Capaz de subir/descer um andar com escadas sem ajuda ou supervisão mesmo utilizando o corrimão ou outros instrumentos de apoio.
(5) AJUDA - Supervisão verbal ou física.
(0) DEPENDENTE - Necessita de ascensores (cadeira elevador), não pode subir degraus.

TOTAL - SOMA SIMPLES DO RESULTADO DE CADA ITEM.

ENTRE 20 A 35 PONTOS - GRAVE

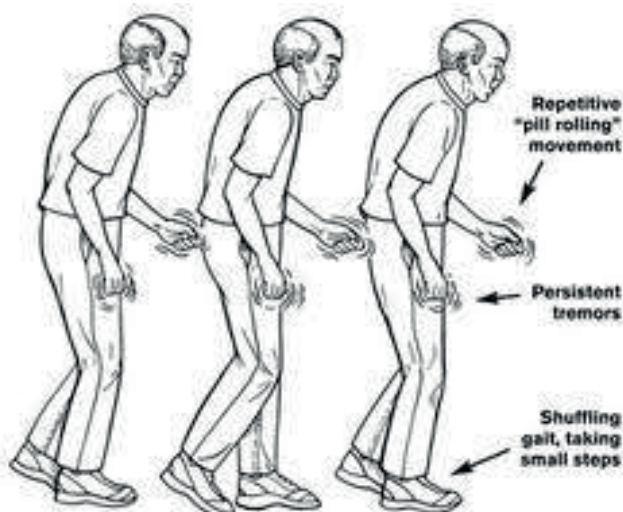
ENTRE 40 A 55 PONTOS - MODERADA

IGUAL OU MAIOR DE 60 - LEVE

(4) Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: selfmaintaining and instrumental activities of daily living. Gerontologist. 1969;9(3):179-86.

ANEXO 5

ESCALA DE HOEHN E YAHR (MODIFICADA) PARKINSON(5)



ESTÁGIO	CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS
0	Nenhum sinal da doença.
1	Doença unilateral.
1,5	Envolvimento unilateral e axial.
2	Doença bilateral sem déficit de equilíbrio.
2,5	Doença bilateral leve, com recuperação no “teste do empurrão”.
3	Doença bilateral leve a moderada; alguma instabilidade postural; capacidade para viver independente.
4	Incapacidade grave, ainda capaz de caminhar ou permanecer de pé sem ajuda.
5	Confinado à cama ou cadeira de rodas a não ser que receba ajuda.
FRAGILIDADE TERMINAL	Sem outra evidência de fragilidade; Próximo do fim de vida; e Expectativa de vida inferior a seis meses.

(5) Shenkman ML, Clark K, Xie T, Kuchibhatla M, Shinberg M, Ray L. Spinal movement and performance of standing reach task in participants with and without parkinson disease. Phys Ther. 2001;81(8):1400-11.

ANEXO 6

ESCALA DE PERFORMANCE ECOG(6)

FASE	AÇÕES
0	Totalmente ativo e capaz de realizar todo desempenho pré-doença sem restrição.
1	Restrito a atividade fisicamente extenuante, mas ambulatorial e capaz de realizar trabalhos de natureza leve ou sedentária, como exemplo trabalhos de escritório.
2	Ambulatorial e capaz de todo o autocuidado, porém, incapaz de realizar quaisquer atividades de trabalho e mais de 50% das horas de vigília.
3	Capaz de apenas autocuidado limitado; confinado a cama ou cadeira e mais de 50% das horas de vigília.
4	Completamente incapaz; Não pode realizar nenhum autocuidado; e totalmente confinado a cama ou cadeira.
5	Morto.

(6) Oken MM, Creech RH, Tormey DC, Horton J, Davis TE, McFadden ET, et al. Toxicity and response criteria of the Eastern cooperative oncology group. Am J Clin Oncol. 1982 Dec; 5(6):649-55.

ANEXO 7

ESCALA DE FRAGILIDADE(7)

Escala Clínica de Fragilidade de K. Rockwood possui um score de 9 níveis clínicos. Considera-se frágil os indivíduos acima do 5º e defende a integração de fatores cognitivos e sociais agrupados no conceito “a fragilidade multi-domínio”, incluindo a cognição, o humor, a motivação, habilidades motoras, equilíbrio, capacidade para as atividades de vida diária, nutrição, status social e comorbilidades.

CATEGORIA	CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS
ROBUSTO	Ativo, vigoroso, muito motivado, forte; Apto para a Idade; e Atividade física regular.
BEM / SAUDEL	Sem sintomas de doenças ativas; Menos apto que na categoria anterior; e Atividade física ocasional ou sazonal.
CONTROLADO	Comorbidades controladas; Sistemas de doenças controladas; e Sem atividade física para além da marcha habitual.
VULNERÁVEL	Sintomas de doenças não controladas; Limitação funcional de acordo com os sintomas da doença; Independente nas atividades de vida diária; Cansaço durante o dia; e Alteração na marcha (marcha lenta).
FRAGILIDADE LEVE	Dependente; Em grau reduzido nas atividades instrumentais de vida como: transporte, finanças, lida da casa que requer mais esforço, ir às compras e preparação de refeições; Supervisão na tomada de medicação; e Supervisão de marcha exterior.
FRAGILIDADE MODERADA	Dependente em grau moderado nas AVDs e AIVDs; Apoio e supervisão na marcha, subir e descer escadas dentro de casa ou necessidade de auxiliar de marcha; e Necessidade de ajuda e supervisão durante a noite.
FRAGILIDADE SEVERA	Dependente em grau elevado em todas as AVDs; Dependente do cuidador por causa física ou cognitiva; e Estável e sem risco de morrer nos próximos seis meses.
FRAGILIDADE MUITO SEVERA	Dependente em grau elevado em todas AVDs; Pode não recuperar de doença menor; e Próximo do fim de vida.
FRAGILIDADE TERMINAL	Sem outra evidência de fragilidade; Próximo do fim de vida; e Expectativa de vida inferior a seis meses.

(7) Mitnitski AB, Mogilner AJ, Rockwood K. Accumulation of deficits as a proxy measure of aging. Scientific World Journal 2001; 1:323-36.

ANEXO 8

NEW YORK HEART ASSOCIATION ICC - CLASSE FUNCIONAL(8)

A insuficiência cardíaca tem sido classicamente categorizada com base na intensidade de sintomas em quatro classes propostas pela New York Heart Association. Estas classes estratificam o grau de limitação imposto pela doença para atividades cotidianas do indivíduo.

Vale dizer, portanto, que esta classificação além de possuir caráter funcional, é também uma maneira de avaliar a qualidade de vida do paciente frente a sua doença. As quatro classes propostas são:

CLASSE	SINTOMAS
I	Ausência de sintomas (dispneia) durante atividades cotidianas. A limitação para esforços é semelhante à esperada em indivíduos normais.
II	Sintomas desencadeados por atividades cotidianas.
III	Sintomas desencadeados em atividades menos intensas que as cotidianas ou pequenos esforços.
IV	Sintomas em repouso.

(8) The Criteria Committee of the New York Heart Association. Nomenclature and Criteria for Diagnosis of Diseases of the Heart and Great Vessels. 9th ed. Boston, Mass: Little, Brown & Co; 1994:253-256.

ANEXO 9

CLASSIFICAÇÃO DE CHILD-PUGH(9)

A classificação de Child-Pugh é um fator preditivo razoavelmente confiável de sobrevida de várias doenças hepáticas e antecipa a probabilidade de complicações importantes da cirrose, como sangramento por varizes e peritonite bacteriana espontânea. A pontuação emprega dois critérios clínicos e três critérios laboratoriais para a doença hepática. Cada critério é pontuado entre 1-3, com 3 indicando a condição mais grave.

CRITÉRIO	1 PONTO	2 PONTOS	3 PONTOS
Bilirrubina total (mg/dl)	<2	2-3	>3
Albumina sérica (g/dl)	>3,5	2,8-3,5	<2,8
TP (s) / INR	1-3 / <1,7	4-6 / 1,7-2,3	>6 / >2,3
Ascite	Nenhuma	Leve	Moderada / Grave
Encefalopatia hepática	Nenhuma	Grau I-II (ou suprimida com medicação)	Grau III-IV (ou refratária)

Nota: O escore de Child-Pugh é calculado somando os pontos dos cinco fatores, e varia de 5 a 15. A classe de Child-Pugh é A - 5 a 6, B - 7 a 9, ou C - acima de 10.

(9) Child CG, Turcotte JG. Surgery and portal hypertension. In: The liver and portal hypertension. Edited by CG Child. Philadelphia: Saunders 1964:50-6

ANEXO 10

ÍNDICE DE COMORBIDADE CHARLSON(10)

Acessar site abaixo para calcular a pontuação:

<https://www.mdcalc.com/charlson-comorbidity-index-cci>

(10) Charlson ME, Pompei P, Ales KL, MacKenzie CR. A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation. J Chronic Dis 1987; 40:373-83.




ANEXO 11

A Escala de Desempenho em Cuidados Paliativos versão 2 (EDCP v2) (11)

PPS	Deambulação	Atividade e evidência da doença	Auto-cuidado	Ingesta	Nível da Consciência
PPS 100%	Completa	Atividade normal e trabalho; sem evidência de doença	Completo	Normal	Completa
PPS 90%	Completa	Atividade normal e trabalho; alguma evidência de doença	Completo	Normal	Completa
PPS 70%	Reduzida	Atividade normal com esforço; alguma evidência de doença	Completo	Normal ou reduzida	Completa
PPS 60%	Reduzida	Incapaz para o trabalho; doença significativa	Assistência ocasional	Normal ou reduzida	Completa
PPS 50%	Maior parte de tempo sentado ou deitado	Incapaz para hobbies/trabalho doméstico; doença significativa	Assistência considerável	Normal ou reduzida	Completa ou períodos de confusão
PPS 40%	Maior parte de tempo acamado	Incapacitado para qualquer trabalho; doença extensa	Assistência quase completa	Normal ou reduzida	Completa ou sonolência +/- confusão
PPS 30%	Totalmente acamado	Incapaz para qualquer atividade; doença extensa	Dependência completa	Normal ou reduzida	Completa ou sonolência +/- confusão
PPS 20%	Totalmente acamado	Incapaz para qualquer atividade; doença extensa	Dependência completa	Mínima a pequenos goles	Completa ou sonolência +/- confusão
PPS 10%	Totalmente acamado	Incapaz para qualquer atividade; doença extensa	Dependência completa	Cuidados com a boca	Completa ou sonolência +/- confusão
PPS 0%	Morte	-	-	-	-



SECRETARIA
DA SAÚDE

   @saudegovba

saude.ba.gov.br/coronavirus