MINISTÉRIO DA SAÚDE
Instituto Nacional de Câncer (INCA)

Cuidados Paliativos: Vivências e Aplicações Práticas do Hospital do Câncer IV

2ª edição revista, atualizada e ampliada

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Instituto Nacional de Câncer (INCA)

Cuidados Paliativos: Vivências e Aplicações Práticas do Hospital do Câncer IV

2ª edição revista, atualizada e ampliada

Rio de Janeiro, RJ
INCA
2024

Esta obra pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde Prevenção e Controle de Câncer (http://controlecancer.bvs.br/) e no Portal do INCA (http://www.inca.gov.br).

Tiragem: 500 exemplares - 2ª edição revista, atualizada e ampliada - 2024

Elaboração, distribuição e informações
MINISTÉRIO DA SAÚDE
INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (INCA)
Hospital do Câncer IV
Rua Visconde de Santa Isabel, 274-A, Vila Isabel
Rio de Janeiro – RJ
CEP 20560-120
Tel.: (21) 3207-3700
E-mail: hc4@inca.gov.br
www.inca.gov.br

Organizadores
Simone Garruth dos Santos Machado Sampaio
Livia Costa de Oliveira

Equipe de elaboração
No apêndice

Foto de capa
Carlos Leite (Serviço de Comunicação Social)
Imagem capa
Designed by pikisuperstar / Freepik

Edição
COORDENAÇÃO DE ENSINO
Serviço de Educação e Informação Técnico-científica
Área de Edição e Produção de Materiais Técnico-científicos
Rua Marquês de Pombal, 125, Centro
Rio de Janeiro – RJ
CEP 20230-240
Tel.: (21) 3207-5500

Edição e produção editorial
Christine Dieguez

Copidesque e revisão
Rita Rangel de S. Machado

Capa, projeto gráfico e diagramação
Cecília Pachá

Normalização bibliográfica e ficha catalográfica
Juliana Moreira (CRB 7/7019)

Impresso no Brasil / Printed in Brazil
RJ OFFSET

FICHA CATALOGRÁFICA

I59c Instituto Nacional de Câncer (Brasil).
Cuidados paliativos : vivências e aplicações práticas do Hospital do Câncer IV / Instituto Nacional de Câncer. – 2. ed. rev. atual. ampl. – Rio de Janeiro : INCA, 2024.

520 p. : il. color.

ISBN 978-65-88517-71-0 (versão impressa)
ISBN 978-65-88517-72-7 (versão eletrônica)

1. Cuidados Paliativos. 2. Neoplasias. 3. Institutos de Câncer. I. Título.

CDD 616.994

Catalogação na fonte – Serviço de Educação e Informação Técnico-científica

Títulos para indexação
Em inglês: Palliative care: experiences and practical applications in Cancer Hospital IV - 2nd edition, revised, expanded and updated
Em espanhol: Cuidados paliativos: experiencias y aplicaciones prácticas en el Cancer Hospital IV - 2da edición revisada, ampliada y actualizada

PREFÁCIO

Em 2014, a Assembleia Mundial da Saúde aprovou a Resolução nº 67.19*, intitulada "Fortalecimento dos cuidados paliativos como um componente dos cuidados abrangentes ao longo do curso da vida". A intenção da resolução era mobilizar todas as nações para fortalecer e garantir a oferta desse cuidado para todos. Em 2020, segundo o *Atlas global de cuidados paliativos***, estimava-se que cerca de 57 milhões de pessoas no mundo necessitavam de cuidados paliativos, das quais 26 milhões no último ano de vida.

A necessidade de cuidados paliativos começa cedo no curso de uma doença potencialmente fatal. Mais pacientes estão recebendo cuidados paliativos agora do que há poucas décadas, mas a lacuna entre a demanda de cuidados e a oferta de serviços ainda é enorme, especialmente nos países de baixa e média renda. O acesso a medicamentos paliativos essenciais, incluindo opioides, e a limitada disponibilidade de profissionais capacitados para atender às necessidades de diferentes dimensões, como físicas, emocionais, sociais e espirituais, continuam a ser problemas para aqueles que precisam de cuidados paliativos.

Nos países em desenvolvimento, o contexto epidemiológico de crescimento e envelhecimento populacional, acrescido da maior exposição a fatores de risco para o câncer e outras doenças crônicas, e as limitações dos sistemas públicos de saúde em garantir acesso universal e integralidade do cuidado apontam para um cenário preocupante. Embora tradicionalmente associados ao cuidado de pessoas com câncer, os cuidados paliativos devem estar disponíveis a todos que precisam, independentemente do diagnóstico, especialmente crianças e idosos. As doenças crônicas continuam a aumentar e são a principal razão pela qual as pessoas precisam de cuidados paliativos.

Além dessas questões, os cuidados paliativos enfrentam o desafio da obstinação terapêutica e da sustentabilidade financeira dos sistemas de saúde. Essas duas questões estão fortemente interligadas e representam o resultado final de um modelo de cuidado que procura prolongar o processo de morrer, gerando somente sofrimento sem benefício tangível para o paciente e sua família. O emprego de meios extraordinários ou obstinados para prolongar a vida em vigência de uma morte iminente leva a um excesso de internações em unidades de terapia intensiva e de urgência e emergência, com aumento de custos e sem melhoria nos desfechos clínicos.

---

* WORLD HEALTH ASSEMBLY. **Resolution WHA67.19 Strengthening of palliative care as a component of comprehensive care throughout the life course**. 2014. Disponível em: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA67/A67_R19-en. Acesso em: 3 set. 2024.

** WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global atlas of palliative care**. 2. ed. Geneva: WHO, 2020. Disponível em: http://www.thewhpca.org/resources/global-atlas-on-end-of-life-care. Acesso em: 3 set. 2024.

No Brasil, em maio de 2024, o Ministério da Saúde lançou a Política Nacional de Cuidados Paliativos (PNCP)[***] no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). A política pretende implantar mais de 1,3 mil equipes em todo o território nacional, priorizando três eixos: equipes multiprofissionais, informação e educação em cuidados paliativos e garantia do acesso a medicamentos e insumos necessários. Serão criadas equipes com pediatria, e os gestores locais terão autonomia para incorporar outros profissionais de saúde. Além do aumento da oferta de serviços, a política também estabelece como diretrizes a promoção da educação em cuidados paliativos e o incentivo à produção e à divulgação de conhecimento científico na área.

O Instituto Nacional de Câncer (INCA) tem longa tradição na oferta de cuidados paliativos a seus pacientes e familiares. Os primeiros modelos assistenciais começaram no final da década de 1980, e em 1998 foi inaugurado o primeiro Serviço de Cuidados Paliativos do Brasil, chamado de Centro de Suporte Terapêutico Oncológico (CSTO), que se tornaria referência nacional em assistência, ensino e pesquisa em cuidados paliativos oncológicos. Em 2004, essa unidade passou a ser chamada de Hospital do Câncer IV (HC IV).

O HC IV, ao longo de mais de duas décadas, vem contribuindo para a ampliação e a qualificação dos cuidados paliativos no SUS, por meio de ações assistenciais, produção de material educativo e técnico, promoção de eventos científicos e comemorativos, e formação de recursos humanos. A publicação da segunda edição deste manual, agora ampliado com colaborações de outras áreas do Instituto, é mais uma contribuição do INCA para a sociedade brasileira e para os profissionais de saúde envolvidos nos cuidados paliativos.

A estratégia global para o desenvolvimento dos cuidados paliativos envolve quatro dimensões: política pública, educação, disponibilidade de medicamentos e implementação de serviços. Essas dimensões estão contempladas na PNCP; agora, precisamos agir. Conforme já foi escrito:

> […] todos nós vamos morrer um dia. Alguns de nós estarão próximos aos seus entes queridos, em um ambiente familiar, com seus sintomas controlados e sua autonomia preservada. Outros estarão isolados, em um ambiente impessoal, com dor e outros sintomas não controlados e impossibilitados de exercer sua autonomia. A escolha depende de todos nós[****].

Direção-geral do Instituto Nacional de Câncer

[***] BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 3.681, de 7 de maio de 2024**. Institui a Política Nacional de Cuidados Paliativos – PNCP no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, por meio da alteração da Portaria de Consolidação GM/MS nº 2, de 28 de setembro de 2017. Brasília, Gabinete do Ministro, 2024. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt3681_22_05_2024.html. Acesso em: 3 set. 2024.

[****] SILVA, R. C. F. da; HORTALE, V. A. Cuidados paliativos oncológicos: elementos para o debate de diretrizes nesta área. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, n. 10, p. 2055-2060. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0102-311X2006000100001. Acesso em: 3 set. 2024.

APRESENTAÇÃO

Em 2020 surgiu a ideia da elaboração de um livro em que os profissionais do Hospital do Câncer IV (HC IV) pudessem relatar sua experiência no atendimento ao paciente em cuidados paliativos. Foi um produto de muitas mãos e que, para que fosse publicado de fato, precisou ter um número de páginas limitado para garantir a possibilidade de editoração e lançamento em outubro de 2021. Um misto de sentimentos de alegria pelo lançamento e de inquietação por considerar a obra incompleta tomou conta do grupo de elaboradores e organizadores.

Assim, em 2023 surgiu a proposta de elaboração de sua segunda edição que, além de revisada, foi ampliada.

A repercussão dos livros publicados por esse grupo, dentro e fora do Instituto Nacional de Câncer (INCA), motivou os organizadores a convidarem profissionais atuantes em cuidados paliativos de outras unidades do Instituto e mesmo de outras instituições, para enriquecer o material com expertises de que o HC IV não dispõe, mas que são essenciais para o cuidado ao paciente com doença grave e avançada. Assim, contamos com contribuições da terapia ocupacional, odontologia, hematologia, fonoaudiologia e pediatria nesta obra. O INCAvoluntário também aceitou o convite e apresenta aqui o seu trabalho.

Este livro tem por objetivos disseminar informações sobre cuidados paliativos a profissionais de saúde de todo o Brasil e apresentar o trabalho desenvolvido no HC IV, enquanto unidade de saúde de referência nacional em cuidados paliativos nas áreas de ensino, pesquisa e assistência. A equipe de elaboração desta obra, composta por 110 profissionais, além de outros 13 que participaram apenas na primeira edição, está descrita no apêndice.

Boa leitura!

Núcleo de Apoio à Pesquisa e ao Ensino do HC IV

SUMÁRIO

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figuras

Quadros

LISTA DE SIGLAS

AIVD — Atividade Instrumental de Vida Diária

AMB — Associação Médica Brasileira

ANCP — Academia Nacional de Cuidados Paliativos

ASG-PPP — Avaliação Subjetiva Global produzida pelo próprio paciente

CAA — Comunicação Alternativa e Ampliada

CCIH — Comissão de Controle de Infecção Hospitalar

CCIP — Cateter venoso central de inserção periférica

CFM — Conselho Federal de Medicina

Cids-3 — Terceira edição da Classificação Internacional dos Distúrbios do Sono

CRFB/1988 — Constituição da República Federativa do Brasil, de 1988

EAD — Educação a distância

Ecog-PS — *Eastern Cooperative Oncology Group – Performance Status*

EPGm — Escore Prognóstico de Glasgow modificado

Esas — *Edmonton Sympton Assessment System*

EVA — Escala Visual Analógica

EVN — Escala Visual Numérica

Fiocruz — Fundação Oswaldo Cruz

Gaba — Neurotransmissor ácido γ-aminobutírico

GM/MS — Portaria do Gabinete do Ministro do Ministério da Saúde

HC I — Hospital do Câncer I

HC II — Hospital do Câncer II

HC III — Hospital do Câncer III

HC IV — Hospital do Câncer IV

Iasp — International Association for the Study of Pain (Associação Internacional para o Estudo da Dor)

IL-2 — Interleucina 2

IMC — Índice de massa corporal

INCA — Instituto Nacional de Câncer

IRSN — Inibidores da recaptação de serotonina e noradrenalina

ISRS — Inibidores seletivos da recaptação de serotonina

KPS — *Karnofsky Performance Status*

LB4 — Leucotrieno B4

Naad — Núcleo de Apoio à Assistência Domiciliar

Nape — Núcleo de Apoio à Pesquisa e ao Ensino

OIM — Obstrução intestinal maligna

OMS — Organização Mundial da Saúde

PAP-Score — *Palliative Prognostic Score*

PCR — Proteína C-reativa

PPGCan — Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva e Controle do Câncer

PPGO — Programa de Pós-graduação Stricto Senso em Oncologia

PPI — *Palliative Prognostic Index*

PPS — *Palliative Performance Scale*

PTH — Paratormônio

PTHrP — Paratormônio relacionado à proteína

PUC-Rio — Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro

RAS — Rede de Atenção à Saúde

Rass-Pall — *Richmond Agitation Sedation Scale – Palliative Version*

RDC — Resolução da Diretoria Colegiada

SCM — Síndrome de compressão medular

SNC — Sistema nervoso central

SNO — Suplementos nutricionais orais

Spap — Setor de Pronto Atendimento Pediátrico

Stic — *Simple decision Tree for predicting mortality in patients with incurable cancer*

STM — Sistema de Triagem de Manchester

SUS — Sistema Único de Saúde

SVCS — Síndrome da veia cava superior

TEV — Tromboembolismo venoso

TNE — Terapia nutricional enteral

TNF-α — Fator de necrose tumoral α

TVP — Trombose venosa profunda

Uerj — Universidade do Estado do Rio de Janeiro

UFF — Universidade Federal Fluminense

UFRJ — Universidade Federal do Rio de Janeiro

Unirio — Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro

USP — Universidade de São Paulo

UVB — Ultravioleta B

VNI — Ventilação não invasiva

PARTE I

HOSPITAL DO CÂNCER IV E SUA ESTRUTURA PARA A PROMOÇÃO DOS CUIDADOS PALIATIVOS

CAPÍTULO 1: CUIDADOS PALIATIVOS NO INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER – UMA TRAJETÓRIA MARCADA POR PIONEIRISMO E INOVAÇÃO

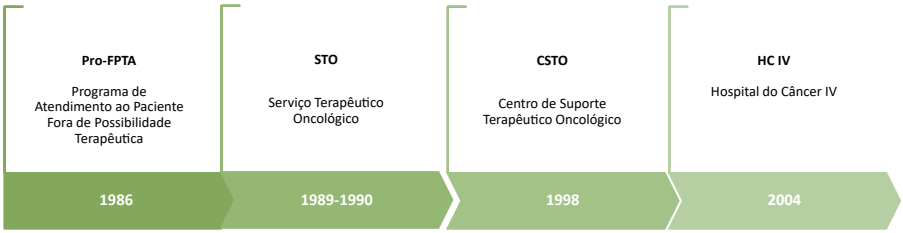
INTRODUÇÃO

O Instituto Nacional de Câncer (INCA) foi a instituição pioneira no Brasil na criação de uma unidade pública de saúde exclusivamente para a oferta cuidados paliativos a seus pacientes. Neste capítulo, serão destacados os aspectos históricos dessa iniciativa e algumas características do Hospital do Câncer IV (HC IV).

HISTÓRICO DO HOSPITAL DO CÂNCER IV

A assistência a pacientes em cuidados paliativos no INCA apresentou formatos diferenciados de serviços de suporte que se aprimoraram ao longo do tempo, em paralelo à Política Institucional e às Políticas de Atenção Oncológica do Ministério da Saúde (Figura 1).

Figura 1 — Linha do tempo da criação do Hospital do Câncer IV



Fonte: elaboração INCA.

O primeiro modelo, datado de 1986, surgiu por meio do Programa de Atendimento ao Paciente Fora de Possibilidade Terapêutica (Pro-FPTA) existente no Hospital de Oncologia, atualmente conhecido como HC IV. Entre

1989 e 1990, foi criado o serviço assistencial direcionado aos pacientes com doença avançada e indicação de cuidados paliativos, denominado Serviço Terapêutico Oncológico, apoiado financeiramente pela entidade filantrópica chamada Grupo Especial de Suporte Terapêutico Oncológico (Gesto)[1].

Em 1998, foi inaugurada, no INCA, uma unidade assistencial para atenção a pacientes com câncer avançado e incurável, ofertando-lhes o tratamento paliativo. Sua estrutura física, planejada para valorizar conceitos inovadores, com espaços acolhedores para proporcionar aos pacientes e familiares muito além do que o cuidado físico, foi inspirada nas propostas existentes no Canadá, onde, à época, os cuidados paliativos já eram estabelecidos. Deu-se origem, assim, ao primeiro Serviço de Cuidados Paliativos do Brasil, chamado de Centro de Suporte Terapêutico Oncológico (CSTO), que se tornaria referência nacional em assistência, ensino e pesquisa em cuidados paliativos no contexto do câncer. Em 2004, com a uniformização da nomenclatura das unidades assistenciais do INCA, passou a ser chamado de HC IV e, em 2008, recebeu o selo de Acreditação Hospitalar[1].

ESTRUTURA DO HOSPITAL DO CÂNCER IV

Os pacientes matriculados no HC IV podem ser acompanhados em uma das três modalidades:

- Ambulatório — voltado para assistência de pacientes cujo perfil funcional permita o seu deslocamento para comparecimento ao hospital, em um modelo de atendimento interdisciplinar. Contempla ainda a prestação de assistência como ambulatório a distância para pacientes com funcionalidade comprometida que residirem em locais não elegíveis para Assistência Domiciliar do HC IV (Capítulo 3).
- Assistência Domiciliar — destinada a pacientes que possuam dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até a unidade e que necessitam de maior frequência de cuidado e acompanhamento contínuo domiciliar (Capítulo 4).
- Internação Hospitalar — processo assistencial cujo objetivo é o controle agressivo de sintomas agudizados e angustiantes, de manejo domiciliar complexo, que demandam procedimentos cirúrgicos eletivos ou de urgência ou cuidados em fim de vida (Capítulo 2).

Além disso, o HC IV conta com espaços que dão suporte à prestação dos cuidados integrais dos pacientes, incluindo Ginásio de Fisioterapia, destinado à assistência fisioterapêutica ao paciente, contribuindo para promoção da qualidade de vida, e Sala do Silêncio, que foi reformada e

reinaugurada como um espaço acolhedor para atenuação do sofrimento de pacientes, familiares e profissionais.

Os diferentes setores e serviços principais que complementam a estrutura do HC IV são: o projeto *Nosso Cuidado* (Capítulo 8), o INCAvoluntário (Capítulo 7), o Núcleo de Apoio à Pesquisa e ao Ensino (Nape), a Educação Continuada de Enfermagem, a Gerência de Risco, o Núcleo de Segurança do Paciente (Capítulo 6), o Setor de Qualidade, a Capelania Hospitalar e a Farmácia. A Direção da unidade tem, em sua estrutura organizacional, a Divisão Técnico-assistencial, o Serviço Médico, a Divisão de Enfermagem e o Serviço de Administração.

Ressalta-se que, periodicamente, são promovidos pela unidade: Jornada de Cuidados Paliativos (evento realizado anualmente); sessão clínica mensal; reuniões de indicadores, de comissões de óbito, de prontuário e de segurança do paciente, de equipe multiprofissional de terapia nutricional, entre outras. Além disso, a unidade é campo para o desenvolvimento de diferentes pesquisas científicas, desde os estudos clínicos aos inseridos no âmbito das ciências sociais e humanas. Há ainda a mostra permanente dos projetos de pesquisa em andamento na unidade, criada no ano de 2022.

No campo assistencial, mais experiências exitosas podem ser enumeradas, tais como a integração com a Rede Básica de Saúde, a Câmara Técnica de Cuidados Paliativos do Departamento de Gestão Hospitalar, a Política Institucional de Cuidados Paliativos e a comemoração do Dia Mundial de Cuidados Paliativos como parte do cronograma anual do INCA. Recente iniciativa de realização de *workshop* do Ambulatório a Distância tem sido desenvolvida por profissionais do HC IV com intuito de instrumentalizar profissionais da Atenção Básica em cuidados paliativos, tendo já sido realizadas duas edições, uma em 2022 e outra em 2023.

Em setembro de 2023, o HC IV teve a honra de receber a visita da Elizabeth Bryan (Liz Bryan), enfermeira associada sênior do St. Cristopher Hospice© de Londres, berço do cuidado paliativo mundial. Na ocasião, foi realizada uma roda de conversa entre a Elizabeth Bryan e alguns profissionais da unidade, bem como a visitação a todas as dependências do HC IV. Essa visita sela uma parceria do HC IV com o St. Cristopher Hospice© e o Instituto Premier©, iniciada em 2021, com o primeiro curso *Quality End of Life Care for All* (Qelca) que em português é chamado *Cuidados de fim de vida com qualidade para todos* realizado no Brasil, com a participação de duas profissionais da unidade que, em 2022, oferecerem o curso de formação para outros profissionais do HC IV.

Além disso, o HC IV mantém-se como responsável pela capacitação profissional assistencial e científica em cuidados paliativos por meio dos programas de residência médica e multiprofissional, dos cursos de aperfeiçoamento nos moldes *fellow*, do aperfeiçoamento em pesquisa, dos cursos de aperfeiçoamento, educação a distância e iniciação científica, das atividades de atualizações científicas e das visitas técnicas para profissionais de todo o território nacional (Capítulo 9). Assim, inúmeros profissionais são capacitados na unidade a cada ano. Linhas de pesquisa (desde 2019) e disciplinas (desde 2021) versando sobre os cuidados paliativos foram inseridas no Programa de Pós-graduação *Stricto Senso* em Oncologia (PPGO) e no Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva e Controle do Câncer (PPGCan) do INCA, por meio do credenciamento de profissionais da unidade. Cabe destacar que as produções técnica e científica dos profissionais e estudantes do HC IV têm aumentado expressivamente ao longo dos últimos anos, disseminando conhecimento nacional e internacionalmente.

ESTRUTURAS GERENCIAIS DE QUALIDADE DO HOSPITAL DO CÂNCER IV

O Setor de Qualidade do HC IV tem como objetivo geral proporcionar a melhoria contínua da qualidade do cuidado e segurança do paciente. Seus objetivos específicos são: atender à missão da instituição nos âmbitos da assistência, do ensino e da pesquisa; estabelecer estratégias para aumentar a performance dos serviços; estimular as ações de educação e qualificação profissional para equipes e colaboradores; participar da implementação da Política de Humanização do Cuidado; gerenciar os indicadores para identificar as oportunidades de melhorias nos processos e serviços.

Destacam-se ações desencadeadas pelo Setor, como: o mapeamento de processos para identificação de riscos e a sua minimização, a gestão de documentos normativos, as auditorias internas e a gestão de indicadores (Anexo 1). O rol de indicadores está relacionado aos processos assistenciais e inclui os de produção, desempenho e qualidade, sendo publicados mensalmente na página da Intranet do INCA. Posteriormente, são analisados, apresentados e discutidos em reuniões trimestrais para os profissionais de cada processo; e semestrais, para todos os colaboradores da unidade. Nessas reuniões, são identificados os problemas e definidos planos de ação para melhoria dos processos, e toda a equipe do HC IV é convidada a participar ativamente.

Nos cuidados paliativos, avaliar o impacto dos cuidados é muito mais complexo do que em outras áreas da saúde, pois o principal desfecho a ser alcançado é a melhoria da qualidade de vida dos pacientes e suas famílias.

No entanto, é importante estabelecer medidas padronizadas para avaliar a qualidade da assistência prestada e acompanhar as metas alinhadas ao plano estratégico institucional, uma vez que alguns desses indicadores fazem parte do que se denominam indicadores estratégicos e são pactuados junto ao Ministério da Saúde por meio do Sistema de Planejamento e Gestão (Sisplan) do INCA. Esse acompanhamento, além de permitir a fundamentação e a identificação de possibilidades e necessidades de aperfeiçoamento nos processos assistenciais, pode fornecer dados de comparação com outros serviços e/ou instituições com o mesmo enfoque assistencial (*benchmarking*).

ESTRATÉGIAS ADOTADAS PELO HOSPITAL DO CÂNCER IV PARA O ENFRENTAMENTO DA PANDEMIA DA COVID-19

Em 11 março de 2020, a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou a situação de pandemia da doença pelo coronavírus 2019 (Covid-19, do inglês *coronavirus disease* 2019) e, consequentemente, todas as unidades do INCA foram impulsionadas a se reorganizarem para o seu enfrentamento. Nesse período, as informações sobre a enfermidade e as recomendações publicadas por órgãos de vigilância sanitária se restringiram aos relatos de experiências de instituições internacionais. A unidade de cuidados paliativos posicionou-se assertivamente, alinhando-se ao Gabinete de Crise do INCA, em prol da continuidade da assistência aos pacientes oncológicos acometidos ou não pelo novo coronavírus, cumprindo sua missão de promover a qualidade de vida, o controle de sintomas e a qualidade na finitude.

Desse modo, os serviços da unidade foram reestruturados com base em novos fluxos e rotinas assistenciais, visando a assegurar assistência com segurança tanto para os pacientes e seus familiares, quanto para os profissionais, em conformidade com as normas da vigilância sanitária[2]. Destaca-se que algumas medidas se relacionaram à restrição de circulação de pessoas na unidade, o que implicou a adaptação da cultura assistencial de integração das famílias aos cuidados do paciente e ocasionou modificações substanciais, como: suspensão do suporte do voluntariado do INCAvoluntário; restrição de visitas e presença de acompanhantes durante a internação hospitalar; interrupção dos projetos de humanização como a pet-terapia (visita guiada de animais aos pacientes internados) e o projeto *Nosso Cuidado*; interrupção do atendimento no espaço CuriosAção; redução da circulação dos profissionais da capelania, entre outras.

Importante frisar que, aliado à preocupação de manter um ambiente hospitalar seguro e, ainda sim, humanizado — o HC IV tinha a particularidade de ter em torno de 520 pacientes por mês em acompanhamento, sendo 170 na Assistência Domiciliar e 350 no Ambulatório —, em decorrência do cenário pandêmico, foi elaborado um plano de contingenciamento para enfrentamento da pandemia, contendo ampla descrição de estratégias de medidas de segurança com baixo impacto na assistência, considerando os indicadores assistenciais anteriores à pandemia.

Repensar estratégias com a incorporação de tecnologias de informação e comunicação para transformação do cotidiano das diferentes modalidades assistenciais foi essencial para assegurar o cuidado adequado aos pacientes e familiares. O uso dessas tecnologias demonstrou ser fundamental para a realização de teleatendimento e permitiu a aproximação dos profissionais com pacientes e familiares, com o intuito de propiciar contínuo monitoramento de sintomas e otimização de prescrições, reduzindo o deslocamento dos pacientes para a unidade.

Na internação hospitalar, o uso de tecnologias foi uma estratégia adotada para execução das atividades do Time de Comunicação e Acolhimento, criado para garantir o contato diário entre equipe de assistência e familiares dos pacientes isolados suspeitos ou infectados pelo novo coronavírus, permitindo a participação efetiva das famílias, apesar de distantes fisicamente, nas decisões relacionadas à assistência aos pacientes em isolamento. Além disso, foram aceleradas as visitas virtuais por meio de chamadas via aplicativo de vídeo, mediadas pela equipe, entre familiares e pacientes em isolamento, incluindo aqueles em fase de cuidados de fim de vida. A avaliação da incorporação das tecnologias de informação e comunicação na assistência evidenciou que o incremento da qualidade do atendimento deve ser mantido após a pandemia. Cabe destacar ainda que, concomitantemente à reestruturação de todos os serviços assistenciais, o HC IV buscou assumir o seu papel de protagonista do desenvolvimento dos cuidados paliativos oncológicos no país no contexto da pandemia. Foram publicados diversos artigos científicos, de autoria dos próprios profissionais assistenciais da unidade, contendo orientações para a manutenção do cuidado de qualidade para pacientes com câncer avançado acometidos pela Covid-19[3-8], objetivando o embasamento e o estímulo para a implementação de estratégias semelhantes na assistência a pacientes com a Covid-19 em situações clínicas e instituições distintas. Nesse mesmo sentido, foi publicado um capítulo de livro em língua portuguesa sobre o assunto[9]. No campo da pesquisa quantitativa, foi desenvolvido um estudo quantitativo do tipo coorte retrospectivo, com um qualitativo alinhado, para a identificação do perfil dos pacientes com câncer avançado que foram internados no HC IV acometidos pela Covid-19 e para avaliação da incorporação das tecnologias

de informação e comunicação na assistência, propiciando a publicação de artigos científicos internacionais[10-13]. No âmbito da pesquisa qualitativa, foram publicados artigos de circulação nacional e internacional[14-17] e dois capítulos de livro em língua portuguesa[18,19].

Na primeira edição do Prêmio Marcos Moraes, em 2021, o HC IV foi premiado por trabalhos desenvolvidos durante a pandemia, em primeiro lugar na categoria *Pioneirismo na assistência e pesquisa científica no contexto da pandemia*, pela incorporação da tecnologia para realização de visitas virtuais como componente da humanização da assistência a pacientes em cuidados paliativos oncológicos e Covid-19 e pesquisa clínica epidemiológica nesse novo cenário; e segundo lugar na categoria *Incorporação do teleatendimento para pacientes com câncer avançado em tempos de pandemia*, pela estratégia de acompanhamento dos Serviços de Assistência Ambulatorial e Domiciliar da unidade de cuidados paliativos do INCA.

Destacam-se, ainda, artigos publicados por enfermeiros da unidade, salientando a prevalência de estresse no desenrolar da pandemia, durante o ano de 2020, de 45,6% entre os profissionais do sexo feminino e 28,6% do sexo masculino, achado que ratifica a importância da oferta sistemática de suporte aos servidores da unidade, liderada pela psicologia e pela capelania, ações também implementadas durante o enfrentamento da pandemia[20-22].

Para além da temática do coronavírus, o serviço social publicou uma coletânea com um enriquecedor panorama teórico-prático com viés inovador, no campo das ciências sociais aplicadas, contribuindo para o fortalecimento da inserção profissional no emergente campo da paliação[23].

Após o fim da pandemia, conforme decretado pela OMS em 5 de maio de 2023, alguns legados são percebidos na estrutura dos serviços do HC IV, como a continuidade do teleatendimento, que, conforme demonstrado também em algumas publicações[24,25], foi uma estratégia importante para a unidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Foram descritas, neste capítulo, as principais ações no âmbito assistencial com intercessão nos campos de ensino e pesquisa em cuidados paliativos oncológicos. Em cada linha tecida, ratifica-se a importância da conscientização, da discussão e da compreensão das necessidades físicas, sociais, psicológicas e espirituais de pessoas que vivem com uma doença limitante da vida e de suas famílias, sendo uma referência no cenário da saúde pública no Brasil.

REFERÊNCIAS

1. FIRMINO, F. **Lutas simbólicas das enfermeiras no processo de implantação do Centro de Suporte Terapêutico Oncológico (CSTO)**: Unidade IV do Instituto Nacional de Câncer. 2004. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2004.
2. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Brasil). **Nota técnica GVIMS/ GGTES/ANVISA nº 04/2020**. Orientações para serviços de saúde: medidas de prevenção e controle que devem ser adotadas durante a assistência aos casos suspeitos ou confirmados de infecção pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2). Brasília, DF: Anvisa, 2021. Disponível em https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/notas-tecnicas/2020/nota-tecnica-gvims_ggtes_anvisa-04_2020-25-02-para-o-site.pdf. Acesso em: 4 jan. 2023.
3. FREITAS, R. *et al*. Cuidados paliativos em pacientes com câncer avançado e Covid-19. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 66, e-1077, 2020. DOI 10.32635/2176-9745.RBC.2020v66nTemaAtual.1077.
4. ROSA, K. S. C. *et al*. Orientações para assistência nutricional a pacientes com câncer avançado em cuidados paliativos suspeitos ou confirmados de infecção pelo Novo Coronavírus. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 66, p. e-1038, 2020. DOI 10.32635/2176-9745.RBC.2020v66nTemaAtual.1038.
5. SAMPAIO, S. G. dos S. M.; DIAS, A. M.; FREITAS, R de. Orientações do serviço médico de uma unidade de referência em cuidados paliativos oncológicos frente à pandemia de Covid-19. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 66, e-1058, 2020. DOI 10.32635/2176-9745.RBC.2020v66nTemaAtual.1058.
6. SAMPAIO, S. G. S. M.; DIAS, A. M.; FREITAS, R. Avaliação do plano de ação implementado pelo serviço médico de uma unidade de referência em cuidados paliativos oncológicos frente à pandemia de Covid-19. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 66, e-1158, 2020. DOI 10.32635/2176-9745.RBC.2020v66nTemaAtual.1158.
7. MENDES, E. C.; SILVA, L. P.; RESENDE, J. M. D. Atendimento fisioterapêutico ao paciente em cuidados paliativos oncológicos em tempos de pandemia por Covid-19: Recomendações de uma Unidade de Referência. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 66, p. e-1113, 2020. DOI 10.32635/2176-9745.RBC.2020v66nTemaAtual.1113.
8. PINTO, C. da S. *et al*. Teleatendimento ambulatorial em cuidados paliativos oncológicos: quebrando paradigmas e transformando a realidade

atual. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 67, n. 3, e–071732, 2021. DOI 10.32635/2176-9745.RBC.2021v67n3.1732.

9. COSTA *et al*. Câncer e COVID-19. *In*: DOLINSKY, M.; VAZ, F. **Nutrição em tempos de pandemia**. São Paulo: Payá, 2021. p. 224.
10. SAMPAIO, S. G. D. S. M. *et al*. Evaluation of the criteria adopted to identify suspected cases of COVID-19 in the emergency department service of a referral palliative oncology care unit. **American Journal of Hospice & Palliative Care**, [Thousand Oaks], v. 38, n. 2, p. 199-203, 2021. DOI 10.1177/1049909120957310.
11. OLIVEIRA, L. C. de *et al*. Palliative care and COVID-19 pandemic: retrospective study of factors associated with infection and death at an oncological palliative care reference center. **American Journal Hospice and Palliative Medicine**, [Thousand Oaks], v. 38, n. 5, p. 512-520, May 2021. DOI 10.1177/1049909120986962.
12. OLIVEIRA, L. C. de *et al*. Cancer patients with COVID-19: Does prior nutritional risk associated with cancer indicate a poor prognosis for COVID-19? **Einstein**, São Paulo, v. 21, p. 1-10, 2023. DOI 10.31744/einstein_journal/2023AO0172.
13. OLIVEIRA, L. C. de *et al*. Prognostic factors in patients with advanced cancer and COVID-19: a cohort from the Palliative Care Unit of the Brazilian National Cancer Institute. **Supportive Care in Cancer**, Berlin, v. 29, n. 10, p. 6005-6012, 2021. DOI 10.1007/s00520-021-06149-1.
14. FROSSARD, A.; AGUIAR, A. B.; FONTES, E. Covid-19 e cuidados paliativos: uma análise etnográfica. **Ambiente, Gestão e Desenvolvimento**, Roraima, n. esp., p. 140-152, 2020. DOI 10.24979/ambiente.v1i1.808.
15. KRIEGER, M. V. *et al*. "Prefiro estar assim do que não estar": videochamadas como instrumento de humanização em Cuidados Paliativos. **Revista da SBPH**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p. 68-82, 2023. DOI 10.57167/Rev-SBPH.v25.480.
16. FROSSARD, A. Concreteness in finitude. **Journal of Social Work in End-of-Life & Palliative Care**, [Philadelphia], v. 16, n. 3, p. 204-206, 2020. DOI 10.1080/15524256.2020.1755771.
17. FROSSARD, A.; AGUIAR, A. B. Social worker intervention strategies in palliative care in the brazilian context. **International Journal of Current Advanced Research**, [*s. l.*], v. 9, n. 1, p. 21012-21016, Jan. 2020. DOI 10.24327/ijcar.2020.21016.4117.
18. FROSSARD, A. (org.). **Cuidados paliativos e serviço social**: ressignificando o cuidar. Latvia: Novas Edições Acadêmicas, 2020.

19. AGUIAR, A. B.; FROSSARD, A. Comunicação e serviço social na perspectiva dos cuidados paliativos oncológicos. *In*: OLIVEIRA, T. N. de (org.). **O serviço social e a superação das desigualdades sociais 2**. Ponta Grossa: Atena, 2020, p. 64-75.

20. KIRBY, E. E. F. *et al*. Covid-19 and its psychical influences on the perception of the nursing staff of oncological palliative care. **REME**: Revista Mineira de Enfermagem, Belo Horizonte, v. 25, e-1355, 2021. DOI 10.5935/1415-2762-20210003.

21. SIQUEIRA, A. S. S. *et al*. Covid-19 in oncology palliative care: psychological stress from the perspective of psychodynamics at work. **Annals of Palliative Medicine**, [Hongo Kong], v. 10, p. 63-63, 2021.

22. CUNHA, D. A. O. *et al*. Estresse da equipe de enfermagem em cuidados paliativos no enfrentamento da COVID-19. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 34, 2021. DOI 10.37689/acta-ape/2021AO001915.

23. FROSARD, A. Abordagens criativas e inovadoras: o desenvolvimento de projetos sociais em um cenário pós-pandemia. *In*: RODRIGUES, L.; SOARES, R. (org.). **Gestão estratégica nas organizações**. São Paulo: Dialética, 2020. p. 87-97.

24. PINTO, C. da S. *et al*. Telemedicina em cuidados paliativos oncológicos: um legado da pandemia. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 69, n. 1, e-142698, 2023. DOI 10.32635/2176-9745.RBC.2023v69n1.2698.

25. CARVALHO, V. G. A. *et al*. Atendimento por teleconsulta nutricional durante a pandemia de COVID-19: experiência de um centro de referência em cuidados paliativos oncológicos no Brasil. **BRASPEN Journal**, São Paulo, v. 37, n. 4, p. 390-396, 2022. DOI 10.37111/braspenj.2022.37.4.10.

CAPÍTULO 2: INTERNAÇÃO HOSPITALAR

INTRODUÇÃO

Desde o momento do diagnóstico, os pacientes com câncer experimentam uma carga significativa de sintomas físicos, psicológicos e existenciais e desejam uma comunicação eficaz para apoiar a tomada de decisões complexas[1]. Vários estudos descreveram as necessidades não atendidas de pacientes em cuidados paliativos que estão morrendo em hospitais, como o controle inadequado dos sintomas, as lacunas nos cuidados ao fim da vida e a comunicação insuficiente[2,3]. Em todo o mundo, a maioria dos pacientes com câncer avançado falece em instalações de cuidados agudos não especializados, incluindo leitos de clínica médica e cirúrgica, de terapia intensiva e emergência[4], quando é amplamente conhecido que, para bem abordar todas as dimensões do sofrimento, os cuidados prestados a esses pacientes e seus familiares exigem conhecimento e qualificação técnica, bem como abordagem multidimensional baseada em princípios éticos[5].

Este capítulo tem como objetivo apresentar a dinâmica de funcionamento da Internação Hospitalar do HC IV. Pela sua especificidade, trata-se de uma unidade de cuidados paliativos terciários, entendendo as unidades terciárias como centros médicos acadêmicos nos quais o conhecimento especializado para os casos mais complexos é praticado, pesquisado e ensinado[6]. Nesse contexto, a Internação Hospitalar desenvolveu conhecimentos, rotinas e modalidades de cuidados específicos que podem apoiar a implementação de melhorias sustentáveis na qualidade dos cuidados paliativos, focando em cuidado oportuno, seguro e centrado no binômio paciente-família.

ESTRUTURA E CAPACIDADE DE ATENDIMENTO

A Internação Hospitalar do HC IV conta com uma estrutura física composta por 56 leitos, divididos igualmente em quatro andares. São enfermarias duplas ou de isolamento, mobiliadas com televisão, ar-condicionado, iluminação graduada e sofá-cama para garantir conforto e permanência integral de acompanhantes, o que gera um ambiente de privacidade e acolhimento[a]. A Internação Hospitalar também possui uma

[a] A garantia ao direito ao acompanhante durante a internação hospitalar está em consonância com a Portaria do Gabinete do Ministro do Ministério da Saúde (GM/MS) nº 1820 de 2009, que dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde.

sala equipada para procedimentos invasivos de pequeno e médio portes, uma Central de Manipulação de Materiais Hospitalares, e salas de acolhimento e atendimento de cuidadores e familiares em cada andar. Dão suporte à Internação o Ginásio de Fisioterapia, a Sala do Silêncio[b], a Capelania, a Farmácia Clínica e a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) da unidade. Entre janeiro e junho de 2023, foram atendidos, no setor, 704 pacientes. De acordo com os indicadores assistenciais da internação[c], a média de internações no período foi de 117 pacientes por mês, tendo como principal desfecho o óbito (69% dos pacientes). O tempo médio de permanência foi de 10,3 dias. Esses números não diferem dos dados de literatura que apontam para um tempo médio de internação em unidades de cuidados paliativos agudos varia entre seis e 13 dias em países ocidentais[7], e até 30 dias na Coreia do Sul e na Arábia Saudita[8]. A taxa de óbitos ocorridos como menos de 48 horas da internção foi de 16%, dado compatível com outros serviços que relatam um número relevante de pacientes falecidos com um intervalo curto – menor que três dias — entre admissão e óbito[9,10].

CONCEITO

A Internação Hospitalar é o processo assistencial e o espaço multidisciplinar com leitos hospitalares destinados para controle agressivo de sintomas agudizados e angustiantes, cujo manejo se torna complexo para ser realizado na residência. Desde sua criação em 1998, mantém um perfil híbrido com pacientes já transferidos para cuidados paliativos abordados para gerenciamento de cuidados agudos e leitos para pacientes com múltiplas demandas, cuja internação poderá ultrapassar o tempo de permanência habitual, com o intuito tanto de promoção da alta hospitalar e cuidados em domicílio, quanto de cuidado no fim de vida. Nas duas situações, o serviço caracteriza-se por manter a filosofia *hospice*[d], defendida por Dame Cicely Saunders[11].

---

[b] Espaço ecumênico destinado a pacientes e acompanhantes.

[c] Dados retirados do Relatório Mensal de Indicadores Assistenciais, elaborado pelo setor de faturamento do HC IV.

[d] A filosofia *hospice* moderna defende a oferta de cuidados integrais aos pacientes com doenças ameaçadoras de vida, considerando a multidimensionalidade dos sintomas apresentados pelos sujeitos adoecidos. Propagado mundialmente por Cicely Sauders, o principal conceito desenvolvido no âmbito da filosofia *hospice* é o de dor total, que nas palavras da autora: "'Dor? Foi tudo dor', disse uma senhora idosa em resposta à minha pergunta. E, a partir da resposta dela e de muitos outros, desenvolveu-se o conceito de uma 'dor total', composta não apenas de elementos físicos, mas também de fatores psicológicos, sociais e espirituais"[11, p. 226, tradução nossa.]

OBJETIVOS

A Internação Hospitalar tem dois objetivos principais e oito objetivos específicos. Os principais são:

- Promover o alívio dos sofrimentos físico e psicossocial graves, na busca de melhoria da qualidade de vida, por meio de intervenções paliativas oportunas e proporcionais que visem à desospitalização e/ou à continuidade de cuidado em domicílio, quando o controle aceitável dos sintomas é alcançado.
- Propiciar a melhor qualidade de morte possível para os pacientes com necessidades no fim de vida e em processo ativo de morte, ofertando cuidados seguros e de alta qualidade centrados no paciente e na família.

Já os objetivos específicos são:

- Desenvolver ações e práticas interdisciplinares que privilegiem a abordagem multidimensional dos sintomas.
- Coordenar os cuidados ao paciente, priorizando a autonomia, a preservação do autocuidado e a manutenção de funcionalidade pelo tempo que for possível, com o foco na desospitalização.
- Acolher e apoiar familiares e pacientes, atualizando-os sobre a evolução clínica e fornecendo informações prognósticas honestas e oportunas.
- Ofertar aos pacientes e familiares escuta ativa e suporte para escolhas que embasem a tomada de decisões difíceis, com base nas recomendações terapêuticas e assistenciais presentes no plano de cuidados.
- Fortalecer a comunicação eficaz entre equipe e unidade de cuidado[e] no planejamento de alta, com o objetivo de melhorar a adesão medicamentosa, reduzir a procura por emergências e as reinternações precoces.
- Otimizar insumos, orientações e serviços para organização da rede de cuidados do paciente em domicílio.
- Fornecer suporte psicossocial aos familiares e cuidadores durante todo o processo de acompanhamento ao paciente na internação, facilitando a expressão e a elaboração de sentimentos associados a questões das dinâmicas inter-relacional e familiar, bem como ao confronto com a incurabilidade da doença e com a condição de terminalidade do ente querido e à vivência de luto antecipado, no intuito de identificar os fatores de risco para as complicações do processo de luto e minimizar sua ocorrência.

[e] Entende-se por unidade de cuidado o binômio paciente-família, considerando como o adoecimento do paciente impacta e é impactado pelos aspectos relacionais, socioeconômicos, estruturais e organizativos que permeiam essa relação.

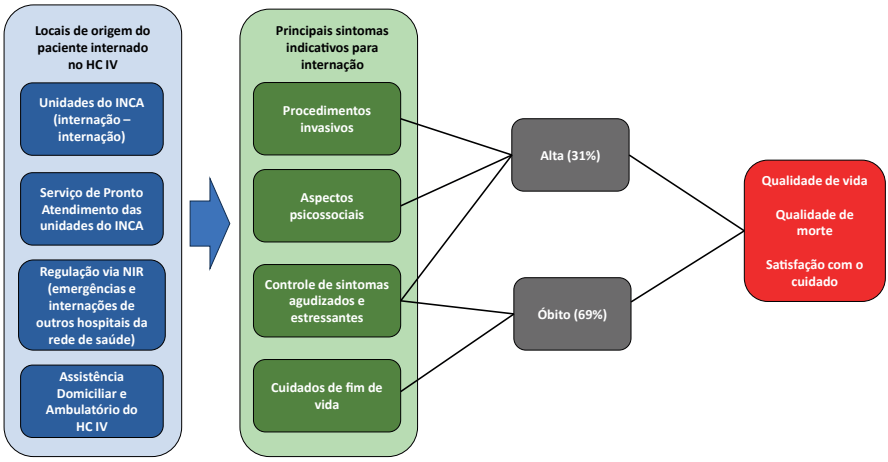
- Acolher o familiar no pós-óbito imediato ou subsequente, esclarecendo-o sobre o óbito do paciente, além de fornecer suporte psicossocial e orientações sobre direitos e serviços.

FLUXOS DE INTERNAÇÃO

A admissão dos pacientes obedece a quatro fluxos distintos (Figura 2):

- Transferência direta das enfermarias das outras unidades do INCA (Hospitais do Câncer I, II e III — HC I, HC II e HC III) quando o suporte artificial de vida é considerado tratamento desproporcional, após avaliação dos Postos Avançados e consequente matrícula no HC IV[f].
- Admissão do paciente já matriculado no HC IV e atendido pelos Serviços de Pronto Atendimento de outras unidades do INCA.
- Admissão do paciente já matriculado no HC IV e atendido por serviços de emergência de outros hospitais da rede de saúde, repassados via Núcleo Interno de Regulação do INCA, que gerencia a oferta do leito.
- Admissão dos pacientes a partir de demandas do atendimento do Ambulatório ou da Assistência Domiciliar do HC IV.

Figura 2 — Critérios e indicações de internação de pacientes no Hospital do Câncer IV



Fonte: elaboração INCA.

Legenda: HC IV — Hospital do Câncer IV; INCA — Instituto Nacional de Câncer; NIR — Núcleo Interno de Regulação.

[f] A transferência da clínica de origem é realizada pelo Posto Avançado do HC IV, localizado nas três unidades hospitalares que compõem o INCA. O Posto Avançado é composto por uma enfermeira que aborda o paciente e sua família, após avaliação e deliberação do médico da clínica de origem para os cuidados paliativos exclusivos.

Os pacientes internados são maiores de 18 anos, possuem câncer, sem indicação de suporte avançado de vida e de tratamentos modificadores de doença. Os sintomas clínicos que mais frequentemente motivaram internação no período de janeiro a maio de 2023 foram dor, dispneia, confusão mental e disfagia[g]. Já o estudo *Support*, com pacientes com câncer avançado, observou que, além da dor, a fadiga, a perda de peso, a falta de apetite, a náusea, a ansiedade, a dispneia e a confusão mental foram motivos para hospitalização[12]. Esses achados são corroborados em outros trabalhos que mostram o controle de sintomas, seguido de complicações relacionadas ao câncer e aos cuidados terminais como as razões mais frequentes para admissão[13,14]. Em relação ao desfecho das internações, pesquisas mostram que altos níveis de intensidade (pontuações elevadas) para dispneia, sonolência e depressão na admissão foram associados à morte de pacientes internados[15]. Além disso, o *delirium* é um fator prognóstico bem estabelecido para aumento da carga de sintomas e mortalidade intra-hospitalar para pacientes com câncer avançado. Todos esses sintomas devem ser levados em consideração na avaliação da atual taxa de mortalidade da unidade (69%).

É consenso que pacientes em cuidados paliativos têm múltiplas indicações para internações e experimentam mais de um sintoma ao mesmo tempo. Aqueles que internam com câncer metastático e dispneia (marcador independente de prognóstico) podem apresentar entre sete e 14 sintomas[16,17]. Diante da natureza multidimensional dos sintomas e da necessidade de assistência especializada, algumas situações clínicas devem ser pontuadas como fontes de grande sofrimento para paciente e família e são causas frequentes de internação, como: dor de difícil controle com necessidades de medicação parenteral e titulação frequente da dose; complicações no fim da vida, como dispneia, sangramentos tumorais e outros sintomas de difícil manejo com os recursos disponíveis no domicílio; manuseio de extensas feridas tumorais fungoides ou ulceradas que requerem trocas frequentes de curativos ou mais de uma pessoa para serem concluídas.

PLANO DE CUIDADOS MULTIDISCIPLINAR NA INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Todo o paciente internado no HC IV possui um plano de cuidados terapêutico multidisciplinar individualizado, que contempla os aspectos clínicos, psicossociais e espirituais. Esse plano é definido com base em critérios objetivos de avaliação de extensão de doença, interpretados à luz

[g] Dados obtidos pelos indicadores assistenciais da Internação Hospitalar do HC IV.

do entendimento da sua evolução natural, da presença de sinais de rápida progressão tumoral e da disfunção orgânica. Junto à equipe multiprofissional e ao binômio paciente-família, busca-se a instauração de um ambiente que promova a autonomia do paciente, a expressão de suas expectativas e de suas preferências, ampliando as possibilidades de decisão compartilhada e a comunicação eficaz entre paciente, equipe e família. E, a partir dessa discussão, definem-se as melhores estratégias a curto prazo para o gerenciamento principalmente de sintomas angustiantes, como dor, dispneia e *delirium*, assim como a indicação de procedimentos e terapias complementares, visando à desospitalização e à convivência familiar e comunitária[18]. Em casos em que ocorra o agravamento do quadro, o plano de cuidados multidisciplinar modifica-se com o intuito de reconhecer quando um paciente está se aproximando do fim de sua vida e prestar os cuidados apropriados, compassivos e oportunos, sempre que possível alinhados com os valores, as necessidades e os desejos do indivíduo e de sua família ou cuidadores[19].

ABORDAGEM INTEGRAL DA UNIDADE DE CUIDADO (PACIENTE-FAMÍLIA)

Na chegada à internação, cada uma das diferentes categorias profissionais avalia o paciente, considerando suas demandas de ordens física, psicossocial e espiritual, elaborando, em seguida, um plano de cuidados focado nas necessidades específicas no atual momento de sua doença e na sua família[20]. Posteriormente, a partir de discussões diárias de casos entre a equipe multiprofissional, esses planos ganham contorno de condutas e propostas de intervenção, por meio de uma perspectiva interdisciplinar e holística de compreensão de cada caso clínico. Diária e continuamente, essas demandas são atualizadas e os sintomas monitorados, por meio do uso de tabelas e escalas, que incluem o quinto sinal vital (dor), avaliação do *status* funcional e avaliação prognóstica (Capítulos 12 e 13).

No que compete às necessidades dos familiares e cuidadores, esses são acolhidos, orientados e ouvidos a partir de abordagens coletivas e individualizadas. A instituição dispõe de duas atividades coletivas que são realizadas semanalmente. A primeira é a reunião com os acompanhantes, realizada por assistentes sociais, enfermeiras e psicólogas com os acompanhantes dos pacientes internados, para esclarecimento da proposta de cuidados paliativos, rotinas da internação, processos de acompanhamento pós-alta e orientações gerais sobre suporte ofertado aos pacientes e familiares.

Outra atividade coletiva é o "cuide bem do seu paciente"[h], que consiste em reuniões de treinamento de cuidadores no manejo de sondas, cateteres, curativos, vias de administração de alimentação e medicamentos, por meio de técnicas de simulação em manequim anatômico, sob a condução de enfermeiros, fisioterapeutas e nutricionistas.

Simultaneamente, os acompanhantes e familiares são abordados particularmente pela equipe multiprofissional durante o processo de acompanhamento diário do paciente, de maneira a responder seus questionamentos, realizar esclarecimentos e prestar suporte adequado às suas demandas específicas. No decorrer dos atendimentos de médicos, enfermeiros, nutricionistas, fisioterapeutas, farmacêuticos, assistentes sociais e psicólogos, dúvidas, mitos e fantasias sobre o tratamento paliativo, as medicações utilizadas, a evolução e o processo de morte são identificados e abordados, assim como as barreiras de entendimento e os limites para acompanhamento e cuidados de cada grupo familiar[21,22].

Nos atendimentos específicos do serviço social, serão analisados a composição familiar, a organização da rede de cuidados domiciliar — seus limites e possibilidades organizativas —, as condições socioeconômicas e o acesso a serviços e direitos sociais[23]. Já no atendimento da psicologia, é observada a natureza dos vínculos que compõem a dinâmica familiar de cada um desses sistemas. Do mesmo modo, as situações de maior dificuldade de aceitação da condição de finitude e a presença de fatores de risco para complicações de luto são identificados, reconhecendo-se os familiares e cuidadores que necessitam de acompanhamento psicológico de forma mais sistemática, a fim de mitigar, dentro do possível, as chances de um posterior quadro patológico[24], que apresenta prevalência de sete a 14 % entre familiares de pacientes em cuidados paliativos[25].

De acordo com tais avaliações, são planejadas conferências familiares envolvendo outros membros das famílias e diferentes representantes da equipe multidisciplinar, visando a democratizar informações sobre quadro clínico e prognóstico, aprimorar a comunicação entre equipe e familiares, promover maior rodízio de acompanhantes, ampliar a rede de cuidados no domicílio, definir coletivamente estratégias de cuidado, efetuar programações de alta hospitalar, realizar orientações pós-alta e pré-óbito. Além disso, ao longo de todo o curso da internação ou posteriormente, no pós-óbito, por meio do Ambulatório de Luto, psicólogos fornecem acompanhamento psicológico para os familiares que se disponibilizarem a vir ao hospital no suporte ao

[h] Cartilha disponível em: https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//cuide-bem-do-seu-paciente-2013.pdf. Acesso em: 15 fev. 2023.

enfrentamento emocional da condição de finitude do paciente e seus conteúdos emocionais associados.

ESTRATÉGIAS E DESAFIOS NO PROCESSO DE INTERNAÇÃO

O cuidado ético e compassivo centrado no paciente e na família é a principal estratégia de atuação da equipe interdisciplinar na Internação Hospitalar, trazendo pontos positivos para o modelo proposto.

A atenção interdisciplinar e integral é fundamental para que os aspectos emocionais, psicossociais e espirituais e de identidade de gênero[i] sejam contemplados na estruturação de um plano terapêutico singular. Em função dessa estratégia, paciente e família são avaliados continuamente por equipe médica, enfermagem, nutrição, psicologia, fisioterapia, fonoaudiologia, serviço social, farmácia clínica e capelania com a oferta de suporte espiritual. Também recebem suporte e insumos dos voluntários do INCAvoluntário (Capítulo 7) em ações próprias desenvolvidas por essa organização e que priorizam o acolhimento da unidade de cuidados.

O suporte prático para questões financeiras e objetivas, por meio da atuação do voluntariado do INCA, que, com base em critérios estabelecidos institucionalmente, fornece cestas básicas, propicia doação de itens de uso pessoal e higiene, além da oferta de auxílio-transporte.

A Internação Hospitalar promove conforto e qualidade de vida ao paciente, de acordo com seus valores e parâmetros pessoais, estimulando seu protagonismo no enfrentamento da doença e sua adesão ao tratamento. Há um esforço para que suas recomendações ou desejos comunicados em atendimentos e documentados em prontuário sejam atendidos. Na impossibilidade de tomada de decisões pelo paciente, prevalece a vontade dos familiares e/ou cuidadores a partir das informações compartilhadas pela equipe sobre o prognóstico e o estado clínico do paciente.

A construção de vínculo entre paciente, família e equipe favorece a criação de uma relação de confiança, parceria e complementariedade, em prol do bem-estar do paciente.

A alta hospitalar é planejada coletivamente e de forma prévia, a partir da avaliação multiprofissional e da participação do paciente e sua família.

[i] Conforme determina o Decreto nº 8.727/2016, que dispõe sobre o uso do nome social e o reconhecimento da identidade de gênero de pessoas travestis e transexuais no âmbito da administração pública federal direta, autárquica e fundacional.

É imprescindível uma rede de cuidados capaz de atender às necessidades específicas do paciente no domicílio. Desse modo, familiares e cuidadores recebem capacitação para a realização do cuidado, o que incluirá também avaliação de barreiras de comunicação, elaboração de receitas médicas em formulário adaptado às necessidades identificadas, orientações quanto ao uso dos medicamentos e conciliação medicamentosa, treinamento para uso seguro de acesso subcutâneo e hipodermóclise em domicílio nos casos indicados, em um esforço para promover maior adesão terapêutica e evitar administração inadequada de medicamentos.

A construção de parceiras institucionais com instituições de longa permanência capazes de atender às demandas de cuidados de pacientes em cuidados paliativos sem uma rede de cuidados domiciliar estabelecida é essencial para garantia da integralidade.

O HC IV, em conformidade com a Lei nº 14.238, de 2021, que dá ao paciente oncológico direito a atendimento integral, incluindo distribuição de fármacos e, sempre que possível, atendimento domiciliar, amplia sua linha de atuação, ofertando dietas enterais e insumos necessários para o cuidado em domicílio, como material para curativo e fraldas, caso necessário. Tais recursos representam importante diferencial para concretização da alta hospitalar, por elevarem o potencial de cuidado integral ofertado ao paciente.

A Internação Hospitalar é um grande campo para diálogos sobre finitude, facilitando a compreensão de aspectos que podem otimizar a qualidade de morte. Discussões sobre o fim da vida abrangem o prognóstico, a trajetória da doença, o declínio funcional, os sintomas esperados no processo ativo de morte, a ausência de medidas para suporte artificial de vida, as medidas de conforto prioritárias e as questões ligadas à sedação paliativa.

EQUIPE ASSISTENCIAL

Para a atuação multiprofissional, a equipe precisa ser composta por, no mínimo, profissionais com formação em medicina, enfermagem, psicologia, assistência social e reabilitação. Entretanto, uma intervenção de demais profissionais da saúde, como cirurgiões-dentistas, farmacêuticos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, profissionais de educação física, entre outros, torna-se necessária a fim de garantir a integralidade do cuidado[26]. Para atender às múltiplas e complexas demandas associadas às diferentes dimensões do cuidado ao paciente em cuidados paliativos e seus familiares, a equipe multiprofissional precisa ser composta por diferentes categorias. Minimamente, a equipe da Internação Hospitalar deveria ser composta por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, assistentes sociais, psicólogos, nutricionistas,

fisioterapeutas, fonoaudiólogos e voluntários (INCAvoluntário e capelania). Cabe destacar o importante papel das estruturas matriciais desempenhadas pela CCIH e pela Farmácia Clínica. Visando a ampliar a possibilidade de intervenção, seria desejável a inclusão de outras categorias de apoio como terapeutas ocupacionais e psiquiatras consultores. Entretanto, sabe-se que a escassez de profissionais capacitados e de recursos financeiros comumente representa obstáculos para a concretização dessas condições ideais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Internação Hospitalar do HC IV, com seu perfil misto, é um espaço privilegiado para gerenciar as múltiplas necessidades de pacientes com câncer em cuidados paliativos, fornecendo cuidados altamente especializados e intervenções complexas. O trabalho realizado reforça que, com arsenal medicamentoso necessário para atender às demandas, profissionais capacitados e estrutura organizada, é possível alcançar sucesso no controle de sofrimentos físicos e psicossociais dos pacientes e ofertar cuidado de excelência, estendendo apoio psicossocial e espiritual à família.

REFERÊNCIAS

1. BRUERA, E.; HUI, D. Conceptual models for integrating palliative care at cancer centers. **Journal of Palliative Medicine**, Larchmont, v. 15, n. 11, p. 1261-1269, Nov. 2012. DOI 10.1089/jpm.012.0147.
2. CURTIS, J. R. Palliative and end-of-life care for patients with severe COPD. **The European Respiratory Journal**, Sheffield, v. 32, n. 3, 796-803, Sep. 2008. DOI 10.1183/09031936.00126107.
3. WITKAMP, F. E. *et al*. Improving the quality of palliative and terminal care in the hospital by a network of palliative care nurse champions: the study protocol of the PalTeC-H project. **BMC Health Services Research**, London, v. 13, n. 115, Mar. 2013. DOI 10.1186/1472-6963-13-115.
4. VAN DEN BLOCK, L. *et al*. Transitions between health care settings in the final three months of life in four EU countries. **European Journal of Public Health**, Oxford, v. 25, p. 569-575, Aug. 2015. DOI 10.1093/eurpub/ckv039.
5. PISSINI, L. A filosofia dos cuidados paliativos: uma resposta diante da obstinação terapêutica. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, ano 27, v. 27, 2015.
6. MERCADANTE, S. *et al*. Clinical and financial analysis of an acute palliative care unit in an oncological department. **Palliative Medicine**, London, v. 22, p. 760-767, Sep. 2008. DOI 10.1177/0269216308094338.

7. RIGBY, A. *et al*. Impact of opening an acute palliative care unit on administrative outcomes for a general oncology ward. **Cancer**, Hoboken, NJ, v. 113, n. 11, p. 3267-3274, Dec. 2008. DOI 10.1002/cncr.23909.
8. MERCADANTE, S.; BRUERA, E. Acute palliative care units: characteristics, activities and outcomes - scoping review. **BMJ Support Palliative Care**, London, v. 13, n. 4, Jan. 2023. DOI 10.1136/spcare-2022-004088.
9. ELSAYEM, A. *et al*. Predictors of inpatient mortality in an acute palliative care unit at a comprehensive cancer center. **Support Care Cancer**, Berlin, v. 18, n. 1, p. 67-76, Jan. 2010. DOI 10.1007/s00520-009-0631-5.
10. SOUSA, B. R. *et al*. Cuidados paliativos numa unidade especializada de cuidados paliativos oncológicos em Portugal: uma realidade complexa. **Cureu**, [*s. l.*], v. 15, n. 4, e37930, 2023. DOI 10.7759/cureus.37930.
11. SAUNDERS, C. **Cicely Saunders**: selected writings 1958-2004. New York: Oxford University Press, 2006.
12. WALSH, D. *et al*. The symptoms of advanced cancer: relationship to age, gender, and performance status in 1,000 patients. **Support Care Cancer**, Berlin, v. 8, n. 3, 175-179, May 2000. DOI 10.1007/s005200050281.
13. LAGMAN, R. *et al*. Acute inpatient palliative medicine in a cancer center: clinical problems and medical interventions - a prospective study. **American Journal of Hospice and Palliative Medicine**, Thousand Oaks, v. 24, n. 1, p. 20-28, 2007. DOI 10.1177/1049909106295292.
14. MERCADANTE, S. *et al*. The palliative-supportive care unit in a comprehensive cancer center as crossroad for patients' oncological pathway. **PloS One**, San Francisco, v. 11, n. 6, e0157300, 2016. DOI 10.1371/journal.pone.0157300.eCollection 2016.
15. JUNG, E. H. *et al*. Clinical outcomes of operating an acute palliative care unit at a comprehensive cancer center. **JCO Oncology Practice**, Alexandria, VA, v. 18, n. 10, p. e1661-e1671, 2022. DOI 10.1200/OP.22.00163.
16. ELSAYEM, A. *et al*. A month in an acute palliative care unit: clinical interventions and financial outcomes. **The American Journal of Hospice Palliative Care**, Thousand Oaks, v. 28, p. 550-555, 2011. DOI 10.1177/1049909111404024.
17. HENSON, L. A. *et al*. Palliative care and the management of common distressing symptoms in advanced cancer: pain, breathlessness, nausea and vomiting, and fatigue. **Journal of Clinical Oncology**, Alexandria, VA, v. 38, n. 9, p. 905-914, Mar. 2020. DOI 10.1200/JCO.19.00470.
18. BRASIL. Ministério da Saúde. **Desospitalização**: reflexões para o cuidado em saúde e atuação multiprofissional. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/

desospitalizacao_reflexoes_cuidado_atuacao_multiprofissional.pdf. Acesso em: 4 jan. 2023.

19. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **Cuidados paliativos**: vivências e aplicações práticas do Hospital do Câncer IV. Rio de Janeiro: INCA, 2021.
20. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil). Avaliação do Psicólogo. *In*: INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil). **A avaliação do paciente em cuidados paliativos**. Rio de Janeiro: INCA, 2022. p. 137-146. (Cuidados paliativos na prática clínica, v. 1). Disponível em: https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//completo_serie_cuidados_paliativos_volume_1.pdf. Acesso em: 5 jan. 2024.
21. ULLRICH, A. *et al*. Quality of life, psychological burden, needs and satisfaction during specializes impacient paliative care in Family caregivers of advanced cancer patients. **BMC Palliative Care**, London, v. 16, 2017.
22. OLIVEIRA, M. G. C.; SALES, R. L. **Psico-oncologia**: um estudo sobre a importância do acolhimento psicológico ao paciente com câncer e seus familiares Maceió: Centro Universitário Tiradentes, 2020.
23. ASSIS, A. Serviço social. *In*: CASTILHO, R. K.; SILVA, V. C. S. da; PINTO, C. da S. (ed.) **Manual de cuidados paliativos**. 3. ed. São Paulo: Academia Nacional de Cuidados Paliativos: Atheneu, 2021. p. 174-179.
24. BRAZ, M. S.; FRANCO, M. H. P. Profissionais paliativistas e suas contribuições na prevenção de luto complicado. **Psicologia**: Ciência e Profissão, v. 37, n. 1, p. 90-105, jan./mar. 2017. DOI 10.1590/1982-3703001702016.
25. HAMANO, J. *et al*. The association of family functioning and psychological distress in the bereaved families of pactients with advanced cancer: a nationwide survey of bereaved family members. 1-10. **Psycho-Oncology**, v. 30, n. 1, p. 74-83, Jan. 2020. DOI 10.1002/pon.5539.
26. CRUZ, N. A. O. da *et al*. O papel da equipe multidisciplinar nos cuidados paliativos em idosos. **Research, Society and Development**, Vargem Grande Paulista, v. 10, n. 8, e52110817433, 2021. DOI 10.33448/rsd-v10i8.17433.

CAPÍTULO 3: AMBULATÓRIO

INTRODUÇÃO

Neste capítulo, será apresentado o modelo de atendimento ambulatorial realizado no HC IV. Nessa modalidade assistencial, são atendidos pacientes com câncer avançado vinculados ao HC IV do INCA, cujo perfil funcional (*Karnofsky Performance Status* — KPS maior que ou igual a 50%) permite o seu comparecimento ao hospital para acompanhamento da equipe, objetivando o adequado controle de sintomas e problemas de ordem física e o cuidado com os aspectos psicossociais e espirituais.

Trata-se de um ambulatório em molde interdisciplinar, no qual o paciente tem acesso às diferentes categorias profissionais, como médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, psicólogo, assistente social, nutricionista, fisioterapeuta e dentista, permitindo o cuidado para além das demandas biológicas e facilitando a comunicação entre os membros da equipe e entre a equipe, o paciente e o familiar.

FUNCIONAMENTO

O atendimento ambulatorial é realizado de segunda a sexta-feira, em dois turnos, pela manhã, das 8 às 12 horas, e à tarde, das 13 às 18 horas. O espaço físico é composto por: recepção com sala de espera com cadeiras, uma televisão e um aquário ornamental para distração; setor de agendamento de consulta ou secretaria; e área de atendimento propriamente dita, composta por nove consultórios e uma sala de repouso com três poltronas, onde o paciente pode se acomodar para procedimentos como coleta de exames laboratoriais, administração de hidratação e medicações por via parenteral, estabilização clínica, entre outros.

Os primeiros horários de consulta são destinados aos usuários que serão atendidos pela primeira vez, e os horários subsequentes para o seguimento dos já em acompanhamento no HC IV. A primeira consulta após o encaminhamento do posto avançado[j] deve ocorrer em até cinco dias. Nessa primeira avaliação, o paciente é atendido por toda a equipe multidisciplinar,

[j] O posto avançado está presente nos HC I, II e III e é composto por uma enfermeira que aborda o paciente e sua família, após avaliação e deliberação do médico da clínica de origem, encaminhando o paciente para o HC IV.

composta por médico, enfermeiro, assistente social, psicólogo, fisioterapeuta e nutricionista. As consultas subsequentes são agendadas de acordo com a necessidade do paciente, de maneira que ele seja atendido no mesmo dia por todos os profissionais, a depender da demanda apresentada.

Os profissionais atendem, sequencialmente, aos pacientes, de acordo com as necessidades clínicas de cada um deles. A discussão dos casos entre os integrantes da equipe ocorre de maneira fluida para as deliberações necessárias. O paciente pode ser liberado para residência com novo agendamento de consulta ambulatorial, ser encaminhado para a assistência domiciliar ou ser internado, caso em que todos os procedimentos de internação hospitalar são realizados pela equipe do Ambulatório. O familiar ou cuidador é estimulado a participar das consultas de maneira a favorecer a comunicação, esclarecer dúvidas e receber informações e treinamento sobre os cuidados.

Ambulatório a distância

Trata-se de uma estratégia de articulação com a Rede de Atenção à Saúde (RAS) do território onde o paciente reside para os casos de perfis funcional ou clínico que dificultam ou impedem o comparecimento às consultas de pacientes não elegíveis para acompanhamento com a assistência domiciliar do INCA (Capítulo 4). Tem como objetivo garantir a continuidade do plano de cuidados do paciente em domicílio, por meio de uma ação integrada com a RAS. Os profissionais da RAS atuam presencialmente, e os profissionais do ambulatório do HC IV como consultores[1].

Para a efetividade desse acompanhamento, o paciente com o perfil descrito é referenciado para a RAS pelo serviço social do HC IV, que fornece o Prontuário de Acompanhamento Ambulatorial a Distância (Paad) contendo o encaminhamento do serviço social, o relatório médico e o formulário de acompanhamento ambulatorial a distância a ser preenchido pelo profissional que atender ao paciente em casa.

Cabe à RAS a realização de consultas domiciliares regulares com médico e/ou enfermeiro, preferencialmente antes da consulta de segmento no HC IV, para que a equipe receba o formulário de acompanhamento ambulatorial a distância devidamente preenchido com dados sobre a evolução clínica do paciente. Ressalta-se que o objetivo da visita domiciliar é possibilitar que o paciente seja avaliado presencialmente pelo profissional em seu território e que informações técnicas e precisas cheguem ao profissional do HC IV, a fim de embasar as condutas, sem que o paciente se desloque de seu domicílio. Durante todo o processo de acompanhamento, deve ocorrer troca sistemática de relatórios, propiciando a continuidade do cuidado seguro ao paciente no

conforto de seu domicílio, assim como a discussão dos casos pelos meios de comunicação disponíveis.

A dispensação dos medicamentos para controle de sintomas e dos materiais de cuidado segue sendo realizada pelo HC IV após a teleconsulta médica, a consulta de enfermagem e a consulta entre os demais membros da equipe com a família ou o cuidador. Desde a sua implementação sistematizada em setembro de 2017 até julho de 2023, foram encaminhados pacientes para o acompanhamento integrado em 64 municípios do Estado do Rio de Janeiro[1].

Além da demanda assistencial, a estratégia do ambulatório a distância permite uma importante articulação com a RAS, seja na discussão dos casos dos pacientes em acompanhamento conjunto, seja nos encontros com os profissionais que atuam na Atenção Primaria, como em clínicas da família, Unidades Básicas de Saúde e programas de atenção domiciliar, para alinhamento de fluxos e capacitação em temas relacionados aos cuidados paliativos.

Teleatendimento

Em 2020, em razão da pandemia da Covid-19, foi necessário estruturar um modelo de teleatendimento, com o objetivo de garantir a continuidade da assistência aos pacientes e familiares de maneira segura, reduzindo a circulação no ambiente hospitalar e minimizando os riscos de contaminação intra-hospitalar e de trajeto. Tal estratégia foi balizada pelos órgãos competentes que autorizaram essa modalidade[2,3].

No período pandêmico com maior restrição, os pacientes vinculados ao Ambulatório foram acompanhados por teleatendimento médico e de enfermagem, objetivando o monitoramento e o controle dos sintomas e das condições relacionados ao câncer avançado e à Covid-19[4,5]. Todos os pacientes recentemente encaminhados ao serviço, em sua primeira vez na unidade, eram atendidos presencialmente pela equipe interdisciplinar e, na sequência, recebiam teleatendimento médico e/ou de enfermagem. O intervalo do contato era planejado de acordo com as demandas apresentadas pelo paciente a partir da avaliação da equipe que o atendeu presencialmente ou a distância. O próprio paciente ou familiar também faziam contato com o serviço de teleatendimento para reportar alguma dúvida ou mudança clínica.

A cada teleatendimento, o profissional investigava, com o paciente e/ou familiar, os sintomas relacionados à doença oncológica e o manejo e funcionamento de dispositivos invasivos, ostomias e feridas, fornecendo orientações e condutas pertinentes a cada caso. Rotineiramente, também investigavam sintomas relacionados à Covid-19. Os casos eram discutidos entre o médico e o enfermeiro para a deliberação da melhor conduta. Em

situações em que o atendimento presencial se fazia necessário, uma consulta presencial era prontamente agendada.

Com o arrefecimento da pandemia e a regularização gradual do atendimento presencial, o teleatendimento de enfermagem deixou de acontecer, permanecendo então o teleatendimento médico voltado principalmente para os pacientes vinculados ao ambulatório a distância.

CRITÉRIOS PARA ATENDIMENTO

Para ser atendido no Ambulatório do HC IV, o paciente deve ter sido encaminhado por uma das unidades do INCA e avaliado pelo posto avançado. O principal critério é funcional: o paciente deve apresentar KPS maior que ou igual a 50% ou residir em local fora de critério para atendimento domiciliar nos casos de KPS menor que ou igual a 40%. Além disso, o ambulatório também atende a pacientes que receberam alta hospitalar do HC IV e aos que são encaminhados da Assistência Domiciliar, em caso de recuperação funcional ou endereço não compatível com o atendimento domiciliar.

VANTAGENS

A principal vantagem do Ambulatório de cuidados paliativos diz respeito ao acompanhamento dos pacientes com melhor perfil funcional apesar da doença avançada. Isso possibilita intervenções precoces para o controle de sintomas físicos e de outros problemas de ordens psíquica, social ou espiritual que possam contribuir para a melhoria da qualidade de vida. Outra vantagem advém do fato de o paciente ser atendido em um mesmo dia por todos os profissionais de maneira integrada, característica do atendimento interdisciplinar implementado.

DESVANTAGENS

A principal desvantagem está relacionada ao fato de se tratar de um ambulatório de cuidados paliativos destacado da equipe que conduziu o tratamento oncológico, o que significa um modelo de cisão entre o tratamento modificador da doença e o cuidado paliativo, com interação insuficiente com as outras clínicas oncológicas. Outra desvantagem inerente ao ambiente ambulatorial é a necessidade de deslocamento do paciente para receber o atendimento, fato especialmente importante quando as condições clínicas, funcionais e financeiras dificultam ou impedem esse deslocamento.

EQUIPE ASSISTENCIAL

O ambulatório conta com uma equipe composta por médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, psicólogo, assistente social, nutricionista, fisioterapeuta e dentista, que atendem ao paciente e ao familiar ou cuidador a partir das demandas identificadas individualmente. Os principais instrumentos de avaliação utilizados nas consultas são KPS para avaliação funcional e *Edmonton Sympton Assessment System* (Esas) (Capítulo 12) para triagem e avaliação dos sintomas mais prevalentes. Além desses, os profissionais também utilizam outros instrumentos inerentes às categoriais profissionais, a depender das necessidades identificadas em cada paciente.

Mediante solicitação de parecer, o paciente pode contar com avaliação e acompanhamento de fonoaudiologia, capelania, estomaterapia, ortopedia, oncologia e radioterapia. O HC IV não dispõe de terapeuta ocupacional, o que seria desejável.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Ambulatório interdisciplinar é a principal porta de entrada do HC IV e conta com uma equipe apta a fornecer um cuidado de excelência aos pacientes com câncer avançado, considerando as suas demandas físicas, sociais, emocionais e espirituais.

REFERÊNCIAS

1. FONSECA, D. F. *et al*. Integração com a Atenção Primária à Saúde: experiência de uma unidade de referência em cuidados paliativos oncológicos. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 66, n. 4, dez. 2021. DOI 10.32635/2176-9745.RBC.2021v67n4.1327.
2. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (Brasil). **Resolução nº 634, de 26 de março de 2020**. Autoriza e normatiza, "ad referendum" do Plenário do Cofen, a teleconsulta de enfermagem como forma de combate de pandemia provocada pelo novo coronavírus (Sars-Cov-2), mediante consultas, esclarecimentos, encaminhamentos e orientações com uso de meios tecnológicos, e dá outras providências. Brasília, DF: Cofen, 2020. Disponível em: https://www.in.gov.br/web/dou/-/resolucao-n-634-de-26-de-marco-de-2020-249995879. Acesso em: 4 jan. 2024.
3. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (Brasil). **Ofício CFM nº 1756/2020 - COJUR**. Brasília, DF: CFM, 2020. Disponível em: http://

portal.cfm.org.br/images/PDF/2020_oficio_telemedicina.pdf. Acesso em: 30 mar. 2021.

4. SAMPAIO, S. G. S. M.; DIAS, A. M.; FREITAS, R. Orientações do serviço médico de uma unidade de referência em cuidados paliativos oncológicos frente à pandemia de Covid-19. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 66, Nov. 2020. DOI 10.32635/2176-9745. RBC.2020v66nTemaAtual.1058.
5. FREITAS, R. *et al*. Cuidados paliativos em pacientes com câncer avançado e Covid-19. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 66, Nov. 2020. DOI 10.32635/2176-9745.RBC.2020v66nTemaAtual.1077.

CAPÍTULO 4: ASSISTÊNCIA DOMICILIAR

INTRODUÇÃO

A Assistência Domiciliar é realizada pelo HC IV, unidade de cuidados paliativos do INCA, e está inscrita na modalidade de Atenção Domiciliar tipo 2, destinada aos usuários que possuem problemas de saúde e dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde e que necessitem de maior frequência de cuidado, recursos de saúde e acompanhamento contínuo[1]. Neste capítulo, será descrito o funcionamento da Assistência Domiciliar do HC IV.

FUNCIONAMENTO

Os atendimentos domiciliares são realizados por uma equipe interprofissional formada por médicos, enfermeiros, assistentes sociais, fisioterapeutas e psicólogos. Conforme a necessidade, existe a possibilidade de atendimento por farmacêuticos e pelo profissional de suporte espiritual, além do teleatendimento realizado por nutricionistas. A equipe conta também com o Núcleo de Apoio à Assistência Domiciliar (Naad), formado por enfermeiros e médicos que atuam na base do serviço e dão suporte remoto à equipe interdisciplinar e aos pacientes e familiares em situações de urgências, dúvidas ou atendimento de solicitações de materiais e medicamentos. Além disso, a equipe é formada por funcionários administrativos, responsáveis pelo agendamento das consultas e contato com pacientes e famílias, e por motoristas (Quadro 1).

As orientações ao paciente e seu familiar são registradas no prontuário domiciliar. Além disso, o registro da consulta do paciente deve ser feito de forma detalhada no prontuário eletrônico institucional, incluindo as avaliações iniciais e subsequentes do profissional, os diagnósticos, as condutas e o plano de cuidados proposto.

Os medicamentos e materiais necessários são fornecidos durante as consultas domiciliares. Conforme a necessidade do paciente e a disponibilidade no HC IV, a equipe da Assistência Domiciliar pode solicitar também o empréstimo de materiais de conforto, como cama do tipo hospitalar, cilindro e concentrador de oxigênio, cadeira de rodas, cadeira higiênica, nebulizador e coletor de urina.

Quadro 1 — Equipe interprofissional para a Assistência Domiciliar

EQUIPE MÍNIMA	Enfermeiros Médicos Assistentes sociais Psicólogos Fisioterapeutas Farmacêuticos Assistentes administrativos Motoristas
EQUIPE DESEJÁVEL	Equipe mínima + Terapeuta ocupacional Nutricionista Fonoaudióloga
EQUIPE ASSISTÊNCIA DOMICILIAR HC IV	Equipe mínima + Nutricionista (parecerista)

Fonte: elaboração INCA.

Legenda: HC IV — Hospital do Câncer IV.

O quantitativo de pacientes inscritos no serviço ajuda a nortear o dimensionamento da equipe da Assistência Domiciliar, assim como a periodicidade de atendimentos previstos por dia, semana e mês. O agendamento das consultas domiciliares prioriza os pacientes recém-encaminhados para o serviço com uma previsão de atendimento no prazo de até sete dias. Os atendimentos subsequentes devem ser realizados de acordo com as necessidades e a gravidade dos sinais e sintomas clínicos de cada paciente[2].

Pacientes com câncer avançado frequentemente apresentam sintomas diversos e sobrevida reduzida, associada às limitações dos sistemas de saúde. O perfil dos pacientes do HC IV[3] encaminhados à Assistência Domiciliar, diante dos critérios de elegibilidade, traz para os profissionais um desafio crescente para a condução do quadro em um curto prazo de tempo. Nos últimos anos, a média geral de permanência dos pacientes no serviço foi de 45 dias[4,5]. Nos serviços de cuidados paliativos domiciliares especializados no tratamento de pacientes com câncer, o intuito é identificar e controlar sintomas físicos, psicossociais e espirituais.

Os benefícios e as potencialidades da Assistência Domiciliar são inúmeros, tanto para os pacientes e seus familiares, quanto para o sistema de saúde, embora existam algumas limitações para essa modalidade de atendimento, conforme listado no Quadro 2.

Quadro 2 — Benefícios, potencialidades e limitações da Assistência Domiciliar

Assistência Domiciliar em cuidados paliativos	
Benefícios e potencialidades	Maior conforto e proteção para pacientes e familiares Redução de deslocamentos do paciente Menor risco de infecções Menor frequência de procura por serviços de pronto--atendimento e menor necessidade de internação hospitalar Facilidade para observar a adesão terapêutica e reforçar as medidas de promoção de saúde Promoção, prevenção, tratamento e reabilitação Participação ativa, promovendo a autonomia do paciente Qualificação do cuidado e um tratamento de maior integralidade, centrado no paciente e em suas necessidades Redução de custos e otimização de leitos hospitalares Otimização da utilização de recursos
Limitações	Encaminhamento tardio para cuidados paliativos, com sobrevida curta dos pacientes da Assistência Domiciliar Dificuldade de acesso geográfico para pacientes que residem fora da área de abrangência do serviço Impossibilidade de atendimento móvel de urgência e de remoção do paciente para hospital Dificuldade quanto ao acesso à declaração de óbito, no caso de óbito em domicílio Inexistência de serviço público de verificação de óbito no Rio de Janeiro Necessidade de aprimoramento dos sistemas informatizados para horizontalizar e facilitar a comunicação entre os diferentes processos de trabalho Dimensionamento adequado dos profissionais para o quantitativo de pacientes em acompanhamento Articulação com as redes de Atenção Primária para planejamento, coordenação e avaliação das ações de cuidados contínuos

Fonte: adaptado de Carvalho, Pason[6]; Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo[7]; Twaddle, McCormick[8]; Okon, Christensen[9]; Meier, McCormick[10]; Define *et al.*[11].

Com o objetivo de realizar um acompanhamento dos sintomas clínicos desses pacientes, os enfermeiros e os médicos realizam uma avaliação inicial, observando sinais e sintomas passíveis de modificação e controle, orientam pacientes e familiares em relação à administração de medicamentos e cuidados gerais, planejam as intervenções mais adequadas para cada paciente,

objetivando a promoção da qualidade de vida e o alívio de sintomas. O atendimento médico é priorizado para pacientes novos no serviço, para aqueles identificados com sintomas graves ou ainda para os que necessitam de procedimentos médicos em domicílio, por exemplo, em casos de paracentese. Na consulta médica, é feita avaliação clínica do paciente, com foco no controle de sintomas, considerando o prognóstico e respeitando os valores do paciente e da família.

Em cada atendimento, médicos e enfermeiros realizam avaliação e registro de sintomas baseados na Esas[6,7] (Capítulo 12) além do registro de sinais e sintomas adicionais[6-9], em uma escala de intensidade numérica de 0 a 10. São considerados sintomas de maior gravidade, que exigem uma intervenção rápida e oportuna da equipe, a dor, a falta de ar, as náuseas, os vômitos, o sangramento e a confusão mental[6-10].

A oferta de cuidados paliativos em domicílio está associada à redução de visitas à emergência, inclusive na fase final de vida, permitindo que pacientes fiquem em casa, junto de seus familiares, pelo maior tempo possível[4].

O Quadro 3 sintetiza a Assistência Domiciliar do HC IV.

Quadro 3 — Síntese do Serviço de Assistência Domiciliar

Objetivo	Realizar acompanhamento de pacientes com câncer avançado em cuidados paliativos por meio do Serviço de Assistência Domiciliar. A Assistência Domiciliar está inscrita na modalidade 2, sendo destinada aos usuários que possuem problemas de saúde e dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até a unidade de saúde e que necessitem de maior frequência de cuidado, recursos de saúde e acompanhamento contínuo
Critérios	Apresentar situação clínica impeditiva ao atendimento ambulatorial [PS > 2 ou KPS < 50%). Apresentar imobilidade, por causas como amputações, fraturas, grandes linfedemas, feridas tumorais extensas, e por condições clínicas incapacitantes ou restritivas, como dispneia, dependência de oxigênio, sequelas neurológicas, entre outros
Condições do domicílio	Estar situado até 60 km de distância do HC IV. Ter acesso livre e fácil para a equipe. Não estar em áreas consideradas de risco e/ou com iminência de conflito urbano relatado pelos órgãos de Segurança Pública

continua

continuação

Estrutura do serviço	Composto por uma equipe interdisciplinar formada por médicos, enfermeiros, assistentes sociais, fisioterapeutas e psicólogos, conforme a necessidade, existe a possibilidade de atendimento por farmacêuticos e pelos profissionais de suporte espiritual, além do teleatendimento realizado por nutricionistas e fonoaudiólogas. Suporte remoto desenvolvido pelo Naad, por meio de contato telefônico e/ ou aplicativo de comunicação, no qual enfermeiros e médicos que atuam na base do serviço fornecem as orientações de cuidado. O Naad auxilia à equipe e aos pacientes e familiares em situações de urgências, dúvidas ou atendimento de solicitações de materiais e medicamentos. Além disso, a equipe é composta por funcionários administrativos responsáveis pelo agendamento das consultas e contato com pacientes e famílias e por motoristas
Dados gerais do Serviço	Tomando o ano de 2022 como referência, o Serviço realizou, em média, 547 consultas por mês, perfazendo 6.565 consultas no ano. O intervalo médio entre as consultas de primeira vez foi de 4 dias e de atendimento subsequentes de 7 dias. Com uma média de 115 pacientes ativos por dia e de 163 pacientes, por mês
Desospitalização	A composição familiar precisa ser considerada nesse processo e, em muitos casos, pode existir uma fragilidade nessa rede, com isso, torna-se fundamental, sempre que possível, a participação de mais de um membro da família que seja treinado e possa ser responsável pelo cuidado, fortalecendo a estrutura de auxílio e cuidados. Os profissionais da Assistência Domiciliar adentram o ambiente cotidiano do paciente, aproximando-se da realidade vivenciada por ele, o que permite a reinserção do indivíduo no domicílio, considerando os princípios de humanização, continuidade do cuidado e participação da família
Óbito domiciliar	A ocorrência do óbito em domicílio é uma situação delicada, exige sensibilidade da equipe em entender o momento específico para sua abordagem, priorizando o conforto do paciente. É necessário acolhimento e esclarecimento de dúvidas a respeito de como conduzir essa situação. Apesar de todas as dificuldades, em 2022, 14% dos óbitos entre pacientes em acompanhamento pela Assistência Domiciliar ocorreram no domicílio[12]

Fonte: elaboração INCA.

Legenda: HC IV — Hospital do Câncer IV; Naad — Núcleo de Apoio à Assistência Domiciliar; PS — *Performance status*; KPS — *Karnofsky performance status.*

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NA ASSISTÊNCIA DOMICILIAR

Atualmente diversos serviços de emergência no mundo já demonstraram a grande importância do uso do sistema de triagem, também denominado classificação de risco, para definir priorização de atendimento de pacientes com maior gravidade. Um dos sistemas de triagem amplamente conhecido é o Sistema de Triagem de Manchester (STM), criado no Reino Unido, em 1997, para estabelecer prioridade clínica de atendimento médico dos usuários das unidades de urgência e emergência, que atualmente é usado em vários países do mundo. A utilização de um sistema de triagem é uma etapa fundamental na gestão de risco clínico em qualquer serviço em que a demanda clínica supere a oferta de recursos para atendimento[4].

Com vistas à estratificação de prioridade e à melhora na qualidade do atendimento desse público, foi elaborado um protocolo de classificação de risco de pacientes com câncer avançado em cuidados paliativos[4,13]. Esse protocolo foi posto em prática desde 2018 e compreende um sistema de triagem de pacientes por gravidade, para atendimento conforme demandas de urgência no cenário domiciliar para os usuários com diagnóstico de câncer em cuidados paliativos. O processo de construção e aplicabilidade desse protocolo de classificação de risco está descrito a seguir.

Desenho da tecnologia e sua aplicabilidade

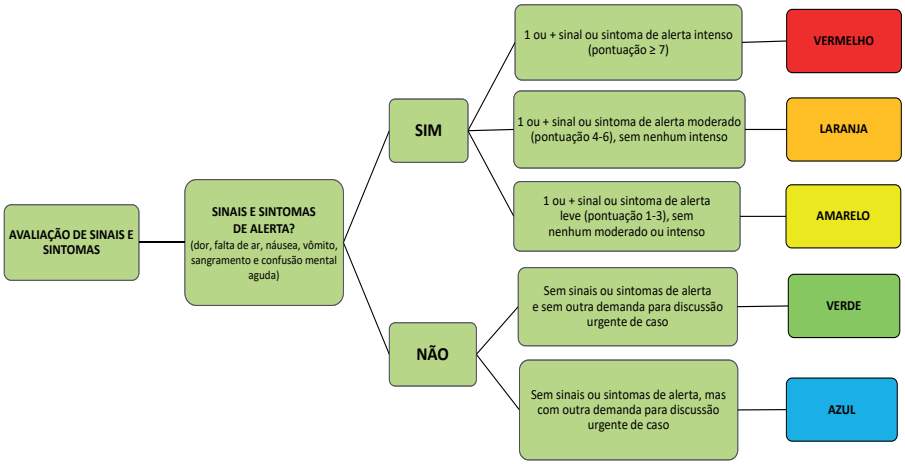
Com vistas a estabelecer critérios que possam identificar quais pacientes necessitam receber atendimento de forma prioritária, iniciou-se um modelo de atendimento no qual o profissional avalia, durante as consultas, por meio da Esas e de sinais e sintomas adicionais[4,14], alguns sintomas preestabelecidos que irão determinar a classificação de risco do paciente. Além de priorizar os atendimentos domiciliares, a classificação de risco permite que o Naad possa realizar o monitoramento desses pacientes por meio de teleatendimento.

A primeira versão do protocolo de classificação de risco ocorreu em 2018, a partir de uma necessidade prática de definir a prioridade de atendimento de pacientes assistidos pelo serviço. Nessa versão, a classificação de risco possuía somente três categorias: vermelha, amarela e verde[4].

A partir da experiência cotidiana dos atendimentos presenciais em domicílio e em teleatendimentos, somada aos desafios discutidos entre a equipe da Assistência Domiciliar, percebeu-se a necessidade de aprimoramento do instrumento, sendo a nova versão utilizada a partir do ano de 2022. A versão final do protocolo de classificação de risco baseou-se no STM, ao contemplar

cinco categorias e cores: vermelho, laranja, amarelo, verde e azul, e está sintetizada na Figura 3. Foram mantidos os sinais e sintomas de alerta usados na primeira versão do protocolo da Assistência Domiciliar e consolidados após uma revisão integrativa da literatura[4].

Figura 3 — Classificação de risco de pacientes com câncer em cuidados paliativos domiciliares, com base em sinais e sintomas de alerta



Fonte: adaptado de Souza, Silva e Silva[4].

A classificação de risco, por se tratar de informações de natureza clínica, é realizada pelas equipes de enfermagem e médica para todos os pacientes que recebem atendimento domiciliar. Os pacientes classificados como verde e azul não possuem queixas dos sintomas pré-estabelecidos para risco. Em relação à classificação azul, essa não se refere à urgência em relação a sintomas clínicos, porém pode demandar urgência que necessite discussão de caso em equipe ou intervenção da equipe para alcançar resoluções em outras demandas, como sofrimento psicológico ou conflitos sociais. Sendo assim, tem-se prioridade em relação à categoria verde. Por sua vez, na categoria verde, encontram-se pacientes sem nenhum sinal ou sintoma de alerta, e que, por isso, terão agendamento conforme funcionamento ordinário do serviço.

Os pacientes classificados como amarelo, por apresentarem um ou mais sintomas de leve intensidade, podem ter consultas médicas com intervalo de até 45 dias e de enfermagem a cada 15 dias no máximo. Já a prioridade de atendimento presencial com consultas de enfermagem semanais e consulta médica em até dez dias do início dos sintomas destina-se aos pacientes classificados nas categorias vermelho e laranja,

pois apresentam um ou mais sintomas de forte intensidade ou moderada intensidade respectivamente.

Desfecho

Por meio da classificação dos pacientes, gerada por essa ferramenta, a equipe identifica quais sinais e sintomas precisam ser reavaliados, e essa informação auxilia no direcionamento da discussão de caso juntamente com a equipe multidisciplinar e na avaliação do paciente, favorecendo o tipo de intervenção que será realizada pela investigação das possíveis causas dos sintomas[15]. Ressalta-se que os profissionais que realizam essa classificação durante o atendimento no domicilio já iniciam as intervenções possíveis na residência.

Após realizar a classificação de risco de cada paciente, os profissionais identificam as prioridades e planejam as ações que devem ser realizadas em cada realidade. Os pacientes classificados como vermelho ou laranja tornam-se alta prioridade não somente na antecipação de atendimento presencial, mas também no monitoramento de sintomas por teleatendimento, nas discussões de caso em equipe, na avaliação das necessidades de internação hospitalar e no manejo de óbito domiciliar.

Para as classificações amarelo, laranja e vermelho, a equipe pode proceder com intervenções conforme o Quadro 4.

Grande parte dos desfechos são de melhora total ou parcial dos sintomas, mas, tratando-se de pacientes em cuidados paliativos com doença avançada, em algum momento não é possível a reversão do quadro. Em caso de sintomas refratários que não possam ser controlados no domicílio, é conversado com a família sobre a indicação de internação hospitalar. Pacientes em seus últimos dias de vida, mesmo que estejam com sintomas controlados, requerem monitoramento com maior frequência, seja presencial seja por teleatendimento, em razão da fragilidade emocional de familiares e cuidadores nesse momento específico.

Quadro 4 — Intervenções realizadas pelos profissionais na Assistência Domiciliar

Atividades comuns	Orientações e reforço de cuidados gerais
	Discussão de caso
	Orientações de uso correto de medicamentos e adesão terapêutica
	Pedido de internação hospitalar
	Encaminhamento ao Serviço de Pronto Atendimento
	Encaminhamento para avaliação de procedimentos invasivos
	Orientação sobre óbito domiciliar
Atividades dos enfermeiros	Coleta de exames laboratoriais
	Orientação de familiares para manejo de cateteres e sondas
	Orientação de familiares para administração correta de medicações por via subcutânea
	Orientação para realização de curativos
	Orientação para cuidados com ostomias
	Administração de hidratação venosa ou subcutânea
Atividades dos médicos	Atualização e elaboração de receita médica
	Emissão de laudo médico
	Solicitação de exame complementar
	Solicitação de parecer a especialistas
	Pedido de radioterapia
	Pedido de oxigênio
	Pedido de hemotransfusão
	Realização de paracentese em domicílio

Fonte: elaboração INCA.

O acompanhamento desses pacientes por meio das consultas domiciliares e o monitoramento de teleatendimento pelo Naad são fundamentais para acompanhamento do desfecho clínico e avaliação da necessidade de encaminhamento para serviço de atendimento de emergência ou Internação Hospitalar, em caso de sintomas refratários.

O teleatendimento realizado pelo Naad, criado em 2019, possibilita a comunicação entre equipe, paciente e família de forma a estreitar as relações, favorecendo a organização da frequência dos atendimentos e a indicação dos profissionais para o acompanhamento de seus pacientes em domicílio, além de realizar intervenção para controle dos sintomas.

Destaca-se que foi possível evidenciar que mais de 50% dos casos avaliados pelo Naad resultaram em desfechos positivos[16].

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O atendimento domiciliar é um grande facilitador no processo de cuidado do paciente com câncer avançado, pois os profissionais da saúde da Assistência Domiciliar adentram o ambiente cotidiano do paciente, aproximando-se da realidade vivenciada por ele. A desospitalização permite a reinserção do indivíduo no domicílio, considerando os princípios de humanização, continuidade do cuidado e participação da família[17].

Diante da realização do atendimento domiciliar sistemático e de forma prolongada, o profissional da saúde e a família traçam uma maior e mais consistente relação de parceria no cuidado, fortalecendo a comunicação e o vínculo de confiança. O profissional da saúde passa a ter acesso a informações privilegiadas da realidade sociocultural, bem como da dinâmica familiar em seus variados aspectos, que influenciarão o processo de tomada de decisão em relação ao plano terapêutico do paciente[17].

A desospitalização deve ser organizada desde o primeiro momento da internação, assim como avaliação quanto à possibilidade de seguimento por meio do Atendimento Domiciliar nos casos indicados. Quando a família é informada sobre a possibilidade de encaminhamento para Assistência Domiciliar, percebe-se um sentimento de segurança para continuidade de cuidados no domicílio, sendo esse um dos facilitadores do processo de alta hospitalar. Antes da alta, as necessidades do paciente e da sua família devem ser avaliadas pela equipe multidisciplinar e consideradas para a elaboração do plano de cuidados, diminuindo assim a chance de reinternação precoce. Nesse contexto, a Assistência Domiciliar representa uma forma humanizada de desospitalização, ofertando suporte periódico e facilitando a identificação de limitações e potencialidades.

Espera-se que a aplicabilidade desse instrumento possa continuar melhorando a qualidade do atendimento prestado pela equipe da Assistência Domiciliar e que possa instrumentalizar outros serviços de saúde quanto à avaliação e à identificação de sintomas, por meio de investigação minuciosa e discussões de caso amparadas por uma equipe multidisciplinar de modo a reconhecer quais indivíduos devem ter seus atendimentos priorizados em um intervalo de tempo adequado às suas demandas clínicas. Espera-se também que sejam realizadas novas pesquisas sobre a temática, a partir do instrumento aqui apresentado.

A construção e a aplicação do protocolo de classificação de risco durante o atendimento dos pacientes pela equipe de Assistência Domiciliar proporciona organização e priorização dos atendimentos e objetiva melhorar a qualidade do atendimento prestado aos usuários e seus familiares, favorecendo um final de vida no qual a qualidade de vida dos pacientes e sua permanência em casa junto de seus familiares seja possível[4,13].

REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 874, de 16 de maio de 2013**. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0874_16_05_2013.html. Acesso em: 15 fev. 2024.
2. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ DE ALENCAR GOMES DA SILVA. Hospital do Câncer IV. Unidade de Cuidados Paliativos. **Norma administrativa nº 304.1830.001**: assistência domiciliar. Versão 5. Rio de Janeiro: INCA, 2018.
3. FREITAS, R. *et al*. Barreiras para o encaminhamento para o cuidado paliativo exclusivo: a percepção do oncologista. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 46, n. 133, abr./jun. p. 331-345, 2022. DOI 10.1590/0103-1104202213306.
4. SOUZA, F. N. de; SILVA, V. G. da; SILVA, A. S. da. Elaboração de um protocolo de classificação de risco para pacientes oncológicos em cuidados paliativos domiciliares. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 47, n. 138, p. 343-352, jul./set. 2023. DOI 10.1590/0103-1104202313824I.
5. SOUZA, F. N. de; SILVA, V. G. da; SILVA, A. S. da. Fatores associados à visita à emergência ou hospitalização em cuidados paliativos oncológicos domiciliares: uma revisão integrativa. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, Rio de Janeiro, v. 15, e12000, 2023. DOI 10.9789/2175-5361.rpcfo.v15.12000.
6. CARVALHO, R. T. de.; PARSONS, H. A. (org.). **Manual de cuidados paliativos ANCP**. 2. ed. atual e ampl. [São Paulo]: Academia Nacional de Cuidados Paliativos, 2012. Disponível em: http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/05/Manual-de-cuidados-paliativos-ANCP.pdf. Acesso em: 5 jan. 2024.
7. CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO. **Cuidado paliativo**. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2008. (Cadernos CREMESP). Disponível em: http://www.cremesp.org.br/library/modulos/publicacoes/pdf/livro_cuidado%20 paliativo.pdf. Acesso em: 5 jan. 2024.

8. TWADDLE, M. L.; MCCORMICK, E. Palliative care delivery in the home. *In*: UPTODATE. [Waltham, MA: *s. n.*], Mar. 2023. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/palliative-care-delivery-in-the-home?search=home-based%20primary%20and%20palliative%20care%20palliative%20care&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#references. Acesso em: 9 abr. 2024.

9. OKON, T. R.; CHRISTENSEN, A. Overview of comprehensive patient assessment in palliative care. *In*: UPTODATE. [Waltham, MA: *s. n.*], Feb. 2024. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/overview-of-comprehensive-patient-assessment-in-palliative-care?search=Overview%20of%20comprehensive%20patient%20assessment%20in%20palliative%20c-are.%20&source=search_result&selectedTitle=1%7E150&usage_type=default&displ. Acesso em: 13 maio 2024.

10. MEIER, D. E.; MCCORMICK, E. Benefits, services, and models of subspecialty palliative care. *In*: UPTODATE. [Waltham, MA: *s. n.*], May 2022. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/benefits-services-and-models-of-subspecialty-palliative-care. Acesso em: 30 mar. 2024.

11. DEFINE, A. P. F. *et al*. Atendimento domiciliar da população idosa: potencialidades e desafios desta modalidade. **Revista Recien – Revista Científica de Enfermagem**, São Paulo, v. 9, n. 28, dez. 2019. DOI 10.24276/rrecien2358-3088.2019.9.28.113-122.

12. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil). Estratégias para óbito em domicílio. *In*: INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil). **Últimos dias de vida**. Rio de Janeiro: INCA, 2023. p. 193-204. (Cuidados paliativos na prática clínica, v. 2). Disponível em: https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//serie_cuidados_paliativos_volume_2_completo.pdf. Acesso em: 5 jan. 2024.

13. SILVA, V. G. *et al*. The propulsion of call service in palliative oncology care in the COVID-19 pandemic. **Research, Society and Development**, Vargem Grande Paulista, v. 11, n. 5, e35711528300, 2022. DOI 10.33448/rsd-v11i5.28300.

14. HUI, D.; BRUERA, E. The Edmonton Symptom Assessment System 25 years later: past, present, and future developments. **Journal of Pain and Symptom Management**, New York, v. 53, n. 3, p. 630-643, Mar. 2017. DOI 10.1016/j.jpainsymman.2016.10.370.

15. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil). **A avaliação do paciente em cuidados paliativos**. Rio de Janeiro: INCA, 2022. (Cuidados paliativos na prática clínica, v. 1). Disponível em: https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//completo_serie_cuidados_paliativos_volume_1.pdf. Acesso em: 5 jan. 2024.

16. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **Plano de desenvolvimento institucional**. Rio de Janeiro: INCA, 2021. Disponível em: https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//plano_de_desenvolvimento_institucional_pe.pdf. Acesso em: 20 ago. 2023.

17. SZYMANSKI, H. Viver em família como experiência de cuidado mútuo: desafios de um mundo em mudança. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 71, 2008.

CAPÍTULO 5: SERVIÇO DE PRONTO ATENDIMENTO ESPECIALIZADO

INTRODUÇÃO

Esse capítulo destina-se à discussão da temática que envolve a procura do Serviço de Pronto Atendimento pelos pacientes, familiares e cuidadores, bem como, explicitar parte da realidade institucional nesse contexto. O INCA é um Instituto destinado ao tratamento do câncer, e essa especialidade envolve o desenvolvimento de uma assistência especializada e, com isso, cabe a atenção para o fato de que:

> **As ações de controle do câncer não se restringem à prevenção, à detecção precoce, ao diagnóstico ou ao tratamento, mas envolvem também os cuidados paliativos**. Segundo a Organização Mundial da Saúde, os cuidados paliativos consistem na abordagem para melhorar a qualidade de vida dos pacientes e de seus familiares e no enfrentamento de doenças que oferecem risco de vida, por meio da prevenção e do alívio do sofrimento. Isso significa a identificação precoce e o tratamento da dor e de outros sintomas de ordem física, psicossocial e espiritual[1, p. 60, grifo nosso].

Logo, a modalidade de atendimento emergencial ao paciente com diagnóstico de doença oncológica avançada necessita de um olhar diferenciado da equipe para situações de possível reversão, sinais e sintomas de piora evolutiva diante do diagnóstico oncológico e, em alguns casos, associação de comorbidades, além de situações sociais que impactam nos cuidados diante da maior dependência do paciente[2-4].

Assim, este capítulo tem por objetivos apresentar as especificidades de atendimento especializado para a população com diagnóstico de doença oncológica avançada em cuidados paliativos, bem como discutir os fatores relacionados à procura do Serviço pelos pacientes, seus familiares e cuidadores e à atuação da equipe de profissionais diante das demandas apresentadas.

ESTRUTURA

Como estrutura física, os Serviços de Pronto Atendimento do INCA contam com recepção, consultórios, leitos de curta permanência, algumas estruturas com divisórias para o resguardo da privacidade, poltronas para procedimentos imediatos, posto de enfermagem, estoque de materiais, sala para higienização de materiais e local de acomodação das equipes.

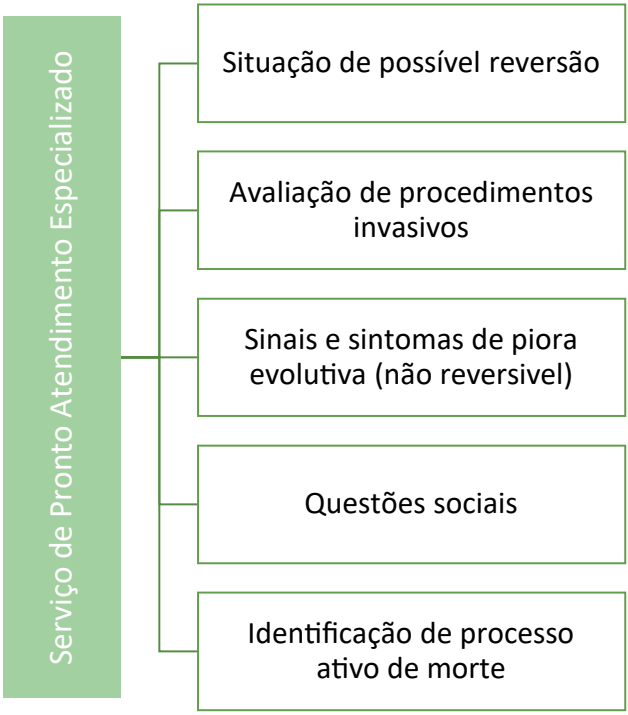
PROCURA PELO SERVIÇO DE PRONTO ATENDIMENTO

A procura pelo Serviço de Pronto Atendimento ocorre em situações como complicações e/ou queda do estado geral, provocadas pela evolução natural da doença, pelos efeitos do tratamento antineoplásico ou pela falta de controle de sintomas[4]. Outro fator relevante envolve o aumento da dependência do paciente diante desses agravamentos, o que demanda cuidados contínuos, podendo desencadear, nos familiares e cuidadores, uma sobrecarga física e emocional. Há ainda necessidades específicas de pacientes com rede familiar e de cuidados frágil ou inexistente.

Alguns dos fatores associados à procura pelo serviço de emergência, bem como os desfechos para internação hospitalar envolvem sinais e sintomas como dor (com maior prevalência), falta de ar (atrelada à elevada gravidade), infecção e febre (relacionadas a taxas elevadas de padrão inflamatório), sintomas digestivos (náuseas, vômitos, constipação, diarreia), *delirium* (na observância de sinais de terminalidade associados), queda do estado geral e fadiga (consumo metabólico, anemia sintomática, caquexia), hemorragia, toxicidade, sobrecarga familiar (social) e desconforto abdominal associado à ascite para avaliação de paracentese[3,4].

Nesse universo, o plano de terapêutico necessita pautar-se em avaliação prognóstica e na observância de medidas guiadas pelo benefício, fator esse que orienta o desfecho do atendimento. Na Figura 4, a partir do exposto, elencam-se os fatores relacionados ao Serviço de Pronto Atendimento.

Figura 4 — Fatores relevantes para tomada de decisão em cuidados paliativos no Serviço de Pronto Atendimento

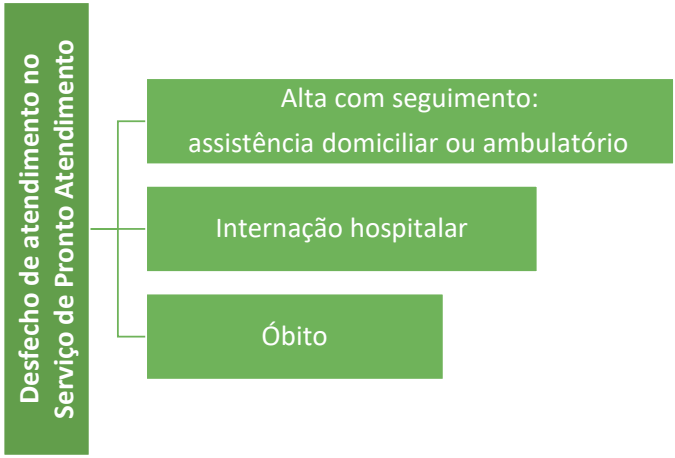


Fonte: elaboração INCA.

Sendo assim, o desfecho do atendimento pode envolver (Figura 5):

- Alta — para seguimento nas modalidades assistenciais ambulatorial ou domiciliar em cuidados paliativos, nesse caso, a equipe de referência pode realizar busca ativa para monitoramento, com a possibilidade de antecipação de atendimento, seja em consulta ambulatorial, seja em domiciliar.
- Internação Hospitalar — definida a necessidade de cuidados por equipe especializada e/ou fragilidade de rede de cuidados.
- Cuidados de fim de vida — diante da gravidade do caso, as medidas de suporte e controle de sintomas no fim de vida são adotadas no Serviço de Pronto Atendimento, bem como o manejo do óbito.

Figura 5 — Desfechos de pacientes atendidos no Serviço de Pronto Atendimento



Fonte: elaboração INCA.

No ano de 2022, o HC IV, unidade exclusiva de cuidados paliativos, recebeu o encaminhamento de 1.303 pacientes. Registrou 974 atendimentos nos Serviço de Pronto Atendimento do INCA, com uma média de 2,66 atendimentos ao dia. O desfecho observado foi de alta em 43% dos atendimentos, encaminhamento para internação hospitalar em 52% e evolução a óbito no próprio Serviço de Pronto Atendimento em 4%.

ATRIBUIÇÕES DAS EQUIPES

Por se tratar de uma modalidade assistencial ininterrupta, diversos profissionais seguem escalados para o atendimento nas 24 horas, como os da equipe de enfermagem (enfermeiros e técnicos de enfermagem), os médicos, os recepcionistas, os seguranças e os maqueiros. Outros profissionais atuam com suporte em alguns turnos de trabalho, como a nutrição. Para fisioterapia, serviço social e psicologia, o acionamento é feito pela equipe de profissionais de saúde plantonista (enfermagem e medicina) diante de casos com demandas específicas.

Cabe destacar que cada um desempenha um papel importante no decorrer dos atendimentos, nos quais, de forma integrada, objetiva-se a melhor condução possível das medidas de suporte clínico e de acolhimento. Para os profissionais de saúde, compete um plano de cuidados individualizado e flexível, expertise na avaliação multidimensional do paciente que envolve a avaliação de cada sintomatologia, considerando seu início, temporalidade,

qualidade, intensidade, fatores agravantes e atenuantes, impacto na funcionalidade e na qualidade de vida, sintomas associados e significado do sintoma para o paciente, em articulação com uma comunicação empática[5-7].

Em continuidade, o Quadro 5 faz uma síntese da descrição de algumas atividades direcionadas por categoria profissional no cenário em questão.

Quadro 5 — Atividades realizadas pela equipe de profissionais no Serviço de Pronto Atendimento especializado

Recepcionistas, seguranças, maqueiros	Profissionais que auxiliam os demais membros da equipe em diversos momentos e que conduzem a porta de entrada do hospital
Equipe de enfermagem	Atendimentos clínicos Teleatendimento Aspiração de vias aéreas superiores Punções (venosas, subcutâneas, ativação e manutenção de cateter venoso central totalmente implantado) Coleta de exames laboratoriais Auxílio ao médico em procedimentos Posicionamento e desobstrução de cateter nasoenteral, troca de cateter de gastrostomia Passagem de cateterismo vesical de alívio ou de demora Auxílio à equipe interprofissional, estabelecendo prioridades para cada paciente Retirada manual de fecaloma e enteróclise Avaliação de colostomia, urostomia, cistostomia (esvaziamento e ou troca de bolsa adequada ou curativos) Realização de curativos e avaliação do grau de odor Contenção de sangramentos Retirada de pontos Curativo de gastrostomia e jejunostomia Desbridamento de tecido desvitalizado Retirada de miíase de feridas tumorais e orifícios de traqueostomia Instrução a pacientes, familiares e cuidadores sobre os cuidados de saúde necessários e a utilização do material fornecido pela instituição Preparo do corpo no óbito

continua

continuação

Médicos	Atendimentos clínicos Teleatendimentos Paracentese Toracocentese Traqueostomia Suturas em geral Intervenções em sangramentos em lesões tumorais Auxílio à equipe interprofissional, estabelecendo prioridades para cada paciente Se necessário, solicitação de avaliações externas especializadas para controle de sintomas Solicitação de internação hospitalar quando pertinente Fornecimento de declaração de óbito para pacientes que foram a óbito em domicílio, mediante comprovação que outro médico tenha atestado o óbito Fornecimento de orientações dos trâmites de óbito para os familiares e cuidadores Para pacientes que retornam aos seus domicílios, elaboração de prescrição medicamentosa para controle dos sintomas com medicação suficiente até o novo atendimento ambulatorial ou domiciliar
Nutricionistas	Anamnese Prescrição e solicitação da dieta (oral ou enteral) para consumo no local de acordo com os horários e refeições pré-estabelecidos (desjejum, almoço, jantar e ceia) Orientação para o familiar ou cuidador quanto às necessidades nutricionais e às condições clínicas do paciente Orientações nutricionais e prescrição da conduta dietoterápica para uso em domicílio, se necessário Para pacientes em uso de TNE, fornecimento de materiais para esse fim em quantidades suficientes até o novo atendimento ambulatorial ou domiciliar
Fisioterapia, psicologia e serviço social	Atendimento a demandas diversas identificadas por médicos e enfermeiros

Fonte: elaboração INCA.

TNE — terapia nutricional enteral

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A especificidade da assistência oncológica demanda a integração das diversas modalidades de tratamento, sendo os cuidados paliativos uma dessas modalidades. Na vigência da evidência de avanço de doença oncológica e/ou presença de metástases, em consonância com o declínio de tratamento modificador da doença, a abordagem paliativa torna-se o tratamento mais expressivo, o que desvela o foco do tratamento direcionado ao controle e/ou à minimização de sintomatologias de ordens física, social, emocional e psicológica vivenciadas pelos pacientes, seus familiares e cuidadores. Trata-se de um momento delicado com elevado potencial de sofrimento humano que necessita de cuidados especializados da equipe de profissionais.

Os sintomas, com o decorrer do avanço da doença, podem se tornar múltiplos e com crescente intensidade, o que pode gerar no paciente, nos familiares e nos cuidadores situações de insegurança, medo e instabilidade para o seguimento dos cuidados em domicílio, ou até mesmo a inviabilidade de seguimento dos cuidados por mudanças clínicas que necessitam de pronta intervenção.

Nesse contexto, os Serviços de Pronto Atendimento do INCA atendem a inúmeras demandas que envolvem o suporte necessário durante o tratamento oncológico diante de intercorrências clínicas e/ou psicossociais. A identificação de ocorrência dos sintomas ou motivos de procura aos serviços favorece a percepção, pelas equipes e pela a gestão, de um panorama das demandas assistenciais. De igual modo, essa identificação possibilita a sistematização do processo de trabalho, em prol da otimização de recursos, para a condução dos casos e desfecho de atendimento especializado oportuno e assertivo.

REFERÊNCIAS

1. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **ABC do câncer**: abordagens básicas para o controle do câncer. 6. ed. rev. atual. Rio de Janeiro: INCA, 2020. Disponível em: https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document/livro_abc_6ed_0.pdf. Acesso em: 30 maio. 2023.
2. BITTENCOURT, N. C. C. M. *et al*. Sinais e sintomas manifestados por pacientes em cuidados paliativos oncológicos na assistência domiciliar: uma revisão integrativa. **Escola Anna Nery Revista de Enfermag m**, Rio deJ aneiro,v .2 5,n.4,2021.D OI10.159 0/2177-946- EAN-2020-0520.

3. SILVA, V. G. *et al*. The propulsion of call service in palliative oncology care in the COVID-19 pandemic. **Research, Society and Development**, Vargem Grande Paulista, v. 11, n. 5, e35711528300, 2022. DOI 10.33448/rsd-v11i5.28300.
4. SOUZA, F. N. de; SILVA, V. G. da; SILVA, A. S. da. Fatores associados à visita à emergência ou hospitalização em cuidados paliativos oncológicos domiciliares: uma revisão integrativa. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, Rio de Janeiro, v. 15, e12000, 2023. DOI 10.9789/2175-5361.rpcfo.v15.12000.
5. RIBEIRO, S. C. C. Identificação de pacientes com indicação de cuidados paliativos em atendimentos de emergência. *In*: CASTILHO, R. K.; SILVA, V. C. S. da; PINTO, C. da S. (ed.). **Manual de cuidados paliativos**. 3. ed. São Paulo: Academia Nacional de Cuidados Paliativos: Atheneu, 2021. p. 317-319.
6. MEDEIROS, M. O. S. F. *et al*. Cuidados paliativos na emergência: revisão integrativa. **Revista Bioética**, Brasília, DF, v. 29, n. 2, p. 416-426, abr./jun. 2021. DOI 10.1590/1983-80422021292479.
7. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil). **A avaliação do paciente em cuidados paliativos**. Rio de Janeiro: INCA, 2022. (Cuidados paliativos na prática clínica, v. 1). Disponível em: https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//completo_serie_cuidados_paliativos_volume_1.pdf. Acesso em: 5 jan. 2024.

CAPÍTULO 6: PROMOÇÃO DA SEGURANÇA DO PACIENTE NOS CUIDADOS PALIATIVOS

INTRODUÇÃO

O Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) do HC IV foi fundado pela Portaria INCA nº 235, de 1º de abril de 2013[1], visando a atender a Portaria do Gabinete do Ministro do Ministério da Saúde (GM/MS) nº 529, de 1º de abril de 2013, que institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP)[2] e a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 36, de 25 julho de 2013, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), a qual estabelece ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências[3].

O NSP é uma instância colegiada, de naturezas consultiva e deliberativa, que atua na promoção de ações e estratégias para garantir a segurança do paciente em todos os processos assistenciais desenvolvidos no HC IV. Neste capítulo, serão abordados o processo de criação e o funcionamento do NSP.

OBJETIVO

O NSP tem por objetivo promover ações e estratégias para o cumprimento das políticas e diretrizes do PNSP[2] e da RDC nº 36[3], por meio da disseminação da cultura de segurança na instituição, da execução de forma sistemática e estruturada do gerenciamento de risco, da integração com todos os processos assistenciais e da articulação entre esses e os processos organizacionais.

ESTRUTURA

O NSP é constituído por uma equipe multiprofissional oficialmente nomeada pela Direção da unidade, formada por integrantes do próprio hospital, sendo-lhe conferida autoridade, responsabilidade e poder para a promoção e a execução de ações para implementação e desenvolvimento do Plano de Segurança do Paciente. Compreende membros dos seguintes setores:

- Área da Qualidade.
- CCIH.

- Educação Continuada da Enfermagem.
- Gerência de Resíduos.
- Gerência de Risco Sanitário Hospitalar.
- Enfermagem.
- Fisioterapia.
- Farmácia.
- Medicina.
- Nutrição.
- Serviço social.

FUNCIONAMENTO

O NSP está subordinado diretamente à Direção da unidade, que é responsável por nomear os membros que atuarão como coordenador e suplente. São realizadas reuniões mensais e extraordinárias, quando necessário, sempre com registro em atas, que são encaminhadas para todos os membros do NSP por e-mail institucional, bem como permanecem disponíveis na Direção do HC IV, para ciência e aquiescência de deliberações quando houver.

Além dos membros nomeados por Portaria, o NSP pode convidar para as reuniões outros profissionais do HC IV, na qualidade de consultores, para compor a equipe de análise da causa raiz, quando necessário. As atribuições do NSP estão definidas no seu Regimento Interno[4], o qual está publicado e disponível no Sistema Normatiza na Intranet do INCA, e incluem:

- Promover e apoiar a implementação de iniciativas voltadas para a melhoria da qualidade e da segurança do paciente, coordenando ações para um processo de cuidado mais seguro.
- Difundir conhecimentos sobre melhoria da qualidade e segurança do paciente.
- Promover a cultura de segurança com ênfase no aprendizado e no aprimoramento organizacional, o engajamento dos profissionais e dos pacientes na prevenção de incidentes e os procedimentos e processos de trabalho seguros, evitando a responsabilização individual.
- Implementar protocolos voltados à segurança do paciente em diferentes áreas e realizar o monitoramento dos seus indicadores.
- Elaborar, divulgar e coordenar a implementação do Plano de Segurança do Paciente.
- Coordenar as ações vinculadas ao Plano de Segurança do Paciente

de forma proativa, interagindo com a equipe multiprofissional para discussão das condições para implementação e manutenção dos protocolos.

- Promover a melhoria contínua dos processos assistenciais e do uso de tecnologias da saúde.
- Desenvolver, divulgar e implementar programas de capacitação em segurança do paciente e qualidade dos serviços de saúde.
- Desenvolver uma nova filosofia para a educação e a cultura de notificação por meio da articulação com os profissionais diretamente ligados à assistência, visando a estabelecer elos de confiança que favoreçam a notificação de falhas, incidentes, eventos adversos e eventos sentinelas.
- Estabelecer e manter a comunicação com a Comissão de Óbito, a CCIH, a Comissão de Revisão de Prontuários, a Comissão de Farmácia e Terapêutica, a Comissão de Padronização de Insumos, a Comissão de Gerência de Risco, a Comissão de Gerenciamento de Resíduos e a Divisão de Saúde do Trabalhador.
- Promover ações para a gestão dos riscos associados à ocorrência de falhas, incidentes, eventos adversos e eventos sentinelas notificados.
- Realizar análises de causa raiz para a avaliação dos fatores contribuintes associados aos eventos, assim como assessorar as equipes na construção dos planos de ação para prevenção da recorrência de eventos similares.
- Promover mecanismos para identificação e avaliação da existência de não conformidades nos processos de trabalho, nos procedimentos realizados e na utilização de equipamentos, medicamentos e insumos, propondo ações preventivas e corretivas.
- Receber as notificações de falhas e incidentes relacionados à assistência à saúde.
- Realizar investigação das notificações, utilizando o processo de avaliação de riscos definido pelo NSP.
- Registrar notificações de falhas e incidentes dos eventos decorrentes da prestação do serviço de saúde ocorridos no HC IV por meio do Sistema Nacional de Notificações para a Vigilância Sanitária (Notivisa).
- Constituir banco de dados estatístico e divulgar os resultados da análise e avaliação dos dados sobre as notificações de falhas, incidentes, eventos adversos e eventos sentinela relacionados à assistência à saúde.
- Elaborar relatórios dos processos de gestão de riscos dos eventos adversos graves e *never events* para a Direção da unidade.
- Disponibilizar às autoridades sanitárias, quando requisitados, os dados solicitados.

GESTÃO DOS RISCOS RELACIONADOS À ASSISTÊNCIA À SAÚDE

A identificação e a redução de riscos e sua implementação nos serviços de saúde está intimamente relacionada à promoção da cultura de segurança e desenvolvimento de outras práticas de segurança[5].

O NSP elabora e atualiza, a cada dois anos, o Plano de Segurança do Paciente do HC IV, com a finalidade de definir as prioridades relacionadas à implementação de práticas de segurança, gestão de riscos e processos de trabalho, bem como de identificar estratégias que conectem a liderança e os profissionais assistenciais da linha de frente, envolvendo as necessidades de formação e avaliação da cultura de segurança do paciente[6].

A gestão de riscos, para ser eficaz, de acordo com a diretriz ABNT[k] NBR[l] ISO[m] 310007, deve ser:

- Integrada — é parte de todas as atividades organizacionais.
- Estruturada e abrangente — contribui para resultados consistentes e comparáveis.
- Personalizada — compreende riscos personalizados e proporcionais aos contextos externo e interno da organização relacionados aos seus objetivos.
- Inclusiva — apresenta envolvimento apropriado e oportuno das partes interessadas, o que possibilita que seus conhecimentos, pontos de vista e percepções sejam considerados, resultando em melhor conscientização e em uma gestão de risco fundamentada.
- Dinâmica — é possível que os riscos venham a emergir, mudar ou desaparecer conforme os contextos externo e interno de uma organização se alterem. A gestão de risco antecipa, detecta, reconhece e responde a essas alterações e eventos de maneira adequada.
- Melhor informação disponível — apresenta informações históricas e atuais e expectativas futuras. Considera quaisquer limitações e incertezas associadas às informações e expectativas, com informação oportuna, clara e disponível para as partes interessadas pertinentes.
- Fatores humanos e culturais — compreende que todos os aspectos, em cada estágio, são influenciados pelo comportamento humano e pela cultura.
- Melhoria contínua — acontece com aprendizado e experiências.

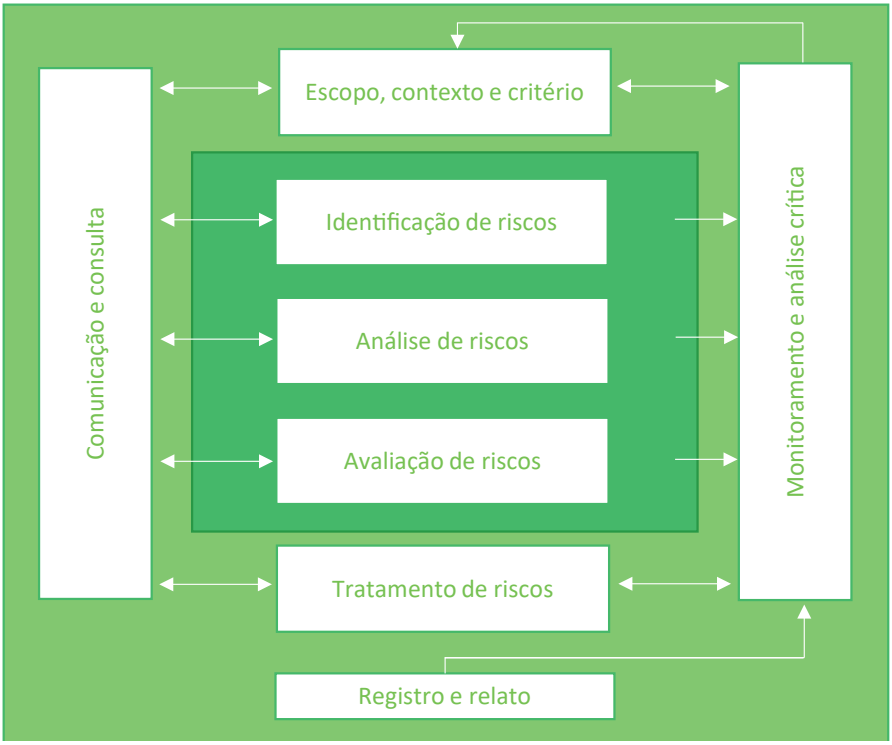
[k] ABNT — Associação Brasileira de Normas Técnicas.

[l] NBR — Norma Brasileira.

[m] ISO — International Organization for Standardization.

O processo ocorre de forma sistematizada e envolve: identificação, análise, avaliação, monitoramento, tratamento e comunicação de riscos dentro da unidade hospitalar (Figura 6).

Figura 6 — Processo de gestão de riscos sanitários



Fonte: adaptado da ISO 31000/2018[7].

Estabelecimento do escopo, do contexto e do critério

O estabelecimento do contexto é essencial para a definição da política de gestão de riscos a ser planejada. No HC IV, o contexto é complexo, visto que compreende um hospital de cuidados paliativos em oncologia. Notoriamente, a fragilidade multidimensional da pessoa com prognóstico de pouco tempo de vida deve ser valorizada, visto que a ocorrência de eventos adversos decorrentes do cuidado em saúde pode causar diversos prejuízos, inclusive para familiares, cuidadores e profissionais de saúde[8].

É comum que essas pessoas precisem de tempo para estar com familiares e amigos, resolver conflitos adiados e quaisquer outras pendências

responsáveis pela angústia, pela tristeza e pela depressão, o que inclui o controle dos sintomas físicos[9].

Deve-se, portanto, estar alerta ao tempo necessário para recuperação de possíveis danos decorrentes de falhas assistenciais. Questões envolvendo segurança do paciente em cuidados paliativos devem ser consideradas relevantes e estar presentes em discussões para que possam auxiliar no direcionamento das condutas e na mitigação do impacto na qualidade de vida[8].

Identificação de riscos

Os erros podem estar presentes em qualquer ação, pois essa é uma característica imutável do processo de cognição da espécie humana[5]. Por consequência, em especial na área da saúde, é necessária a existência de políticas para a segurança do paciente, a fim de prevenir ou mitigar a ocorrência de eventos adversos.

Pessoas com doença oncológica avançada têm maior risco de exposição a eventos adversos em razão de múltiplos fatores, como: perda de força muscular; restrição ao leito; dependência do cuidado; rebaixamento do nível de consciência; *delirium* e agitação psicomotora; fragilidade cutânea e presença de feridas; caquexia; uso de sedativos e opioides; uso de dispositivos invasivos; vulnerabilidade ao isolamento social e ao abandono familiar; entre outras questões que surgem à medida que ocorre a progressão da doença. Há também uma maior demanda de atenção às particularidades de cada paciente e familiar ou cuidador, suas expectativas e necessidades psicológicas, espirituais, emocionais, sociais e econômicas[10].

No HC IV, qualquer profissional que detecte alguma falha ou incidente deve notificar ao NSP, de preferência via formulário institucional padronizado, que se encontra disponível em formato impresso nos setores assistenciais e na Intranet. Destaca-se que a notificação é imprescindível para o desenvolvimento de estratégias com objetivo de mitigar os riscos de incidentes evitáveis no sistema de saúde[5].

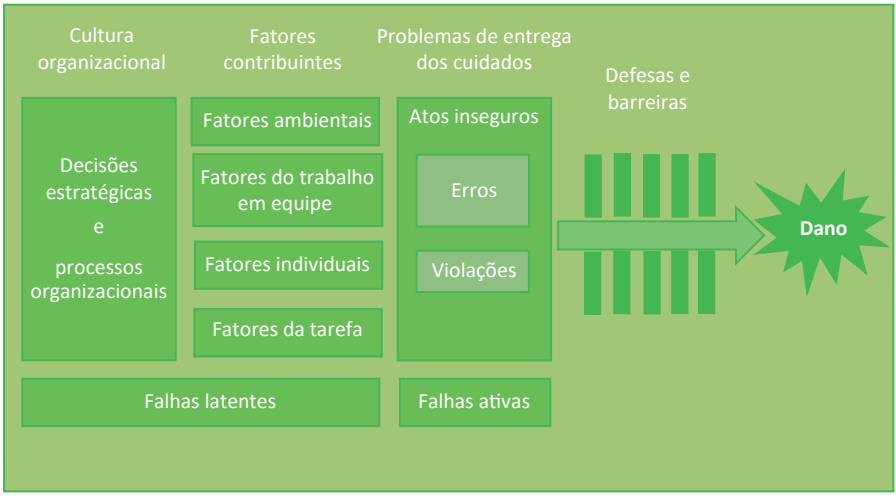
Análise e avaliação de riscos

As demandas são encaminhadas ao NSP e os profissionais investigadores primeiramente analisam a natureza do risco de formas qualitativa e quantitativa, a fim de determinar um nível de risco específico.

Para essa análise, é utilizada uma tabela de matriz de risco para calcular a probabilidade multiplicada pela gravidade. O resultado gerado passa pela avaliação de riscos, no qual há uma comparação da análise com

critérios para determinar sua magnitude, indicando as medidas que devem ser adotadas como resposta. Dependendo da magnitude do risco, é indicada uma investigação mais aprofundada, nesses casos, o NSP utiliza como ferramenta o Protocolo de Londres[11] (Figura 7).

Figura 7 — Protocolo de Londres

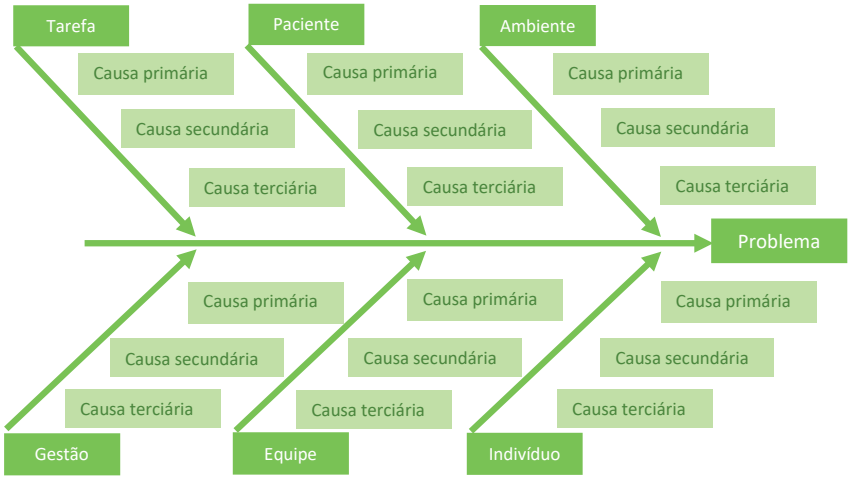


Fonte: adaptado de Taylor-Adams e Vincent[11].

Posteriormente, é aplicado o diagrama de *Ishikawa* para a análise de causa raiz[5] (Figura 8).

Para a investigação, são utilizados documentos envolvidos em todo o processo assistencial, como o prontuário do paciente, prescrições, laudos de exames, entre outros, que podem ser associadas às entrevistas individuais com profissionais envolvidos na ocorrência, bem como a relatos de pacientes e/ou familiares.

Figura 8 — Diagrama de *Ishikawa*



Fonte: adaptado da Agência Nacional de Vigilância Sanitária[5].

Tratamento de riscos

Essa etapa inclui eleger a forma de tratamento, o planejamento e a implantação do plano de ação. A temática é apresentada nas reuniões do NSP, sendo fomentada a discussão dos casos e/ou das ações a serem avaliadas pelo grupo.

Como ferramenta de gestão para planejamento das ações necessárias, visando a alcançar o resultado desejado, o NSP elabora um plano de ação das atividades. As etapas definidas nesse plano são resultantes da discussão do caso entre os membros do NSP e devem ser descritas em relatório de gestão.

O plano de ação prioriza os fatores contribuintes mais relevantes para a segurança da prestação dos cuidados. A ferramenta utilizada é a 5W2H, a partir da qual são listadas ações concretas para alcançar os fatores contribuintes (*What*), estipular a meta que se objetiva (*Why*), identificar o responsável pela execução (*Who*), estimar o impacto financeiro da ação (*How much*), relatar os recursos necessários e o planejamento (*How*), criar um prazo para a ação ser realizada (*When*) e determinar em qual setor a ação será realizada (*Where*)[12] (Figura 9).

Figura 9 — Plano de ação 5W2H

Fonte: elaboração INCA.

Monitoramento e análise crítica

Nessa etapa, ocorre a verificação da efetividade das medidas adotadas para prevenção de novos incidentes por meio do estabelecimento de indicadores. Essas medidas estão diretamente relacionadas à revisão dos processos de trabalho e à reavaliação do êxito na melhoria da qualidade do serviço e na prevenção de novos incidentes.

Comunicação, registro e relato dos riscos

O NSP elabora relatórios anuais descrevendo as atividades desenvolvidas e os divulga por meio de relatório de gestão e da exposição durante reunião para apresentação de indicadores da instituição, permitindo acompanhamento e avalição.

A comunicação é um processo-chave na segurança do paciente, além de fundamental para sensibilizar os profissionais e implantar as ações

necessárias em todas as áreas envolvidas. Ocorre em todos os momentos do processo de gestão dos riscos desde o planejamento até o monitoramento e a análise crítica.

As estratégias para comunicação também envolvem conteúdo on-line na educação continuada, bem como utilização de instrumentos, como alerta, comunicado, informe, intranet, endereço eletrônico institucional, sessões clínicas multiprofissionais e outros.

O NSP utiliza as sessões clínicas para manter os profissionais atualizados e divulgar os resultados das investigações envolvendo pacientes do HC IV. Essa oportunidade amplia a percepção das equipes e é um ambiente para busca de novos meios de se enfrentar dificuldades da assistência, bem como questões e impasses institucionais, permitindo que se acolham as demandas dos profissionais de diferentes especialidades.

A discussão privilegia identificar os fatores contribuintes e as possíveis barreiras para evitar que novos incidentes semelhantes ocorram. Muitos incidentes são evitáveis, e medidas preventivas voltadas para a redução de sua ocorrência podem evitar sofrimento desnecessário do paciente e seus familiares, economizar recursos e salvar vidas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O NSP tem papel fundamental na integração e na articulação dos processos de trabalho que envolvem riscos à saúde. Sua composição multidisciplinar é primordial para disseminação sistemática da cultura de segurança institucional, sempre com foco no cuidado ao paciente e na prestação de uma assistência segura, dando suporte às decisões a nível gerencial.

REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 235, de 1º de abril de 2013**. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html. Acesso em: 14 maio 2024.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013**. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html. Acesso em: 5 jan. 2024.

3. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Brasil). **Resolução - RDC nº 36 de 25 julho de 2013**. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Brasília, DF: Anvisa, 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html. Acesso em: 5 jan. 2024.

4. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil). Coordenação de Assistência. Hospital do Câncer IV. Unidade de Cuidados Paliativos. **Regimento interno nº 304.5190.001**: regimento interno do Núcleo de Segurança do Paciente. Versão 3. Rio de Janeiro: INCA, 2022.

5. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Brasil). **Gestão de riscos e investigação de eventos adversos relacionados à assistência à saúde**. Brasília, DF: Anvisa, 2017. (Segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde, n. 7). Disponível em: https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/publicacoes/caderno-7-gestao-de-riscos-e-investigacao-de-eventos-adversos-relacionados-a-assistencia-a-saude.pdf/view. Acesso em: 7 mar. 2023.

6. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. Coordenação de Assistência. Hospital do Câncer IV. Unidade de Cuidados Paliativos. **Plano de segurança do paciente do HC IV nº 304.519.007**: Plano de Segurança do Paciente do Hospital do Câncer IV. Rio de Janeiro: INCA, 2016.

7. ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **ABNT NBR ISO 31000**: gestão de riscos – diretrizes. 2. ed. Rio de Janeiro: ABNT, 2018.

8. BITTENCOURT, N. C. C. M. *et al*. Patient safety in palliative care at the end of life from the perspective of complex thinking. **Healthcare (Basel)**, v. 11, n. 14, 2030, 2023. DOI 10.3390/healthcare11142030.

9. LAMARE, R.; CASTRO-ARANTES, J.; LO BIANCO, A. C. A escuta do paciente em cuidados ao fim de vida: entre a ética biomédica e a ética do sujeito. **Revista da SBPH**, Belo Horizonte, v. 22, n. esp., p. 28-43, 2019. DOI 10.57167/Rev-SBPH.22.136.

10. SAUNDERS, R. *et al*. Improving the safety and quality of end-of-life in an Australian private hospital setting: an audit of documented end-of-life care. **Australas Journal on Ageing**, Melbourne, v. 40, n. 4, p. 449-456, Dec. 2021. DOI 10.1111/ajag.12986.

11. TAYLOR-ADAMS, S.; VINCENT, C. Systems analysis of clinical incidents: the London protocol. **Clinical Risk**, [London], v. 10, n. 6, p. 211-220, 2004. DOI 10.1258/1356262042368255.

12. NAKAGAWA, M. **Ferramenta**: 5W2H - plano de ação para empreendedores. São Paulo: Editora Globo: Movimento Empreenda, 2014. Disponível em: https://sebrae.com.br/Sebrae/Portal%20Sebrae/Anexos/5W2H.pdf. Acesso em: 13 set. 2023.

CAPÍTULO 7: A IMPORTÂNCIA DO VOLUNTARIADO NOS CUIDADOS PALIATIVOS

INTRODUÇÃO

Serão explorados, neste capítulo, alguns aspetos dos cuidados paliativos e a importância do voluntariado nesse contexto.

ASPECTO DOS CUIDADOS PALIATIVOS

A expressão "cuidados paliativos" deriva da palavra "paliar", que significa aliviar, atenuar, proteger. Alguns historiadores apontam que a filosofia paliativista começou na antiguidade, com as primeiras definições sobre o cuidar. Na Idade Média, durante as Cruzadas, era comum achar hospedarias em monastérios que abrigavam não somente os doentes e moribundos, mas também os famintos, as mulheres em trabalho de parto, os pobres, os órfãos e os leprosos. Essa forma de hospitalidade tinha como característica o acolhimento, a proteção e o alívio do sofrimento mais do que a busca pela cura.

No século XVII, um jovem padre francês, chamado São Vicente de Paula, fundou a Ordem das Irmãs da Caridade em Paris e abriu várias casas para órfãos, pobres, doentes e moribundos. Em 1900, freiras irlandesas fundaram o St. Josephs´s Convent, em Londres, e começaram a visitar os doentes em suas casas. Em 1902, elas abriram o St. Joseph´s Hospice, com 30 camas para moribundos pobres.

Em 1967, Cicely Saunders, enfermeira e médica que dedicou sua vida ao alívio do sofrimento humano, fundou o St. Christopher´s Hospice, o primeiro serviço a oferecer cuidado integral ao paciente, incluindo o controle de sintomas e o alívio da dor e do sofrimento psicológico. Até hoje, o St. Christopher´s é reconhecido como um dos principais serviços no mundo em cuidados paliativos e medicina paliativa, e os artigos e livros escritos por Cicely servem de inspiração e guia para paliativistas no mundo todo.

No Brasil, iniciativas isoladas e discussões a respeito dos cuidados paliativos tiveram início na década de 1970. Contudo, somente nos anos 1990,

começaram a aparecer os primeiros serviços organizados, ainda de forma experimental.

Segundo a definição da OMS, publicada em 1990 e revisada em 2002 e 2017, cuidado paliativo é uma abordagem que melhora a qualidade de vida de pacientes (adultos e crianças) e suas famílias, que enfrentam problemas associados a doenças que ameaçam a vida[1]. Ainda de acordo com a OMS, a cada ano, mais de 20 milhões de pessoas necessitam de cuidados paliativos ao final de suas vidas no mundo todo[2]. E hoje apenas uma em cada dez pessoas que necessitam dessa assistência, ou seja, de tratamento para alívio da dor, dos sintomas e do estresse causados por doenças sérias e crônicas, recebe esse atendimento qualificado no planeta, conforme a conclusão do *Atlas Global de Cuidados Paliativos na Terminalidade da Vida*, publicado pela OMS e pela organização não governamental (ONG) Worldwide Palliative Care Alliance (WPCA)[2].

O câncer é o principal problema de saúde pública no mundo, sendo uma das grandes causas de morte e, como consequência, uma das maiores barreiras para o aumento da expectativa de vida em todo o mundo, segundo a publicação *Estimativa 2023: incidência de câncer no Brasil*, do INCA. Na maioria dos países, corresponde à primeira ou à segunda causa de morte prematura antes dos 70 anos. O impacto da incidência e da mortalidade por câncer está aumentando rapidamente no cenário mundial[3].

Nesse sentido, o controle do câncer hoje é entendido como um conjunto de ações que têm início na prevenção das exposições aos fatores de risco, na detecção precoce da doença e nos cuidados paliativos, esses últimos compostos por diagnóstico, tratamento, seguimento durante o período de sobrevivência e cuidados de fim de vida para aqueles que não alcançam a cura ou o controle da doença. Para que o cuidado integral aconteça em todas essas etapas, são necessários um planejamento cuidadoso, a organização dos serviços de saúde e o monitoramento permanente das ações de controle.

O INCA tem, em seu complexo, uma unidade hospitalar especializada em cuidados paliativos, o HC IV, inaugurado em 1998. Para o Instituto, cuidados paliativos compreendem cuidados de saúde ativos e integrais prestados à pessoa com doença grave, progressiva e que ameaça a continuidade de sua vida, e têm como objetivo promover a qualidade de vida do paciente e de seus familiares por meio da prevenção e do alívio do sofrimento, da identificação precoce de situações possíveis de serem tratadas, da avaliação cuidadosa e minuciosa e do tratamento da dor e de outros sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais.

IMPORTÂNCIA DO VOLUNTARIADO

No HC IV, a abordagem do paciente e de sua família é feita por equipe multiprofissional composta por médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, nutricionistas, assistentes sociais, psicólogos, fonoaudiólogos e farmacêuticos, em atividades diretamente ligadas às necessidades biopsicossociais. Entretanto, voluntários, administrativos, motoristas, capelães e cuidadores também acompanham e apoiam os membros da família e da equipe em prol do bem-estar do paciente.

Com o diagnóstico de câncer, surge o medo da morte iminente e, quando os cuidados paliativos se tornam exclusivos, esse sentimento aflora ainda mais e pode potencializar o sofrimento de pacientes e familiares. Nesse contexto, a importância do voluntariado nos cuidados paliativos se revela em sua plenitude, trazendo escuta, conforto e humanização durante o tratamento.

Nos corações dos voluntários, floresce uma empatia que transcende barreiras. Ao escolherem dedicar seu tempo e energia para aliviar o sofrimento daqueles que enfrentam doenças incuráveis, eles demonstram a mais pura forma de altruísmo. Com cada toque de mão, cada palavra de conforto, eles tornam visível a essência humana que conecta a todos.

Até hoje, frequentemente pacientes e familiares ouvem de profissionais de saúde a frase "não há mais nada a fazer". Diante desse cenário, o cuidado voluntário não exige habilidades médicas avançadas, mas requer, acima de tudo, o desejo sincero de oferecer apoio e consolo aos necessitados. O ato de estar presente, de ouvir histórias de vida e preocupações, proporciona um espaço seguro para que os pacientes compartilhem suas emoções mais profundas. Nos olhos atentos e ouvidos compassivos dos voluntários, aqueles que enfrentam o desconhecido encontram um porto seguro.

A importância do voluntariado nesse contexto se estende além dos pacientes para as famílias que os cercam. Em um momento em que as palavras frequentemente falham em expressar o que se sente, os voluntários trabalham como pontes entre perguntas não feitas e respostas não ditas. Eles são mensageiros da esperança em meio à escuridão, ajudando a reduzir o fardo emocional que acompanha o processo de despedida[4].

Na sociedade moderna, muito se fala da vida e pouco da morte. As pessoas não estão preparadas para lidar com o fim da jornada, gerando um vazio para aqueles que passam pela finitude. Os voluntários preenchem esse vazio com compaixão e humanidade, mostrando a importância de viver cada momento com significado.

No HC IV, os voluntários cumprem um papel crucial nessa trajetória. Eles oferecem apoio, acolhimento, humanização e diversas atividades para melhorar a qualidade de vida e trazer dignidade em um momento tão doloroso. Também dão a oportunidade de pacientes e familiares serem ouvidos e compreendidos, permitindo-lhes explorar aspectos espirituais, emocionais e práticos de suas vidas. Por meio desse trabalho de escuta de sentimentos, voluntários prestam uma ajuda preciosa àqueles que precisam de calma, serenidade e seriedade para enfrentar a inevitabilidade da morte.

No Brasil, existe ainda um grande desconhecimento e muitos preconceitos sobre as atividades relacionadas aos cuidados paliativos, principalmente entre médicos, profissionais de saúde, gestores hospitalares e poder judiciário. A conscientização da população sobre o tema é essencial para que o sistema de saúde brasileiro mude sua abordagem aos pacientes portadores de doenças que ameaçam a continuidade de suas vidas. Além de uma necessidade de saúde pública, cuidados paliativos são uma necessidade humanitária, pois lidar com as pessoas em fim de vida não é tarefa fácil.

Os voluntários que atuam nessa causa são seres humanos notáveis, e é de extrema relevância reconhecer que esse trabalho também é uma jornada pessoal para aqueles que doam seu tempo. Testemunhar o fim da vida e a força do espírito humano molda uma perspectiva profunda sobre o que realmente importa. Cada encontro, cada acolhimento, cada conversa deixa uma impressão duradoura nos corações dos voluntários, fazendo-os lembrar constantemente da importância de melhorar as relações, a compaixão e o modo de ver o próximo.

Em um mundo que muitas vezes se move rápido demais, os voluntários lembram o quanto é crucial diminuir o ritmo e estar presente. Eles ensinam que, no final das contas, é a conexão humana que transcende o tempo e deixa um legado duradouro. O trabalho voluntário é evidenciado na maneira como ele celebra a vida e honra a morte, comprovando como é precioso cada momento que os seres humanos compartilham. Não é raro ouvir os voluntários falando "aos quatro ventos" que eles recebem muito mais do que dão.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base no que foi apresentado, explorou-se a importância do voluntariado na área dos cuidados paliativos, na qual a compaixão se torna um bálsamo para os que sofrem e uma lição de vida para aqueles que se voluntariam pelo próximo. Nos corações e mãos dos voluntários, encontra-se a evidência de que, mesmo nos momentos mais difíceis, o amor e a humanidade podem brilhar intensamente e fazer a diferença na vida daqueles que mais precisam.

REFERÊNCIAS

1. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Newsroom. Fact sheets. **Palliative care**. Geneva: WHO, 2020. Disponível em: http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care. Acesso em: 2 jun. 2023.
2. WORLDWIDE HOSPICE PALLIATIVE CARE ALLIANCE. **Global atlas of palliative care at the end of life**. London: WPCA; WHO, Jan. 2014. Disponível em: https://www.iccp-portal.org/system/files/resources/Global_Atlas_of_Palliative_Care.pdf. Acesso em: 5 jan. 2024.
3. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil). **Estimativa 2023**: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2022. Disponível em: https://www.inca.gov.br/publicacoes/livros/estimativa-2023-incidencia-de-cancer-no-brasil. Acesso em: 5 jan. 2024.
4. INCAVoluntário. Rio de Janeiro: INCA, c2023. Disponível em: www.incavoluntario.org.br. Acesso em: 2 jun. 2023.

CAPÍTULO 8: *NOSSO CUIDADO* — PROMOÇÃO DE BEM-ESTAR E SAÚDE AOS TRABALHADORES

INTRODUÇÃO

Em 2019, a Direção do HC IV percebeu a importância de realizar uma ação voltada para promover o bem-estar de seus trabalhadores e um bom clima institucional dado o crescente número de afastamentos de profissionais por problemas de saúde e queixas de sobrecarga. Após ampla discussão entre essa Direção, a chefia da Divisão de Saúde do Trabalhador, a Coordenação de Assistência e os profissionais do HC IV, foi desenvolvido o projeto *Nosso Cuidado*, visando à promoção da saúde e à qualidade de vida no trabalho. A estratégia teve a liderança de uma psicóloga, readaptada para funções não assistenciais, que estimulou a participação coletiva de outros profissionais atuantes no HC IV.

Os profissionais que atuam na assistência do HC IV convivem rotineiramente com a morte dos pacientes e com o sofrimento de seus familiares e entes queridos. Os estressores considerados desafiadores para equipes que lidam com a finitude humana são: exposição frequente à morte; demanda de carga de trabalho; fadiga crônica; vivência de conflitos advindos de dificuldades de comunicação; culpa pela impossibilidade de oferecer terapêutica curativa aos doentes; depressão; e sentimentos de desamparo[1]. De acordo com Silva[2], os sentimentos despertados nos profissionais da equipe multiprofissional que atuam em oncologia são semelhantes aos dos pacientes e familiares afetados pelo câncer, além da impotência imposta pelos limites dos recursos pessoais e científicos. Desse modo, tais fatores também precisam ser considerados e cuidados.

Além disso, o trabalho com pacientes em momentos finais e o contato permanente do profissional com a morte do outro permite experiências existenciais com a dor e a finitude, o que pode fazer com que a insegurança e a ansiedade desencadeiem *bournout* e estresse[3]. Considerando-se o risco de desgaste emocional e as dificuldades na prestação do cuidado ao paciente, torna-se relevante que o profissional reconheça seus limites e procure apoio para suprir os desgastes físico e mental[4].

Em relação aos profissionais de saúde, a OMS estabeleceu o decênio 2006-2016 para a valorização do trabalho e dos trabalhadores da saúde, pelo sistemático e crescente adoecimento mundial dos profissionais desse setor, sem que se estabeleçam políticas públicas consistentes para enfrentar a situação[5]. Em 2022, a Organização Internacional do Trabalho (OIT) e a OMS manifestaram preocupações sobre a saúde mental dos trabalhadores, pois transtornos mentais, como a depressão e a ansiedade, têm causado afastamentos sistemáticos do trabalho com consequências econômicas expressivas. Esses órgãos recomendaram ações para o enfrentamento dos riscos à saúde mental dos trabalhadores por meio da publicação de um novo guia sobre o fortalecimento do desenvolvimento e da implementação de programas de saúde e segurança no trabalho para os trabalhadores e as trabalhadoras de saúde, uma vez que a pandemia da Covid-19 revelou diversas fragilidades nesse campo e continua a exercer grande pressão sobre essas pessoas[6].

Em consonância com essas diretrizes, o *Nosso Cuidado* tem o objetivo de promover saúde e qualidade de vida aos trabalhadores do HC IV por meio de atividades que busquem redução do estresse e aumento do bem-estar, assim como algumas práticas integrativas e complementares.

ESTRUTURA E FUNCIONAMENTO

O *Nosso Cuidado* é vinculado à Direção do HC IV, é coordenado por uma psicóloga servidora do HC IV e conta com voluntários para realizar as atividades para redução do estresse e aumento do bem-estar.

Inicialmente, o nome do projeto e o logotipo, representados na Figura 10, foram idealizados por colaboração de um assistente em ciência e tecnologia. Ele considerou que o projeto envolve uma proposta de participação de diferentes trabalhadores no desenvolvimento de uma atividade voltada à qualidade do trabalho e à saúde do trabalhador e nas diferentes possibilidades de contribuição que o projeto prevê, por isso as várias cores. O nome veio com a proposta de fugir do "cuidar de quem cuida" e ir mais na direção de algo que cresce e se desenvolve dentro da instituição.

Em sequência, foi realizada, no HC IV, uma enquete junto aos profissionais das diferentes categorias e vínculos de trabalho para compreender a percepção individual de cada um em relação à sua qualidade de vida e saúde, interesse em participar de atividades que promovessem bem-estar e saúde, sugestões de ações e disponibilidade para atuar como voluntário caso tivesse alguma habilidade.

Figura 10 — Logotipo do projeto *Nosso Cuidado*

Fonte: elaboração INCA.

O resultado dessa enquete mostrou tanto a demanda dos participantes por atividades promotoras de bem-estar e saúde quanto a disponibilidade para compartilharem suas habilidades e conhecimentos em prol dos objetivos propostos. Posteriormente, foram identificados novos voluntários, que incluíram profissionais do próprio hospital e outros que atuavam no INCAvoluntário ou outras organizações da sociedade civil. A partir disso, deu-se início à oferta de aulas de yoga, atendimentos em auriculoterapia, massoterapia, reiki, dança circular e barras de *access* — atividade ainda não registrada como práticas integrativas complementares, mas muito bem aceita pelos profissionais.

Outras parcerias foram instituídas, o que estimulou debates de temas importantes, tais como com o Centro de Valorização da Vida e a Polícia Militar do Rio de Janeiro, que abordaram a questão da prevenção ao suicídio, e com as nutricionistas do HC IV, que trataram do tema da alimentação saudável, entre outros.

A fim de promover atividades de integração, foram realizados passeios de confraternização em lugares aprazíveis, como a Floresta da Tijuca e a Quinta da Boa Vista, onde os profissionais e suas famílias realizaram atividades diversas ao ar livre. Desde 2021, anualmente acontece a festa do dia do trabalhador do HC IV, que tem um caráter integrativo, festivo, mas também favorece a conscientização quanto à participação e contribuição de todos no trabalho realizado pela instituição.

Atualmente, uma importante ferramenta utilizada para viabilizar a comunicação com os trabalhadores do HC IV em tempo real foi a criação de grupos e lista de transmissão para divulgação de atividades e eventos, realização de inscrições e emissão de avisos. Com isso, os mais diversos profissionais do hospital passaram a fazer parte de grupos em comum, tendo o interesse em participar das terapias e/ou programações ofertadas.

As atividades são divulgadas diariamente por meio de grupos de WhatsApp, nos quais os profissionais da unidade têm a oportunidade de realizarem sua inscrição. O acompanhamento e a avaliação da adesão ao projeto são feitos por meio de listas de presença.

RESULTADOS

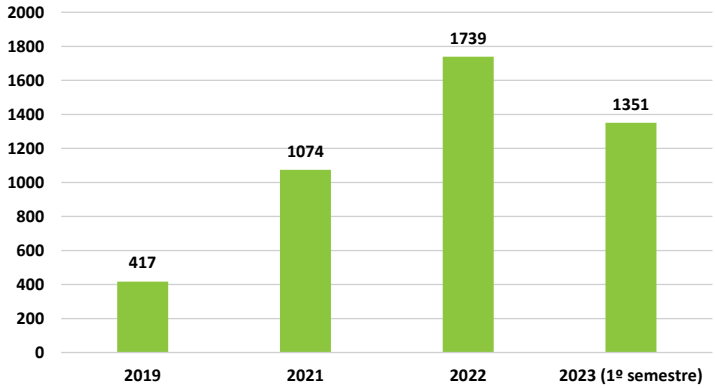
O início do projeto aconteceu no terceiro trimestre de 2019. No entanto, em dezembro de 2019, ocorreu o alerta sobre o surto de um novo coronavírus (Covid-19) em Wuhan, na China[7] e, em 30 de janeiro de 2020, a OMS declarou que se tratava de uma emergência de saúde pública de importância internacional[8]. Posteriormente, em 11 de março de 2020, a OMS declarou uma pandemia[9].

No Brasil, em 20 de março de 2020, foi publicada a Portaria GM/MS nº 454, de 2020, declarando o reconhecimento da transmissão comunitária do coronavírus em todo território nacional[10]. Portanto, as atividades do *Nosso Cuidado* foram suspensas em razão da pandemia, a fim de cumprir as orientações acerca das medidas necessárias para contenção da transmissão da doença, a partir do distanciamento social, considerado fundamental.

Em maio de 2021, as atividades foram retomadas de forma gradual para evitar a aglomeração de pessoas, restringindo-se ainda a participação de voluntários de grupos de risco para a Covid-19. Foram priorizadas as atividades individuais e, progressivamente, as atividades se adequaram à nova realidade pós-pandemia.

É importante ressaltar que a participação dos profissionais nas atividades do *Nosso Cuidado* amplia-se a cada ano. A Figura 11 apresenta a evolução em número de atendimentos: em 2019, foram realizados 417 atendimentos; em 2020 as atividades estavam suspensas; em 2021, o *Nosso Cuidado* realizou 1.074 atendimentos; em 2022, 1.739 atendimentos; e, apenas no primeiro semestre de 2023, já se somavam 1.351, o que expressa a importância do projeto para promoção do bem-estar e da saúde necessários e a valorização pelos trabalhadores do HC IV com ampliação da procura pelas atividades ofertadas ano após ano.

Figura 11 — Evolução temporal do número de profissionais participantes das atividades do *Nosso Cuidado*



Fonte: elaboração INCA.

Ademais, a fim de confirmar a hipótese de que os profissionais do HC IV podem se beneficiar com a implementação de um programa de promoção de saúde e qualidade de vida, minimizando o número de afastamentos e de queixas de sobrecarga dos trabalhadores, a coordenadora do projeto iniciou uma pesquisa cujo o objetivo geral é avaliar o perfil e a qualidade de vida dos profissionais de uma unidade hospitalar de cuidados paliativos oncológicos, que já foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa e está em andamento.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O *Nosso Cuidado* tem alcançado seu propósito junto aos profissionais, o que se traduz pela adesão e pelo número de atendimentos realizados desde o início do projeto. No entanto, vale ressaltar que todas as atividades são realizadas sem financiamento e contam, tão somente, com a colaboração e a doação dos envolvidos, o que demanda um considerável esforço. Entretanto, revela a potência que existe em unir pessoas em um mesmo propósito.

REFERÊNCIAS

1. ZAMBRANO, S. C.; CHUR-HANSEN, A.; CRAWFORD, G. B. The experiences, coping mechanisms, and impact of death and dying on palliative medicine specialists. **Palliative and Supportive Care**, Cambridge, v. 12, n. 4, p. 309-316, Aug. 2014. DOI 10.1017/S1478951513000138.

2. SILVA, L. C. da. O sofrimento psicológico dos profissionais de saúde na atenção ao paciente de câncer. **Psicologia para América Latina**, México, n. 16, jun. 2009.

3. BROWALL, M. *et al*. Existential encounters: nurses' descriptions of critical incidents in end-of-life cancer care. **European Journal of Oncology Nursing**, Edinburgh, v. 18, n. 6, p. 636-644, Dec. 2014. DOI 10.1016/j.ejon.2014.06.001.

4. SILVEIRA, M. F. *et al*. Propriedades psicométricas do instrumento de avaliação da qualidade de vida: 12-item health survey (SF-12). **Ciências & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 7, p. 1923-1931, jul. 2013. DOI 10.1590/S1413-81232013000700007.

5. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Trabalhando juntos pela saúde**: relatório mundial da saúde 2006: resumo. Brasília, DF: Opas, 2006. Disponível em: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/3602/T_Trabalhando-Juntos.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: 30 mar. 2023.

6. WORLD HEALTH ORGANIZATION; INTERNATIONAL LABOUR ORGANIZATION. **Caring for those who care**: guide for the development and implementation of occupational health and safety programmes for health workers. Geneva: WHO: ILO, 2022. Disponível em: https://www.who.int/publications/i/item/9789240040779. Acesso em: 30 mar. 2023.

7. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Diseases. Coronavirus disease (COVID-19). **Timeline**: WHO's COVID-19 response. Geneva: WHO, c2023. Disponível em: https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/interactive-timeline. Acesso em: 21 mar. 23.

8. WORLD HEALTH ORGANIZATION. News. **Statement on the second meeting of the International Health Regulations (2005) Emergency Committee regarding the outbreak of novel coronavirus (2019-nCoV)**. Geneva: WHO, 2020. Disponível em: https://www.who.int/news/item/30-01-2020-statement-on-the-second-meeting-of-the-international-health-regulations-(2005)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-(2019-ncov). Acesso em: 21 mar. 2023.

9. WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO Director-General. Speeches. **WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19 - 11 March 2020**. Geneva: WHO, 2020. Disponível em: https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020. Acesso em: 21 mar. 2023.

10. BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 454, de 20 de março de 2020**. Declara, em todo o território nacional, o estado de transmissão comunitária do coronavírus (covid-19). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/portaria/prt454-20-ms.htm. Acesso em: 8 jan. 2024.

CAPÍTULO 9: ENSINO E PESQUISA EM CUIDADOS PALIATIVOS

INTRODUÇÃO

Trabalhando com cuidados paliativos, os profissionais de saúde são provocados a desconstruir a ideia arraigada sobre o cuidado necessariamente atrelado à cura. A assistência a esse grupo envolve ações que demandam variados graus de complexidade, com o potencial de proporcionar desfechos diversos, como a melhora da funcionalidade, da qualidade de vida e até mesmo da qualidade de morte.

Para isso, é importante que o ensino e o desenvolvimento científico proporcionem capacitação dos profissionais das diversas categorias e embasarem, com evidências, a tomada de decisão oportuna para as demandas relevantes dessa população, sempre de forma proporcional ao momento da trajetória da doença em que estejam vivendo. Nesse sentido, o HC IV desempenha um importante papel, corroborando para o desenvolvimento do campo no ensino e na pesquisa em cuidados paliativos no contexto do câncer.

Dessa forma, o objetivo deste capítulo é descrever aspectos relacionados às ações de ensino e pesquisa, com foco naqueles desenvolvidos por profissionais do HC IV, bem como discutir algumas lacunas e problemáticas relacionadas a essa temática.

ENSINO EM CUIDADOS PALIATIVOS

Deficiência e importância do ensino em cuidados paliativos

Entre as diversas barreiras para o desenvolvimento dos cuidados paliativos, está a capacitação insuficiente dos profissionais de saúde a respeito do tema[1], refletida muitas vezes na falta de conhecimentos e habilidades em relação aos cuidados paliativos, na capacidade limitada de atuação efetiva no controle de sintomas angustiantes ou mesmo na falta de familiaridade com os princípios básicos dos cuidados paliativos[2]. Infelizmente, a carência de profissionais de saúde treinados em cuidados paliativos é uma realidade mundial[3].

Mudanças de paradigmas são necessárias para abordar as situações complexas que acompanham o suporte a pacientes em cuidados paliativos, com adequação aos objetivos do cuidado para pacientes com sobrevida mais estendida ou para os cuidados de fim de vida, imputando a necessidade de gerenciar aspectos multidimensionais no planejamento da assistência. Dessa forma, faz-se necessário o ensino para o desenvolvimento de competências e habilidades específicas e indispensáveis para que os profissionais saibam mobilizar e combinar, de modo pertinente, um conjunto de recursos pessoais e do meio[4].

Cuidados paliativos em cursos de graduação e de pós-graduação

Especialistas da área defendem que o aprendizado sobre a temática dos cuidados paliativos deveria ser iniciado durante os cursos de graduação da área da saúde, como componente da grade curricular. Estudos indicam que os alunos têm a mesma percepção. Mais de 95% dos alunos de medicina do quinto e do sexto anos de uma universidade de Alagoas, entrevistados em 2014, classificaram o desenvolvimento de habilidades intrínsecas dos cuidados paliativos como "importante" ou "muito importante" (continham no questionário de pesquisa: manejo da dor, náuseas, vômitos, *delirium*, dispneia, comunicação, ética, hidratação e alimentação)[5]. Na mesma linha, em 2017, 74% dos alunos do quinto e do sexto anos de medicina de uma universidade de Goiás descreveram a falta de contato com a disciplina de cuidados paliativos e sua vivência prática como prejudiciais para sua formação, especialmente ao lidar com o fim da vida de seus pacientes[6].

Uma questão específica deficiente na formação do profissional de saúde é o preparo para lidar com a morte, um processo natural, inevitável e inerente à vida. No estudo de Pereira *et al.*[6], 37% dos alunos disseram não se sentir preparados para lidar com a morte de um paciente sob seus cuidados e 9% a considerariam uma derrota. A observação diária ao trabalhar com alunos de graduação e pós-graduação da área de saúde ratifica esse achado.

Outro estudo, no ano de 2018, sobre o ensino de cuidados paliativos na graduação em faculdades de medicina no Brasil, observou que 43% das escolas públicas e 57% das particulares continham o ensino de cuidados paliativos em sua grade curricular, porém com grande heterogeneidade, variando a carga horária de 18 a 119 horas[7].

Entende-se que tal conteúdo deva integrar a grade curricular dos cursos de graduação da área de saúde, com regulamentação pelos órgãos competentes. Uma iniciativa que deve ser celebrada e estimulada é a Resolução

do Conselho Nacional de Educação e da Câmara de Educação Superior (CNE/CES) nº 3, publicada em 2022, que introduziu, nas diretrizes curriculares do curso de graduação em medicina no Brasil, a capacitação e o treinamento em competências específicas relacionadas ao cuidado paliativo[8]. A resolução não fala sobre a disciplina de cuidados paliativos, mas sobre a inserção de habilidades e competências a serem desenvolvidas ao longo da graduação. Eis um desafio aos docentes[9].

Diversos cursos de pós-graduação e especialização em cuidados paliativos estão disponíveis no Brasil, em sua maioria multiprofissionais, ou seja, para alunos de várias categorias profissionais, e pagos. Até a conclusão da elaboração deste capítulo (outubro de 2023), apenas medicina e enfermagem possuíam titulação em cuidados paliativos ratificada pela Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP). Vale ressaltar que o médico, para ser um especialista em medicina paliativa reconhecido pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), com Registro de Qualificação de Especialidade, deve fazer residência em medicina paliativa ou prova de título de especialista oferecida pela Associação Médica Brasileira (AMB).

O diagnóstico situacional das residências em cuidados paliativos no Brasil, publicado pela ANCP em 2022, descreveu a existência de 17 programas de residência em medicina paliativa, com 48 vagas, tendo formado 151 especialistas até 2021, e de quatro programas de residência multiprofissional em cuidados paliativos, com 42 vagas e 181 especialistas formados até então[10].

A matriz de competência para o programa de residência médica em medicina paliativa foi publicada em 2021[11]. A ANCP vem desenvolvendo matrizes de competência para a atuação das diversas categorias profissionais em saúde[12,13]. Espera-se que cursos de pós-graduação e especialização contemplem tais competências e habilidades.

PESQUISA EM CUIDADOS PALIATIVOS

Nas últimas décadas, tem havido um incremento do número de pesquisas em cuidados paliativos em diversos países do mundo, porém as evidências ainda são consideradas insuficientes. Segundo Lima *et al.*[14], a publicação de artigos sobre cuidados paliativos produzidos por pesquisadores de países da América do Sul aumentou significativamente entre 1998 e 2017. No entanto, não é possível afirmar que a qualidade dessas pesquisas, bem como de suas publicações, acompanhou essa tendência de crescimento[15].

É necessário que sejam conduzidas pesquisas metodologicamente rigorosas, que possam fornecer evidências de alta qualidade e estabelecer uma

base sólida para a elaboração de protocolos que melhorem a prática clínica nos cuidados paliativos, promovendo a qualidade de vida não só dos pacientes, mas também dos seus familiares e cuidadores, bem como para a formulação de políticas de saúde relacionadas a esse tema[15]. Especialistas destacam controle de sintomas, cuidados paliativos na atenção primária, políticas públicas, educação e avaliação prognóstica como temas prioritários em pesquisa, e estimulam a elaboração de estudos multicêntricos, com parcerias interinstitucionais[16].

ENSINO E PESQUISA EM CUIDADOS PALIATIVOS NO INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER

O processo educacional em cuidados paliativos deve ser visto como uma necessidade permanente para treinamento do profissional de saúde. Nesse âmbito, o HC IV oferece capacitação profissional em cuidados paliativos no contexto do câncer de diferentes formas, como os programas de residência, o aperfeiçoamento nos moldes *fellow*, os cursos de especialização, aperfeiçoamento e extensão, a iniciação científica, o aperfeiçoamento em pesquisa, as atividades de atualizações científicas e as visitas técnicas para profissionais de diversas categorias da área da saúde e de todo o território nacional. Além disso, materiais didáticos, como livros e cartilhas, estão disponíveis de forma gratuita no site do INCA[n], com destaque para os livros da série *Cuidados paliativos na prática clínica*, volumes 1[17] e 2[18], e a cartilha *Cuidados paliativos em oncologia: orientações para agentes comunitários de saúde*[19].

Atualmente, no que tange o ensino de cuidados paliativos, o INCA oferece as seguintes opções regularmente[o]:

- Programa de Residência em Medicina Paliativa, com duração dois anos e com duas vagas por ano.
- Aperfeiçoamento nos moldes *fellow* (com bolsa de estudo) em:
  - Assistência de Enfermagem em Cuidados Paliativos em Oncologia, com duração de um ano e com quatro vagas ao ano.
  - Serviço Social em Cuidados Paliativos em Oncologia, com duração de um ano e com duas vagas ao ano.
  - Psicologia em Cuidados Paliativos em Oncologia, com duração de um ano e com duas vagas ao ano.

[n] Todas as publicações produzidas pelo INCA podem ser acessadas no endereço eletrônico: www.inca.gov.br/publicacoes.

[o] Informações completas sobre as ações de ensino desenvolvidas pelo INCA podem ser obtidas no endereço eletrônico: https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/ensino/cursos.

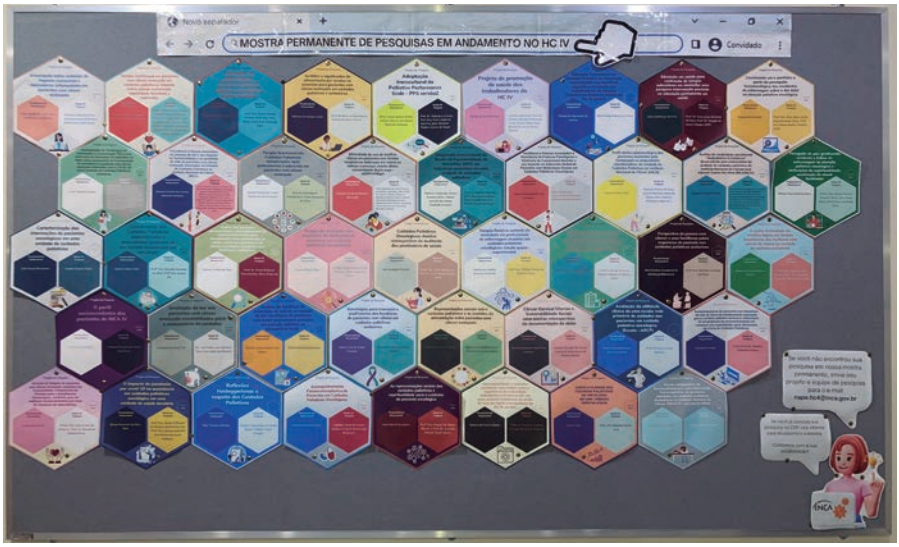
  - Nutrição em Cuidados Paliativos em Oncologia, com duração de um ano e com duas vagas ao ano.
  - Fisioterapia em Cuidados Paliativos em Oncologia, com duração de um ano e com duas vagas ao ano.
  - Farmácia Clínica em Oncologia (área de atuação em cuidados paliativos), com duração de um ano e com uma vaga ao ano.
- Estágio curricular, com rodízio eletivo para programas de residência médica e multiprofissional.
- Rodízio acadêmico de graduandos em medicina de quinto e sexto anos.
- Visita técnica destinada a profissionais de diferentes categorias.
- Curso de Aperfeiçoamento em Assistência de Enfermagem em Cuidados Paliativos em Oncologia, com duração de 200 horas, voltado para enfermeiros.
- Curso de Atualização em Assistência de Enfermagem em Cuidados Paliativos em Oncologia, com duração de 56 horas, voltado para enfermeiros.

Cursos de aperfeiçoamento e extensão destinados a profissionais da RAS e cursos de educação a distância (EAD) estão em elaboração e devem ser lançados em breve.

Embora até janeiro de 2024 ainda não exista formalmente no INCA uma linha de pesquisa em cuidados paliativos, disciplinas e projetos de pesquisa versando sobre os cuidados paliativos no contexto do câncer foram inseridas no PPGO e no PPGCan do INCA, a partir do credenciamento de profissionais do HC IV entre o corpo docente permanente.

Com intuito de estimular e divulgar o desenvolvimento de pesquisas na unidade, o Nape idealizou a Mostra Permanente de Pesquisas, localizada nos pilotis do HC IV. Nela, estão todos os projetos de pesquisa em andamento na unidade, o pesquisador responsável e a equipe de pesquisa. A Figura 12 é um registro dessa Mostra feito em outubro de 2023, com as 44 pesquisas em andamento na unidade na ocasião.

Figura 12 — Mostra Permanente de Pesquisas em andamento no HC IV, outubro de 2023



Fonte: Núcleo de Apoio à Pesquisa e Ensino do HC IV.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Embora haja muito a caminhar na formação profissional e em descobertas baseadas em evidência em cuidados paliativos, um belo caminho já foi percorrido e deve ser celebrado. Iniciativas precoces na formação profissional devem ser valorizadas e estimuladas. Conforme afirmam Skovronski *et al.*[9]:

> Mas é por isso que eu acredito que o cuidado paliativo em teoria seja mais uma das milhares missões essenciais da medicina. Cuidado paliativo é saber oferecer possibilidades de conduta com medidas de conforto de forma clara e saber verificar se os familiares compreendem a finitude, ajudando-os a administrar os sentimentos decorrentes dessa situação, com o empenho e dedicação da equipe multiprofissional. É saber administrar o controle dos sintomas do paciente até o seu fim, mantendo acima de tudo a sua dignidade. É possibilitar que o paciente deixe essa vida, de forma indolor e com muito amor[9, p. 34].

Relatos como este, de um aluno do terceiro ano de um curso de graduação de medicina, mostram que o trabalho do HC IV está no caminho certo.

REFERÊNCIAS

1. SANTOS, A. F. J. dos; FERREIRA, E. A. L.; GUIRRO, Ú. B. do P. **Atlas dos cuidados paliativos no Brasil 2019**. São Paulo: Academia Nacional de Cuidados Paliativos, 2020. *E-book*. Disponível em: https://api-wordpress.paliativo.org.br/wp-content/uploads/2020/05/ATLAS_2019_final_compressed.pdf. Acesso em: 10 jul. 2023.
2. TABER, J. M.; ELLIS, E. M.; REBLIN, M. *et al*. Knowledge of and beliefs about palliative care in a nationally-representative U.S. sample. **PLoS One**, San Francisco, v. 14, p. e0219074, Aug. 2019. DOI 10.1371/journal.pone.0219074.
3. CALLAWAY, M. V.; FOLEY, K. The International Palliative Care Initiative. **Journal of Pain and Symptom Management**, New York, v. 55, n. 2S, p. S1-S5, Feb. 2018. DOI 10.1016/j.jpainsymman.2017.05.012.
4. LE BOTERF, G. Évaluer les compétences: quels jugements? quels critères? quelles instances?. **Educ Permanente**, Paris, v. 135, p. 143-5, 1998.
5. CORREIA, D. S. *et al*. Cuidados paliativos: importância do tema para discentes de graduação em Medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Brasília, DF, v. 42, n. 3, p. 78-86, jul./set. 2018. DOI 10.1590/1981-52712015v42n3RB20170105.r1.
6. PEREIRA, E. A. L. *et al*. Identificação do nível de conhecimento em cuidados paliativos na formação médica em uma Escola de Medicina de Goiás. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Brasília, DF, v. 43, n. 4, p. 65-71, out./dez. 2019. DOI 10.1590/1981-52712015v43n4RB20180116.
7. CASTRO, A. A. *et al*. Cuidados paliativos: inserção do ensino nas escolas médicas do Brasil. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Brasília, DF, v. 45, n. 2, e0256, 2021. DOI 10.1590/1981-5271v45.2-20200162.
8. CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO (Brasil). **Resolução CNE/CES nº 3, de 3 de novembro de 2022**. Altera os Arts. 6º, 12 e 23 da Resolução CNE/CES nº 3/2014, que institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina Brasília, DF: CNE, 2022. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=242251-rces003-22-2&category_slug=novembro-2022-pdf-1&Itemid=30192. Acesso em: 8 jan. 2023.
9. SKOVRONSKI, V. M. R. S. *et al*. Photovoice como ferramenta de ensino e aprendizado sobre cuidados paliativos. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Brasília, DF, v. 47, n. 2, e075, 2023. DOI 10.1590/1981-5271v47.2-2022-0367.

10. CHARNIZON, D.; GOMES, S. A.; MIWA, M. U. **Diagnóstico situacional das residências em cuidados paliativos no Brasil**. São Paulo: Academia Nacional de Cuidados Paliativos, 2021. *E-book*. Disponível em: https://api-wordpress.paliativo.org.br/wp-content/uploads/2022/03/DiagnosticoSituacional-final.pdf. Acesso em: 15 jun. 2023.

11. COMISSÃO NACIONAL RESIDÊNCIA MÉDICA (Brasil). Resolução CNRM nº 10, de 29 de abril de 2022. Aprova a matriz de competências de Programas de Residência Médica para a Área de Atuação em Medicina Paliativa no Brasil. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, ano 160, n. 81, p. 56, 2 maio 2022.

12. FIRMINO, F.; TROTTE, L. A. C.; SILVA, R. S. da. **Competências da(o) enfermeira(o)**: especialista em cuidados paliativos no Brasil. São Paulo: Academia Nacional de Cuidados Paliativos, 2022. *E-book*. Disponível em: https://api-wordpress.paliativo.org.br/wp-content/uploads/2022/11/Diagnostico_CompetenciasEnfermeiroEspecialista_final.pdf. Acesso em: 2 jul. 2023.

13. ACETI, D.; TEIXIERA, H. A.; BRAZ, M. S. **Recomendações de competências, habilidades e atitudes do psicólogo(a) paliativista**. São Paulo: Academia Nacional de Cuidados Paliativos, 2022. Disponível em: https://api-wordpress.paliativo.org.br/wp-content/uploads/2023/04/Recomendacoes_CompetenciasPsicologoPaliativista-FINAL.pdf. Acesso em: 2 jul. 2023.

14. LIMA, C. *et al*. The impact of international research collaborations on the citation metrics and the scientific potential of South American palliative care research: bibliometric analysis. **Annals of Global Health**, London, v. 87, n. 1, p. 32, Mar. 2021. DOI 10.5334/aogh.3158.

15. OLIVEIRA, L. C. de. Pesquisa em cuidado paliativo no Brasil. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 67, n. 3, e-03193, 2021. DOI 10.32635/2176-9745.RBC.2021v67n3.1934.

16. PAIVA, C. E. *et al*. How to advance palliative care research in South America? Findings from a Delphi Study. **Journal of Pain and Symptom Management**, New York, v. 65, n. 3, p. 193-202, Mar. 2023. DOI 10.1016/j.jpainsymman.2022.11.020.

17. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil). **A avaliação do paciente em cuidados paliativos**. Rio de Janeiro: INCA, 2022. (Cuidados paliativos na prática clínica, v. 1). Disponível em: https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//completo_serie_cuidados_paliativos_volume_1.pdf. Acesso em: 5 jan. 2024.

18. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil). **Últimos dias de vida**. Rio de Janeiro: INCA, 2023. (Cuidados paliativos na prática clínica, v.

2). Disponível em: https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//serie_cuidados_paliativos_volume_2_completo.pdf. Acesso em: 5 jan. 2024.

19. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil). **Cuidados paliativos em oncologia**: orientações para agentes comunitários de saúde. Rio de Janeiro: INCA, 2022. Disponível em: https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//cartilha_cuidados_paliativos_em_oncologia_para_acs.pdf. Acesso em: 8 jan. 2024.

PARTE II

BASES PARA A BOA PRÁTICA DOS CUIDADOS PALIATIVOS

CAPÍTULO 10: EQUIPE ASSISTENCIAL EM SAÚDE — ESTRATÉGIAS PARA UM BOM CUIDADO

INTRODUÇÃO

Entre os princípios dos cuidados paliativos, estão incluídos a prevenção, a identificação precoce, a avaliação e o gerenciamento de problemas físicos, necessidades sociais, sofrimento psicológico e espiritual, além da participação ativa de uma equipe multidisciplinar[1]. Diante de tal complexidade, não seria razoável pensar na ação do cuidar, por uma única perspectiva. É utópico acreditar que apenas um campo de conhecimento possa ofertar o cuidado de maneira completa. Dessa forma, faz-se necessária a atuação de um trabalho em equipe para favorecer o melhor desfecho clínico ao paciente[2].

Em virtude das necessidades múltiplas dos pacientes em cuidados paliativos, o atendimento fragmentado pode acarretar o comprometimento da proposta dos cuidados e, consequentemente, da qualidade de vida. Por isso, é importante que haja integralidade da assistência, fato que requer complementação dos saberes, partilha de responsabilidades e resolução conjunta das demandas diferenciadas[3]. Nesse sentido, a assistência paliativa prioriza a formação de uma equipe multiprofissional, composta por enfermeiro, psicólogo, médico, assistente social, farmacêutico, nutricionista, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, dentista, assistente espiritual e musicoterapeuta[4].

A proposição da interdisciplinaridade pode ser uma estratégia para diminuir a fragmentação do cuidado em saúde e fortalecer a possibilidade da implantação das ações de forma integral, porém, para a concretização dessa prática, é fundamental que os profissionais tenham domínio sobre suas áreas, conhecimento das atribuições das diferentes categorias, além da capacidade de exercer o trabalho em equipe, dialogando com as diversas disciplinas[5]. As diferentes formas de interação entre os profissionais envolvidos podem gerar impacto não somente sobre a qualidade de vida do trabalhador, mas também sobre a qualidade do cuidado ofertado aos pacientes e seus familiares[6].

O presente capítulo tem o objetivo de descrever a importância da atuação da equipe interdisciplinar nos cuidados paliativos.

DEFINIR PARA REFLETIR: EQUIPE MULTIDISCIPLINAR *VERSUS* INTERDISCIPLINAR *VERSUS* TRANSDISCIPLINAR

Na busca por distanciar-se do modelo biomédico tradicional, as equipes de saúde procuram cada vez mais prestar uma assistência individualizada, pautada na atenção e no cuidado integral ao paciente, focando no sujeito que adoece e não na doença, com o intuito de minimizar o sofrimento por meio do controle e alívio da dor e de outros sintomas, não reduzindo o paciente apenas à doença e à especialidade em saúde que a representa. O processo de trabalho em saúde foi, assim, reorganizando-se em equipes multiprofissionais, de forma a coexistir entre os diferentes saberes[7,8]. Nesse sentido, as relações precisaram mudar, deixando de ser baseadas em hierarquias de poder, nas quais há grandes dificuldades de comunicação, para se tornarem lineares, permitindo que esses saberes sejam construídos ao longo das práticas em saúde, somando-se[9].

A forma como cada profissional atuará dentro de uma equipe em saúde, dependerá do tipo de relação construída nesse processo de trabalho. A compreensão da complexidade da essência do cuidar irá, de fato, determinar as atuações em equipe, sendo elas multidisciplinar, interdisciplinar ou transdisciplinar[2].

A **equipe multidisciplinar** tem suas relações baseadas na atuação de diferentes profissionais com formações variadas, focadas em uma demanda comum, trabalhando de forma conjunta, mas sob a ótica de cada especialidade, por vezes de forma articulada, outras de forma pontual com seu conhecimento técnico-científico. O trabalho é coletivo, há interação por parte dos profissionais, mas cada um dentro da sua área, respondendo pelo seu saber. Por vezes há conversa, cooperação e troca de conhecimento e informação, cada um é capaz de expor suas ferramentas de trabalho, sua *expertise*, porém ainda há uma visão limitada da singularidade e integralidade de cada paciente, que ainda é reduzido em partes, tendo cada profissional a competência para "resolver" um tipo de problema em saúde[2,7,8].

Já em uma **equipe interdisciplinar**, as relações vão muito além da troca de informações. De fato, o que se espera é a justaposição de conhecimentos, a fim de proporcionar a construção de novas práticas a partir de reflexões e discussões conjuntas[7,8,10]. A aprendizagem é constante, diária, aprende-se na prática e na convivência. Para que a interdisciplinaridade em saúde ocorra, é necessário haver coesão, cooperação, paciência, humildade, escuta e diálogo[10]. Esse tipo de relação possibilita estimular a criatividade dos envolvidos, para gerar benefícios para todos, uma vez que as trocas possibilitam o

enriquecimento da equipe. É esperada uma transformação na forma de conduzir as condutas, transcendendo-as, enxergando os limites de sua própria atuação[2,8].

Diferente da interdisciplinaridade, em que há a integração dos diversos conhecimentos técnico-científicos, a **transdisciplinaridade** busca ir além, possibilita a integração de tais conhecimentos a outros modos de produção do conhecimento, construídos ao longo da história da humanidade, entendendo o caráter fundamental da subjetividade humana na construção desses saberes[11].

TOMADA DE DECISÃO EM CUIDADOS PALIATIVOS

Silva define tomada de decisão como "um processo pelo qual se escolhe uma ou algumas ações dentre várias possíveis. A escolha é baseada em um conjunto de informações que levam o intelecto a processar probabilidades de desfecho, optando pela mais aprazível ou de maior probabilidade de sucesso" [12, p. 75].

No campo da saúde, em especial diante de doenças graves, avançadas e sem a possibilidade de um tratamento curativo, faz-se necessário que inúmeras decisões sejam tomadas pelos profissionais atuantes no cuidado. Tais decisões envolvem desde o compartilhamento de informações até as escolhas diagnósticas e terapêuticas. As decisões mais assertivas irão proporcionar as melhores condutas, a fim de que o paciente possa ter maior benefício.

Nos cuidados paliativos, o cuidado está centrado na qualidade de vida dos pacientes e seus familiares, por meio de uma abordagem que busca minimizar os sintomas e o sofrimento. A autonomia é um dos principais pilares desse princípio, garantindo ao paciente o direito de escolher, de acordo com suas preferências, seus valores e suas crenças, como gostaria de viver seus últimos dias. O princípio da autonomia reconhece o paciente como um sujeito capaz de se autodeterminar, permitindo que tome as decisões necessárias para a manutenção de sua saúde, de forma a exercer plenamente seus direitos mais básicos, como: quais, quando e como certos tratamentos deveriam ser realizados e até suspensos, caso não os considere dignos e/ou benéficos[13,14].

A tomada de decisão em cuidados paliativos deve ser compartilhada, isto é, as decisões necessitam ser construídas com base no diálogo entre profissionais de saúde, pacientes e familiares[15]. Ela preconiza um olhar integrado de toda a equipe de saúde envolvida, possibilitando ao paciente vivenciar a sua finitude de forma mais humana, centrada naquilo que lhe é valorado, bem como a discutir e refletir sobre esse processo, ajudando-o a compreendê-lo[4].

Schramm[16, p. 56] apresenta a bioética do fim de vida como "ferramenta para evitar o sofrimento desnecessário de um paciente que tem o direito de decidir sobre a qualidade de sua morte da mesma maneira que decide sobre aquela de sua vida".

A bioética constrói-se como um campo do saber que envolve diferentes disciplinas, sendo utilizada na mediação e na tomada de decisão referentes aos conflitos morais que surgem em decorrência dos avanços biotécnico-científicos experienciados no último século, não somente direcionadas ao saber biomédico, mas à vida de todos os seres vivos — humanos e não humanos —e dom eioa mbiente[13,17,18].

Em relação aos cuidados paliativos, a bioética é uma ferramenta essencial nas discussões que envolvem as questões de terminalidade e do respeito às decisões do paciente no processo de morte e morrer, auxiliando os profissionais de saúde, os pacientes e seus familiares a lidarem com os conflitos éticos envolvidos no processo de finitude[13,19].

COMUNICAÇÃO: A CHAVE DO SUCESSO

A comunicação é essencial para as relações humanas. Por meio dela, os seres humanos são capazes de receber e transmitir informações, formar opiniões e construir ideias, porém, para que isso seja possível, é necessário que a mensagem seja emitida e recebida com sucesso pelos envolvidos. A principal forma de comunicação é a linguagem falada[20], mas também é possível transmitir e receber mensagens por meio das palavras não ditas, e da comunicação não verbal[21], que pode ocorrer pelo tom de voz, pela postura corporal, pelo olhar, pela expressão facial, pelos movimentos, entre outros (Capítulo 14).

A abordagem de cada profissional de saúde ao paciente assistido é repleta de comunicação, e ela não deve ser meramente intuitiva. Os diversos protocolos de comunicação de notícias difíceis[21] podem ser considerados instrumentos para uma comunicação eficaz, respeitosa, cautelosa e empática com o paciente e seus familiares. Desses encontros, emergem informações importantes a serem abordadas e discutidas com os demais profissionais diretamente responsáveis pelo cuidado ao paciente, e, nesse momento, é igualmente indispensável uma comunicação eficiente para que informações cruciais não sejam perdidas.

O campo dos saberes e práticas clínicas é fundamental para a organização da produção de saúde, visto que só se torna possível resolver a complexidade dos problemas de saúde enfrentados contando também com a multiplicidade de saberes e fazeres[22]. O verdadeiro trabalho de equipe implica um trabalho

em conjunto, de múltipla assessoria, principalmente quando a comunicação a ser estabelecida é para tratar de assuntos difíceis, como um diagnóstico com prognóstico delicado[23].

Muito frequente em diversos ambientes hospitalares, existem os *rounds* clínicos, que são reuniões periódicas entre os profissionais de saúde responsáveis pelos cuidados diretos aos pacientes assistidos. Esses encontros são importantes momentos de troca entre a equipe para discussão de cada caso clínico. Idealmente, é preciso contar com cada membro da equipe de saúde envolvido diretamente no cuidado ao paciente. Deve ser realizado em sala privativa, assegurando que as informações não sejam compartilhadas com outros membros da equipe não envolvidos no cuidado e que não sejam, por descuido, escutadas por quem estiver fora da sala. Cabe aos profissionais de saúde o cuidado e a ética em não abordar informações sigilosas dos pacientes assistidos em corredores, cafeterias, elevadores, refeitórios, entre outros ambientes onde as informações não estejam seguras. Nos *rounds*, cada caso é abordado individualmente e cada membro da equipe anota e divide informações pertinentes encontradas no prontuário, na anamnese, nos exames laboratoriais e de imagem recentes, nos atendimentos e nos exames físicos do paciente. É importante que todos tenham lugar de fala e que sejam ouvidos.

Outro momento em que a comunicação eficaz entre a equipe se faz crucial é durante a passagem de plantão, momento em que o profissional do turno que está se findando reporta os casos que estiveram sob seus cuidados para os membros da equipe que assumirão o cuidado no plantão que se inicia, visando à continuidade no processo. É indispensável que todas as informações sejam passadas com clareza e fidedignidade e que seja disponibilizado tempo suficiente para retirar possíveis dúvidas entre as equipes.

A boa comunicação entre os membros da equipe de saúde facilita, além do cuidado ao paciente, todo o processo de trabalho, trazendo mais satisfação profissional e fortalecendo as relações interpessoais. Pelo diálogo eficiente, é possível minimizar os erros, expor ideias, propor mudanças, ter um *feedback* dinâmico, além de favorecer a compreensão do outro em suas limitações, seus objetivos e suas fragilidades.

A incompreensão está presente nas relações humanas, atuando também no trabalho e na vida profissional. Ela é cotidiana, planetária, onipresente. Por meio dela, criam-se mal-entendidos, desencadeiam-se os desprezos e os ódios e suscitam-se as violências[24]. Logo, o desenvolvimento da comunicação é elemento fundamental para o sucesso nas relações do trabalho. Além de ser capaz de transmitir uma mensagem de forma clara, coerente e eficaz, é de suma importância que o profissional de saúde seja capaz de ouvir o outro verdadeiramente, valorizando as informações trazidas e fortalecendo vínculos.

BURNOUT: UM OLHAR PARA EQUIPE DE SAÚDE

A prática dos cuidados paliativos, apesar de gratificante, é também muito desafiadora, por demandar do profissional preparo científico e emocional para enfrentar a rotina diária de cuidados, diagnósticos, prognósticos e tratamentos do paciente diagnosticado com câncer, bem como a rotina de diálogo com seus familiares e cuidadores. São testemunhas diretas de dores, perdas, desesperança e sofrimentos alheios e frequentemente não recebem preparo prévio em suas formações para elaborar situações tão delicadas e desgastantes.

São esses trabalhadores que lidam com um cotidiano de sofrimento e agravamento de doenças, além do frequente contato com a morte de outrem. São profissionais que estão envolvidos, direta e constantemente, em situações difíceis, sendo, ao mesmo tempo, destinatários e porta-vozes de más notícias[25].

As sobrecargas física e emocional da assistência nos cuidados paliativos fazem com que os profissionais da saúde, responsáveis diretos pelo cuidado e atenção a esses pacientes e familiares, estejam mais vulneráveis e susceptíveis ao desenvolvimento da síndrome de *burnout*.

O *burnout* é definido da seguinte maneira:

> [...]o esgotamento resultante do estresse crônico no local de trabalho que não foi gerenciado com sucesso. É caracterizada por três dimensões: sentimentos de exaustão ou exaustão de energia; aumento da distância mental do trabalho, ou sentimentos de negativismo ou cinismo relacionados ao trabalho e eficácia profissional reduzida. O esgotamento refere-se especificamente a fenômenos no contexto ocupacional e não deve ser aplicado para descrever experiências em outras áreas da vida[26, p. 112].

Profissionais da saúde, muitas vezes intensamente empenhados no cuidado com seus pacientes, não têm disponibilidade interna para olhar para si mesmos ou para seus companheiros de trabalho e ver quando estão precisando de cuidados, em função do estresse a que são submetidos na lida diária com seus pacientes[27]. A dificuldade de trocar experiências ou simplesmente relatar as dores vividas no trabalho com amigos ou parentes tende a agravar a sensação de isolamento e frustração[25].

O *burnout* está diretamente ligado à qualidade do serviço, visto que gera desgosto laboral, absenteísmo, diminuição da concentração e do rendimento, afetando, além do próprio indivíduo, também o paciente assistido e as relações de trabalho. A equipe interdisciplinar de saúde pode encontrar, em seus pares,

suporte nesse momento delicado. Embora cada um enfrente os estressores físicos e emocionais de forma diferente, as vivências comuns e o entendimento acerca da dificuldade dessas experiências podem aproximar os indivíduos pertencentes ao mesmo grupo de trabalho, ajudando a prevenir a síndrome de *burnout* ou mesmo facilitando a detecção precoce dos primeiros indícios do estresse ocupacional. É preciso que, dessas relações de trabalho, emerjam encontros nos quais se criem afetos que sejam capazes de aumentar e estimular positivamente a potência de agir do indivíduo[28]. É desejável que se incentive o olhar empático para o outro e para si, além de apoio e escuta verdadeiros em prol do bem-estar individual e também do coletivo.

Cauley, Green e Gardiner[29] apontam, em seu estudo acerca da síndrome de *burnout*, que uma equipe comunicativa e estável teve papel importante no auxílio dos profissionais a cuidar de seus pacientes com mais eficácia. Afirmam também que tratar o esgotamento e melhorar o bem-estar da equipe em estudo exigirá uma abordagem multifacetada que abrange componentes sistêmicos tanto de equipe quanto individuais.

A atenção aos profissionais que trabalham em áreas críticas ou de maior sofrimento deve ser priorizada por meio de políticas institucionais e estratégias de intervenção, instituídas a fim de prevenir ou controlar as consequências do *burnout*. É pertinente que o cuidado e a atenção a esses profissionais seja uma prioridade, pois os prejuízos físico e psicológico podem acarretar ônus pessoal, institucional e, especialmente, assistencial[30].

Cabe também aos gestores, chefes de setores e chefes de equipes a atenção na busca por um espaço de trabalho o menos estressante possível e adequado para a realização do ofício, além da divisão de atividades de acordo com a competência e habilidade do profissional; a redução das sobrecargas físicas e emocionais de trabalho; o estímulo a trocas de experiência entre pares; a sensibilidade para identificar precocemente os primeiros sinais da estafa do trabalho; e a intervenção oportuna, encaminhando prontamente para um profissional especializado, a fim de buscar uma melhor avaliação.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os pacientes sob cuidados paliativos enfrentam questões de ordens físicas, psicossociais e espirituais, por isso a equipe que assiste esses pacientes deve compreender que eles necessitam de um cuidado integral, alinhado à sua biografia, de forma a contextualizá-los na sociedade. Dessa forma, a equipe interdisciplinar torna-se capaz de atuar efetivamente no intuito de minimizar o sofrimento do paciente, ao contribuir para o controle de sintomas, a melhora da qualidade de vida e a garantia da dignidade e do conforto[4].

A equipe de saúde conta com a união de diversos saberes e experiências que, somados, tendem a trazer inúmeros benefícios ao cuidado holístico oferecido ao paciente e aos seus familiares. Além disso, a criação de vínculos, o tipo de abordagem pertinente a cada categoria e a observação criteriosa de cada profissional em suas visitas de rotina podem trazer informações distintas que sejam de suma importância dividir com a equipe em prol do cuidado em saúde do paciente. O trabalho colaborativo e a comunicação entre os membros da equipe de saúde não são escolhas pessoais e sim uma necessidade na busca de qualidade, eficácia e segurança no serviço prestado.

REFERÊNCIAS

1. PEREIRA, E. A. L.; REYS, K. Z. Conceitos e princípios. *In*: CASTILHO, R. K.; SILVA, V. C. S. da; PINTO, C. da S. (ed.). **Manual de cuidados paliativos**. 3. ed. São Paulo: Academia Nacional de Cuidados Paliativos: Atheneu, 2021. p. 3-5.
2. DOURADO, F. C. S.; CEDOTTI, W. Equipe multidisciplinar, interdisciplinar e transdisciplinar. *In*: CASTILHO, R. K.; SILVA, V. C. S. da; PINTO, C. da S. (ed.). **Manual de cuidados paliativos**. 3. ed. São Paulo: Academia Nacional de Cuidados Paliativos: Atheneu, 2021. p. 213-216.
3. HERMES, H. R.; LAMARCA, I. C. A. Cuidados paliativos: uma abordagem a partir das categorias profissionais de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 9, p. 2577-2588, set. 2013. DOI 10.1590/S1413-81232013000900012.
4. CARDOSO, D. H. *et al*. Cuidados paliativos na assistência hospitalar: a vivência de uma equipe multiprofissional. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 22, n. 4, p. 1134-1141, dez. 2013. DOI 10.1590/S0104-07072013000400032.
5. PEREIRA, T. S. da. Os desafios e possibilidades para a atuação interdisciplinar em cuidados paliativos oncológicos em um hospital universitário. *In*: JORNADA INTERNACIONAL POLÍTICAS PÚBLICAS, 8., 2017, São Luís. **Anais** [...]. São Luís, MA: Universidade Federal do Maranhão, ago. 2017. Disponível em: https://encurtador.com.br/o3Cp0. Acesso em: 29 maio 2023.
6. MOLIN, A. *et al*. Cuidados paliativos na assistência hospitalar: a percepção da equipe multidisciplinar. **Brazilian Journal of Health Review**, Curitiba, v. 4, n. 1, p. 1962-1976, jan./fev. 2021. DOI 10.34119/bjhrv4n1-159.
7. BAÈRE, T. D. de; FAUSTINO, A. M.; MIRANDA, A. F. A importância da prática interdisciplinar da equipe de saúde nos cuidados paliativos.

Revista Portal de Divulgação, São Paulo, ano 7, n. 53, p. 5-19, jul./set. 2017.

8. COSTA, R. P. Interdisciplinaridade e equipes de saúde: concepções. **Mental**, Barbacena, v. 5, n. 8, p. 107-124, jun. 2007.

9. FERIOTTI, M. de L. Equipe multiprofissional, transdisciplinaridade e saúde: desafios do nosso tempo. **Vínculo**, São Paulo, v. 6, n. 2, p. 113-219, 2009.

10. OLIVEIRA, E. R. A. de *et al*. Interdisciplinaridade, trabalho em equipe e multiprofissionalismo: concepções dos acadêmicos de enfermagem. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde**, Espírito Santo, v. 13, n. 4, p. 28-34, 2011.

11. NICOLESCU, B. **O manifesto da transdisciplinaridade**. Tradução Lucia Pereira de Souza. 3. ed. São Paulo: Triom, 2005. p. 52-53.

12. SILVA, G. A. R. O processo de tomada de decisão na prática clínica: a medicina como estado da arte. **Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica**, São Paulo, v. 11, n. 1, p. 75-79, jan./mar. 2013.

13. SANTOS, C. G. dos; SCHRAMM, F. R. Bioética em cuidados paliativos: uma questão de direitos humanos e cidadania. *In*: MENDES, E. C.; VASCONCELLOS, L. C. F. (org.). **Cuidados paliativos**: uma questão de direitos humanos, saúde e cidadania. Curitiba: Appris, 2020. p. 161-178.

14. REGO, S.; PALÁCIOS, M.; SIQUEIRA-BATISTA, R. Bioética e a tomada de decisões: entre a clínica e a saúde pública. *In*: REGO, S.; PALÁCIOS, M.; SIQUEIRA-BATISTA, R. **Bioética para profissionais de saúde**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2009. p. 63-93.

15. VIDAL, E. I. O. *et al*. Posicionamento da ANCP e SBGG sobre tomada de decisão compartilhada em cuidados paliativos. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 9, p. 1-10, set. 2022. DOI 10.1590/0102-311XPT130022.

16. SCHRAMM, F. R. Aspectos filosóficos e bioéticos da não-ressuscitação em medicina paliativa. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 53, n. 2, p. 241-244, abr./jun. 2007.

17. GUIMARÃES, M. N. M. de Q. **Idosos com doenças oncológicas e bioética de proteção**: uma oportunidade para a integração dos cuidados paliativos em cuidados intensivos. 2018. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação de Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2018. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/31152. Acesso em: 8 jan. 2023.

18. MOTTA, L. C. S. de; VIDAL, S. V.; SIQUEIRA-BATISTA, R. Bioética: afinal, o que é isso? **Revista Brasileira de Clínica Médica**, São Paulo, v. 10, n. 5, p. 431-439, set./out. 2012.

19. PAIVA, F. C. L.; ALMEIDA JÚNIOR, J. J.; DAMÁSIO, A. C. Ética em cuidados paliativos: concepções sobre o fim da vida. **Revista Bioética**, Brasília, DF, v. 22, n. 3, p. 550-560, 2014. DOI 10.1590/1983-80422014223038.

20. BERTACHINI, L.; GONÇALVES, M. J. Comunicação como fator de humanização na terceira idade. *In*: PESSINI, L.; BERTACHINI, L. (org.). **Humanização e cuidados paliativos**. 6. ed. São Paulo: Edições Loyola, 2014. p. 113-123.

21. KRIEGER, M. V. **Comunicação de más notícias em saúde**: contribuições à discussão bioética através de uma nova ética das virtudes. 2017. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós Graduação de Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2017. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/24087. Acesso em: 8 jan. 2023.

22. MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. Por uma composição técnica do trabalho centrada nas tecnologias leves e no campo relacional. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, ano 27, v. 27, n. 65, set./dez. 2003.

23. KOVÁCS, M. J. Comunicação nos programas de cuidados paliativos: uma abordagem multidisciplinar. *In*: PESSINI, L.; BERTACHINI, L. (org.). **Humanização e cuidados paliativos**. 6. ed. São Paulo: Edições Loyola, 2014. p. 275-289.

24. MORIN, E. **Ensinar a viver**: manifesto para mudar a educação. Tradução Edgard de Assis Carvalho e Mariza Perrassi Bosco. Porto Alegre: Sulina, 2015.

25. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil); SOCIEDADE BENEFICIENTE ISRAELITA BRASILEIRA ALBERT EINSTEIN. Atenção ao vínculo e saúde do trabalhador: um bom encontro. *In*: INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil); SOCIEDADE BENEFICIENTE ISRAELITA BRASILEIRA ALBERT EINSTEIN. **Comunicação de notícias difíceis**: compartilhando desafios na atenção à saúde. Rio de Janeiro: INCA, 2010. p. 37-45. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/comunicacao_noticias_dificeis.pdf. Acesso em: 8 jan. 2024.

26. WORLD HEALTH ORGANIZATION. News. **Burn-out an "occupational phenomenon"**: international classification of diseases. Geneva: WHO, May 2019. Disponível em: https://www.who.int/news/item/28-05-2019-burn-out-an-occupational-phenomenon-international-classification-of-diseases. Acesso em: 8 jan. 2024.

27. CARVALHO, V. A. Cuidados com o cuidador. *In*: PESSINI, L.; BERTACHINI, L. (org.). **Humanização e cuidados paliativos**. 6. ed. São Paulo: Edições Loyola, 2014. p. 305-319.

28. SPINOZA, B. de. **Ética**. Tradução e notas Tomaz Tadeu. 3. ed. 4. reimp. Belo Horizonte: Autêntica, 2021.

29. CAULEY, A. W.; GREEN, A. R.; GARDINER, P. M. Lessons learned from clinicians in a Federally Qualified Health Center: steps toward eliminating Burnout. **Journal of Integrative Complementary Medicine**, New Rochelle, NY, v. 29, n. 3, p. 196-203, Mar. 2023. DOI 10.1089/jicm.2021.0401.

30. SAURA, A. P. N. S. *et al*. Fatores associados ao burnout em equipe multidisciplinar de um hospital oncológico. **Revista da Escola de Enfermagem**, USP, São Paulo, v. 56, n. esp., 2022. DOI 10.1590/1980-220X-REEUSP-2021-0448pt.

CAPÍTULO 11: AS INTERFACES DA ESPIRITUALIDADE NO CUIDADO AO PACIENTE

INTRODUÇÃO

A espiritualidade é um elemento estruturante da experiência humana e, pelo seu grau de importância sobre o contexto existencial humano, foi incluída pela OMS no conceito multidimensional de saúde e como componente intrínseco da assistência paliativa[1].

Na perspectiva dos cuidados paliativos, a dimensão espiritual faz-se presente no binômio vida e morte, uma vez que o indivíduo acometido por uma doença grave, assim como sua família, apropria-se da espiritualidade como recurso para suportar as adversidades acarretadas pela doença[2]. Com base nesse contexto, é possível pensar no auxílio da espiritualidade na busca por respostas sobre o sentido da vida, o enfrentamento do vazio existencial relacionado à brevidade da vida, o comprometimento da imagem corporal, a desestruturação social e familiar, o impacto econômico, além de outras questões que correspondem às fragilidades ocasionadas pelo processo de adoecimento e pela finitude.

Estudos mostram que as questões relacionadas à espiritualidade influenciam diretamente na forma como o paciente e sua família vivenciarão a experiência da doença[3,4]. Por isso identificar as necessidades espirituais do paciente e seus familiares e entes queridos torna-se necessário no ambiente hospitalar, não só para a promoção de um cuidado integral, com vistas a preservar a dignidade e a integridade do ser, mas também para a o auxílio à manutenção das conexões com tudo o que faz sentido e tem valor sobre suas vidas.

Contudo, no campo da saúde pública e no contexto brasileiro, há carência de informações pelos profissionais de saúde para integrarem a dimensão espiritual no cuidado prestado, uma vez que essa dimensão é ainda confundida com religiosidade, assim como o cuidado espiritual é confundido com o cuidado religioso. Com isso, o objetivo deste capítulo é explicitar a importância da espiritualidade no cuidado ao paciente no contexto dos cuidados paliativos.

DESMISTIFICANDO OS CONCEITOS DE ESPIRITUALIDADE, RELIGIÃO E CUIDADO ESPIRITUAL

Espiritualidade

O conceito de espiritualidade precisa ser diferenciado de religião para que o profissional de saúde seja instigado a se posicionar sobre essa questão no ambiente de trabalho, assim como estar preparado para desenvolver um olhar holístico e ser incentivado a tomar novas condutas perante sua prática.

A espiritualidade, apesar de não ter uma definição específica, é universalmente designada como um eixo que faz com que a pessoa busque uma conexão na relação com ela mesma, a sua própria vida, o outro, a natureza, o transcendente ou o eu superior, que pode ser entendido como Deus, podendo estar ligado à religião ou não. Trata-se de um conceito palpável, conhecido na experiência humana[5].

A dimensão espiritual como parte da natureza humana é compreendida como elemento da vivência e da experiência de cada indivíduo[6]. Essa dimensão se manifesta intrínseca e inerente em cada um e pode aparecer de várias formas, como propósito de vida, fé, autoconhecimento, conexão com uma força ou algo superior (como universo, Deus, nirvana), força, autoconhecimento, guia de conduta, entre outras maneiras.

Estudos apontam que essa dimensão está relacionada ao encontro do sentido e das respostas para questões fundamentais da vida e é capaz de promover benefícios à saúde ao sustentar o bem-estar, a paz de espírito, a harmonia, o conforto, o alívio e a esperança diante de uma situação que exprime sofrimento e angústia[6-8].

Religião

A religião manifesta-se como um sistema representacional organizado de crenças, símbolos, dogmas, rituais e práticas que buscam facilitar o acesso ao sagrado e constituem a identidade pessoal e social dos indivíduos[9]. Portanto, é definida enquanto um sistema de credos, códigos, cultos e comunidades.

Os credos são crenças declaradas, os códigos dizem respeito à conduta e o culto é expresso por meio do ritual pelo qual as pessoas de uma comunidade se localizam no mundo com referência a poderes, significados e valores ordinários e extraordinários[10].

Cuidado espiritual

Outra definição importante é a de cuidado espiritual. Esse se vincula a uma assistência fundamentada em promover para o indivíduo a máxima conexão com sua mente, seu corpo e seu espírito[11]. É uma ação que vislumbra atender às necessidades do espírito humano, especialmente quando confrontado com traumas, problemas de saúde ou adversidades que causam dor, sofrimento e tristeza.

O cuidado espiritual engloba aspectos tanto religiosos quanto espirituais e existenciais do indivíduo. Portanto, mostra-se significativo na área dos cuidados paliativos, uma vez que está voltado para o alcance do conforto, do bem-estar, da integridade, da saúde, da conexão do paciente consigo mesmo, os outros e a força superior, e do encontro de sentido e propósito sobre sua vida em relação à finitude que se aproxima[12].

Dessa maneira, é fundamental que os profissionais de saúde valorizem e reconheçam as necessidades espirituais do paciente para garantir um modelo de cuidado humanizado e holístico que contemple o bem-estar das múltiplas dimensões do ser humano, considerando-o enquanto ser biopsicossocial e espiritual[13].

NECESSIDADES ESPIRITUAIS DOS PACIENTES, SEUS FAMILIARES E SEUS ENTES QUERIDOS

Antes de abordar as necessidades espirituais do paciente, é necessário ter a compreensão de que a espiritualidade possui caráter dinâmico e subjetivo, é intrínseca ao ser humano e aborda o que é a essência da vida de cada um. Inclusive, é ela que motiva o indivíduo a ir ao encontro do significado ou propósito na vida quando está vivenciando um sofrimento por uma doença grave[14].

É importante compreender que as necessidades espirituais estão intimamente relacionadas a diferentes crenças, valores, cultura, convívio social, meio afetivo, entre outros, e que, quando atendidas, promovem ao indivíduo inferências positivas ao equilíbrio mental, mudanças de comportamento negativo em relação à doença e aceitação do cuidado prestado pelos profissionais de saúde sobre essa dimensão[15].

No âmbito dos cuidados paliativos, as necessidades espirituais são variáveis que motivam o paciente e sua família a encontrarem sentido na vida diante do processo de morte, o maior paradigma a ser enfrentado por quem vivencia o câncer e a finitude da vida[13]. Essas necessidades tendem a

se modificar durante todo o processo da doença e, quando identificadas, influenciam diretamente na qualidade de vida e no equilíbrio humano[16].

Com base na literatura, é possível afirmar que a espiritualidade é fonte de sentido para a experiência da doença, porém deve ser considerada individualmente apesar de ser universal, uma vez que cada indivíduo processa a doença de maneiras diferentes e em diferentes níveis[17]. Algumas necessidades espirituais do paciente e de seus familiares e entes queridos são[18-23]:

- Ter ou rever fé e crenças — a fé em Deus, no absoluto, no poder superior, no universo, além do sistema de crenças, faz com que pacientes, seus familiares e seus entes queridos vinculem a responsabilidade sobre sua saúde e doença ao sagrado a quem eles servem. Esse posicionamento gera sensação de acolhimento, capacidade de resiliência, segurança e otimismo em relação aos contratempos da vida
- Práticas religiosas ou espirituais e comunidade religiosa — as práticas religiosas ou espirituais funcionam como mecanismo de enfrentamento e trazem forte influência na elevação do bem-estar e na diminuição dos sintomas de ansiedade e depressão. Tais práticas podem se dar em forma de preces, orações, meditações, rituais, leitura de textos religiosos, musicoterapia, entre outros. O suporte de uma comunidade religiosa fortalece o sentimento de pertencimento a um grupo, a paz e a confiança de que poderá ser acompanhado até o fim de seus dias.
- Relacionamento compassivo — presença compassiva estimula a manutenção da dignidade, o vínculo de confiança, a comunicação alegre e não só focada na doença, sendo aquela que consola e conforta. Exemplos são a oferta de carinho, admiração, retribuição, afeto, humor, otimismo e proteção.
- Escuta ativa — a escuta ativa por meio das comunicações verbal e não verbal traz a reconfortante sensação de que a singularidade, a particularidade e as dificuldades estão sendo consideradas, ouvidas, compreendidas e solucionadas na medida do possível. Nesse sentido, a escuta ativa corrobora com a manutenção da dignidade do paciente, da família e dos entes queridos, uma vez que seus valores e desejos são considerados.
- Respeito — o respeito sobre a doença e a história de vida de cada indivíduo oferece condições para escolhas e tomada de decisões sobre suas vidas, construção de sentido sobre o momento vivenciado, conexão consigo mesmo, com outros e com aquilo que eles consideram importante ao momento.
- Esperança — emoção mantida pela fé e que inclui uma resposta comportamental e psicológica de controle, reforço positivo, avaliação

realista e mobilização de energia para superação diante de uma situação grave. Contribui para determinação de metas e objetivos, orientação para o futuro, força interior, melhora da relação social, capacidade de transcendência, confiança, revisão e atribuição de sentido à vida.

- Perdão — permite que o indivíduo se liberte do peso de ressentimentos, exima-se de qualquer culpa do passado, mantenha a consciência e abra caminho para a ressignificação dos traumas vivenciados.
- Silêncio — permite ao indivíduo momento de equilíbrio, discernimento e processamento de informações. O silêncio corrobora para cessar o barulho interior, a agitação, o nervosismo e a distração de questões não essenciais sobre a vida.
- Compartilhamento de experiências — um grupo social de apoio com pessoas que vivenciam a mesma experiência corrobora para o senso de otimismo, favorece a adaptação à situação de câncer, fornece apoio, viabiliza relações interpessoais, permite a expressão de sentimentos, necessidades, expectativas e angústias. Portanto, é uma valiosa fonte de informação, esperança, apoio, aconselhamento e troca.
- Perspectivas positivas, gratidão e humor — ter pensamentos positivos e alegres, ver o outro sorrir, dar risada e viver um dia de cada vez atenuam a tensão e a insegurança e servem como mecanismo de *coping* para quem lida com pressões opressivas.
- Necessidades em dar e receber amor — atitudes e sentimento de amor fazem com que o paciente, a família e os entes queridos não se sintam sozinhos e desamparados pelo acometimento da doença. Pelo amor, o ser é compreendido e respeitado em sua essência. A entrega ao amor traz conforto para paciente, família e entes queridos, sendo o combustível para que sigam em frente com redução da insegurança e do medo, com sentimentos de bem-estar, além de amenização dos sintomas de ansiedade e depressão. Essa necessidade pode estar relacionada também a tentar ajudar o outro, retribuir gentileza etc.
- Criar um significado e encontrar um propósito — para sobreviver às frustrações e dilemas da vida, o indivíduo vai em busca de um sentido existencial. “Por que eu?”, “para que isso?”, “qual motivo?” e “qual a razão?” são algumas das muitas perguntas envolvidas na elaboração da situação vivenciada. Nesse sentido, a vida é pensada e repensada, as crenças são desafiadas e fortalecidas, a vida é ressignificada, e os valores vivenciais são estabelecidos, contribuindo para o reordenamento da vida.
- Compaixão e toque afetivo — compaixão é considerar o sofrimento alheio e agir para aliviá-lo. É um ato de humanidade em relação ao outro e requer sensibilidade e atitude. Outra questão é a expressão

de sentimentos por meio do toque afetivo que também transmite a mensagem da solidariedade compassiva daquele que acompanha, sendo exemplos o abraço, o beijo na bochecha, a carícia nos cabelos, o aperto de mão firme, o toque nas mãos, nos braços e nos ombros, o cumprimento com contato físico

- Necessidades associadas a um "relatório final" — resolução de assuntos pendentes que podem ser de ordem familiar, como herança, questões financeiras, resolução de conflitos, revisão de vida, ou de mudanças de valores pessoais e materiais. É um acerto de contas consigo mesmo e com o próximo que traz paz e alívio interior

O exposto acima evidencia algumas das muitas necessidades espirituais que podem ser processadas pelo paciente, seus familiares, seus entes queridos e que envolvem mais do que crenças e práticas religiosas e espirituais. Incluem tudo que está ligado à busca por sentido e propósito, paz interior, bem-estar, fé, esperança, confiança, tranquilidade, entre outros[24,25].

Após refletir sobre algumas necessidades espirituais que o paciente e seus familiares e entes queridos podem experimentar, torna-se essencial que essas demandas sejam atendidas pelos profissionais de saúde para a preservação da integridade humana em todas as suas dimensões. Nesse sentido, o cuidado espiritual deve ser oferecido por todos os membros da equipe de saúde na perspectiva de um cuidado humanizado e de qualidade da assistência.

A EQUIPE MULTIPROFISSIONAL NO CUIDADO ESPIRITUAL AO PACIENTE E A SEUS FAMILIARES

A primeira dúvida que surge quando se fala em atendimento às necessidades espirituais de paciente e familiares ou entes queridos é: a quem cabe a oferta do cuidado espiritual?

É consenso na literatura internacional que o cuidado espiritual, sendo expressão do atendimento das necessidades espirituais de pacientes, familiares e entes queridos, é essencialmente interdisciplinar[25-28]. No Brasil, a assistência espiritual também é ofertada pela equipe multiprofissional, apesar de os profissionais de saúde não recebem formação acadêmica condizente para uma avaliação diagnóstica da dimensão espiritual à exceção do capelão, que é um especialista sobre o assunto, porém ainda pouco disponível nos serviços de saúde[24,26-29].

Sendo assim, estudos evidenciam que qualquer membro da equipe de saúde pode reservar um tempo e realizar intervenções existenciais e espirituais com o paciente a partir de simples atitudes, como ser empático e compassivo,

estar disponível para uma escuta ativa, ofertar gestos de carinho, atenção, solicitude, simpatia, paciência, respeito, consideração, apoio, bom humor, entre outros.

Portanto, o cuidado espiritual pode ser prestado por todos os membros da equipe mediante a identificação de alguma necessidade, bem como pelo compartilhamento dessa necessidade pelo próprio paciente ou familiar a esses profissionais, com vistas a integrar essa dimensão no cuidado.

Isso deixa claro que o cuidado espiritual está integrado a toda ação que vislumbre a promoção de relação de ajuda mediante a uma situação que exprime sofrimento e angústia, e tem como objetivo proporcionar benefícios à saúde ao sustentar bem-estar, paz de espírito, harmonia, conforto, alívio, esperança, educação, autorreflexão e impacto positivo em relação às decisões sobre a saúde

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A dimensão espiritual é universal e se mostra essencialmente humana. Enquanto caráter universal, demonstra que todo e qualquer ser humano é provido de espiritualidade, a qual se manifesta das mais diversas maneiras segundo a autenticidade de cada ser. Em cuidados paliativos, a espiritualidade pode ser vista como um tipo de resiliência, pois auxilia paciente, familiares e entes queridos a enfrentarem adversidades existenciais e espirituais relacionadas à doença vivenciada.

Fica claro que é necessária a identificação das necessidades espirituais do paciente, da família e dos entes queridos para que seja ofertado um cuidado espiritual pela equipe multiprofissional com qualidade, de maneira integral e humanizada. Em uma perspectiva realista, este capítulo sugere que haja formação e treinamento condizente sobre essa dimensão para que os profissionais saibam conhecer os recursos disponíveis para atender, de maneira profícua, o paciente, sua família e seus entes queridos que seguem nessa modalidade de cuidado.

REFERÊNCIAS

1. WORLDWIDE HOSPICE PALLIATIVE CARE ALLIANCE. **Global atlas of palliative care at the end of life**. London: WPCA: WHO, Jan. 2014. Disponível em: https://www.iccp-portal.org/system/files/resources/Global_Atlas_of_Palliative_Care.pdf. Acesso em: 5 jan. 2024.

2. ROCHA, R. C. N. P. *et al*. O sentido da vida dos enfermeiros no trabalho em cuidados paliativos: revisão integrativa de literatura. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 22, p. 56169, 2020. DOI 10.5216/ree.v22.56169.

3. FERREIRA, L. F. *et al*. A Influência da espiritualidade e da religiosidade na aceitação da doença e no tratamento de pacientes oncológicos: revisão integrativa da literatura. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 66, n. 2, e–07422, 2020. DOI 10.32635/2176-9745. RBC.2020v66n2.422.

4. SILVA J. O., ARAÚJO V. M. C., CARDOSO B. G. M. *et al*. Dimensão espiritual no controle da dor e sofrimento do paciente com câncer avançado. Relato de caso. **Revista Dor**, São Paulo, v. 16, n. 1, p. 71-74, 2015. DOI 10.5935/1806- 0013.20150014.

5. KOENING, H. G. **Medicina, religião e saúde**: o encontro da ciência e espiritualidade. Porto Alegre: L&PM, 2012.

6. ROZE, A. *et al*. Spiritual distress within inpatient settings - a scoping review of patient and family experiences. **Journal of Pain and Symptom Management**, New York, v. 56, n. 1, p. 122-145, July 2018. DOI 10.1016/j.jpainsymman.2018.03.009.

7. WALDOW, V. R. Enfermagem: a prática do cuidado sob o ponto de vista filosófico. **Investigación en Enfermería**: imagen y desarrollo, Bogotá, v. 17, n. 1, p. 13-25, 2015. DOI 10.1590/S0103-21002011000300017.

8. AHSBERJ, E.; CARLSSON, M. Practical care work and existential issues in palliative care: experiences of nursing assistants. **International Journal of Older People Nursing**, Oxford, v. 9, n. 4, p. 298-305, Dec. 2014. DOI 10.1111/opn.12035.

9. ARAUJO, L. S. *et al*. Religiosidade, espiritualidade e a vivência do câncer: um estudo fenomenológico. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, São Carlos, v. 30, e3203, 2022. DOI 10.1590/2526-8910.ctoAO244832031.

10. BRADFORD, K. L. The Nature of religious and spiritual needs in palliative care patients, carers, and families and how they can be addressed from a specialist spiritual care perspective. **Religions**, [*s. l.*], v. 14, n. 1, 125, 2023. DOI 10.3390/rel14010125.

11. BATSTONE, E. Spiritual care provision to end-of-life patients: a systematic literature review. **Journal of Clinical Nursing**, Oxford, v. 29, n. 19-20, p. 3609-3624, July 2020. DOI 10.1111/jocn.15411.

12. MUSA, A. S. Spiritual care intervention and spiritual well-being. **Journal of Holistic Nursing**, Newbury Park, CA, v. 35, n. 1, p. 53-61. Mar. 2017. DOI 10.1177/0898010116644388.

13. ARRIEIRA, I. C. O. *et al*. Spirituality in palliative care: experiences of an interdisciplinary team. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 52, 2018. DOI 10.1590/S1980-220X2017007403312.

14. HATAMIPOUR, K. *et al*. Spiritual needs of cancer patients: a qualitative study. **Indian Journal of Palliative Care**, Mumbai, v. 21, n. 1, p. 61-67, Jan./Apr. 2015. DOI 10.4103/0973-1075.150190.

15. JESUS, G. T. *et al*. O papel da espiritualidade no contexto dos cuidados paliativos. **Research, Society and Development**, Vargem Grande Paulista, v. 12, n. 1, e19812139531, 2023. DOI 10.33448/rsd-v12i1.39531.

16. CARVALHO, G. A. *et al*. Spiritual needs of patients in terminality: experience of nurse assistances. **Journal of Nursing UFPE on line**, Recife, v. 8, n. 4, p. 808-813, Apr. 2014. DOI 10.5205/reuol.5829-50065-1-ED-1.0804201402.

17. VOLPATO, R. J. *et al*. O cuidado espiritual realizado pela enfermagem na unidade de terapia intensiva. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, Porto, n. 24, p. 51-58, 2020. DOI 10.19131/rpesm.0281.

18. NASCIMENTO, L. M. *et al*. Atenção às necessidades espirituais na prática clínica de enfermeiros. **Aquichan**, Bogotá, v. 16, n. 2, p. 179-192, Apr. 2016. DOI 10.5294/aqui.2016.16.2.6.

19. CERVELIN, A. F.; KRUSE, M. H. L. Espiritualidade e religiosidade nos cuidados paliativos: conhecer para governar. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 136-142, 2014. DOI 10.5935/1414-8145.20140020.

20. ARAÚJO, M. M. T. de *et al*. A comunicação com o paciente em cuidados paliativos: valorizando a alegria e o otimismo. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 41, n. 4, p. 668-674, 2007. DOI 10.1590/S0080-62342007000400018.

21. LAMARE, R. de; CASTRO-ARANTES, J.; LO BIANCO, A. C. A escuta do paciente em cuidados ao fim de vida: entre a ética biomédica e a ética do sujeito. **Revista da SBPH**, São Paulo, v. 22, n. esp., p. 28-43, jun. 2019.

22. LARANJEIRA, C. *et al*. "Keeping the Light On": a qualitative study on hope perceptions at the end of life in portuguese family dyads. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, Basel, v. 19, n. 3, 1561, Feb. 2022. DOI 10.3390/ijerph19031561.

23. ROCHA, R. C. N. P. *et al*. Spiritual needs experienced by the patient's family caregiver under Oncology palliative care. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 71, p. 2635-2642. 2018. Supl. 6. DOI 10.1590/0034-7167-2017-0873.

24. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil). Avaliação do capelão. *In*: INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil). **A avaliação do paciente em cuidados paliativos**. Rio de Janeiro: INCA, 2022. p. 157-168. (Cuidados paliativos na prática clínica, v. 1). Disponível em: https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//completo_serie_cuidados_paliativos_volume_1.pdf. Acesso em: 5 jan. 2024.

25. PUCHALSKI, C. M. *et al*. Improving the spiritual dimension of whole person care: reaching national and international consensus. **Journal of Palliative Medicine**, Larchmont, v. 17, n. 6, p. 642-656, June 2014. DOI 10.1089/jpm.2014.9427.

26. LEGET, C. Spirituality in palliative care. *In*: MACLEOD, R. D.; VAN DEN BLOCK, L. (ed.). **Textbook of palliative care**. Cham: Springer International Publishing, 2018. p. 1–11.

27. HEFTI, R.; ESPERANDIO, M. R. G. The Interdisciplinary spiritual care model – a holistic approach to patient care. **Horizonte**, Belo Horizonte, v. 14, n. 41, p. 13, 31 mar. 2016.

28. ESPERANDIO, M. R. G.; MACHADO, G. A. S. Brazilian physicians' beliefs and attitudes toward patients' spirituality: implications for clinical practice. **Journal of Religion and Health**, New York, v. 58, n. 4, p. 1172-1187, Aug. 2019. DOI 10.1007/s10943-018-0707-y.

29. ESPERANDIO, M.; LEGET, C. Espiritualidade nos cuidados paliativos: questão de saúde pública? **Revista Bioética**, Brasília, DF, v. 28, n. 3, p. 543-553, jul./set. 2020. DOI 10.1590/1983-80422020283419.

CAPÍTULO 12: AVALIAÇÃO DO PACIENTE EM CUIDADOS PALIATIVOS

INTRODUÇÃO

Em cuidados paliativos, a adequada avaliação para manejo dos sintomas está relacionada à melhora da qualidade de vida e à maior adesão ao tratamento, influenciando positivamente a sobrevida de pacientes e auxiliando familiares a lidarem com situações geradoras de sofrimento[1].

O câncer, assim como toda doença crônica e progressiva, por si só, apresenta muitos sintomas característicos da evolução da doença ou relacionados ao tratamento. Soma-se a isso o envelhecimento da população, que tem determinado um perfil epidemiológico também caracterizado por múltiplos sintomas. Esse cenário reforça a importância de aprimoramento e desenvolvimento de ferramentas e estratégias de avaliação de pacientes que apoiem tomadas de decisão de forma compartilhada e assertiva[1,2].

Neste sentido, este capítulo tem o objetivo de descrever as principais escalas e ferramentas que podem auxiliar na avaliação do paciente em cuidados paliativos.

KARNOFSKY PERFORMANCE STATUS

O KPS é uma ferramenta desenvolvida por Karnofsky e Burchenal e adaptada para o português do Brasil por Ferreira[3] que avalia a funcionalidade do paciente, classificando-o quanto à sua capacidade de trabalhar ativamente, realizar o autocuidado e quanto à necessidade de cuidados médicos frequentes (Quadro 6). É utilizado classicamente para pacientes com câncer. Possui 11 categorias, pontuadas de 10% em 10%, na qual 100% significam funcionalidade completa e 0% significa morte[4].

Quadro 6 — *Karnofsky Performance Status*

Valor	Descrição da capacidade funcional
100%	Normal, sem queixas, sem evidência de doença
90%	Capaz de fazer atividades habituais; mínimos sinais e sintomas de doença
80%	Capaz de fazer atividades habituais com esforço; alguns sinais e sintomas de doença
70%	Capaz de cuidar de si mesmo. Incapaz de fazer atividades habituais ou trabalho ativo
60%	Necessita de assistência ocasional, mas ainda é capaz de cuidar das suas necessidades
50%	Necessita de assistência considerável e cuidado médicos frequentes
40%	Incapaz; precisa de cuidados especiais e assistência
30%	Gravemente incapacitado, cuidados institucionais, hospitalares ou equivalentes são indicados, embora morte não seja iminente
20%	Gravemente doente, cuidados institucionais, hospitalares ou equivalentes são indicados, necessidade de tratamento com suporte ativo
10%	Morrendo, processo de morte progredindo rapidamente
0%	Morto

Fonte: Ferreira[3].

EASTERN COOPERATIVE ONCOLOGY GROUP – PERFORMANCE STATUS

A *Eastern Cooperative Oncology Group – Performance Status* (Ecog-PS) (Quadro 7) é uma escala que avalia o impacto que a doença provoca nas atividades diárias do paciente. Seus escores variam de 0 a 5 pontos, em que 5 se refere à morte, e 0 ao paciente com atividade normal[4]. Assim como o KPS, o Ecog-PS é utilizado na doença oncológica.

Quadro 7 — *Eastern Cooperative Oncology Group – Performance Status*

Valor	Descrição da capacidade funcional	Equivalência KPS
0	Atividade normal	90-100%
1	Sintomas da doença, mas deambula e leva seu dia a dia normal	70-80%
2	Fora do leito mais de 50% do tempo	50-60%
3	No leito mais de 50% do tempo, carente de cuidados mais intensivos	30-40%
4	Restrito ao leito	20-10%
5	Óbito	0

Fonte: Instituto Nacional de Câncer[4]; Oken *et al.*[5].

Legenda: KPS — *Karnofsky Performance Status.*

PALLIATIVE PERFORMANCE SCALE

A *Palliative Performance Scale* (PPS) (Quadro 8) é uma derivação da KPS e, portanto, é utilizada também para avaliação do desempenho funcional e para determinar prognóstico de sobrevida para pacientes tanto com câncer quanto com outras doenças não oncológicas em cuidados paliativos[4-6]. Consiste na avaliação de cinco domínios funcionais — deambulação, nível de atividade e evidência de doença, autocuidado, ingestão oral e nível de consciência —, divididos em 11 níveis que variam entre 0 e 100%, em que 0% significa morte e 100% significa atividade normal e ausência de evidência de doença[4-7].

Quadro 8 — *Palliative Performance Scale*

PPS	Deambulação	Atividade e evidência da doença	Autocuidado	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 qualquer atividade; doença extensa	Dependência completa	Normal ou reduzida	Completa ou sonolência +/– confusão
20%	Totalmente acamado	Incapaz para qualquer atividade; doença extensa	Dependência completa	Mínima a pequenos goles	Completa ou sonolência +/– confusão
10%	Totalmente acamado	Incapaz para qualquer atividade; doença extensa	Dependência completa	Cuidados com a boca	Sonolento ou coma +/– confusão
0%	Morte	-	-	-	-

Fonte: Victoria Hospice Society[8].

Legenda: PPS — *Palliative Performance Scale.*

EDMONTON SYMPTOM ASSESMENT SYSTEM

A Esas (Quadro 9) é uma escala utilizada para avaliar a intensidade dos principais sintomas evidenciados por pacientes em cuidados paliativos: dor, fadiga, náusea, depressão, ansiedade, sonolência, perda de apetite, sensação de bem-estar e dispneia. Foi proposta por Bruera *et al.*[9] e validada no Brasil por Paiva *et al.*[10]. Nela, o paciente pode classificar o seu sintoma numa escala que varia de 0 a 10, na qual 0 significa ausência do sintoma e 10 a maior intensidade do sintoma. Os sintomas avaliados dentro de uma pontuação de 1 a 3 podem ser considerados leves; de 4 a 7, moderados e maior que 7, intensos.

Quadro 9 — *Edmonton Symptom Assessment System*

Sem dor	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior dor possível
Sem cansaço (fraqueza)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior cansaço (fraqueza) possível
Sem náusea (enjoo)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior náusea (enjoo) possível
Sem depressão	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior depressão possível
Sem ansiedade	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior ansiedade possível
Sem sonolência	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior sonolência possível
Melhor apetite	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior apetite possível
Melhor sensação de bem-estar	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior sensação de mal-estar possível
Sem falta de ar	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior falta de ar possível
Melhor sono	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior sono possível

Fonte: Bruera *et al.*[9]; Instituto Nacional de Câncer[4]; Paiva *et al.*[10].

ESCALAS DE AVALIAÇÃO DA DOR

Existem diversos instrumentos, com diferentes representações gráficas e formas de aplicação, que contemplam distintas dimensões da dor para avaliação junto ao paciente[11,12]. Destaca-se, contudo, que as ferramentas apresentadas aqui são utilizadas para quantificar a experiência dolorosa e, portanto, consideradas unidimensionais[4].

Escala Verbal

A Escala Verbal (Quadro 10) auxilia o paciente a qualificar sua experiência dolorosa por meio das expressões que caracterizam diferentes intensidades de dor: "nenhuma dor", "dor leve", "dor moderada", "dor forte", "dor insuportável" e "pior dor possível"[4, 13,14].

Quadro 10 — Escala Verbal de avaliação de intensidade da dor

Intensidade da dor					
Nenhuma dor	Dor leve	Dor moderada	Dor forte	Dor insuportável	Pior dor possível

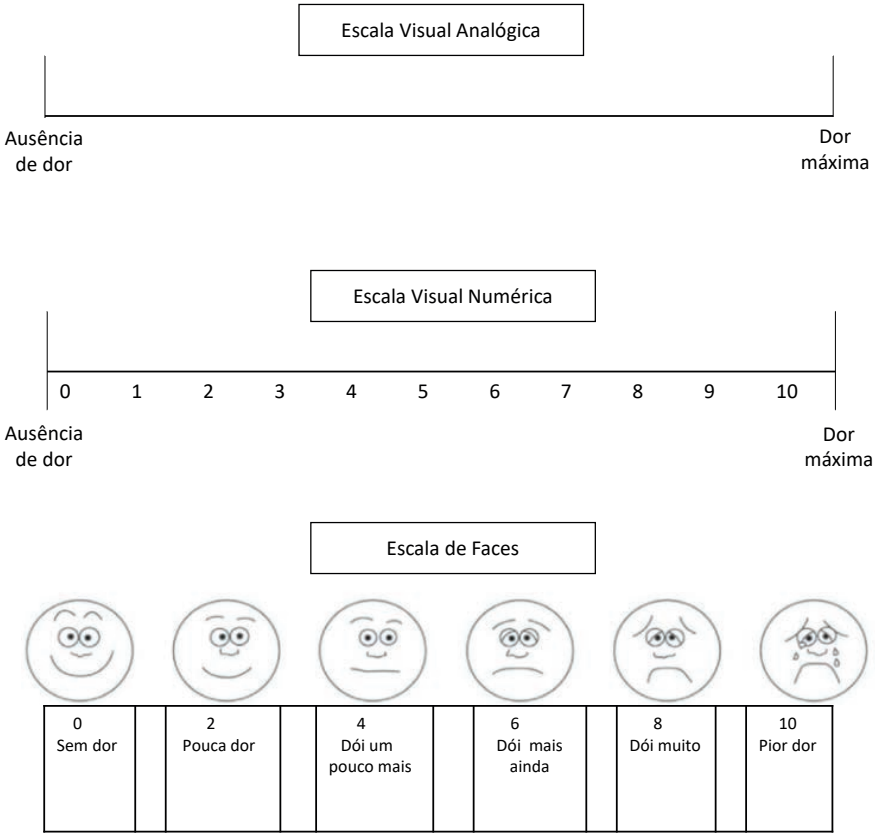
Fonte: Ferrell[14]; Herr *et al.*[13]; Instituto Nacional de Câncer[4].

Escala Visual Analógica, Escala Visual Numérica e Escala de Faces

A Escala Visual Analógica (EVA) (Figura 13) compreende uma linha reta de 10 cm que simboliza o contínuo da dor, representada, em suas extremidades, pelas expressões "ausência de dor" e "dor máxima". O profissional avaliador solicita que o paciente marque na linha o lugar que representa a intensidade da dor sentida. Em seguida, o profissional deverá medir quantos centímetros existem entre a extremidade "ausência de dor" e o ponto marcado pelo paciente. Esse intervalo definirá a intensidade da sua dor[4,13,14].

A Escala Visual Numérica (EVN) (Figura 13), por sua vez, já apresenta a marcação em centímetro na linha reta. O paciente consegue visualizar e assinalar qual o número correspondente à intensidade de sua dor[4,13,14]. Já a Escala de Faces (Figura 13) ilustra expressões faciais que representam diferentes níveis de dor.

Figura 13 — Escalas Visual Analógica, Visual Numérica e de Faces para avaliação de intensidade da dor



Fonte: adaptado de Ferrell[14]; Herr *et al.*[13]; Instituto Nacional de Câncer[4].

RICHMOND AGITATION SEDATION SCALE – PALLIATIVE VERSION

Em cuidados paliativos, diante de sintomas caracterizados como refratários, alguns pacientes têm indicação de terapia de sedação paliativa (Capítulo 29). Para avaliar o nível de sedação dos pacientes submetidos a esse procedimento, indica-se a *Richmond Agitation Sedation Scale – Palliative Version* (Rass-Pall) (Quadro 11). Essa escala atribui um valor aos níveis de consciência e resposta do paciente a diferentes estímulos[4,15,16].

Quadro 11 — *Richmond Agitation Sedation Scale – Palliative Version*

Escore	Termos	Descrição
+4	Combativo	Claramente combativo, violento, representando risco para a equipe
+3	Muito agitado	Puxa ou remove tubos ou cateteres, agressivo verbalmente
+2	Agitado	Movimentos despropositados frequentes, briga com ventilador (se estiver em ventilação mecânica)
+1	Inquieto	Apresenta movimentos, mas que não são agressivos ou vigorosos
0	Alerta e calmo	
–1	Sonolento	Adormecido, mas acorda ao ser chamado (estímulo verbal) e mantém os olhos abertos por mais de 10 segundos
–2	Sedação leve	Despertar precoce ao estímulo verbal, mantém contato visual por menos de 10 segundos
–3	Sedação moderado	Movimentação ou abertura ocular ao estímulo verbal, mas sem contato visual
–4	Sedação intensa	Sem resposta ao ser chamado pelo nome, mas apresenta movimentação ou abertura ocular ao toque (estímulo físico)
–5	Não desperta	Sem resposta aos estímulos verbal ou físico

Fonte: tradução de Nassar Junior *et al.*[16].

ESCALA DE BRISTOL PARA CONSISTÊNCIA DE FEZES

A Escala de Bristol (Quadro 12) foi desenvolvida e validada no ano de 1997, em Bristol, na Inglaterra. Desde então, a escala tem sido traduzida e validada para outras línguas, incluindo o português. Trata-se de uma ferramenta impressa, com sete diferentes representações gráficas das fezes, considerando a consistência e a forma. A escala apresenta também a descrição do formato e da consistência das fezes para facilitar a identificação por parte do paciente. Esse instrumento auxilia na classificação das fezes e orienta condutas por parte da equipe multiprofissional[4,17-19].

Quadro 12 — Escala de Bristol para determinação da consistência das fezes

	**Bristol 1**	Pequenas bolinhas duras, separadas como coquinhos (difícil para sair)
	**Bristol 2**	Formato de linguiça encaroçada, com pequenas bolinhas grudadas
	**Bristol 3**	Formato de linguiça, com pequenas rachaduras na superfície
	**Bristol 4**	Alongada com formato de salsicha ou cobra, lisa e macia
	**Bristol 5**	Pedaços macios e separados, com bordas bem definidas (fáceis de sair)
	**Bristol 6**	Massa pastosa e fofa, com bordas irregulares
	**Bristol 7**	Totalmente líquida, sem pedaços sólidos

Fonte: Martinez e Azevedo[17].

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os cuidados paliativos envolvem a prevenção, a identificação imediata, a avaliação e o tratamento da dor e de outros problemas físicos, psicossociais e espirituais. As escalas e ferramentas descritas neste capítulo ajudam a compor a anamnese e o exame físico, para uma avaliação clínica que direcione a elaboração de um plano de cuidados multidisciplinar e individualizado para pacientes em cuidados paliativos.

REFERÊNCIAS

1. HENSON, L. A. *et al*. Palliative care and the management of common distressing symptoms in advanced cancer: pain, breathlessness, nausea and vomiting, and fatigue. **Journal of Clin Oncol**, Alexandria, VA, v. 38, n. 9 p. 905-914, Feb. 2020. DOI 10.1200/JCO.19.00470.

2. MENDES, B. V. *et al*. Bem-estar espiritual, sintomas e funcionalidade de pacientes em cuidados paliativos. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 76, n. 2, p. 1-7, 2023. DOI 10.1590/0034-7167-2022-0007.

3. FERREIRA, P. C. dos S. **Adaptação transcultural do instrumento Karnofsky Performance Status para o português do Brasil**. 2024. Tese

(Doutorado em Ciências Médicas) - Pós-Graduação em Ciências Médicas, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2024.

4. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil). Principais escalas e ferramentas de avaliação em cuidados paliativos e seu uso no dia a dia. *In*: INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil). **A avaliação do paciente em cuidados paliativos**. Rio de Janeiro: INCA, 2022. p. 39-50. (Cuidados paliativos na prática clínica, v. 1). Disponível em: https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//completo_serie_cuidados_paliativos_volume_1.pdf. Acesso em: 5 jan. 2024.

5. OKEN, M. M. *et al*. Toxicity and response criteria of the Eastern cooperative oncology group. **American Journal of Clinical Oncology**, Hagerstown, MD, v. 5, n. 6, p. 649-655, Dec. 1982.

6. DZIERZANOWSKI, T.; GRADALSKI, T.; KOZLOWSKI, M. Palliative performance scale: cross cultural adaptation and psychometric validation for polish hospice setting. **BMC Palliative Care**, London, v. 19, n. 52, p. 1-6, Apr. 2020. DOI 10.1186/s12904-020-00563-8.

7. BAIK, D. *et al*. Using the paliative performance scale to estimate survival for patients at the end of life: a sistematic review of literature. **Journal of Palliative Medicine**, Larchmont, v. 21, n. 11, p. 1651-1661, Nov. 2018. DOI 10.1089/jpm.2018.0141.

8. VICTORIA HOSPICE SOCIETY. **A escala de desempenho em cuidados paliativos versão 2 (EDCP v2)**. [Sherman Oaks, CA]: Victory Hospice Society, 2009. Tradução oficial de Maria Goretti Maciel/Ricardo Tavares de Carvalho. Disponível em: https://victoriahospice.org/wp-content/uploads/2019/07/pps_-_portuguese_brazilian_-_sample.pdf. Acesso em: 29 ago. 2023.

9. BRUERA, E. *et al*. The Edmonton Symptom Assessment System (ESAS): a simple method for the assessment of palliative care patients. **Journal of Palliative Care**, Toronto, v. 7, n. 2, p. 6-9, 1991.

10. PAIVA, C. E. *et al*. The Brazilian version of the Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) is a feasible, valid and reliable instrument for the measurement of symptoms in advanced cancer patients. **PLoS One**, San Francsisco, v. 10, n. 7, p. 0132073, 2015. DOI 10.1371/journal.pone.0132073.

11. SEDREZ, E. DA S.; MONTEIRO, J. K. Avaliação da dor em pediatria. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 73, n. 4, p. 1-8, 2020. DOI 10.1590/0034-7167-2019-0109.

12. OLIVEIRA, L. S. *et al*. Pain assessment in critical patients using the Behavioral Pain Scale. **BrJP**, São Paulo, v. 2, n. 2, p. 112-116, abr./jun. 2019. DOI 10.5935/2595-0118.20190021.

13. HERR, K. A. *et al*. Evaluation of the faces pain scale for use with elderly. **Clinical Journal of Pain**, Hagerstown, v. 14, n. 1, p. 29-38, Mar. 1998. DOI 10.1097/00002508-199803000-00005.

14. FERRELL, B. A. Pain management. **Clinics in Geriatric Medicine**, Philadelphia, v. 16, n. 4, p. 853-874, Nov. 2000. DOI 10.1016/s0749-0690(05)70048-3.

15. BUSH, S. H. *et al*. The Richmond Agitation-Sedation Scale modified for palliative care inpatients (RASS-PAL): apilot study exploring validity and feasibility in clinical practice. **BMC Palliative Care**, London, v. 13, n. 1, p. 17, Mar. 2017. DOI 10.1186/1472-684X-13-17.

16. NASSAR JUNIOR, A. P. *et al*. Validity, reliability and applicability of Portuguese versions of sedationagitation scales among critically ill patients. **Sao Paulo Medical Journal**, São Paulo, v. 126, n. 4, p. 215-219, 2008. DOI 10.1590/S1516-31802008000400003.

17. MARTINEZ, A. P.; AZEVEDO, G. R. de. Tradução, adaptação cultural e validação da Bristol Stool Form Scale para a população brasileira. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 20, n. 3, p. 1-7, jun. 2012. DOI 10.1590/S0104-11692012000300021.

18. WOJTYNIAK, K. *et al*. Translation to Polish, cross-cultural adaptation, and validation of the Bristol Sttol Form Scale among healthcare professionals and patients. **Gastroenterology Review**, Poznan, v. 13, n. 1, p. 35-39, 2018. DOI 10.5114/pg.2017.70610.

19. JOZALA, D. R. *et al*. Brazilian portuguese translation, cross-cultural adaptation and reproducibility assessment of the modified Bristol Stool Form Scale for Children. **Jornal de Pediatria**, Porto Alegre, v. 95, n. 3, p. 321-327, 2019. DOI 10.1016/j.jped.2018.01.006.

CAPÍTULO 13: AVALIAÇÃO PROGNÓSTICA

INTRODUÇÃO

A avaliação prognóstica estima a probabilidade ou o risco de um indivíduo desenvolver um desfecho específico, como o óbito, ao longo de um tempo determinado, com base em fatores relacionados à doença e ao próprio indivíduo[1,2]. A avaliação prognóstica subsidia a elaboração do plano de cuidados proporcionais ao estágio da doença, permitindo uma abordagem mais eficaz na tomada de decisões conforme a doença progride[3]. O esclarecimento do prognóstico permite que o paciente decida, de forma autônoma, sobre os potenciais tratamentos ou intervenções, oferecendo-lhe expectativas realistas e permitindo-lhe a organização de questões emocionais, sociais e espirituais[3].

Neste capítulo, serão abordados aspectos relacionados à formulação do prognóstico de pacientes com câncer avançado em cuidados paliativos nos últimos meses ou menos de vida. A comunicação e a elaboração do plano de cuidados serão abordados em outros capítulos nesta obra.

PRINCIPAIS FATORES PROGNÓSTICOS NO CÂNCER AVANÇADO EM CUIDADOS PALIATIVOS NOS ÚLTIMOS MESES DE VIDA

Entende-se por fator prognóstico alguma característica clínica ou não clínica significativamente associada à sobrevida que pode ser utilizada para predição de um desfecho que, neste contexto, é o óbito[2]. Os principais fatores prognósticos descritos na literatura em pacientes com câncer avançado nos últimos meses de vida são: sítio tumoral, local das metástases, tratamento antitumoral prévio, idade, comorbidades, funcionalidade, estado nutricional, marcadores da resposta inflamatória sistêmica, por exemplo, leucocitose, linfopenia, aumento da proteína C-reativa (PCR), hipoalbuminemia, e presença de alguns sinais e sintomas[4].

Outros marcadores também estão associados a um pior prognóstico, como: presença de infecções recorrentes e de difícil tratamento, por exemplo, pneumonia, pielonefrite e sepse; piora significativa da ingesta alimentar e

perda ponderal não intencional; diminuição da funcionalidade com maior dependência de terceiros para realização das atividades da vida diária; e associação de múltiplas comorbidades[1,3,4].

Dada a complexidade de estimar o prognóstico, recomenda-se associar a impressão clínica ou a predição clínica de sobrevida à utilização de fatores e ferramentas de avaliação prognósticas validadas para essa finalidade[4,5]. Faz-se necessário repeti-las em intervalos frequentes e nas situações em que um evento agudo ou inesperado possa comprometer ou alterar o prognóstico previamente estimado e modificar as estratégias terapêuticas inicialmente adotadas[6].

As estimativas de sobrevida e as escalas de avaliação prognósticas devem ser aliadas ao julgamento clínico e aos valores e desejos do paciente para auxiliar a equipe multiprofissional na tomada de decisões terapêuticas e durante a comunicação com paciente e familiares[4-6].

Capacidade funcional

O KPS[7] e o Ecog-PS[8] são escalas de avaliação da capacidade funcional amplamente utilizadas na prática clínica e reconhecidamente preditoras de sobrevida no câncer avançado. A PPS[9] foi desenvolvida a partir da modificação do KPS para pacientes em cuidados paliativos e inclui outros indicadores prognósticos relevantes, por exemplo, ingestão oral e nível de consciência[9], e mostrou-se válida para predizer os últimos meses de vida de pacientes oncológicos e não oncológicos[10] (para detalhes dessas escalas, consultar Capítulo 12).

Sinais e sintomas

Vários sinais e sintomas são descritos como preditores de óbito em paciente com câncer avançado nos últimos meses ou semanas de vida. Entre os múltiplos sintomas com significado prognóstico nesse contexto, estão os "4 Ds": **d**iminuição da capacidade funcional, **d**isfagia, anorexia e caquexia, ***d**elirium* e **d**ispneia[11].

A presença dos sintomas pode variar ao longo do tempo ou se intensificar nas últimas semanas, dias ou horas de vida. Nos últimos dias de vida, podem ser identificados sinais e sintomas classificados como "precoces" e "tardios"[3]. Os sinais precoces, como rebaixamento do nível de consciência, baixa funcionalidade e disfagia para líquidos, são mais frequentes em até três dias antes do óbito. Os sinais tardios, como períodos de apneia, respiração de Cheyne Stokes, respiração com movimento mandibular, cianose periférica,

ausência de pulso da artéria radial e diminuição do débito urinário, ocorrem principalmente nos últimos três dias ou nas últimas horas de vida[3,5].

Sintomas como redução da capacidade funcional, fadiga, anorexia, dispneia e/ou *delirium* estão presentes em diversas escalas de avaliação prognóstica cuja presença indica um prognóstico pior[12]. No Quadro 13, estão descritos os principais sinais e sintomas preditores de sobrevida em paciente com câncer avançado em cuidados paliativos.

Quadro 13 — Sinais e sintomas preditores de sobrevida em paciente com câncer avançado em cuidados paliativos

Sinais	Redução da ingestão oral e dificuldade de deglutição (alimentos e medicações)
	Redução da funcionalidade (KPS ≤ 30%)
	Mudança no padrão respiratório, geralmente hipopneia, apneia ou Cheyne Stokes
	Acúmulo de secreção em vias aéreas superiores (traqueobrônquica e/ou salivar)
	Redução da resposta a estímulos verbais e visuais, *delirium*, torpor ou coma
	Redução da perfusão periférica, taquicardia, hipotensão, extremidades frias, cianose, manchas na pele, ausência de pulso periférico
	Perda do controle esfincteriano
	Presença de edema
	Redução do débito urinário
	Inabilidade de fechar os olhos e queda dos sulcos nasolabiais
	Perda de peso
Sintomas	Anorexia
	Fadiga
	Dispneia
	Disfagia
	Sonolência
	Delirium
	Dor refratária
	Confusão mental

Fonte: Hui *et al.*,[13]; Mori *et al.*[3].

Legenda: KPS — *Karnofsky Performance Status.*

Marcadores da resposta inflamatória sistêmica

Os marcadores da resposta inflamatória sistêmica têm sido extensivamente estudados como fatores prognósticos em pacientes com câncer avançado[14]. O Escore Prognóstico de Glasgow modificado (EPGm) é o mais estudado e combina as concentrações plasmáticas de PCR e albumina[15,16] (Quadro 14). O aumento da inflamação sistêmica medido usando a razão neutrófilos-linfócitos também demonstrou valor prognóstico em pacientes com câncer avançado em cuidados paliativos[16]. Estudo de coorte prospectivo, realizado por Cunha *et al.*[14] no HC IV, identificou os pontos de corte ótimos dos biomarcadores inflamatórios para predizer óbito em 90 dias.

Quadro 14 — Escore Prognóstico de Glasgow modificado

PCR (mg/l)	Albumina (g/dl)	Classificação	Prognóstico
≤ 10	-	0	Melhor
> 10	≥ 3,5	1	Intermediário
> 10	< 3,5	2	Pior

Fonte: adaptado de McMillan[15].

Legenda: PCR — proteína C-reativa.

Os pontos de corte ideais estão destacados na Tabela 1. Todos os marcadores apresentaram valor prognóstico significativo e boa acurácia preditiva, com destaque para relação PCR-albumina, que foi o parâmetro mais acurado para prever a sobrevida de pacientes com câncer avançado.

Tabela 1 — Medidas de acurácia dos pontos de corte de acordo com marcadores relacionados à morte em 90 dias em pacientes com câncer terminal recebendo cuidados paliativos

	PCR ≥ 6,7 mg/l	RPA ≥ 2,0	Leucócitos ≥ 9.300/µl	Neutrófilos ≥ 7.426/µl	RNL ≥ 6,0
Sensibilidade	65,6%	61,8%	60,7%	60,0%	62,3%
Especificidade	65,4%	72,3%	70,0%	68,6%	64,3%
LR+	1,89	2.23	2.02	1,91	1,74
LR-	0,53	0,53	0,56	0,58	0,59
AUC	0,70	0,74	0,67	0,66	0,63

Fonte: Cunha *et al.*[14].

Legenda: AUC — área sobre a curva *receiver operating characteristic* (ROC); LR — razão de verossimilhança; PCR — proteína C-reativa; RNL — razão neutrófilos-linfócitos; RPA — relação PCR-albumina.

INSTRUMENTOS DE ESTIMATIVA DO PROGNÓSTICO

Vários modelos foram desenvolvidos a partir desses fatores prognósticos, sendo os mais comumente utilizados na prática o *Palliative Prognostic Score* (PAP-Score), o *Palliative Prognostic Index* (PPI).

Palliative Prognostic Score

O PAP-Score (Quadro 15) foi desenvolvido na Itália com o objetivo de classificar pacientes com câncer avançado, considerando a probabilidade de sobrevida em 30 dias[17,18]. Essa ferramenta inclui uma combinação de parâmetros clínicos, como dispneia, anorexia, KPS e predição clínica de sobrevida, e laboratoriais, como contagem sérica total de leucócitos e percentagem de linfócitos. Um ponto chave do PAP-Score é a utilização de uma variável que depende da experiência e do julgamento do médico (pela predição clínica de sobrevida), sendo, assim, um critério subjetivo que pode variar conforme especialidade e o envolvimento do profissional com paciente e família, além de inviabilizar a aplicação dessa escala por toda a equipe multiprofissional.

Palliative Prognostic Index

O PPI (Quadro 16) foi elaborado no Japão, para determinar a estimativa de sobrevida em pacientes com câncer avançado[19,20]. Essa ferramenta se baseia na avaliação do PPS, na ingestão oral e na presença ou ausência de edema, dispneia e *delirium*. Uma vantagem do PPI é não precisar de exames laboratoriais, o que pode facilitar a utilização em pacientes em fase muito avançada de doença. Por outro lado, uma desvantagem é que ele é menos útil para pacientes com prognósticos melhores, com sobrevida mais longa, pois a predição de sobrevida é referente ao período de até seis semanas.

Quadro 15 — *Palliative Prognostic Score*

Fatores prognósticos		Pontuação parcial
Dispneia	Não	0
	Sim	1
Anorexia	Não	0
	Sim	1,5
KPS	≥ 30%	0
	10%-20%	2,5
Predição clínica de sobrevida	> 12 semanas	0
	11-12 semanas	2
	7-10 semanas	2,5
	5-6 semanas	4,5
	3-4 semanas	6
	1-2 semanas	8,5
Total de glóbulos brancos	Normal (4.800-8.500/mm^3)	0
	Elevado (> 8.500 e < 11.000/mm^3)	0,5
	Muito elevado (≥ 11.000/mm^3)	1,5
Percentagem de linfócitos	Normal (≥ 20%-40%)	0
	Baixa (≥ 12% e < 20%)	1
	Muito baixa (< 12%)	2,5
Classificação		
Grupos de risco	**Probabilidade de sobrevida em 30 dias**	**Pontuação total**
A	> 70%	0-5,5
B	30%-70%	5,6-11
C	< 30%	11,1-17,5

Fonte: traduzido e adaptado de Pirovano *et al.*[17].

Legenda: KPS — *Karnofsky Performance Status.*

Quadro 16 — *Palliative Prognostic Index*

Fatores prognósticos		Pontuação parcial
PPS	10-20%	4
	30-50%	2,5
	> 50%	0
Ingestão oral	Muito reduzida, poucas colheres	2,5
	Reduzida, mas mais que poucas colheres	1
	Normal	0
Edema	Presente	1
	Ausente	0
Dispneia	Presente	3,5
	Ausente	0
Delirium	Presente	4
	Ausente	0
	Total	
Interpretação	A pontuação varia de 0 a 15, sendo: - Grupo A (0-4 pontos): estimativa de sobrevida maior que 6 semanas - Grupo B (PPI 5-6 pontos): estimativa de sobrevida inferior a 6 semanas, mas superior a 3 semanas - Grupo C (PPI > 6 pontos): estimativa de sobrevida inferior a 3 semanas	

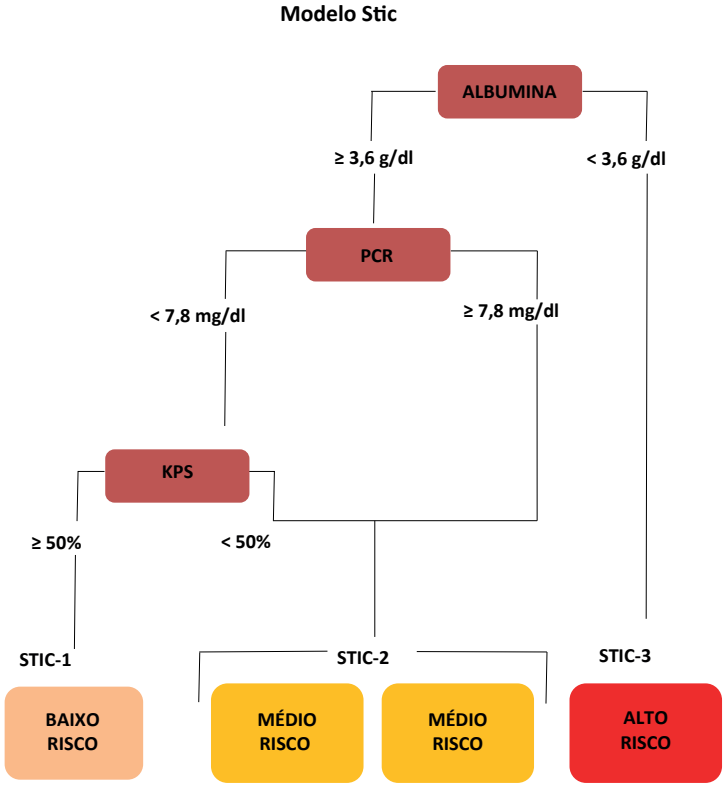
Fonte: traduzido e adaptado de Morita *et al.*[19]; Stone, Tiernan; Dooley[0].

Simple decision tree for predicting mortality in patients with incurable cancer

PAP-Score e PPI são métodos que permitem uma predição curta de sobrevida, de até seis semanas (42 dias), sendo mais úteis para prognosticar o óbito iminente ou o final de vida. Já a *Simple decision tree for predicting mortality in patients with incurable cancer* (Stic) é um novo modelo prognóstico de boa acurácia, desenvolvido por pesquisadores do HC IV, para prever a mortalidade em 90 dias em pacientes com câncer incurável[21]. Essa ferramenta utiliza a

árvore de decisão, que é um algoritmo prognóstico prático e rápido capaz de agrupar variáveis relevantes para a predição de mortalidade e rotineiramente disponíveis (albumina, PCR e KPS), permitindo a sua aplicabilidade na prática clínica por todos os profissionais de saúde. O Stic identificou três grupos de risco crescente de mortalidade em 90 dias (Figura 14). Entretanto, por ter sido realizado em um único centro, são necessários novos estudos de validação externa da Stic a fim de confirmar a reprodutibilidade do modelo em prever a mortalidade em outras populações.

Figura 14 — Árvore de decisão para predizer mortalidade em pacientes com câncer incurável em 90 dias



Fonte: adaptado de Silva *et al.*[21].

Legenda: Stic — *Simple decision tree for predicting mortality in patients with incurable cancer*; KPS — *Karnofsky Performance Status*; PCR — proteína C-reativa.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A avaliação prognóstica é fundamental para o planejamento dos cuidados proporcionais à fase da doença na qual o paciente se encontra, melhorando assim a qualidade de morte e minimizando o sofrimento. Neste capítulo, foram relatados os principais indicadores prognósticos para auxiliar na predição do óbito de pacientes com câncer avançado em cuidados paliativos. Esforços futuros devem ser feitos para estabelecer a acurácia diagnóstica das ferramentas prognósticas e para desenvolver estratégias individualizadas com vistas à proporcionalidade e à adequação terapêutica, bem como à programação de modelos assistenciais de final de vida para essa população.

REFERÊNCIAS

1. SIMMONS, C. P. L. *et al*. Prognostic tools in patients with advanced cancer: a systematic review. **Journal of Pain and Symptom Management**, New York, v. 53, n. 5, p. 962-970.e10, May 2017. DOI 10.1016/j.jpainsymman.2016.12.330.
2. MOONS, K. G. M. Prognosis and prognostic research: what, why, and how? **BMJ**, London, v. 338, n. 1, p. b375, Feb. 2009. DOI 10.1136/bmj.b375.
3. MORI, M. *et al*. Prognostication of the last days of life. **Cancer Research and Treatment**, Seoul, v. 54, n. 3, p. 631-643, July 2022. DOI 10.4143/crt.2021.1573.
4. STONE, P. *et al*. Prognostic evaluation in patients with advanced cancer in the last months of life: ESMO Clinical Practice Guideline. **ESMO Open**, [London], v. 8, n. 2, 101195, Apr. 2023. DOI 10.1016/j.esmoop.2023.101195.
5. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil). **A avaliação do paciente em cuidados paliativos**. Rio de Janeiro: INCA, 2022. (Cuidados paliativos na prática clínica, v. 1). Disponível em: https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//completo_serie_cuidados_paliativos_volume_1.pdf. Acesso em: 5 jan. 2024.
6. SAMPAIO, S. G. S. M.; OLIVEIRA, L. C.; ROSA, K. S. C. Avaliação prognóstica em cuidados paliativos oncológicos: há diferença entre pacientes adultos e idosos? **Geriatric, Gerontolog and Ag ng**, [*s. l.*], v. 15,e 0210044,2021.D OI10.538 ß gga.e0210044.
7. KARNOFSKY, D. A.; BURCHENAL, J. H. The clinical evaluation of chemotherapeutic agents in cancer. *In*: MACLEOD, C. M. (ed.).

Evaluation of chemotherapeutic ag nts. [New York] : Columbia Univ Press. 1949.p.196

8 OKEN, M. M. *et al*. Toxicity and response criteria of the Eastern Cooperative Oncology Group. **American Ju rnal of Clinical Oncolog** , Hagerstown,M D,v .5,n.6,p.649- 655,1982.

9. ANDERSON, F. *et al*. Palliative performance scale (PPS): a new tool. **Ju rnal of Palliative Care**, Toronto, v. 12, n. 1, p. 5-11, 1996 DOI 10.1177/082583979601200102

10. LAU, F. *et al*. Use of palliative performance scale in end-of-life prognostication. **Ju rnal of Palliative Medicine**, Larchmont, v. 9, n. 5, p.1066 1075,O ct.2006 DOI 10.1089/ jpm.2006.9.1066

11. HUI, D. Prognostication of survival in patients with advanced cancer: predicting theunpr edictable? **CancerC ontrol**, ThousandO aks ,v .22,n. 4,p.489- 497,O ct.2015.D OI10.1 177/1073274815502200415.

12. MALTONI, M. *et al.* Prospective comparison of prognostic scores in palliative care cancer populations. **Oncologist**, New York, v. 17, n. 3, p. 446-454, Mar. 2012. DOI 10.1634/theoncologist.2011-0397.

13. HUI, D. *et al.* Clinical signs of impending death in cancer patients. **Oncologist**, Oxford, v. 19, n. 6, p. 681-687, June 2014. DOI 10.1634/theoncologist.2013-0457.

14. CUNHA, G. C. *et al.* Clinical relevance and prognostic value of inflammatory biomarkers: a prospective study in terminal cancer patients receiving palliative care. **Journal of Pain and Symptom Management**, New York, v. 62, n. 5, p. 978-986, Nov. 2021. DOI 10.1016/j.jpainsymman.2021.04.009.

15. MCMILLAN, D. C. The systemic inflammation-based Glasgow Prognostic Score: a decade of experience in patients with cancer. **Cancer Treatment Reviews**, Kidlington, v. 39. n. 5, p. 534-540, Aug. 2013. DOI 10.1016/j.ctrv.2012.08.003.

16. DOLAN, R. D. *et al.* The role of the systemic inflammatory response in predicting outcomes in patients with advanced inoperable cancer: systematic review and meta-analysis. **Critical Reviews in Oncology/Hematology**, Amsterdam, v 116, p. 134-146, Aug. 2017. DOI 10.1016/j.critrevonc.2017.06.002.

17. PIROVANO, M. *et al.* A new palliative prognostic score: a first step for the staging of terminally ill cancer patients. Italian multicenter study group on palliative care. **Journal of Pain and Symptom Management**, Madison, v. 17, p. 231-239, 1999. DOI 10.1016/s0885-3924(98)00145-6.

18. MALTONI, M. *et al*. Successful validation of the Palliative Prognostic Score in terminally ill cancer patients: Italian Multicenter and Study Group on Palliative Care. **Journal of Pain and Symptom Management**, Madison, v. 17, n. 4, p. 240-247, Apr. 1999. DOI 10.1016/s0885-3924(98)00146-8.

19. MORITA, T. *et al*. The palliative prognostic index: a scoring system for survival prediction of terminally ill cancer patients. **Support Care Cancer**, Berlin, v. 7, n. 3, p. 128-133, May. 1999. DOI 10.1007/s005200050242.

20. STONE, C. A.; TIERNAN, E.; DOOLEY, B. A. Prospective validation of the palliative prognostic index in patients with cancer. **Journal of Pain and Symptom Management**, New York, v. 35, n. 6, p. 617-622, Jun. 2008. DOI 10.1016/j.jpainsymman.2007.07.006.

21. SILVA, R. **Nova ferramenta prognóstica**: "Simple decision Tree for predicting mortality in patients with Incurable Cancer (STIC)". 2023. Dissertação (Mestrado em Oncologia) – Programa de Pós-Graduação em Oncologia, Instituto Nacional de Câncer, Rio de Janeiro, 2023.

CAPÍTULO 14: COMUNICAÇÃO EM SAÚDE

INTRODUÇÃO

A palavra comunicação tem origem no latim *communicare*, que significa tornar algo comum, participar. Ela pressupõe o entendimento das partes envolvidas, ou seja, a compreensão[1]. A partir daí, pode-se começar a compreender o quanto é desafiadora e complexa a tarefa da comunicação.

Na área da saúde, as relações humanas tornam-se protagonistas do cuidado e, por conseguinte, do processo de comunicação. Esse propicia uma abordagem mais autêntica, baseada na individualidade, percebendo o ser humano nas suas dimensões biológica, psicológica, social e espiritual[2]. Por vezes, a comunicação não apenas permeia o cuidado, mas também se apresenta como um instrumento terapêutico[3], conforme afirma Rebecca Bebb: "A comunicação é parte do tratamento do paciente e ficar conversando com ele, muitas vezes, é o próprio remédio"[4, p. 136].

No contexto dos cuidados paliativos, esse processo torna-se ainda mais relevante, uma vez que a comunicação adequada ancora as relações interpessoais, sejam elas entre pacientes e profissionais, entre cuidadores e profissionais e interprofissionais. Dessa forma, os objetivos comuns de criação de vínculo, promoção da autonomia do sujeito e humanização da saúde podem ser traduzidos em um cuidado mais adequado[5].

O objetivo deste capítulo é, portanto, abordar aspectos relevantes da comunicação em saúde nos cuidados paliativos, os quais podem ser desenvolvidos, aprimorados e adaptados para que o paciente seja o centro do cuidado.

HABILIDADES PARA A COMUNICAÇÃO EFETIVA

Primeiramente, faz-se necessário compreender, sob a perspectiva do paciente, o que ele pensa e sente sobre a sua situação, permitindo que ele possa explicar o problema de saúde com as próprias palavras. Além disso, é importante valorizar seu ponto de vista, o significado e a importância das queixas, bem como suas expectativas de cuidado[6].

O processo de comunicação se dá por duas dimensões: a verbal e a não verbal. Em linhas gerais, a primeira se caracteriza por ser expressa por meio de palavras, que, por sua vez, transmitem um pensamento, ao passo que a

forma não verbal transmite a demonstração e a compreensão de sentimentos por meio de gestos, olhares, tom de voz, expressões faciais, postura corporal, entre outros[7]. Nesse sentido, Barreiros *et al.*[6] descreveram algumas técnicas para entrevista centrada no paciente que incluem:

- Perguntas abertas — frequentemente iniciadas com os pronomes interrogativos "como, "o que" e "por que", e dão a palavra ao paciente, facilitando sua fala. Também fornecem vasta quantidade de informação para o profissional construir a história clínica.
- Comunicação não verbal — ações como fazer o contato visual no início do atendimento, manter expressões faciais que transmitam atenção, respeito e empatia, não olhar somente para a tela do computador ou para o prontuário.
- Encorajamentos verbais curtos — incentivo à continuação do relato do paciente, utilizando expressões como "continue", "sim" ou "entendo".
- Reflexões em espelho — exploração de um dado assunto, empregando as expressões utilizadas pelo próprio paciente, mas sem conferir um julgamento feito pelo profissional.
- Seguimento de pistais verbais — emprego de expressões, frases, ideias ou palavras proferidas pelo paciente, incorporando-as em momentos após sua utilização. Essa técnica expressa continuidade à entrevista e demostra que o profissional está atento e interessado no que o paciente está relatando.
- Paráfrases — resumo e apreensão da essência do que foi dito, mas pelas palavras do profissional.
- Sumário e resumos — revisão da história do paciente, de forma suscinta, proporcionando-lhe a possibilidade de corrigir ou acrescentar alguma informação.
- Linguagem positiva — utilização de atitudes positivas e afirmativas que possam tranquilizar o paciente.
- Escura ativa — participação ativa do profissional, o qual deve estar atento ao que o paciente fala, mas também aos sinais não verbais.

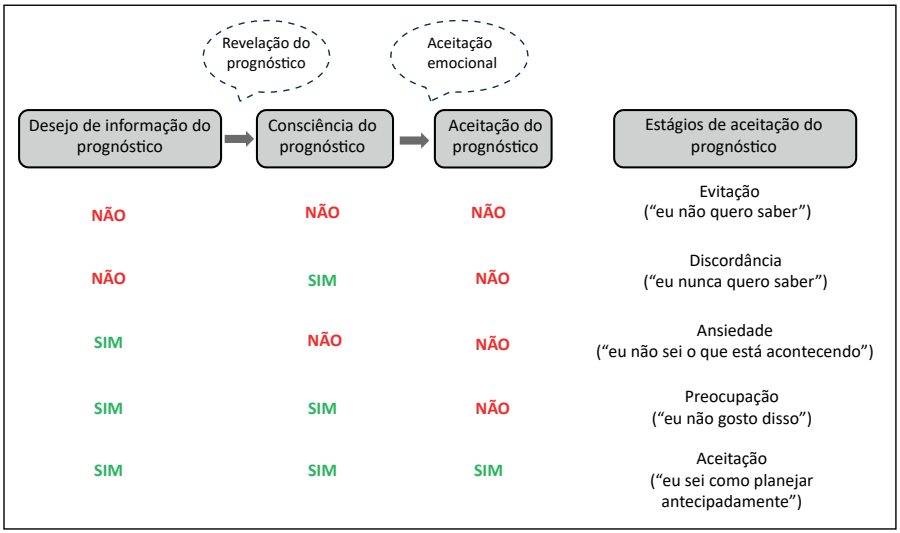
COMUNICAÇÃO DO PROGNÓSTICO

A palavra prognóstico tem origem no grego, cujo significado é "saber antes", ou seja, representa um provável curso da doença[8].

De acordo com um modelo conceitual desenvolvido, o prognóstico em cuidados paliativos é um processo caracterizado em cinco passos: predição,

revelação, consciência, aceitação e tomada de decisão. Nesse modelo, pode-se identificar em que estágio do processo de prognóstico o paciente se encontra cognitiva e emocionalmente. A partir das combinações obtidas, os pacientes são classificados em cinco subgrupos acerca da aceitação do prognóstico. Contudo, os autores ressaltam que os modelos binários (sim *versus* não) para os três estágios foram considerados para efeitos didáticos, e que, no mundo real, podem existir gradientes desses estágios, que não são estáticos com relação ao tempo[9]. O modelo conceitual do processo do prognóstico está ilustrado na Figura 15.

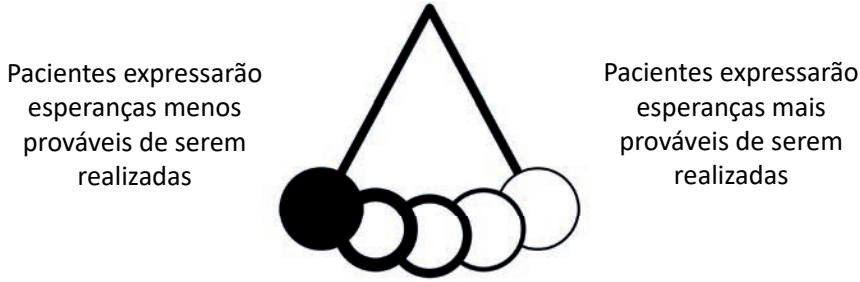
Figura 15 — Modelo conceitual do processo de prognóstico



Fonte: adaptado de Hui *et al.*[9].

Ainda que, didaticamente, o processo do prognóstico seja dividido em etapas, não obstante o mecanismo de enfrentamento para doenças graves pode oscilar. Existirão momentos em que o paciente pode expressar expectativas mais prováveis e, em outros, expectativas menos prováveis de serem realizadas, como um movimento de um pêndulo[10], representado na Figura 16.

Figura 16 — Representação do modelo de enfretamento de doenças graves



Fonte: adaptado de Jackson *et al.*[10].

Outra questão pertinente é quando comunicar o prognóstico. Podem surgir situações urgentes a serem comunicadas, a depender do estado clínico do paciente. O modelo a seguir demonstra algumas circunstâncias que podem determinar urgência de comunicação do prognóstico[8,10] (Quadro 17).

Quadro 17 — Modelo de aprimoramento do prognóstico

Situação	O que fazer
Doença é estável, mas o paciente é ambivalente ou relutante em discutir o prognóstico	Reavaliar o conhecimento sobre o prognóstico e estimular a consciência sobre esse prognóstico
Doença está piorando, mas o paciente é ambivalente ou relutante em discutir o prognóstico	Utilizar as ferramentas de comunicação e trabalhar para estimular a informação sobre o prognóstico
Independente do estado da doença, o paciente está pronto para discutir o prognóstico	Compartilhar adequadamente a informação do prognóstico

Fonte: adaptado de Baran e Sanders[8]; Jackson *et al.*[10].

COMUNICAÇÃO DE NOTÍCIAS DIFÍCEIS

O termo "más notícias" pode ser definido como "qualquer informação que altere de maneira drástica e negativa a visão do paciente sobre o seu futuro"[11, p. 15], e atualmente tem-se dado preferência à expressão "notícias difíceis". A forma como se comunica uma má notícia configura um potencial

para afetar o paciente e a vida dos familiares, podendo impactar negativamente no âmbito psicológico e na relação de confiança entre paciente, entes queridos e equipe de cuidado[12]. Mediante tal complexidade, existem alguns protocolos que podem auxiliar a comunicação de más notícias.

Um desses protocolos, talvez o mais conhecido, é o Spikes, no qual cada letra representa um passo para a comunicação[13-15]:

- **S** (*setting*) — preparação para a entrevista:
  - Revisar informações que baseiam o prognóstico: histórica clínica, resultados de exame.
  - Preparar-se emocionalmente para a conversa.
  - Organizar um tempo disponível necessário para a comunicação.
  - Avaliar a possibilidade de envolver pessoas importantes, caso seja desejo do paciente.
- **P** (*perception*) — avaliar a percepção do paciente:
  - Avaliar o que foi dito para o paciente por fontes profissionais ou leigas.
  - Perceber expectativas realistas ou não acerca do cuidado ou do tratamento.
  - Corrigir informações equivocada e adaptar as notícias difíceis de acordo com a capacidade do paciente de absorvê-las.
- **I** (*invitation*) — avaliar o quanto o paciente deseja saber:
  - Identificar se o paciente prefere receber todas as informações de uma só vez, ou paulatinamente
  - Disponibilizar-se para responder futuros questionamentos, ou esclarecimentos à família.
- **K** (*knowledge*) — de fato, compartilhar as más notícias:
  - Anunciar com franqueza e tranquilidade que más notícias estão por vir.
  - Evitar termos e jargões técnicos.
  - Evitar fornecer detalhes desnecessários.
  - Fornecer as informações de maneira gradativa, dando pausas para que o paciente possa assimilá-las e abrindo espaço para a realização de perguntas.
- **E** (*emotions*) — validar a expressão de sentimentos do paciente e dos familiares:
  - Acolher as reações como raiva, ansiedade, tristeza, inconformismo, entre outras.
  - Demonstrar empatia, identificando a razão de determinada manifestação de emoção, de acordo com as crenças do paciente.

- **S** (*strategy* e *summary*) — resumir e traçar estratégias:
  - Resumir as principais questões abordadas e propor um plano de cuidados.
  - Antes de discutir o plano de cuidados, perguntar se o paciente está preparado para esse passo, ou se seria benéfico dar-lhe um tempo de reflexão sobre a conversa.
  - Compartilhar responsabilidades com o paciente acerca das tomadas de decisão.

COMUNICAÇÃO NO FINAL DE VIDA

Foram enumerados alguns princípios básicos para comunicação no final de vida[16]:

- O profissional não irá prejudicar o paciente ao abordar questões de fim de vida.
- A ansiedade é um sentimento natural tanto no paciente quanto no profissional durante essa discussão.
- Os pacientes podem ter outras prioridades e objetivos além de viver mais.
- O aprendizado sobre os objetivos e as prioridades do paciente pode capacitar o profissional a ofertar um melhor cuidado.

Adicionalmente, Bernacki e Block[16] elaboraram dicas do que fazer e não fazer ao comunicar o final de vida, conforme Quadro 18.

Quadro 18 — Dicas de comunicação no final de vida

FAZER	NÃO FAZER
√ Fornecer um prognóstico direto e honesto	× Evitar responder perguntas do paciente sobre o próprio prognóstico
√ Reconhecer o prognóstico como uma estimativa	× Comunicar o prognóstico de maneira totalmente vaga ou muito específica
√ Permitir o silêncio	× Falar a maior parte do tempo
√ Reconhecer e explorar as emoções	× Fornecer informações em resposta a fortes emoções
√ Focar na qualidade de vida, objetivos, medos e preocupação do paciente	× Focar em procedimentos médicos

Fonte: adaptado de Bernacki e Block[16].

Existem alguns pontos extremamente relevantes para enumerar ao planejar uma reunião de comunicação de final de vida com os pacientes. Primeiramente, faz-se necessária a preparação, para, em seguida, alinhar elementos importantes da conversa em si[17].

Preparação

A preparação da conversa deve incluir:

- Revisar a história da doença, o prognóstico e as opções de tratamento.
- Refletir acerca dos sentimentos, expectativas e atitudes da equipe de saúde com relação ao paciente e a seus familiares antes da comunicação.
- Planejar o ambiente da conversa para que seja privativo e silencioso.
- Realizar antes uma reunião com a equipe que estará presente durante a conversa com objetivo de alinhar discursos e informações.
- Verificar quais familiares e entes queridos do paciente estarão presentes.

Conversa

Durante a conversa, é necessário:

- Avaliar se o paciente está preparado para a conversa.
- Explorar o grau de compreensão do paciente sobre esse momento.
- Prover as informações de forma clara e simples, sem utilizar jargões técnicos ou científicos.
- Utilizar perguntas gerais para conhecer e entender os valores e objetivos do paciente com intuito de se concentrar no que é de fato relevante nesse momento para ele.
- Investigar preocupações que podem configurar barreiras para a tomada de decisões.
- Propor um plano de cuidados que esteja de acordo com valores, desejos e objetivos do paciente.

COMUNICAÇÃO ASSERTIVA, COMUNICAÇÃO EMPÁTICA E COMUNICAÇÃO NÃO VIOLENTA

A primeira definição da palavra assertividade surgiu em 1971[18], como a capacidade de elaborar ou recusar solicitações, pedir favores, ressaltando pontos positivos e negativos. Desde então, esse conceito vem se adaptando e sendo cada vez mais estudado. A assertividade representa um ponto de

equilíbrio entre os comportamentos passivo e agressivo. Além disso, tem sido abordada como uma habilidade passível de ser desenvolvida e aprimorada[19]. No âmbito da área da saúde, a comunicação assertiva pode ser definida como a capacidade do profissional de colocar-se de forma decidida, clara e, sobretudo, sem ser rude[20].

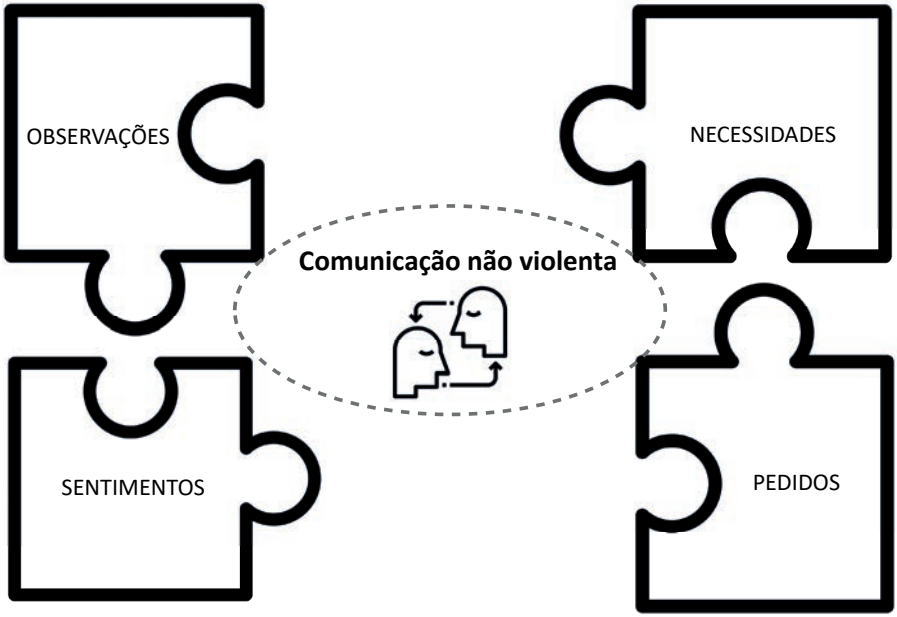
Por sua vez, a palavra empatia tem sua origem do grego *empatheia*, que significa "em emoção" ou "em sentimento" com relação ao outro. É o ato de se colocar no lugar do outro, considerando aspectos cognitivos, emocionais e motivacionais, ou seja, é a capacidade de compreender e respeitar os demais sob outra perspectiva de mundo[21]. Os resultados de melhoria a partir da utilização da comunicação empática no processo do cuidado são perceptíveis, uma vez que a relação paciente-profissional é mais bem consolidada, fornecendo ao profissional fundamentos para elaborar um diagnóstico mais acurado e respostas mais ajustadas às necessidades do paciente. Além disso, o paciente se sente valorizado, trazendo uma sensação de bem-estar[22]. A empatia clínica abarca dois tipos de habilidades: a empática e a comunicacional, como demonstrado na Figura 17.

Figura 17 — Habilidades relacionadas à empatia clínica

Fonte: adaptado de Albuquerque[22].

Por último, mas não menos importante, a expressão "comunicação não violenta" foi cunhada por Marshall B. Rosenberg em meados dos anos 1960 e versa sobre técnicas de habilidade e comunicação que podem ser aplicadas para mediar conflitos, sem agressão, tanto na maneira de se expressar quanto na de escutar[23]. De maneira geral, Rosenberg divide em quatro partes o processo de comunicação não violenta, baseado em como a pessoa expressa o que pensa e como recebe a informação, conforme a Figura 18.

Figura 18 — Partes do processo de comunicação não violenta



Fonte: adaptado de Rosenberg[23].

No momento da elaboração deste capítulo, não foi identificado estudo realizado sobre a utilização da metodologia da comunicação não violenta em cuidados paliativos. Contudo, é crescente a investigação dessa abordagem na área da saúde em geral, pois a comunicação não violenta foi identificada como uma aliada para melhorar a qualidade da prestação de serviço aos usuários de uma unidade básica de saúde, bem como para mediar conflitos interprofissionais[24].

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nos cuidados paliativos, a construção da confiança e dos vínculos para esclarecer o curso da doença e os objetivos do cuidado são fundamentais. Nesse sentido, a comunicação é uma habilidade poderosa, a qual pode ser aprimorada e adaptada para a fase clínica e para a compreensão do prognóstico em que o paciente se encontra.

REFERÊNCIAS

1. SILVA, M. J. P. O papel da comunicação na humanização da atenção à saúde. **Revista Bioética**, Brasília, DF, v. 10, n. 2, p. 73-88, 2009.

2. MORAIS, G. S. N. *et al*. Comunicação como instrumento básico no cuidado humanizado em enfermagem ao paciente hospitalizado. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 22, n. 3, p. 323-327, jun. 2009. DOI 10.1590/S0103-21002009000300014.

3. MATSUMOTO, D. Y. Cuidados paliativos: conceitos, fundamentos e princípios. *In*: CARVALHO, R. T. de.; PARSONS, H. A. (org.). **Manual de cuidados paliativos ANCP**. 2. ed. atual. e ampl. [São Paulo]: Academia Nacional de Cuidados Paliativos, 2012. p. 23-30. Disponível em: http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/05/Manual-de-cuidados-paliativos-ANCP.pdf. Acesso em: 5 jan. 2023.

4. SILVA, M. J. P. **Comunicação tem remédio**: a comunicação nas relações interpessoais em saúde. 10. ed. São Paulo: Loyola, 2002.

5. ANDRADE, C. G.; COSTA, I. C. P.; FREIRE, E. M. M. Produção científica acerca dos cuidados paliativos e comunicação em periódicos online: revisão de escopo. **Revista Brasileira de Enfermagem**, São Paulo, v. 74, n. 2, 20190378, 2021. DOI 10.1590/0034-7167-2019-0378.

6. BARREIROS, B. C. *et al*. Habilidades essenciais para a comunicação clínica efetiva. *In*: DOHMS, M.; GUSSO, G. (ed.). **Comunicação clínica**: aperfeiçoando os encontros em saúde. Porto Alegre: Artmed, 2021. p. 26-48.

7. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil). Relação profissional de saúde- paciente em cuidados paliativos. *In*: INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil). **A avaliação do paciente em cuidados paliativos**. Rio de Janeiro: INCA, 2022. p. 25-36. (Cuidados paliativos na prática clínica, v. 1). Disponível em: https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//completo_serie_cuidados_paliativos_volume_1.pdf. Acesso em: 5 jan. 2024.

8. BARAN, C. N.; SANDERS, J. J. Communication skills: delivering bad news, conducting a goals of care family meeting and advance care planning. **Primary Care**, Philadelphia, v. 46, n. 3, p. 353-372, 2019. DOI 10.1016/j.pop.2019.05.003.

9. HUI, D.; MO, L.; PAIVA, C. E. The importance of prognostication: impact of prognostic predictions, disclosures, awareness and acceptance on patient outcomes. **Current Treatment Options in Oncology**, Philadelphia, PA, v. 2, n. 2, p. 12, 2021. DOI 10.1007/s11864-020-00810-3.

10. JACKSON, V. A. *et al*. The cultivation of prognostic awareness through the provision of early palliative care in the ambulatory setting: a communication guide. **Journal of Palliative Medicine**, Larchmont, v. 16, n.8, p. 894-900, Aug. 2013. DOI 10.1089/jpm.2012.0547.

11. BUCKMAN, R. **How to break bad news**: a guide for health care professionals. [Baltimore]: Johns Hopkins University Press. 1992.

12. KIRBY, E. E. F. *et al*. O desafio de comunicar más notícias nos cuidados paliativos oncológicos: perspectiva dos trabalhadores. **Revista Brasileira de Pós-Graduação**, [Brasília, DF], v. 16, n. 36, p. 1-17, 2020. DOI 10.21713/rbpg.v16i36.1718.

13. BAILE, W. F. *et al.* SPIKES - a six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. **The Oncologist**, [Dayton, Ohio], v. 5, n. 4, p. 302-311, 2000. DOI 10.1634/theoncologist.5-4-302.

14. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil); SOCIEDADE BENEFICIENTE ISRAELITA BRASILEIRA ALBERT EINSTEIN. **Comunicação de notícias difíceis**: compartilhando desafios na atenção à saúde. Rio de Janeiro: INCA, 2010. p. 37-45. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/comunicacao_noticias_dificeis.pdf. Acesso em: 8 jan. 2024.

15. GÓIS, A. F. T.; PERNAMBUCO, A. C. A.; DOHMS, M. Comunicação de notícias difíceis. *In*: DOHMS, M.; GUSSO, G. (ed.). **Comunicação clínica**: aperfeiçoando os encontros em saúde. Porto Alegre: Artmed, 2021. p. 441-452.

16. BERNACKI, R. E.; BLOCK, S. D. Communication about serious illness care goals: a review and synthesis of best practices. **JAMA Internal Medicine**, Chicago, IL, v. 174, n. 12, p. 1994-2003, Dec. 2014. DOI 10.1001/jamainternmed.2014.5271.

17. MOLINARI, P. C. C.; FORTE, D. N. Comunicação no final da vida. *In*: DOHMS, M.; GUSSO, G. (ed.). **Comunicação clínica**: aperfeiçoando os encontros em saúde. Porto Alegre: Artmed, 2021. p. 454-467.

18. LAZARUS, A. **Behavior therapy and beyond**. New York: McGraw-Hill, 1971.

19. GRILO, A. M. Relevância da assertividade na comunicação profissional de saúde-paciente. **Psicologia, Saúde & Doenças**, Lisboa, v. 13, n. 2, p. 283-297, 2012.

20. CERON, M. **Habilidades de comunicação**: abordagem centrada na pessoa. São Paulo: UNA-SUS: Unifesp, 2010. p. 22. Disponível em: https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/modulo_psicossocial/Unidade_17.pdf. Acesso em: 29 jul. 2023.

21. SILVA, J. A. C. *et al*. Ensino da empatia em saúde: revisão integrativa. **Revista Bioética**, Brasília, DF, v. 30, n. 4, p. 715-724, 2022. DOI 10.1590/1983-80422022304563PT.

22. ALBUQUERQUE, A. Comunicação em saúde e empatia clínica. *In*: ALBUQUERQUE, A. **Empatia nos cuidados em saúde**: comunicação e ética na prática clínica. Santana de Parnaíba: Manole, 2023. p. 345-357.

23. ROSENBERG, M. B. **Comunicação não violenta**: técnicas para aprimorar relacionamentos pessoais e profissionais. 5. ed. São Paulo: Ágora, 2021. p. 277.

24. EBERT, E. C. de O.; MENDES, L. Os benefícios da comunicação não violenta na atenção primária a saúde brasileira. **Brazilian Journal of Health Review**, Paraná, v. 6, n. 3, p. 13668-13683, 2023. DOI 10.34119/bjhrv6n3-412.

CAPÍTULO 15: COMUNICAÇÃO ALTERNATIVA PARA PACIENTES EM CUIDADOS PALIATIVOS E SEM COMUNICAÇÃO ORAL

INTRODUÇÃO

A falha de comunicação entre o paciente e o interlocutor pode ser uma barreira significativa para a realização de um cuidado efetivo. As barreiras comunicativas favorecem a conspiração do silêncio e provocam sentimentos de ansiedade e impotência[1,2]. Ademais, interferem na implementação de diretrizes mundialmente discutidas para a melhoria do processo de cuidado do paciente, desde o período de admissão até a alta ou o óbito.

Muitos estudos descrevem a necessidade de profissionais de saúde desenvolverem habilidades de comunicação para usar com pacientes e familiares ao dialogar sobre notícias difíceis ou facilitar o plano de cuidados[3-5]. Há inclusive protocolos para proporcionar o desenvolvimento dessas habilidades, como o Spikes[6].

No entanto, existe uma lacuna sobre como amenizar as barreiras de comunicação relacionadas aos pacientes em cuidados paliativos[7]. Há uma gama de condições que pode impedir a capacidade do paciente de comunicar suas necessidades. Em cuidados paliativos, as dificuldades comunicativas relacionadas aos pacientes, enfoque deste capítulo, podem acontecer em consequência de doenças ameaçadoras da vida, como doenças neurológicas, neuromusculares e tumores laríngeos[8,9], do tratamento, como o uso de sedativo e ventilações mecânicas não invasiva e invasiva [1,9], ou da presença de sintomas, como *delirium*, fadiga, sonolência e dispneia[10].

Quando os pacientes são incapazes de se comunicar verbalmente, o seu direito de participar de decisões de cuidados em saúde e seus objetivos, valores e preferências podem ser negligenciados ou mal compreendidos. Por essa razão, a implementação oportuna da Comunicação Alternativa e Ampliada (CAA) pode favorecer a compreensão das necessidades do paciente e o direito à autonomia, assim como contribuir para que mantenha o contato com sua família e amigos e continue participando de atividades que são desejadas. Diante disso, o objetivo deste capítulo é apresentar o uso da CAA como uma estratégia para maximizar a autonomia, o conforto e o bem-estar de pacientes sem comunicação oral em cuidados paliativos.

O QUE É A COMUNICAÇÃO ALTERNATIVA E AMPLIADA?

Quando uma pessoa fica impedida temporariamente, ou de maneira definitiva, de se comunicar pela fala ou por meio da escrita, ela necessita de uma forma alternativa para desempenhar essa função comunicativa. A CAA reúne outras maneiras de comunicação, como o uso de gestos, expressões faciais, pranchas de alfabeto ou símbolos pictográficos, e até o emprego de sistemas mais sofisticados, como comunicadores de voz, computadores e dispositivos móveis[9].

Segundo a *International Society for Augmentative and Alternative Communication*, a CAA é uma "área que envolve um conjunto de ferramentas e estratégias utilizadas para auxiliar pessoas com dificuldades na comunicação oral, produção de sentidos e interação"[11, tradução nossa]. Trata-se de área interprofissional e, portanto, todos os profissionais de cuidados paliativos podem usufruir e contribuir para o uso dessas tecnologias a fim de promover melhor comunicação entre os pacientes e seus familiares.

Os achados dos estudos constataram que a CAA vem contribuindo de modo decisivo para o cuidado e a integração dos pacientes com dificuldades de fala ou escrita[7-9,12,13]. No entanto, muitos profissionais de saúde desconhecem a CAA, e os que a conhecem têm dúvidas de como colocá-la em prática[7,14].

USO DA COMUNICAÇÃO ALTERNATIVA E AMPLIADA COM PACIENTES EM CUIDADOS PALIATIVOS

Algumas perguntas são centrais para compreender a magnitude desse problema em cuidados paliativos. Como proporcionar conforto e cuidado, caso o paciente não consiga se comunicar oralmente? Como controlar sintomas físicos, emocionais, sociais e espirituais sem compreender o que o paciente está sentindo? Como atender os desejos e as necessidades do paciente? Como entender o que desagrada o paciente? Como estabelecer um plano de cuidados?

Em um estudo recente sobre o uso da CAA na perspectiva de profissionais que atuam em cuidados paliativos no contexto hospitalar, verificou-se que, diante da impossibilidade ou dificuldade de o paciente se comunicar por meio das falas, profissionais referiram falta de capacitação profissional, seguida pelo desconhecimento sobre recursos existentes e, por último, a ausência de recursos e da equipe multiprofissional no hospital para acompanhar esse processo[14].

Os achados de um estudo de revisão integrativa sobre os recursos de comunicação utilizados por pacientes em cuidados paliativos destacaram que as estratégias que têm sido mais utilizadas são gestos, associados à cabeça, e expressão facial. No entanto, os autores chamam a atenção para a importância de ampliar essas estratégias, visando a proporcionar uma comunicação mais ampliada e funcional com o paciente[7]. Diante disso, a seguir, são apresentadas algumas estratégias que podem beneficiar a introdução oportuna da CAA.

Considerando as especificidades do paciente em cuidados paliativos com possíveis dificuldades de comunicação oral e/ou escrita, torna-se fundamental realizar a seleção e o uso de vocabulários apropriados para as diferentes situações de cuidado, o que facilita a avaliação sistemática e o gerenciamento dos sintomas, a participação ativa da pessoa em seu tratamento e a comunicação com a equipe e seus familiares. Esse vocabulário deve conter as dimensões físicas, emocionais, sociais e espirituais. A Figura 19 mostra um exemplo de prancha com vocabulário preestabelecido. Outros modelos de pranchas podem ser acessados gratuitamente[15].

Figura 19 — Modelo de prancha com vocabulário preestabelecido

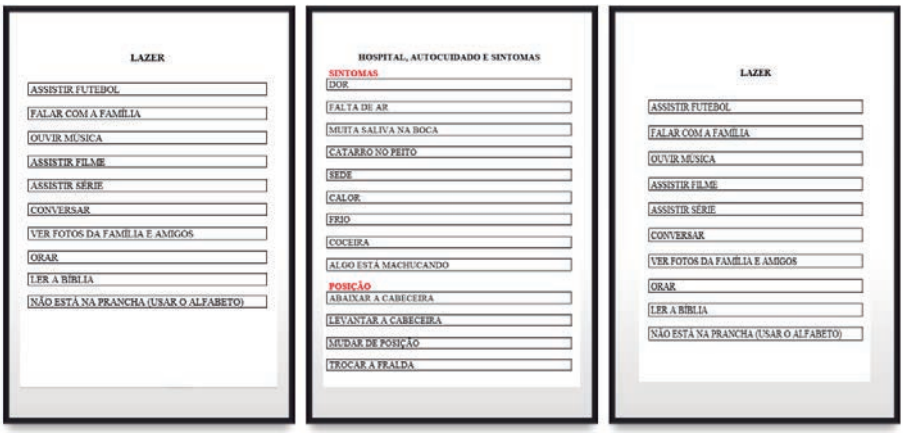
Fonte: Universidade Federal do Rio de Janeiro[16].

De acordo com Santiago e Costello[2], apesar de nem sempre ser possível criar sistemas customizados de comunicação, considerando as complexidades e necessidades do paciente em cuidados paliativos, o uso de pranchas de comunicação com vocabulário preestabelecido tem se mostrado

fundamental para favorecer a comunicação do paciente com a equipe de saúde e os familiares.

A Figura 20 mostra outros modelos de pranchas, mas sem o uso de pictogramas. A escolha do tipo de prancha (com ou sem uso de pictogramas, por exemplo), assim como o número de símbolos, o tamanho da fonte, as imagens, as cores e o conjunto de pranchas necessário para proporcionar uma comunicação funcional, deve ser avaliada levando-se em conta as potencialidades e as dificuldades dos pacientes.

Figura 20 — Modelo de prancha sem pictogramas



Fonte: elaboração INCA.

Ressalta-se que as pranchas com vocabulário preestabelecido são fundamentais no cuidado, sobretudo porque a maioria dos pacientes apresenta dificuldade de se comunicar por meio da escrita e/ou de prancha com as letras do alfabeto, como na Figura 21, por dificuldades cognitivas e motoras. No entanto, caso o paciente seja capaz de escrever ou utilizar uma prancha de alfabeto, priorize esses recursos.

Figura 21 — Modelo de prancha com as letras do alfabeto

1	A	E	I	O	U	SIM	NÃO
2	B	C	D	F	G	NÃO ENTENDI	NOVA PALAVRA
3	H	J	K	L	M	CANSADO	FALTA DE AR
4	P	Q	R	S	T	SONO	DOR
5	V	X	Z	CHEGA	CONTINUAR	CONFUSO	FRIO

Fonte: elaboração INCA.

As pranchas podem ser utilizadas em diferentes recursos de CAA, isto é, nos equipamentos empregados para transmitir a mensagem desejada, como pranchas impressas, *tablet* ou computador. Alguns aplicativos têm versões gratuitas e podem favorecer uma comunicação funcional. Entre eles, destacam-se: 1) sistema operacional IOS: *Go Talk Now*, *Sounding Board* e *Snap Core First*; 2) android: Falaê, *Spe@k*, *Relepatix*, *Araboard* e *Expressia*; 3) computador: o *software* Prancha Fácil.

Em estudo que teve como objetivo verificar o recurso de CAA mais indicado para ser utilizado na situação de internação hospitalar, sob a ótica de pacientes e de terapeutas ocupacionais, mostrou que o tablet foi o recurso escolhido pelos dois grupos. A possibilidade de expressar os desejos e necessidades com o apoio da emissão de som impactou na escolha. Além disso, outros aspectos foram essenciais, como a facilidade de acesso direto por meio de uma tela sensível ao toque, a possibilidade de ampliação das interações com o uso das mídias sociais e o *design* intuitivo do tablet[9].

A escolha do recurso de comunicação deve ser acompanhada de uma avaliação adequada, considerando as condições clínicas e as habilidades de desempenho do paciente. Caso sejam escolhidos recursos de forma aleatória e sem levar em conta as habilidades do paciente, isso poderá repercutir de maneira negativa em sua comunicação.

Flinterud e Andershed[17], em um estudo descritivo, observaram que pacientes traqueostomizados, que se sentiam confiantes quanto a sua capacidade para usar recursos como o iPad, a caneta e o papel, mostraram-se extremamente desapontados quando perceberam que não estavam aptos naquele momento para realizar tal tarefa, e julgaram a comunicação muito cansativa e trabalhosa, e com exigências físicas e mentais além de suas possibilidades.

Nesse sentido, outro aspecto importante para que a CAA possa ser implementada é que os profissionais estejam habilitados para essa intervenção, ou seja, estejam familiarizados com símbolos, recursos, estratégias e técnicas que podem ser utilizados nessa área, bem como os familiares e cuidadores. Diante disso, a presença do terapeuta ocupacional é fundamental, tendo em vista que esses profissionais são capacitados para avaliar diferentes fatores envolvidos no processo de implementação de uma CAA.

Terapeutas ocupacionais seguem um processo sistematizado de avaliação e intervenção para implementar o uso de recursos de CAA. É importante ratificar que tais recursos são ferramentas para o objetivo principal da terapia ocupacional em cuidados paliativos: promover a autonomia e a independência nas ocupações necessárias e/ou desejadas por pacientes e suas famílias. Para investigar a relação desse profissional com a comunicação, é relevante resgatar o conceito de Atividade Instrumental de Vida Diária (AIVD), uma área de ocupação definida pela Associação Americana de Terapia Ocupacional como "atividades para apoio à vida diária em casa e na comunidade"[18], as quais o terapeuta ocupacional está capacitado a reabilitar, promover ou facilitar. Entre as AIVD, a gestão da comunicação se refere a

> [...] enviar, receber e interpretar informações utilizando sistemas e equipamentos, tais como ferramentas de escrita, telefones (incluindo smartphones), teclados, gravadores audiovisuais, computadores ou tablets, painéis de comunicação, luzes de chamada, sistemas de emergência, dispositivos de escrita em Braille, dispositivos de telecomunicação para surdos, sistemas de comunicação aumentativa e assistentes digitais pessoais"[18, p. 30].

Assim, ao facilitar a gestão da comunicação pelo uso de recursos de CAA, terapeutas ocupacionais estão interessados em dar apoio às ocupações do sujeito em cuidados paliativos, tais como comer, estudar, trabalhar, conviver com familiares e decidir sobre a própria saúde. Nesse caso, a gestão da comunicação é um caminho para a participação em outra ocupação. Por outro lado, considerando que se fazer compreendido é de grande importância

para pacientes em cuidados paliativos, a gestão da comunicação encontra fim em si mesma como um objetivo de cuidado.

COMO TERAPEUTAS OCUPACIONAIS IMPLEMENTAM A COMUNICAÇÃO ALTERNATIVA E AMPLIADA NA PRÁTICA CLÍNICA?

Coelho *et al.*[13] descreveram, como primeiro passo, a definição de procedimentos de biossegurança e de avaliação da estabilidade clínica do paciente, o que é especialmente relevante no contexto hospitalar. No segundo momento, realiza-se a avaliação cognitiva dos pacientes para verificar a elegibilidade de uso da CAA. Esse passo é fundamental, já que a seleção de símbolos ou palavras depende de funções cognitivas complexas, como atenção, memória, pareamento e sequenciamento, que podem ser comprometidas pela doença de base, para efeitos do tratamento e/ou da internação hospitalar.

Depois de avaliação criteriosa, implementa-se o uso do recurso de CAA, de acordo com alguns elementos: material do recurso (prancha em papel laminado ou em um aplicativo em tablet ou computador; comunicadores eletrônicos; quadros, entre outros) número de símbolos em cada prancha, tipo de representação gráfica (letras, pictogramas ou ambos), tema da prancha, vocabulário e técnica de seleção utilizada. São exemplos de técnicas de seleção: apontar, tocar no papel ou tela, fixar o olhar em um símbolo, utilizar um *mouse* ocular, ou fazer varredura (quando o profissional ou aplicativo dita as opções disponíveis, e o paciente seleciona a que deseja ao ouvi-la, geralmente por um movimento como assentir com a cabeça, piscar os olhos, ou emitir um som).

Segue a descrição do uso de CAA em um caso em cuidados paliativos.

ESTUDO DE CASO

Biografia: mulher, negra, casada, 76 anos, Ensino Médio completo, sem trabalho remunerado, dois filhos residentes no Rio de Janeiro, evangélica, sente prazer em escutar música, cozinhar para família e viajar.

Questões médicas: internação hospitalar por exacerbação dos sintomas da doença pulmonar obstrutiva crônica. Vulnerabilidade temporária da comunicação secundária a complicações respiratórias, ventilação mecânica não invasiva e medicamentos.

As barreiras para uma comunicação incluíam:

- **Paciente** — dificuldade de se expressar de forma inteligível em virtude do uso de máscara facial com reservatório de oxigênio. Dispneia aos pequenos esforços, astenia e tosse.
- **Equipe** — fala rápida, utilizando em torno de três a quatro frases, dificultando respostas simples em relação aos sintomas e desejos.
- **Família** — não incluía a paciente nas conversas e nas decisões por não conseguir estabelecer uma comunicação funcional.

As estratégias para favorecer uma comunicação funcional incluíam:

- **Recursos de CAA** — pranchas com vocabulário preestabelecido, com seis símbolos.
- **Técnicas de seleção** — por meio da varredura, com o apoio do profissional de saúde e da família. Apesar de a paciente ter habilidade motora para apontar, essa técnica não pôde ser usada, tendo em vista a exacerbação da dispneia. A varredura exigiu que o parceiro de comunicação lesse símbolo por símbolo daquela linha para que a paciente escolhesse.

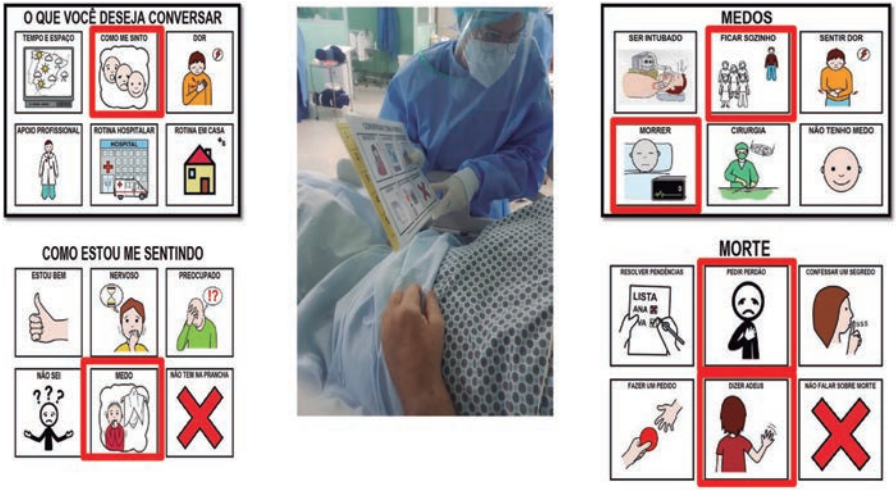
A seguir, são apresentadas algumas orientações que foram realizadas para favorecer o uso e que podem ser utilizadas com outros pacientes:

- Crie uma prancha com os assuntos disponíveis (prancha-sumário).
- Apresente a prancha de comunicação para a paciente, certifique-se que ela esteja compreendendo, escutando e visualizando o conteúdo.
- Procure o melhor lado para estabelecer essa comunicação.
- Defina um sinal de afirmação com ela a partir das suas capacidades (ou seja, acenar com a cabeça, piscar, polegar para cima).
- Aponte para cada linha e pergunte se a mensagem desejada está naquela linha (por exemplo: "Está nesta linha?"). Essa estratégia é importante, em especial, para aquelas pranchas com muitos símbolos.
- Após a definição da linha, aponte pausadamente cada símbolo até que ela possa sinalizar a opção desejada.
- Depois da escolha, confirme se o símbolo escolhido corresponde ao que a paciente deseja comunicar. Importante elaborar um material que permita a continuidade do assunto, como mostra a Figura 22.

Estratégias de comunicação: expressões faciais, flexão e extensão de cervical (assentir com a cabeça) para responder perguntas do tipo "sim" ou "não", e escolher o símbolo desejado.

Como as pranchas foram construídas: a partir dos sintomas mais prevalentes, por meio de perguntas do tipo sim e não, sobre assuntos que deveriam ser contemplados nas pranchas e entrevista com os familiares.

Figura 22 — Pranchas utilizadas para apoiar a resposta da paciente



Fonte: elaboração INCA.

Necessidades atendidas: diminuição das barreiras de comunicação para favorecer a avaliação dos sintomas, a participação em atividades prioritárias e a definição do plano de cuidado.

Recursos-chave: avaliação do terapeuta ocupacional; elaboração e introdução de pranchas impressas a partir das principais necessidades e dos desejos da paciente; instrumentação da equipe e da família em como utilizar na prática as pranchas.

Parceiros-chave: todos os profissionais de saúde que precisavam estabelecer contato com a paciente e seus familiares.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As pessoas em cuidados paliativos, suas famílias e a equipe de saúde enfrentam dificuldades de comunicação que impactam a qualidade da assistência e as decisões, especialmente na finitude da vida. A CAA pode facilitar a interação de pacientes que não se expressam oralmente, desde que utilizada a partir de avaliação adequada das habilidades cognitivas deles, e das condições contextuais da instituição, do ambiente e da prontidão da equipe. Recomenda-se que as equipes de saúde, com destaque especial as de cuidados paliativos, recebam treinamento sobre o uso de recursos de CAA, a fim de promover mais autonomia a pacientes e familiares.

REFERÊNCIAS

1. HOLM A, DREYER P. Intensive care unit patients' experience of being conscious during endotracheal intubation and mechanical ventilation. **Nursing Critical Care**, Oxford, v. 22, n. 2, p. 81-88, July 2015. DOI 10.1111/nicc.12200.

2. SANTIAGO, R.; COSTELLO, J. M. CAA na UTI/primeiros cuidados: abordagem da vulnerabilidade comunicativa e aprimoramento do cuidado. *In*: CHUN, R. Y. S.; REILY, L.; MOREIRA, E. C. (ed.). **Comunicação alternativa**: ocupando territórios. São Carlos: ABPEE, 2015. p. 157-170.

3. ANDRADE, C. G. D. *et al*. Scientific production about palliative care and communication in online journals: a scoping review. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 74, n. 2, e20190378, May 2021. DOI 10.1590/0034-7167-2019-0378.

4. ANDRADE, C. G. de; COSTA, S. F. G. da; LOPES, M. E. L. Cuidados paliativos: a comunicação como estratégia de cuidado para o paciente em fase terminal. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 9, p. 2523-2530, set. 2013. DOI 10.1590/S1413-81232013000900006.

5. MAZOR, K. M. *et al*. Patients' and family members' views on patient-centered communication during cancer care. **Psycho-Oncology**, Chichester, v. 22, n. 11, p. 2487-2495, Nov. 2013. DOI 10.1002/pon.3317.

6. BAILE, W. F. *et al.* SPIKES - a six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. **The Oncologist**, [Dayton, Ohio], v. 5, n. 4, p. 302-311, Aug. 2000. DOI 10.1634/theoncologist.5-4-302.

7. SILVA, C. L. M. *et al*. Caracterização dos recursos de comunicação utilizados por pacientes em cuidados paliativos - revisão integrativa. **Revista CEFAC**, Campinas, v. 19, n. 6, p. 879 -888, Dec. 2017. DOI 10.1590/1982-0216201719613816.

8. HEMSLEY, B. *et al*. An integrative review of patient safety in studies on the care and safety of patients with communication disabilities in hospital. **Patient Education and Counseling**, Limerick, v. 99, n. 4, p. 501-511, Apr. 2016. DOI 10.1016/j.pec.2015.10.022.

9. PELOSI, M. B.; NASCIMENTO, J. S. Uso de recursos de comunicação alternativa para internação hospitalar: percepção de pacientes e de terapeutas ocupacionais. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, São Carlos, v. 26, n. 1, p. 53-61, mar. 2018. DOI 10.4322/2526-8910.ctoAO1157.

10. BITTENCOURT, N. C. C. de M. *et al*. Sinais e sintomas manifestados por pacientes em cuidados paliativos oncológicos na assistência domiciliar: uma revisão integrativa. **Escola de Enfermagem Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, jun. 2021. DOI 10.1590/2177-9465-ean-2020-0520.

11. INTERNATIONAL SOCIETY FOR AUGMENTATIVE AND ALTERNATIVE COMMUNICATION. **What is ACC?** Toronto: ISAAC, 2016. Disponível em: https://isaac-online.org/english/what-is-aac/. Acesso em: 25 jul. 2023.

12. KUO, C. *et al*. The usability of an AAC pain description system for patients with acquired expressive communication disorders. **Augmentative and Alternative Communication**, Abingdon, v. 39, n. 2, p. 61-72, 2023. DOI 10.1080/07434618.2023.2206895.

13. COELHO, P. S. O. *et al*. Sistematização dos procedimentos para a implementação da CAA em uma UTI geral. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, São Carlos, v. 28, n. 3, p. 829-854, jul. 2020. DOI 10.4322/2526-8910.ctoAO1930.

14. AGUILERA, G. B.; OLIVEIRA, H. T. de; BOMBARDA, T. B. Augmentative and alternative communication from the perspective of professionals working in palliative care in the hospital context. **Research, Society and Development**, Vargem Grande Paulista, v. 11, n. 13, e366111335532, Oct. 2022. DOI 10.33448/rsd-v11i13.35532.

15. NASCIMENTO, J. S. *et al*. **de comunicação alternativa para pacientes com covid-19 contribuições da terapia ocupacional da UFRJ**. Rio de Janeiro: UFRJ, 2020. Disponível em: https://www.gov.br/mdh/pt-br/assuntos/noticias/2020-2/maio/ministerio-e-ufrj-disponibilizam-material-que-facilita-a-comunicacao-em-ambiente-hospitalar/PRANCHASDECOMUNICAOALTERNATIVACOVID19_TerapiaOcupacional_UFRJ.pdf. Acesso em: 2 ago. 2023.

16. UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO. LabAsstistiva. **Comunicação alternativa para pacientes com Covid**. Rio de Janeiro: Terapia Ocupacional UFRJ, 2020. (Caderno de comunicação Covid-19, v. 2). 1 PowerPoint. Disponível em: http://www.portalassistiva.com.br/pranchas/atividades.php?opcao=4&cod_atividade=2918. Acesso em: 16 fev. 2024.

17. FLINTERUD S. I.; ANDERSHED, B. Transitions in the communication experiences of tracheostomised patients in intensive care: a qualitative descriptive study. **Journal of Clinical Nursing**, Oxford, v. 24, n. 1, p. 15-16, Aug. 2015. DOI 10.1111/jocn.12826.

18. AMERICAN OCCUPATIONAL THERAPY ASSOCIATION. **Enquadramento da prática da terapia ocupacional**: domínio & processo. 4. ed. [Leiria. PT]: Escola Superior de Saúde, Politécnico de Leiria, 2020. Disponível em: https://iconline.ipleiria.pt/handle/10400.8/6370. Acesso em: 27 ago. 2023.

CAPÍTULO 16: ASPECTOS ÉTICO--JURÍDICOS DOS CUIDADOS PALIATIVOS NO BRASIL

INTRODUÇÃO

Quando se fala em cuidados paliativos, é muito comum perceber mal--entendidos sobre seu objetivo. Há um receio, por parte de alguns profissionais de saúde, de responderem legalmente pela prática.

Por vezes, assuntos como eutanásia, omissão e negligência podem surgir, seja por parte de familiares e pacientes, seja por colegas da área da saúde. Essa ideia se dá por falta de conhecimento sobre os cuidados paliativos, seus conceitos e como ele é realizado. Entender mais claramente as diferenças ajuda no diálogo e na divulgação do conhecimento e deixa o profissional de saúde mais seguro de suas ações no dia a dia.

Dessa forma, este capítulo tem como objetivo expor o que a legislação brasileira disserta até o momento sobre os cuidados paliativos, dando exemplos do embasamento jurídico, dos direitos dos pacientes e dos deveres dos profissionais de saúde a fim de orientar colegas e estudantes sobre os aspectos mais importantes da legalidade dessa modalidade de cuidado.

ALGUNS CONCEITOS FUNDAMENTAIS

Para compreender a diferença entre a prática de cuidados paliativos e essas outras situações, é necessário conhecer a parte jurídica da prática médica e o que seria um crime por omissão, por negligência ou por eutanásia.

Segundo o Código Penal brasileiro[1]:

> Relação de causalidade
>
> Art. 13 - O resultado, de que se depende a existência do crime, somente é imputável a quem lhe deu causa. Considera-se causa ação ou omissão sem a qual o resultado não teria ocorrido.
>
> [...]
>
> *§ 2º* A omissão é penalmente relevante quando o omitente devia e podia agir para evitar o resultado.

> [...]
>
> Homicídio simples
>
> Art. 121 – Matar alguém.
>
> [...]
>
> Homicídio culposo
>
> § 4º No homicídio culposo, a pena é aumentada de 1/3 se o crime resulta da inobservância de regra técnica de profissão, arte ou ofício, ou se o agente deixa de prestar imediato socorro à vítima, não procura diminuir as consequências do seu ato, ou foge para evitar prisão em flagrante.

Observando os artigos acima citados, é possível perceber que a omissão se dá quando a ação omitida mudaria o desfecho. Quando se fala do processo ativo de morte, por exemplo, não há conduta médica que possa mudar o desfecho do paciente, que é a morte. As condutas podem, no máximo, prolongar o processo do morrer, mas o desfecho ainda é o mesmo. Desse modo, o médico não pode ser imputado por omissão por não indicar suporte avançado de vida ou outras condutas que julgue potencialmente inapropriadas nessa fase, já que, com ou sem elas, o paciente evoluirá à óbito.

Além disso, é importante ressaltar a diferença entre eutanásia, distanásia e ortotanásia, além dos sentidos estabelecidos para as expressões "obstinação terapêutica" e "procedimentos potencialmente inapropriados":

- Eutanásia — quando a ação do profissional de saúde, tomada com consciência em relação às suas consequências, é a causa direta do óbito do paciente. Por exemplo: o médico injeta substância que para o coração ou a respiração do paciente naquele mesmo momento, abreviando a vida e/ou adiantando o processo de morrer.
- Distanásia — quando o profissional de saúde instala substâncias ou procedimentos que vão prolongar o processo de morrer, mesmo sabendo que a morte é inevitável. Por exemplo: o médico intuba o paciente com neoplasia de pulmão avançada que entra em insuficiência respiratória em decorrência da própria doença, que já não é passível de tratamento. Ou seja, o paciente não tem como se recuperar da insuficiência respiratória e sair do respirador, de modo que o óbito é inevitável.
- Ortotanásia — quando o profissional de saúde procura respeitar o processo de morrer, instalando medidas ou procedimentos que vão aliviar os sintomas do paciente sem, contudo, adiantar ou atrasar seu óbito, que ocorrerá em seu momento natural. Por exemplo: o médico

prescreve morfina em bomba infusora contínua em dose proporcional à necessidade do paciente, para controlar dor ou dispneia.

- Procedimentos potencialmente inapropriados e obstinação terapêutica — procedimentos diagnósticos ou terapêuticos desproporcionais e desnecessários no contexto do paciente, prolongando o sofrimento, em nada contribuindo para a qualidade de vida do paciente ou a alteração do desfecho, gerando distanásia.

ALGUNS MARCOS LEGAIS DOS CUIDADOS PALIATIVOS NO BRASIL

Apesar de o conceito de eutanásia ser globalmente utilizado, o termo *ortotanásia* foi cunhado somente no Brasil.

Em 2006, quando a Câmara Técnica de Terminalidade da Vida e Cuidados Paliativos, criada pelo CFM, fez a Resolução nº 1.805[2], que versa sobre a permissão ao médico de suspender procedimentos sustentadores de vida em caso de doença grave e incurável, essa Resolução foi caçada pelo Ministério Público. Isso se deu por um entendimento do Ministério Público de que o termo ortotanásia era sinônimo de eutanásia passiva (omissão) e que essa Resolução (à época chamada de resolução da ortotanásia), incitava a prática. Em 2010, entretanto, após quatro anos de discussões acerca do tema, a resolução foi julgada legal em parecer do Ministério Público[3]. Aplica-se a ela, então, o efeito conhecido como *erga omnes*, ou seja, passa a ter poder de lei em todo território nacional. Segundo a Resolução CFM nº 1.805 de 2006[2]:

> Art. 1º É permitido ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente em fase terminal, de enfermidade grave e incurável, respeitada a vontade da pessoa ou de seu representante legal.
>
> [...]
>
> Art. 2º O doente continuará a receber todos os cuidados necessários para aliviar os sintomas que levam ao sofrimento, assegurada a assistência integral, o conforto físico, psíquico, social e espiritual, inclusive assegurando-lhe o direito de alta hospitalar.

Em 2018, o CFM, em seu novo Código de Ética Médica[4], versou sobre os cuidados paliativos e sobre o reconhecimento, pelo médico, de doenças irreversíveis e terminais, bem como sobre o dever de evitar procedimentos inúteis. Chamam-se procedimentos potencialmente inapropriados aqueles

que em nada vão mudar o desfecho do paciente, além de não trazerem nenhum alívio de sintomas, não tendo assim nenhuma função técnica. Conforme o novo Código de Ética Médica[4]:

> Capítulo I
>
> Princípios fundamentais
>
> [...]
>
> XXII - Nas situações clínicas irreversíveis e terminais, o médico evitará a realização de procedimentos diagnósticos e terapêuticos desnecessários, e propiciará aos pacientes sob sua atenção todos os cuidados paliativos apropriados.
>
> [...]
>
> Capítulo V
>
> Relação com paciente e familiares
>
> É vedado ao médico:
>
> [...]
>
> Art. 35. Exagerar a gravidade do diagnóstico ou do prognóstico, complicar a terapêutica ou exceder-se no número de visitas, consultas ou quaisquer outros procedimentos médicos.
>
> Art. 36. Abandonar paciente sob seus cuidados.
>
> [...]
>
> *§ 2º* Salvo por motivo justo, comunicado ao paciente ou aos seus familiares, o médico não abandonará o paciente por ser este portador de moléstia crônica ou incurável e continuará a assisti-lo ainda que para cuidados paliativos.
>
> [...]
>
> Art. 41. Abreviar a vida do paciente, ainda que a pedido deste ou de seu representante legal.
>
> Parágrafo único. No caso de doença grave e terminal, deve o médico oferecer todos os cuidados paliativos disponíveis sem empreender ações diagnósticas ou terapêuticas inúteis ou obstinadas, levando sempre em consideração a vontade expressa do paciente ou, na sua impossibilidade, a de seu representante legal.

É possível compreender, então, a partir do exposto até o momento, que os cuidados paliativos são um direito dos pacientes, bem como um dever do profissional de saúde, quando necessário. Além disso, não se configuram como omissão ou eutanásia, visto que os pacientes em questão possuem doença grave e incurável, e a não instituição de medidas fúteis não muda o desfecho da doença, mas garante uma melhor qualidade de vida e um processo mais natural do morrer.

É importante ressaltar que tais princípios estão de acordo com os princípios básicos da saúde de autonomia do paciente, beneficência e não maleficência. Ainda no que diz respeito à autonomia do paciente, existe mais uma lei, cunhada em São Paulo a esse respeito, conhecida como Lei Covas[5]. Ela discorre sobre os direitos dos usuários dos serviços de saúde no Estado de São Paulo, abrindo precedência:

> Artigo 2º - São direitos dos usuários de serviço de saúde de São Paulo:
>
> I - ter um atendimento digno, atencioso e respeitoso;
>
> [...]
>
> VII – consentir ou recusar, de forma livre, voluntária e esclarecida, com adequada informação, procedimentos diagnósticos ou terapêuticos a serem nele realizados;
>
> [...]
>
> XXIII - recusar tratamentos dolorosos ou extraordinários para tentar prolongar a vida;
>
> XXIV - optar pelo local de morte[5].

DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE

As diretivas antecipadas de vontade também garantem ao paciente autonomia no seu cuidado. Nelas, o paciente que possua doença crônica, grave e incurável pode expressar seus desejos acerca de seu fim de vida, por exemplo, a recusa a certos procedimentos terapêuticos e diagnósticos (Capítulo 18).

As diretivas antecipadas de vontade **não** precisam ser realizadas em cartório, mas há essa possibilidade, caso o paciente assim deseje. O fundamental é ser expressa, de forma livre e esclarecida, ao profissional de saúde, que deve registrar em prontuário. Pode ser feita diretamente também aos seus familiares, e esses, em caso de o paciente não estar consciente para falar sobre suas próprias vontades, expressarem ao profissional de saúde essas diretivas.

Sobre as diretivas, há também a Resolução do CFM nº 1.995, de 2012[6]:

> Art. 1º Definir diretivas antecipadas de vontade como conjunto de desejos, prévia e expressamente manifestados pelo paciente, sobre cuidados e tratamentos que quer, ou não, receber no momento em que estiver incapacitado de expressar, livre e autonomamente, sua vontade.
>
> Art. 2º Nas decisões sobre cuidados e tratamentos de pacientes que se encontram incapazes de comunicar-se, ou de expressar de maneira livre e independente suas vontades, o médico levará em consideração suas diretivas antecipadas de vontade.
>
> § 1º Caso o paciente tenha designado um representante para tal fim, suas informações serão levadas em consideração pelo médico.
>
> § 2º O médico deixará de levar em consideração as diretivas antecipadas de vontade do paciente ou representante legal que, em sua análise, estiverem em desacordo com os preceitos ditados pelo Código de Ética Médica.
>
> § 3º As diretivas antecipadas de vontade do paciente prevalecerão sobre qualquer outro parecer não médico, inclusive sobre o desejo dos familiares.
>
> § 4º O médico registrará, no prontuário, as diretivas antecipadas de vontade que lhe foram diretamente comunicadas pelo paciente.

Vale ressaltar que o prontuário tem fé pública, ou seja, tudo o que nele é escrito é considerado verdade até que provado o contrário. Desse modo, é de extrema importância que o profissional de saúde sempre anote a enfermidade do paciente, os motivos pelo qual essa enfermidade é considerada incurável, e porque os procedimentos foram indicados ou não indicados. Assim, fica respaldado de sanções legais causadas por eventuais processos.

Qualquer pessoa, na justiça brasileira, pode processar outra pessoa. É sempre importante uma comunicação clara, compassiva e cuidadosa aos pacientes e familiares, a fim de que eles entendam a doença que possuem, suas complicações e suas possibilidades terapêuticas, sejam elas curativas ou paliativas. Não é obrigação do paciente ou familiar entender as possibilidades técnicas, de modo que sempre desejarão que se faça todo o possível. Cabe ao profissional de saúde, após estudar a doença do paciente e suas individualidades, entender o que é de fato possível em cada situação e agir de acordo com as possibilidades.

O QUE HÁ DE NOVO NA LEGISLAÇÃO BRASILEIRA

Mais recentemente, houve a primeira formalização dos cuidados paliativos no Sistema Único de Saúde (SUS), com a Resolução do Ministério da Saúde nº 41, de 31 de outubro de 2018[7], que dispõe sobre as diretrizes para a organização dos cuidados paliativos no âmbito do SUS:

> Art. 1º Dispor sobre as diretrizes para a organização dos cuidados paliativos, à luz dos cuidados continuados integrados, no âmbito Sistema Único de Saúde (SUS).
>
> Parágrafo único: Os cuidados paliativos deverão fazer parte dos cuidados continuados integrados ofertados no âmbito da RAS.
>
> Art. 2º Cuidados paliativos consistem na assistência promovida por uma equipe multidisciplinar, que objetiva a melhoria da qualidade de vida do paciente e seus familiares, diante de uma doença que ameace a vida, por meio da prevenção e alívio do sofrimento, da identificação precoce, avaliação impecável e tratamento de dor e demais sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais.
>
> Parágrafo único: Será elegível para cuidados paliativos toda pessoa afetada por uma doença que ameace a vida, seja aguda ou crônica, a partir do diagnóstico desta condição.

Essa resolução dispõe ainda que os cuidados paliativos devem ser ofertados em todos os pontos da rede de saúde, como Atenção Básica, atenção domiciliar, atenção ambulatorial, urgência e emergência, além da atenção hospitalar. Para complementá-la, foi publicada a Portaria GM/MS nº 3.681, de 7 de maio de 2024[8], instituindo a Política Nacional de Cuidados Paliativos no âmbito do SUS. Nela, o conceito e os princípios dos cuidados paliativos são ressaltados:

> Art 1º:
>
> § 1º Para os fins deste Anexo, compreende-se como cuidados paliativos as ações e os serviços de saúde para alívio da dor, do sofrimento e de outros sintomas em pessoas que enfrentam doenças ou outras condições de saúde que ameaçam ou limitam a continuidade da vida
>
> [...]
>
> Art 2º São princípios da PNCP:

I - valorização da vida e consideração da morte como um processo natural;

II - respeito aos valores, crenças e práticas culturais e religiosas da pessoa cuidada;

III - respeito à autonomia do indivíduo, com atenção especial na tomada de decisão substituta no caso de crianças e pessoas curateladas ou tuteladas, resguardados os princípios bioéticos dos códigos profissionais e das leis relacionadas ao tema;

IV - oferta dos cuidados paliativos em todo o ciclo de vida, de forma indistinta para pessoas em sofrimento por qualquer condição clínica que ameace a continuidade da vida;

V - início das investigações necessárias para melhor compreender e controlar situações clínicas que ameacem a continuidade da vida;

VI - início precoce dos cuidados paliativos, ofertados em conjunto com o tratamento da doença;

VII - promoção da melhoria do curso da doença e reconhecimento do sofrimento em suas dimensões física, psicoemocional, espiritual e social;

VIII - aceitação da evolução natural da doença, não acelerando a morte e recusando tratamentos e procedimentos diagnósticos que possam causar sofrimento ou medidas que venham a prolongar artificialmente o processo de morrer;

IX - promoção de modelo de atenção centrado nas necessidades de saúde da pessoa cuidada e de sua família, incluindo o acolhimento ao luto;

X - prestação do cuidado paliativo por equipe multiprofissional e interdisciplinar;

XI - comunicação sensível e empática, com respeito à verdade e à honestidade em todas as questões que envolvem pessoas cuidadas, familiares, cuidadores e profissionais; e

XII - observância à Diretiva Antecipada de Vontade - DAV da pessoa cuidada[8].

Em 2022, foi aprovado o Projeto de Lei nº 2.460[9], que criou o Programa Nacional de Cuidados Paliativos. Essa lei define o que são cuidados paliativos, o que é obstinação terapêutica, os deveres e direitos dos pacientes e familiares, além dos deveres do próprio Programa Nacional de Cuidados Paliativos, como o acesso às medicações opioides, a ampliação dos recursos materiais e dos profissionais e a educação continuada.

Alguns pontos do Projeto de Lei que reforçam o que foi visto até agora:

> Art. 1º. A presente Lei consagra o direito de acesso aos Cuidados Paliativos nos serviços de saúde em âmbito Nacional, em todos os níveis de atenção à saúde e institui o Programa Nacional de Cuidados Paliativos, centrado na prevenção e alívio do sofrimento físico, psicológico, social e espiritual, na melhoria da qualidade de vida e no apoio ao paciente e seus familiares, quando associados à doença que ameace a continuidade da vida.
>
> Art. 2º. Para efeitos da presente Lei, entende-se por:
>
> I. Cuidados paliativos: consistem em cuidados ativos promovidos por equipe multidisciplinar a pacientes de qualquer idade que enfrentam intenso sofrimento relacionado à saúde, estendendo os cuidados às suas famílias e cuidadores, objetivando a melhoria da qualidade de vida por meio da prevenção e alívio do sofrimento, da identificação precoce, da avaliação correta e tratamento da dor e demais sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais.
>
> [...]
>
> V. Obstinação terapêutica: procedimentos diagnósticos e terapêuticos desproporcionais, fúteis e desnecessários, no contexto de cada paciente, prolongando o sofrimento e a agonia e em nada contribuem para a qualidade de vida do paciente que vive a terminalidade.
>
> [...]
>
> Art. 3º. [...]
>
> Parágrafo único. Os cuidados paliativos devem ser ofertados o mais precocemente possível no curso de qualquer doença ameaçadora da continuidade da vida, com o objetivo de garantir maior autonomia, melhor qualidade de vida ao paciente e seus familiares,

> mediante prevenção e alívio do sofrimento físico, psicológico, social e espiritual, estendendo à fase de luto[9].

Desse modo, os cuidados paliativos já estão previstos no Brasil como um direito de todos os cidadãos, inclusive com a obrigação de fornecimento pelo SUS.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os cuidados paliativos não constituem um tema polêmico ou controverso, mas sim uma especialidade e uma prática já cunhadas pelo Legislativo e pela AMB, que deve ser oferecida aos pacientes. Portanto, é necessário que os profissionais aprendam sobre os cuidados paliativos e sobre como praticá-los de forma técnica, ética e compassiva, a fim de melhorar a assistência a todos os pacientes.

REFERÊNCIAS

1. BRASIL. **Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940**. Código Penal. Brasília, DF: Presidência da República, 1940. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848compilado.htm. Acesso em: 10 jan. 2024.
2. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (Brasil). **Resolução CFM nº 1.805, de 9 de novembro de 2006**. Brasília, DF: CFM, 2006. Disponível em: https://encurtador.com.br/a9fB1 Acesso em: 10 jan. 2024.
3. BRASIL. Ministério Público Federal. **Sentença nº 0014718-75.2007.4.01.3400**. Ação civil pública com pedido de antecipação de tutela ajuizada pelo Ministério Público Federal contra o Conselho Federal de Medicina pleiteando o reconhecimento da nulidade da Resolução CFM nº 1805/2006 e alternativamente sua alteração a fim de que se definam critérios a serem seguidos para a prática da ortotanásia. Brasília, DF: Ministério Público Federal, 2007. Disponível em: https://www.conjur.com.br/dl/sentenca-resolucao-cfm-180596.pdf. Acesso em: 10 out. 2023.
4. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (Brasil). **Código de ética médica**: resolução CFM nº 2.217, de 27 de setembro de 2018, modificada pelas Resoluções nº 2.222/2018 e 2.226/2019. Brasília, DF: CFM, 2019. Disponível em: https://portal.cfm.org.br/images/PDF/cem2019.pdf. Acesso em: 10 jan. 2024.

5. SÃO PAULO (Estado). Assembleia Legislativa. **Lei nº 10.241, de 17 de março de 1999**. Dispõe sobre os direitos dos usuários dos serviços e das ações de saúde no Estado. São Paulo: Alesp, 1999. Disponível em: https://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/lei/1999/lei-10241-17.03.1999.html#:~:text=Disp%C3%B5e%20sobre%20os%20direitos%20dos,a%C3%A7%C3%B5es%20de%20sa%C3%BAde%20no%20Estado. Acesso em: 10 jan. 2024.
6. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (Brasil). **Resolução CFM nº 1.995/2012**. Dispõe sobre as diretivas antecipadas de vontade dos pacientes. Brasília, DF: CFM, 2012. Disponível em: https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2012/1995. Acesso em: 10 jan. 2024.
7. BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº 41, de 31 de outubro de 2018**. Dispõe sobre as diretrizes para a organização dos cuidados paliativos, à luz dos cuidados continuados integrados, no âmbito Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2018/res0041_23_11_2018.html. Acesso em: 10 jan. 2024.
8. BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS no 3.681, de 7 de maio de 2024**. Institui a Política Nacional de Cuidados Paliativos - PNCP no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, por meio da alteração da Portaria de Consolidação GM/MS nº 2, de 28 de setembro de 2017. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-3.681-de-7-de-maio-de-2024-561223717. Acesso em: 20 ago. 2024.
9. BRASIL. Congresso Nacional. Câmara dos Deputado. **Projeto de Lei nº 2460/2022**. Institui o Programa Nacional de Cuidados Paliativos e dá outras providências. Brasília, DF: Câmara dos Deputados, 2022. Disponível em: https://www.camara.leg.br/propostas-legislativas/2335035. Acesso em: 20 out. 2023.

CAPÍTULO 17: ADEQUAÇÃO TERAPÊUTICA

INTRODUÇÃO

Esse tratamento é adequado nesse momento? Eis uma pergunta que deve nortear, constantemente, a conduta do profissional de saúde, considerando riscos, benefícios e, sobretudo, conforto e comodidade para os pacientes em diferentes fases de sua doença.

Muitos profissionais erroneamente entendem cuidados paliativos como sinônimo de limitação de suporte ou de opção por suporte não invasivo. Não é raro ouvir expressões como "já é paliativo", "paliei o paciente". Entretanto, é importante frisar que esse tipo de cuidado deve ser oferecido precocemente a todos os pacientes portadores de doenças graves e ameaçadoras da vida, independentemente do momento da trajetória da doença em que estejam, sempre mantendo o foco na qualidade de vida e no controle de sintomas, com delineamento precoce de um plano de cuidados que contemple todas as demandas do paciente em questão[1].

Sob o olhar correto da definição, os cuidados paliativos devem ser incluídos tanto no cenário de oferta plena de suporte artificial de vida (como ventilação mecânica, terapia de substituição renal, circulação extracorpórea, aminas vasoativas, nutrição artificial), quanto na limitação de tal suporte. Em muitas situações, os cuidados paliativos podem ser ofertados pelos profissionais que estão cuidando da doença de base, desde que tenham expertise suficiente para atender as demandas apresentadas pelo paciente e seus familiares naquele momento. Por isso, reforça-se a importância da inclusão de cuidados paliativos na grade curricular dos cursos de graduação da área da saúde (Capítulo 9). Entretanto, há estudos demonstrando maior satisfação, redução do tempo de internação e maior proporção de delineamento de plano de cuidados quando o especialista em cuidados paliativos é inserido na equipe assistencial, especialmente no contexto de terapia intensiva[2].

Pacientes com doenças avançadas demandam recursos potencialmente capazes de promover o adequado manejo de sintomas e, assim, interferir na qualidade de sua morte, fazendo-se necessária a participação do especialista em cuidados paliativos na equipe assistencial. Nesse momento, tão imprescindível quanto tratar ativamente os sintomas é avaliar adequadamente a proporcionalidade do cuidado, considerando a descontinuação de terapias que não gerem mais benefícios, que possam causar danos ou que não

justifiquem os recursos alocados. Como exemplos, pode-se citar o uso de determinados medicamentos, a realização de procedimentos invasivos e a opção por intervenções diagnósticas.

No entanto, verifica-se que muitos pacientes em processo de terminalidade costumam receber uma assistência inadequada por meio de recursos incapazes de tratar adequadamente os sintomas angustiantes mais prevalentes nessa fase da doença, prolongando o sofrimento e a dor[3,4]. Dessa forma, este capítulo tem por objetivo abordar a temática da adequação terapêutica nos cuidados paliativos.

ADEQUAÇÃO TERAPÊUTICA

Trata-se de uma decisão compartilhada, multifatorial e complexa, norteada pela autonomia e pelos valores do paciente e de sua família, de ajuste de recursos terapêuticos adequados a cada diagnóstico e a cada fase da doença[5]. O plano terapêutico elaborado para o paciente portador de uma doença progressiva e incurável deve ser revisitado periodicamente, especialmente por ocasião de eventos-sentinela, intercorrências clínicas, complicações do tratamento, internações não programadas ou mesmo demandas do paciente

Adequação terapêutica pode envolver a decisão de abstenção ou suspensão de tratamentos e procedimentos considerados desproporcionais, ou seja, com maior probabilidade de causar mais danos do que benefícios, mediante um contexto irreversível, como no momento de cuidados em fim de vida[6,7]. Adicionalmente, são mantidas as medidas capazes de proporcionar bem-estar físico e psicológico no processo de morrer[8,9].

Pode-se dizer que promover a adequação terapêutica ou o tratamento proporcional — expressão bastante utilizada na prática clínica — equivale à promover a ortotanásia, ou seja, garantir que a morte não seja postergada ou antecipada, lançando-se mão unicamente de cuidados e tratamentos adequados e sem o uso de intervenções potencialmente inapropriadas[10], distinguindo-se, assim, da distanásia e da eutanásia, definições que envolvem a intenção de prolongamento ou aceleração do processo de morte, respectivamente[8]. Não necessariamente precisam ser oferecidos todos ou nenhum suporte ou tratamento, e, por vezes, o chamado “caminho do meio” é o mais adequado.

Um exemplo é o de um paciente de 58 anos com câncer de cólon avançado, já sem benefício em prosseguir com quimioterapia, mas mantendo boa funcionalidade (KPS de 80%), sem sintomas significativos, albumina, PCR e leucograma normais, sem caquexia, interna por pneumonia. Havendo necessidade, o uso de noradrenalina em dose baixa pode ser considerado

proporcional, assim como estar em Centro de Tratamento Intensivo. Nesse caso, a resposta ao tratamento deve ser reavaliada diariamente, reprogramando os passos seguintes. Em caso de necessidade progressiva de aumento de suporte artificial à vida sem resposta satisfatória, uma adequação à terapêutica instituída deverá ser realizada.

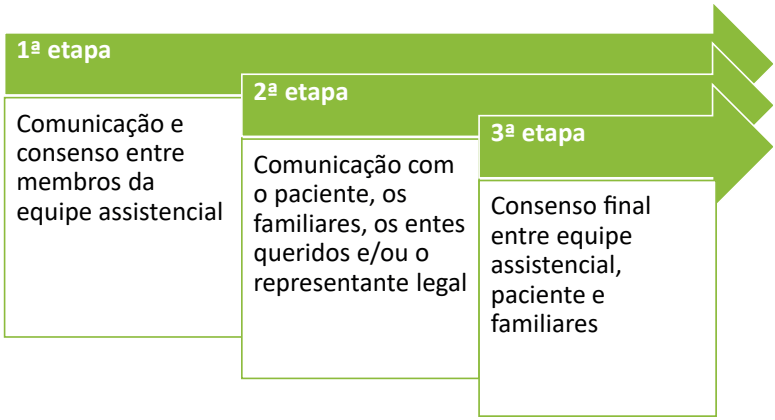
Destaca-se que é cabível pensar em limitação de suporte (seja não introdução, seja retirada de um suporte já instituído) em um contexto de doença incurável, avançada, considerada em fase terminal, segundo a história natural de cada doença. Nessa fase da doença, a evolução já não pode ser modificada com tratamentos específicos (como quimioterapia). Não pode haver dúvida quanto a esse diagnóstico. Em caso de dúvidas, sugere-se que o suporte artificial de vida seja mantido ou introduzido e o quadro seja reavaliado pela equipe diariamente, preferencialmente por equipe multidisciplinar com médicos das especialidades envolvidas e outros profissionais de saúde. Nesse contexto, estão relacionadas a Resolução do CFM nº 1.805, de 2006[11], a Resolução CFM nº 1.995, de 2012[12], o parágrafo único do artigo 41 do Código de Ética Médica[13] e a Resolução do Conselho Regional de Medicina de São Paulo (Cremesp) nº 355, de 2022[14] (Capítulo 16).

Etapas para adequação terapêutica

Como um processo multifatorial, a adequação terapêutica nos cuidados de fim de vida, por exemplo, envolve etapas que devem ser cumpridas e registradas em prontuário por toda equipe multiprofissional (Figura 23)[15]:

- Primeira etapa — comunicação e consenso entre membros da equipe assistencial.
- Segunda etapa — comunicação com paciente e familiares e/ou representante legal.
- Terceira etapa — consenso final entre equipe e paciente, familiar e/ou representante legal.

Figura 23 — Fluxograma das etapas para adequação terapêutica



Fonte: Corradi-Periniet e Pessini[15].

A primeira etapa é essencialmente técnica. O médico deve reavaliar o paciente levando em consideração o estágio da doença de base, bem como a presença de intercorrências e a resposta aos tratamentos instituídos, fazendo, assim, uma criteriosa avaliação prognóstica, considerando a sobrevida estimada e o que é esperado de efeito de tratamentos modificadores de doença e da resposta a tratamentos instituídos até então (Capítulo 13).

Em seguida, deve elencar quais seriam as possibilidades tecnicamente corretas de tratamentos a serem ofertados e os desfechos esperados para cada uma delas (chances de sobrevida e em quais condições), sem deixar de considerar os impactos gerados nos pacientes (duração do tratamento, facilidade de controlar sintomas, queda da funcionalidade, independência, cognição e autonomia), entre outros aspectos. A participação de médicos de diferentes especialidades (intensivista, paliativista e oncologista, por exemplo) deve ser incentivada sempre que possível, assim como de profissionais de outras categorias que, por ocasião da avaliação prognóstica, mostra-se de grande valia e é altamente recomendada.

Identificando-se a necessidade de adequar a terapêutica em curso, quando o tratamento em curso é considerado desproporcional, deve-se informar e discutir o cuidado a ser adotado com toda a equipe assistencial envolvida nos cuidados do paciente, de forma a obter um consenso.

Concluída a primeira etapa, um processo de diálogo entre paciente (sempre que esteja com autonomia preservada e assim o desejar), familiares, entes queridos e/ou representante legal é conduzido de forma que proporcione clareza sobre a evolução e o prognóstico do quadro apresentado, assim como

sobre as perspectivas, opções terapêuticas existentes, consequências prováveis, riscos, benefícios e incertezas. Nesse momento, a equipe toma conhecimento ou se aprofunda acerca dos valores e das preferências do paciente relacionados a tais opções a partir de uma escuta cuidadosa. Sempre deve ser questionado se há diretivas antecipadas de vontade, quando o paciente não puder falar por si (Capítulo 18):

> Com base nesse conjunto de informações, profissionais de saúde, pacientes e familiares se engajam juntos em um processo deliberativo no qual buscam um consenso sobre o melhor caminho a seguir, tendo em vista as possibilidades técnicas e as preferências dos pacientes. Dentro desse modelo, nem os profissionais de saúde, nem os pacientes ou seus familiares sabem com total certeza e a priori qual a melhor decisão a ser tomada. Esta será construída através do diálogo continuado, do esforço autêntico de compreensão mútua e da abertura para reavaliação de pontos de vista e de decisões prévias[16, p. 4].

A partir dessas conferências, um plano de cuidados acerca dos próximos passos do tratamento a ser ofertado ao paciente deve ser elaborado, sempre em consenso entre equipe, paciente e familiares. Ressalta-se que, nesse momento, possuir habilidades de comunicação de notícias difíceis revela-se essencial (Capítulo 14). Todas as etapas devem ser registradas em prontuário.

É importante sinalizar que essas etapas precisam ser seguidas em sequência, uma vez que iniciar uma conferência familiar (segunda etapa) sem haver consenso entre a equipe pode causar problemas graves de comunicação, fragilizando a relação do profissional de saúde com o paciente e sua família e gerando grande insegurança e aumento do sofrimento.

Muito se fala em decisão compartilhada entre profissional de saúde, paciente e familiar, e essa é uma prática que deve ser estimulada. Entretanto, o profissional de saúde precisa ter consciência que ele domina questões técnicas e não pode terceirizar essas decisões. Ao paciente e ao familiar caberá tão somente decidir qual dos caminhos tecnicamente corretos estaria mais alinhado com seus valores e preferências[17]. Perguntas como: “quer que intube?” ou “é para reanimar se tiver parada cardíaca?”, jamais devem ser feitas aos familiares, uma vez que precisam de conhecimentos técnicos para serem respondidas.

Tipos de adequação terapêutica

Classicamente, a adequação terapêutica pode ser dividida em não iniciar uma medida (abstenção, *withholding*) ou em retirar uma medida em curso (suspensão, *withdrawing*)[18].

Não iniciar ou retirar um tratamento, mesmo que resulte em morte, pode ser realizado exclusivamente em caso de doença em estágio terminal, sem perspectiva de cura, em fase que o tratamento modificador de doença seja ineficaz e o óbito, portanto, inevitável. No entanto, deve ser uma medida tomada após uma criteriosa avaliação prognóstica, alinhada com valores do paciente, com ciência e concordância do paciente, da família ou do responsável legal e registrada em prontuário (seja hospitalar, seja domiciliar). O controle de sintomas é imperativo.

É comum o profissional de saúde sentir-se mais confortável em propor a não introdução (abstenção) do que a retirada de suporte artificial à vida (suspensão) pela impressão que o segundo poderia causar a morte de um paciente. Entretanto, ambas as situações levam ao mesmo desfecho e são equivalentes eticamente. Não obstante, não realizar a adequação terapêutica pode promover a distanásia em diversas situações. Equipes despreparadas para a adequação terapêutica aumentam o sofrimento de pacientes, de familiares e da própria equipe assistencial[19,20].

Antes de propor a limitação do suporte artificial à vida, seja por não introdução, seja por retirada, é essencial que haja certeza da terminalidade do quadro. Em caso de dúvida, deve-se sempre optar por ofertar o suporte e proceder reavaliação periódica, observando se há resposta ao suporte instituído e se o tratamento segue sendo proporcional ou não. Atente-se que a não oferta ou a retirada do suporte frequentemente é um ato não passível de reversão.

Como exemplo, um homem de 52 anos é socorrido por vizinhos e levado a um pronto atendimento. Os acompanhantes desconhecem sua história clínica. Ele está sonolento, não consegue informar adequadamente sobre comorbidades ou medicamentos em uso, emagrecido, com moderada distensão abdominal, edema leve de membros inferiores, hipotenso, taquipneico. Evolui rapidamente para insuficiência respiratória. A equipe prontamente procede intubação orotraqueal, inicia ventilação mecânica invasiva e aminas vasoativas. Exames laboratoriais mostram elevação de escórias nitrogenadas, com acidose e hipercalemia. Quando chegam os familiares, a equipe é informada que o paciente possui câncer de estômago avançado, com carcinomatose peritoneal e obstrução intestinal, sem proposta de seguir tratamento oncológico específico.

Nesse caso fictício, considerando apenas o câncer avançado com obstrução intestinal por carcinomatose, a sobrevida estimada é de poucas

semanas, com óbito inevitável, e, portanto, considerada doença terminal. O desconhecimento do caso pela equipe levou, corretamente, à oferta de suporte artificial à vida (ventilação mecânica e aminas vasoativas), naquele momento considerado tratamento proporcional. No entanto, diante da certeza da doença terminal e considerando o contexto clínico, iniciar hemodiálise seria um tratamento desproporcional.

E quanto à ventilação mecânica e às aminas vasoativas? Sabendo-se da terminalidade da doença de base, esses suportes devem ser cuidadosamente analisados. Uma estratégia possível é observar a resposta do paciente em 24, 48 e 72 horas com essas medidas. Havendo melhora, reavaliações diárias devem ser feitas. Havendo piora progressiva, sem resposta adequada, esses suportes podem ser considerados desproporcionais. A partir daí, pode-se propor *withholding* ou *withdrawing*, ou seja, não aumento de seus parâmetros ou sua retirada.

O exemplo acima tentou demonstrar a complexidade da adequação terapêutica e a importância de reavaliação continuada, momento a momento. Informações novas sobre a doença podem mudar a proposta terapêutica. Note-se que, até aqui, não foram incluídos os valores do paciente ou a conferência com familiares e responsáveis, pois essa etapa somente deve ocorrer depois de consenso entre os membros da equipe assistencial.

A expertise da equipe assistencial em manejar sintomas é essencial, especialmente no contexto de retirada de suporte. Não é cabível pensar em extubação paliativa se não há pleno domínio no manejo da dispneia, inclusive refratária, por exemplo.

Sendo os medicamentos um dos pilares para o adequado controle de sintomas em cuidados paliativos, pode parecer justificável que a polifarmácia esteja presente em todas as etapas do tratamento. No entanto, a desprescrição, ou seja, a redução da quantidade de medicamentos prescritos é um processo que deve ser incentivado diante do quadro de terminalidade, sobretudo no fim da vida, evitando-se intervenções potencialmente inapropriadas pela avaliação dos riscos e benefícios do tratamento, considerando danos potenciais, como eventos adversos, interações medicamentosas e toxicidades diversas aos pacientes já debilitados.

No contexto dos últimos dias de vida, adequações mais especificas devem ser realizada e estão discutidas no Capítulo 40. De acordo com o consenso internacional de médicos especialistas e atuantes em grandes centros de cuidados paliativos, recomenda-se que os seguintes medicamentos sejam considerados nas prescrições nas últimas 48 horas de vida: morfina, midazolam, haloperidol e escopolamina, a fim de promover o alívio da dor, da dispneia,

da ansiedade, da agitação psicomotora, da desorientação, das náuseas e dos vômitos, bem como o aumento de secreções respiratórias, sintomas bastante frequentes no fim de vida[21].

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A adequação terapêutica é uma revisita periódica ao plano terapêutico elaborado com o paciente e específico para ele, enquanto ser humano único que é. Comunicação compassiva, respeito à autonomia e aos valores, decisão compartilhada (entendendo a participação de cada um) são conceitos-chave nesse processo. Toda ação deve ser realizada sempre para o melhor benefício do paciente.

REFERÊNCIAS

1. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Newsroom. Fact sheets. **Palliative care**. Geneva: WHO, 2020. Disponível em: http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care. Acesso em: 15 jul. 2023.
2. HELGESON, S. A. *et al*. Early versus usual palliative care consultation in the intensive care unit. **American Journal of Hospice & Palliative Care**, Thousand Oaks, v. 40, n. 5, p. 544-551, May 2023. DOI 10.1177/10499091221115732.
3. ACADEMIA NACIONAL DOS CUIDADOS PALIATIVOS. **Panorama dos cuidados paliativos no Brasil**. São Paulo: ANCP, 2018. Disponível em: https://paliativo.org.br/wp-content/uploads/2018/10/Panorama-dos-Cuidados-Paliativos-no-Brasil-2018.pdf. Acesso em: 10 jan. 2024.
4. OSMAN, H. *et al*. Palliative care in the global setting: ASCO Resource-Stratified Practice Guideline. **Journal of Global Oncology**, Alexandria, VA, v. 4, n. 4, 2018. DOI 10.1200/JGO.18.00026.
5. LAMPERT, M. A. *et al*. Adequação terapêutica: apresentação de um protocolo hospitalar. **Revista Bioética**, Brasília, DF, v. 30, n. 1, jan./abr. 2022. DOI 10.1590/1983-80422022301510PT.
6. GAMBOA ANTIÑOLO, F. Limitación de esfuerzo terapéutico: ¿Es lo mismo retirar un tratamiento de soporte vital que no iniciarlo? **Medicina Clínica**, Barcelona, v. 135, n. 9, p. 410-416, 2011.
7. GOMES, H. *et al*. Limitação de esforço terapêutico na pessoa com lesão encefálica grave. **Revista Bioética**, Brasília, DF, v. 22, n. 2, p. 282-290, ago. 2014. DOI 10.1590/1983-80422014222009.

8. MORITZ, R. D.; ROSSINI, J. P.; DEICAS, A. Cuidados paliativos na UTI: definições e aspectos ético-legais. *In*: MORITZ, R. D. **Cuidados paliativos nas unidades de terapia intensiva**. São Paulo: Atheneu, 2012. p. 19-32.

9. BIONDO, C. A.; SILVA, M. J. P.; SECCO, L. M.D. Distanásia, eutanásia e ortotanásia: percepções dos enfermeiros de unidades de terapia intensiva e implicações na assistência. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 17, n. 5, p. 613-619, out. 2009. DOI 10.1590/S0104-11692009000500003.

10. DADALTO, L.; CARVALHO, S. Os desafios bioéticos da interrupção voluntária de hidratação e nutrição em fim de vida no ordenamento jurídico brasileiro. **Revista Latinoamericana Bioética**, Bogotá, v. 21, n. 2, p. 127-142, 2021.

11. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (Brasil). **Resolução CFM nº 1.805, de 28 de novembro de 2006**. Dispõe que na fase terminal de enfermidades graves e incuráveis, é permitido ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente, garantindo-lhe os cuidados necessários para aliviar os sintomas que levam ao sofrimento, na perspectiva de uma assistência integral, respeitada a vontade do paciente ou seu representante legal. Brasília, DF: CFM, 2006. Disponível: https://bit.ly/3vGsJR6. Acesso em: 12 jan. 2024.

12. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (Brasil). **Resolução CFM nº 1.995, de 9 de agosto de 2012**. Dispõe sobre as diretivas antecipadas de vontade dos pacientes. Brasília, DF: CFM, 2012. Disponível: https://bit.ly/3DFF5JY. Acesso em: 12 jan. 2024.

13. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (Brasil). **Código de ética médica**: resolução CFM nº 2.217, de 27 de setembro de 2018, modificada pelas Resoluções CFM nº 2.222/2018 e 2.226/2019. Brasília: CFM, 2019. Disponível: https://bit.ly/2FTuyyS. Acesso em: 12 jan. 2024.

14. CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA (São Paulo). Resolução Cremesp nº 355, de 23 de agosto de 2022. Estabelece diretrizes éticas para o auxílio médico da tomada de decisões sobre cuidados e tratamentos de pacientes que enfrentam a fase final da vida. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, ano 160, n. 209, p. 149, 4 nov. 2022. Disponível em: https://www.in.gov.br/web/dou/-/resolucao-cremesp-n-355-de-23-de-agosto-de-2022-441295509. Acesso em: 15 jul. 2023.

15. CORRADI-PERINI, C.; PESSINI, L. Prólogo. *In*: CORRADI-PERINI, C.; PESSINI, L.; SOUZA, W. (ed.). **Bioética, humanização e fim de vida**: novos olhares. Curitiba: Editora CRV, 2018. p. 13-20.

16. VIDAL, E. I. O. *et al*. Posicionamento da ANCP e SBGG sobre tomada de decisão compartilhada em cuidados paliativos. **Cadernos de Saúde**

Pública, Rio de Janeiro, v. 38, n. 9, e00130022, 2022. DOI 10.1590/0102-311XPT130022.

17. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil). E quando estou cuidando sozinho do paciente, como fazer o plano de cuidados? *In*: INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil). **A avaliação do paciente em cuidados paliativos**. Rio de Janeiro: INCA, 2022. p. 249-248. (Cuidados paliativos na prática clínica, v. 1). Disponível em: https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//completo_serie_cuidados_paliativos_volume_1.pdf. Acesso em: 5 jan. 2024.

18. GÓMEZ-SANCHO, M. *et al*. Atención médica al final de la vida: conceptos y definiciones. **Gaceta Médica de Bilbao**, Bilbao, v. 112, n. 4, p. 216-218, 2015.

19. SOLVERSON, K. J.; ROZE DES ORDONS, A. L.; DOIG, C. J. Withholding and withdrawing life support: difficult decisions around care at the end of life. **Canadian Journal of Anaesthesia**, v. 65, n. 1, p. 9-13, Jan. 2018. DOI 10.1007/s12630-017-1001-2.

20. TONELLI, M. R.; CURTIS, J. R. Understanding the similarities and distinctions between withholding and withdrawing life-sustaining interventions. **Minerva Anestesiologica**, Torino, Italy, v. 84, n. 6, p. 664-666, June 2018. DOI 10.23736/S0375-9393.18.12829-X.

21. LINDQVIST, O. *et al*. Four essential drugs needed for quality care of the dying: a Delphi-study based international expert consensus opinion. **Journal of Palliative Medicine**, Larchmont, v. 16, n. 1, p. 38-43, Jan. 2013. DOI 10.1089/jpm.2012.0205.

CAPÍTULO 18: AS DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE E SEU PAPEL NOS CUIDADOS PALIATIVOS

INTRODUÇÃO

Segundo a OMS[1], os cuidados paliativos consistem em uma área do cuidado em saúde que visa ao controle dos sintomas causados por uma doença grave, avançada e que ameaça a continuidade da vida dos sujeitos, sejam esses sintomas de naturezas física, emocional, social ou espiritual, por meio da prevenção e do alívio do sofrimento, visando a proporcionar aos pacientes uma melhor qualidade de vida. Para tal, é fundamental que os profissionais de saúde que integram a equipe multidisciplinar envolvida na assistência a esse perfil de paciente disponham de um conhecimento técnico-científico acurado e especializado, mas também que embasem seu fazer profissional em premissas éticas fundamentais, como o respeito à autonomia dos pacientes em fim de vida, o que implica conhecer e considerar as suas decisões e os seus desejos quanto aos tratamentos e às terapêuticas que serão adotados.

No escopo dos processos de tomada de decisão nos cuidados de pacientes em fim de vida, os profissionais de saúde devem nortear suas condutas não apenas em protocolos e em sua própria expertise técnica, mas também em diretrizes éticas, respeitando a autonomia de seus pacientes, reconhecendo suas vontades, assim como seus valores morais e culturais e suas crenças. Os profissionais precisam reconhecer, também, que os pacientes devem ter o domínio sobre a própria vida e intimidade, incluindo, no caso, o seu processo de morrer.

Dessa forma, o cuidado centrado no paciente desponta como um princípio ético basilar dos cuidados paliativos. Tal premissa conduz a outro alicerce desse campo dos cuidados em saúde: o cuidado que deve ser, ao mesmo tempo, integral e individualizado. É integral ao instituir a mudança de foco do tratamento para a pessoa em sua totalidade, e não mais para a doença em si, considerando que seu sofrimento precisa ser avaliado de maneira holística. E é individualizado ao entender que cada paciente possui sua própria história de vida, constituindo um ser biográfico com seu sistema de valores e crenças, sua forma de ver e perceber o mundo, e essas são questões que impactam em seu processo de adoecimento e de fim de vida.

Os cuidados paliativos primam pela proporcionalidade do cuidado, objetivando garantir conforto e alívio do sofrimento, evitando medidas

terapêuticas fúteis que visem apenas ao prolongamento da vida biológica, sem propiciarem qualidade de vida e benefício para o paciente e sua família.

As diretivas antecipadas de vontade, enquanto um instrumento de manifestação expressa da vontade do paciente, despontam nos cuidados paliativos como um importante aliado, um elemento facilitador para nortear os profissionais de saúde nas decisões referentes aos cuidados de pacientes no fim da vida.

Este capítulo tem por objetivo abordar o tema das diretivas antecipadas de vontade, seus principais fundamentos éticos e normativos, discutindo sua importância como parte constitutiva do plano de cuidados de pacientes em cuidados paliativos.

TOMADA DE DECISÃO COMPARTILHADA

A despeito de possíveis conflitos que possam ocorrer no processo de tomada de decisão que envolvam pacientes em fim de vida, vislumbra-se que as decisões devem ser tomadas por meio da interação entre profissionais de saúde, pacientes, seus familiares ou seu representante legal, por meio de um fecundo diálogo entre todos os atores envolvidos, respeitando a autonomia dos sujeitos "com todas as suas nuances e limitações"[2, p. 37]. Esse diálogo só se torna possível quando os profissionais envolvidos no cuidado aos pacientes desenvolvem uma escuta cuidadosa, o que "[...] corresponde ao ponto de partida de qualquer esforço genuíno voltado à redução do sofrimento e preservação da dignidade e, por isso, deveria ser reconhecida como um dos mandamentos dos cuidados paliativos"[3, p. 2-3].

Para se traçar o plano de cuidados de pacientes em cuidados paliativos, faz-se necessário ouvir o paciente e sua rede familiar de maneira cuidadosa e empática, fornecendo as informações cabíveis sobre o diagnóstico, o tratamento e o prognóstico para que as decisões sejam, assim, compartilhadas de forma clara e transparente. Desse modo, é possível construir um plano que seja condizente com a biografia dos pacientes, assim como com a própria realidade da doença e do tratamento disponível em cada caso.

Nesse contexto, é preciso considerar que pacientes com doenças graves, em estágio avançado, podem apresentar o comprometimento de sua capacidade de decisão em função de diversos fatores, tais como: acometimento do sistema nervoso central (SNC) pela progressão da doença; confusão mental temporária ou definitiva, causada por diferentes razões, como infecções, distúrbios metabólicos ou hidroeletrolíticos, confinamento, *delirium*, entre outros; sintomas físicos e psíquicos que podem comprometer a função

cognitiva; uso de determinadas medicações etc. Nesses casos, a participação do paciente nos processos de tomada de decisão mostra-se extremamente prejudicada, ou mesmo impossibilitada.

O estudo empreendido por Comin *et al.*[4] sobre a percepção de pacientes com câncer quanto ao processo de terminalidade da vida revela que a maioria dos pacientes pesquisados demonstrou o desejo de ser informada quanto ao seu diagnóstico e prognóstico, além de tomar parte nas decisões relativas ao seu tratamento, participando das decisões em conjunto com sua família e os profissionais de saúde, inclusive sobre fim de vida. Essa pesquisa permite compreender que pacientes terminais não devem ser alijados das decisões relativas ao seu cuidado, ao contrário, devem ser os protagonistas desse processo, caso assim desejem.

Mediante a realidade inequívoca do avançar da doença, os documentos de manifestação de vontade elaborados por pacientes com doenças ameaçadoras da vida despontam como importantes mecanismos de garantia da autonomia nas situações de tomada de decisão em fim de vida, ao explicitar as decisões tomadas previamente por eles enquanto se mantinham capazes para tal. Cabe aos profissionais de saúde não apenas conhecer esses dispositivos, mas apresentar a capacidade técnica e a sensibilidade necessárias para auxiliar os pacientes na elaboração de suas diretivas antecipadas de vontade.

DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE

Conceito

As diretivas antecipadas de vontade[5] consistem nas instruções descritas pelos sujeitos relativas às suas decisões quanto aos tratamentos e às demais condutas terapêuticas a que eles desejam ou não ser submetidos em situações de fim de vida. Devem ser utilizadas apenas quando o paciente tem a sua capacidade de decisão comprometida de forma temporária ou definitiva.

Representa um instituto jurídico que, costumeiramente, engloba duas categorias de documentos de manifestação de vontade: o testamento vital e o mandato duradouro. O primeiro diz respeito às resoluções sobre quais tratamentos, procedimentos e cuidados o indivíduo em pleno gozo de sua capacidade mental descreve como aqueles a que gostaria de ser submetido caso apresente uma doença ameaçadora da vida ou um dano irreversível à sua saúde. Já o segundo consiste na nomeação de um procurador de saúde, ou seja, na eleição de uma ou mais pessoas que substituirão o paciente para tomada de decisões quando ele não tiver mais a capacidade de decidir.

Fundamentos éticos e normativos

Segundo Prata[6], pacientes em fim de vida devem ter direito a um fim de vida digno, com destaque para algumas categorias de direitos fundamentais: o direito à informação e, da mesma forma, o direito de não ser informado, caso assim deseje; o direito de decisão; o direito de decidir de forma livre e esclarecida; o direito à recusa de tratamento. O autor aponta os cuidados paliativos como um direito humano fundamental.

De acordo com Lippmann[7, p. 21], o que constitui o fundamento legal das diretivas antecipadas de vontade é a autonomia da vontade, ou seja, "[…] a livre escolha do ser humano e o princípio constitucional de sua dignidade humana, sendo importante que seus desejos sejam documentados e manifestados de forma consciente e esclarecida".

Em diversos países, já existem legislações que regulamentam o instituto das diretivas antecipadas de vontade. Pioneiro no debate sobre o direito à liberdade de decisão dos sujeitos no que se refere a tratamentos médicos e dos direitos de paciente terminais, os Estados Unidos foram o primeiro país a legislar sobre os documentos de manifestação de vontade, lançando, em 1991, a lei conhecida como *Patient Self-Determination Act* (Psad).

No Brasil, até abril de 2024, momento de elaboração desta obra, ainda não havia uma lei específica sobre as diretivas antecipadas de vontade. No entanto, partindo do reconhecimento ético e legal de que todo indivíduo deve ter sua liberdade de escolha reconhecida e respeitada nas situações referentes à sua vida e à sua saúde, torna-se possível afirmar que os documentos de manifestação de vontade, como as diretivas antecipadas de vontade, encontram embasamento jurídico em dispositivos legais existentes na legislação brasileira, a começar pela própria Constituição da República Federativa do Brasil, de 1988[8] (CRFB/1988).

A carta magna brasileira traz, como princípios constitucionais fundamentais, o direito à liberdade e à defesa da dignidade humana. Já em seu artigo 5º, a CRFB/1988 institui, como um direito constitucional, que nenhum indivíduo seja tratado de forma desumana, ou seja, submetido à tortura ou ao tratamento desumano. Dessa forma, o paciente tem o direito de recusar qualquer tipo de tratamento que fira a sua integridade e a sua dignidade, inclusive tratamentos fúteis que visem a prolongar a vida de pacientes sem possibilidades terapêuticas de cura.

O CFM diz, no Código de Ética Médico[9], que é vedado ao médico não reconhecer o direito à recusa a tratamento de seus pacientes. No mesmo capítulo do Código, no artigo seguinte, também veda ao médico deixar de denunciar ou praticar condutas que possam configurar tortura ou tratamentos

considerados degradantes, ser conivente com quem as pratica, ou fornecer os meios para que sejam realizadas. Já no artigo 34, encontra-se a descrição do dever ético do médico de informar aos seus pacientes sobre diagnóstico, prognóstico, riscos e objetivos do tratamento, exceto nas situações em que a comunicação dessas informações possa, comprovadamente, causar algum dano ao paciente.

O tema das diretivas antecipadas de vontade é tratado pelo CFM[10] na Resolução nº 1.995, de 2012, trazendo o conceito e instituindo em que momento o médico deve considerar a existência desse tipo de documento:

> Art. 1º Definir diretivas antecipadas de vontade como o conjunto de desejos, prévia e expressamente manifestados pelo paciente, sobre cuidados e tratamentos que quer, ou não, receber no momento em que estiver incapacitado de expressar, livre e autonomamente, sua vontade.
>
> Art. 2º Nas decisões sobre cuidados e tratamentos de pacientes que se encontram incapazes de comunicar-se, ou de expressar de maneira livre e independente suas vontades, o médico levará em consideração suas diretivas antecipadas de vontade[10, p. 1].

Essa Resolução também aponta para outras questões importantes: o direito do paciente em eleger um representante legal, que deverá representá-lo nas situações em que não puder responder por si; mesmo que o paciente não tenha um documento de manifestação de vontade escrito, as decisões que forem verbalizadas ao médico deverão ser descritas em prontuário e ser consideradas no processo de tomada de decisão; as decisões descritas pelo paciente não poderão colidir com os preceitos éticos descritos no Código de Ética Médico.

Outro importante dispositivo normativo que garante maior amparo legal aos médicos para reconhecerem a legitimidade das diretivas antecipadas de vontade no Brasil é a Resolução nº 1.805, de 2006[11], a qual reconhece que os cuidados paliativos devem ser ofertados a pacientes com doenças incuráveis e irreversíveis e que se encontram em fase terminal.

Na Política Nacional de Cuidados Paliativos, instituída pela Portaria GM/MS nº 3.681/2024[12], há uma breve definição das diretivas antecipadas de vontade, a inclusão de sua observância como princípio da política nacional, bem como o estabelecimento de sua elaboração como uma atribuição e um parâmetro de avaliação das equipes matriciais e assistenciais de cuidados paliativos:

> Art. 2º São princípios da PNCP:
>
> [...]
>
> XII - observância à Diretiva Antecipada de Vontade - DAV da pessoa cuidada.
>
> [...]
>
> § 2º A DAV de que trata o inciso XII do caput compreende o testamento vital ou outro documento em que haja registro expresso das preferências da pessoa com relação a tratamentos ou outras medidas de cuidado quando em condições de saúde irreversíveis e potencialmente terminais.
>
> [...]
>
> Seção I
>
> Das atribuições das equipes assistenciais
>
> Art. 8º No contexto dos cuidados paliativos, as equipes assistenciais e respectivos profissionais dos pontos de atenção da RAS devem:
>
> [...]
>
> VI - atuar para a tomada de decisão compartilhada, manifestação e formalização das preferências da pessoa em cuidados paliativos, por meio de DAV e em conformidade com os preceitos do Estatuto da Criança e do Adolescente - ECA e da Convenção Internacional sobre os Direitos da Criança
>
> [...]
>
> Art. 35. A PNCP terá como parâmetro de avaliação de desempenho das EMCP e EACP, para cada equipe habilitada, a realização, dentre outras, das seguintes atividades:
>
> [...]
>
> III - registro de DAV[12].

Como se observa, é preciso que o Brasil avance na consolidação de leis que regulamentem as diretivas antecipadas de vontade no país, conferindo não só amparo legal aos profissionais de saúde, mas estabelecendo parâmetros éticos e normativos para esse importante instrumento de manifestação de vontade de doentes terminais.

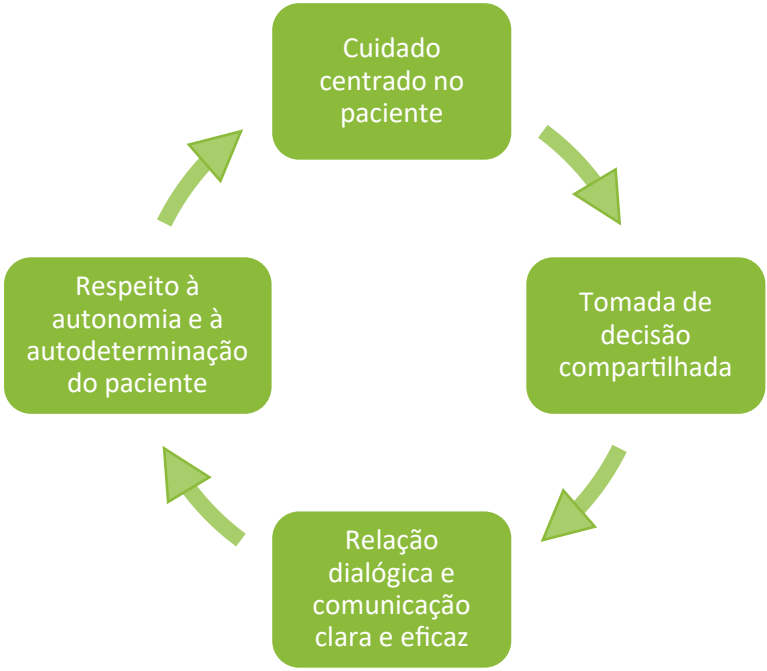
As diretivas antecipadas de vontade como parte constitutiva do plano de cuidados de pacientes em cuidados paliativos

Um estudo realizado em um hospital australiano sobre o tema das diretivas antecipadas de vontade aponta para alguns pontos importantes. Com relação às dificuldades encontradas pelos profissionais de saúde para iniciarem com seus pacientes a elaboração de uma diretiva antecipada de vontade, pode-se destacar: a falta de tempo desses profissionais; a pouca experiência e a falta de treinamento; a dificuldade em abordar temas relacionados à morte. Com relação aos pacientes, os maiores obstáculos seriam o desconforto em falar sobre morte; o medo de que o tratamento atual sofra interferências das escolhas feitas para tratamentos futuros; e o baixo conhecimento sobre a possibilidade de construir uma diretiva antecipada de vontade. Como ponto positivo relatado pelos próprios pacientes que participaram do estudo, encontra-se o fato de que redigir uma diretiva antecipada de vontade retira da família o fardo de tomar decisões em seu nome[13].

As diretivas antecipadas de vontade devem ser parte integrante de um plano de cuidados que seja o mais abrangente possível e que seja elaborado de maneira conjunta entre profissionais de saúde, pacientes, seus familiares ou sua rede de apoio. Um plano de cuidados não deve contemplar apenas aspectos relacionados aos cuidados médicos, mas incluir questões sociais e afetivas, como o desejo de falecer em casa ou no hospital e de receber ou não visitas nos momentos finais da vida; questões sobre o pós-morte, como o desejo de ser cremado, de como gostaria que fossem seus ritos de despedida; questões sobre espiritualidade etc.

É possível, portanto, afirmar que a construção do plano de cuidados do paciente deve contar com a participação não somente dele e de sua família, mas com a de diferentes categorias profissionais, que avaliarão, de maneira multidimensional e conjunta, os sintomas e as principais demandas que o paciente apresenta. O papel dos profissionais de saúde não consiste apenas em extrair as preferências do paciente (ou de seu representante legal), mas em construir junto esse caminho, fornecendo os subsídios necessários para uma tomada de decisão. Para tal, algumas prerrogativas para a elaboração de uma diretiva antecipada de vontade mostram-se fundamentais, como podem ser vistas na Figura 24[14].

Figura 24 — Prerrogativas para a elaboração das diretivas antecipadas de vontade



Fonte: Roque[14].

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A incorporação das diretivas antecipadas de vontade no plano de cuidados de pacientes terminais demonstra ter um papel fundamental na humanização desse cuidado e no respeito pela preservação da biografia desses sujeitos até os últimos momentos de sua vida, conferindo-lhes um fim de vida com dignidade.

Para tal, é primordial que se avance na regulamentação desse instituto e que os profissionais de saúde que trabalhem com pacientes em cuidados paliativos estejam devidamente instrumentalizados para discutir com seus pacientes e auxiliá-los na elaboração de suas diretivas antecipadas de vontade.

REFERÊNCIAS

1. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **National cancer control programmes**: policies and managerial guidelines. 2nd ed. Geneva: WHO, 2002. Disponível em: https://iris.who.int/handle/10665/42494. Acesso em: 11 jan. 2024.

2. LIMA, M. de L. F.; REGO, S. T. de A.; SIQUEIRA-BATISTA, R. Processo de tomada de decisão nos cuidados de fim de vida. **Revista Bioética**, Brasília, DF, v. 23, n. 1, p. 31-39, jan./abr. 2015. DOI 10.1590/1983-80422015231043.

3. VIDAL, E. I. O. *et al*. Posicionamento da ANCP e SBGG sobre tomada de decisão compartilhada em cuidados paliativos. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 9, p. 1-10. 2022. DOI 10.1590/0102-311XPT130022.

4. COMIN, L. T. *et al*. Percepção de pacientes oncológicos sobre terminalidade da vida. **Revista Bioética**, Brasília, DF, v. 25, n. 2, p. 392-401, 2017. DOI /10.1590/1983-80422017252199.

5. DADALTO, L. **Testamento vital**. 4. ed. Indaiatuba, SP: Foco, 2018.

6. PRATA, H. M. **Cuidados paliativos e direitos do paciente terminal**. Barueri: Manole, 2017.

7. LIPPMANN, E. **Testamento vital**: o direito à dignidade. São Paulo: Matrix, 2013.

8. BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 10 jul. 2023.

9. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (Brasil). **Resolução CFM nº 1.931, de 17 de setembro de 2009**. Aprova o Código de Ética Médica. Brasília, DF: CFM, 24 set. 2009. Disponível em: https://portal.cfm.org.br/etica-medica/codigo-2010/resolucao-cfm-no-1931-2009/#:~:text=Aprova%20o%20C%C3%B3digo%20de%20%C3%89tica%20M%C3%A9dica.&text=CONSIDERANDO%20o%20decidido%20pelo%20Conselho,17%20de%20setembro%20de%202009. Acesso em: 10 jul. 2023.

10. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (Brasil). **Resolução CFM nº 1.995, de 9 de agosto de 2012**. Dispõe sobre as diretivas antecipadas de vontade dos pacientes. Brasília, DF: CFM, 2012. Disponível em: https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2012/1995. Acesso em: 19 fev. 2024.

11. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (Brasil). **Resolução CFM nº 1.805, de 9 de novembro de 2006**. Na fase terminal de enfermidades graves e incuráveis é permitido ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente, garantindo-lhe os cuidados necessários para aliviar os sintomas que levam ao sofrimento, na perspectiva de uma assistência integral, respeitada a vontade do paciente

ou de seu representante legal. Brasília, DF: CFM, 2006. Disponível em: https://encurtador.com.br/Ck1ea. Acesso em: 16 jan. 2024.

12. BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 3.681, de 7 de maio de 2024**. Institui a Política Nacional de Cuidados Paliativos - PNCP no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, por meio da alteração da Portaria de Consolidação GM/MS nº 2, de 28 de setembro de 2017. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-3.681-de-7-de-maio-de-2024-561223717. Acesso em: 20 ago. 2024.

13. MILLER, Hilary *et al*. Patient experiences of nurse-facilitated advance care planning in a general practice setting: a qualitative study. **BMC Palliative Care**, London, v. 18, n. 25, Mar. 2019. DOI 10.1186/s12904-019-0411-z.

14. ROQUE, R. F. R. **As diretivas antecipadas de vontade como estratégia de humanização do cuidado e respeito à autonomia de pacientes em fim de vida**. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2021.

PARTE III

CONTROLE DE SINTOMAS

CAPÍTULO 19: DOR ASSOCIADA AO CÂNCER

INTRODUÇÃO

A dor é um dos sintomas mais prevalentes e incapacitantes em pacientes em cuidados paliativos. No caso do câncer, pode ser decorrente dos efeitos diretos do tumor, do tratamento da neoplasia maligna ou de outros distúrbios não relacionados ao câncer ou a seu tratamento[1].

Em virtude disso, é extremamente importante ter um tratamento adequado visando a melhorar a qualidade de vida de pacientes nessas condições. Para o correto manejo da dor, é importante identificar sua causa, tipo e localização, pois esses dados são determinantes na escolha do tratamento pela equipe multidisciplinar [2].

O objetivo deste capítulo é descrever estratégias de abordagem diagnóstica e terapêutica da dor relacionada ao câncer. Vale ressaltar que o manejo da dor crônica relacionada a doenças benignas está além do escopo deste capítulo.

DEFINIÇÃO E PREVALÊNCIA

A dor é um dos sintomas mais comuns e insuportáveis experimentados por pacientes com câncer, temido em emergência geral e de cuidados paliativos, que impacta na qualidade de vida. A prevalência de dor aumenta com a progressão da doença e afeta aproximadamente 64% dos pacientes com câncer avançado, apresentando intensidade de moderada a alta em 45% dos casos. Cerca de 32% dos pacientes com dor oncológica não recebem tratamento proporcional à sua intensidade e 55% dos pacientes relatam dor significativa relativa ao seu tratamento anticancerígeno, incluindo radiação, quimioterapia e terapias [3].

O conceito de dor foi revisado em 2020 pela Associação Internacional para o Estudo da Dor (Iasp, do inglês International Association for the Study of Pain) e definido como "uma experiência sensitiva e emocional desagradável associada, ou semelhante àquela associada, a uma lesão tecidual real ou potencial" e é inteirada por seis notas explicativas com itens que incluem a etimologia e complementam a definição de dor de acordo com dimensões epistemológicas, ontológicas e práticas[4]:

1. A dor é sempre uma experiência pessoal influenciada, em graus variáveis, por fatores biológicos, psicológicos e sociais.
2. Dor e nocicepção são fenômenos diferentes. A dor não pode ser determinada exclusivamente pela atividade dos neurônios sensitivos.
3. Por meio de suas experiências de vida, as pessoas aprendem o conceito de dor.
4. O relato de uma pessoa sobre uma experiência de dor deve ser respeitado.
5. Embora a dor geralmente cumpra um papel adaptativo, ela pode ter efeitos adversos na função e no bem-estar, tanto no social e quanto no psicológico.
6. A descrição verbal é apenas um dos vários comportamentos para expressar a dor; a incapacidade de comunicação não invalida a possibilidade de um ser humano ou um animal sentirem dor.

CLASSIFICAÇÃO DA DOR

De forma tradicional, a dor pode ser rotulada como aguda ou crônica. A dor crônica é avaliada como dor persistente ou recorrente, com permanência superior a três meses. No entanto, quando se trata de dor oncológica, pode ser difícil diferenciar o sintoma agudo do crônico. Isso acontece porque o dano tecidual pode ocorrer à medida que a doença progride[5]. A dor pode ser classificada em[5]:

- Aguda — é autolimitada e tem relação com o dano tecidual ocasionado por determinada intervenção. Também inclui a via nociceptiva, que é estimulada diretamente pelos receptores da dor. Geralmente a dor aguda é bem controlada com a resolução da sua causa.
- Dor crônica — conhecida como dor persistente, habitualmente tem duração indeterminada e, frequentemente, tem relação com a inflamação crônica ou a lesão neuropática, levando a alterações permanentes no SNC e no sistema nervoso periférico.
- Dor disruptiva — é caracterizada com um pico de dor incidental de forte intensidade, limitante, com duração média de até 60 minutos, que ocorre com mais frequência em pacientes com doença avançada e em vigência de tratamento paliativo. Cerca de 75% dos pacientes com dor crônica apresentam esse tipo de dor.

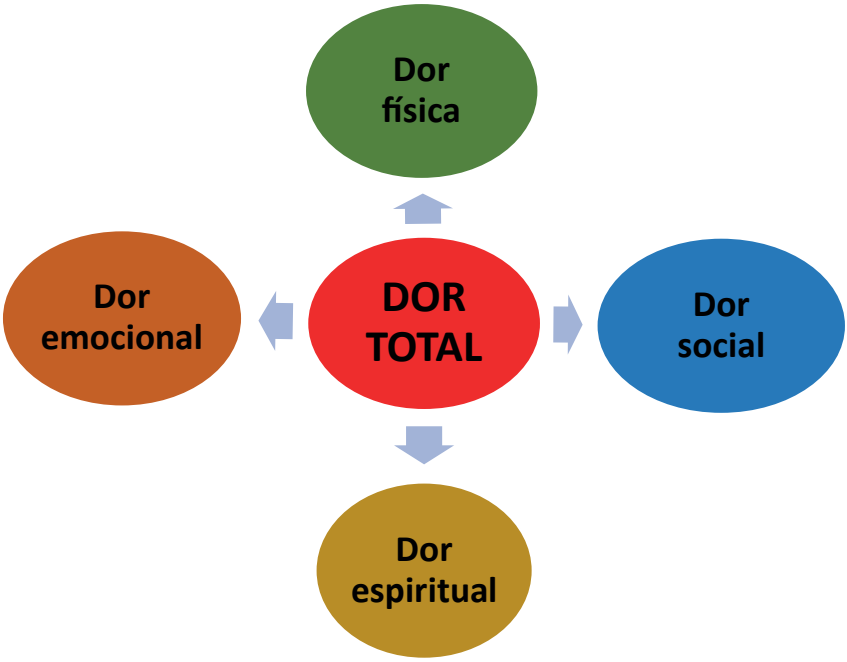
As dores podem ainda ser diferenciadas em nociceptivas ou neuropáticas e o tratamento pode variar dependendo da classificação. A dor nociceptiva divide-se em visceral e somática. A somática está associada aos músculos e é bem localizada, latejante ou em pressão. A dor visceral está relacionada aos órgãos internos, apresenta-se de forma difusa, em cólica ou aperto. A

neuropática resulta de lesões do SNC ou do sistema periférico, caracterizada por queimação, choque ou fisgadas, pode ser acompanhada de parestesias (formigamento ou dormência), hiperalgesias (dor exacerbada) ou alodinia (dor causada por estímulos que geralmente não são dolorosos)[2].

Dor total

A expressão "dor total", estabelecida por Cicely Saunders, considera as diversas dimensões do ser humano implicadas na dor e no sofrimento, em diversos contextos, como o social, o físico, o espiritual ou o emocional, conforme demonstrado na Figura 25. A abrangência desse conceito permite múltiplas intervenções, "para o seu controle e um cuidado envolvido com a integralidade da pessoa, provendo dignidade e conforto até os últimos dias de sua vida"[6, p. 3].

Figura 25 — Dimensões do ser humano implicadas na dor e no sofrimento



Fonte: adaptado de Castro *et al.*[6].

O conceito possibilita entender o processo de fim de vida como experiência de doença, sofrimento e disfunção social, abrangendo distintos tipos de sofrimento que precisam ser abordadas de forma integral. No cuidado

integral, o profissional de saúde tem como foco principal o paciente e não apenas sua patologia, com o intuito de promover ao paciente melhor qualidade de vida e assistência no processo de morrer[7].

Afirmando a integralidade do paciente, a dor precisa ser compreendida como uma experiência complexa e multidimensional, devendo ser avaliada em suas percepções cognitiva e afetiva, além dos fatores físicos. Sob esta perspectiva, "é preciso considerar a manifestação e compreensão do sintoma doloroso segundo o prisma de quatro dimensões que constituem a dor: física, psíquica, social e espiritual, constituindo a 'dor total'."[8, p. 4].

A dor é de característica pessoal e subjetiva, influenciada por fatores biológicos, psicológicos e sociais, tornando-se um fenômeno multidimensional. Quando essa dor é acrescida de sofrimento espiritual e uma sensação de desamparo pelo paciente, em relação à sua doença terminal, ela é chamada de "dor total"[9]. A dor pode causar e perpetuar diversos problemas funcionais e prejudicar a qualidade de vida dos pacientes, sendo o principal motivo da procura de atendimento e uma das principais causas de internação hospitalar[9]:

> [...] a dor social pode traduzir as marcas oriundas da história vivida e da realidade presente de vida do paciente. Por isso, a leitura social e cultural deve ser precisa e respeitosa, para que o profissional de saúde, especialmente o Assistente Social formule meios adequados para intervir especificamente e com os demais paliativistas quando for preciso, compreendendo cada situação como única[10].

Entender o paciente como protagonista de sua vida e consequentemente de sua história clínica, a necessidade de decisões compartilhadas entre usuários e equipe técnica e a dor em seu aspecto social é fundamental para que a equipe de saúde possa traçar um plano de cuidados alinhado com a realidade de vida desse indivíduo e, assim, obter resultados mais positivos, visando objetivamente sua qualidade de vida[11]. Diversos aspectos da realidade social dos usuários agudizam a dor social. Somente com olhar atento e escuta ativa dos aspectos mais amplos da vida do paciente e de seus familiares é possível uma leitura social propositiva[10].

A dor compreendida como essencialmente subjetiva, ainda que provocada por aspectos objetivos, como desemprego, ausência de renda, diagnóstico crônico, dificuldade de acesso ao tratamento de saúde apropriado e outros, expressa a questão social e contribui para o surgimento e o agravamento da dor física[10]. O agravamento da dor social é amplo e complexo, seria necessário que políticas públicas fossem eficazes antes do adoecimento

de um sujeito, pois não é incomum que, apenas após o diagnóstico, o início do tratamento ou o agravamento da doença, os usuários tenham dignidade e respeito como pessoa humana, pois passam a acessar benefícios sociais. Tal carência faz com que os indivíduos se sintam incapazes em vários aspectos. A dor social vem com o medo do isolamento e do abandono, da dificuldade de comunicação, da perda do papel social exercido junto à família e aos colegas, e das perdas econômicas[12].

Quanto a políticas públicas acerca da dor, pode-se destacar a Portaria nº 19, de 3 de janeiro de 2002, que institui o Programa Nacional de Assistência à Dor e Cuidados Paliativos, a saber:

> Considerando que a dor é uma das principais causas do sofrimento humano, gerando incapacidades, comprometimento da qualidade de vida e imensuráveis repercussões psicossociais e econômicas, constituindo-se, desta forma, em grave problema de saúde pública; [...] Considerando a necessidade de estimular a discussão em torno do tema, gerar uma nova cultura assistencial para dor e Cuidados Paliativos que contemplem, holisticamente, o paciente com quadros dolorosos e de adotar medidas que permitam, no âmbito do sistema de saúde do País, uma abordagem multidisciplinar destes pacientes abordando os diversos aspectos envolvidos como os físicos, psicológicos, familiares, sociais, religiosos, éticos, filosóficos do paciente, seus familiares, cuidadores e equipe de saúde[13].

Há ainda a Resolução nº 41, de 31 de outubro de 2018, que dispõe sobre as diretrizes para a organização dos cuidados paliativos, à luz dos cuidados continuados integrados, no âmbito SUS. Em seu artigo 4º, a Resolução define os princípios norteadores para a organização dos cuidados paliativos, sendo o inciso II referência para a promoção do alívio da dor e de outros sintomas físicos, dos sofrimentos psicossocial, espiritual e existencial, incluindo o cuidado apropriado para familiares e cuidadores[14].

ABORDAGEM DIAGNÓSTICA

A avaliação inicial e contínua da dor deve ser parte integrante do tratamento do câncer e indicar quando uma avaliação abrangente adicional é necessária. O autorrelato regular da intensidade de dor, com a ajuda de instrumentos de avaliação validados, é o primeiro passo para um tratamento eficaz e individualizado. As escalas padronizadas mais usadas são a EVA[5], a

Escala Verbal e a EVN. Instrumentos como o Esas auxiliam na quantificação da dor (Capítulo 12)[4].

A causa da dor, seu início, o tipo, o local, a ausência ou a presença de dor irradiada, a duração, a intensidade, o alívio, os padrões temporais, a fisiopatologia inferida e a dor em repouso e/ou em movimento devem ser avaliados e reavaliados constantemente. É essencial identificar os fatores desencadeantes, como sinais e sintomas associados, e o histórico de uso de analgésicos em sua efetividade e efeitos adversos[4].

A distinção da síndrome dolorosa ajuda na prescrição adequada dos analgésicos. Para a dor somática, recomendam-se analgésicos, anti--inflamatórios, corticoides e opioides. A dor somática visceral tende a responder à antiespasmódicos, opioides e analgésicos. Já a dor de origem neuropática tende a responder mal aos tratamentos convencionais, respondendo melhor aos anticonvulsivantes, antidepressivos, corticoides, anestésicos locais e/ou procedimentos invasivos[15].

Devem ser investigados os aspectos emocionais, cognitivos e psicossociais e as reações emocionais e comportamentais da pessoa quanto ao processo de adoecimento e tratamento diante do diagnóstico oncológico e da perspectiva prognóstica. É importante explorar as crenças, os medos, as fantasias e as expectativas relativas à doença, à dor e ao tratamento, identificando crenças que permitem uma melhor ou pior adaptação a ambos, o que possibilita a elaboração de uma estratégia terapêutica mais eficiente. Junto a isso, devem ser analisadas experiências prévias da pessoa com situações de adoecimento e dor, o que inclui avaliar a experiência atual da dor e seu impacto em sua vida, visando a analisar o significado dela na sua história pessoal[16].

A maioria dos pacientes com câncer avançado apresenta pelo menos dois tipos de dor relacionada ao câncer, resultantes de uma variedade fisiopatológica[17]. O tratamento deve ser multimodal, com associação de classes de medicamentos diferentes e/ou procedimentos invasivos associados. A metástase óssea é uma causa comum de dor oncológica e envolve uma combinação única de mecanismos inflamatórios e neuropáticos com muitos alvos terapêuticos potenciais[18]. A presença de dor miofascial associada deve ser sempre investigada, uma vez que abordagens não farmacológicas possuem impacto significativo no controle.

Nas síndromes dolorosas nos pacientes com algum déficit sensorial, as alterações fisiológicas, como a alteração da frequência cardíaca ou da expressão facial, são importantes para a quantificação de dor[15].

O uso prévio de analgésicos e de outras terapias, o resultado obtido e a existência de hábito pregresso ou atual de consumo e/ou risco de abuso

de drogas lícitas ou ilícitas devem ser pesquisados. De igual modo, deve ser pesquisada a existência de outros sintomas, como fadiga, constipação intestinal, transtornos de humor e alterações do sono[4].

ABORDAGEM TERAPÊUTICA

A abordagem terapêutica da dor relacionada ao câncer deve ser conduzida por uma equipe interdisciplinar, com os destaques a seguir.

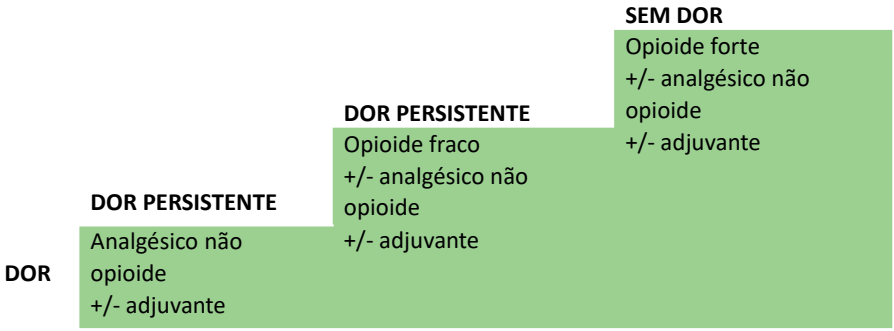
Farmacológica

Os pacientes devem ser informados sobre a sua dor e o seu tratamento e devem ser encorajados a assumir um papel ativo no manejo da dor. O tratamento deve ter caráter preventivo para o início da dor, levando em consideração a meia-vida, a biodisponibilidade e a duração da ação de diferentes drogas. Os analgésicos para dor crônica devem ser prescritos regularmente e não conforme a necessidade do paciente[19].

A escada analgésica da OMS, publicada em 1986, foi importante para fornecer uma orientação para alívio adequado da dor para pacientes com câncer. Estudos recentes sugerem a eliminação do segundo degrau, pois os opioides fracos contribuem muito pouco para o controle da dor no contexto do paciente com câncer avançado[20]. Em caso de dor moderada, pode ser mais útil prescrever opioides do terceiro degrau, embora administrados em dosagens reduzidas. A escala da OMS (Figura 26) tem caráter unidirecional, o que limita a abordagem multimodal no tratamento da dor oncológica[21].

A limitação da escala original é a falta de inclusão de tratamentos não farmacológicos. Portanto, um quarto degrau foi adicionado à escada, que inclui procedimentos não farmacológicos, como analgesia peridural, administração intratecal de analgésicos, procedimentos neurocirúrgicos, estratégias de neuromodulação, bloqueios nervosos e procedimentos ablativos. Esses procedimentos podem ser combinados com o uso de opioides fortes ou outros medicamentos[20].

Figura 26 — Escada analgésica proposta pela Organização Mundial da Saúde



Fonte: adaptado da OMS *apud* Anekar, Hendrix e Cascella[21].

A morfina é o opioide forte de escolha para tratamento inicial no terceiro degrau. O tipo de dor guiará a escolha da medicação. O manejo da dor neuropática deve incluir antidepressivos e anticonvulsivantes e considerar o rodízio para metadona ou oxicodona. No Quadro 19, são listados os medicamentos com ação analgésica e suas doses[22].

Quadro 19 — Medicamentos analgésicos, opioides e adjuvantes para o controle da dor

Analgésicos comuns (não opioide)				
		Dose inicial	**Dose máxima**	**Observação**
	Dipirona	500 mg 6-6h	6 g/dia	Intravenosa, VO, SC
	Paracetamol	500 mg 6-6h[p]	4 g/dia	VO
Analgésicos opioides[l]				
		Dose inicial	**Dose máxima**	**Observação**
Opioides fracos	Codeína	15 mg 6-6h	360 mg/dia	VO
	Tramadol	50 mg 6-6h	400 mg/dia	Intravenosa, VO

continua

[p] Há orientação do órgão regulador americano (Food and Drug Administration – FDA) acerca de dose máxima 325mg por dose e 3000 a 3325mg por dia, como descrito em https://www.fda.gov/drugs/drug-safety-and-availability/fda-drug-safety-communication-prescription-acetaminophen-products-be-limited-325-mg-dosage-unit.

continuação

Opioides fortes	Morfina[II]	5 mg VO 4-4h 1 mg intravenosa, SC 4/4h	Sem dose teto	Intravenosa, SC, VO. Dose intravenosa/SC equivale a 1/3 da dose VO
	Metadona[III]	2,5 mg VO 12-12h 1 mg SC[q] 12-12h	Sem dose teto	SC, VO. Dose SC equivale a 1/2 da dose VO
	Oxicodona	10 mg VO 12-12h	Sem dose teto	VO (não macerar)
	Fentanil transdérmico[III]	12 mcg/h	Sem dose teto	Trocar a cada 3 dias
	Buprenorfina[III]	5 mcg/h	Sem dose teto	Trocar a cada 7 dias (doses 5, 10 e 20 mcg/h) ou a cada 4 dias (doses 35, 52,5 e 70 mcg/h)
Adjuvantes				
Relaxante muscular	Baclofeno	5 mg VO 3 vezes/dia	60 mg/dia	
Antidepressivos	Amitriptilina[IV]	25 mg 1 vez/dia (10 mg em idosos)	300 mg/dia	Dose para analgesia usual até 50 mg/dia
	Nortriptilina	25 mg 1 vez/dia (10 mg em idosos)	125 mg/dia	Dose para analgesia usual até 75 mg/dia
	Venlafaxina	75 mg 1 vez/dia	300 mg/dia	
	Duloxetina	30 mg 1 vez/dia	120 mg/dia	Dose para analgesia usual até 60 mg/dia

continua

[q] Embora sem uso no HC IV, alguns serviços utilizam por via intravenosa.

continuação

Anticonvulsivantes	Gabapentina	300 mg 2 vezes/ dia	3.600 mg/dia	Titulação 5 em 5 dias
	Pregabalina	De 25 a 75 mg 1 vez/dia	600 mg/ dia	Titulação 5 em 5 dias
	Carbamazepina[V]	200 mg 2 vezes/ dia	1.600 mg/dia	

Fonte: adaptado de Wood *et al.*[23].

Legenda: SC — subcutânea; VO — via oral.

Notas: [I] Laxante é necessário na maioria dos pacientes em uso de opioide para evitar constipação. [II] A morfina de liberação lenta deve ser usada de 12 em 12 horas, sem abrir a cápsula. [III] Titulação a cada pelo menos 72 horas. [IV] Melhor efeito analgésico entre os antidepressivos listados, iniciando efeito no quarto dia. [V] Menor efeito analgésico entre os anticonvulsivantes, destaque para nevralgia do trigêmeo.

O uso de anti-inflamatórios na dor crônica precisa ser realizado com cautela face a seus inúmeros efeitos colaterais e à necessidade de uso por período prolongado. A dexametasona também é considerada adjuvante e tem destaque no controle da dor óssea e na fase final de vida. Os neurolépticos modulam a percepção da dor e são eficazes, especialmente em situações com componente emocional da dor exacerbada. Lidocaína venosa e cetamina podem ser utilizadas em casos refratários[23].

Deve-se atentar para a metabolização e a excreção dos opioides. Em pacientes com insuficiência renal, o uso da morfina deve ser reduzido, ou deve-se realizar uma rotação para outro opioide de excreção não importante por via renal (oxicodona, metadona, fentanil)[24].

Episódios intermitentes de dor ocorrem apesar do controle da dor basal contínua (dor incidental). Para o controle da dor aguda, é fundamental o uso de morfina de ação rápida em dose adequada. É importante administrar a dose de resgate (também conhecida como SOS) que pode ser repetida a cada intervalo de tempo de acordo com a via de administração, mantendo as doses horárias (regulares). A dose de resgate deve ser em torno de 10% da dose total diária. Por exemplo: para um paciente em uso de 90 mg de morfina por via oral de quatro em quatro horas, ao apresentar dor incidental, a dose mínima de morfina de resgate é 45 mg para via oral, que pode ser repetida de uma em uma hora até alívio da dor (se por via intravenosa ou subcutânea, dose mínima de 15 mg, podendo ser repetida de 30 em 30 minutos, sempre com vigilância profissional). Para a dor que ocorre sempre ao final do intervalo entre as doses de morfina (dor fim de dose), essa deve ser aumentada em de 25% a 30% da dose horária caso haja tolerância[24].

Quando o paciente não apresenta boa resposta analgésica ou quando apresenta efeitos adversos intoleráveis em razão do opioide prescrito, o rodízio de opioide dever ser considerado. Inicialmente, determina-se a dose diária total do opioide em uso, a medicação basal de longa duração e todas as doses de resgate usadas nas 24 horas anteriores. Vale destacar que as tabelas de conversão equianalgésicas são apenas diretrizes que orientam as dosagens, sendo necessário julgamento clínico para a individualização das doses. Por exemplo, ao trocar o opioide, as doses equianalgésicas calculadas devem ser reduzidas em de 25% a 50% do valor calculado por causa do fenômeno de tolerância cruzada incompleta[25]. Cuidados especiais devem ser tomados em rodízio envolvendo opioides cujos efeitos demoram a iniciar ou a encerrar, como fentanil transdérmico e metadona.

A metadona é um analgésico importante no tratamento da dor oncológica, além de ser um agonista μ-opioide altamente potente e possuir alguma afinidade pelos receptores κ e δ-opioides, ela impede a recaptação de monoaminas na região cinzenta periaquedutal do cérebro e inibe os receptores NMDA pré-sinápticos, atuando, assim, na dessensibilização central, atenuando a dor e reduzindo o desenvolvimento de hiperalgesia e tolerância a opioides[26]. A metadona tem um papel no tratamento da dor oncológica com um componente neuropático[27].

Ela tem uma ampla variabilidade interindividual na farmacocinética, tornando difícil prever a relação entre dose, concentrações plasmáticas e efeitos farmacológicos. É necessário um bom entendimento da farmacologia da metadona para garantir o uso seguro dessa droga[28]. Também está associada ao perfil de efeitos colaterais dos opioides, incluindo constipação, náusea, sedação, depressão respiratória, prurido e anormalidades endócrinas[29]. O paciente necessita de reavaliação de três a cinco dias após o início da metadona ou aumento da dose por uma recomendação de segurança, embora haja evidências insuficientes para orientar o método ideal de tempo de acompanhamento. Havendo evidência de sedação, a metadona deve ser suspensa[29]. Outra preocupação é o prolongamento do intervalo Q-T[r] associado à metadona. O risco de *torsades de pointes* existe quando a droga é usada em doses elevadas (maior que 60 mg dia) e/ou associada a medicamentos inibidores das enzimas CYP 450, sendo necessária a redução de 25% da dose na presença desses medicamentos[28].

A cetamina pode ser utilizada em casos refratários e de hiperalgesia ao uso de opioide. A administração de opioides ativa os receptores NMDA,

[r] É o intervalo de tempo entre o início da despolarização ventricular e o fim da repolarização ventricular. Disponível em: https://www.msdmanuals.com/pt-br/profissional/doen%C3%A7as-cardiovasculares/exames-e-procedimentos-cardiovasculares/eletrocardiografia. Acesso em: 4 jul. 2024.

resultando em tolerância e hiperalgesia aos opioides. A cetamina é um agente anestésico antagonista de NMDA com potencial para produzir analgesia significativa e diminuir a hiperalgesia causada pelos opioides. Há relatos de seu uso bem-sucedido para o tratamento da dor oncológica na literatura. Martins e Gonçalves destacam o potencial da cetamina como coadjuvante em pacientes com dor oncológica refratária aos opioides, proporcionando alívio da dor e redução da necessidade de opioides[30].

Um dos protocolos proposto para cetamina é a infusão contínua baseada no peso, a partir de 0,1 mg por quilo por hora com velocidade máxima de infusão de 0,2 mg por quilo por hora ou 20 mg por hora, o que for menor. A dose é normalmente aumentada em 2 mg por hora a cada duas horas para controle adequado da dor até um máximo de 20 mg por hora. Outro protocolo é uso de 0,3 mg por quilo diluído em 250 ml de soro fisiológico, infundido ao longo de 3 horas[31]. É importante, durante a infusão, a verificação dos sinais cardiovasculares, sendo um efeito colateral comum a hipertensão arterial e a taquicardia. Outros sintomas relacionados têm origem dissociativa, como disforia, percepções errôneas, alucinações e alterações na imagem corporal ou no humor, sintomas de incidência baixa e de fácil tratamento, sendo necessário, em alguns casos, o uso de benzodiazepínicos. A contraindicação se dá para os pacientes com doença cardiovascular descompensada, como doença coronariana isquêmica, insuficiência cardíaca e hipertensão arterial sistêmica[32].

A lidocaína, um anestésico local, bloqueador de canais de sódio, foi usada em uma análise combinada de estudos abrangendo 60 pacientes, ressaltando os potenciais benefícios da sua infusão na diminuição da dor relacionada ao câncer. A dose recomendada varia de 4 a 5 mg por quilo durante um intervalo de 30 a 80 minutos. Avaliando as evidências atuais, a infusão de lidocaína pode ser uma opção considerada quando os agentes com nível de evidência 1 demonstram ineficácia no tratamento de dor oncológica refratária[33]. A lidocaína tópica pode ser útil quando a origem da dor for superficial. Uso de canabinoides como adjuvante na dor tem crescido, com estudos embasando sua utilização especialmente na dor neuropática.

A maioria dos pacientes com câncer obtém alívio da dor com analgésicos sistêmicos. Métodos intervencionistas invasivos podem ser realizados em qualquer etapa do tratamento, com intuito de suspender ou reduzir a dose de medicamentos analgésicos.

Não farmacológica

O manejo da dor não se restringe à terapia medicamentosa, mas inclui intervenções que complementam os efeitos do medicamento a fim de atenuá-la. A dor nem sempre reage totalmente às intervenções farmacológicas.

Consequentemente, combinar terapias complementares para alcançar alívio da dor e da ansiedade é uma estratégia[34].

O conhecimento acerca das modalidades terapêuticas não farmacológicas, possibilita a execução e as intervenções de acordo com as habilidades e competências da equipe de saúde, minimizando o sofrimento e proporcionando conforto ao paciente[35]. As rotinas de escuta e diálogo com o paciente, realizadas pelos profissionais envolvidos no cuidado prestado ao paciente, precisam ser efetivas e permitir externar sentimentos positivos ou negativos[36,37].

A prática da espiritualidade é essencial para proporcionar ao paciente melhor assistência, resultando em qualidade de vida e bem-estar geral, pois representa estratégia de suporte no entendimento e guia após o diagnóstico[38]. Por conseguinte, a espiritualidade apresenta-se como um mecanismo efetivo na recuperação de uma situação trágica, proporcionando conforto e superando o momento vivido[39].

Cabe também avaliar questões que influenciam na adesão terapêutica. A intervenção junto à pessoa com dor deve ser individualizada e seus objetivos incluem identificar e favorecer o desenvolvimento de recursos de enfrentamento específicos e pessoais para lidar com sua dor, além de promover uma atuação educativa tanto para essa pessoa quanto para seus familiares, visando a torná-los agentes do autocuidado e a favorecer sua autonomia nas tomadas de decisões sobre o tratamento.

Para abordagem à pessoa com dor, há recursos técnicos oriundos de diferentes abordagens teóricas da psicologia ou mesmo de outras disciplinas, mas cuja diversidade apenas contribui para aproximar, de forma mais integral, esses profissionais das necessidades da pessoa adoecida. Estão entre esses recursos as práticas psicoeducativas, individuais ou em grupo, a psicoterapia de apoio, as técnicas de relaxamento, a distração e a imaginação dirigida, que podem, inclusive, ser ensinadas para que a pessoa e seus familiares tenham autonomia no manejo dos recursos que melhor se adaptem às suas necessidades individualizadas de cuidado.

O tratamento fisioterapêutico contribui para o conforto e a qualidade de vida dos pacientes para proporcionar a otimização da funcionalidade e a volta ao convívio social. Dentro do arsenal terapêutico (Quadro 20) que pode ser oferecido para coadjuvância do tratamento da dor, podem ser utilizados meios físicos, como a termoterapia e a eletroterapia (por exemplo, a estimulação elétrica nervosa transcutânea) que têm como objetivo a analgesia, o relaxamento muscular e a facilitação da mobilidade articular e da funcionalidade[40]. O uso bem indicado dos recursos terapêuticos manuais,

assim como da cinesioterapia, vem demonstrando efetividade na prevenção da síndrome de imobilismo observada em pacientes com dor crônica. Podem ser prescritas ainda a adaptação de órteses e auxiliares de marcha e a realização de terapias integrativas e complementares, como é o caso da acupuntura e da auriculoterapia, que já são bem descritas na literatura para o auxílio do manejo do paciente com dor oncológica[41].

Quadro 20 — Recursos da fisioterapia para manejo da dor

Recursos	Ação	Comentários
Termoterapia superficial	Método de transferência de calor. O movimento cinético de átomos e moléculas de um objeto é passado para outro (bolsa de água quente)	O objetivo é promover relaxamento muscular, interferindo no ciclo dor--espasmo-dor que pode ocorrer por compressão de estruturas neuromusculares
Estimulação elétrica nervosa transcutânea	Método muito utilizado para induzir analgesia por meio de estímulos elétricos funcionais	A analgesia é proporcionada por causa de duas teorias: da comporta espinhal e da liberação de opioides endógenos (dinorfina, metencefalina e leucenfalina)
Recursos terapêuticos manuais	Complemento muito usado e eficaz no manejo da dor	A manipulação dos tecidos moles do corpo produz efeitos benéficos sobre os sistemas vascular, muscular e nervoso
Cinesioterapia	Ferramenta profícua na reabilitação dos pacientes	Vários tipos de exercícios físicos estão disponíveis, conforme a gravidade do déficit funcional, com o intuito de evitar a síndrome do imobilismo que a dor pode provocar
Adaptação de órteses	Para alívio de cargas no aparelho axial e apendicular	Os efeitos biomecânicos proporcionados dão suporte ao aparelho locomotor, facilitando sua estabilização e auxiliando no alívio da dor

Fonte: adaptado de Florentino *et al.*[42].

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A dor é um dos sintomas mais temidos no paciente oncológico e tem grande impacto na vida do paciente em cuidado paliativo. No entanto dor e sofrimento não são sinônimos, mediante abordagem e tratamento corretos é possível tratá-la de forma eficaz, utilizando-se de recursos terapêuticos farmacológico ou não farmacológico. Além do alívio propiciado por analgésicos, é substancial a utilização de alternativas terapêuticas para aliviar e controlar a dor, visando ao conforto e ao bem-estar do paciente.

A dor é um processo multidimensional, caracterizado como uma experiência subjetiva, mediada por múltiplos fatores físicos, sociais, espirituais ou emocionais. Portanto ao assistir um paciente com dor é essencial valorizar suas queixas, para que seja feita a avaliação e a intervenção corretas da dor, objetivando implementar o tratamento adequado. O controle da dor é uma prioridade no paciente em cuidados paliativos, visto o impacto positivo na sobrevida e a melhora na qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

1. MENDES, C.; MACHADO, D. M.; LINARTEVICHI; V. Índice de dor neuropática em pacientes oncológicos e conduta farmacológica. **FAG Journal of Health**, [Cascavel], v. 2, n. 4, 2020. DOI 10.35984/fjh.v2i4.264
2. GUERINI, M. M; OLIVEIRA, C. R. V.; REIS, B. C. C. Tratamento da dor crônica no paciente oncológico: uma revisão de literatura. **Revista Eletrônica Acervo Médico**, [São Paulo], v. 4, 2022. DOI 10.25248/reamed.e9885.2022.
3. SIMONE, S.; MOTTA, L.; CALDAS, C. Dor e internação hospitalar em cuidados paliativos. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 67, n. 3, jul./set. 2021. DOI 10.32635/2176-9745.RBC.2021v67n3.1180.
4. DESANTANA, J. M. *et al*. Definição de dor revisada após quatro décadas. **Brazilian Journal of Pain**, São Paulo, v. 3, n. 3, p. 197-198, jul./set. 2020. DOI 10.5935/2595-0118.20200191.
5. CARACENI, A.; SHKODRA, M. Cancer pain assessment and classification. **Cancers (Basel)**, v. 11, n. 4, p. 510, Apr. 2019. DOI 10.3390/cancers11040510.
6. CASTRO, M. C. F. de *et al*. Dor total e teoria do conforto: implicações no cuidado ao paciente em cuidados paliativos oncológicos. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 42, 2021.

7. LOPEZ SANCHEZ, J. R.; RIVERA-LARGACHA, S. **Revista Ciencias de la Salud**, Bogotá, v. 16, n. 2, p. 340-356, 2018. DOI 10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.6773.

8. GOMES, A. M. L.; MELO, C. de F. Dor total em pacientes oncológicos: uma revisão integrativa da literatura. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 28, 2023. DOI 10.4025/psicolestud.v28i0.53629.

9. LODUCA, A. Retrato da dor: um caminho para entender o sofrimento do indivíduo. **Psicologia**: teoria e pesquisa, Brasília, DF, v. 37, 2021. DOI 10.1590/0102.3772e37450.

10. FROSSARD, A. G. de S. F. Social pain and social work in brazilian context. **SciELO Preprints**, São Paulo, 2020. Preprint. DOI 10.1590/SciELOPreprints.1064.

11. PEREIRA, C.; BARBOSA, K. I.; LOBÃO, L. M. Abordagem multidisciplinar dos aspectos éticos nos cuidados paliativos. **Brazilian Journal of Health Review**, Paraná, v. 6, n. 4, 2023. DOI 10.34119/bjhrv6n4-042.

12. RIBEIRO, L. E. O. *et al*. Caregivers of patients with cancer at the end of life: psychological suffering and reduced welfare. **SciELO Preprints**, São Paulo, 2023. Preprint. DOI 10.1590/SciELOPreprints.5753.

13. BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 19, de 3 de janeiro de 2002**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0019_03_01_2002.html. Acesso em: 16 jan. 2024.

14. BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº 41, de 31 de outubro de 2018**. Dispõe sobre as diretrizes para a organização dos cuidados paliativos, à luz dos cuidados continuados integrados, no âmbito Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2018/res0041_23_11_2018.html. Acesso em: 16 jan. 2024.

15. KURTIN, S.; FUOTO, A. Pain management in the cancer survivor. **Seminars in Oncology Nursing**, Philadelphia, PA, v. 35, n. 3, June 2019. DOI 10.1016/j.soncn.2019.04.010.

16. SCANNAVINO, C. S. S. *et al*. Psico-Oncologia: atuação do psicólogo no Hospital de Câncer de Barretos. **Psicologia USP**, São Paulo, v. 24, n. 1, abr. 2013. DOI 10.1590/S0103-65642013000100003.

17. PORTENOY, R.; AHMED, E. Cancer pain syndromes. **Hematology/Oncology Clinics of North America**, [*s. l.*], v. 32, n. 3, June, p. 371-386, 2018. DOI 10.1016/j.hoc.2018.01.002.

18. AMERICAN CANCER SOCIETY. All about cancer. Managing cancer care. Advanced and metastatic. **Understanding advanced and metastatic cancer**. New York: ACS, 2020. Disponível em: https://www.cancer.org/

cancer/managing-cancer/advanced-cancer/what-is.html. Acesso em: 16 jan. 2024.

19. FALLON, M. *et al*. Management of cancer pain in adult patients: ESMO Clinical Practice Guidelines. **Annals of Oncology**, London, v. 29, Oct. 2018. Suppl. 4. DOI 10.1093/annonc/mdy152.

20. WIERMANN, E. G. *et al*. Consenso brasileiro sobre manejo da dor relacionada ao câncer. **Revista Brasileira de Oncologia Clínica**, [*s. l.*], v. 10, n. 38, out./dez. 2014.

21. ANEKAR, A. A.; HENDRIX, J. M.; CASCELLA, M. *In*: STATPEARLS. Bethesda, MD: StatPearls Publishing LLC, 2023. *E-book*. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK554435/. Acesso em: 16 jan. 2024.

22. HENNEMANN-KRAUSE, L.; SREDNI, S. Farmacoterapia sistêmica da dor neuropática. **Revista Dor**, São Paulo, v. 17, 2016. Suppl. 1. DOI 10.5935/1806-0013.20160057.

23. WOOD, H. *et al*. Updates in palliative care – overview and recent advancements in the pharmacological management of cancer pain. **Clinical Medicine**, London, England, 2018. DOI 10.7861/clinmedicine.18-1-17.

24. KRAYCHETE, D. C.; SAKATA, R. K. **Revista Brasileira de Anestesiologia**, Campinas, v. 62, n. 4, Aug. 2014. DOI 10.1590/S0034-70942012000400010.

25. SAMPAIO, S. G. dos S. M.; MOTTA , CALDAS C. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 67, n. 3, e-131180, abr./jun. 2021. DOI 10.32635/2176-9745.RBC.2021v67n2.1179.

26. KREUTZWISER, D.; TAWFIC, Q. Methadone for pain management: a pharmacotherapeutic review. **CNS Drugs**, [*s. l.*], v. 34, n. 4, June 2020. DOI 10.1007/s40263-020-00743-3.

27. HAUMANN, J. *et al*. Methadone is superior to fentanyl in treating neuropathic pain in patients with head-and-neck cancer. **European Journal of Cancer**, Oxford, v. 65, Sep. 2016. DOI 10.1016/j.ejca.2016.06.025.

28. DINIS-OLIVEIRA, R. Metabolomics of methadone: clinical and forensic toxicological implications and variability of dose response. **Drug Metabolism Reviews**, London, v. 48, n. 4, p. 568-576, Nov. 2016. DOI 10.1080/03602532.2016.1192642.

29. CHOU, R. *et al*. Methadone safety: a clinical practice guideline from the american pain society and college on problems of drug dependence, in collaboration with the heart rhythm society. **The Journal of Pain**, Philadelphia, PA, v. 15, n. 4, p. 321-337, Apr. 2014. DOI 10.1016/j.jpain.2014.01.494.

30. MARTINS, O.; GONÇALVES. Cetamina em cuidados paliativos oncológicos: um desafio experiência de um serviço. **Medicina Interna**, [*s. l.*], v. 27, n. 1, p. 28-32, Mar. 2020. DOI 10.24950/O/280/19/1/2020.

31. MERCADANTE, S. *et al*. Analgesic effect of intravenous ketamine in cancer patients on morphine therapy: a randomized, controlled, double-blind, crossover, double-dose study. **Journal of Pain and Symptom Management**, Madison, WI, v. 20, n. 4, p. 246-252, 2000. DOI 10.1016/s0885-3924(00)00194-9.

32. MIDEGA, T. D. *et al*. Uso de cetamina em pacientes críticos: uma revisão narrativa. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, São Paulo, v. 34, n. 2, abr./jun. 2022. DOI 10.5935/0103-507X.20220027-pt.

33. LEE, J. T. *et al*. Lidocaine for cancer pain in adults: a systematic review and meta-analysis. **Journal of Palliative Medicine**, New Rochelle, v. 22, n. 3, 2019. DOI 10.1089/jpm.2018.0257.

34. PAES, T. V.; SILVA-RODRIGUES, F. M.; ÁVILA L. K de. **Revista Brasileira Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 67, n. 2, abr./jun. 2021. DOI 10.32635/2176-9745.RBC.2021v67n2.1027.

35. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil). **A avaliação do paciente em cuidados paliativos**. Rio de Janeiro: INCA, 2022. (Cuidados paliativos na prática clínica, v. 1). Available from: https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/completo_serie_cuidados_paliativos_volume_1.pdf.

36. MACHADO, L. C. *et al*. Aplicabilidade dos cuidados paliativos no manejo do paciente com dor total. **Brazilian Journal of Development**, São José dos Pinhais, v. 8, n. 1, 2022. DOI 10.34117/bjdv8n1-428.

37. WATSON, J. **Human caring science**: a theory of nursing. 2nd ed. London: Jones & Bartlett Learning, 2011.

38. MARQUES, T. C. S.; PUCCI, S. H. M. Espiritualidade nos cuidados paliativos de pacientes oncológicos. **Psicologia USP**, São Paulo, v. 32, 2021. DOI 10.1590/0103-6564e200196.

39. CUNHA, V. da; SCORSOLINI-COMIN, F. A transcendência no cuidar: percepções de enfermeiros. **Psicologia, Saúde & Doenças**, [*s. l.*], v. 22, n. 1, p. 270-2832021. DOI 10.15309/21psd220123.

40. SAMPAIO, L. R.; MOURA, C. C. de; RESENDE, M. A. de. **Revista Brasileira Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 51, n. 4, out./dez. 2005. DOI 10.32635/2176-9745.RBC.2005v51n4.1940.

41. HE, Y. *et al*. Clinical evidence for association of acupuncture and acupressure with improved cancer pain: a systematic review and meta-

analysis. **JAMA Oncology**, Chicago, IL, v. 6, n. 2, p. 271-278, 2019. DOI 10.1001/jamaoncol.2019.5233.

42. FLORENTINO, D. *et al*. A fisioterapia no alívio da dor: uma visão reabilitadora em cuidados paliativos. **Revista do Hospital Universitário Pedro Ernesto**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, 2012.

CAPÍTULO 20: FADIGA

INTRODUÇÃO

A fadiga, sentida como falta de energia, cansaço e apatia, contribui para que o paciente apresente grande debilidade física e dificuldades na realização de atividades diárias, incluindo as de autocuidado[1]. É um dos sintomas mais prevalentes e angustiantes em cuidados paliativos. No caso do câncer, pode estar relacionada ao próprio câncer ou ao seu tratamento. A equipe interdisciplinar de cuidados paliativos do HC IV é focada em proporcionar a melhor qualidade de vida possível para os pacientes e seus familiares. Assim sendo, a abordagem da fadiga, considerada preditora de diminuição dessa qualidade, permeia os cuidados de prevenção, tratamento e alívio dos sintomas de ordens física, psicossocial e espiritual apresentados.

O objetivo deste capítulo é auxiliar na compreensão da importância deste sintoma, discriminando suas peculiaridades, facilitando sua identificação e, consequentemente, possibilitando intervenções eficazes e melhores resultados na implementação de estratégias que amenizem o sofrimento do paciente em cuidados paliativos com fadiga. Anteriormente, uma breve abordagem da fisiopatologia será apresentada.

FISIOPATOLOGIA

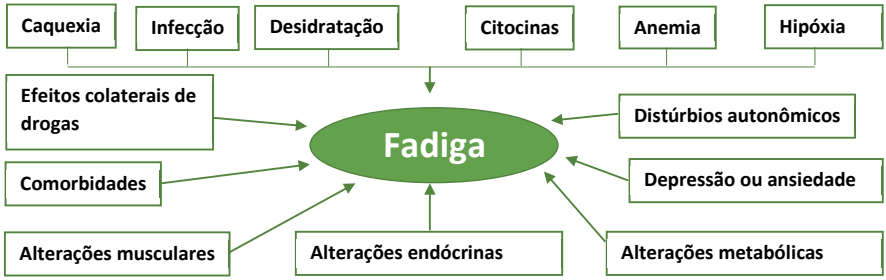
De acordo com o *National Comprehensive Cancer Network*[2] a fadiga é definida como sensação angustiante, persistente e subjetiva de cansaço físico, emocional e/ou cognitivo ou exaustão. Muitas vezes, ela é subdiagnosticada e subtratada[3], pois existe uma crença de que é um sintoma considerado normal quando se trata de um paciente com doença avançada em cuidados paliativos.

Sua fisiopatologia é complexa, não completamente compreendida, sendo necessários mais estudos. Contudo, as alterações metabólicas e musculares envolvidas na caquexia também podem resultar na fadiga. Caquexia, sarcopenia, anorexia e fadiga são situações clínicas diferentes, mas frequentemente aparecem juntas, pois possuem alguns aspectos semelhantes que as originam, como as citocinas pró-inflamatórias[3,4].

A fadiga primária é consequência da própria doença, enquanto a secundária é resultante de síndromes concomitantes, tratamentos realizados e comorbidades. Na fase mais avançada da doença oncológica, a fadiga

chega a atingir até 99% dos pacientes[3]. Há consenso de que seja um sintoma multicausal, como demostrado na Figura 27.

Figura 27 — Modelo teórico de causalidade da fadiga



Fonte: Consenso Brasileiro de Fadiga[5].

ABORDAGEM DIAGNÓSTICA

Clinicamente, o paciente geralmente relata uma sensação de cansaço após atividades corriqueiras que pode não melhorar após o descanso, como acontece com um indivíduo saudável; fraqueza muscular em membros inferiores para realizar uma caminhada; e, na parte cognitiva, uma diminuição da concentração, da memória e do trabalho intelectual[4,5].

Para avaliação da fadiga, é importante quantificar o sintoma pelo Esas e avaliar a funcionalidade para compreender seu impacto nas atividades de vida diária e no autocuidado do paciente pelo KPS (Capítulo 12). Ambas as ferramentas são padronizadas no HC IV, mas existem diversas escalas que podem ser utilizadas para uma boa avaliação da fadiga.

Além disso, é necessário compreender as condições associadas que podem causar ou agravar a fadiga. Algumas delas são passíveis de reversão, portanto a possibilidade de tratamento deve ser considerada. Devem ser investigados depressão, *delirium*, sonolência, redução da força muscular ou descondicionamento, anemia, disfunção autonômica, distúrbio hidroeletrolítico ou hormonal (hipotiroidismo, hipogonadismo masculino e insuficiência adrenal), disfunção orgânica (cardíaca, pulmonar, renal), distúrbios do sono ou nutricional, dor mal controlada, polifarmácia (efeito colaterais cumulativos e/ou interação droga-droga)[2].

ABORDAGEM TERAPÊUTICA

Os objetivos da abordagem terapêutica da fadiga são: minimizar a sensação de cansaço relacionado à fadiga, melhorar a tolerância aos esforços e otimizar a funcionalidade.

O manejo da fadiga é um desafio para os profissionais da saúde, ela varia em relação à duração e à intensidade e não é aliviada pelo descanso e isso a torna complexa e de difícil controle[2,6]. Dessa forma, sua abordagem integra um conjunto de métodos e procedimentos que devem ser utilizados e que envolvem medidas farmacológicas e não farmacológicas para o controlo de sintomas no acompanhamento dos doentes[1].

O controle de fatores desencadeantes ou agravantes da fadiga é essencial para o manejo do sintoma.

Farmacológica

Embora sem certeza de eficácia, os psicoestimulantes parecem ser os medicamentos que apresentam melhor efeito benéfico no manejo farmacológico da fadiga. Progestágeno (megestrol) pode ser usado em quadros de anorexia-caquexia, devendo-se atentar para efeitos adversos, como hipertensão, hiperglicemia, supressão adrenal e eventos trombóticos. O corticoestereoide de escolha é a dexametasona por seu menor efeito mineralocorticoide. Seu uso é indicado para pacientes com sobrevida estimada curta, por seu benefício limitado a poucas semanas e pelos efeitos adversos importantes com uso prolongado[5-10].

Metilfenidato, usualmente na dose de 10 a 20 mg ao dia (dose inicial 5 mg ao dia e máxima 40 mg ao dia, evitando uso noturno) ou modafinila 200 mg ao dia (dose inicial 100 mg ao dia e máxima 400 mg ao dia), tem utilização recomendada. Dexametasona (8 mg ao dia) e megestrol (de 160 a 1.600 mg ao dia) podem oferecer benefício[5-10].

Não farmacológica

Para o alcance dos objetivos da terapêutica não farmacológica, os profissionais de saúde, no momento de suas visitas aos pacientes, devem conversar com eles e incluir o familiar ou o cuidador no diálogo. Verifica-se que as intervenções no âmbito dos cuidados paliativos, nos quais a filosofia se foca no doente e na família no centro dos cuidados, no controle sintomático, na comunicação e no trabalho em equipe interdisciplinar, evidenciam resultados positivos para a adesão e o sucesso do plano de cuidado[1]. A variação do grau

de intensidade e restrição que a fadiga impõe e a evolução e a progressão da doença determinam a prescrição e a prestação de cuidados ao paciente.

Quanto à intensidade da fadiga, ela pode ser reportada pelo paciente como leve, moderada ou grave. No caso de fadiga leve, ela não interfere nas atividades de vida diária e de autocuidado, portanto a avaliação focada não é necessária. O paciente deve ser tranquilizado e orientado quanto às estratégias para o controle do sintoma. A fadiga relatada como moderada torna mais cansativas e difíceis atividades simples de autocuidado, sendo necessário auxílio ocasional para realizá-las. Na fadiga grave, o paciente fica muito limitado pelo cansaço extremo que a motilidade, a deambulação, a alimentação, o cuidado corporal, a eliminação e a terapêutica exigem dele, sendo necessário auxílio para a realização dessas atividades nas 24 horas do dia. A avaliação focada nesses níveis de fadiga é necessária para a adequada intervenção[6].

Independentemente do nível de fadiga apresentado, para o manejo das dificuldades impostas pelo sintoma na realização de atividades de vida diárias, incluindo as de autocuidado, o paciente deve ser orientado sobre como gerenciar seus níveis de energia e preservar sua autonomia o máximo possível, com priorização de atividades, equilíbrio entre atividades e repouso, solicitando ajuda para as atividades que não consegue realizar sem auxílio[11].

O estímulo à ingestão hídrica adequada na prevenção da desidratação e a promoção da alimentação com ingestão adequada de energia e nutrientes, por meio de planejamento alimentar, com possibilidade de suplementação nutricional especializada, a depender de condições clínicas, prognósticas e bioéticas, podem auxiliar no manejo da fadiga.

A insônia é uma queixa frequente dos pacientes em cuidados paliativos e contribui para a instalação ou o agravamento da fadiga. Assim sendo, as intervenções da equipe com o paciente e o cuidador visam ao alívio direcionado à fadiga para o primeiro e à melhoria do sono para ambos. Para tanto, as medidas de educação dos hábitos relacionados à saúde e ao comportamento, que sejam benéficos ao sono e à higiene do sono, devem ser utilizadas, com reforço especial para as seguintes[2,12]:

- Descansar durante o dia sem necessariamente dormir.
- Não compensar a noite mal dormida com horas de sono diurno.
- Manter-se ocupado com as atividades diárias e outras consideradas agradáveis, pois ajuda a vencer a sonolência e a evitar os cochilos de longa duração.
- Desviar o pensamento de problemas e pendências, pois ajuda a evitar insônia.

Durante a internação hospitalar, são passíveis de ajustes os estímulos do ambiente hospitalar e o desenrolar das rotinas noturnas dos profissionais de enfermagem, as quais contribuem para que o paciente e o cuidador tenham dificuldade de dormir à noite.

O principal impacto da fadiga é sobre capacidade funcional do paciente. Tanaka *et al.*[13] verificaram em seu estudo que mais da metade dos pacientes com câncer de pulmão avançado que sofrem com fadiga e dispneia têm pelo menos uma atividade de vida diária afetada. Quando a fadiga e a dispneia são leves, interferem primeiro nas atividades físicas, como caminhar e trabalhar, ao passo que o aumento da intensidade desses sintomas impacta o humor e as atividades prazerosas, sugerindo assim que o sofrimento psicológico é consequência do aumento do comprometimento físico e não o precursor.

Sendo assim, as estratégias de manejo da fadiga devem ser direcionadas para manter a funcionalidade do paciente o máximo possível. Os exercícios são ferramentas de grande valor para a manutenção funcional, pois favorecem a melhora da força, do condicionamento cardiorrespiratório, da modulação da inflamação e, consequentemente, do bem-estar[14,15]. São viáveis e seguros para os pacientes em cuidados paliativos[16]. Contudo, é preciso atenção quanto às contraindicações dos exercícios para essa população, já que apresentam uma carga de sintomas alta, além de outras complicações, como metástases ósseas, trombocitopenia, anemia, febre e infecções ativas[2].

Na literatura, não estão claros ainda os tipos de exercícios ideais para os pacientes em cuidados paliativos. Contudo, sugere-se que sejam iniciados de forma leve por meio de cinesioterapia ativa livre com número de repetições moderada, progredindo para resistidos com carga baixa. É interessante associar também as atividades aeróbicas (caminhadas, esteiras, bicicletas) pelo menos duas vezes por semana, podendo ser realizadas no próprio domicílio ou próximo a ele, por até 30 minutos diários, podendo dividir esse tempo ao longo do dia[15]. Tais exercícios são direcionados para os pacientes que apresentam KPS maior ou igual a 50% e/ou fadiga com intensidade de leve a moderada; devem ser prescritos e orientados de acordo com as individualidades e condições clínicas de cada um.

Quando a fadiga é mais restritiva, geralmente refletida em KPS menor ou igual a 40% e/ou fadiga intensa, é necessário acolher o paciente e conversar a respeito de suas necessidades e limitações do momento, entender suas expectativas em relação à sua capacidade funcional e fornecer orientações que possibilitem a manutenção ou a adaptação de suas atividades de vida diárias. As medidas de conservação de energia e adaptações em domicílio são estratégias que favorecem a manutenção das funções e, de alguma forma, incentivam o paciente a manter-se ativo. A intenção delas é propor um equilíbrio entre

o descanso e a atividade, orientar o paciente a organizar suas atividades de vida diária ao longo do dia e da semana, delegando ou eliminando aquelas atividades que não são essenciais e direcionando a energia para tarefas que realmente são importantes e prazerosas[2].

Além das estratégias de conservação de energia, é possível utilizar os dispositivos auxiliares de marcha (bengalas, muletas e andadores) para diminuir a carga dos membros inferiores e viabilizar a deambulação com alguma autonomia e menor risco de quedas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Não se pode apontar uma causa única e focal dos sintomas de fadiga, em especial quando essa fadiga está relacionada com o câncer. Nessa situação, a fadiga deve ser vista como multifatorial. Dessa forma, fica claro que somente um atendimento interdisciplinar pode alcançar as diversas demandas apresentadas pelo paciente bem como atender às necessidades de sua família[17]. Pacientes em cuidados paliativos necessitam de uma a assistência ativa e integral, que seja humanizada e adaptada às características do ser atendido, na qual o cuidado se torna essencial para o alívio de desconfortos como os causados pela fadiga, já que o indivíduo pode até estar fora de possibilidade de cura, mas nunca estará fora do cuidado[18].

REFERÊNCIAS

1. CUNHA, S. *et al*. Intervenções de enfermagem na pessoa em Cuidados Paliativos com fadiga: uma scoping review. **Millenium**, [*s. l.*], v. 2, n. 18, p. 43-50, 2022. DOI 10.29352/mill0218.26430.
2. NATIONAL COMPREHENSIVE CANCER NETWORK. **Cancer-related fatigue**. Version 2.2023. [Plymouth Meeting, PA]: NCCN, Jan. 2023. (NCCN clinical guidelines in oncology). Disponível em: https://bookcafe.yuntsg.com/ueditor/jsp/upload/file/20230204/1675489752081091327.pdf. Acesso em: 19 fev. 2024.
3. MOCHAMAT, *et al*. Fatigue in advanced disease associated with palliative care: a systematic review of non-pharmacological treatments. **Palliative Medicine**, London, v. 35, n. 4, p. 697-709, Apr. 2021. DOI 10.1177/02692163211000628.
4. PEIXOTO, S. S. *et al*. Cancer cachexia and its pathophysiology: links with sarcopenia, anorexia and asthenia. **Journal of Cachexia Sarcopenia Muscle**, Berlin, v. 11, n. 3, p. 619-635, June 2020. DOI 10.1002/jcsm.12528.

5. CONSENSO brasileiro de fadiga. **Revista Brasileira de Cuidados Paliativos**, [São Paulo], v. 3, n. 2, p. 31, 2010. Supl. 1. Disponível em: https://nutritotal.com.br/pro/wp-content/uploads/sites/3/2011/07/219-consenso_fadiga.pdf. Acesso em: 31 mar. 2021.

6. BORGES, J. A. *et al*. Fadiga: um sintoma complexo e seu impacto no câncer e na insuficiência cardíaca. **International Journal of Cardiovascular Sciences**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 4, p. 433-442, jul./ago. 2018. DOI 10.5935/2359-4802.20180027.

7. MOHANDAS, H. *et al*. Cancer-related fatigue treatment: an overview. **Journal of Cancer Research and Terapeutics**, [Mumbai], v. 13, n. 6, p. 916-929, Oct./Dec. 2017. DOI 10.4103/jcrt.JCRT_50_17.

8. WANG, X. S.; WOODRUFF, J. F. Cancer-related and treatment-related fatigue. **Gynecologic Oncology**, [New York], v. 136, n. 3, p. 446-452, Mar. 2015. DOI 10.1016/j.ygyno.2014.10.013.

9. MOCHAMAT, M. *et al*. Fatigue in advanced disease associated with palliative care: a systematic review of non-pharmacological treatments. **Palliative Medicine**, London, v. 35, n. 4, p. 697-709, Apr. 2021. DOI 10.1177/02692163211000628.

10. CHAPMAN, E. J. *et al*. Practice review: Evidence-based and effective management of fatigue in patients with advanced cancer. **Palliative Medicine**, London, v. 36, n. 1, p. 7-14, Jan. 2022. DOI 10.1177/02692163211046754.

11. PERDIGÃO, M. M. M. *et al*. Tecnologia educativa para manejo da fadiga relacionada à quimioterapia antineoplásica. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 72, n. 6, p. 1596-1602, nov./dez. 2019. DOI 10.1590/0034-7167-2018-0505.

12. PINUCCI, I. *et al*. Insomnia among cancer patients in the real world: optimising treatments and tailored therapies. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, Basel, v. 20, n. 5, 3785, 2023. DOI 10.3390/ijerph20053785.

13. TANAKA, K. *et al*. Impact of dyspnea, pain and fadigue non daily life activities in ambulatory patienteswith advanced lung câncer. **Journal of Pain Symptom Management**, New York, v. 23, n. 5, p. 417-423, May 2002. DOI 10.1016/s0885-3924(02)00376-7.

14. DITTUS, K. L.; GAMLING, R. E.; ADES, P. A. Exercise interventions for individuals with advanced cancer: a systematic review. **Preventive Medicine**, [*s. l.*], v. 104, p. 124-132, Nov. 2017. DOI 10.1016/j.ypmed.2017.07.015.

15. EYIGOR, S.; AKDENIZ, S. Is exercise ignored in palliative cancer patients?. **World Journal Clinical Oncology**, [Pleasanton], v. 5, n. 3, p. 554-559, Aug. 2014. DOI 10.5306/wjco.v5.i3.554.

16. TOOHEY, K. *et al*. The effects of physical exercise in the palliative care phase for people with advanced cancer: a systematic review with meta-analysis. **Journal of Cancer Survivorship**, New York, v. 17, n. 2, p. 399-415, Apr. 2023. DOI 10.1007/s11764-021-01153-0.

17. SOUSA, J. L.; SILVA, I. A.; FERREIRA, L. G. de F. Fadiga e nível de capacidade funcional em pacientes oncológicos. **Revista de Pesquisa em Saúde**, [Maranhão], v. 21, n. 1, 2021.

18. ARAÚJO, L. G. *et al*. Cuidados paliativos em pacientes oncológicos: uma abordagem do conhecimento dos enfermeiros. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, [São Paulo], v. 12, n. 11, e4663, 2020. DOI 10.25248/reas.e4663.2020.

CAPÍTULO 21: CAQUEXIA DO CÂNCER

INTRODUÇÃO

O comprometimento do estado nutricional é comum e está associado a desfechos desfavoráveis em pacientes com câncer avançado em cuidados paliativos[1,2]. Nesse contexto, considerando o estado nutricional como um fator potencialmente modificável, seu monitoramento deve ser precoce, contínuo e individualizado em toda a trajetória da doença oncológica, incluindo a fase sem tratamento oncológico específico[3,4].

A caquexia do câncer destaca-se como um problema importante nesse grupo[1,2,5], com prevalências variáveis de 13,8% a 53,9%, de acordo com os diferentes critérios diagnósticos[2]. E este capítulo tem por objetivo apresentar a definição, a abordagem diagnóstica e a terapêutica da caquexia do câncer, com foco no paciente com câncer em cuidados paliativos.

ABORDAGEM DIAGNÓSTICA

A caquexia do câncer é definida como uma síndrome complexa, multifatorial, caracterizada pela perda contínua de massa muscular esquelética, com ou sem perda de massa gorda, associada à inflamação sistêmica e a alterações metabólicas que não podem ser completamente revertidas por meio do suporte nutricional convencional, levando à incapacidade funcional progressiva e ao aumento da morbimortalidade[6].

Essa definição foi proposta por meio de um consenso internacional que, além de reconhecer a etiologia multifatorial da síndrome, estabeleceu três estágios de relevância clínica: pré-caquexia, caquexia e caquexia refratária. No entanto, tem como limitação não estabelecer critérios objetivos que possam ser adotados para diferenciar a fase refratária da caquexia[6]. Em razão do avanço da compreensão de mecanismos subjacentes à etiologia e à heterogeneidade da caquexia do câncer, inúmeros critérios diagnósticos foram sendo desenvolvidos visando a preencher as lacunas existentes[5,7-13].

Existem diferentes critérios para o diagnóstico da caquexia do câncer. Apesar da grande variedade de métodos disponíveis, não há consenso do método considerado padrão-ouro, sendo sua identificação considerada desafiadora no que diz respeito aos indicadores utilizados e ao número de estágios preconizados (Quadro 21).

Quadro 21 — Principais critérios diagnósticos da caquexia do câncer, estágio de evolução e parâmetros considerados

Publicação	População de estudo	Classificação da caquexia	Parâmetros utilizados
Fearon *et al*.[6]	Consenso de especialistas	Pré-caquexia Caquexia Caquexia refratária	PP > 5% IMC < 20 kg/m^2 ou sarcopenia (baixa massa muscular)
Wallengren *et al*.[13]	N= 405 Câncer avançado vários sítios tumorais	Não caquexia Caquético	PP > 2% Fadiga > 3 (Esas escore 0-10) PCR > 10 mg/L
Martin *et al*.[13]	Teste: N= 8.160 Validação: N= 2.693 Câncer avançado vários sítios tumorais	Grade de 0 a 4	% PP (< 2,5 ou 2,5-5,9 ou 6-10,9 ou 11-14,9 ou ≥ 15) IMC (≥ 28 ou 25-27,9 ou 22-24,9 ou 20-21,9 ou < 20 kg/m^2)
Vigano *et al*.[5]	N= 297 Câncer avançado com tumores do TGI e pulmão	Não caquexia Pré-caquexia Caquexia Caquexia refratária	Laboratorial: PCR > 10 mg/l ou leucócitos > 11.000 células/l ou albumina < 3,5 g/dl ou hemoglobina < 12 g/dl (homens) e < 11 g/dl (mulheres) Capacidade funcional (caixa 4 ASG-PPP > 2)
Argilés *et al*.[8,9]	N= 186 pacientes com câncer vários sítios tumorais; N= 95 controles pareados por idade	Caquexia leve Caquexia moderada Caquexia grave	PP ou sarcopenia (baixa massa muscular) Inflamação (PCR ou linfócitos ou albumina ou anemia) Perguntas dos questionários Snaq, Eortc QLQ C30
Zhou *et al*.[7]	N= 259; Câncer avançado (estádio III/IV) vários sítios tumorais	Não caquexia Pré-caquexia Caquexia Caquexia refratária	Capacidade funcional (Ecog-PS) Sarcopenia (questionário Sarc-F) Anorexia (Esas escore 0-10) Laboratorial: leucócitos > 11.000 células/l ou albumina < 3,5g/dl ou hemoglobina < 12 g/dl (homens) e < 11 g/dl (mulheres)

continua

continuação

Wiegert *et al*.[12]	Teste: N= 882 Validação: N= 443 Câncer avançado vários sítios tumorais	Pré-caquexia Caquexia Caquexia refratária	PP ≥ 15% IMC < 21kg/m^2 ou < 21-26,4 kg/m^2 ou > 26,4 kg/m^2 Baixa massa muscular (AMBc)

Fonte: Wiegert, Oliveira e Calixto-Lima[14].

Legenda: AMBc — área muscular do braço corrigida; ASG-PPP — Avaliação Subjetiva Global produzida pelo paciente; Ecog-PS — *Eastern cooperative oncology group performance status;* Eortc QLQ C30 — *European organization for research and treatment of cancer quality of life questionnaire core* 30; Esas — *Edmonton symptom assessment system*; IMC — índice de massa corporal; PCR — proteína C-reativa; PP — perda de peso; Sarc-F — *Strength, assistance in walking, rise from a chair, climb stairs falls*; QV — qualidade de vida; Snaq — *simplified nutrition assessment questionnaire*; TGI — trato gastrointestinal.

Na prática clínica, a caquexia do câncer pode ser identificada pela presença de fatores fenotípicos e etiológicos do seu desenvolvimento, como baixa massa muscular, perda de peso corporal involuntária e significativa, baixo índice de massa corporal (IMC), presença de anorexia e/ou redução da ingestão alimentar, hipoalbuminemia, elevação das concentrações séricas da PCR, fadiga e comprometimento funcional (redução da capacidade funcional, da força muscular, entre outros indicadores)[5,7-13].

No HC IV, aplica-se a Avaliação Subjetiva Global produzida pelo próprio paciente versão reduzida (ASG-PPP vr) (Quadro 22) e o escore prognóstico de Glasgow modificado (Quadro 23) para a avaliação nutricional inicial, ambas ferramentas validadas para essa população[15,16]. Em seguida, sempre que possível, o diagnóstico da caquexia do câncer é realizado de acordo com o modelo descrito na Quadro 24.

Quadro 22 — Avaliação Subjetiva Global produzida pelo próprio paciente versão reduzida

AVALIAÇÃO SUBJETIVA GLOBAL PRODUZIDA PELO PACIENTE

1. Peso

Resumo do peso atual e recente:

Eu atualmente peso aproximadamente ___kg Eu tenho aproximadamente 1 metro e ___cm
Há 1 mês eu costumava pesar ___kg Há 6 meses costumava pesar ___kg

Durante **as duas últimas semanas** o meu peso:

		Pontuação
(0)	Diminuiu	1
(1)	Ficou igual	0
(2)	Aumentou	0

Se o peso diminuiu, continuar

Use o peso de um mês, se não tiver, use o de seis meses:

PP em 1 mês	PP em 6 meses	Pontuação
10% ou mais	20% ou mais	4
5-9,9%	10-19,9%	3
3-4,9%	6-9,9%	2
2-2,9%	2-5,9%	1
0-1,9%	0-1,9%	0

Cálculo PP 1 mês (%) =_____ PP 6 meses (%) = _____

CAIXA 1 **Somar** (máximo 5)

2. Ingestão alimentar

Comparada com minha alimentação habitual, **no último mês**, eu tenho comido:

		Pontuação
(0)	A mesma coisa	0
(1)	Mais que o habitual	0
(2)	Menos que o habitual	1

Atualmente, eu estou comendo:

		Pontuação
(0)	A mesma comida (sólida), em menor quantidade que o habitual	1
(1)	A mesma comida (sólida), em pouca quantidade	2
(2)	Apenas alimentos líquidos	3
(3)	Apenas suplementos nutricionais	3
(4)	Pouquíssima quantidade de qualquer alimento	4
(5)	Apenas alimentação por sonda ou veia	0

CAIXA 2 **Indicar valor mais alto** (máximo 4)

continua

continuação

3. Sintomas		
Durante as **duas últimas semanas**, eu tenho tido os seguintes problemas que me impedem de comer o suficiente (marcar todos os que estiver sentindo):		
		Pontuação
( )	Sem problemas para me alimentar	0
( )	Sem apetite, apenas sem vontade de co-mer	3
( )	Náuseas (enjoos)	1
( )	Vômitos	3
( )	Obstipação (intestino preso)	1
( )	Diarreia	3
( )	Feridas na boca	2
( )	Boca seca	1
( )	Coisas têm gosto estranho ou não tem gosto	1
( )	Os cheiros me incomodam	1
( )	Problemas para engolir	2
( )	Me sinto rapidamente satisfeito	1
( )	Dor. Onde?	3
( )	Cansaço (Fadiga)	1
( )	Outros:_____ Ex.: depressão, problemas dentários ou financeiros etc.	1
	CAIXA 3 Somar (máximo 24)	

4. Atividades e capacidade funcional		
No último mês, de um modo geral, eu consideraria a minha atividade (função) como:		
		Pontuação
(0)	Normal, sem nenhuma limitação	0
(1)	Não estou totalmente normal, mas sou capaz manter quase todas as atividades normais	1
(2)	Sem disposição para a maioria das coisas, mas ficando na cama ou na cadeira menos da metade do dia	2
(3)	Capaz de fazer pouca atividade e passando a maior parte do dia na cadeira ou na cama	3
(4)	Praticamente acamado, raramente fora da cama	3
	CAIXA 4 Indicar valor mais alto (máximo 3)	

ESCORE FINAL Somar os pontos das quatro caixas	

Fonte: adaptado de Ottery[17].

Legenda: PP — perda de peso.

Quadro 23 — Escore prognóstico de Glasgow para avaliação nutricional

PCR (mg/L)	Albumina (g/dL)	EPG	Classificação nutricional
≤ 10	≥ 3,5	0	Não caquético
≤ 10	< 3,5	0	Desnutrido
> 10	≥ 3,5	1	Caquético
> 10	< 3,5	2	Caquético refratário

Fonte: adaptado de Douglas e McMillan[10].

Legenda: EPG — escore prognóstico de Glasgow; PCR — proteína C-reativa.

Quadro 24 — Critério e pontos de corte para a classificação dos estágios da caquexia para pacientes com câncer avançado

	IMC > 26,4 kg/m²		IMC 21-26,4 kg/m²		IMC < 21 kg/m²
	Área muscular do braço		Área muscular do braço		
	38 cm² (♂) 35,5 cm² (♀)	< 38 cm² (♂) < 35,5 cm² (♀)	38 cm² (♂) 35,5 cm² (♀)	< 38 cm² (♂) < 35,5 cm² (♀)	
PP < 15%	Pré-caquexia	Caquexia	Caquexia		Caquexia
PP ≥15%	Caquexia		Caquexia	Caquexia refratária	Caquexia refratária

Fonte: adaptado de Wiegert *et al.*[12].

Legenda: ♂ — homens; ♀ — mulheres; IMC — índice de massa corporal; PP — perda de peso corporal.

ABORDAGEM TERAPÊUTICA

A abordagem terapêutica da caquexia do câncer envolve as terapias farmacológica e não farmacológica, instituídas por equipe multiprofissional, com os destaques a seguir.

Farmacológica

As evidências científicas permanecem insuficientes para endossar fortemente qualquer agente farmacológico para tratar especificamente a caquexia do câncer[18]. O tratamento é ofertado por fármacos que melhoram o controle das náuseas e outros sintomas de impacto nutricional e os que

estimulam o apetite e/ou melhoram o ganho de peso. Os fármacos disponíveis no HC IV para esse fim incluem análogos da progesterona (acetato de megestrol) e corticosteroides (preferência pela dexametasona por seu menor efeito mineralocorticoide).

A dexametasona é um corticoide com ação anti-inflamatória e imunossupressora. A ação desse fármaco na caquexia do câncer ocorre via inibição de citocinas pró-inflamatórias como a interleucina 1 (IL-1) e o fator de necrose tumoral α (TNF-α), e elevação dos níveis de neuropeptídeo Y, um potente estimulador central do apetite. A dexametasona diminui as náuseas, melhora o apetite e a ingestão alimentar, mas não assegura o ganho de peso corporal. Em virtude da sua ação limitada e dos efeitos colaterais associados ao uso prolongado (astenia, delírios e imunossupressão), seu uso deve ser considerado para pacientes com sobrevida de dias a semanas[18]. A dose preconizada é de 4 a 8 mg ao dia, administrada, de preferência, no horário da manhã.

Em pacientes com maior expectativa de vida, o acetato de megestrol é mais apropriado. Ele é um derivado sintético do hormônio progesterona, sendo o fármaco mais estudado para tratamento da caquexia do câncer[18,19]. Favorece a melhora do apetite e o ganho de peso corporal; no entanto, o ganho de peso associado ao megestrol é principalmente de tecido adiposo. A dose eficaz sugerida está entre 160 e 1.600 mg ao dia (média 400 mg ao dia). Os efeitos colaterais incluem o risco de tromboembolismo, hipogonadismo, insuficiência adrenal e edema periférico[19].

Diversos outros agentes, como mirtazapina, anamorelin, canabinoides, talidomida, oxandrolona, melatonina, entre outros, vêm sendo investigados nesse contexto, com menor número de evidências, especialmente no que se refere a pacientes em cuidados paliativos[18,20].

Não farmacológica

A abordagem não farmacológica é feita por meio da intervenção nutricional realizada por nutricionista especialista. As intervenções nutricionais são parte integrante do plano de cuidados e devem ser implementadas individualmente após avaliação dos benefícios esperados e dos riscos potenciais, levando em consideração a vontade e as expectativas do paciente e de seus familiares. Além disso, devem ser ponderados os aspectos nutricionais, clínicos, prognósticos e bioéticos[21-23].

Embora a maior parte dos pacientes com câncer avançado apresente caquexia do câncer, nem sempre sua recuperação é possível. Os objetivos da abordagem terapêutica são cuidados focados em melhorar a ingestão nutricional e diminuir a inflamação[4,23]. Diversas estratégias nutricionais

podem ser utilizadas com essa finalidade e, para tanto, o plano de cuidado proposto deve ser delineado conforme as avaliações prognóstica e nutricional.

A avaliação prognóstica tem por objetivo identificar os pacientes com capacidade anabólica, ou seja, aqueles que potencialmente irão se beneficiar da intervenção nutricional com foco na recuperação ou na manutenção do estado nutricional[4,21]. Embora não existam critérios totalmente definidos para identificar esses pacientes, em termos gerais, incluem-se aqueles com doença estável e expectativa de vida maior que 90 dias[24,25]. Alguns indicadores prognósticos utilizados no HC IV para delineamento dos pacientes elegíveis incluem EPGm igual a 0, a ASG-PPP menor que 15 pontos, KPS maior que 40% e ausência de dispneia (Capítulos 12 e 13)[15,16,26].

A avaliação nutricional, por sua vez, tem por objetivo identificar os pacientes desnutridos ou em risco nutricional, por exemplo, aqueles com história de perda de peso, baixa ingestão alimentar (menor que 70% das necessidades nutricionais estimadas), sintomas de impacto nutricional e/ou escore global da ASG-PPP maior que 9 pontos.

Uma vez identificados os pacientes desnutridos ou em risco nutricional elegíveis para uma intervenção nutricional com foco na recuperação ou na manutenção do estado nutricional, a conduta nutricional será determinada de acordo com a classificação da caquexia (Quadro 25). A oferta nutricional recomendada é de 30 a 35 kcal por quilo ao dia com de 1,2 a 1,5 g de proteína por quilo ao dia, considerando o peso atual; doses mais altas (até 2,0 g) de proteína podem ser ofertadas, especialmente quando a depleção muscular é mais acentuada[4,21].

Quadro 25 — Abordagem nutricional de acordo com os estágios da caquexia do câncer

PRÉ-CAQUEXIA	CAQUEXIA	CAQUEXIA REFRATÁRIA
Intervenções nutricionais precoces: aconselhamento nutricional e, se necessário, uso de SNO e/ou TNE	Intervenções multimodais, com plano nutricional individualizado: aconselhamento nutricional e SNO e/ou TNE	Cuidados nutricionais voltados ao conforto do paciente: aconselhamento nutricional para alívio dos sintomas e do sofrimento relacionado à alimentação e à nutrição

Fonte: adaptado de Arends *et al.*[4,24]; Fearon *et al.*[6].

Legendas: SNO — suplementos nutricionais orais; TNE — terapia nutricional enteral.

No estágio de pré-caquexia, devem-se considerar as intervenções preventivas por meio do aconselhamento nutricional associado ou não ao uso de terapia nutricional. Na fase de caquexia, é necessária uma abordagem multimodal (nutrição, fármacos, atividade física, abordagem psicológica e social etc.) com foco nos fatores nutricionais potencialmente modificáveis. Por fim, na caquexia refratária, a nutrição é adaptada para o controle de sintomas e destina-se, principalmente, a promover conforto[24,25,27].

O aconselhamento nutricional é a primeira e mais frequente intervenção utilizada para o tratamento de pacientes com caquexia do câncer e deve ser planejado levando-se em consideração a quantidade e a qualidade da aceitação alimentar do paciente e seu estilo de vida[4,18,21]. Algumas estratégias nutricionais para reduzir o desconforto associado à ingestão de alimentos e aumentar o aporte nutricional incluem: oferta dos alimentos preferidos ou mais bem tolerados, adequação da consistência e do volume das refeições, reforço das primeiras refeições do dia, uma vez que a anorexia costuma ser menos intensa no período da manhã, e aumento da densidade nutricional das preparações. Algumas sugestões com esse objetivo incluem: adicionar geleias de frutas ou cereais em iogurtes ou leite; leite condensado, mel ou creme de leite em saladas ou cremes de frutas; leite em pó, cereais e mucilagens adicionados ao leite líquido; queijos em sopas e purês; omelete com queijo, leite, manteiga; ovos e carnes em geral adicionados a alimentos como sopas, arroz, feijão, saladas ou sanduíches[21].

Fatores subjacentes à anorexia, tais como náuseas, disgeusia, diarreia e constipação, também devem ser identificados e tratados. Ademais, na fase avançada da doença, os pacientes apresentam digestão e esvaziamento gástrico lentificados em virtude da atrofia da mucosa do trato gastrointestinal, da reduzida produção de secreções digestivas e do uso de opioides, entre outros fatores. Para tal, recomenda-se aumentar o fracionamento e diminuir o volume da dieta ofertada, evitar a ingestão de líquidos durante as refeições e o excesso de alimentos ricos em gordura, pois aumentam a saciedade e retardam o esvaziamento gástrico[21]. Materiais de apoio, como impressos próprios com as principais orientações fornecidas no atendimento nutricional, bem como cartilhas padronizadas na instituição, como o *Guia de nutrição para pacientes e cuidadores*[s], podem ser entregues.

O uso de suplementos nutricionais orais (SNO) é indicado para pacientes pré-caquéticos e caquéticos cujas necessidades de nutrientes não conseguem ser atendidas apenas por meio da ingestão alimentar diária, seja qualitativa seja quantitativamente. Embora as evidências sejam insuficientes, sugere-se considerar, quando disponíveis, o uso de nutrientes específicos, como ômega 3, beta-hidroxi-metil-butirato, leucina, creatina e L-carnitina, que podem atenuar a inflamação e melhorar a síntese de proteína muscular[4,25].

[s] Disponível em: https://www.inca.gov.br/publicacoes/cartilhas/guia-de-nutricao-para-pacientes-e-cuidadores.

A terapia nutricional enteral (TNE) pode ser indicada para pacientes caquéticos com impossibilidade de utilizar a via oral ou com ingestão alimentar oral insuficiente; ou seja, quando essa não atende às necessidades nutricionais estimadas, apesar do aconselhamento dietético especializado e/ou SNO. Pacientes com expectativa de vida menor do que um mês, baixa capacidade funcional, sintomas refratários e insuficiências orgânicas graves geralmente não se beneficiam da utilização da TNE[23]. Nos pacientes caquéticos refratários ou em cuidados de fim de vida, a nutrição é adaptada para o controle de sintomas e destina-se, principalmente, a promover conforto. Nos pacientes que se encontram em uso de TNE e evoluem para essa fase da doença, a descontinuidade da terapia depende do desejo do paciente e de seus familiares, e devem ser considerados os aspectos bioéticos envolvidos[22]. É importante salientar que o planejamento nutricional deve sempre avaliar quais as potenciais barreiras para adesão das intervenções nutricionais propostas e que a ingestão ou a administração de todo o aporte de nutrientes prescrito nem sempre será possível.

A avaliação e o manejo da caquexia do câncer constituem um grande desafio na prática clínica. Em razão da natureza multifatorial da síndrome, ensaios multimodais de intervenção podem fornecer melhor oportunidade para abordar a caquexia do câncer. Medidas de resposta em estudos de intervenção devem considerar desfechos centrados no paciente, como atenuação da perda de peso, melhora da composição corporal, da funcionalidade, dos sintomas e da qualidade de vida[18,25]. A abordagem terapêutica na caquexia do câncer deve ser vista como um processo individualizado e parte integrante do planejamento dos cuidados, objetivando prevenir ou minimizar mais perdas, aliviar os sintomas e melhorar a qualidade de vida.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O paciente com câncer avançado encontra-se em uma condição crônica progressiva na qual a assistência nutricional pode ser bastante desafiadora. No entanto, sendo os estágios iniciais da caquexia do câncer potencialmente modificáveis, e conhecendo a influência dessa principalmente sobre os diferentes desfechos relacionados ao paciente, com destaque especial para a qualidade de vida, sua identificação e abordagem não podem ser subestimados na prática clínica. Dessa forma, tornam-se fundamentais a avaliação precoce da caquexia do câncer e a implementação do tratamento multimodal, incluindo fármacos, exercícios físicos e intervenções nutricionais para minimizar o seu desenvolvimento e/ou agravamento.

REFERÊNCIAS

1. OLIVEIRA, L. C. *et al*. Quality of life and its relation with nutritional status in patients with incurable cancer in palliative care. **Support Care in Cancer**, Berlin, v. 28, n. 10, p. 4971-4978, Oct. 2020. DOI 10.1007/s00520-020-053339.

2. WIEGERT, E. V. M. *et al*. Cancer cachexia: comparing diagnostic criteria in patients with incurable cancer. **Nutrition**, Tarrytown, v. 79-80, p. 110945, Nov./Dec. 2020. DOI 10.1016/j.nut.2020.110945.

3. OLIVEIRA, L. C. *et al*. Effects of specialized nutritional interventions in patients with incurable cancer: a systematic review. **BMJ Support Palliative Care**, London, v. 12, n. 4, p. 388-402, Dec. 2022. DOI 10.1136/spcare-2022-003893.

4. ARENDS, J. *et al*. ESPEN expert group recommendations for action against cancer-related malnutrition. **Clinical Nutrition**: official journal of the European Society of Parenteral and Enteral Nutrition, Kidlington, v. 36, n. 5, p. 1187-1196, Oct. 2017. DOI 10.1016/j.clnu.2017.06.017.

5. VIGANO, A. A. L. *et al*. Use of routinely available clinical, nutritional, and functional criteria to classify cachexia in advanced cancer patients. **Clinical Nutrition**: official journal of the European Society of Parenteral and Enteral Nutrition, Kidlington, v. 36, n. 5, p. 1378-1390, Oct. 2017. DOI 10.1016/j.clnu.2016.09.008.

6. FEARON, K. *et al*. Definition and classification of cancer cachexia: an international consensus. **The Lancet**. Oncology, London, v. 12, n. 5, p. 489-495, May 2011. DOI 10.1016/S1470-2045(10)70218-7.

7. ZHOU, T. *et al*. Development and validation of a clinically applicable score to classify cachexia stages in advanced cancer patients. **Journal of Cachexia, Sarcopenia and Muscle**, Berlin, v. 9, n. 2, p 306-314, Apr. 2018. DOI 10.1002/jcsm.12275.

8. ARGILÉS, J. M. *et al*. The cachexia score (CASCO): a new tool for staging cachectic cancer patients. **Journal of Cachexia, Sarcopenia and Muscle**, Berlin, v. 2, n. 2, p. 87-93, Jun 2011. DOI 10.1007/s13539-011-0027-5.

9. ARGILÉS, J. M. *et al*. Validation of the CAchexia SCOre (CASCO) staging cancer patients: the use of mini CASCO as a simplified tool. **Frontiers in Physiology**, Lausanne, v. 8, p. 1-9, Feb. 2017. DOI 10.3389/fphys.2017.00092.

10. DOUGLAS, E.; MCMILLAN, D.C. Towards a simple objective framework for the investigation and treatment of cancer cachexia: the Glasgow Prognostic Score. **Cancer Treatment Reviews**, London, v. 40, n. 6, p. 685-691, July 2014. DOI 10.1016/j.ctrv.2013.11.007.

11. WALLENGREN, O. *et al*. Diagnostic criteria of cancer cachexia: relation to quality of life, exercise capacity and survival in unselected palliative care patients. **Support Care in Cancer**, Berlin, v. 21, n. 6, p. 1569-1577, June 2013. DOI 10.1007/s00520-012-1697-z.

12. WIEGERT, E. V. M. *et al*. New cancer cachexia staging system for use in clinical practice. **Nutrition**, Tarrytown, v. 11, n. 90, 111271, Apr. 2021. DOI 10.1016/j.nut.2021.111271.

13. MARTIN, L. *et al*. Diagnostic criteria for the classification of cancer-associated weight loss. **Journal of Clinical Oncology**, Oxford, v. 33, n. 1, p. 90-9, Jan. 2015. DOI 10.1200/JCO.2014.56.1894.

14. WIEGERT, E. V. M; OLIVEIRA, L. C.; CALIXTO-LIMA, L. Triagem e avaliação do estado nutricional. *In*: PEDRONA, A. P. *et al*. (org.). **Nutrição oncológica no dia a dia**. Rio de Janeiro: Rubio, 2023. p. 3-21.

15. CUNHA, M. S. *et al*. Validation of the scored patient-generated subjective global assessment short form as a prognostic tool for incurable cancer patients. **JPEN Journal of Parenteral and Enteral Nutrition**, Hoboken, v. 46, n. 4, p. 915-922, May 2022. DOI 10.1002/jpen.2251.

16. SILVA, G. A. D. *et al*. Clinical utility of the modified Glasgow Prognostic Score to classify cachexia in patients with advanced cancer in palliative care. **Clinical Nutrition**: official journal of the European Society of Parenteral and Enteral Nutrition, Kidlington, v. 39, n. 5, p. 1587-1592, May 2020. DOI 10.1016/j.clnu.2019.07.002.

17. Ottery, F.D. **Scored patient-generated subjective global assessment [avaliação subjetiva global – preenchida pelo paciente]**. [*S. l.*: *s. n.*], 2018. Disponível em: https://pt-global.org/wp-content/uploads/2018/05/Brazilian-PG-SGA-18-008-v05.21.18.pdf. Acesso em: 4 maio 2023.

18. ROELAND, E. J. *et al*. Management of cancer cachexia: ASCO guideline. **Journal of Clinical Oncology**, New York, v. 38, n. 21, p. 2438-2453, July 2020. DOI 10.1200/JCO.20.00611.

19. RUIZ GARCIA, V. *et al*. Megestrol acetate for treatment of anorexia-cachexia syndrome. **The Cochrane Database Systematic Reviews**, Chichester, v. 2013, n. 33, CD004310, Mar. 2013. DOI 10.1002/14651858.C004310.pub3.

20. REZAEI, S. *et al*. The effect of anamorelin (ONO-7643) on cachexia in cancer patients: systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. **Journal of Oncology Pharmacy Practice**, London, v. 29, n. 7, p. 1725-1735, Oct. 2023. DOI 10.1177/10781552231189864.

21. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **Consenso nacional de nutrição oncológica**. 2 ed. rev. ampl. e atual. Rio de Janeiro: INCA, 2015.

22. DRUML, C. *et al*. ESPEN guideline on ethical aspects of artificial nutrition and hydration. **Clinical Nutrition**: official journal of the European Society of Parenteral and Enteral Nutrition, Kidlington, v. 35, n. 3, p. 545-556, June 2016. DOI 10.1016/j.clnu.2016.02.006.

23. BISCHOFF, S. C. *et al*. ESPEN guideline on home enteral nutrition. **Clinical Nutrition**: official journal of the European Society of Parenteral and Enteral Nutrition, Kidlington, v. 39, n. 1, p. 5-22, Jan. 2020. DOI 10.1016/j.clnu.2019.04.022.

24. ARENDS, J. *et al*. Cancer cachexia in adult patients: ESMO Clinical Practice Guidelines. **ESMO Open**, London, v. 6, n. 3, p. 100092, June 2021. DOI 10.1016/j.esmoop.2021.100092.

25. PRADO, C. M. *et al*. Nutrition in the spotlight in cachexia, sarcopenia and muscle: avoiding the wildfire. **Journal of Cachexia, Sarcopenia and Muscle**, Berlin, v. 12, n. 1, p. 3-8, Dec. 2020. DOI 10.1002/jcsm.12673.

26. MUSCARITOLI, M. *et al*. ESPEN practical guideline: Clinical Nutrition in cancer. **Clinical Nutrition**: official journal of the European Society of Parenteral and Enteral Nutrition, Kidlington, v. 40, n. 5, p. 2898-2913, May 2021. DOI 10.1016/j.clnu.2021.02.005.

27. HORIE, L. M. *et al*. Diretriz BRASPEN de terapia nutricional no paciente com câncer. **BRASPEN Journal**, São Paulo, v. 34, p. 2-32, 2019. Supl. 1.

CAPÍTULO 22: NÁUSEAS, VÔMITOS, CONSTIPAÇÃO INTESTINAL E DIARREIA

INTRODUÇÃO

Náuseas, vômitos, constipação intestinal e diarreia são sintomas altamente prevalentes em pacientes em cuidados paliativos, especialmente com câncer avançado. As náuseas e os vômitos podem ocorrer em mais de 60% desses pacientes, e a avaliação desses sintomas deve ser minuciosa, uma vez que sua etiologia costuma ser multifatorial[1]. Quanto à constipação, sua prevalência pode atingir 87% entre aqueles que usam opioide[2]. A diarreia, por sua vez, é um sintoma menos frequente que a constipação nessa população. Contudo, pode ocasionar desidratação, distúrbio hidroeletrolítico e até mesmo desnutrição, quando crônica[3].

Por definição, o vômito é a expulsão do conteúdo gástrico pela boca, mediado por alterações no SNC em coordenação com as musculaturas diafragmática e abdominal. Já a náusea é acompanhada por sensação de necessidade de vomitar, tem domínios cognitivos, emocionais e subjetivos[4], podendo estar associada à taquicardia, à perspiração, à tontura, à palidez, à salivação excessiva e à fraqueza[5].

A constipação intestinal é estabelecida como o movimento lento das fezes por meio do intestino grosso, resultando na irregularidade da evacuação, na passagem de fezes ressecadas e endurecidas, podendo provocar dor, cólicas, anorexia, impactação fecal, ruptura intestinal e até mesmo sepse[6,7]. Já a diarreia é definida como eliminação de fezes anormalmente líquidas com maior frequência que o habitual[8].

Dessa forma, o objetivo deste capítulo é abordar elementos relevantes para a identificação e o monitoramento desses sintomas, bem como suas abordagens terapêuticas farmacológicas e não farmacológicas.

ABORDAGEM DIAGNÓSTICA

Náuseas e vômitos

No contexto do câncer, esses sintomas podem ser oriundos de tratamentos radioterápicos, quimioterápicos, medicações ou consequência da própria doença avançada[9]. Para uma avaliação mais completa, recomenda-se a

investigação do histórico dos sintomas, a avaliação física, os exames de imagem e laboratório[10]:

- Anamnese:
  - Duração, frequência (persistente ou intermitente).
  - Aspecto.
  - Intensidade.
  - Fatores associados (dor, natureza do vômito, alteração do hábito intestinal, outros sintomas).
  - Fatores agravantes (exemplo: olhar para comida, cheiro da comida, se piora após alimentação ou ao movimentar-se).
  - Fatores temporais (se piora pela manhã).
  - Fatores atenuantes.
  - Histórico de medicamentos (opioides, corticosteroides, anti-inflamatórios não hormonais, antibióticos).
  - Tratamento antineoplásico, cirurgias prévias.
- Exame físico:
  - Abdômen — presença de massas, ruídos hidroaéreos (obstrução mecânica).
  - Exame retal.
  - Sinais de sepse.
  - Sinais sugestivos de anormalidades metabólicas (insuficiências renal e hepática, hipercalcemia).
  - Sinais neurológicos.
- Investigação complementar:
  - Exames de imagem (radiografia, tomografia computadorizada).
  - Exames laboratoriais.

Para monitoramento da resposta terapêutica, recomenda-se a aplicação do Esas (Capítulo 12), que quantifica os sintomas de zero (ausência do sintoma) a dez (intensidade máxima)[11]. Com relação aos vômitos, é pertinente dar importância às características do material eliminado: bilioso, fecaloide, em jato ou hematêmese.

Constipação intestinal

Suas possíveis causas são: sequelas do tratamento antineoplásico ou evolução do câncer (disfunção, obstrução, síndrome de compressão medular — SCM), causas metabólicas, presença de fissuras anais ou hemorroidas, baixa ingestão de líquidos e fibras, atividade funcional reduzida, fatores

ambientais, uso de medicamentos, como opioides, antidepressivos tricíclicos ou antibióticos[12].

Alguns aspectos precisam ser investigados na constipação, como[6]:

- Data da última evacuação.
- Frequência das evacuações.
- Consistência das fezes.
- Mudanças recentes no padrão das evacuações.
- Urgência de evacuação (presença ou ausência).
- Sensação de evacuação (completa ou incompleta).
- Incontinência fecal (presença ou ausência).
- Evidência de muco ou sangue nas fezes.
- Uso prévio ou atual de laxantes.
- Necessidade de auxílio manual para evacuar.

Para o monitoramento da consistência das fezes, recomenda-se a utilização da escala de Bristol[13], ilustrada no Capítulo 12. Essa escala consiste em sete imagens que ilustram as fezes de acordo com a consistência, forma e características, representando exemplos e descrições de serem facilmente reconhecidos. Ao ser apresentado a essa escala, o paciente deve selecionar o tipo que mais se assemelha às suas fezes[14].

A investigação do sintoma deve ainda contemplar perguntas como[15]:

- A evacuação está associada à dor abdominal ou a cólicas?
- Há presença exacerbada de flatos?
- Qual a consistência da dieta consumida habitualmente?
- Utiliza alimentos ricos em fibras?
- A ingestão desses alimentos melhora o hábito intestinal?
- Quantos copos de água consome por dia?
- Tem o hábito de ingerir sucos ou chás?
- Faz uso de alguma medicação laxativa?
- O uso desses fármacos melhorou o hábito intestinal?
- Faz uso de medicação opioide e antidepressivos tricíclicos?
- Apresenta SCM?

Além da anamnese, a avaliação do paciente deve abranger o exame físico. É importante considerar fatores que contraindicam o exame retal, como neutropenia e/ou trombocitopenia e sensibilidade cultural do paciente.

Os exames laboratoriais, por si só, não estão indicados, exceto para identificar fatores como hipercalcemia e diabetes, ou para avaliar riscos de intervenções[15]. A tomografia computadorizada de abdômen pode ser utilizada para elucidação diagnóstica, na dependência da funcionalidade do paciente.

Diarreia

De acordo com a duração dos episódios, a diarreia por ser classificada como: aguda, quando dura menos de duas semanas; persistente, quando persiste entre duas e quatro semanas; e crônica, quando se prolonga por mais de quatro semanas. A quantidade da diarreia deve ser superior a 200 g ao dia. Quando em menor quantidade, pode estar associada a doenças crônicas, como doenças inflamatórias intestinais, síndrome do intestino curto, colagenoses, distúrbios neuromusculares ou problemas anorretais estruturais. As causas da diarreia podem estar diretamente relacionadas à doença de base ou indiretamente aos efeitos colaterais de medicamentos ou procedimentos realizados. As mais comuns são: desequilíbrio da terapia laxativa; medicamentos, como antibióticos, antiácidos, anti-inflamatórios não hormonais, compostos com ferro, quimioterapia; impactação fecal com diarreia por transbordamento (diarreia paradoxal); fístulas entéricas; radioterapia abdominal ou pélvica; má-absorção por conta de carcinoma de pâncreas, gastrectomia, ressecção ileal, colectomia; tumores colônicos ou retais; tumores endócrinos, como o carcinoide; doenças concomitantes, como diabetes *mellitus*, hipertireoidismo, infecção gastrointestinal; e hábitos alimentares prévios[8].

A avaliação diagnóstica deve ser racionalmente dirigida por anamnese e exame físico minuciosos. O conhecimento da história natural da doença de base e suas complicações clínicas são importantes fatores para entendimento da causa da diarreia. Frequência da evacuação, tempo de evolução da diarreia, incontinência anal, presença de esteatorreia ou consistência aquosa podem direcionar o manejo terapêutico[8].

ABORDAGEM TERAPÊUTICA

A abordagem desses sintomas deve ser realizada por uma equipe interdisciplinar com foco em otimizar qualidade de vida e funcionalidade dos pacientes, podendo ser dividida em farmacológica e não farmacológica.

Farmacológica

A abordagem farmacológica desses quatro sintomas está descrita no Quadro 26.

Quadro 26 — Fármacos utilizados para manejo de náuseas, vômitos, constipação e diarreia

NÁUSEAS E VÔMITOS		
Fármacos	**Dose usual e vias de administração**	**Observações**
Bromoprida	10 mg, 3-4 vezes/dia VO, intravenosa, SC	Administrar 30 minutos antes das refeições Procinético
Clorpromazina*	25 mg, até 4 vezes/dia VO, IM, intravenosa	Efeito antiemético, sedativo, anticolinérgico Indicado na irritação peritoneal e aumento da PIC
Dexametasona	4-8 mg, 1 vez/dia VO, intravenosa, SC	Antagonista da prostaglandina
Escopolamina	10-20 mg, 3-4 vezes/dia VO, intravenosa, SC	Antiespasmódico e anticolinérgico OIM Antissecretor Aumento da PIC
Esomeprazol	20-40 mg, 1 vez/dia VO	Proteção gástrica Redução do ácido clorídrico
Haloperidol	1-2 mg, 3 vezes/dia VO, intravenosa, SC	Efeito antiemético Indicado para náuseas e vômitos induzidos por opioides
Metoclopramida	10 mg, 3-4 vezes/dia SC, VO, intravenosa	Antiemético e procinético Indicado na estase gástrica; íleo metabólico
Octreotide	0,1-0,3 mg, 3 vezes/dia SC	Vômitos relacionados à OIM Antissecretor
Omeprazol	20-40 mg, 1-2 vezes/dia VO, intravenosa, SC	Em jejum, se por VO Proteção gástrica Redução do ácido clorídrico
Ondansetrona	8 mg, 3 vezes/dia VO, intravenosa, SC	Efeito antiemético Ação nos vômitos induzidos por quimioterapia
Prometazina	25 mg, 2 vezes/dia IM	Efeito antiemético e sedativo Indicada na irritação peritoneal, causas vesiculares Aumento da PIC e OIM

continua

continuação

Simeticona	Máximo de 500 mg/dia VO	Antiflatulência
CONSTIPAÇÃO		
Bisacodil	5-10 mg, 1 vez/dia VO	À noite: ação em 6-8h Estimula a peristalse
Solução enema de glicerina 12%	500 ml VR	Gotejamento lento
Hidróxido de magnésio	15-60 ml, 2 vezes/dia VO	Não usar em insuficiência renal
Lactulose	30 ml, 1-2 vezes/dia VO Preferencialmente pela manhã	Osmótica Pode causar flatulência, náuseas e cólicas
Manitol 20%	200 ml + 400 ml de suco 1 vez ao dia VO	Osmótico Em casos de grande impactação de fezes
Picossulfato de sódio	5-10 mg/noite VO	Laxante estimulante: ação em 6-12h Pode causar cólica e diarreia aquosa
Óleo mineral	15 ml, 1-2 vezes/dia VO	Emoliente Atenção ao risco de pneumotite química se broncoaspirado
Supositório de glicerina	4 g VR	Ação em aproximadamente 1h
DIARREIA		
Loperamida	2 mg, 3-4 vezes/dia VO	Reduz movimento peristáltico Droga de eleição Cuidado em casos de infecção
Octreotide	0,1-0,3 mg, 3 vezes/dia SC	Diarreia refratária

Fonte: adaptado de Castilho, Silva e Pinto[16].

Legenda: IM — intramuscular; OIM — obstrução intestinal maligna; PIC — pressão intracraniana; SC — subcutânea; VO — via oral; VR — via retal.

Nota: *Relatos de serviços de uso da via subcutânea, não sendo uma prática usual no HC IV.

Os fármacos procinéticos não devem ser indicados em caso de obstrução intestinal maligna[9] (Capítulo 30). Vale ressaltar que é necessária a eliminação de fezes impactadas antes de se iniciar laxantes orais[12].

Diante de suspeita de diarreia infecciosa, é necessário que haja confirmação por meio de coprocultura. Em pacientes internados há mais de três dias, o *Clostridium difficile* é o principal agente da diarreia hospitalar e geralmente está relacionado ao uso de quinolonas e cefalosporinas. Sua identificação é importante a fim de direcionar o tratamento específico e providenciar o isolamento de contato, evitando-se a contaminação de profissionais, cuidadores e outros pacientes[8].

Recomenda-se que, para controle adequado de náuseas e vômitos, deve-se observar a dose, os intervalos e, sobretudo, a via de administração das medicações, pois a utilização de medicações por via oral encontra-se prejudicada em virtude dos sintomas, situação de pós-cirúrgico, queda do nível de consciência ou obstrução intestinal[11].

Não farmacológica

Manejo dos cuidados

Náuseas e vômitos[7,17]

- Fazer higiene oral adequada, sendo reforçada após os episódios eméticos.
- Manter a cabeceira elevada após as refeições por, no mínimo, 30 minutos.
- Orientar o paciente a evitar longos períodos de jejum, assim como não ingerir mais alimentos do que sua tolerância.
- Atentar para medicações que alteram paladar, como alguns antibióticos, antidepressivos, antifúngicos ou anticonvulsivantes.
- Evitar que medicações em soluções, por exemplo, dipirona e lactulose sejam oferecidas em horário próximo ao das refeições.
- Movimentar o paciente lentamente, evitando movimentos bruscos.
- Controlar os fatores ambientais capazes de provocar a náusea, como certos odores, sons e estimulação visual desagradável.
- Deixar o paciente em ambiente bem ventilado.
- Considerar o posicionamento de sonda nasogástrica em sifonagem.
- Considerar a realização de paracentese de alívio na presença de ascite.

Constipação intestinal[5]

- Estimular a deambulação e, caso não seja possível, a realização de exercícios no leito.
- Avaliar a área perianal (presença de fissuras, escoriações ou hemorroidas).

- Orientar a posição semiagachada (acocorar-se), pois maximiza o uso dos músculos abdominais e a força da gravidade.
- Tentar reorganizar o horário para evacuar (aproveitar o efeito gastrocólico após as refeições).
- Atentar para a manutenção da privacidade e diminuir constrangimentos durante a evacuação, evitando que assim o paciente ignore a urgência de evacuar.
- Realizar toque retal para averiguar presença de fecaloma.

Diarreia

A forma de hidratação e reposição eletrolítica vai depender da gravidade da desidratação e da disponibilidade de via de administração[8].

Manejo nutricional

Náuseas e vômitos[18]

- Estimular a realização de refeições de pequenos volumes, com maior fracionamento.
- Preferir preparações alimentares em temperatura ambiente ou alimentos frios.
- Sugerir o consumo de raspadinha de gelo ou gelo em cubos 40 minutos antes das refeições.
- Indicar o consumo de alimentos com baixo teor de lipídeos.
- Preferir sucos ou picolés de frutas cítricas.
- Avaliar uma pausa alimentar de curta duração, mantendo apenas dieta líquida, ou até mesmo a suspensão da dieta por um período.
- Nos casos de dieta enteral, prescrever fórmulas de volume reduzido e/ou diminuir a velocidade de infusão.

Constipação intestinal [18]

- Prescrever o consumo de alimentos ricos em fibras.
- Considerar a adição de módulo de fibras (mix de fibras solúveis e insolúveis) na dieta oral ou enteral.
- Estimular ingestão hídrica e de líquidos em geral.0

Diarreia[18]

- Reduzir a ingestão de alimentos com alto teor de lipídeos.

- Restringir a oferta de alimentos ricos em fibra e aumentar a oferta de alimentos com baixo teor de fibra.
- Estimular a ingestão de líquidos (água, chá, suco, água de coco, sopas). Em casos de sinais de desidratação, indicar a ingestão de soro caseiro.
- Considerar a restrição de lactose.
- Considerar a restrição de refrigerantes e sacarose em caso de distensão abdominal.
- Considerar a adição de módulo de fibras solúveis nas dietas oral ou enteral.
- Nos casos de dieta enteral, considerar mudança de fórmula[19]:
  - Com menor osmolaridade.
  - Com proteína hidrolisada.
  - Com diminuição da velocidade de infusão da dieta.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando a prevalência de náuseas, vômitos, constipação intestinal e diarreia no paciente com câncer avançado em cuidados paliativos e o impacto desses sintomas na qualidade de vida, é premente o olhar ampliado para seu melhor manejo.

O estudo sobre as possíveis causas desses sintomas, assim como a sua abordagem diagnóstica e terapêutica sob um viés multidisciplinar, pode propiciar um conhecimento mais aprofundado para a oferta do cuidado integral, de acordo com os pressupostos dos cuidados paliativos.

REFERÊNCIAS

1. NAVARI, R. M. Nausea and vomiting in advanced cancer. **Current Treatments Options in Oncology**, [*s. l.*], v. 21, n. 5, p. 14, Feb. 2020. DOI 10.1007/s11864-020-0704-8.

2. ZHE, H. The assessment and management of constipation among patients with advanced cancer in a palliative care ward in China: a best practice implementation project. **Joanna Briggs Institute Database Systematic Reviews and Implementation Reports**, Sidney, v. 14, n. 5, p. 295-309, May 2016. DOI 10.11124/JBISRIR-2016-002631.

3. AGRAWAL, C.; SHI, K. Constipation. *In*: BRUERA, E. *et al*. **Textbook of palliative medicine and supportive care**. 3rd ed. Boca Raton: CRC Press, 2021. p. 365-374.

4. WICKHAM, R. J. Nausea and vomiting: a palliative care imperative. **Current Oncology Reports**, [Philadelphia], v. 22, n. 1, p. 1, 2020. DOI 10.1007/s11912-020-0871-6.

5. POTTER, P.; PERRY, A. G. **Fundamentos de enfermagem**. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2018.

6. LARKIN, P. J. *et al*. Diagnosis, assessment and management of constipation in advanced cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines. **Annals of Oncology**: official journal of the European Society for Medical Oncology, [London], v. 29, p. iv111-iv125, Oct. 2018. Suppl. 4. DOI 10.1093/anonc/mdy148.

7. SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. **Brunner & Suddarth**: tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 14. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2020.

8. ROCHA, J. A. Diarreia. *In*: CARVALHO, R. T. *et al*. (ed.). **Manual da residência de cuidados paliativos**. Barueri: Manole, 2018. p. 245-250.

9. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil). **Ações de enfermagem para o controle do câncer**: uma proposta de integração ensino-serviço. 3. ed. Rio de Janeiro: INCA, 2008.

10. GLARE, P. *et al*. Treating nausea and vomiting in palliative care: a review. **Clinical Interventions in Aging**, Auckland, v. 6, p. 243-259, 2011. DOI 10.2147/CIA.S13109.

11. CONSENSO brasileiro de náuseas e vômitos. **Revista Brasileira de Cuidados Paliativos**, [São Paulo], v. 3, n. 3, p. 1-15, 2011. Supl. 2.

12. WICKHAM, R. J. Managing constipation in adults with cancer. **Journal of the Advanced Practitioner in Oncology**, [Cold Spring Harbor], v. 8, n. 2, p. 149-161, Mar. 2017.

13. DAVIES, A. *et al.* MASCC recommendations on the management of constipation in patients with advanced cancer. **Supportive Care in Cancer**, Berlin, v. 28, n.1, p. 23-33, 2020. DOI 10.1007/s00520-019-05016-4.

14. MARTINEZ, A. P.; AZEVEDO, G. R. de. Tradução, adaptação cultural e validação da Bristol Stool Form Scale para a população brasileira. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 20, n. 3, p. 583-589, maio/jun. 2012. DOI 10.1590/S0104-11692012000300021.

15. CONSENSO brasileiro de constipação intestinal induzida por opioides. **Revista Brasileira de Cuidados Paliativos**, [São Paulo], v. 2, n. 3, p. 1-40, 2009. Supl. 1.

16. RODRIGUES, L. F.; CARDOSO, T. F. S. Náuseas, vômitos e disfagia. *In*: CASTILHO, R. K.; SILVA, V. C. S. da; PINTO, C. da S. (ed.). **Manual de cuidados paliativos**. 3. ed. São Paulo: Academia Nacional de Cuidados Paliativos: Atheneu, 2021. p. 111-114.

17. POMPEO, D. A. *et al*. Intervenções de enfermagem para náusea e vômito no período pós-operatório imediato. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 20, n. 2, p. 191-198, abr./jun. 2007. DOI 10.1590/S0103-21002007000200013.

18. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **Consenso de nutrição oncológica**. 2. ed. rev. ampl. e atua. Rio de Janeiro: INCA, 2015. Disponível em: https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document/consenso_nacional_de_nutricao_oncologica_-_2a_edicao_2015_completo_0.pdf. Acesso em: 9 set. 2023.

19. BLUMENSTEIN, I.; SHASTRY, Y. M.; STEIN, J. Gastroenteric tube feeding: techniques, problems and solutions. **World Journal of Gastroenterology**, Pleasanton, CA, v. 20, n. 26, p. 8505-8524, 2014. DOI 10.3748/wjg.v20.i26.8505.

CAPÍTULO 23: PRURIDO

INTRODUÇÃO

Prurido é um sintoma de difícil mensuração, subjetivo e, muitas vezes, multicausal. Embora geralmente considerado um sintoma benigno e, na maioria das vezes, de curta duração, em uma minoria de pacientes, o prurido pode ser grave ou persistente, resultando em sofrimento significativo e impacto negativo na qualidade de vida[1]. Apresenta uma prevalência de 6% em pacientes em cuidados paliativos, em geral, e entre 5 e 24% em pacientes com diagnóstico de câncer incurável, sendo um dos principais fatores que contribuem com a diminuição da qualidade de vida desses pacientes[2,3].

Entendendo que, para o adequado manejo do sintoma, é importante a compreensão da fisiopatologia, este capítulo apresentará, de forma breve, a fisiopatologia dos diferentes tipos de prurido e as manifestações clínicas desse prurido em pacientes de cuidados paliativos. Posteriormente, serão abordados os manejos farmacológico e não farmacológico do prurido.

FISIOPATOLOGIA

Prurido ou coceira é a sensação desagradável que provoca o desejo de coçar, podendo ocorrer nas camadas superficiais da pele, nas mucosas (incluindo o trato respiratório superior) e na conjuntiva[4]. De acordo com sua duração, o prurido pode ser classificado em agudo (duração menor que seis semanas) ou crônico (duração igual ou maior que seis semanas) e, em relação ao mecanismo fisiopatológico, pode ser classificado em quatro tipos[3,5,6]:

- Pruridoceptivo — quando é originado de uma condição dermatológica como xerose, urticária, reações à picada de insetos, dermatite de contato, queimaduras solares, escabiose, entre outras, sendo transmitido pelas fibras nervosas C sensíveis à histamina com maior expressão de citocinas, seguidas pelo aumento da degranulação dos mastócitos.
- Neuropático — quando surge em razão de uma doença localizada em qualquer ponto ao longo da via aferente, como na neuropatia por herpes zoster, esclerose múltipla, prurido braquiorradial e tumores cerebrais.
- Neurogênico — origina-se no SNC por meio de mediadores, sem evidência de patologia neural, como o prurido de colestase, doença

renal, distúrbios mieloproliferativos, hipertireoidismo e ação dos opioides neuropeptídeos nos receptores μ-opioides.

- Psicogênico — ocasionado por um distúrbio psíquico, por exemplo, delírios de parasitose, formigamento, transtorno obsessivo-compulsivo, depressão, ansiedade, psicose.

Embora as vias nervosas que levam ao prurido não sejam totalmente compreendidas, é geralmente aceito que a transmissão de sinais ao longo de fibras nervosas periféricas C não mielinizadas, sensíveis à histamina e não sensíveis à histamina, estejam envolvidas. Essas fibras representam uma minoria (até 5%) das fibras nervosas C no corpo e são distintas das fibras nervosas C que transmitem a dor. São caracterizadas por uma velocidade de condução lenta e extensa ramificação terminal. As fibras sensíveis à histamina têm um papel importante na transmissão do prurido agudo e da urticária, enquanto as fibras nervosas não sensíveis à histamina têm um papel significativo na transmissão da maioria dos tipos de prurido crônico, por serem estimuladas por outros mediadores endógenos, como a serotonina, ocasionando, consequentemente, a ineficaz resposta aos anti-histamínicos orais[5,6].

Tanto coçar quanto esfregar a pele inibem a sensação de prurido ao estimular circuitos locais inibitórios na medula espinhal e no cérebro; coçar também estimula os receptores de dor, o que inibe a sensação de coceira. Os interneurônios inibitórios podem ser ativados por estímulos periféricos e centrais e liberam opiáceos endógenos. Além disso, pode ocorrer sensibilização central para coceira em pacientes com prurido crônico, de modo que estímulos nocivos sejam percebidos como coceira ao invés de dor[5].

ABORDAGEM DIAGNÓSTICA

A história clínica e o exame físico são essenciais para identificar a etiologia do prurido, visando ao tratamento adequado. Deve-se documentar medicações e troca de medicações realizadas nos últimos 12 meses antes do início do quadro. Caso outros membros da família e coabitantes apresentem os mesmos sintomas, é importante atentar para a possibilidade de escabiose[7]. Deve-se realizar inspeção de toda a pele, incluindo couro cabeludo, unhas, cavidade oral e região anogenital, e identificar lesões de pele preexistentes, atentando-se a como a pele se apresentava antes do prurido, com o intuito de diferenciar lesões primárias de secundárias.

As lesões primárias iniciam-se concomitantemente ao quadro de prurido e apresentam-se, geralmente, como máculas eritematosas, pústulas ou vesículas, podendo sugerir quadros inflamatórios (dermatite). As lesões

secundárias são oriundas do ato de coçar (escoriações, ulcerações), podendo estar relacionadas com doenças sistêmicas e uso de fármacos, por exemplo[7].

Além do uso de medicamentos, é importante definir aspectos como duração, localização, intensidade, presença de outros fatores desencadeantes, demais sintomas associados, histórico familiar e doença de base previamente diagnosticada[6,8].

A solicitação de exames complementares deve se dar de acordo com a história clínica e o exame físico. Hemograma deve ser realizado em caso de suspeita de doenças hematológicas, como linfoma de Hodgkin; glicemia, em caso de diabetes *mellitus*; provas de função hepática, em caso sugestivo de quadro de colestase; exames de bioquímica básica, como ureia e creatinina, na doença renal crônica e na uremia; avaliação da função tireoidiana, em caso de história clínica sugestiva. Sorologia para vírus da imunodeficiência humana (HIV) deve ser considerada[1,8].

ABORDAGEM TERAPÊUTICA

O tratamento deve ser conduzido e ajustado para cada paciente de forma personalizada. É fundamental diagnosticar e tratar as causas, e, na impossibilidade de um tratamento curativo da doença de base, o foco deve estar no controle dos sintomas e na melhora da capacidade funcional do paciente[9,10].

A discussão individualizada de cada caso, entre membros de uma equipe multidisciplinar, pode vir a identificar a origem e a escolha do tratamento de forma racional e eficaz. A obtenção do alívio pode ser obtida por diversos meios, incluindo medidas farmacológicas e não farmacológicas.

Abordagem farmacológica

As indicações para o tratamento do prurido nos doentes com câncer avançado são mais derivadas de casos clínicos e da experiência individual do que de estudos científicos e, na prática, os tratamentos têm uma eficácia variável e muitas vezes aquém da esperada.

Terapia tópica

Agentes emolientes e hidratantes

Os cuidados com a pele são fundamentais para garantir a hidratação adequada e evitar o ressecamento, mantendo a integridade da barreira cutânea.

Para os pruridos agudo e localizado, os emolientes são a terapêutica de primeira linha, uma vez que atuam umidificando a superfície mais externa da pele e recuperando a função de barreira danificada pelo repetitivo ato do coçar.

Produtos emolientes, após abertos, devem ser armazenados em geladeira, entre 2 e 8 ºC, para aumentar o efeito refrescante que promove alívio na aplicação. O calor deve ser evitado por exacerbar o prurido. Deve-se atentar para a manutenção das unhas curtas, evitando possíveis ferimentos na pele ocasionados pelo ato de coçar. Sabonetes alcalinos e soluções com pH alto devem ser evitados por produzirem um aumento na secreção de proteases de serina, que podem desencadear ou exacerbar o prurido, sendo preferíveis produtos com pH mais ácidos, entre 4,5 e 6,0[3,5,11].

Para a hidratação da pele, são utilizados cremes tópicos em formulações que podem conter ureia a 3%, óleo mineral, óleo de lanolina, óleos vegetais (semente de uvas e amêndoas), estearato de glicerila, análogos da vitamina D, manteiga de karité ou murumuru, ceramidas e outros agentes emolientes associados à capsaicina entre 0,025 e 0,1%.

Anestésicos tópicos, como lidocaína a 2,5%, para anestesiar as terminações nervosas, e agentes refrescantes também são largamente prescritos para a recuperação cutânea e o alívio do prurido tópico na pele íntegra. Esses produtos devem ser administrados duas vezes ao dia, de manhã e à noite[3,5,11].

Agentes refrescantes (para alívio dos sintomas)

Mentol, cânfora e fenol têm sido utilizados para estimular as fibras nervosas transmissoras da sensação de frio, disfarçando a percepção desagradável do prurido. São úteis para a maioria dos tipos de condições pruriginosas. Seu efeito, no entanto, é de curta duração além de apresentarem o potencial de causar irritação cutânea. São manipulados na formulação de cremes em concentrações de 1 a 2%[2,6].

Corticoides tópicos

Promovem alívio do prurido secundário a processos inflamatórios, utilizados principalmente nos casos em que a pele se encontra inflamada, porém não infectada[6]. Têm uso limitado a curtos períodos de tratamento em razão de seus efeitos adversos, como hipercortisolismo, telangiectasias e adelgaçamento da pele, gerando atrofia. Sua melhor via é por meio de pomadas em vez de formulações em creme.

Terapia sistêmica

O Quadro 27 resume os medicamentos utilizados no manejo do prurido. Detalhes adicionais do tratamento estão descritos a seguir.

Quadro 27 — Medicamentos utilizados no manejo farmacológico sistêmico do prurido em cuidados paliativos

Principais medicamentos	Ação e indicação	Dose usual	Posologia	Observações
Prometazina difenidramina	Anti-histamínicos Antagonistas dos receptores H1— prurido mediado por histamina Reações alérgicas	25-50 mg/dia	12/12h	Doses e posologias podem variar conforme a necessidade dos pacientes
Cetirizina		10 mg/dia	5 mg, 12/12h ou 10 mg 1 x/dia	
Hidroxizina		20-100 mg/dia	10-25 mg, 2-3 x/dia ou 25-100 mg ao deitar-se	
Sertralina	Inibidor da recaptação da serotonina Prurido crônico de diferentes etiologias: psicogênico, colestático, paraneoplásico, urêmico	50-100 mg/dia	1 x/dia	Pela manhã
Paroxetina	Inibidor da recaptação de serotonina Prurido crônico de diferentes etiologias: psicogênico, colestático, paraneoplásico, urêmico	5-20 mg/dia	1 x/dia	Tratamento deverá ser iniciado com dose de 5 mg/dia Pode ser associada com a mirtazapina

continua

continuação

Mirtazapina	Inibidor da recaptação de serotonina e noradrenalina Prurido crônico de diferentes etiologias: psicogênico, colestático, paraneoplásico, urêmico	Isolada: 15-45 mg/dia Associada: 7,5-15 mg/dia	Ao deitar	Pode ser utilizada de forma isolada ou associada à paroxetina, à gabapentina, ou à pregabalina
Amitriptilina	Antidepressivo tricíclico Prurido crônico de diferentes etiologias	25-100 mg/dia	Ao deitar	Não foi estudada em estudos randomizados
Doxepina	Antidepressivo tricíclico Prurido crônico de diferentes etiologias: neuropático, psicogênico	25-150 mg/dia	Ao deitar	Altamente sedativa
Gabapentina	Análogo ácido γ-aminobutírico Prurido neuropático Prurido urêmico	300-3.600 mg/dia	Até 8/8h	Pacientes com insuficiência renal crônica: 100-300 mg/dia 3 x por semana
Pregabalina	Análogo ácido γ-aminobutírico Prurido neuropático Prurido urêmico	25-600 mg/dia	Até 8/8h	Pacientes com insuficiência renal podem precisar de ajuste de dose
Rifampicina	Antibiótico Prurido colestático	150-600 mg/dia	1-2 x/dia	Monitorar nível das transaminases regularmente (hepatotóxica)

continua

continuação

Colestiramina	Inibidora da reabsorção de ácidos biliares Prurido colestático	4-16 g/dia (dose inicial 4 g/dia) Dose máxima: 24 g/dia	Até de 6/6h	Contraindicada na obstrução biliar completa
Naloxona e naltrexona	Antagonistas dos receptores μ dos opioides Prurido induzido por opioides Prurido colestático Prurido urêmico	Naloxona parenteral: 0,4 mg seguida de uma infusão de 0,2 μg/kg por minuto Naltrexona oral: 12,5-50 mg/dia	1 x/dia	Contraindicadas para indivíduos que necessitam de uso crônico de opioides para o controle da dor

Fonte: elaboração INCA.

Anti-histamínicos

Os antagonistas dos receptores H1 apresentam efeito limitado no prurido crônico porque a histamina não tem um papel importante em situações além da urticária.

Os anti-histamínicos mais antigos, sedativos, como a prometazina e a difenidramina, são usualmente prescritos como tratamentos de primeira linha do prurido de origem histaminérgica, bloqueando a liberação e a ação da histamina produzida durante o ato de coçar. Esses fármacos parecem apresentar uma melhor resposta por sua ação central, e seus efeitos benéficos também se correlacionam com sua ação soporífera, que ajuda os pacientes a dormir, trazendo alívio do prurido durante o dia e a noite[2,6,12].

Os antagonistas dos receptores H1, de segunda ou terceira gerações, são mais modernos e não sedativos. A cetirizina é um agente usualmente utilizado em tratamento de manutenção, assim como a hidroxizina. As doses e os esquemas posológicos na administração de anti-histamínicos podem variar conforme a necessidade individual dos pacientes[5,6].

Como indutores do sono e para o alívio da ansiedade, benzodiazepínicos também podem exercer um papel coadjuvante, apesar não apresentarem qualquer efeito antipruriginoso[6].

Antidepressivos e anticonvulsivantes

Os antidepressivos inibidores seletivos da recaptação da serotonina, como sertralina, paroxetina e fluoxetina, reduzem o prurido generalizado de diferentes etiologias, incluindo o prurido psicogênico. A sertralina é eficaz no prurido colestático[13]. No prurido paraneoplásico ou nos demais pruridos crônicos, após falhas com tratamentos anteriores, a paroxetina pode ser utilizada, com observação do efeito em até sete dias, na ausência de benefício, o tratamento deverá ser interrompido[6,14,15].

Outro antidepressivo de ação dual (noradrenérgico e serotoninérgico) e com efeito sedativo, a mirtazapina também pode ser administrada isoladamente ou associada à paroxetina. Foi reportada melhora do prurido crônico em pacientes com linfoma cutâneo de células T com a associação de doses baixas de mirtazapina e gabapentina ou pregabalina[16].

Quanto aos antidepressivos tricíclicos, a amitriptilina tem sido administrada no prurido crônico, embora não tenha sido estudada em estudos randomizados[5,6]. A doxepina, além de sua ação antidepressiva, apresenta propriedades antipruriginosas, anti-histamínicas e altamente sedativas, tendo sido utilizada para o tratamento de pruridos crônicos de diferentes etiologias, incluindo o neuropático e o psicogênico. Seu efeito é tipicamente observado entre seis e oito semanas de tratamento. Atualmente, o uso de antidepressivos tricíclicos é limitado em razão da maior eficácia e segurança dos tratamentos com inibidores seletivos da recaptura da serotonina[17].

A gabapentina e a pregabalina são agentes análogos estruturais do neurotransmissor ácido γ-aminobutírico (Gaba). Os gabapentinoides são eficazes em vários tipos de prurido pelo bloqueio da via neuropática, diminuindo a liberação de neurotransmissores pró-nociceptivos dependentes de cálcio na medula espinhal, incluindo glutamato, norepinefrina, substância P, entre outros, especialmente em pacientes com prurido urêmico. Os efeitos indesejáveis mais frequentes verificados foram constipação, aumento de peso, sonolência, ataxia, visão turva e confusão mental[2,5,16,18].

Antagonistas dos opioides: naloxona e naltrexona

Estudos randomizados mostraram que os antagonistas dos receptores μ dos opioides, como a naloxona, têm efeitos antipruriginosos em urticária crônica e eczema atópico, e esses dados são consistentes com o sugestivo envolvimento da ativação endógena dos receptores de opioides μ na mediação dos pruridos colestático e urêmico, especialmente em doenças sistêmicas crônicas. No entanto, são inapropriados para pacientes que usam opioides para controle da dor pelo risco de perda da analgesia. O seu uso também é

limitado pelos efeitos indesejáveis, como náuseas, perda de apetite, cólicas intestinais e diarreia[5,19].

Tratamento do prurido colestático

O prurido da colestase ocorre em 80% ou mais dos doentes com icterícia colestática e é o sintoma inicial em pelo menos 25% dos doentes. Os pacientes referem-se, muitas vezes, ao prurido como o sintoma mais perturbador, com grande impacto na qualidade de vida, sendo associado à privação do sono, à fadiga, à depressão e à ideação suicida. É mais intenso à noite, no verão e em climas tropicais e úmidos[20].

Na colestase, a derivação biliar interna ou externa é a medida de primeira linha e mais eficaz de alívio para o prurido e deve ser considerada sempre que possível e viável[6].

A serotonina, apesar de não parecer ser um mediador direto no prurido colestático, aparenta ter um papel importante na percepção do prurido a nível central, o que justifica o benefício dos antidepressivos inibidores seletivos da recaptação da serotonina[9,13,20].

Já a ondansetrona, por ser antagonista do receptor da serotonina, pode ser utilizada, mas apresenta constipação como efeito adverso, e, em estudo comparado ao placebo, não se revelou eficaz[6,13,15].

A rifampicina, antibiótico de primeira linha no tratamento da tuberculose, atua por indução enzimática, aumentando o metabolismo da bilirrubina e modificando a síntese dos ácidos biliares secundários no intestino. Esse fármaco teve sua eficácia verificada em estudos randomizados como tratamento inicial ou após a ineficácia de outros agentes. Contudo, reações graves, como anemia hemolítica, insuficiência renal, púrpura trombocitopênica e hepatotoxicidade, foram observadas, devendo-se monitorar o nível das transaminases regularmente[6,13,20].

No caso da colestiramina, de utilização controversa e limitada, ela não é absorvível e liga-se aos sais biliares, impedindo a sua absorção no íleo terminal. A dose inicial é de 4 g uma hora antes do café da manhã, e pode ser aumentada até quatro vezes ao dia. Como efeitos adversos, pode provocar constipação, hemorragia digestiva, úlcera péptica e má-absorção de vitaminas lipossolúveis. A adesão ao tratamento também pode ser baixa em razão do sabor desagradável. Também reduz a biodisponibilidade de vários fármacos, como a digoxina, a tiroxina e os contraceptivos orais, devendo ser administrados pelo menos quatro horas após a colestiramina. O efeito ocorre usualmente após duas semanas de tratamento. A colestiramina, na obstrução biliar completa, não funciona e é contraindicada[6,7,13,20].

A naloxona e a naltrexona, antagonistas dos receptores opioides μ, têm efeito antipruriginoso eficaz no tratamento da colestase. No entanto, podem desencadear síndrome de abstinência, mesmo nos doentes que não fazem uso de opioides exógenos, com dor abdominal, anorexia e hipertensão. Estão contraindicadas nos indivíduos que necessitam de opioides para o controle da dor[6,7,19]. Nos casos de prurido induzido por opioides, considerar a sua rotação.

Os doentes que têm uma expectativa de vida muito limitada devem ser mantidos confortáveis, com medicação restrita e eventual terapia de sedação paliativa.

Tratamento do prurido urêmico

A patogênese do prurido urêmico é complexa e mal compreendida, mas sabe-se que a via de transmissão não é histaminérgica. Diversas teorias que buscam a explicação incluem a diálise inadequada, a xerose, o hiperparatireoidismo e as alterações no metabolismo do cálcio e do fósforo[11].

Na pele dos doentes com prurido urêmico, há uma elevação significativa da triptase dos mastócitos, leucotrieno B4 (LB4) e TNF-α. A triptase dos mastócitos ativa o receptor PAR-2 que, por sua vez, atua reduzindo o limiar de estimulação do prurido. O LB4 é pruritogênico. O TNF-α aumenta a expressão dos linfócitos T que produzem interleucina 2 (IL-2), a qual é pruritogênica. Essas vias de ativação explicam, de alguma forma, a eficácia de algumas terapêuticas recomendadas[11]. A prevalência do prurido em pacientes com insuficiência renal crônica pode alcançar uma taxa de 55 a 80%[21].

A otimização do regime da diálise é a primeira opção. Nos doentes com hiperparatireoidismo secundário, a paratireoidectomia pode ser eficaz, se pertinente. A terapêutica com radiação ultravioleta B (UVB) de banda estreita é eficaz e, em muitos casos, superior ao tratamento farmacológico.

A gabapentina e a pregabalina costumam ser eficazes no prurido urêmico por um mecanismo ainda desconhecido, mas parecem atuar na subunidade α-2 Δ dos canais de cálcio, reduzindo a transmissão de glutamato (receptor chave do prurido na medula espinhal). A dose desses fármacos deve ser ajustada à função renal e de acordo com a resposta obtida[16].

Outra opção é a talidomida, que inibe a formação de TNF-α, reduzindo a expressão dos linfócitos Th-1 e um dos seus produtos, a IL-2, que é pruritogênica[11].

Tratamento do prurido paraneoplásico

O prurido paraneoplásico é normalmente verificado nas neoplasias hematológicas e é definido como aquele que é verificado precocemente, antes mesmo da evidência clínica de doença maligna, não estando relacionado à invasão ou à compressão neoplásica[16].

O mecanismo do prurido paraneoplásico ainda não é conhecido. O tratamento antineoplásico que induza a remissão da doença oncológica, quando possível, é o modo mais eficaz de tratamento. No entanto, essa opção costuma não ser viável no câncer avançado.

Abordagens não farmacológicas

A fototerapia com raios UVB de comprimento de onda curto exerce sua ação na epiderme e na derme, camadas superficiais da pele nas quais o prurido é percebido. Apesar do mecanismo de ação ainda não ter sido elucidado, a remoção dessas camadas parece promover a perda da percepção do prurido. No entanto, doses altas podem causar inflamações cutâneas ou agravar o prurido, sendo seu efeito benéfico estritamente relacionado à dose e à frequência. Geralmente a frequência da aplicação é de três vezes por semana. Em pacientes muito graves e caminhando para a terminalidade da vida, essa abordagem é considerada inadequada. Verificou-se que os raios UVB são eficazes no prurido urêmico e que apresentam efeito sistêmico, uma vez que, quando aplicados na metade do corpo, reduziram o prurido igualmente na área que não foi irradiada. A terapêutica com radiação UVB de banda estreita mostrou-se eficaz e, em alguns casos, superior ao tratamento farmacológico[16,18,22].

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O prurido, embora na maioria das vezes seja um sintoma de curta duração, em alguns casos pode ser grave e crônico, afetando a qualidade de vida de pacientes em cuidados paliativos. As principais causas de prurido na população de cuidados paliativos são insuficiência renal crônica, doença hepática, distúrbios hematológicos ou linfoproliferativos, malignidade e drogas (especialmente opioides). A xerose está frequentemente presente em adultos mais velhos e pode acompanhar ou exacerbar todas as causas de prurido. Dessa forma, lubrificar regularmente a pele com emolientes tópicos não perfumados é uma medida recomendada. O tratamento deve ser realizado de maneira individualizada, avaliando a gravidade dos sintomas e seus objetivos. Embora sejam possíveis tratamentos direcionados à erradicação da causa primária do prurido (por exemplo, implante de *stent* para obstrução biliar), essa não

é uma opção viável para a maioria dos pacientes de cuidados paliativos, e a terapia geralmente é direcionada para reduzir o sintoma, independentemente da etiologia.

REFERÊNCIAS

1. TIVOLI, Y. A.; RUBENSTEIN, R. M. Pruritus: an updated look at an old problem. **Journal of Clinical and Aesthetic Dermatology**, West Chester, PA, v. 2, n. 7, p. 30-36, July 2009.
2. ALSHAMMARY, S. A.; DURAISAMY, B. P.; ALSUHAIL, A. Review of management of pruritus in palliative care. **Journal of Health Specialies**, [*s. l.*], v. 4, n. 1, p. 17-23, Jan. 2016.
3. PERDUE, C. Management of pruritus in palliative care. **Nursing Times**, London, v. 112, n. 24, p. 20-23, June 2016.
4. NELOSKA, L. *et al*. Dermatological diseases in palliative care patients: a prospective study of 271 patients. **Journal der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft**, Berlin, v. 6, n. 15, p. 621-627, June 2017. DOI 10.1111/ddg.13236.
5. YOSIPOVITCH, G.; BERNHARD J. D. Chronic pruritus. **New England Journal of Medicine**, Boston, v. 368, p. 1625-1634, Apr. 2013. DOI 10.1056/NEJMcp1208814.
6. CARVALHO, L. Tratamento sintomático em cuidados paliativos: prurido. **Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar**, Lisboa, v. 19, n. 1, p. 55-66, jan. 2003. DOI 10.32385/rpmgf.v19i1.9905.
7. WEISSHAAR, E. *et al*. Paraneoplastic itch: an expert position statement from the Special Interest Group (SIG) of the International Forum on the Study of Itch (IFSI). **Acta Dermato-Venereologica**, Uppsala, v. 95, p. 261-265, Mar. 2015. DOI 10.2340/00015555-1959.
8. NOWAK, D.; YEUNG, J. Diagnosis and treatment of pruritus. **Canadian Family Physician**, Don Mills, Ontario, v. 63, n. 12, p. 918-924, Dec. 2017.
9. TEY, H. L.; YOSIPOVITCH, G.; BERNHARD, J. D. Prurido. *In*: MEDICINANET. [*S. l.*: *s. n.*], 2015. Disponível em: https://www.medicinanet.com.br/m/conteudos/acp-medicine/6194/prurido.htm. Acesso em: 29 ago. 2023.
10. DALAL, S.; SMITH, T. J.; FASCO, F. Overview of pruritus in palliative care. *In:* UPTODATE. [Waltham, MA: *s. n.*], May 2023. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/overview-of-pruritus-in-palliative-care#. Acesso em 29 ago. 2023.

11. BRENNAN, F. P.; JOSLAND, E.; KELLY, J. J. Chronic pruritus: histamine is not always the answer. **Journal of Pain and Symptom Management**, New York, v. 50, n. 4, p. 566-570, Oct. 2015. DOI 10.1016/j.jpainsymman.2015.04.009.

12. ELMARIAH, S. B.; LERNER, E. A. Topical teraphies for pruritus. **Seminars in Cutaneous Medicine and Surgery**, Philadelphia, PA, v. 30, n. 2, p. 118-126, June 2011. DOI 10.1016/j.sder.2011.04.008.

13. NIETSCHE, T. R. *et al*. Prurido colestático: atualização de conhecimentos. **Anais Brasileiros de Dermatologia**, [*s. l.*], v. 97, n. 3, p. 332-337, maio 2022. DOI 10.1016/j.abdp.2022.02.007

14. KRAUT, R. Y. Treatment of pruritus in a palliative care patient with low-dose paroxetine: a case report. **Journal of Medical Case Reports**, [*s. l.*]. v. 11, p. 280, Oct. 2017. DOI 10.1186/s13256-017-1437-6.

15. SIEMENS, W. *et al*. Drug treatments for pruritus in adult palliative care. **Deustsches Ärzteblatt International**, Cologne, v. 111, n. 50, p. 863-870, Dec. 2014. DOI 10.3238/arztebl.2014.0863.

16. SECCARECCIA, D.; GEBARA, N. Pruritus in palliative care: getting up to scratch. **Canadian Family Physician Médecin de Famille Canadien**, Don Mills, Ontario, v. 57, p. 1010-1013, 2011.

17. YOSIPOVITCH, G.; SAMUEL, L. S. Neuropathic and psychogenic itch. **Dermatologic Therapy**, [*s. l.*], v. 1, n. 1, p. 32-41, Jan. 2008. DOI 10.1111/j.1529-8019.2008.00167.

18. ANAND, S. Gabapentin for pruritus in palliative care. **American Journal of Hospice & Palliative Medicine**, Thousand Oaks, v. 30, n. 2, p. 192-196, Mar. 2013. DOI 10.1177/1049909112445464.

19. SIEMENS, W. *et al*. Pharmacological interventions for pruritus in adult palliative care patients: reviews. **The Cochrane Database of Systematic Reviews**, Chichester, v. 11, n. 11, Nov, 2016. DOI 10.1002/14651858.CD008320.pub3.

20. BASSARI, R.; KOEA, J. B. Jaundice associated pruritis: a review of pathophysiology and treatment. **World Journal of Gastroenterology**, Pleasanton, v. 21, n. 5, p. 1404-1413, Feb. 2015. DOI 10.3748/wjg.v21.i5.1404.

21. RAZEGHI, E. *et al*. Gabapentin and uremic pruritus in hemodialysis patients. **Renal Failure**, London, v. 31, n. 2, p. 85-90, July 2009. DOI 10.1080/08860220802595476.

22. LEGAT, F. J. The antipruritic effect of phototherapy. **Frontiers in Medicine**, Lausanne, v. 5, Nov. 2018. DOI 10.3389/fmed.2018.00333.

CAPÍTULO 24: SINTOMAS BUCAIS

INTRODUÇÃO

Nos cuidados paliativos, o manejo dos sinais e sintomas bucais em indivíduos com doenças ativas, progressivas e avançadas visa a melhora da qualidade de vida, diminuindo os impactos direto e indireto da doença ou de seu tratamento, além das comorbidades e seus tratamentos associados. A cavidade oral é frequentemente acometida por quadros de dor e perda de função da estrutura bucal e orofaríngea, situação que pode afetar a interação social em variados graus[1]. As funções afetadas podem impactar negativamente na respiração, na comunicação, na alimentação, na ingestão de líquidos e nas vias de administração de medicamentos[2].

A etiologia desses problemas pode estar relacionada a múltiplos fatores envolvendo efeitos anatômicos diretos do câncer na cavidade oral, efeitos fisiológicos indiretos do câncer de ordem física (fadiga ou dificuldade motora para realizar a higienização), efeitos psicológicos (falta de motivação ou dificuldade para realizar a higienização), imunossupressão relativa, sequelas de tratamentos oncológicos (cirúrgicos, radioterápicos e/ou quimioterápicos), efeitos colaterais de tratamentos para doenças pregressas e suas sequelas. Afecções na cavidade oral também são causa indireta de mortalidade em razão de infecções sistêmicas ou respiratórias secundárias à colonização ou à infecção aguda[2].

A fase de vida em que o paciente se encontra relaciona-se com a curva de evolução de cada doença, e as complicações bucais variam de acordo com o estado de saúde. O conceito de saúde bucal é uma abstração útil, uma vez que é indissociável do estado de saúde geral no cuidado interdisciplinar. O foco do cuidado, portanto, é o diagnóstico das alterações e um plano de tratamento para a cavidade oral, tendo como horizonte a fase de vida que está sendo vivenciada, para que tratamentos potencialmente inapropriados não sejam oferecidos aos pacientes se não houver tempo de se beneficiarem deles[1]. É essencial aos profissionais da saúde envolvidos nos cuidados desses pacientes o bom entendimento dos princípios de higiene oral, com domínio do manejo baseado em evidências dos problemas bucais mais comuns[2], objetivando a manutenção de uma boca sem dor, infecção ou presença de detritos alimentares[3].

É necessário considerar a queixa do paciente obtida de forma espontânea, porém recomenda-se a avaliação por meio de questionamento

direcionado, além de observação das necessidades identificadas por familiares, cuidadores ou equipe multiprofissional de cuidados paliativos, uma vez que nem sempre os pacientes relatam seus desconfortos bucais por acreditarem fazer parte da doença, por limitações de acesso a tratamentos odontológicos, ou por estarem física ou cognitivamente incapazes[1,3].

Assim, o objetivo deste capítulo é discutir os principais sintomas bucais presentes nos pacientes em cuidados paliativos e as respectivas abordagens terapêuticas.

XEROSTOMIA

A xerostomia é definida clinicamente como a sensação subjetiva de boca seca, sendo considerada um sintoma, e pode ou não estar associada à hipofunção de glândula salivar. A hipossalivação, por sua vez, é considerada um sinal objetivo de redução do fluxo salivar. A queixa de boca seca tem diversas causas potenciais, porém as causas principais em pacientes oncológicos estão relacionadas a efeitos adversos de medicações utilizadas[1,2], radioterapia realizada em região de cabeça e pescoço, ou manifestação de doença do enxerto contra o hospedeiro em pacientes submetidos à transplante alogênico de células-tronco hematopoiéticas[4].

Entre as classes de medicações associadas a essa condição, estão os anticolinérgicos, os diuréticos, os anti-hipertensivos, os antidepressivos, os antipsicóticos, os anti-histamínicos, os sedativos, os ansiolíticos, os relaxantes musculares, os analgésicos opioides e os anti-inflamatórios não esteroidais[1].

Abordagem terapêutica

O tratamento dessa condição geralmente é sintomático, embora deva contemplar o tratamento da causa subjacente, se a condição clínica permitir, por exemplo, descontinuar alguma medicação agressora[2].

Intervenções não farmacológicas podem reduzir o desconforto local e incluem umidificação com água, uso de substitutivos artificias de saliva e uso de goma de mascar sem açúcar. As salivas artificiais tendem a ter uma duração de ação mais longa do que a água e estão disponíveis em diversos produtos comerciais, que diferem em formulação, pH, lubrificante e ingredientes adicionais. O uso da goma de mascar sem açúcar é uma opção quando as glândulas salivares podem ainda ser estimuladas, uma vez que são mais eficazes no alívio da xerostomia e melhoram outros problemas associados à hipofunção das glândulas salivares[2].

As intervenções farmacológicas capazes de induzir a salivação incluem a pilocarpina e produtos relacionados, como betanecol e cevimelina, porém atualmente ainda não há evidências científicas que suportem o uso de colírio de pilocarpina via oral para essa condição[2].

DOR E DESCONFORTO ORAL

De acordo com a definição da Iasp, a dor é caracterizada como uma sensação desagradável sensorial e emocionalmente, ligada a danos reais ou potenciais no organismo[5]. Na região orofacial, a dor pode surgir como um sintoma de cânceres regionais ou metastáticos, e o seu manejo é desafiador[6].

O desconforto oral refere-se a sensações desagradáveis, incômodas ou perturbadoras que afetam a região da boca e estruturas adjacentes. Isso pode envolver uma variedade de sensações, como a dor propriamente dita, ou então aspectos subjetivos, como queimação, formigamento, coceira ou sensibilidade. Sob essa perspectiva, o desconforto oral pode ser causado por diferentes condições, como lesões, inflamações, infecções, doenças orais ou consequência de tratamentos médicos sistêmicos, como a neurotoxicidade após o tratamento oncológico[7].

Abordagem terapêutica

A presença de dor ou de desconforto oral pode impactar significativamente na qualidade de vida do paciente com câncer, com interferência na alimentação, na fala, na higiene oral e nas interações sociais. O manejo adequado do desconforto oral é fundamental para melhorar o bem-estar e a saúde bucal do indivíduo afetado[5].

A estratégia de tratamento pode envolver a administração de medicamentos sistêmicos para controle da dor, assim como o uso de terapias tópicas de anestésicos, analgésicos ou anti-inflamatórios esteroidais na apresentação de pomadas, géis ou enxaguantes, a fim de fornecer alívio localizado[2,7]. Além disso, a manutenção de uma higiene oral rigorosa é essencial para prevenir infecções e complicações adicionais[5,7]. Próteses mal-adaptadas devem ser ajustadas, substituídas ou removidas[2].

É importante ressaltar que a identificação do fator causal da dor, se houver, é de suma importância na elaboração de um protocolo terapêutico. O regime analgésico indicado depende da etiologia da dor, se relacionada ao câncer ou à condição coexistente, da fisiopatologia da dor, se nociceptiva ou neuropática, e de uma variedade de fatores relacionados ao paciente, como as comorbidades e preferências pessoais[2]. O objetivo primordial consiste em

proporcionar confortos físico e emocional, adaptando as terapias conforme o necessário para atender às necessidades específicas do paciente e de seus familiares[6].

DISGEUSIA

A disgeusia é compreendida como uma distorção qualitativa do paladar, que implica alterações na percepção de sabores dos alimentos. Ela pode ser dividida em[8]:

- Ageusia, que é a ausência de gosto.
- Hipogeusia, que é a diminuição na sensibilidade gustatória.
- Hipergeusia, que é o aumento da sensibilidade gustatória.

Tal condição é uma preocupação significativa em pacientes com câncer avançado, que frequentemente enfrentam desafios nutricionais frente a essa alteração fisiológica, uma vez que os alimentos podem parecer menos atraentes ou mesmo desagradáveis. Isso pode levar a uma diminuição do apetite e à perda de peso, afetando ainda mais a qualidade de vida[9].

Abordagem terapêutica

Gerenciar a disgeusia é crucial para garantir que os pacientes recebam a nutrição adequada, seja por meio de ajustes dietéticos e de consultas com profissionais de saúde especializados em nutrição, seja considerando opções alternativas de alimentação, como suplementos nutricionais. O suporte multidisciplinar e a comunicação aberta entre pacientes, cuidadores e equipes médicas são fundamentais para minimizar o impacto da disgeusia e manter a saúde geral durante a jornada contra o câncer avançado[10].

A abordagem farmacológica para disgeusia com suplemento de zinco, dronabinol, acetato de megestrol ou clonazepam já foi reportada como eficiente em diferentes estudos de coorte, porém ainda há pouca evidência científica que suporte sua indicação[2].

HALITOSE

A halitose é caracterizada pelo mau hálito e pode ser considerada um sinal que algo não está bem no organismo. Sua origem é complexa e multifatorial, podendo ser de ordem fisiológica ou patológica, localizada ou sistêmica. Essa condição não apenas afeta o paciente, mas também aqueles ao seu redor, causando impactos negativos nas vidas social e psicológica das pessoas[11,12].

Aproximadamente 90% dos casos de halitose são de origem fisiológica e provêm da cavidade oral, em especial, pela má higienização da língua, local no qual ocorre a deposição da matéria orgânica em decomposição proveniente das bactérias anaeróbicas presentes na cavidade oral[11,12]. A halitose patológica pode estar associada a infecção, inflamação ou presença de lesão maligna. Outras fontes potenciais incluem o trato respiratório superior (nariz e seios paranasais), o trato respiratório inferior, o trato gastrointestinal ou mesmo um problema metabólico sistêmico[2].

Abordagem terapêutica

Para abordar a halitose é necessária uma higiene oral cuidadosa com escova dental e dentifrício fluoretado, podendo associar uso de raspador de língua e uso de soluções para bochecho, como o digluconato de clorexidina 0,12%[12].

Além disso, associa-se a hidratação da cavidade oral com uso de lubrificantes orais e a ingestão de líquidos. Importante a manutenção de dieta adequada, evitando-se o consumo de álcool e tabaco, além de tratar infecções presentes e evitar, se possível, medicamentos que possam causar halitose[11].

CANDIDÍASE ORAL

A candidíase oral é a infecção fúngica oral mais comum em humanos. Três fatores podem determinar a manifestação da infecção: estado imunológico do hospedeiro, ambiente da mucosa oral e cepa de *Candida albicans*[4]. Em pacientes em cuidados paliativos, a estimativa da presença dessa infecção é de 70% a 85%. A aparência da condição pode variar de uma camada branca removível em alguns casos a uma vermelhidão na mucosa da cavidade oral em outros[13,14].

Fatores predisponentes para infecções fúngicas incluem higiene bucal deficiente, hipossalivação, diabetes, certos medicamentos, sistema imunológico enfraquecido, estado nutricional reduzido e uso de prótese[13,14]. A candidíase oral pode causar desconforto e dor na boca, dificultando a alimentação e a ingestão de líquidos. Isso pode levar à desnutrição e à desidratação, o que é especialmente preocupante em pacientes em cuidados paliativos[4].

Abordagem terapêutica

O tratamento da candidíase oral envolve a administração de antifúngicos tópicos ou sistêmicos, dependendo da gravidade da infecção. Além disso,

medidas para melhorar a higiene bucal, controle de doenças sistêmicas se possível e alívio dos sintomas, como a dor, são importantes para garantir o conforto do paciente[14].

A escolha do tratamento farmacológico depende da extensão da doença, uma vez que os agentes tópicos são apropriados para tratar doenças localizadas, enquanto os agentes sistêmicos são indicados para tratar pacientes com doenças multifocais ou generalizadas, ou pacientes imunossuprimidos. Os agentes tópicos são mais difíceis de usar, já que a sua eficácia depende da adesão do paciente para o uso correto, ou seja, contato por tempo adequado com as lesões nos intervalos regulares. A resistência aos polienos é incomum enquanto a resistência aos azóis é relativamente comum, e esses possuem interações medicamentosas importantes que podem contraindicar o seu uso em pacientes complexos[2].

Em caso de uso de próteses dentárias removíveis, deve ser realizada a higienização regular com sabão neutro diariamente. Essas devem estar bem--adaptadas e sem causar traumas na cavidade oral. A secura bucal também pode agravar a candidíase oral, devendo ser incentivada a ingestão regular de líquidos e considerado o uso de produtos para a lubrificação oral, como géis ou sprays, para aliviar o desconforto[14].

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A condição clínica orofacial dos pacientes em cuidados paliativos demanda um plano de tratamento individualizado no controle dos sintomas que interferem na sua qualidade de vida e sobrevida. O acompanhamento por um cirurgião-dentista inserido na equipe de cuidados paliativos é importante para que as condições complexas sejam identificadas precocemente e um plano de cuidado individualizado seja estabelecido, embora a responsabilidade pela manutenção da saúde bucal deva ser compartilhada por toda a equipe multidisciplinar de profissionais envolvidos no cuidado, pelo paciente e por seus cuidadores.

REFERÊNCIAS

1. JALES, S. M. C. P. Odontologia em CUIDADOS PALIATIVOS. *In*: VARELLIS, M. L. Z. *et al.* **Odontologia hospitalar**. São Paulo: Santos Publicações, 2018. p. 321-343.
2. JONES, J. A. *et al.* MASCC/ISOO expert opinion on the management of oral problems in patients with advanced cancer. **Supportive Care**

in Cancer, Berlin, v. 30, n. 11, p. 8761-8773, Nov. 2022. DOI 10.1007/s00520-022-07211-2.

3. JALES, S. M. C. P. *et al*. Interface da odontologia com o cuidado paliativo. *In*: SANTOS, P. S. S.; SOARES JUNIOR, L. A. V. **Medicina bucal**: a prática na odontologia hospitalar. 2. ed. São Paulo: Santos Publicações, 2022. p. 245-251.

4. NEVILLE, B. W. *et al.* Doenças hematológicas. *In*: NEVILLE, B. W. *et al.* **Patologia oral e maxilofacial**. 4. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011. cap. 6, p. 213.

5. ROMERO-REYES, M.; SALVEMINI, D. Cancer and orofacial pain. **Medicina Oral Patología Oral y Cirugia Bucal**, Valencia, v. 21, n. 6, e665-71, Nov. 2016. DOI 10.4317/medoral.21515.

6. WU, T.-Y. *et al*. Professional oral care in end-of-life patients with advanced cancers in a hospice ward: improvement of oral conditions. **BMC Palliative Care**, London, v. 19, n. 1, 27 nov. 2020. DOI 10.1186/s12904-020-00684-0.

7. BHASKAR, A. Interventional pain management in patients with cancer-related pain. **Postgraduate Medicine**, London, v. 132, p. 13-16, Nov. 2020. Suppl. 3. DOI 10.1080/00325481.2020.1807796.

8. SEVRYUGIN, O. *et al*. Taste and smell disturbances in cancer patients: a scoping review of available treatments. **Supportive Care in Cancer**, Berlin, v. 29, n. 1, p. 49-66, Jan. 2021. DOI 10.1007/s00520-020-05609-4.

9. BLOISE, R.; DAVIS, M. P. Dysgeusia #304. **Journal of Palliative Medicine**, Larchmont, v. 19, n. 4, p. 462-463, Apr. 2016. DOI 10.1089/jpm.2016.0017.

10. RUTE, A. *et al*. Palliative oral care in terminal cancer patients: integrated review. **World Journal of Clinical Cases**, Pleasanton, CA, v. 11, n. 13, p. 2966-2980, May 2023. DOI 10.12998/wjcc.v11.i13.2966.

11. ELAD, S.; HOROWITZ, R.; ZADIK, Y. Supportive and palliative care in dentistry and oral medicine. *In:* SMITH, H. S.; PILITSIS J. G. (ed.). **The art and science of palliative medicine**. Hong Kong: AME Publishing Company, 2014. p. 385-405.

12. BARROS, C. G. D. **Caracterização das afecções da boca nos doentes em cuidados paliativos**. 2020. Dissertação (Mestrado em Cuidados Paliativos) – Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Portugal, 2020. Disponível em: https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/131109/2/434101.pdf. Acesso em: 24 jan. 2024.

13. KVALHEIM, S. F; STRAND, G. V. A narrative of oral care in palliative patients. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, Basel, v. 19, n. 10, 6306, May 2022. DOI 10.3390/ijerph19106306.

14. WISEMAN, M. The treatment of oral problems in the palliative patient. **Journal - Canadian Dental Association**, Ottawa, v. 72, n. 5, p. 453-458, June 2006.

CAPÍTULO 25: COMPLICAÇÕES VENOLINFÁTICAS — EDEMA E LINFEDEMA

INTRODUÇÃO

O linfedema maligno refere-se ao desenvolvimento de linfedema como resultado do câncer ou de seus tratamentos. É uma complicação comum em pacientes oncológicos e pode ser uma condição debilitante e dolorosa. O cuidado paliativo no contexto do câncer aborda os sintomas físicos, emocionais e psicossociais dos pacientes com câncer em todas as fases da doença, especialmente nas fases avançada e terminal, com o objetivo de melhorar sua qualidade de vida.

Os objetivos do tratamento paliativo são diferentes daqueles da terapia tradicional de linfedema. A terapia é centrada no paciente, adaptada para atender às suas necessidades e revisada regularmente para determinar seu benefício. Uma comunicação direta, aberta e franca entre o paciente e o terapeuta, sem alimentar falsas esperanças, é importante para o sucesso da técnica. Pequenas melhorias no inchaço ou na cessação da linforreia podem ser extremamente significativas e devem ser valorizadas.

Neste capítulo, será abordado o manejo não farmacológico do edema e do linfedema em pacientes com câncer sob o olhar da interdisciplinaridade. Inicialmente, serão apresentadas as definições dos termos e uma breve descrição de sua fisiopatologia.

DEFINIÇÕES

O edema é uma disfunção caracterizada pelo acúmulo de macromoléculas no espaço intercelular em razão da disfunção dos sistemas linfático e venoso. É definido como um aumento acentuado no volume do líquido intersticial localizado ou generalizado[1]. Já o linfedema é uma doença crônica, grave e progressiva, caracterizada pelo acúmulo de líquido linfático no tecido adiposo em razão de defeitos no sistema linfático[1].

FISIOPATOLOGIA

Sistema linfático

A principal função do sistema linfático é absorver o excesso de líquido intersticial e retornar para o sistema venoso. Além de absorver líquido, também é responsável por absorver substâncias de alto peso molecular que não passam pela permeabilidade do sistema venoso. Também cabe ao sistema linfático o controle de várias respostas imunológicas para garantir o ambiente mais saudável possível[2].

A troca de líquidos do sangue oxigenado (sistema arterial) para o sistema venoso ocorre na microcirculação. Nela existe uma quantidade de líquido que é ultrafiltrado para o interstício, e a maior parte desse líquido é reabsorvido pelo sistema venoso. O restante do líquido que não consegue ser reabsorvido será absorvido pelo sistema linfático. Assim, uma das funções do sistema linfático, na microcirculação, é manter um equilíbrio entre essa troca de líquidos. Cerca de 80 a 90% do líquido é reabsorvido pelo sistema venoso, e de 10 a 20% do líquido que não consegue ser reabsorvido pelo sistema venoso é absorvido pelo sistema linfático[2,3].

Assim, o início do sistema linfático se dá a partir do momento que o líquido e as substâncias de alto peso molecular entram no capilar linfático, formando a linfa. As paredes do capilar linfático possuem válvulas que permitem essa entrada de líquido, sendo que, quanto maior a abertura dessas válvulas, maior a absorção de líquido e substâncias de alto peso molecular. Para que a válvula do capilar linfático abra, ela precisa de uma pressão intersticial maior. A associação da mobilização de pele e da contração muscular permite uma maior abertura dessas válvulas por conta dos filamentos de ancoragem que se localizam na parte externa do capilar, na proximidade de abertura da válvula, de uma extremidade à outra, fixada nos tecidos circunvizinhos[3].

Quando o líquido entra no capilar linfático, é direcionado para um pré-coletor linfático e, na sequência, para um coletor linfático. A função principal do pré-coletor é direcionar o líquido, porém, em algumas situações patológicas, quando se tem uma grande quantidade de líquido no interstício, esses pré-coletores podem desempenhar função de absorção desse excesso de líquido[4].

A contração muscular é um fator que impulsiona o líquido, pois ela é capaz de aumentar uma diferença de pressão, o que facilita a abertura das válvulas dos vasos linfáticos, consequentemente promove maior mobilização de líquido, maior entrada de líquido nos vasos, permitindo que maior quantidade

de líquido seja impulsionado, assim, quanto mais contração muscular for realizada, maior a velocidade da impulsão do líquido[4,5].

Existem dois tipos de coletores: os vasos linfáticos aferentes, que chegam nos linfonodos; e os eferentes, que saem dos linfonodos. Existe uma quantidade muito maior de coletores aferentes em comparação aos coletores eferentes, isso é justificado quando se constata que boa parte da quantidade de líquido que chega no linfonodo é absorvida pelo próprio sistema venoso do linfonodo. Assim, pode-se considerar que o linfonodo, além de possuir função imunológica, também contribui para a absorção do líquido[4,5].

Os principais grupos linfonodais encontram-se nas regiões cervical, axilar, lombar, pélvica e inguinal[5].

Edema e linfedema

Um desequilíbrio nas trocas de líquidos gera uma estase de líquidos intersticial que é chamada de edema ou linfedema[6]. O que difere um do outro é a concentração de proteínas no líquido intersticial. A proteína é absorvida pelo sistema linfático, assim, toda vez que existe um líquido intersticial rico em proteínas, tem-se um alerta para uma incompetência no sistema linfático, sendo denominado linfedema, o que normalmente reflete uma condição crônica. Por outro lado, quando há um acúmulo de líquido com baixa concentração de proteínas, significa que o sistema linfático está íntegro, porém ele não está conseguindo absorver esse excesso de líquido, sendo denominado edema, o que normalmente reflete uma condição aguda e transitória[4,6]. Em alguns casos, é possível que as duas situações ocorram simultaneamente, sendo denominadas de edema ou linfedema mistos.

As diferenças de pressão mantêm um ambiente harmônico, mas o que causa o acúmulo de líquido intersticial é um desequilíbrio nessas diferenças de pressão, que podem ter como causas: o aumento da ultrafiltração do capilar sanguíneo, por infecção, trauma, cirurgia, radioterapia, calor, excesso atividade física; a diminuição da reabsorção venosa (trombose venosa profunda — TVP[t]); a diminuição de proteína plasmática, por conta de síndromes carenciais e caquexia; e o aumento de proteína intersticial.

Os linfedemas podem ser classificados como primários e secundários. Este capítulo destina-se a discutir somente os linfedemas secundários de origem oncológica, que podem ser causados por obstrução; pelo próprio tratamento

[t] TVP é uma doença caracterizada pela formação de trombos no sistema venoso profundo, sendo mais prevalente nos membros inferiores. Os sinais e sintomas mais comuns são edema, eritema, aumento de temperatura, empastamento muscular, dor à palpação. É complicação comum em pacientes com câncer, sendo uma importante causa de morbidade e mortalidade. Pode ter complicações graves, como embolia pulmonar.

oncológico, como as cirurgias que retiram os linfonodos, a radioterapia sobre cadeia de drenagem linfática e, indiretamente, o uso de quimioterápicos que fazem um aumento da ultrafiltração associado a uma disfunção linfática causada pela radioterapia ou por cirurgia prévias; ou até mesmo pela própria evolução de doença oncológica que se dá no sistema linfático.

O linfedema ocorre a partir da estase por uma lesão linfática, seguida de uma resposta inflamatória, gerando um aumento de extravasamento de líquido para o interstício, uma dificuldade de absorção de proteínas com consequente aumento da fibrose e diminuição de formação de circulação colateral via capilar linfático. Todos esses fatores associados geram um aumento da disfunção linfática.

No linfedema crônico, os coletores linfáticos tornam-se progressivamente fibrosos e eventualmente são substituídos por tecido cicatricial que oblitera a área luminal do vaso. Assim, aumentos precoces na pressão intraluminal levam à dilatação e à ectasia do coletor linfático com adelgaçamento da camada íntima e alterações patológicas no sistema de válvulas secundárias. Surgem alterações compensatórias como resultado de hipertensão linfática crônica na parede do coletor, hipertrofia e alterações estruturais e fibróticas na arquitetura do músculo liso. Eventualmente, ocorre estenose com ausência de fluxo linfático.

ABORDAGEM DIAGNÓSTICA

O linfedema é uma complicação progressiva, sendo o primeiro sintoma uma sensação de peso do membro. Caso esse não seja tratado, seguem as alterações de volume e da derme do membro. As características clínicas do edema e do linfedema vão depender das causas subjacentes e de sua duração.

O linfedema clássico geralmente acomete uma região anatômica distinta, sendo que, na fase inicial, é possível notar um aumento de volume no segmento macio, depressivo à palpação, porém, à medida que o processo inflamatório crônico progride, a fibrose torna o tecido subcutâneo endurecido.

Boa parte dos pacientes relatam sensação de peso no membro acometido e dor nas regiões proximais dos membros edemaciados, que, associada à fraqueza generalizada presente na doença avançada, contribuem para imobilidade do membro acometido, levando a um maior acúmulo de líquido em razão da ausência de contração muscular efetiva que auxilia na drenagem.

Quando ocorre um aumento significativo do volume do linfedema, a pele pode se tornar fina e friável, gerando fissuras por onde extravasar o líquido, sendo esse fenômeno denominado linforreia. Essas feridas facilitam

a ocorrência de infecções. Sendo assim, as complicações mais comuns do linfedema são a linforreia e os processos infecciosos, como erisipela ou celulite[7].

O risco de trombose venosa profunda (TVP) deve ser considerado, pois o edema e/ou linfedema podem mascarar tal situação. Em caso de suspeita, doppler do sistema venoso deve ser realizado para confirmar ou afastar sua presença[7].

CUIDADOS COM EDEMA E LINFEDEMA

A abordagem farmacológica deverá ser individualizada conforme a causa e a presença ou não de trombose e está além do escopo deste capítulo.

A equipe multidisciplinar buscará, em sua prática, estratégias de conscientização, de forma simples, clara e objetiva, a fim de orientar o paciente sobre a importância da adesão terapêutica, os cuidados diários e a observação de sintomas sugestivos de complicações, como piora do edema, dor local, eritema, aumento da temperatura, empastamento e dor na palpação[8]. Os objetivos primordiais devem ser a reabilitação, a independência funcional e, consequentemente, a melhora da qualidade de vida[9].

Com o objetivo de facilitar o cuidado com o edema e o linfedema e de reduzir danos, a orientação estará voltada para a prevenção. É importante a adoção de um estilo de vida saudável, uma dieta balanceada, a diminuição da quantidade de sal na alimentação, a manutenção do peso corporal, o controle da pressão arterial, a prática de exercícios físicos (se indicado), a elevação do membro afetado e a estimulação dos cuidados com os esses membros[9,10].

Buscando facilitar os cuidados com esses pacientes, deve-se orientá-los a: realizar higiene corporal assídua; lavar o local afetado com água e sabão; hidratar a pele para prevenir ressecamentos e rachaduras; realizar automassagem e exercícios (se for indicado); evitar roupas e acessórios apertados; tomar cuidado com tesouras; evitar cortes na retirada de cutículas ou depilação; evitar exposição ao sol; atentar aos cuidados com queimaduras, picadas de insetos e escoriações, a fim de prevenir a abertura de porta de entrada para micro-organismos, o que favorece infecções[7].

No Quadro 28, estão descritos os sinais e sintomas, as condutas e os resultados esperados nos pacientes com edema, linfedema e trombose.

Quadro 28 — Cuidados direcionados em caso de edemas e linfedemas

Sinais e sintomas	Condutas	Resultados esperados
Dor	– Aplicar instrumentos de avaliação da dor e registrá-los – Administrar analgésicos prescritos	Nível de dor reduzido Dor controlada
Transtorno de imagem corporal	– Apoiar os pacientes para aceitação sua imagem corporal – Promover socialização – Estimular o autocuidado	Melhora da percepção da imagem corporal
Mudanças na autoestima	– Apoiar as atitudes do paciente em relação à aceitação da imagem corporal – Promover atitudes que inspiram julgamentos positivos	Potencial aumento da autoestima
Ansiedade	– Incentivar o paciente a falar sobre medos, ansiedades, preocupações, expectativas de vida – Encorajar o paciente a aceitar sua condição de saúde – Orientar sobre o processo patológico – Estimular terapias simples de relaxamento e música	Melhora da ansiedade
Humor depressivo	– Apoiar crenças religiosas e espirituais – Encaminhar para terapia de grupo de apoio avançado	Melhora do estado depressivo
Risco de alteração na integridade da pele	– Verificar a pele com frequência – Evitar lesões nos braços – Monitorar sinais de inflamação – Hidratar a pele	Melhora da integridade da pele
Hiperemia e aumento da temperatura	– Orientar o paciente quanto às complicações – Atentar aos sinais e sintomas da doença	Detecção do quadro infeccioso relacionado ao edema e ao linfedema precocemente
Risco de infecção	– Monitorar exames – Monitorar a temperatura corporal – Estabelecer medidas de segurança e sinais de infecção – Evitar punções venosas e administração de medicações	Redução do risco de infecção

continua

continuação

Edemas	– Manter membros elevados – Estimular exercícios – Aplicar terapia compressiva com meia elástica quando indicado	Redução dos edemas
Dificuldade na mobilidade	– Estimular movimentação ativa e ou passiva no leito – Fornecer conforto ao paciente	Redução de riscos
Risco para hemorragia	– Observar e relatar presença de sangramentos – Atentar para uso de anticoagulantes	Nível de sangramento reduzido

Fonte: adaptado de Mariano, José, Carmo[11].

Cabe lembrar que é comum ocorrerem edemas e linfedemas quanto mais próximo o final da vida, e os benefícios do tratamento descongestivo são limitados pela natureza progressiva da doença oncológica. Assim, o manejo clínico deve levar em consideração o desejo do paciente e as necessidades dos cuidadores, focando sempre na qualidade de vida dos envolvidos[12].

Na avaliação, é possível entender as preocupações, as prioridades e os objetivos do paciente. Talvez nesse momento, uma diminuição do volume do membro não tenha tanta importância para o paciente e, caso tenha, é essencial definir metas alcançáveis dentro do contexto. O plano de tratamento deve ser individualizado e flexível para garantir o conforto do paciente, e reavaliações regulares são fundamentais para a manutenção da técnica[12].

A terapia complexa descongestiva é considerada o padrão-ouro para tratamento do linfedema, sendo composta pela associação de drenagem linfática manual, cuidados com a pele, compressão realizada pelo enfaixamento com uso de bandagens (elásticas ou inelásticas) ou malhas compressivas e exercícios miolinfocinéticos, tendo o objetivo de: reduzir o inchaço, o que proporciona conforto; reduzir a dor; evitar ou postergar a ocorrência de outras complicações, como linforreia; e manter ou restaurar funções do membro acometido. Contudo a terapia deve ser adaptada para a necessidade do paciente em cuidado paliativo de forma que não cause desconforto e/ou dor[12].

A intervenção precoce pode ajudar a prevenir ou retardar linforreia e membros acentuadamente inchados, doloridos e disfuncionais. Muitas vezes, o linfedema é resistente às tentativas de redução de volume, voltando a inchar após a retirada da compressão[12].

Os enfaixamentos compressivos feitos com bandagens rígidas (curto estiramento e alta compressão), por serem desconfortáveis, podem ser substituídos por ataduras compressivas de baixa elasticidade, pois essas

promovem mais conforto ao paciente. As bandagens fornecem contenção, interrompendo a progressão do inchaço que estica a pele, sensação de desconforto frequentemente descrita pelos pacientes[12].

Malhas compressivas (meias ou luvas) costumam ser desconfortáveis em razão da alta pressão de repouso e, se mal ajustadas, podem estrangular o membro, causando dor ou até mesmo laceração na pele[12].

Para pacientes com feridas tumorais ulceradas nos membros edemaciados ou com linforreia em vigência de uso de enfaixamento compressivo, pode ser necessária remoção regular das ataduras ou do curativo, pois pode ocorrer maior extravasamento de líquido[7,12].

A integridade da pele deve ser uma preocupação. Uma rotina diária de verificação da superfície cutânea deve ser mantida antes de executar o procedimento de enfaixamento, pois lesões na pele podem ser uma porta aberta para contaminação de bactérias. A identificação precoce de qualquer possível infecção proporciona iniciar o tratamento medicamentoso apropriado com brevidade. Durante a fase aguda do processo infeccioso, deve-se interromper o tratamento fisioterapêutico por 48 ou até 72 horas[7,9,12].

A drenagem linfática manual pode tanto auxiliar no manejo do inchaço quanto produzir um efeito analgésico, porém sozinha ela não trata o linfedema, ela deve ser somada às outras técnicas[12].

A contração muscular produzida pelos exercícios motores impõe forças sobre os tecidos, auxiliando na drenagem do líquido. Exercícios resistidos não são contraindicados, porém devem ser supervisionados pelo terapeuta, a carga deve ser adequada a cada paciente e seu aumento deve ser gradual e progressivo, quando possível. Os exercícios também não devem exaurir o paciente, pois um programa de exercícios exaustivos pode causar fadiga e/ou outro sintoma não desejado. Incentivar a funcionalidade desse paciente, por meio das atividades de vida diária ou, se possível, das AIVD, contribui de forma positiva na drenagem[12].

Deve-se ter em mente que, quanto mais crônico for o linfedema, maior o acúmulo de líquidos e proteínas, consequentemente, mais fibrose e processo inflamatório, que pode, por fim, levar à lipossubstituição, tornando menor a resposta terapêutica.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pacientes em cuidados paliativos apresentam altas incidências de complicações venolinfáticas em razão do sistema linfático estar relacionado

diretamente com a resposta imunológica e a disseminação do tumor. Com isso, é importante a atuação da equipe multidisciplinar para orientar e conscientizar pacientes e família sobre os fatores que predispõem essas complicações, as medidas de prevenção, os mecanismos envolvidos, a importância da profilaxia e a adesão terapêutica. Essas explicações devem ser intensificadas no decorrer da doença e sua evolução, verbalizadas com linguagem clara e direta, pois assim será possível compreender que os pacientes em cuidados paliativos possuem particularidades e necessitam de um atendimento diferenciado, individualizado e de intervenções que tenham resultados de curto e médio prazos, de acordo com seus sintomas e prognósticos.

A equipe interprofissional deve encorajar não só os pacientes, mas também seus familiares e/ou cuidadores a participar ativamente das orientações, pois eles precisam do apoio da família, por se tratar de um momento de grande sofrimento em que também ocorre um desgaste físico e mental, pois os pacientes em cuidados paliativos já estão fragilizados com todo o percurso que enfrentam durante a doença e precisam ser vistos de uma forma diferenciada e humanizada.

REFERÊNCIAS

1. OLGUIN, P. R. *et al*. Causas fisiopatológicas de edemas de fluídos extracelulares: linfedema. **Brazilian Journal of Health Review**, São José dos Pinhais, v. 5, n. 3, p. 10078-10087, 2022. DOI 10.34119/bjhrv5n3-174.
2. INVERNIZZI, M. *et al*. Integrating biological advances into the clinical management of breast cancer related lymphedema. **Frontiers in Oncology**, [Lausanne], v. 10, 422, Apr. 2020. DOI 10.3389/fonc.2020.00422.
3. GRADA, A. A.; PHILLIPS, T. J. Lymphedema: Pathophysiology and clinical manifestations. **Journal of the American Academy of Dermatology**, [*s. l.*], v. 77, n. 6, p. 1009-1020, Dec. 2017. DOI 10.1016/j.jaad.2017.03.022.
4. MARGARIS, K. N.; BLACK, R. A. Modelling the lymphatic system: challenges and opportunities. **Journal of the Royal Society Interface**, London, v. 9, n. 69, p. 601-612, Apr. 2012. DOI 10.1098/rsif.2011.0751.
5. HASSANI, C. *et al*. Vascularized Lymph Node Transfer: A Primer for the Radiologist. **Radiographics**: a review publication of the Radiological Society of North America, Oak Brook, IL, v. 40, n. 4, p. 1073-1089, July/Ago. 2020. DOI 10.1148/rg.2020190118.
6. HETTRICK, H.; AVILES, F. All edema is lymphedema: progressing lymphedema and wound management to an integrated model of care. **Wound Management & Prevention**, Malvern, v. 68, n. 1, p. 8-15, Jan. 2022.

7. FIFE, C. E. *et al*. Skin and wound care in lymphedema patients: a taxonomy, primer, and literature review. **Advances in Skin and Wound Care**, [Philadelphia, PA], v. 30, n. 7, p. 305-318, July 2017. DOI 10.1097/01.ASW.0000520501.23702.82.

8. RODRIGUES, A. *et al*. Intervenção do enfermeiro na prevenção de trombose venosa profunda no pós-operatório: revisão integrativa. **Revista de Investigação & Inovação em Saúde**, Oliveira de Azeméis, PT, v. 3, n. 2, p. 87-99, 2020. DOI 10.37914/riis.v3i2.89.

9. LI, C. Y.; KATARU, R. P.; MEHRARA, B. J. Histopathologic features of lymphedema: a molecular review. **International Journal of Molecular Sciences**, Basel, v. 21, n. 7, 2546, Apr. 2020. DOI 10.3390/ijms21072546.

10. SILVA, L. X. da; GUSMÃO, G. L.; SIQUEIRA DE AZEVEDO, A. Assistência de enfermagem no tratamento da trombose venosa profunda em pacientes críticos. **Biológicas & Saúde**, Campo dos Goytacazes, v. 4, n. 15, 23 dez. 2014. DOI 10.25242/88684152014533.

11. MARIANO, R. D.; JOSÉ, S. A. P.; DO CARMO, S. A. Atuação do enfermeiro na prevenção e manejo do linfedema em mulheres mastectomizadas: uma revisão integrativa. **Paraninfo Digital**, [*s. l.*], v. 20, 2014.

12. INTERNATIONAL LYMPHOEDEMA FRANMEWORK. **The management of lymphoedema in advanced cancer and oedema at the end of life**. [London]: International Lymphoedema Framework, 2010. Disponível em: https://www.lympho.org/uploads/files/files/Palliative-Document.pdf. Acesso em: 25 jan. 2024.

CAPÍTULO 26: ANSIEDADE, DEPRESSÃO E INSÔNIA

INTRODUÇÃO

A ansiedade é um dos transtornos mentais mais comuns no mundo todo, assim como os transtornos depressivos. Segundo a OMS, em 2022, 301 milhões de pessoas viviam com ansiedade e 280 milhões com depressão pelo mundo[1]. Cerca de 10% da população mundial sofre de insônia, e aproximadamente 20% apresentam sintomas ocasionais de insônia[2].

No cenário de cuidados paliativos, ansiedade, depressão e insônia são ainda mais frequentes, seja pela reação natural aos desafios a serem enfrentados ao deparar-se com uma doença progressiva que limita a vida, seja pela iminência da morte. Esses quadros, contudo, podem apresentar-se como transtornos clinicamente significativos[3].

A apresentação clínica de caráter multifatorial desses transtornos pode levar a eventos subdiagnosticados, tornando-os um desafio cotidiano para os cuidados paliativos. Embora haja diretrizes nacionais e internacionais para tratamento da ansiedade, da depressão e da insônia, essas, em sua maioria, não trazem orientações direcionadas para pacientes nesse cenário de tratamento[4].

O objetivo deste capítulo é nortear, por meio de abordagens diagnósticas e terapêuticas, um manejo adequado da ansiedade, da depressão e da insônia nos pacientes em cuidados paliativos, visando a minimizar seu sofrimento psíquico e a melhorar sua qualidade de vida.

ABORDAGEM DIAGNÓSTICA

Os três sintomas abordados neste capítulo possuem diagnóstico eminentemente clínico. Exames complementares devem ser usados na hipótese de serem secundários ou agravados por alguma doença ou condição clínica, especialmente se passível de correção.

Ansiedade

No contexto dos cuidados paliativos, a ansiedade é geralmente descrita como um sentimento de impotência ou medo, muitas vezes gerado por questões relacionadas à morte, e manifesta-se por meio de sintomas psíquicos

e físicos. As manifestações mais comuns de ansiedade em pacientes em cuidados paliativos são[5]:

- Sintomas emocionais, como nervosismo, sentimentos de desgraça iminente ou terror.
- Dificuldades cognitivas, como apreensão, pavor, medo, obsessão, incerteza ou preocupação.
- Problemas comportamentais, como evitação, compulsões ou agitação psicomotora.
- Sintomas autonômicos, como diaforese, diarreia, náuseas, tonturas, taquicardia ou taquipneia.
- Expressões de medo sobre como será sua morte e quais eventos levarão a ela.
- Preocupações com crenças religiosas, questões espirituais, questões existenciais.
- Preocupações sobre como conseguir uma boa morte.

No entanto, a ansiedade pode estar relacionada a condições orgânicas ou a sintomas físicos não controlados, principalmente dor ou medicações em uso pelo paciente (Quadro 29).

Quadro 29 — Principais causas secundárias de ansiedade em cuidados paliativos

Cardiovasculares	Coronariopatias, arritmias, insuficiência cardíaca, valvulopatias, miocardiopatias, hipertensão, hipovolemia, síncope (causas múltiplas), colapso vascular (choque)
Dietéticas	Cafeína, glutamato monossódico (síndrome do restaurante chinês), deficiência de vitaminas
Relacionadas com drogas	Corticoesteroides, broncodilatadores, antipsicóticos, tiroxinas, toxicidade anticolinérgica, toxicidade digitálica, alucinógenos, agentes hipotensores, psicoestimulantes, síndromes de abstinência (álcool, opioides, sedativos hipnóticos)
Hematológicas	Anemias
Imunológicas	Anafilaxia, lúpus eritematoso sistêmico
Metabólicas	Hiperadrenalismo (doença de Cushing), hipercalemia, hipertermia, hipertireoidismo, hipocalcemia, hipoglicemia, hiponatremia, hipotireoidismo, menopausa, porfiria (intermitente aguda)

continua

continuação

Neurológicas	Encefalopatias (infecciosas, metabólicas, tóxicas), tremor essencial, lesões expansivas intracranianas, síndrome pós-concussiva, distúrbios convulsivos (especialmente do lobo temporal), vertigem
Respiratórias	Asma, doença pulmonar obstrutiva crônica, pneumonia, pneumotórax, edema pulmonar, embolia pulmonar
Tumores secretores	Carcinoide, insulinoma, feocromocitoma

Fonte: adaptado de Rosenbaum[6].

Embora os pacientes com doença grave frequentemente experimentem ansiedade, muitos podem não expressar diretamente esses sintomas aos profissionais de saúde ou não articular suas experiências. Por isso, o rastreamento rotineiro da ansiedade deve ser realizado em pacientes em cuidados paliativos[5], e seu diagnóstico pode ser feito por meio de instrumentos como a escala hospitalar de ansiedade e depressão, a escala de Hamilton para ansiedade e os critérios da quinta edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5)[7].

Depressão

Em razão da alta prevalência de sintomas, o rastreamento de depressão é recomendado em todos os pacientes em cuidados paliativos de forma sistemática e pode ser realizado por qualquer profissional da equipe de saúde[5]. Existem diversos instrumentos utilizados para rastrear depressão, mas, de forma prática, pode-se utilizar uma EVA (variando de nenhum sofrimento a sofrimento extremo), bem como o autorrelato do paciente de depressão, tristeza e perda de interesse ou prazer em atividades habituais[8] – como na escala de Esas (Capítulo 12). Pacientes que apresentam triagem positiva (uma única resposta "sim") devem ser encaminhados para avaliação médica.

O diagnóstico da depressão é clínico e pode ser feito com base em instrumentos baseados em critérios e medidas de autorrelato. Os critérios mais utilizados para diagnosticar depressão em pacientes não terminais são aqueles descritos no DSM-5[7]. Entretanto, seu uso no contexto dos cuidados paliativos tem ressalvas pelo fato de as queixas somáticas em pacientes clinicamente enfermos também poderem ser atribuíveis aos efeitos físicos da doença ou de seu tratamento.

Uma entrevista diagnóstica cuidadosa é o padrão-ouro para avaliar se os pacientes estão clinicamente deprimidos, embora possam ser demoradas.

Sabendo que humor deprimido, tristeza e sentimentos antecipatórios de perda podem ser respostas apropriadas à doença avançada e ao morrer, deve-se considerar, para o diagnóstico de depressão, sentimentos de desesperança, impotência, inutilidade, culpa, falta de prazer e ideação suicida (mesmo leve ou passiva), pois estão entre os melhores indicadores de síndromes depressivas nesses pacientes[9].

Insônia

A insônia é diagnosticada, de acordo com a terceira edição da Classificação Internacional dos Distúrbios do Sono (Cids-3)[10], se o paciente relatar dificuldade em iniciar o sono, dificuldade em manter o sono ou costume de acordar muito cedo, apesar da oportunidade e das circunstâncias adequadas para dormir; e comprometimento diurno atribuível às dificuldades de sono.

A Cids-3 classifica a insônia em três categorias: transtorno de insônia crônica (sintomas que ocorrem pelo menos três vezes por semana por mais de três meses), transtorno de insônia de curta duração (duração inferior a três meses) e outro transtorno de insônia[10].

O Quadro 30 descreve vários fatores que estão associados à insônia e que devem ser avaliados juntamente com as queixas relacionadas ao sono para poderem ser abordados em prol de um manejo adequado.

Quadro 30 — Fatores associados à insônia

Sofrimento emocional e transtornos psiquiátricos	Sofrimento aumentado relacionados à trajetória da doença, à depressão, à ansiedade
Sintomas físicos	Dor, náuseas e vômitos, dispneia, febre, tosse, soluço
Efeitos colaterais de medicações e substâncias	Psicoestimulantes (incluindo álcool e cafeína), broncodilatadores, corticoides, anti-hipertensivos, antidepressivos, abstinência de benzodiazepínicos, rebote de sedativos hipnóticos ou analgésicos
Condição física do paciente	Baixa funcionalidade
Fatores ambientais	Exposição a estímulos altos ou ativos, interrupções frequentes e ausência de privacidade (situação frequente durante internação hospitalar)
Comorbidades	*Delirium*, síndrome das pernas inquietas, apneia obstrutiva do sono, descompensações cardíaca, renal e tireoidiana

Fonte: Nzwalo *et al.*[11].

ABORDAGEM TERAPÊUTICA

A abordagem terapêutica da ansiedade, da depressão e da insônia é composta por medidas farmacológicas e não farmacológicas e deve ser instituída por uma equipe interdisciplinar. As estratégias de abordagem possuem semelhanças, por isso serão discutidas em conjunto.

Farmacológica

A abordagem farmacológica está indicada em associação a terapias não farmacológicas ou ainda como tratamento principal. Ao avaliar a necessidade de terapia farmacológica, é necessário realizar avaliação cuidadosa da terapia medicamentosa vigente pelo paciente, já que mudanças metabólicas podem confundir sintomas de ansiedade aguda, bem como eventos relacionados a medicamentos utilizados para tratar ou controlar outros sintomas nesse cenário[4].

Os inibidores seletivos da recaptação de serotonina (ISRS) atuam inibindo, de forma potente e seletiva, a recaptação de serotonina, potencializando a neurotransmissão serotoninérgica, enquanto os inibidores da recaptação de serotonina e noradrenalina (IRSN) inibem, de forma reversível, a recaptação de serotonina e noradrenalina. Essas são classes de primeira escolha e vêm demonstrando resultados satisfatórios no tratamento dos transtornos de ansiedade, depressão e insônia. A duração do tratamento pode ser de curto prazo, como de três a seis meses, ou ainda pode por longos períodos, a depender da necessidade e da tolerabilidade de cada paciente[12].

Os ISRS mais utilizados são fluoxetina, sertralina, citalopram e escitalopram, já os IRSN são duloxetina, venlafaxina e desvenlafaxina. Os medicamentos fluoxetina, sertralina e venlafaxina necessitam de monitoramento e ajuste de doses de acordo com a função renal e/ou hepática. Os principais eventos adversos dessas classes estão relacionados aos distúrbios gastrointestinais. Todos os medicamentos apresentam interações medicamentosas importantes, em especial o citalopram[13-15].

Apesar de demonstrarem eficácia no controle de sintomas dos transtornos depressivos, os antidepressivos tricíclicos deixaram de ser primeira linha de tratamento pela frequência de eventos indesejáveis. Contudo, permanecem como opção terapêutica em alguns casos, requerendo maior observação. Eles atuam inibindo a recaptação dos transportadores dos neurotransmissores serotonina e noradrenalina. Os medicamentos dessa classe mais utilizados são amitriptilina e imipramina. Eles não necessitam de ajuste de dose conforme função renal e/ou hepática, porém exigem monitoramento dos eventos

adversos importantes, como sedação e arritmias, efeitos anticolinérgicos, além das inúmeras interações medicamentosas até mesmo com outras classes de medicamentos usados no tratamento desses transtornos[13-15].

Ainda que as primeiras opções terapêuticas permeiem as classes farmacológicas já discutidas anteriormente, outros medicamentos podem se tornar alternativa ao tratamento desses transtornos. Entre os antidepressivos mistos, a mirtazapina, um antagonista α-2 de ação central, é também um potente antagonista dos receptores de serotonina (5HT2 e 5HT3) e ainda promove bloqueio de receptores de histamina (H1). Esse sinergismo inerente ao próprio mecanismo de ação traz efeito positivo sobre o sono, com indicação de uso para tratamento de depressão e insônia.

O Quadro 31 descreve os antidepressivos mais utilizados com suas dosagens e indicações.

Quadro 31 — Antidepressivos mais utilizados para tratamento de ansiedade, depressão e insônia em cuidados paliativos

Medicamento	Indicação			Dose inicial	Observação
	Ansiedade	Depressão	Insônia		
Inibidores seletivos da recaptação de serotonina					
Sertralina	sim	sim	—	25-50 mg, 1 x/dia pela manhã	Podendo aumentar a dose 25 mg por semana. Não exceder 200 mg/dia
Escitalopram	sim	sim	sim	5-10 mg, 1 x/dia	Podendo aumentar para 20 mg/dia após 1 semana de uso. Manter a dose eficaz mais baixa e avaliar a necessidade de terapia prolongada. Indicado para insônia secundária à depressão por 8 semanas
Fluoxetina	sim	sim	—	10-20 mg, 1 x/dia pela manhã	Considerar aumento gradativo da dose. Não exceder 80 mg/dia
Citalopram	sim	sim	—	10-20 mg, 1 x/dia pela manhã	Não exceder 40 mg/dia pelo risco de prolongamento de intervalo Q-T

continua

continuação

Inibidores da recaptação de serotonina e noradrenalina					
Duloxetina	sim	sim	—	30-60 mg, 1 x/dia	Se precisar ajustar a dose, considerar iniciar com 30 mg/dia por 1 semana para permitir avaliar tolerabilidade e ajuste gradual da dose, dose desejável 60 mg/dia. Não exceder 120 mg/dia
Venlafaxina	sim	sim	—	37,5-75 mg, 1 x/dia	Podendo aumentar a dose em 75 mg a cada 4 dias. Não exceder 225 mg/dia (apresentação de liberação prolongada)
Desvenlafaxina	—	sim	—	50 mg	Não foram observados benefícios com doses mais altas
Tricíclicos					
Amitriptilina	—	sim	—	25 mg a noite	Podendo aumentar a dose gradativamente para 100-200 mg. Não exceder 300 mg/dia
Imipramina	—	sim	—	75 mg, 1 x/dia à noite	Podendo aumentar a dose gradualmente para 150 mg/dia. Não exceder 200 mg/dia
Mistos					
Mirtazapina	—	sim	sim	15-30 mg, 1 x/dia à noite	Podendo aumentar a cada semana. Não exceder 45 mg/dia

Fonte: Medscape[14], National Institute for Health and Care Excellence[15].

Legenda: intervalo Q-T — período entre o início da despolarização ventricular e o fim da repolarização ventricular[16].

Uma opção disponível apenas para o tratamento da ansiedade é a buspirona, um agonista parcial da serotonina (5HT1), da classe das azapironas. A dose recomendada é de 10 a 15 mg ao dia, a cada oito ou 12 horas, podendo aumentar gradativamente de 15 a 30 mg ao dia, a cada três dias, não excedendo 60 mg ao dia[14,15,17].

Inicialmente, os sintomas de ansiedade aguda podem ser tratados com benzodiazepínicos, que atuam como agonistas dos receptores Gaba. Embora sejam considerados versáteis no tratamento desse transtorno, não é recomendado seu uso em monoterapia como primeira linha de tratamento. São amplamente utilizados a curto ou longo prazos em associação com outras classes farmacológicas e requerem rigoroso monitoramento de eventos adversos pelo risco de sedação excessiva e confusão, aumentando o risco de queda, principalmente em pacientes idosos[13,15]. Os benzodiazepínicos mais utilizados são clonazepam, alprazolam, lorazepam e diazepam e seu uso está descrito no Quadro 32.

Quadro 32 — Benzodiazepínicos mais utilizados para tratamento de ansiedade e insônia em cuidados paliativos

Medicamento	Indicação		Dose inicial	Observação
	Ansiedade	Insônia		
Alprazolan	sim	—	0,25-0,5 mg	Não exceder 4 mg/dia
Diazepan	sim	—	5-10 mg	Atentar para meia-vida longa, especialmente em idosos
Lorazepan	sim	sim	2 mg	Não exceder 10 mg/dia. A dose de manutenção pode variar de 2 a 6 mg/dia

Fonte: MedScape[14], National Institute for Health and Care Excellence[15].

O clonazepam, assim como os outros benzodiazepínicos, geralmente é utilizado nos momentos de ansiedade aguda, de acordo com a indicação médica e a necessidade do paciente. Os medicamentos dessa classe não necessitam de ajuste de dose conforme função renal, mas seu uso deve ser cauteloso (evitar se grave) na insuficiência hepática e exige monitoramento dos eventos adversos importantes, como sedação. O uso recreativo dessa classe vem sendo relatado com frequência e requer atenção[13-15].

O zolpidem, uma imidazopiridina, agonista seletivo do receptor Gaba para a subunidade α-1, é altamente sedativo de ação rápida, sendo utilizado para uma rápida indução do sono, e apresenta algum efeito positivo na consolidação do sono. Esse medicamento se tornou um dos mais consumidos no mundo. Sua indicação de uso é para insônia na dose de 5 a 10 mg ao deitar-se. Necessários a observação e o monitoramento contínuo dos eventos adversos, principalmente em idosos[11,14,18].

Além da observação e do monitoramento da ocorrência de eventos adversos, o monitoramento de parâmetros bioquímicos e fisiológicos são fatores importantes para a manutenção da terapia farmacológica adequada, trazendo mais benefícios no controle de sintomas, sempre individualizando a terapêutica, a depender da complexidade do paciente.

Novas abordagens terapêuticas para o tratamento dos transtornos de ansiedade, depressão e insônia vêm sendo cada vez mais exploradas, incluindo novas vias de sinalização e outros neurotransmissores de interesse, como os sistemas endocanabinoides[13].

Não farmacológica

Uma abordagem de tratamento multidisciplinar personalizada e engajada que se baseia no desenvolvimento de uma forte relação de suporte, que inclua as demandas psicossociais, as necessidades individuais e o impecável controle de sintomas, reduz a ansiedade do paciente, de seus familiares e da própria equipe.

Deve-se proporcionar ao paciente em cuidados paliativos um ambiente, hospitalar ou doméstico, que seja seguro, arejado, com boa iluminação, organizado, estimulante para a satisfação das necessidades básicas do paciente, como alimentação, hidratação, expressão espiritual. É importante manter uma rigorosa atenção a sintomas como dor, desconforto e outros, que tenham potencial de desencadear uma amplificação do quadro depressivo.

Uma série de modalidades psicoterapêuticas projetadas especificamente para pacientes com doença grave pode melhorar os sintomas de ansiedade e depressão, incluindo abordagens individuais breves, terapias cognitivo-comportamentais, terapia de grupo de apoio expressiva, terapia da dignidade e psicoterapia centrada no significado[19].

Além da psicoterapia, inúmeras terapias alternativas podem ser utilizadas na tentativa de diminuir a ansiedade entre pacientes com doenças graves, incluindo hipnoterapia, musicoterapia, treino de relaxamento, acupuntura, meditação *mindfulness*, aromaterapia, massagem e arteterapia.

Ademais, orientações para higiene do sono são recomendadas para ajudar a regular a ansiedade e a insônia sem o uso de intervenção farmacológica: ter um horário regular de dormir e acordar; evitar cochilar; limitar a cafeína; limitar o álcool; evitar a nicotina; incentivar a prática de atividade física diurna, em especial, de quatro a seis horas antes de dormir; manter ambiente do sono silencioso e escuro; evitar verificar o horário à noite; evitar jantar refeições pesadas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O sofrimento psíquico é uma das principais causas de sofrimento entre pacientes com doença avançada. Por isso, é fundamental o rastreio, o diagnóstico e o tratamento da depressão, da ansiedade e da insônia em pacientes em cuidados paliativos.

A individualização no tratamento, seja ele de que natureza for, talvez seja o pilar principal no cuidado. Ampliar o acesso a novas terapias e abordagens distintas em todos os aspectos e necessidades de cada paciente, realizadas por equipe multidisciplinar, é princípio e estratégia dos cuidados paliativos. Diante desse cenário, as ferramentas utilizadas para minimizar o sofrimento do paciente, independentemente de ser uma abordagem terapêutica farmacológica ou não, coloca o paciente no centro do cuidado.

REFERÊNCIAS

1. WORLD HEATH ORGANIZARION. **World mental health report**: trasforming mental health for all. Geneva: WHO, 2022. Disponível em: https://www.who.int/publications/i/item/9789240049338. Acesso em: 25 jan. 2024.
2. MORIN, C. M.; JARRIN, D. C. Epidemiology of insomnia: prevalence, course, risk factors, and public health burden. **Sleep Medicine Clinics**, New York, v. 17, n. 2, p. 173-191, June 2022. DOI 10.1016/j.jsmc.2022.03.003.
3. PRALONG, A. *et al*. Depression, angst, delir und todeswunsch in der palliativversorgung. **Der Nervenarzt**, [*s. l.*], v. 91, n. 5, p. 391-397, 2020. DOI 10.1007/s00115-020-00896-y.
4. SALT, S.; MULVANEY, C. A.; PRESTON, N. J. Drug therapy for symptoms associated with anxiety in adult palliative care patients. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, Chichester, v. 5, n. 5, May 2017. DOI 10.1002/14651858.CD004596.pub3.
5. ANDERSEN, B. L. *et al*. Screening, assessment, and care of anxiety and depressive symptoms in adults with cancer: an American Society of Clinical Oncology guideline adaptation. **Journal of Clinical Oncology**, Alexandria, VA, v. 32, n. 15, p. 1605-1619, May 2014.
6. ROSENBAUM, J. F. Drug treatment of anxiety. **The New England Journal of Medicine**, Boston, v. 306, n. 7, p. 401-404, Feb. 1982. DOI 10.1056/NEJM198202183060705.
7. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5)**. 5th ed. Washington, DC: APA, 2013.

8. RIBA, M. B. *et al*. Distress management, version 3.2019, NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. **Journal of the National Comprehensive Cancer Network**, Cold Spring Harbor, NY, v. 17, n. 10, p. 1229-1249, Oct. 2019. DOI 10.6004/jnccn.2019.0048.

9. BLOCK, S. D. Assessing and managing depression in the terminally ill patient. ACP-ASIM End-of-Life Care Consensus Panel. American College of Physicians - American Society of Internal Medicine. **Annals of Internal Medicine**, Philadelphia, PA, v. 132, n. 3, p. 209-218, Feb. 2000. DOI 10.7326/0003-4819-132-3-200002010-00007.

10. AMERICAN ACADEMY OF SLEEP MEDICINE. **International classification of sleep disorders**. 3rd ed. Darien, IL: American Academy of Sleep Medicine, 2014. Disponível em: https://aasm.org/wp-content/uploads/2019/05/ICSD3-TOC.pdf. Acesso em: 25 jan. 2024.

11. NZWALO, I. *et al*. Systematic review of the prevalence, predictors, and treatment of insomnia in palliative care. **The American Journal of Hospice Palliative Care**, Thousand Oaks, v. 37, n. 11, p. 957-969, Nov. 2020. DOI 10.1177/1049909120907021.

12. HE, H. *et al*. Comparative efficacy and acceptability of first-line drugs for the acute treatment of generalized anxiety disorder in adults: a network meta-analysis. **Journal of Psychiatric Research**, Oxford, v. 118, p. 21-30, Nov. 2019.

13. GARAKANI, A. *et al*. Pharmacotherapy of anxiety disorders: current and emerging treatment options. **Frontiers in Psychiatry**, Switzerland, v. 11, 595584, Dec. 2020. DOI 10.3389/fpsyt.2020.595584.eCollection 2020.

14. MEDSCAPE. [*S. l.*: *s. n.*], c2024. Disponível em: http://www.medscape.com. Acesso em: 10 jun. 2023.

15. NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE. NICE Guidance. Conditions and diseases. Mental health, behavioural and neurodevelopmental conditions. Anxiety. **Social anxiety disorder**: recognition, assessment and treatment. Manchester: NICE, May 2023. Disponível em: https://www.nice.org.uk/guidance/cg159. Acesso em: 25 jan. 2014.

16. CASCINO, T.; SHEA, M. J. Eletrocardiografia. *In*: MANUAL MSD: versão para profissionais de saúde. Rahway, NJ: Merck & Co. Inc., 2021. Disponível em: https://www.msdmanuals.com/pt-br/profissional/doen%C3%A7as-cardiovasculares/exames-e-procedimentos-cardiovasculares/interven%C3%A7%C3%B5es-coronarianas-percut%C3%A2neas-icp. Acesso em: 12 jun. 2024.

17. BANDELOW, B. *et al*. Efficacy of treatments for anxiety disorders: a meta-analysis. **International Clinical Psychopharmacology**, London, v. 30, n. 4, p. 183-192, July 2015. DOI 10.1097/YIC.0000000000000078.

18. CLAUDINO, L. S. *et al*. Novos sedativos hipnóticos. **Brazilian Journal of Psychiatry**, São Paulo, v. 32, n. 3, p. 288-293, set. 2010. DOI 10.1590/S1516-44462010000300014.

19. GROSSMAN, C. H. *et al*. Death anxiety interventions in patients with advanced cancer: a systematic review. **Palliative Medicine**, London, v. 32, n. 1, p. 172-184, 2018. DOI 10.1177/0269216317722123.

CAPÍTULO 27: DISPNEIA

INTRODUÇÃO

A dispneia é um sintoma prevalente em pacientes em cuidados paliativos. No caso do câncer, acomete pacientes com ou sem envolvimento pulmonar, manifestando-se inicialmente aos esforços e posteriormente em repouso na fase de terminalidade da doença, e independe de hipoxemia. É uma sensação subjetiva de desconforto respiratório, contemplando aspectos multidimensionais, com o envolvimento de fatores fisiológicos, psicológicos, sociais e ambientais que resultam em uma resposta comportamental[1]. Com isso, o objetivo deste capítulo é direcionar abordagens diagnóstica e terapêutica do sintoma.

ABORDAGEM DIAGNÓSTICA

Além da complexidade multidimensional da dispneia, o sintoma pode estar associado a experiências prévias e à presença de comorbidades. Para o diagnóstico acurado, a avaliação deve envolver anamnese e exame físico e mensurar o seu impacto na funcionalidade e na qualidade de vida do paciente e da família. Importante questionar o paciente sobre o início do sintoma, sua frequência, os fatores atenuantes ou agravantes, quais as suas características e intensidade, o quanto incomoda, algum outro sintoma associado, quais os tratamentos utilizados anteriormente e os atuais (se foram efetivos e se houve efeitos adversos). Também é fundamental compreender a percepção acerca do que o paciente acredita que causa o sintoma e o impacto nas atividades de vida diária, os valores da pessoa sobre o objetivo do tratamento e a intensidade aceitável para conviver com o sintoma[2,3].

No exame físico, devem ser observados: simetria e expansibilidade torácica, frequência respiratória, uso de musculatura acessória, batimento de asa de nariz, tiragem de fúrcula, alterações na coloração da pele (palidez, cianose), edema, ascite, sinais de sarcopenia e ausculta pulmonar alterada.

Devem-se investigar causas potencialmente reversíveis ou passíveis de controle, conhecer a doença de base do paciente, sua evolução e possíveis complicações. Algumas causas de dispneia potencialmente reversíveis ou passíveis de controle são: congestão pulmonar, derrame pleural, obstrução de via aérea, linfangite carcinomatosa, infecção respiratória, hipertensão pulmonar, anemia, tromboembolismo pulmonar, broncoespasmo[1-3].

ABORDAGEM TERAPÊUTICA

A abordagem terapêutica da dispneia deve ser feita por uma equipe interdisciplinar e inclui medidas farmacológicas e não farmacológicas.

É importante atentar-se para evolução temporal da doença desde o momento em que aparece o sintoma até sua fase terminal. Quando a dispneia se apresenta associada a esforços, as medidas não farmacológicas podem contribuir para o seu controle, sendo importante identificar se há causa potencialmente reversível e instituir o tratamento específico. Ao passo que o sintoma piora e é evidenciado em repouso, observa-se comprometimento funcional, nessa fase, são instituídas em maior proporção as medidas farmacológicas e ainda cabe o emprego de algumas medidas não farmacológicas. Na fase terminal, quando a funcionalidade se encontra bastante diminuída e há pouca chance de reverter especificamente questões relacionadas à doença de base, são usadas medidas de conforto e tratamento medicamentoso intensivo, que se torna essencial[4,5].

Uma vez identificada uma causa potencialmente reversível, o tratamento específico deve ser instituído. Para procedimentos invasivos, como traqueostomia, toracocentese ou endoprótese de via aérea, a condição clínica do paciente, o prognóstico da doença de base e o seu desejo e vontade devem ser considerados[6] (Capítulos 13 e 36).

Farmacológica

Além da intervenção nas causas potencialmente reversíveis quando pertinente, alguns fármacos podem ser utilizados para o controle do sintoma (conforme Quadro 33):

- Opioide — morfina é a droga de escolha para pacientes com doenças avançadas e dispneia refratária a medidas não farmacológicas[1,5]. Codeína pode ter benefício em quadros leves, mas outros opioides não se mostram eficazes na prática clínica. Reduz a percepção da dispneia, tem algum efeito sobre a ansiedade, reduz a sensibilidade à hipercapnia e o consumo de oxigênio e melhora a função cardiovascular. Pode ser usado nas crises agudas ou no controle de sintomas em pacientes ambulatoriais. A dose deve ser titulada individualmente, conforme a intensidade do sintoma.
- Benzodiazepínicos — medicações de segunda linha para a dispneia, devendo ser associados à morfina quando não obtiverem controle adequado em monoterapia. Têm efeito principal no controle da ansiedade (frequentemente associada à experiência de dispneia)[5].
- Corticosteroides — indicados se houver broncoespasmo, linfangite carcinomatosa, obstrução de via aérea ou síndrome de veia cava superior

(SVCS). Preferência por substância com menor efeito mineralocorticoide, como a dexametasona (de 8 a 16 mg via oral, intravenosa ou subcutânea). Deve-se reduzir gradualmente até menor dose efetiva, quando apropriado. Atentar para efeitos colaterais em uso prolongado.

- Furosemida — usada para congestão pulmonar. Balanços hídricos positivos estão associados à intensificação de sintomas respiratórios, e a redução ou a suspensão da hidratação artificial deve ser considerada (conforme função renal). Efeito questionável para linfangite carcinomatosa.
- Broncodilatadores — auxiliam o manejo do sintoma, especialmente se houver broncoespasmo. Pode propiciar alívio sintomático, mesmo se ausculta pulmonar não sugerir broncoespasmo.
- Oxigênio — só há benefício claro em pacientes hipoxêmicos com saturação de oxigênio menor que 90%. Uma prova terapêutica para avaliar o efeito no controle do sintoma pode ser realizada; manter o uso apenas se amenizar o sintoma. Pacientes com *delirium* ou ansiedade podem ficar mais desconfortáveis com o uso do dispositivo. A indicação deve considerar a doença de base e o prognóstico[3,7].

Quadro 33 — Opioides e benzodiazepínicos para manejo da dispneia em cuidados paliativos

Medicamento	Indicação	Posologia
Opioide – 1ª linha		
Morfina	Dispneia leve ou moderada	5 mg VO, 4/4h*
	Dispneia grave	2 mg por via intravenosa ou via SC, 4/4h (sempre orientar uso de resgate)*
Codeína	Dispneia leve	30 mg VO, 4/4h (virgem de opioide, sem benefício se uso de outro opioide)
Benzodiazepínico – 2ª linha (sempre associado ao opioide)		
Midazolam	Sintoma refratário, ansiedade	5-15 mg em 24h, VO, via intravenosa ou via SC#
Lorazepam	Ansiedade associada à dispneia	0,5-3 mg em 24h VO
Diazepam+	Ansiedade associada a dispneia	5-10 mg, 12/12h VO

Fonte: Gillon, Clifton[1]; Hui *et al*[3].

Legenda: SC — subcutânea; VO — via oral.

Nota: * Dose para paciente virgem de opioide. Caso uso prévio de morfina, pode aumentar até 50% da dose usual. Em idosos, pacientes muito frágeis ou com doença renal crônica, iniciar

com dose menor. # Doses baixas podem ser administradas em bólus para controle imediato e observar efeito, como de 1 a 3 mg pelas vias intravenosa e subcutânea. Pode ser feito intermitente ou em infusão contínua. + Uso com cautela pela meia-vida longa.

Se a dispneia se tornar um sintoma refratário, a terapia de sedação paliativa (Capítulo 29) deve ser considerada.

Não farmacológica

Tendo em vista que a dispneia provoca limitação para as atividades físicas e sociais, levando à sobrecarga para o cuidado e impactando negativamente na qualidade de vida, a equipe interprofissional deve oferecer informações práticas aos pacientes, familiares e cuidadores, a fim de validar suas emoções e esclarecer dúvidas quanto a causas, comportamentos e aspectos multidimensionais do sintoma. O quadro clínico, o prognóstico e as propostas terapêuticas devem ser discutidos mediante linguagem clara e esclarecedora. É possível orientar quanto ao reconhecimento de fatores que desencadeiam ou exacerbam a dispneia e, dentro do possível, buscar afastá-los. Além disso, devem ser utilizadas medidas que aliviam e incentivam a funcionalidade até quando possível, visando à sua manutenção, de acordo com o nível de intensidade da dispneia e a tolerância do paciente[5,8].

Medidas de conforto são simples, baratas e podem ser autoadministradas, entre elas, citam-se: técnicas de respiração, posturas, técnicas de relaxamento, atividades de distração, manutenção do ambiente fresco, calmo, arejado e distanciamento das condições estressantes[9].

Alguns exemplos de posicionamento podem contribuir para o controle da dispneia[9]:

- Deitar-se recostado com a cabeceira elevada.
- Apoiar os membros superiores, colocando as mãos nos quadris, pois proporciona a fixação passiva da cintura escapular e auxilia a eficiência muscular ventilatória.
- Sentar com o corpo inclinado para frente, pois proporciona o abaulamento do diafragma, melhorando a geração de força e capacidade ventilatória.
- Posicionar-se adequadamente no leito com cabeceira elevada, contribuindo para melhorar a mecânica diafragmática.
- Em caso de pacientes com comprometimento pulmonar unilateral, posicionar-se em decúbito lateral. Apoiar-se sobre o lado da lesão pode melhorar a sensação de desconforto, pois essa postura contribui para expansão do pulmão menos comprometido.

Os exercícios direcionados para os membros superiores e inferiores podem ser utilizados, principalmente em pacientes com história de doença pulmonar obstrutiva crônica, visando a reverter o descondicionamento muscular, ajudando a melhorar a função mecânica do tórax e a eficiência muscular [9].

A terapia com fluxo de ar é uma medida que utiliza um ventilador de mesa na direção da face, de modo a facilitar o resfriamento na região do nervo trigêmeo e a modular a sensação da dispneia, tendo boa aceitação e bom efeito no controle do sintoma[3,8].

As orientações sobre medidas de otimização energética contribuem para reduzir o gasto energético e facilitar o desenvolvimento das atividades de vida diária de maneira que o paciente permaneça o mais autônomo possível. Tais medidas envolvem adaptação, ritmo e priorização das atividades importantes para o indivíduo. Pode-se encorajar o estabelecimento de metas realistas e alcançáveis e orientar sobre planejar suas necessidades com antecedência para o autocontrole eficaz da falta de ar. São exemplos de medidas de otimização energética[9,10]:

- Uso de dispositivo auxiliar de marcha ou cadeira de rodas.
- Uso de barras de sustentação nas paredes para apoio.
- Alternância entre realização de atividades e repouso.
- Uso de roupão ao invés de toalha para secar-se.
- Posicionamento de objetos e roupas para uso em locais acessíveis.
- Posicionamento sentado para vestir as roupas ou calçados, entre outras.

Pode ser necessária alteração na conduta nutricional. Para um paciente com alimentação por via oral, por exemplo, a adaptação da consistência da dieta, a redução de volume, a oferta de dispositivos apropriados, bem como a garantia de uma posição confortável costumam contribuir para facilitar a manutenção dessa via alimentar, favorecendo, portanto, a sincronia entre mastigação e respiração. Em caso de dispneia intensa, a suspensão da dieta pode ser considerada.

Intervenções fisioterapêuticas especificas são listadas no Quadro 34.

Quadro 34 — Intervenções fisioterapêuticas no manejo da dispneia

Dispneia de leve a moderada e KPS ≥ 50%	Cinesioterapia respiratória, incentivadores respiratórios, cinesioterapia motora, treinamento aeróbico (esteira, bicicleta ou cicloergômetro, caminhada livre)
Dispneia de leve a moderada e KPS ≤ 40%	Posicionamento adequado no leito e fora do leito, facilitação de atividades, medidas ambientais, de conforto e de otimização energética
Técnicas de higiene brônquica	Estimulo à tosse, nebulização com soro, posicionamento para drenagem postural, aspiração (com critério) das vias aéreas superiores ou via aérea artificial
Dispneia intensa ou insuficiência respiratória com causa reversível	VNI no caso de ocorrência de dispneia por causas reversíveis ou visando ao conforto, conforme os preceitos da abordagem paliativa. Importante esclarecer a indicação e os objetivos da técnica, o tempo para alcançar esses objetivos e o conhecimento sobre se podem ser alcançados ou não

Fonte: Chin; Booth[9]; Velloso; Jardim[10]; Quill, C.; Quill, T.[11].

Legendas: KPS — *Karnofsky performance status*; VNI — Ventilação não invasiva.

Quanto maior a queixa de dispneia, maior será a dependência funcional e as limitações para realização de atividades de vida diária. Nessas condições, é necessário organizar a rede de cuidados e definir o melhor processo assistencial a ser seguido, podendo ser mantido o acompanhamento ambulatorial ou viabilizada a assistência domiciliar.

Podem ser recomendadas terapias integrativas e complementares, como acupuntura e auriculoterapia, que visam a equilibrar o paciente por intermédio de estímulos em pontos específicos do corpo ou do pavilhão auricular, com intenção de harmonizar as questões emocionais, como ansiedade e depressão, que podem estar associadas à dispneia[5,12].

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A eficácia do regime farmacológico e/ou do controle de efeitos adversos pode ser potencializada pela utilização, em simultâneo, de técnicas não farmacológicas, que contribuem para a redução da intensidade do sintoma e o controle das exacerbações, aumentam o conforto e o bem-estar, reduzem o nível de ansiedade, que são resultados sensíveis aos cuidados oferecidos a esses pacientes. Nesse sentido, a literatura recomenda a existência de linhas orientadoras de boa prática para o controle sintomático, desenvolvidas com base na evidência científica, para uma tomada de decisão mais sustentada, na qual a equipe multidisciplinar incorpora os resultados da investigação na sua prática.

Os episódios de dispneia devem ser levados em consideração durante a história clínica do paciente e devem receber uma abordagem para seu alívio que seja multidisciplinar. A falta de ar é um sintoma angustiante que diminui consideravelmente a qualidade de vida tanto da pessoa que a experiencia, quanto de seus familiares e cuidadores.

REFERÊNCIAS

1. GILLON, S.; CLIFTON, I. J. Breathlessness in palliative care: a practical guide. **British Journal of Hospital Medicine**, London, v. 80, n. 2, p. 72-77, Feb 2019. DOI 10.112968/hmed.2019.80.2.72.

2. BC CENTRE FOR PALLIATIVE CARE. B.C. **Inter-professional palliative symptom mangement guidelines**. Canada: BC Centre for Palliative Care, 2017. Disponível em: https://www.fraserhealth.ca/-/media/Project/FraserHealth/FraserHealth/Health-Professionals/Professionals-Resources/Hospice-palliative-care/Sections-PDFs-for-FH-Aug31/9524-17-FH---Sym_Guide-Dyspnea-appendix.pdf?sc_lang=en. Acesso em: 4 jul. 2024.

3. HUI, D. *et al*. Managment of dyspnea in advanced cancer: ASCO guideline. **Journal of Clinical Oncology**, Alexandria, VA, v. 39, n. 12, p. 1389-1411, Feb. 2021. DOI 10.1200/ JCO.20.03465.

4. CARVALHO, R. T. de.; PARSONS, H. A. (org.). **Manual de cuidados paliativos ANCP**. 2. ed. atual e ampl. [São Paulo]: Academia Nacional de Cuidados Paliativos, 2012. Disponível em: http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/05/Manual-de-cuidados-paliativos-ANCP.pdf.Acesso em: 5 jan. 2023.

5. ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE FISIOTERAPIA EM ONCOLOGIA. **Manual de condutas e práticas fisioterapêuticas em cuidados paliativos oncológicos da ABFO**. Rio de Janeiro: Thiene Revinter Publicações, 2021.

6. SAMPAIO, S. G. D. S. M.; MOTTA, L. B. D.; CALDAS, C. P. Value-based medicine and palliative care: how do they converge? **Expert Review of Pharmacoeconomics and Outcomes Research**, [London], v. 19, n. 5, p. 509-515, Oct. 2019. DOI 10.1080/14737167.2019.1651645.

7. OLIVEIRA, E. P.; MEDEIROS JUNIOR, P. Cuidados paliativos em pneumologia. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, Brasília, DF, v. 46, n. 3, e20190280, 2020. DOI 10.36416/1806-3756/e20190280.

8. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ DE ALENCAR GOMES DA SILVA. **Ações de enfermagem para o controle do câncer**: uma proposta de integração ensino-serviço. 3. ed. Rio de Janeiro: INCA, 2008.

9. CHIN, C.; BOOTH, S. Managing breathlessness: a palliative care approach. **Postgraduate Medical Journal**, Oxford, v. 92, n. 1089, p. 393-400, July 2016. DOI 10.1136/postgradmedj-2015-133578.

10. VELLOSO, M.; JARDIM, J. R. Funcionalidade do paciente com doença pulmonar obstrutiva crônica e técnicas de conservação de energia. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, Brasília, DF, v. 32, n. 6, p. 580-586, nov./dez. 2006. DOI 10.1590/S1806-37132006000600017.

11. QUILL, C. M.; QUILL, T. E. Palliative use of noninvasive ventilation: navigating murky waters. **Journal of Palliative Medicine**, Larchmont, v. 17, n. 6, p. 657-661, June 2014. DOI 10.1089/jpm.2014.0010.

12. MOURA, A. C. de A.; GONÇALVES, C. C. S. Práticas integrativas e complementares para alívio ou controle da dor em oncologia. **Revista Enfermagem Contemporânea**, Salvador, v. 9, n. 1, p. 101-108, abr. 2020. DOI 10.17267/2317-3378rec.v9i1.2649.

CAPÍTULO 28: *DELIRIUM*

INTRODUÇÃO

Delirium, também conhecido como "estado confusional agudo", é um transtorno neuropsiquiátrico agudo, de curso flutuante, caracterizado por estreitamento da consciência, prejuízo na atenção e alterações cognitivas e sensoperceptivas[1,2]. Pode ocorrer nas formas hiperativa, hipoativa ou mista. No subtipo hiperativo, é proeminente a agitação, algumas vezes com agressividade e risco de auto e heteroagressão; no *delirium* hipoativo, o paciente apresenta consciência rebaixada, sonolência, letargia, olhar fixo, apatia e discurso raro ou lento. Já a forma hiperativa raramente passa despercebida, o contrário ocorre com a forma hipoativa, que se associa com pior prognóstico[3].

Seu quadro clínico é caracterizado por início agudo; curso flutuante ao longo do dia; déficit de atenção; alteração no nível de consciência; déficit cognitivo (desorientação temporoespacial, comprometimento da memória, do pensamento e do juízo); distúrbios da sensopercepção (alucinações ou ilusões, principalmente visuais); alterações psicomotoras (hiper ou hipoatividade); alterações no ciclo sono-vigília e nas emoções (labilidade, ansiedade etc.).

Está associado a internações mais longas, a elevados índices de institucionalização, ao aumento dos custos em saúde, a maiores taxas de morbimortalidade e a mau prognóstico no câncer, na doença pulmonar obstrutiva crônica, na doença renal crônica e na insuficiência cardíaca. O impacto emocional não se restringe aos pacientes, atingindo também familiares e cuidadores[4,5]. Afeta de 10% a 45% dos pacientes internados, sobretudo aqueles com idade avançada, aqueles que sofrem de doenças graves como câncer e/ou os que são submetidos a procedimentos cirúrgicos. Em pacientes terminais, a prevalência chega a 85%[6].

Com isso, o objetivo deste capítulo é discutir o diagnóstico e o manejo do *delirium* em pacientes em cuidados paliativos.

FATORES PREDISPONENTES E PRECIPITANTES

Fatores predisponentes e precipitantes devem ser identificados. A intervenção nos fatores precipitantes pode reduzir incidência e gravidade do quadro. Por ser muito prevalente em idosos, muitos estudos são direcionados a essa população. Seiler *et al.*[7] estudaram pacientes em cuidados paliativos e encontraram como fatores predisponentes importantes a caquexia, a epilepsia,

o tumor cerebral, os déficits auditivo e visual, a fragilidade e o sexo masculino. Como fatores precipitantes, estão dor, falência renal aguda, lesões por pressão e sepse. A dor merece destaque como fator precipitante, pois pode aumentar em nove vezes o risco de *delirium*. O Quadro 35 descreve os fatores predisponentes e precipitantes.

Quadro 35 — Fatores predisponentes e precipitantes do *delirium*

Fatores predisponentes	Déficit cognitivo prévio ou demência
	Episódio prévio de *delirium*
	Sexo masculino
	Idade avançada
	Doença mental preexistente
	Gravidade da doença de base
	Déficit visual e/ou auditivo
	Status funcional ruim
Fatores precipitantes	Medicamentos prescritos ou polifarmácia
	Procedimentos médicos e cirurgias
	Doenças agudas: infecções, infarto agudo do miocárdio, acidente vascular encefálico, trauma etc.
	Isolamento e imobilidade
	Estímulos nocivos, como dor
	Uso de contenção mecânica
	Desidratação, desnutrição, falência orgânica (especialmente renal e hepática)
	Retenção urinária, constipação (fecaloma)
	Fatores ambientais prejudiciais ao ciclo sono-vigília
	Privação ou distúrbios do sono
	Abuso e abstinência de substâncias (álcool, drogas ilícitas)

Fonte: Bush, Tierney e Lawlor[8].

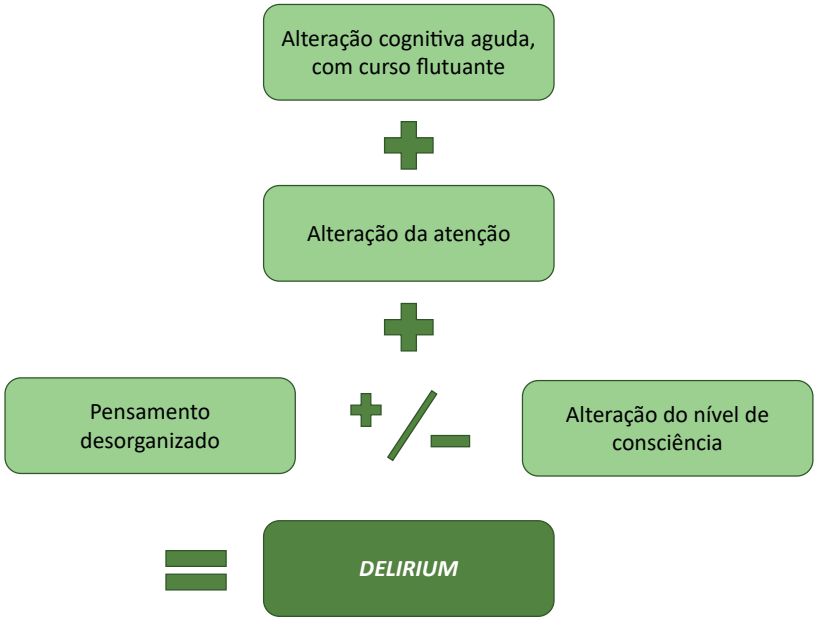
ABORDAGEM DIAGNÓSTICA

O diagnóstico de *delirium* é eminentemente clínico, baseado na anamnese e no exame físico com vistas a identificar os critérios do DSM-5[9,10]. O uso de escalas e de entrevistas semiestruturadas é uma ferramenta útil. O

instrumento mais conhecido é o Confusion Assessment Method (CAM)[11], já traduzido e validado para o Brasil[12]. Sua forma curta visa a identificar: 1. início súbito e curso flutuante; 2. alteração da atenção; 3. pensamento desorganizado; e 4. alteração do nível de consciência.

Critérios 1 e 2 presentes, acrescidos do 3 e/ou 4, sugerem o diagnóstico de *delirium* com alta sensibilidade e especificidade. Pode ser ilustrado como na Figura 28.

Figura 28 — Diagnóstico de *delirium* segundo critérios do Confusion Assessment Method



Fonte: adaptado de Setters e Solberg[13].

A realização de exames complementares auxilia na identificação de fatores predisponentes. Exames laboratoriais devem ser realizados, incluindo eletrólitos, glicemia, funções renal e hepática. Em pacientes oncológicos, a investigação de metástase para o SNC pode ser necessária, e a pesquisa de hipercalcemia é mandatória, cabendo atenção para correção pela albumina se não for cálcio iônico.

A flutuação da intensidade dos sintomas no período de 24 horas, embora seja critério diagnóstico, pode dificultá-lo. Os profissionais de saúde devem valorizar informações obtidas com acompanhantes, cuidadores e

demais membros da equipe, especialmente da enfermagem, que estão em contato mais próximo com o paciente e, assim, podem perceber os períodos de confusão mental.

Entre os diagnósticos diferenciais, estão depressão, demência, esquizofrenia e mania, por causa do seu amplo espectro sintomático e das diferentes apresentações clínicas.

ABORDAGEM TERAPÊUTICA

O tratamento adequado do *delirium* inclui identificação, quanto mais precoce melhor, e eliminação ou tratamento dos fatores precipitantes por meio de um conjunto de abordagens terapêuticas farmacológicas e não farmacológicas realizadas por equipe interprofissional.

Farmacológica

A principal ação é a correção de fatores precipitantes, como *status* volêmico, distúrbio hidroeletrolítico, infecção, fecaloma, entre outros. Medicamentos só devem ser introduzidos caso medidas não farmacológicas não surtam efeitos ou quando a agitação psicomotora gere risco ao paciente ou a outrem.

Os antipsicóticos são os medicamentos de escolha para o controle de agitação psicomotora (*delirium* hiperativo). No caso de *delirium* hipoativo, apenas em raras situações o antipsicótico tem efeito benéfico.

Em caso de agitação, em que o paciente se coloque em risco, o medicamento de escolha é o haloperidol, administrando em pequenas doses a cada 20 minutos até o controle. Embora, no Brasil, em bula, só esteja sinalizada a via de administração intramuscular, as via subcutânea e intravenosa são utilizadas no serviço com bom efeito e sem intercorrências. A dose de manutenção deve ser fracionada para melhor efeito, por exemplo, 1 mg, três vezes ao dia, apresenta efeito melhor do que 3 mg, uma vez ao dia. Os neurolépticos atípicos também podem ser utilizados, com a vantagem de produzirem menos efeitos adversos. Em casos de difícil controle, a dexmedetomidina pode ser utilizada. Para casos refratários, considerar a terapia de sedação paliativa (Capítulo 29). O Quadro 36 descreve alguns medicamentos e suas doses[14,15].

Quadro 36 — Medicamentos para controle de *delirium*

Medicamento	Dose e via de administração
Haloperidol	0,5-10 mg/dia VO, IM, SC, intravenosos
Clorpromazina	12,5-200 mg/dia intravenosos, VO, IM, SC*
Olanzapina	2,5-20 mg/dia VO
Quetiapina	25-300 mg/dia VO
Risperidona	0,25-4 mg/dia VO
Dexmedetomidina	0,2-0,7 mcg/kg/h intravenosos, SC

Fonte: Gaertner *et al.*[14]; Grassi *et al.*[15].

Legenda: IM — intramuscular; SC — subcutânea; VO — via oral.

Nota: *relato de uso por via subcutânea por serviços, mas sem grande experiência por essa via no HC IV para recomendação.

Não farmacológica

Medidas não medicamentosas, como manejo ambiental e orientação da equipe e de familiares, são importantes e exigem um esforço combinado de familiares, cuidadores e da equipe interprofissional, proporcionando um ambiente adequado. Podem reduzir até 60% dos casos de *delirium* ao longo de uma internação hospitalar[16]. Nesse caso, indica-se[8,16]:

- Prover um ambiente calmo e confortável, reduzindo ruídos e promovendo um nível adequado de estimulação sensorial.
- Fornecer subsídios que permitam a orientação, como calendários e relógios.
- Estimular a presença frequente de um acompanhante familiar.
- Minimizar mudanças no ambiente e na equipe assistencial.
- Oferecer uma iluminação que contribua para a manutenção do ciclo sono-vigília.
- Encorajar o uso de órteses para audição e visão, uma vez que quadros confusionais podem ser agravados por déficit auditivo e/ou visual.
- Evitar a restrição física, como contenção mecânica no leito, pois poderá piorar a agitação e ser a causa potencial de trauma.
- Estimular mobilização precoce.
- Evitar sondas, especialmente sonda vesical.

A contenção mecânica é uma alternativa para restringir a mobilidade e garantir a segurança de pacientes que apresentem risco para sua integridade física. São utilizados dispositivos como grades bilaterais e imobilização dos membros com artifícios que limitam ou impedem o deslocamento ou acesso

ao próprio corpo[17]. Sua indicação inclui uma avaliação criteriosa, sensível e global da equipe assistencial, considerando as consequências e os riscos para o paciente e para a equipe. É um ato prescrito pelo médico e executado pela equipe de enfermagem. Em situações de extrema urgência, a enfermagem tem autonomia de realizar a contenção, com a subsequente comunicação ao médico[18]. Cabe ressaltar que a contenção mecânica deve sempre ter finalidade terapêutica e nunca ser usada como punição ou intimidação do paciente. Essa abordagem deve respeitar a dignidade individual do paciente, uma vez que pode gerar efeitos físicos e psicológicos nocivos. Precisa, portanto, ser utilizada em casos estritamente necessários, quando as tentativas de abordagem verbal e farmacológica forem insuficientes para prevenir danos e manter o paciente seguro[19,20]. Deve ser mantida pelo menor tempo possível, com retirada tão logo a contenção farmacológica (controle da agitação com medicação) esteja eficaz.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Delirium é um quadro desafiador para o profissional de saúde e os familiares, podendo causar grande sofrimento para esses e para o paciente. Seu diagnóstico precoce favorece menor gravidade e manejo mais fácil. A equipe de saúde deve estar atenta a intervir preventivamente em estratégias para minimizar o risco do *delirium* com a intervenção nos fatores precipitantes. Orientação a familiares é mandatória em sua presença.

REFERÊNCIAS

1. LIMA E SILVA, L. F. A.; SANTOS JÚNIOR, A. Delirium (estado confusional agudo). *In*: BOTEGA, N. J. (org.). **Prática psiquiátrica no hospital geral**: interconsulta e emergência. 3. ed. Porto Alegre: ArtMed, 2012. p. 263-279.
2. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5)**. 5th ed. Washington, DC: APA, 2013.
3. ZIPSER, C. M. *et al*. Clinical management of delirium: the response depends on the subtypes. An observational cohort study in 602 patients. **Palliative and Supportive Care**, Cambridge, v. 18, n. 1, p. 4-11, 2020. DOI 10.1017/S1478951519000609.
4. BREITBART, W.; GIBSON, C.; TREMBLAY, A. The delirium experience: delirium recall and delirium-related distress in hospitalized patients with cancer, their spouses/caregivers, and their nurses. **Psychosomatics**, Washington, DC, v. 43, n. 3, p. 183-194, May/June 2002. DOI 10.1176/appi.psy.43.3.183.

5. LESLIE, D. L. *et al*. One-year health care costs associated with delirium in the elderly population. **Archives of Internal Medicine**, [Chicago], v. 168, n. 1, p. 27-32, Jan. 2008. DOI 10.1001/archinternmed.2007.4.

6. BREITBART, W.; ALICI, Y. Agitation and delirium at the end of life: "We couldn't manage him". **JAMA**, Chicago, v. 300, n. 24, p. 2898-2910, 2008. DOI 10.1001/jama.2008.885.

7. SEILER, A. *et al*. Predisposing and precipitating risk factors for delirium in palliative care patients. **Palliative and Supportive Care**, Cambridge, v. 18, n. 4, p. 437-446, Aug. 2020. DOI 10.1017/S1478951519000919.

8. BUSH, S. H.; TIERNEY, S.; LAWLOR, P. G. Clinical assessment and management of delirium in the palliative care setting. **Drugs**, [Auckland], v. 77, n. 15, p. 1623-1643, Oct. 2017. DOI 10.1007/s40265-017-0804-3.

9. WACKER, P.; NUNES, P. V.; FORLENZA, O. V. Delirium: uma perspectiva histórica. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 32, n. 3, p. 97-103, maio/jun. 2005.

10. MANUAL diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014. Disponível em: https://www.institutopebioetica.com.br/documentos/manual-diagnostico-e-estatistico-de-transtornos-mentais-dsm-5.pdf. Acesso em: 25 jan. 2024.

11. INOUYE, S. K. *et al*. Clarifying confusion: the confusion assessment method. A new method for detection of delirium. **Annals of Internal Medicine**, Philadelphia, PA, v. 113, n. 12, p. 941-948, Dec. 1990. DOI 10.7326/0003-4819-113-12-941.

12. FABBRI, R. M. *et al*. Validity and reliability of the Portuguese version of the Confusion Assessment Method (CAM) for the detection of delirium in the elderly. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, São Paulo, v. 59, n. 2-A, p. 175-179, June 2001. DOI 10.1590/s0004-282x2001000200004.

13. SETTERS, B.; SOLBERG, L. M. Delirium. **Primary Care Clinics in Office Practice**, [*s. l.*], v. 44, p. 541-559, 2017. DOI 10.1016/j.pop.2017.04.010.

14. GAERTNER, J. *et al*. Benzodiazepines and/or neuroleptics for the treatment of delirium in palliative care?-a critical appraisal of recent randomized controlled trials. **Annals of Palliative Medicine**, [Hong Kong], v. 8, n. 4, p. 504-515, Sep. 2019. DOI 10.21037/apm.2019.03.06.

15. GRASSI, L. *et al*. Management of delirium in palliative care: a review. **Current Psychiatry Reports**, [*s. l.*], v. 17, n. 3, p. 550, Feb 2015. DOI 10.1007/s11920-015-0550-8.

16. INOUYE, S. K. *et al*. A multicomponent intervention to prevent delirium in hospitalized older patients. **New England Journal of Medicine**, Boston, v. 340, n. 9, p. 669-676, Mar. 1999. DOI 10.1056/NEJM199903043400901.

17. SOUZA, L. M. *et al*. Fatores associados à contenção mecânica no ambiente hospitalar: estudo transversal. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 53, e03473, 2019. DOI 10.1590/S1980-220X2018007303473.

18. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (Brasil). **Resolução Cofen nº 427, de 8 de maio de 2012**. Normatiza os procedimentos da Enfermagem no emprego de contenção mecânica de pacientes. Brasília, DF: Cofen, 2012. Disponível em: https://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-n-4272012/. Acesso em: 25 jan. 2024.

19. RIBEIRO, S. C. L. *et al*. Conhecimento de enfermeiros sobre delirium no paciente crítico: discurso do sujeito coletivo. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 24, n. 2, p. 513-520, abr./jun. 2015. DOI 10.1590/0104-07072015001702014.

20. FAUSTINO, T. N. *et al*. Conhecimentos e práticas da equipe de enfermagem para prevenção e monitorização do delirium em idosos. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 30, n. 3, p. 1-10, 2016. DOI 10.18471/rbe.v3oi3.15794.

CAPÍTULO 29: TERAPIA DE SEDAÇÃO PALIATIVA

INTRODUÇÃO

Lidar com pacientes em cuidados paliativos significa, muitas vezes, confrontar-se com sintomas angustiantes no fim de vida. Apesar do avanço relacionado à paliação e ao controle de sintomas, em alguns casos é possível que ocorra refratariedade às tentativas de manejo das causas de desconforto. Nesses casos, a terapia de sedação paliativa pode ser uma alternativa[1].

Determinada pela administração controlada de medicações sedativas, a terapia de sedação paliativa busca aliviar o sofrimento por meio de uma estratégia ética que envolve o paciente, a família e a equipe de saúde[2].

Inicialmente proposta na década de 1990[3], ainda nos dias de hoje essa terapia como possibilidade de conforto nem sempre é conhecida e aceita pela equipe de saúde. Nesse sentido, este capítulo vem elucidar as principais questões relacionadas a essa abordagem terapêutica.

INDICAÇÃO

Uma justificativa para o baixo reconhecimento dessa terapia na prática clínica pode ser dada pela não identificação de que, mesmo diante do aparente esgotamento terapêutico, muito se tem a fazer pelo paciente e sua família diante de uma doença considerada terminal[4,5].

Nessa situação, inicialmente é preciso distinguir refratariedade da dificuldade em controlar um sintoma. Ou seja, alguns casos podem não responder às medicações ou às intervenções mais comumente utilizadas. Recursos farmacológicos ou não farmacológicos, além do escopo da equipe multidisciplinar de saúde, podem ser necessários, incluindo, por exemplo, o parecer de outros especialistas. Para o sintoma ser considerado refratário, todas as abordagens devem ter falhado dentro do período tido como tolerável pelo paciente[6].

Entre os principais sintomas com indicação para terapia de sedação paliativa estão: dispneia, *delirium*, dor e sofrimento existencial refratários[7-9]. Relacionado a esse último sintoma, a indicação de sedação pode ser motivada de maneira isolada, ou vir associada a outras queixas relacionadas ao declínio físico[8]. Hemorragia maciça, por exemplo, pode ser considerada uma emergência para instituição de terapia de sedação paliativa.

COMUNICAÇÃO E TOMADA DE DECISÃO

Além do reconhecimento do sintoma como refratário pela equipe multidisciplinar, como parte do processo de decisão da terapia de sedação paliativa, estão os elementos obtidos junto à equipe de saúde, ao paciente e à família[8].

Como exemplo de um elemento envolvido na tomada de decisão está o consentimento para terapia de sedação paliativa. Estimular a autonomia do paciente, envolvendo os familiares, por meio da discussão e da documentação da tomada de decisão dessa terapia é um exemplo de decisão compartilhada. Enquanto um pilar do cuidado paliativo, essa autonomia deve ser buscada e incentivada pela equipe de saúde[10].

Incluir essa discussão de maneira mais precoce ao longo do curso da doença, durante o tratamento paliativo, faz parte das definições relacionadas ao fim de vida. Deixar que essa abordagem ocorra de forma tardia pode resultar na não participação do paciente no processo decisório[8,11].

No cenário em que o paciente não apresenta autonomia plena para suas decisões, caso exista uma diretiva antecipada de vontade, essa deverá ser consultada (Capítulo 18). Na ausência da participação do paciente e de uma diretiva antecipada de vontade, o representante legal do paciente será o responsável por compartilhar a decisão relacionada à terapia de sedação paliativa[8,11]. O consentimento da família, anteriormente visto como obrigatório, foi alterado para algo desejado[7,11-14]. Finalmente, na inexistência das opções descritas, a equipe de saúde poderá atuar de acordo com o considerado o melhor para o paciente[7,8,15,16].

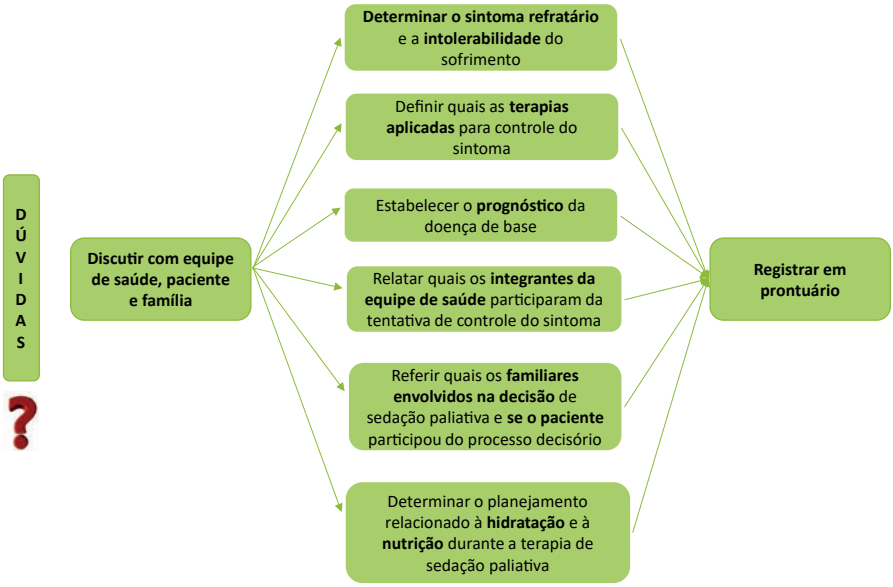
A tomada de decisão compartilhada relacionada ao início da terapia de sedação paliativa ocorre, portanto, a partir de um processo de comunicação efetiva entre a equipe de saúde e o paciente e/ou a família. Por essa razão, esse é o primeiro momento em que os questionamentos relacionados à terapia devem ser esclarecidos. Incluindo os procedimentos envolvidos e suas possíveis consequências.

A possibilidade de perda de comunicação e a eventual suspensão da hidratação e da alimentação devem ser inseridas nesse contexto. Ainda que não existam evidências sobre os benefícios da hidratação e da nutrição artificial, é preciso que todos os envolvidos no processo de sedação compreendam o possível desconforto a elas relacionado[17]. Orientar uma família sobre má-absorção ou distensão gastrointestinal relacionadas à nutrição pode representar um desafio diante do valor cultural e do significado simbólico relacionado ao ato de alimentar-se[18,19].

Outro questionamento habitual que deve ser abordado nessa discussão é se a terapia de sedação paliativa pode representar uma forma de eutanásia. Compreender que o objetivo da sedação é aliviar os sintomas refratários e não promover um ato para encurtar a vida do paciente é de fundamental importância nessa diferenciação. Ou seja, as intenções são distintas nessas duas abordagens, e a terapia de sedação paliativa não tem qualquer propósito de abreviar a vida do paciente[20,21].

Uma comunicação não efetiva diante da indicação da equipe de saúde do início da terapia de sedação paliativa tende somente a prolongar o tempo de desconforto do paciente. Por essa razão, dúvidas devem ser abordadas e esclarecidas não somente nessa fase, como também durante todo o processo envolvido na terapia proposta (Figura 29).

Figura 29 — Decisão, planejamento e registro da terapia de sedação paliativa



Fonte: adaptado do Instituto Nacional de Câncer[22].

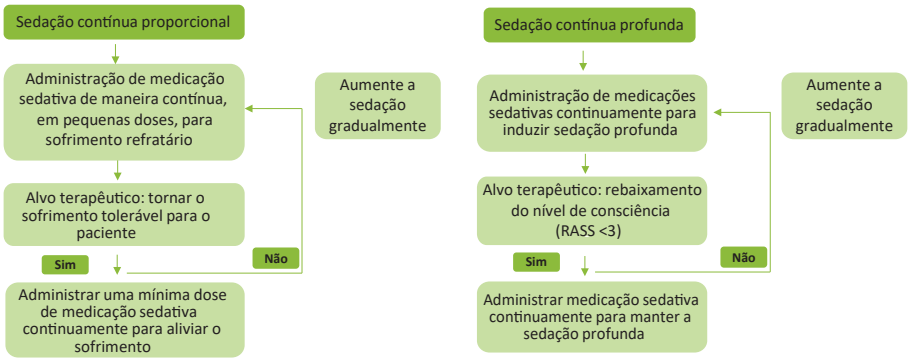
CLASSIFICAÇÃO

Uma vez definido o sintoma refratário, o processo de comunicação com a equipe de saúde, o paciente e a família serve não somente para alinhar as questões relacionadas à sedação, mas também para findar um plano de cuidados baseado no prognóstico e na biografia do paciente. Por essa razão,

definir a fase da doença em que o paciente se encontra é um ponto fundamental no processo de tomada de decisão relacionado ao tipo de terapia de sedação paliativa que será iniciado.

Nesse sentido, é possível classificar a terapia de sedação paliativa em intermitente ou contínua. No primeiro caso, medicações sedativas são administradas durante um período temporário, podendo ser feita de forma regular ou de acordo com a necessidade. A sedação intermitente pode ser indicada para alívio transitório de um sintoma, enquanto se espera o efeito de outra abordagem terapêutica por exemplo[8,14]. Já no caso da sedação contínua, essa pode ser dividida em sedação proporcional contínua e em sedação profunda contínua (Figura 30). Vale destacar que reavaliações relacionadas à diminuição da dose ou mesmo à suspensão das medicações sedativas devem ser constantemente avaliadas, independente da classificação da terapia proposta[7].

Figura 30 — Conteúdo da sedação contínua proporcional *versus* sedação contínua profunda



Fonte: adaptado de Imai *et al.*[10].

Notas: Rass — Escala de Agitação Sedação de Richmond.

Relacionados à fundamentação ética da terapia de sedação paliativa estão os princípios da autonomia do paciente, da intenção, do julgamento da equipe e da proporcionalidade[7].

A proporcionalidade, nesse caso, deve ponderar o prognóstico, a sobrevida estimada e a refratariedade do sintoma que está causando sofrimento, devendo a terapia de sedação paliativa ser proporcional aos benefícios e malefícios consequentes à terapia instituída. Em outras palavras, a intenção de aliviar o sintoma deve superar os riscos relacionados ao tratamento[7].

Por outro lado, a proporcionalidade também deve ser correlacionada ao nível de sedação instituída. Ou seja, o grau de sedação deve ser diretamente proporcional à necessidade do controle do sintoma. Por essa razão, em alguns casos, é sugerido iniciar uma terapia de sedação paliativa intermitente e reavaliar o sintoma. Caso essa opção não tenha se mostrado eficaz, justifica-se o início de uma terapia de sedação paliativa contínua[7,8,14].

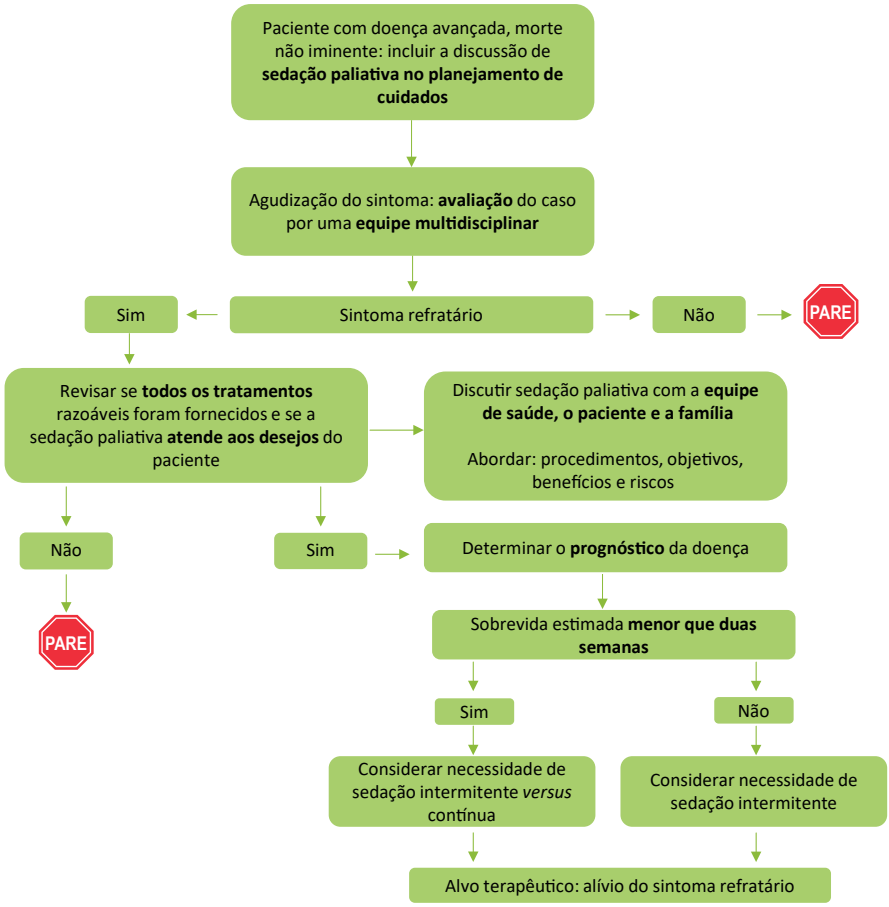
Alguns pacientes em terapia de sedação paliativa, mesmo contínua, podem manter a capacidade de interação e alívio do sintoma, antes considerado refratário[23]. Isto é, os ajustes na dose de sedação podem ser feitos de acordo com o alívio do sofrimento, e não mais de acordo com o nível de consciência. Isso significa que alguns pacientes necessitarão de uma dose de sedação na qual a consciência ainda estará preservada, enquanto outros só ficarão confortáveis com o rebaixamento do nível de consciência[7].

COMO FAZER

Uma vez definidos: a) a refratariedade do sintoma apresentado pelo paciente; b) o processo de comunicação entre equipe de saúde, paciente e família; c) o prognóstico e a classificação do tipo de terapia de sedação paliativa que será iniciado (Figura 31); esse é o momento para a escolha da medicação a ser utilizada.

Independente da preservação da consciência, a manutenção de um olhar global sobre o paciente durante a terapia de sedação paliativa não pode ser esquecida. Nesse sentido, medicações utilizadas para controle dos sintomas antes da indicação da sedação devem ser mantidas. A suspensão só deverá ocorrer nos casos relacionados a terapêuticas ineficazes. Isso ganha especial relevância diante de analgesia por exemplo. Um paciente sedado continua sentindo dor e deverá ter sua terapia analgésica, com opioides ou não, mantida de acordo com o uso prévio. Ajustes são sugeridos somente em caso de efeito adverso ou desconforto[14].

Figura 31 — Processo de tomada de decisão para início da terapia de sedação paliativa



Fonte: elaboração INCA.

Cabe ressaltar que a terapia de sedação paliativa é uma intervenção deliberada e monitorada, diferente dos casos em que a sedação é consequência de um efeito adverso ocasionado por determinada medicação[8,14]. Ou seja, a morfina, por exemplo, utilizada para alívio da dor e dispneia pode apresentar sedação como efeito adverso, e isso não deve ser considerado um tipo de terapia de sedação paliativa[24].

Este debate pode ser extrapolado para o caso dos neurolépticos. Apesar de alguns autores classificarem essas medicações como sedativas, sobretudo nos casos de *delirium* refratário, a literatura traz a discussão se eles podem ser considerados apenas adjuvantes no caso de falha da medicação eleita como escolha (midazolam)[8,25-27].

Nesse contexto, o midazolam segue como medicação de primeira linha para terapia de sedação paliativa. Administrado pelas vias intravenosa ou subcutânea, apresenta meia-vida curta e rápido início de ação (60 segundos com pico em de dois a cinco minutos quando o acesso é venoso). Na via subcutânea, ao menos de 15 a 20 minutos são necessários para permitir nova administração[28]. Assim, por meio de uma dose em bólus, pode fornecer alívio em minutos, sendo sua titulação possível de manejar rapidamente para obtenção do controle do sintoma. Sua administração pode ser feita inicialmente de 2 a 5 mg a cada cinco minutos até estabilização do quadro clínico, sendo realizada de maneira intermitente ou de maneira contínua.

Para sedação contínua profunda, em geral, uma dose maior pode ser necessária, seguida de uma redução de 50% a 70%, de acordo com o nível de sedação almejado[7,29]. A dose administrada deve ser feita de maneira proporcional e de acordo com o objetivo da sedação, de modo a controlar o sintoma, preferencialmente com as menores doses possíveis. Em geral, as infusões oscilam na faixa de 1 a 5 mg por hora[28].

Propofol entra como medicação de terceira linha, sendo recomendado somente em ambiente hospitalar e por uma equipe habituada com o seu uso. Sobretudo pelo efeito hipotensor e pela ação rápida, apresenta maior risco, incluindo o de depressão respiratória, quando comparado ao midazolam[28].

Já o fenobarbital, utilizado nos casos de sedação por *status epilepticus* e hipertensão intracraniana, pelo início de ação lento e meia-vida longa, possui difícil titulação. Por isso, é considerado uma medicação controversa e de terceira linha. Assim como o midazolam, pode ser administrado de maneira intravenosa ou subcutânea. No ambiente hospitalar, pode ser utilizado por meio de bólus (200 mg) a cada 30 minutos até estabilização, com manutenção em bólus a cada oito horas ou em infusão contínua[28].

Como alternativa ao midazolam está a dexmedetomidina. Pelo efeito agonista nos receptores α-2 adrenérgicos, possui propriedades tanto sedativa quanto analgésica, além de não estar associada à depressão respiratória. Seu efeito sedativo reduz a atividade simpática central, resultando em um estado semelhante ao sono não REM (*rapid eye moviment*). Com um despertar mais breve, a sedação com dexmedetomidina pode auxiliar a equipe no ajuste das demais intervenções para o controle dos sintomas, uma vez que os pacientes tendem a ser capazes de relatar o que estão sentindo. Administrado por via intravenosa ou subcutânea, essa medicação parece diminuir a frequência e a gravidade do *delirium* considerado refratário no ambiente do cuidado paliativo[30]. Com dose inicial de 0,3 µg por quilo por hora, pode ser aumentada até 0,6 µg por quilo por hora no caso de persistência do *delirium*[31]. O custo e

a necessidade de escalonamento progressivo, com necessidade de altas doses para controle do sintoma, podem ser um agente limitante ao seu uso.

O Quadro 37 resume os principais medicamentos utilizados na terapia de sedação paliativa.

Quadro 37 — Medicamentos utilizados na terapia de sedação paliativa

Opções	Medicamentos	Doses e vias de administração	Observações
Primeira opção	**Midazolam**	Bólus: 2-5 mg, via SC ou intravenosa com intervalo mínimo de 5min, máximo 20 mg Infusão contínua: dose inicial: 0,5-1,5 mg/h, via SC ou intravenosa* Dose manutenção: 1-20 mg/h Dose máxima 120 mg/dia (relato até 1.200 mg/dia)	Se o efeito desejado não for alcançado, aumentar a dose em 50% após um mínimo de 1h, sempre em combinação com um bólus (2-5 mg) No caso de doses superiores a 20 mg/h, seguir para segunda opção Adequar medicamentos direcionados ao sintoma, como morfina (dor/ dispneia) e neuroléptico (*delirium*)

continua

continuação

Segunda opção	**Fenobarbital**	Bólus: 100-200 mg ou 1-3 mg/kg, via SC ou intravenosa a cada 30min Dose de manutenção intermitente: 260-1.250 mg, 8/8h, via SC ou intravenosa Infusão contínua: dose inicial 0,5 mg/kg/h, ajuste 10% a cada 12h Dose de manutenção 30-16 mg/h	Início de ação mais lento Efeito cumulativo Difícil titulação Primeira opção em convulsão refratária Infusão contínua sem benefício sobre a administração intermitente pela meia-vida longa
	Propofol	Bólus: 0,5-1 mg/kg, via intravenosa, podendo repetir metade da dose em curso a cada 3min Infusão contínua: 1-4 mg/kg/h. Ajuste 10-20 mg/h a cada 10min, conforme necessidade	Uso apenas por via intravenosa Acesso exclusivo Atentar para risco de depressão respiratória e hipotensão
Adjuvante	**Clorpromazina**	Bólus 12,5-25 mg Dose inicial 12,5-25 mg, via SC+ ou intravenosa a cada 4-12h Infusão contínua: 3-5 mg/h Dose máxima 1.600 mg/dia	Atentar para hipotensão postural, agitação paradoxal, sintomas extrapiramidais, efeitos anticolinérgicos

Fonte: adaptado de Instituto Nacional de Câncer[22].

Legenda: SC — subcutânea.

Nota: *pode ser iniciada mesma dose com a qual foi obtido controle do sintoma com uso em bólus; + sem consenso na literatura sobre uso da via subcutânea.

Equilibrar o alvo terapêutico com os efeitos colaterais das medicações, independentemente do tipo de infusão escolhida, deve ser o objetivo durante toda a terapia de sedação paliativa. Por essa razão, um processo de monitoração constante do paciente, da família e da equipe de saúde passa a ser o próximo item a ser discutido.

Cuidados adicionais devem ser proporcionados[32]:

- Medidas para proteção ocular.
- Manutenção das medidas de higiene, como higiene oral, banho, troca de fraldas sempre que necessário.
- Cuidados com feridas.
- Atenção à possibilidade de retenção urinária. Caso ocorra, é indicado cateterismo vesical de alívio. Se forem necessários mais de dois cateterismos ao dia, sugere-se instalar cateter vesical de demora.

JUNTOS DURANTE TODO PROCESSO – MONITORAÇÃO

A terapia de sedação paliativa é um processo que envolve uma reavaliação cuidadosa e periódica do quadro clínico do paciente. A ausência de reação aos estímulos não significa necessariamente conforto e qualidade de morte. Se o autorrelato não for possível, uma conduta substituta deve ser usada para avaliação. Englobando a mutualidade paciente, familiar e profissional, esse processo deve abranger os seguintes aspectos:

- Nível de profundidade — o uso de ferramentas estruturadas auxilia e uniformiza a avaliação. A Rass-Pall[33] é um instrumento de fácil e rápida aplicação (Capítulo 12). Atentar que o objetivo da terapia de sedação paliativa é manter o paciente confortável, com bom controle do sintoma, podendo ser considerado adequado Rass-Pall de 0 a 3, a depender do sintoma e do sofrimento por ele imposto.
- Alívio e nível de conforto — com impossibilidade de autorrelato, recomenda-se uso de escalas de observação de comportamento não verbal como a *Respiratory Distress Observation Scale* (RDOS) (Quadro 38) buscando pontuação menor que 3, como definição do controle da dispneia[34-35] e a própria escala Rass-Pall para definição do controle de *delirium*. Para outros sintomas, como convulsão, vômitos e sangramento, utiliza-se o registro de enfermagem como instrumento para monitorar sua frequência e característica.
- Monitoramento dos efeitos colaterais — com foco voltado para o conforto, é necessário atentar para efeito paradoxal da droga escolhida, como depressão respiratória súbita, retenção vesical, mioclonias e outros sintomas que possam surgir.

Quadro 38 — *Respiratory Distress Observation Scale*

VARIÁVEL	0 PONTO	1 PONTO	2 PONTOS	TOTAL
Frequência cardíaca	< 90 bpm	90-109 bpm	≥ 110 bpm	
Frequência respiratória	≤ 18 irpm	19-30 irpm Ocasionalmente, pouco movimentos	> 30 irpm Movimentos frequentes	
Padrão respiratório paradoxal: abdômen movimenta para dentro na inspiração	Ausente	Ausente	Presente	
Uso da musculatura acessória: elevação da clavícula durante a inspiração	Ausente	Elevação leve	Elevação pronunciada	
Grunhido no final da expiração: som gutural	Ausente	Ausente	Presente	
Batimento de asa de nariz: movimento involuntário de narinas	Ausente	Ausente	Presente	
Olhar de medo	Ausente	Ausente	Olhos muito abertos, musculatura facial tensa, sobrancelha franzida, boca aberta, dentes juntos	
TOTAL:				
INTERPRETAÇÃO: 0-2 — sem desconforto respiratório ou desconforto leve > 3 — sofrimento respiratório de moderado a intenso				

Fonte: Adaptado de Campbell[34,35].

Diante da vulnerabilidade do paciente nos últimos dias de vida, o monitoramento deve ser iniciado imediatamente antes da sedação e a cada 15 minutos a partir de então, até que haja alívio adequado dos sintomas. Após alcançar o nível de sedação desejado, o paciente deve ser reavaliado de duas em duas horas nas primeiras 12 horas, registrando-se o nível de sedação (Rass--Pall) e avaliando-se o sintoma persistente que justificou a terapia de sedação paliativa. A avaliação deve então ser realizada sempre que necessário, ou, pelo menos, a cada turno.

Alcançado o alívio adequado, os critérios para monitoramento do paciente e a função da titulação adicional da dose são determinados pela condição clínica:

- Paciente próximo ao óbito — os sinais vitais passam a não mais ser aferidos regularmente (por exemplo, pulso, pressão arterial e temperatura), sendo monitorados de forma contínua apenas os parâmetros relacionados ao conforto. A frequência respiratória passa a ser o principal sinal vital, com a finalidade de observar episódios de dispneia ou taquipneia.
- Paciente não apresenta risco de morte iminente — a prioridade do monitoramento é a estabilidade, podendo ser necessária avaliação frequente de sedação e parâmetros fisiológicos de rotina, como frequência cardíaca, pressão arterial e saturação de oxigênio. Caso seja observado risco de vida por depressão respiratória, a dose de sedação deve ser reavaliada, sendo possível considerar a administração de um antagonista nos casos de sedação com benzodiazepínicos. Uma vez alcançado o nível de sedação desejado e o controle dos sintomas, as dosagens podem ser reduzidas, a fim de promover o despertar, se apropriado. Essa é uma oportunidade para reavaliar a condição do paciente e a satisfação com a sedação. Também permite que os pacientes se comuniquem com a família e outros entes queridos.

Nesse processo de reavaliação, deve ser dada atenção especial a:

- Abordagem à equipe de cuidados — a equipe de cuidados deve reconhecer o potencial sofrimento envolvido com a sedação. Todos os membros da equipe participantes precisam entender a justificativa para a sedação e os objetivos do tratamento. Sempre que possível, isso deve ser abordado em reuniões de equipe ou conferências de casos, antes e depois do evento, para discutir as questões profissionais e emocionais relacionadas a tais decisões. O sofrimento pode ser atenuado, promovendo uma cultura de sensibilidade às cargas emocionais envolvidas no cuidado, como parte dos processos deliberativos que levam à decisão do tratamento. Esses devem ser espaços para compartilhar as informações e promover

discussões multidisciplinares, nas quais o grupo possa ser capaz de compartilhar dúvidas e expressar sentimentos.

- Abordagem à família e aos amigos do paciente — a sedação paliativa pode ser um método bem-vindo para garantir o conforto do paciente, mas também pode ser visto como um processo angustiante aos olhos de familiares e amigos. Por essa razão, alguns princípios são úteis ao considerar a abordagem aos entes queridos de um paciente:
  - Eles devem ser autorizados e encorajados a estar com o paciente. Em muitas situações, uma oportunidade de dizer adeus é de importância crítica.
  - Frequentemente, eles precisam ser mantidos informados sobre o que esperar, com destaque ao bem-estar do paciente, por meio de garantias repetidas de que outros métodos foram suficientemente testados e/ou cuidadosamente considerados para alívio do sintoma. Além disso, a sedação não atuará com a intenção de abreviar a vida do paciente. Os debates devem enfatizar a importância do conforto e o dever da equipe em prevenir ou aliviar o sofrimento.
  - A equipe assistencial deve prestar apoio aos familiares e/ou amigos do paciente. Isso inclui ouvir suas inquietações, estar atento ao luto e aos fardos físicos e mentais e perceber qualquer sentimento de culpa. Eles também devem receber conselhos sobre como ajudar o paciente (por exemplo, como estar, conversar, tocar e auxiliar no gerenciamento dos cuidados do paciente).
  - A equipe de cuidados deve fornecer atualizações regulares de informações para a família ou outros entes queridos, incluindo informações sobre a condição do paciente, o grau de sofrimento, as mudanças antecipadas ou, quando apropriado, a notificação de que a morte se aproxima e o que pode ser esperado no processo de morrer.
  - Após a morte de um paciente, os familiares e/ou outros entes queridos devem ter o momento de se reunir com a equipe de saúde para expressar seu luto e discutir inquietações não resolvidas sobre os cuidados hospitalares[8].

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar das medidas paliativas agressivas, o gerenciamento dos sintomas pode, às vezes, tornar-se um desafio no final da vida. A opção de terapia de sedação paliativa e proporcional deve ser considerada como legítima forma de controle de sofrimento físico, uma intervenção universalmente aceita

que garante melhor qualidade de morte, compatível com as preferências e os desejos expressos do paciente.

REFERÊNCIAS

1. MERCADANTE, S. *et al*. Palliative sedation in patients with advanced cancer followed at home: a systematic review. **Journal of Pain and Symptom Management**, New York, v. 41, n. 4, p. 754-760, Apr. 2011. DOI 10.1016/j.jpainsymman.2010.07.013.
2. SANTOS, A.; RODRIGUES, L. F. **Manual de terapia de sedação paliativa**. São Paulo: Lemar, 2020.
3. CHERNY, N. I.; PORTENOY, R. K. Sedation in the management of refractory symptoms: Guidelines for evaluation and treatment. **Journal of Palliative Care**, Thousand Oaks, v. 10, n. 2, p. 31-38, 1994. DOI 10.1177/08258597940100020.
4. PIEDADE, M.; CARDOSO, C. A.; PRIOLLI, D. Prevalência de sedação paliativa no Estado de São Paulo: uma demanda médica emergente. **Einstein (São Paulo)**, v. 18, eAO5395, 2020. DOI 10.31744/einstein_journal/2020AO5395.
5. SCHWARTZ, L. ; NOUVET, E. ; DE LAAT, S. ; et al. Aid when 'there is nothing left to offer': Experiences of palliative care and palliative care needs in humanitarian crises. **PLOS Global Public Health**, San Francsico, v. 3, n. 2, e0001306, Feb. 2023. DOI 10.1371/journal.pgph.0001306.
6. LEVY, M.; COHEN, S. Sedation for the relief of refractory symptoms in the imminently dying: a fine intentional line. **Seminars in Oncology**, Philadelphia, PA, v. 32, n. 2, p. 237-246, 2005. DOI 10.1053/j.seminoncol.2005.02.003.
7. IMAI, K. *et al*. the principles of revised clinical guidelines about palliative sedation therapy of the japanese society for palliative medicine. **Journal of Palliative Medicine**, Larchmont, v. 23, n. 9, p. 1184-1190, 2020. DOI 10.1089/jpm.2019.0626.
8. SURGE, S. *et al*. Review of european guidelines on palliative sedation: A Foundation for the Updating of the European Association for Palliative Care Framework. **Journal of Palliative Medicine**, Larchmont, v. 25, n. 11, p. 1721-1731, 2022. DOI 10.1089/jpm.2021.0646.
9. HEDMAN, C. *et al*. Sedation in specialized palliative care: a cross-sectional study. **PLoS One**, San Francisco, v. 17, n. 7, e0270483, July 2022. DOI 10.1371/journal.pone.0270483.

10. KUOSMANEN, L. *et al*. Patient participation in shared decision-making in palliative care - an integrative review. **Journal of Clinica Nursing**, Oxford, v. 30, n. 23-24, p. 3415-3428, Dec. 2021. DOI 10.1111/jocn.15866.

11. CHERNY, N. I.; RADBRUCH, L. Board of the European Association for Palliative Care. European Association for Palliative Care (EAPC) recommended framework for the use of sedation in palliative care. **Palliative Medicine**, London, v. 23, n. 7, p. 581-593, Oct. 2009. DOI 10.1177/0269216309107024.

12. MORITA, T. *et al*. Development of a clinical guideline for palliative sedation therapy using the Delphi method. **Journal of Palliative Medicine**, Larchmont, v. 8, n. 4, p. 716-729, Aug. 2005. DOI 10.1089/jpm.2005.8.716.

13. SCHILDMANN, E.; SCHILDMANN, J. Palliative sedation therapy: a systematic literature review and critical appraisal of available guidance on indication and decision making. **Journal of Palliative Medicine**, Larchmont, v. 17, p. 601-611, 2014. DOI 10.1089/jpm.2013.0511.

14. CHERNY, N. I. ESMO Clinical Practice Guidelines for the management of refractory symptoms at the end of life and the use of palliative sedation. **Annals of Oncology**, London, v. 25, p. iii143-iii152, Sep. 2014. Suppl. 3. DOI 10.1093/annonc/mdu238.

15. INTEGRAAL KANCERCENTRUM NEDERLAND. **Palliatieve sedatie**. Utrecht: KNL, 2023. Disponível em: https://palliaweb.nl/richtlijnen-palliatieve-zorg/richtlijn/palliatieve-sedatie. Acesso em: 26 jan. 2024.

16. ITALIAN SOCIETY FOR PALLIATIVE CARE. **Raccomandazioni della SICP sulla**: Sedazione Terminale/sedzione palliativa. [Milan]: Italian Society For Palliative Care, 2007. Disponível em: https://www.fondazioneluvi.org/wp-content/uploads/2017/01/Sedazione-Terminale-Sedazione-Palliativa.pdf. Acesso em: 12 jun. 2024.

17. BRUERA, E. *et al*. Parenteral hydration in patients with advanced cancer: a multicenter, double-blind, placebo-controlled randomized trial. **Journal of Clinical Oncology**, Alexandria, VA, v. 31, p. 111-118, 2013. DOI 10.1200/JCO.2012.44.6518.

18. AKDENIZ, M.; YARDIMCI, B.; KAVUKCU, E. Ethical considerations at the end-of-life care. **SAGE Open Medicine**, London, v. 9, Mar. 2021. DOI 10.1177/20503121211000918.

19. FERNANDES, M. C.; COELHO, J. C. Alimentar e nutrir: sentidos e significados em cuidados paliativos oncológicos. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 62, n. 3, p. 215-224, 2016. DOI 10.32635/2176-9745.RBC.2016v62n3.163.

20. MEIER, D. *et al*. A national survey of physician-assisted suicide and euthanasia in the United States. **The New England Journal of Medicine**, Boston, v. 338, n. 17, p. 1193-1201, Apr. 1998. DOI 10.1056/NEJM199804233381706.

21. CAMARTIN, C.; BJÖRKHEM-BERGMAN, L. Palliative sedation-the last resort in case of difficult symptom control: a narrative review and experiences from palliative care in Switzerland. **Life (Basel)**, v. 12, n. 2, 298, Feb. 2022. DOI 10.3390/life12020298.

22. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil). Terapia de sedação paliativa: aspectos técnicos e bioéticos. *In*: INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil). Últimos dias de vida. Rio de Janeiro: INCA, 2023. p. 169-186. (Cuidados paliativos na prática clínica, v. 2). Disponível em: https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//serie_cuidados_paliativos_volume_2_completo.pdf. Acesso em: 5 jan. 2024.

23. ROYAL DUTCH MEDICAL ASSOCIATION. **Guideline for palliative sedation**. Utrecht: KNMG, 2009. Disponível em: https://www.palliativedrugs.org/download/090916_KNMG_Guideline_for_Palliative_sedation_2009__2_%5B1%5D.pdf. Acesso em: 12 jun. 2024.

24. KOMPANJE, E.; VAN ZUYLEN, L.; VAN DER RIJT, K. Morphine is not a sedative and does not shorten life. **Archives of Internal Medicine**, [Chicago], v. 166, n. 18, p. 2047-2048, 2006. DOI 10.1001/archinte.166.18.2047-a.

25. MCLEVER, B.; WALSH, D.; NELSON, K. The use of chlorpromazine for symptom control in dying cancer patients. **Journal of Pain Symptom Management**, [New York], v. 9, n. 5, p. 341-345, July 1994. DOI 10.1016/0885-3924(94)90193-7.

26. DIETZ, I. *et al*. Evidence for the use of Levomepromazine for symptom control in the palliative care setting: a systematic review. **BMC Palliative Care**, London, v. 12, n. 2, 2013. DOI 10.1186/1472-684X-12-2.

27. BASCOM, P.; BORDLEY, J.; LAWTON, A. High-dose neuroleptics and neuroleptic rotation for agitated delirium near the end of life. **The American Journal of Hospice & Palliative Care**, [Thousand Oaks], v. 31, n. 8, p. 808-811, Dec. 2014. DOI 10.1177/1049909113507124.

28. BODNAR, J. A Review of agents for palliative sedation/continuous deep sedation: pharmacology and practical applications. **Journal of Pain & Palliative Care Pharmacotherapy**, London, v. 31, n. 1, p. 16-37, Mar. 2017. DOI 10.1080/15360288.2017.1279502.

29. BELLER, E. *et al*. Palliative pharmacological sedation for terminally ill adults. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, Chichester, v. 1, n. 1, CD010206, Jan. 2015. DOI 10.1002/14651858.

30. THOMAS, B.; LO, W.; NANGATI, Z. Dexmedetomidine for hyperactive delirium at the end of life: an open-label single arm pilot study with dose escalation in adult patients admitted to an inpatient palliative care unit. **Palliative Medicine**, London, v. 35, n. 4, p. 729-737, Apr. 2021. DOI 10.1177/0269216321994440.

31. GAERTNER, J.; FUSI-SCHMIDHAUSER, T. Dexmedetomidine: a magic bullet on its way into palliative care-a narrative review and practice recommendations. **Annals of Palliative Medicine**, Hong Kong, v. 11, n. 4, p. 1491-1504, Apr. 2022. DOI 10.21037/apm-21-1989.

32. SURGES, S. M. *et al*. Review of European Guidelines on Palliative Sedation: a foundation for the updating of the European Association for Palliative Care Framework. **Journal of Palliative Medicine**, Larchmont, v. 25, n. 11, p. 1721-1731, Nov. 2022. DOI 10.1089/jpm.2021.0646.

33. BUSH, S. H. *et al*. The Richmond Agitation-Sedation Scale modified for palliative care inpatients (RASS-PAL): a pilot study exploring validity and feasibility in clinical practice. **BMC Palliative Care**, London, v. 13, n. 1, 17, 2014.

34. CAMPBELL, M. L.; TEMPLIN, T.; WALCH, J. A respiratory distress observation scale for patients unable to self-report dyspnea. **Journal of Palliative Medicine**, Larchmont, v. 13, n. 3, p. 285-290, Mar. 2010. DOI 10.1089/jpm.2009.0229.

35. CAMPBELL, M. L.; TEMPLIN, T. N. Intensity cut-points for the respiratory distress observation scale. **Palliative Medicine**, London, v. 29, n. 5, p. 436-442, May 2015. DOI 10.1177/0269216314564238.

PARTE IV

EMERGÊNCIAS EM CUIDADOS PALIATIVOS

CAPÍTULO 30: OBSTRUÇÃO INTESTINAL MALIGNA

INTRODUÇÃO

A obstrução intestinal maligna (OIM) é uma complicação frequente nos pacientes com cânceres avançados do abdômen e pelve[1], particularmente naqueles de origem ginecológica ou colorretal[2]. Consiste na interrupção parcial (incompleta, suboclusão) ou completa do movimento do conteúdo gastrointestinal, ocorrendo de forma aguda ou crônica, em sítio único ou em múltiplos locais. Apesar de alguns autores limitarem a definição de OIM para as obstruções que ocorrem abaixo do ligamento de Treitz[3], utilizado para definir o limite entre os tratos digestivos alto e proximal e baixo e distal, será considerada, neste capítulo, a obstrução, a qualquer nível, distalmente a partir do estômago[1,2,4], sendo o intestino delgado mais frequentemente acometido do que o cólon (61% e 33%, respectivamente) e estando ambos envolvidos em mais de 20% dos pacientes com OIM[2].

A OIM ocorre em cerca de 3% dos pacientes com câncer avançado em cuidados paliativos, sendo mais prevalente no câncer de origem intraperitoneal (abdominal ou pélvico), destacando-se o de ovário (de 5% a 50%)[3,4] e o colorretal (de 4% a 28%)[3,4], além de outros menos frequentes, como os de estômago, vesícula, pâncreas, endométrio, bexiga e próstata[5]. Já o melanoma, o câncer de pulmão e o de mama podem causar OIM secundária à metástase[2].

A OIM pode ser causada pelo próprio tumor primário (65%), por um novo tumor primário (10%) ou ter origens não malignas (25%) relacionadas ou não ao tratamento oncológico, por exemplo, nos casos de aderências pós-cirúrgicas, hérnias, enterite actínia, íleo adinâmico, trombose mesentérica, uso de drogas constipantes[3,5].

Diferentes mecanismos estão envolvidos no surgimento da OIM, como obstrução mecânica extrínseca (compressão da luz intestinal por massa tumoral intraperitoneal, aderências, fibrose pós-radioterapia), obstrução intraluminal (tumores polipoides obstruindo a luz intestinal), obstrução intramural por infiltração tumoral da parede gastrointestinal (linite plástica), obstrução funcional, quando ocorre uma desordem na motilidade intestinal secundária ao íleo adinâmico (metabólico, infecção intraperitoneal), uso de drogas constipantes (opioides, anticolinérgicos), compressão tumoral sobre plexos neurais autônomos (infiltração tumoral mesentérica, plexo celíaco) ou neuropatia paraneoplásica (câncer de pulmão)[3].

O objetivo deste capítulo é descrever a abordagem diagnóstica e os manejos farmacológico e não farmacológico da OIM. Serão precedidos por uma breve descrição da fisiopatologia com intuito de auxiliar na compreensão dos tópicos subsequentes.

FISIOPATOLOGIA

Na fisiopatologia da OIM, a oclusão intestinal impede, de forma parcial ou completa, a propulsão distal do seu conteúdo, ocasionando acúmulo de secreções digestivas, resíduos alimentares e aumento da flora bacteriana. Ocorre então distensão proximal e aumento das contrações intestinais (peristalse) na fase inicial, que persiste mesmo que ineficiente e, por vezes, desordenada, promovendo assim mais distensão intestinal e estimulando a secreção de fluido intestinal (água e eletrólitos)[1,2].

É criado portanto, um ciclo vicioso de distensão-secreção-contração e consequente aumento da pressão intraluminal, responsável por gerar danos ao epitélio intestinal, com diminuição da drenagem venosa da parede intestinal, hipóxia tecidual e consequente resposta inflamatória envolvendo a produção de prostaglandinas e polipeptídios intestinas vasoativos, responsáveis pelo surgimento de vasodilatação esplâncnica, hiperemia e edema da parede intestinal, com sequestro de fluidos (água e eletrólitos) para a luz intestinal[1,2].

Tudo isso contribui para o aumento da morbidade, com o surgimento de hipotensão, insuficiência renal, desordens metabólicas causadas pela desidratação e pela perda de eletrólitos e desordem no equilíbrio ácido-base, a depender do nível, do sítio e da duração da obstrução, ou sepse, frequentemente observado na fase final da OIM, ocasionada pela passagem de toxinas bacterianas da luz intestinal para a circulação sistêmica, pela translocação bacteriana ou como consequência da perfuração isquêmica da parede intestinal[1,2].

ABORDAGEM DIAGNÓSTICA

O diagnóstico da OIM normalmente é feito mediante sinais, sintomas e exames radiológicos. A obstrução pode progredir lentamente de parcial para completa, com sintomas intermitentes no início, aumentando ao longo do tempo, até se tornarem contínuos, sendo frequentemente difícil distinguir entre as duas formas[1]. Compreender a fisiopatologia da OIM favorece o diagnóstico do quadro.

Os sintomas mais frequentes são náuseas e vômitos, dor, constipação e distensão abdominal:

- Vômitos — presentes de 68% a 100% dos casos, costumam estar acompanhados de náuseas. Surgem precocemente e em grande volume nas obstruções gastrointestinais alta e proximal (estômago, duodeno e jejuno proximal). São tardios nas obstruções baixa e distal, podendo ser fecaloide na obstrução do íleo distal[1,2].
- Dor — pode ser contínua em 90% dos pacientes, relacionada ao tumor primário, à distensão abdominal ou à hepatomegalia, e/ou tipo cólica em 75% dos pacientes. A dor tipo cólica costuma ser mais intensa e frequente nas obstruções alta e proximal e ausente no íleo adinâmico[1,2].
- Constipação — aparece na fase mais avançada da OIM. Contudo, algumas vezes, surge diarreia paradoxal, com eliminação de fezes líquidas por transbordamento[1,2].
- Distensão abdominal — mais evidente nas obstruções baixa e distal (colorretal), podendo não estar presente se houver obstrução em múltiplos pontos ou sítios[1,2].

Anorexia e xerostomia também costumam estar presentes[1].

A radiografia simples do abdômen pode evidenciar distensão de alças, níveis hidroaéreos, presença de fezes no cólon e pneumoperitônio. A tomografia computadorizada do abdômen e da pelve, além de evidenciar sinais de obstrução, é útil na avaliação da extensão da doença oncológica, o que pode ser importante para a tomada de decisão terapêutica[1,2].

ABORDAGEM TERAPÊUTICA

O manejo da OIM envolve abordagens intervencionistas, farmacológicas e não farmacológicas, devendo ser conduzida por uma equipe interprofissional.

Intervencionista e farmacológica

A abordagem cirúrgica deve sempre ser considerada[5,6]. Entretanto, muitos pacientes não estão aptos a esses procedimentos por falta de condições clínicas. Entre os potenciais fatores de risco para indicação cirúrgica estão: ascite volumosa (mais de 2 l), carcinomatose peritoneal, KPS menor que ou igual a 30%, múltiplos sítios de obstrução, caquexia, hipoalbuminemia (menor que 2,5 g/dl), múltiplas cirurgias abdominais prévias, obstrução intestinal recorrente, massa intra-abdominal palpável, idade avançada (acima de 65 anos), expectativa de vida menor que dois meses, radioterapia abdominal ou

pélvica prévia, extensa metástase hepática (com falência funcional), metástases extra-abdominais (especialmente pulmonar), derrame pleural[6,7].

A utilização de endoprótese para correção de OIM pode ser útil no paciente sem condições clínicas para a cirurgia ou como medida temporária antes do procedimento cirúrgico definitivo. As endopróteses podem ser utilizadas tanto nas obstruções altas e proximais (gastroduodenais) quanto nas colorretais, sendo implantadas por procedimento endoscópico. São descritas taxas de controle de sintomas entre 64% e 100% das obstruções colorretais e em cerca de 70% nas obstruções altas e proximais. As contraindicações mais comuns são a presença de múltiplos sítios de obstrução (carcinomatose peritoneal), enquanto as complicações mais frequentes estão relacionadas a sangramento, deslocamento da endoprótese, reobstrução pelo tumor e perfuração[6].

Nos pacientes em que a abordagem intervencionista não é possível ou indicada, o controle dos sintomas relacionados à OIM é geralmente alcançado pelo manejo farmacológico, que consiste principalmente na utilização de drogas com ação antiemética, analgésica e antissecretória, geralmente associadas (Quadro 39), o que pode afastar a necessidade de sonda nasogástrica ou de infusão de fluidos por via parenteral. Considerando estar a via oral frequentemente comprometida na OIM, principalmente pelos vômitos, a via venosa pode ser utilizada, principalmente quando o paciente já possui um cateter venoso profundo, ou preferencialmente a via subcutânea, por apresentar menor desconforto ao paciente e ser de manipulação mais fácil por cuidadores ou familiares em domicílio[7,8].

Quadro 39 — Abordagem farmacológica na obstrução intestinal maligna

Fármacos	Classe	Função, dosagem e via
Morfina	Opioide	Controle da dor abdominal e redução da motilidade intestinal, com titulação de dose de acordo com a necessidade, SC ou intravenosa. Analgésico opioide de escolha
Omeprazol	Inibidor da bomba de prótons	Diminui a acidez gástrica, aliviando o refluxo e a esofagite secundária. 20-40 mg/dia, SC ou intravenosa. Uso visa controle de sintomas pépticos
Haloperidol+	Butirofenona, agente antagonista dopaminérgico central, neuroléptico típico	Antiemético de escolha nas obstruções completas. 1,5-15 mg/dia, SC, IM ou intravenosa. Em geral, tem resposta favorável com 2-3 mg/dia

continua

continuação

Clorpromazina+	Neuroléptico típico, fenotiazínico	Antiemético central. Efeito sedativo maior que haloperidol. 25-100 mg/dia, intravenosa ou IM*
Ondansetrona+	Antagonista do receptor 5-HT3 da serotonina	Antiemético. 8-24 mg/dia, SC ou intravenosa
Metoclopramida	Pró-cinético	Antiemético para quadros de obstrução funcional ou parcial, desde que não haja cólica. Não deve ser utilizada nos quadros de obstrução completa pelo risco de aumento da cólica e até de perfuração de alça. 30-120 mg/dia, SC ou intravenosa
Dexametasona	Corticosteroide	Antiemético (principalmente quando associado à antagonista da serotonina ou fenotiazinas), atua na redução dos edemas peritumoral e perineural, o que pode ajudar na redução da obstrução da luz intestinal, além de ação analgésica indireta, reduzindo a distensão intestinal e a inflamação. 8-16 mg/dia, SC ou intravenosa
Escopolamina	Anticolinérgico	Ação no controle da dor tipo cólica, náuseas e vômitos por meio da redução da motilidade e das secreções gastrointestinais. 40-120 mg/dia, SC ou intravenosa
Octreotide	Análogo sintético da somatostatina	Diminui o fluxo sanguíneo esplâncnico, inibe as secreções gastrointestinais e a mobilidade intestinal, além de aumentar a absorção de água e eletrólitos da luz intestinal. Atua no controle de dor, náuseas e vômitos. 0,2-0,9 mcg/dia, SC ou intravenosa
Ciclizina e **dimenidrinato**	Anti--histamínicos	Citados com frequência na literatura como antieméticos, porém não padronizados no HC IV. 100-150 mg/dia, SC ou retal para ciclizina; e 50-100 mg/dia, SC, IM ou intravenosa para dimenidrinato

Fonte: Ripamonti, Easson, Gerdes[1]; O'Connor, Creedon[2]; Laval *et al.*[4]; Krouse[7]; Berger, Lester, Rodrigues[8]; e Franke *et al.*[9]

Legenda: HC IV— Hospital do Câncer IV; IM — intramuscular; SC — subcutânea .

Nota: * Relato de uso por via SC em alguns serviços; + Atentar para indicação na presença de náuseas e não exclusivamente por vômitos pelo acúmulo de secreção.

Pacientes com OIM podem apresentar desidratação. Apesar de controversa, a hidratação artificial (intravenosa ou subcutânea), embora não propicie benefícios na sede e na xerostomia, pode prevenir quadros de agitação e *delirium*, além de diminuir náuseas nos pacientes tratados com cerca

de 1 mil ml de hidratação parenteral por dia inicialmente. Atenção deve ser dada ao risco de efeitos adversos, como o aumento das secreções intestinais, em geral volumes de 250 a 500 ml ao dia costumam ser suficiente nos dias subsequentes[2,3].

A utilização de sonda nasogástrica para esvaziamento do conteúdo gástrico e alívio dos sintomas pode ser necessária nos primeiros dias da OIM, até se obter efeito satisfatório com o tratamento farmacológico, sobretudo nas obstruções altas e proximais (gastroduodenais e jejunais). Entretanto seu uso prolongado não é recomendado por geralmente não ser bem tolerada pelo paciente, além de estar associada à diminuição da capacidade de tossir, interferindo na mobilização de secreções pulmonares e podendo levar à erosão da cartilagem nasal, à pneumonia por aspiração, à otite média, à esofagite e ao sangramento. Quando for preciso manter a sonda nasogástrica por período prolongado, deve ser considerada a realização de gastrostomia descompressiva por intervenção cirúrgica ou por métodos percutâneos[9].

Não farmacológica

Algumas intervenções são importantes, como: a promoção de medidas de higiene e um ambiente calmo e acolhedor; a manutenção da cabeceira elevada pelo menos a 30º para reduzir risco de broncoaspiração; a realização de exame físico diário; o controle dos sinais vitais; a avaliação contínua de sintomas, efeitos adversos de medicamentos e capacidade de ingerir alimentos (dieta de conforto); assim como o fornecimento de informações aos pacientes e familiares quanto ao manuseio dos dispositivos, como sonda nasogástrica e gastrostomias[10,11].

Os pacientes com OIM apresentam frequentemente xerostomia pela desidratação e/ou pelo uso de medicamentos com efeito anticolinérgicos. Para amenizar esse sintoma, é necessária a realização de higienização oral, o uso de hidratantes para mucosa oral (saliva artificial), a ingestão de pequenos volumes de líquidos e sucos, ou a umidificação dos lábios com água ou gelo[11,12].

Nos primeiros dias da OIM, enquanto os sintomas não estão adequadamente controlados, pode ser mandatório manter o paciente em jejum absoluto. A estratégia nutricional para os casos de OIM possui como base a indicação de uma alimentação isenta ou pobre em resíduos. Esta conduta tem como fundamento reduzir o volume fecal, diminuindo a impactação das fezes no trato digestivo, e evitar sintomas como dor, vômitos e distensão abdominal[13]. A prescrição dietoterápica deverá ter como característica uma consistência líquida restrita, que sacie a sede, promova a hidratação dos tecidos

e a satisfação oral, repouse o trato digestivo e amenize a sintomatologia. Os alimentos recomendados, em volume geralmente reduzido, são: água, água de coco, infusões, caldos de legumes ou proteicos coados, sucos de frutas coados, gelatinas, picolés à base de frutas coadas e alimentos sem lactose[13].

A terapia nutricional parenteral pode ser indicada, em casos selecionados, para o paciente com impossibilidade total ou parcial do uso do trato gastrointestinal, como em OIM, vômitos incoercíveis ou presença de fístulas intestinais. Entretanto, não é uma via de escolha para pacientes com expectativa de vida menor que três meses e com baixa capacidade funcional. As potenciais complicações advindas da terapia nutricional parenteral, o elevado custo financeiro e a necessidade de cuidados especiais para sua administração são aspectos que, na maioria das vezes, contraindicam sua prescrição e precisam ser ponderados pela equipe[14].

Por fim, faz-se necessária também a realização de avaliação social do paciente para elencar todas as informações e necessidades do sujeito social em suas esferas civis, econômicas e sociais. Tal abrangência é recomendada para avaliar se haverá condições dignas e humanizadas que garantam o cuidado diante dos sintomas expostos. Possibilitar o acesso à informação, o vínculo com os serviços públicos de assistência e consequentemente as condições materiais necessárias à efetivação do cuidado permite uma consciência de que esse cuidado é um direito a ser garantido[11,15].

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando ser a OIM mais prevalente na fase avançada da doença oncológica e estar relacionada a sintomas desagradáveis e a grande sofrimento, a abordagem interdisciplinar por meio de uma adequada avaliação das condições clínicas e expectativa de vida dos pacientes acometidos, buscando adotar a estratégia terapêutica mais apropriada de forma individual, diante dos possíveis riscos e benefícios, embasados por informações claras e honestas entre equipe, paciente e família e levando sempre em consideração suas crenças e desejos, pode proporcionar melhoria no controle dos sintomas e impactar de forma positiva a qualidade de vida desses pacientes.

REFERÊNCIAS

1. RIPAMONTI, C. I.; EASSON, A. M.; GERDES, H. Bowel obstruction. *In*: CHERNY, N. *et al.* (ed.) **Oxford textbook of palliative medicine**. 5th ed. New York: Oxford University Press, 2015. p. 919-929.

2. O'CONNOR, B.; CREEDON, B. Pharmacological treatment of bowel obstruction in cancer patients. **Extert Opinion on Pharmacotherapy**, [London], v. 12, n. 14, p. 2205-2214, Oct. 2011. DOI 10.1517/14656566.2011.597352.

3. YU, K. *et al*. Surgical and conservative management of malignant bowel obstruction: outcome and prognostic factors. **Cancer Management and Research**, [Auckland, NZ], v. 12, p. 7797-7803, Aug. 2020. DOI 10.2147/CMAR.S256219.

4. LAVAL, G. *et al*. Recommendations for bowel obstruction with peritoneal carcinomatosis. **Journal of Pain Symptom Management**, [New York], v. 48, n. 1, p. 75-91, July 2014. DOI 10.1016/j.jpainsymman.2013.08.022.

5. NORTHERN HEALTH. Advisory committee. **Palliative care program symptom guidelines**. 4th ed. Prince George: Northern Health, 2019.

6. DANIELE, A. *et al*. Palliative care in patients with ovarian cancer and bowel obstruction. **Support Care Cancer**, Berlin, v. 23, n. 11, p. 3157-3163, Nov. 2015. DOI 10.1007/s00520-015-2694-9.

7. KROUSE, R. S. Malignant bowel obstruction. **Journal of Surgical Oncology**, Hoboken, NJ, v. 120, n. 1, p. 74-77, 2019. DOI 10.1002/jso.25451.

8. BERGER, J.; LESTER, P.; RODRIGUES, L. Medical therapy of malignant bowel obstruction with octreotide, dexamethasone, and metoclopramide. **The American Journal of Hospice & Palliative Care**, [Thousand Oaks], v. 33, n. 4, p. 407-410, May 2016. DOI 10.1177/1049909115569047.

9. FRANKE, A. J. *et al*. Management of malignant bowel obstruction associated with gi cancers. **Journal of Oncology Practice**, [Alexandria, VA], v. 13, n.7, p. 426-434, July 2017. DOI 10.1200/JOP.2017.022210.

10. CAMPBELL, M. L. **Cuidados paliativos em enfermagem**. Porto Alegre: McGraw Hill, 2011.

11. D'ALESSANDRO, M. P. S.; PIRES, C. T.; FORTE, D. (coord.). **Manual de cuidados paliativos**. São Paulo: Hospital Sírio Libanês; Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: https://cuidadospaliativos.org/uploads/2020/12/Manual-Cuidados-Paliativos.pdf. Acesso em: 19 jan. 2024.

12. INSTITUDO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA). **Consenso nacional de nutrição Oncológica**. 2. ed. rev. ampl. e atual. Rio de Janeiro: INCA, 2015.

13. CALIXTO-LIMA, L.; GONZALES, M.C. **Nutrição clínica no dia a dia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Rúbio, 2018.

14. DRUML, C. *et al*. ESPEN guideline on ethical aspects of artificial nutrition and hydration. **Clinical Nutrition**: official journal of the European Society of Parenteral and Enteral Nutrition, [Kidlington], v. 35, n. 3, p. 545-556, June 2016. DOI 10.1016/j.clnu.2016.02.006.

15. CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (Brasil). **Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde**. Brasília, DF: CFESS, 2011. (Trabalho e projeto profissional nas políticas sociais). Disponível em: http://www.cfess.org.br/arquivos/Cartilha_CFESS_Final_Grafica.pdf. Acesso em: 7 mar. 2021.

CAPÍTULO 31: SANGRAMENTO

INTRODUÇÃO

No contexto deste livro, sangramento é definido como qualquer escape de sangue dos vasos em virtude das causas relacionadas à doença oncológica avançada, podendo resultar em rápida redução do volume de sangue circulante[1]. Aproximadamente de 6% a 20% dos pacientes com doença avançada apresentam pelo menos um episódio durante o percurso da doença[2-4], sendo responsável por cerca de 6% dos casos de óbito[1].

As causas podem ser relacionadas ao próprio tumor, como angiogênese, invasão local, tamanho e localização do tumor, ao tratamento, como procedimentos cirúrgicos e radioterapia, e a fatores sistêmicos, como trombocitopenia, coagulação intravascular disseminada e coagulopatias. O sangramento apresenta maior risco em pacientes com idade maior do que 50 anos, com perda de 10% a 15% de peso corporal, em uso de medicamentos, como anti-inflamatórios não esteroidais e anticoagulantes, além dos com comorbidades comuns, como diabetes *mellitus*[2,4,5].

O objetivo deste capítulo é relatar a abordagem do sangramento em cuidados paliativos.

ABORDAGEM DIAGNÓSTICA

O sangramento pode ser classificado como perceptível, nos casos de hemoptise ou hematêmese, ou invisível, como hemorragia de SNC; contínuo ou intermitente; volumoso ou pequeno; e localizado ou disseminado.

Há ainda o sangramento prodrômico ou sentinela, caracterizado por pequeno sangramento que precede um episódio mais significativo, por exemplo, a presença de hemoptoicos antes da ocorrência de hemoptise maciça. A sua ocorrência pode representar um risco mais elevado inclusive para o sangramento catastrófico. Nesse cenário, a hemorragia resulta em perda de elevado volume sanguíneo em um curto período de tempo, geralmente levando a óbito em poucos minutos. A causa principal é a ruptura de artérias de médio a grande calibres, como carótida, e os pacientes que estão sob maior risco são aqueles que apresentam neoplasia de cabeça e pescoço.

A ocorrência de qualquer sangramento, independentemente do volume, pode ser considerada fator de risco para episódio futuro de evento hemorrágico

e um sinal de alarme para condutas preventivas[6]. Além disso, alguns exames, como tomografia computadorizada ou *Doppler*, podem expor vasos suscetíveis a sangramento. Em alguns casos, os pacientes podem não apresentar sinais e sintomas que predisponham a um sangramento importante, sendo assim, os profissionais de saúde devem estar atentos para essa ocorrência em todos os pacientes com fatores de risco[1].

Os principais fatores de risco são: trombocitopenia abaixo de 20 mil, tumores volumosos de cabeça e pescoço, neoplasia de pulmão com localização central, neoplasias hematológicas com pancitopenia grave (leucemias refratárias, síndromes mielodisplásicas), hepatopatias graves, metástases hepáticas, hepatocarcinomas, uso de anticoagulantes orais e radioterapia em altas doses[1-5].

ABORDAGEM TERAPÊUTICA

A abordagem terapêutica do sangramento deve ser instituída por equipe interprofissional, com os destaques a seguir.

Farmacológica

A abordagem individualizada deve ser considerada e pode ser embasada em vários fatores, como: causas subjacentes; possibilidade de reverter ou controlar a etiologia subjacente; relação risco-benefício do tratamento; sobrevida; metas de cuidado.

Quando o local do sangramento não é facilmente acessível para o uso de terapia local, utiliza-se o tratamento sistêmico. O ácido tranexâmico e o ácido aminocaproico são agentes antifibrinolíticos sintéticos que estabilizam o coágulo e inibem a fibrinólise, por meio da inibição da conversão do plasminogênio em plasmina. Alguns estudos destacam o uso desses agentes em sangramentos oriundos de doenças oncológicas. O ácido tranexâmico pode ser utilizado por via intravenosa ou via oral, já o ácido aminocaproico, por vias intravenosa, subcutânea e oral. As especificidades de cada um estão descritas abaixo no Quadro 40.

Quadro 40 — Terapia sistêmica no sangramento em pacientes com câncer avançado em cuidados paliativos

Posologia, efeitos e contraindicações	Ácido aminocaproico	Ácido tranexâmico
Posologia adultos	Ataque: 4-6 g intravenosa Máximo: 30 g/dia Manutenção: 1 g, 6/6h, vias intravenosa, SC, VO Manter por 7 dias após resolução	Ataque: 1,5 g, via intravenosa Máximo: 2 g, 6/6h Manutenção: 1 g, via intravenosa, 8/8h ou 15-25 mg/kg VO, 8/8h Manter por 7 dias após resolução
Posologia crianças	100-200 mg/kg/dia, via intravenosa ou VO, 3-4 vezes ao dia	10 mg/kg/dose, via intravenosa, VO, 2-3 vezes ao dia
Efeitos colaterais comuns	Sintomas GI	Sintomas GI – náuseas, vômitos, diarreia (25% dos pacientes)
Efeitos colaterais incomuns	Cefaleia, zumbido, hipotensão, congestão nasal e ocular	Tonteira, cefaleia e hipotensão
Ajuste renal	Recomendável	Indicado
Contraindicações absolutas	CIVD, TEV/TVP prévia	CIVD, TEV/TVP prévia
Contraindicações relativas	Hematúria, tromboflebite	Hematúria, tromboflebite

Fonte: Geist *et al.*[7].

Nota: CIVD — coagulação intravascular disseminada; GI — gastrointestinal; SC — subcutânea; TEV — tromboembolismo venoso; TVP — trombose venosa profunda; VO — via oral.

O uso de sedativos ou ansiolíticos, comumente o midazolam, objetiva reduzir o sofrimento do paciente[6] e induzir sedação rápida e deve ser considerado em caso de sangramento volumoso de difícil controle, como o sangramento catastrófico (Capítulo 29). É importante frisar que o uso desses medicamentos não visa a apressar a morte, mas a reduzir a angústia e a consciência até a sua ocorrência. Opioides são recomendados quando o paciente apresenta sintomas como dor e falta de ar[1].

Transfusões de sangue total ou de hemoderivados podem ser indicadas para pacientes hemodinamicamente instáveis e com sangramento ativo[2], porém não são indicadas em pacientes em cuidados de fim de vida em razão da ausência de benefício nesse cenário, em que a evolução é inexorável, somada ao potencial malefício a partir das reações transfusionais.

Não farmacológica

Quando o local do sangramento é acessível, pode ser aplicado curativo não aderente, tampões, agentes tópicos hemostáticos, como esponja cirúrgica hemostática ou curativo hemostático de alginato, para o devido controle[2,8]. É importante certificar-se de que o sangramento não seja por conta da aderência do curativo ou da limpeza vigorosa inadequada da ferida. Posteriormente, sendo possível, aplicar pressão direta no local e proteção da área de sangramento de traumas.

Pacientes hemodinamicamente estáveis para serem transportados ao setor de radioterapia podem se beneficiar da radioterapia anti-hemorrágica. Esse procedimento pode ser aplicado em um pequeno número de frações, sendo eficaz dentro de 24 a 48 horas após a aplicação da primeira dose[9].

Os procedimentos endoscópicos, como a broncoscopia, a esofagogastro--duodenoscopia, a cistoscopia e a colonoscopia, podem ser usados para identificar e tratar sangramentos oriundos de tumores por intermédio da visualização dos órgãos[2]. Geralmente, tumores menos avançados e sem sangramento difuso possuem um maior benefício com esse tratamento[10,11].

A embolização transcutânea pode ser usada com uma variedade de dispositivos mecânicos ou agentes esclerosantes[12]. Também existem relatos de sucesso com o uso de embolização arterial no tratamento de sangramento em câncer de cabeça e pescoço[13].

Um pequeno grupo de pacientes, considerados aptos, pode se beneficiar com a cirurgia. Esse procedimento é indicado quando houver falha nas medidas conservadoras. Em grande parte dos casos, a cirurgia consiste na ligadura de vasos maiores ou na remoção de tecido com sangramento[2].

Se o paciente apresentar uma hemorragia maciça e estiver claramente morrendo, o suporte e as intervenções não farmacológicas são mais importantes do que tentar administrar medicamentos, como sedativos. Geralmente, a perda da consciência ocorre rapidamente. Nesse caso, o profissional de saúde deve manter a calma, falar com o paciente, consolando-o e deixando-o em posição confortável. Acalmar a ansiedade associada a essa situação estressante é importante para o gerenciamento eficaz de hemorragia terminal em um

ambiente de hospital. Também se faz necessário aconselhar o cuidador a falar ou tocar no paciente para tranquilizá-los de que ele não está sozinho.

Roupas de cama e toalhas de cor escura devem ser utilizadas para reduzir o desgaste da visibilidade do sangramento. A visualização do sangue é traumática para aqueles que testemunham o evento.

Os cuidadores de pacientes com risco de sangramento importante devem ser informados e preparados para esse tipo de evento. No entanto, isso deve ser feito com sensibilidade, para não provocar muito medo. Todos os envolvidos com um paciente com sangramento (família, cuidadores e equipe) podem precisar de apoio.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A incidência e a prevalência dos sangramentos podem variar de acordo com a patologia de base, mas, de maneira geral, podem ser frequentes em pacientes em cuidados paliativos. A abordagem pelas equipes vai depender do prognóstico do paciente e de seus desejos e valores, com respeito à sua autonomia, objetivando um adequado controle de sintomas e o alívio do sofrimento, sem deixar de levar em consideração os riscos de cada decisão e procedimento.

REFERÊNCIAS

1. UBOGAGU, E.; HARRIS, D. G. Guideline for the management of terminal haemorrhage in palliative care patients with advanced cancer discharged home for end-of-life care. **BMJ Supportive & Palliative Care**, [London], v. 2, n. 4, p. 294-300, Dec. 2012. DOI10.1136/bmjspcare-2012-000253.
2. JOHNSTONE, C.; RICH, S. E. Bleeding in cancer patients and its treatment: a review. **Annals of Palliative Medicine**, [Hong Kong], v. 7, n. 2, p. 265-273, Apr. 2018. DOI 10.21037/apm.2017.11.01.
3. CARTONI, C. *et al*. Hemorrhagic complications in patients with advanced hematological malignancies followed at home: an Italian experience. **Leukemia & Lymphoma**, [Philadelphia], v. 50, n. 3, p. 387-391, Mar. 2009. DOI 10.1080/10428190802714024.
4. HARRIS, D. G. *et al*. The use of crisis medication in the management of terminal haemorrhage due to incurable cancer: a qualitative study. **Palliative Medicine**, London, v. 25, n. 7, p. 691-700, Oct. 2011. DOI 10.1177/0269216311401464.

5. HARRIS, D. G.; FLOWERS, S.; NOBLE, S. I. Nurses' views of the coping and support mechanisms experienced in managing terminal haemorrhage. **International Journal of Palliative Nursing**, [London], v. 17, n. 1, p. 7-13, Jan. 2011. DOI 10.12968/ijpn.2011.17.1.7.

6. HARRIS, D. G.; NOBLE, S. I. R. Management of terminal hemorrhage in patients with advanced cancer: a systematic literature review. **Journal of Pain and Symptom Management**, [New York], v. 38, n. 6, p. 913-927, Dec. 2009. DOI 10.1016/j.jpainsymman.2009.04.027.

7. GEIST, M. J. P. *et al*. Bleeding control in palliative care patients with the help of tranexamic acid. **Journal of Palliative Care**, [Thousand Oaks], v. 32, n. 2, p. 47-48, Apr. 2017. DOI 10.1177/0825859717731701.

8. HEALTHCARE IMPROVEMENT SCOTLAND. **Scottish palliative care guidelines**: bleeding. Ediburgh; Glasgow: NHS, 2019. Disponível em: https://www.palliativecareguidelines.scot.nhs.uk/media/71252/2019-bleeding.pdf. Acesso em: 8 mar. 2021.

9. HARTSELL, W. *et al*. Randomized trial of short- versus long-course radiotherapy for palliation of painful bone metastases. **Journal of the National Cancer Institute**, [Cary, NC], v. 97, n. 11, p. 798-804, June 2005. DOI 10.1093/jnci/dji139

10. LEBLANC, S. *et al*. Early experience with a novel hemostatic powder used to treat upper GI bleeding related to malignancies or after therapeutic interventions (with videos). **Gastrointestinal Endoscopy**, [St. Louis], v. 78, n. 1, p. 169-175, July 2013. DOI 10.1016/j.gie.2013.03.006.

11. CHEN, Y. I. *et al*. Use of the endoscopically applied hemostatic powder TC-325 in cancer-related upper GI hemorrhage: preliminary experience (with video). **Gastrointestinal Endoscopy**, [St. Louis], v. 75, n. 6, p. 1278-1281, June 2012. DOI 10.1019/j.jgie.2012.02.009.

12. DELGAL, A. *et al*. Outcome of transcatheter arterial embolization for bladder and prostate hemorrhage. **The Journal of Urology**, [Philadelphia], v. 183, n. 5, p. 1947-1953, May 2010. DOI 10.1016/j.juro.2010.01.003

13. BATES, M. C.; SHAMSHAM, F. M. Endovascular management of impending carotid rupture in a patient with advanced head and neck cancer. **Journal of Endovascular Therapy**: an official journal of the journal of the International Society of Endovascular Specialists, [Thousand Oaks], v. 10, n. 1, p. 54-57, Feb. 2003. DOI 10.1177/152660280301000112.

CAPÍTULO 32: SÍNDROME DA VEIA CAVA SUPERIOR

INTRODUÇÃO

A SVCS representa um conjunto de sinais, como dilatação das veias do pescoço, pletora facial, edema de membros superiores, cianose, e sintomas, como cefaleia, dispneia, tosse, ortopneia, disfagia, entre outros, decorrentes da obstrução do fluxo sanguíneo pela veia cava superior em direção ao átrio direito. A veia cava superior é vulnerável à obstrução por ter paredes finas que são facilmente compressíveis e estar localizada no mediastino, cercada de estruturas rígidas como esterno, traqueia, brônquio-fonte direito, aorta, linfonodos e artéria pulmonar direita[1,2].

A SVCS é considerada uma urgência oncológica grave, acometendo principalmente pacientes portadores de neoplasias malignas intratorácicas[3]. Sua causa mais frequente é o câncer broncogênico, correspondendo a 75% dos casos. De 3% a 5% dos pacientes com câncer de pulmão evoluem com a SVCS durante a progressão da doença[2]. Contudo, há outras causas menos comuns. As principais são[1]:

- Neoplasia pulmonar.
- Linfoma.
- Metástase de câncer de mama.
- Doenças malignas do mediastino.
- Tromboses relacionadas a cateteres.
- Bócio subesternal de grandes proporções.

Este capítulo tem por objetivo destacar o diagnóstico e o manejo da SVCS.

ABORDAGEM DIAGNÓSTICA

O diagnóstico da SVCS é baseado em um conjunto de sinais e sintomas resultantes da obstrução venosa central e de suas consequências (Quadro 41). Há ainda o edema cerebral que pode provocar cefaleia, confusão mental e até coma.

Quadro 41 — Principais sinais e sintomas da síndrome da veia cava superior

Sintomas	Dispneia (principal)
	Tosse
	Dor torácica
	Disfagia
Sinais	Formação de circulação colateral
	Pletora facial
	Edema de membros superiores
	Cianose
	Edema facial

Fonte: Cirino *et al.*[1].

Podem ser realizados os seguintes exames complementares:

- Tomografia computadorizada de tórax para identificação da etiologia da obstrução, do nível, da extensão, da presença de compressão extrínseca e da invasão. É o principal exame para o diagnóstico.
- Radiografia de tórax para verificação do alargamento do mediastino e de derrame pleural.
- Ecografia para identificação de trombose, podendo ser feita à beira do leito.
- Cavografia para identificação do local e da extensão da obstrução.
- Mediastinoscopia paraesternal para o diagnóstico histopatológico das massas mediastinais.

ABORDAGEM TERAPÊUTICA

O objetivo do tratamento é aliviar os sintomas e tratar a causa base, devendo ser instituído por uma equipe interdisciplinar. Portanto, dependerá da gravidade dos sintomas, da causa da obstrução, do tipo histológico e do estágio do tumor que está causando a obstrução[1].

Intervencionista e farmacológica

O tratamento com quimioterapia é indicado para pacientes com neoplasias quimiossensíveis, como o câncer de pulmão de pequenas células e o linfoma, quando possível. A radioterapia tem sua indicação para pacientes com SVCS por causa do câncer de pulmão não pequenas células e dos carcinomas

metastáticos. Entretanto, não deverá ser realizada antes do diagnóstico histológico, uma vez que essa poderá obscurecer a análise histológica.

A SVCS refratária ou recorrente, principalmente em pacientes que receberam quimioterapia ou radioterapia, pode exigir a colocação de endoprótese intravenosa para que se restabeleça o fluxo sanguíneo. Entretanto, antes da realização do procedimento, devem ser pesados os riscos em relação à condição clínica e ao prognóstico do paciente[4].

Terapia tromboembolítica pode ser usada quando há extensa trombose de veia cava superior. *Bypass* venoso cirúrgico raramente é necessário. Apesar de efetivo, é reservado para sintomas persistentes e intensos. As desvantagens da cirurgia incluem a morbidade e a mortalidade associadas ao procedimento.

Anticoagulantes são indicados se houver trombos (trombose venosa central). Recomenda-se enoxaparina sódica na dose de 1 mg por quilo, duas vezes ao dia para o tratamento, e uma vez ao dia para profilaxia.

Glicocorticoides podem aliviar os sintomas da SVCS em pacientes com neoplasias malignas. É útil na presença de comprometimento respiratório grave. Pode ser utilizada, por exemplo, a dexametasona na dose de 4 mg, de seis em seis horas. Já o uso de diuréticos pode proporcionar um alívio sintomático inicial, mas seu benefício ainda não seja nítido.

Não farmacológica

A abordagem não farmacológica deve ter como base medidas clínicas estabelecidas a partir dos sinais e sintomas típicos apresentados na SVCS, que incluem edema em região da cabeça, pescoço e membros superiores. A rede venosa aparece de forma mais visível nessas regiões, podendo os vasos estar mais distendidos e tortuosos em virtude da necessidade de fluxo colateral. A coloração da pele pode se apresentar mais escurecida por causa da estase venosa. Outros sintomas importantes são dispneia e tosse, além de disfagia, hemoptise, cefaleia, transtornos da visão e alteração do nível de consciência[5].

Um posicionamento adequado do paciente no leito pode contribuir com a minimização do sintoma de dispneia, como a elevação da cabeça em posição de *Fowler* (elevação da cabeceira) associada às pernas abaixadas e pés abaixo dos joelhos que proporcionam a diminuição do retorno venoso. A utilização de apoios com coxins de espuma ou almofadas tem a finalidade de elevar o tronco e a cintura escapular. Uma ligeira inclinação do tronco anteriormente com os membros superiores apoiados nas pernas ou em uma mesa tem o objetivo de dar apoio à musculatura respiratória[6,7].

Quando há hipoxemia, a suplementação de oxigênio pode ser uma alternativa válida para dar conforto ao paciente até que seja feito o diagnóstico e estabelecido o tratamento definitivo, porém estudos realizados demonstram que o oxigênio e o ar atmosférico têm resultados semelhantes quando não há hipoxemia, sendo assim, nesses casos, deve-se optar por um ventilador a uma distância de 15 a 30 cm da face do paciente, em que o fluxo de ar promoverá o seu esfriamento; abrir as janelas e manter o ambiente bem ventilado também são alternativas eficazes para o controle de dispneia no paciente paliativo. O resfriamento da face pelo uso do ventilador se dá pela modulação da percepção mediada pela estimulação do segundo e do terceiro ramos do nervo trigêmio[6,7].

Toda a abordagem deve abranger orientações ao paciente e à família acerca das medidas terapêuticas a serem abordadas, juntamente com a implementação de medidas de segurança física e de monitoração dos sinais e sintomas, objetivando o controle e o alívio dos sintomas. As medidas compreendem as seguintes intervenções[5]:

- Monitorar o surgimento dos principais sinais e sintomas.
- Observar a progressão de edema e sinais de distensão da rede venosa em face, pescoço, tórax e membros superiores; e observar a progressão de alterações na coloração da pele em região da face, extremidades e leito ungueal (palidez ou cianose).
- Controlar o volume hídrico administrado.
- Monitorar frequência respiratória.
- Suplementar oxigênio em caso de hipoxemia.
- Manter a posição de *Fowler* (elevação da cabeceira) em caso de dispneia.
- Avaliar alterações do estado neurológico, como confusão mental e letargia.
- Manter extremidades inferiores abaixo do nível do corpo.
- Aferir pressão arterial nos membros inferiores.
- Monitorar diminuição ou ausência de pulso periférico.
- Realizar punção venosa periférica somente nos membros inferiores.
- Orientar o paciente e a família quanto às possíveis alterações físicas durante o tratamento.
- Promover conforto e segurança ao paciente.
- Proporcionar um ambiente agradável, diminuindo a ansiedade do paciente e da família.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A SVCS é uma emergência oncológica que pode causar impacto negativo na qualidade de vida do paciente. Seu diagnóstico e especialmente sua abordagem são desafios para a equipe de saúde assistencial.

REFERÊNCIAS

1. CIRINO, L. M. I. *et al*. Tratamento da síndrome de veia cava superior. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, Brasília, DF, v. 31, n. 6, p. 540-550, 2005. DOI 10.1590/S1806-37132005000600013
2. CORDEIRO, S. Z. D. B.; CORDEIRO, P. D. B. Síndrome de veia cava superior. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, Brasília, DF, v. 28, n. 5, p. 288-293, set./out. 2002.
3. MURAD, A. M.; KATZ, A. **Oncologia**: bases clínicas do tratamento. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1996.
4. SAADI, R. P. *et al*. Síndrome de veia cava superior. **Acta Médica**, Porto Alegre, v. 39, n. 2, p. 436-444, 2018.
5. AYOUB, A. **Planejando o cuidar na enfermagem oncológica**. São Paulo: Lemar, 2000.
6. HENSON, L. A. *et al*. Palliative care and the management of common distressing symptoms in advanced cancer: pain, breathlessness, nausea and vomiting, and fatigue. **Journal of Clinical Oncology**, [Alexandria, VA], v. 38, n. 9, p. 905-914, Mar. 2020. DOI 10.1200/JCO.19.00470.
7. SEVERINO, R. Gestão da dispneia em cuidados paliativos: intervenções farmacológicas e não farmacológicas. **Revista Investigação em Enfermagem**, Coimbra, v. 31, n. 2, p. 9-23, Maio 2020.

CAPÍTULO 33: SÍNDROME DE COMPRESSÃO MEDULAR

INTRODUÇÃO

A SCM é causada pela invasão ou compressão do saco dural por doença neoplásica primária ou secundária, ou ainda fragmentos ósseos decorrentes de fratura patológica vertebral[1]. A presença de massa tumoral no espaço epidural gera compressão e obliteração do plexo venoso vertebral, causando edema vasogênico no conteúdo medular. Esse processo, se progressivo, pode gerar enfartamento local e danos irreversíveis à medula[2].

As neoplasias mais comumente associadas à SCM são pulmão, próstata, mieloma múltiplo, mama, linfomas, medula e rim[2,3]. Aproximadamente 60% dos casos envolvem o nível torácico, 25%, o nível lombossacro e 15% comprometem o nível cervical[2]. Envolvimento simultâneo de níveis são encontrados em de 20% a 35% dos casos[3].

No HC IV, a prevalência de SCM por metástase óssea, no ano de 2018, foi de 30,7%. Os tumores responsáveis por essa prevalência foram o câncer de mama (34,6%), câncer de pulmão (17,8%) e câncer de próstata (11,2%)[4].

Neste capítulo, serão descritas as abordagens diagnóstica e terapêutica nas fases aguda e crônica da SCM que visam a garantir o cuidado paliativo oncológico qualificado aos pacientes assistidos.

ABORDAGEM DIAGNÓSTICA

A SCM é uma emergência oncológica que requer rápido reconhecimento para pronto tratamento, com objetivo de maximizar a função neurológica do paciente, sua capacidade funcional e o controle local da doença neoplásica. Sintomas como dor nas costas e fraqueza de membros devem levar à suspeição de SCM em pacientes com câncer, assim como sensação de fraqueza nos membros, dores radiculares, dor ou parestesia em dermátomos representativos, e paresia, incontinência ou retenção urinária ou fecal[2].

Após anamnese e exame físico, a ressonância nuclear magnética de todo eixo vertebral, e não apenas do segmento suspeito, é o exame de imagem de escolha[2,3]. A tomografia computadorizada pode ser a opção quando a ressonância não estiver disponível[3].

ABORDAGEM TERAPÊUTICA

A abordagem terapêutica da SCM deve envolver a terapia farmacológica e a não farmacológica instituída por equipe interprofissional, com os destaques a seguir.

Farmacológica

O manejo farmacológico deve incluir analgesia adequada (Capítulo 19), prevenção de constipação (Capítulo 22) e tromboembolismo venoso (TEV). A corticoterapia tem como objetivo diminuir o edema vasogênico, reduzindo o dano neurológico e auxiliando na analgesia, tendo a dexametasona em 10 mg por via intravenosa como dose de ataque e mais 4 mg intravenosa a cada seis horas[1].

Caso haja comprometimento ósseo secundário, deve-se avaliar, segundo o prognóstico, a pertinência de infusão de ácido zoledrônico como medida antirreabsortiva e complementar no controle da dor óssea.

Não farmacológica

As opções de manejo não farmacológicas para SCM incluem a radioterapia externa com ou sem cirurgia. A radioterapia estereotáxica corporal permite a administração de altas doses de radiação em uma região localizada, gerando controle local de doença e da dor por longos períodos com menor dano no tecido saudável circunjacente[2]. Reserva-se a cirurgia para pacientes que tenham uma boa funcionalidade, com tumores radiorresistentes, de nível único de compressão medular ou instabilidade. Abordagens cirúrgicas variam desde procedimentos abertos convencionais até técnicas minimamente invasivas, como a endoscópica, cujos objetivos incluem ressecção tumoral, descompressão da medula e/ou estabilização do eixo. Para ser submetido à cirurgia, o paciente deve ter uma sobrevida estimada mínima de três meses[2].

Fase aguda (inicial)

Na SCM, além do diagnóstico precoce, a equipe assistencial deve estar atenta à origem da compressão, aos mecanismos de lesão, aos medicamentos em uso, além de aplicar corretamente as medidas e as intervenções adequadas para prevenção de complicações que impactam a qualidade de vida e a sobrevida do paciente[5].

Nessa fase, é fundamental compreender o contexto em que o paciente está inserido, considerando os aspectos sociais, econômicos e culturais que

influenciam no processo de saúde e doença, e a construção de um plano de cuidados individualizado. Identificar a rede primária de cuidados[6], além de conhecer as limitações e as potencialidades da família e dos cuidadores, é indispensável, especialmente pelas importantes perdas funcionais geradas pela SCM. E também é uma forma de assegurar o atendimento às necessidades básicas de cuidados do usuário e a manutenção da autonomia[7].

Todos os pacientes com SCM precisam de acompanhamento pelo fisioterapeuta. Esse profissional avaliará as funções respiratória, motora e neurológica do paciente. É necessário atentar-se para a história funcional prévia à SCM e o KPS (Capítulo 12) e averiguar a presença de outros sintomas passíveis de intervenção fisioterapêutica que interfiram na funcionalidade.

À beira do leito, deve-se avaliar a mobilização global, as transferências de postura, o padrão de marcha (após a verificação da estabilidade vertebral) e o risco de queda, além do estado funcional global, averiguando o uso de órteses e auxiliares de marcha (adaptações prévias, necessidade de troca ou nova adaptação). Essas avaliações são necessárias nas fases aguda e crônica da SCM[8].

Cuidados na fase aguda

Os principais cuidados que devem ser observados na fase aguda da SCM estão descritos a seguir.

O repouso absoluto deve ser observado até que seja avaliada a estabilidade vertebral e enquanto o tratamento definitivo é delimitado. Deve-se garantir repouso no leito, adequação e orientação postural, treino de mobilizações no leito e transferências de postura.

A segurança do paciente se dá com a promoção de um ambiente confortável e seguro, temperatura ambiente agradável, manutenção de grades do leito elevadas e campainha hospitalar próxima ao paciente para evitar possíveis quedas. O paciente, os familiares e toda a equipe multiprofissional responsável pelo cuidado devem ser informados sobre o risco de queda e uma sinalização visual para essa identificação deve ser fixada.

O controle da dor consiste na avaliação sistemática da dor, na adequação dos horários das medicações e no controle dos possíveis efeitos colaterais[8]. A eletroanalgesia (eletroestimulação nervosa transcutânea, eletroacupuntura, *laser e ledterapia*), a termoterapia (calor superficial e crioterapia), a acupuntura e a auriculoterapia são recursos utilizados no serviço.

Em relação ao uso de órteses, as estabilizadoras (coletes e colares) estão indicadas para os pacientes que evoluem com SCM por metástase óssea ou

nos casos em que o paciente não tenha controle de tronco; já nas SCM por tumores medulares ou em lesões extrínsecas, não há benefício comprovado para o seu uso. Os coletes e colares têm a função de diminuir as forças de tração, torção e cisalhamento, reduzindo o torque muscular sobre as vértebras e, consequentemente, a dor. Tais órteses devem ser adaptadas de forma profilática, com a intenção de minimizar o risco da ocorrência da SCM ou complicações quando a SCM já ocorreu. Para a adaptação dos dispositivos de estabilização, as órteses semirrígidas (pré-fabricadas) podem ser usadas, pela melhor adaptabilidade e melhor custo-benefício, uma vez que a flutuação constante do peso corporal faz com que haja a necessidade da sua troca. As órteses devem ser ajustadas ao paciente, pois alguns tumores impõem posicionamentos que não permitem a adaptação tal como elas vêm de fábrica e, por isso, devem ser ajustadas para que fiquem melhor moldadas ao paciente. Todas as condutas devem ser orientadas ao paciente e ao cuidador, pois a educação e o treinamento de ambos quanto ao manejo são determinantes para a garantia da continuidade do cuidado no domicílio.

Deve-se realizar o monitoramento das funções vesical e intestinal, pois, dependendo do nível e do comprometimento da lesão medular, o paciente pode apresentar retenção ou incontinência urinária. Na maioria dos casos, o cateterismo vesical pode ser necessário, e o paciente e o familiar devem ser orientados sobre o procedimento. A SCM está associada frequentemente à constipação. Embora, na maioria das lesões medulares, não seja possível a recuperação do controle intestinal, é indicado criar um programa de reeducação, que inclui dieta rica em fibras, aumento da ingestão de água, acompanhamento nutricional, massagens abdominais e estimulação dígito-retal realizadas preferencialmente no mesmo horário conforme o ciclo intestinal do paciente, que pode ser diário ou em dias alternados, fazendo com que o intestino funcione de forma regular, proporcionando mais conforto e segurança ao paciente[9,10].

É necessário que haja cuidados com a pele. Uma das complicações frequentes e debilitantes encontradas em pacientes com SCM é a lesão por pressão, que pode ser responsável por hospitalizações prolongadas e infecções[5]. A inspeção diária da pele, bem como a orientação ao paciente e ao seu familiar ou cuidador sobre medidas para prevenir e tratar essas lesões são essenciais para evitar complicações. A hidratação diária da pele também é importante, principalmente para os pacientes que são submetidos à radioterapia, devendo ser feita também durante o tratamento, após cada sessão.

São recomendados exercícios passivos e ativos assistidos. Os exercícios passivos são indicados para os pacientes plégicos com o objetivo de prevenir bloqueios, deformidades articulares e TEV. Os exercícios ativos assistidos são

recomendados para pacientes com força muscular graus de 1 a 3(-) e devem ser encorajados, uma vez que, nesses casos, quando o paciente é submetido à radioterapia ou à cirurgia, é esperado o incremento da força muscular. Os exercícios ativos são utilizados para graus de força muscular maiores do que 3. Todos os exercícios devem ser prescritos cautelosamente, considerando a estabilização adequada da compressão, respeitando o tempo da radioterapia, com prescrições mais simples para manutenção da força muscular. Exercícios com adição de pesos livres não devem ser realizados na fase aguda da SCM; nas fases posteriores, a prescrição deve ser cautelosa, avaliando os exames de imagem, o uso de bisfosfonados (para metástase óssea) e outros sintomas.

Em relação ao TEV, é importante atuar em sua profilaxia e detecção precoce, considerando que a imobilidade ou mobilidade reduzida é um dos fatores de risco para essa complicação. Deve-se avaliar, diariamente, a coloração da pele e a perfusão periférica, orientar familiares e cuidadores sobre exercícios de amplitude de movimento e elevação dos membros inferiores e ensinar àqueles que fazem uso de tromboprofiláticos[10].

No que diz respeito ao suporte emocional e ao enfrentamento das limitações, é fundamental identificar dificuldades nesse enfrentamento e potenciais distúrbios de humor e oferecer suporte emocional ao paciente e seus familiares.

Fase crônica (tardia)

Na fase crônica, os cuidados iniciados previamente devem ser mantidos e reavaliados periodicamente.

A equipe assistencial deve avaliar as questões relativas aos cuidados no domicílio: se haverá a necessidade de algum material que objetive maior conforto (cama hospitalar, por exemplo); e como se dará o deslocamento do usuário (domicílio e hospital), a inserção em algum programa de assistência domiciliar ou a possibilidade de seguir para outro espaço de cuidados. As orientações e os encaminhamentos relacionados aos benefícios e direitos sociais previstos ocupam um espaço singular nesse contexto. Na previdência social, destaca-se a possibilidade de majoração do benefício previdenciário em caso assistência permanente de terceiros ao segurado aposentado por incapacidade permanente. Outro fator importante é avaliar a indicação de ser constituída uma representação legal mediante procuração ou curatela.

Nessa fase da SCM, é importante ajustar os exercícios executados, adequando-os ao grau de força muscular do paciente e à presença de outros sintomas associados. As órteses também devem ser mantidas, uma vez

que a doença de base está em progressão. De forma geral, a intervenção fisioterapêutica baseia-se em três pilares: controle da dor, estabilização segmentar e reeducação funcional. Na fase aguda, a prioridade deve ser o controle da dor e a estabilização segmentar, e, tão logo seja possível, dependendo do tratamento clínico e das condições clínicas do paciente, iniciar o processo de reeducação funcional. Assim que a dor estiver controlada, incentiva-se a retomada da funcionalidade.

Os cuidados com a pele devem ser intensificados: inspeção e hidratação diária, correto posicionamento no leito, mudanças frequentes de decúbito conforme tolerância do paciente e orientações periódicas aos pacientes e cuidadores, a fim de evitar complicações relacionadas às lesões por pressão.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O manejo do paciente com SCM é desafiador, e o diagnóstico precoce é decisivo para evitar que o déficit neurológico seja permanente. Para isso, é imprescindível uma equipe interdisciplinar atenta aos primeiros sinais e sintomas dessa emergência oncológica e habilitada para tomar decisões com agilidade acerca do tratamento. O prognóstico e a expectativa de vida devem ser considerados para a tomada de decisão, bem como a inclusão do paciente e de seu familiar ou cuidador no processo de escolha do tratamento.

REFERÊNCIAS

1. SKEOCH, G. D. *et al*. Corticosteroid treatment for metastatic spinal cord compression: a review. **Global Spine Journal**, [London], v. 7, n. 3, p. 272-279, May 2017. DOI 10.1177/2192568217699189.
2. HUSAIN, Z. A. *et al*. Modern approaches to the management of metastatic epidural spinal cord compression. **CNS Oncology**, [London], v. 6, n. 3, p. 231-241, July 2017. DOI 10.2217/cns-2016-0044.
3. MOTA, J. M. S. C. Emergências oncológicas: síndrome de compressão medular na emergência. **Revista Qualidade HC**, Ribeirão Preto, 2018.
4. RESENDE, J. M. D. **Prevalência e fatores associados à ocorrência de fraturas patológicas e seu impacto na sobrevida global de pacientes com metástases ósseas**. 2022. Dissertação (Mestrado) – Programa de Saúde Coletiva e Controle do Câncer, Instituto Nacional de Câncer, Rio de Janeiro, 2022.
5. TROKE, R.; ANDREWES, T. Nursing considerations for supporting cancer patients with metastatic spinal cord compression: a literature

review. **British Journal of Nursing**, [London], v. 28, n. 17, p. S24-29, Sep. 2019. DOI 10.12968/bjon.2019.28.17.S24

6. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil). Avaliação da rede primária de cuidados paliativos: uma proposta de instrumento analítico. *In*: INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil). **A avaliação do paciente em cuidados paliativos**. Rio de Janeiro: INCA, 2022. p. 52-60. Disponível em: https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/completo_serie_cuidados_paliativos_volume_1.pdf. Acesso em: 18 jan. 2024.

7. ANDRADE, L. A prática profissional do serviço social mediante o perfil do paciente em cuidado paliativo. *In*: ANDRADE, L. (org.). **Cuidados paliativos e serviço social**: um exercício de coragem. Holambra, SP: Ed. Setembro, 2017. v. 2, p. 197-205.

8. HONG, S. *et al*. Bone metastasis and skeletal-related events in patients with solid cancer: a Korean nationwide health insurance database study. **PLoS One**, San Francisco, v. 15, n. 7, e0234927, July 2020. DOI 10.1371/journal.pone.0234927.

9. BOBB, B. Urgent syndromes at the end of life. *In*: FERRELL, B.; COYLE, N. (ed.). **Oxford textbook of palliative nursing**. 3rd ed. New York: Oxford University Press, 2010. p. 512-515.

10. SMELTZER, S. C.; BARE, B. C. **Brunner & Suddarth**: tratado de enfermagem médico-cirúrgico. 13. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2018.

CAPÍTULO 34: FRATURA PATOLÓGICA

INTRODUÇÃO

Fratura é a perda da continuidade óssea a qual pode ser completa ou não. Quando a arquitetura óssea está adoecida, fragilizada, mínimos vetores de força podem culminar numa solução de continuidade da superfície óssea. Essa fragilização pode ter como causa alterações osteometabólicas do tecido ou agressão neoplásica, gerando fraturas de natureza patológica. Fraturas patológicas podem ser iminentes ou consumadas. São denominadas iminentes quando, apesar de seriamente destruída, a estrutura segue alinhada, isto é, não há desvio dos segmentos ósseos. Nas fraturas patológicas consumadas, os fragmentos ósseos estão disposicionados. Em ossos longos, seu traço costumeiramente é transverso[1].

Para a compreensão dos sintomas e da fisiopatologia das fraturas patológicas associadas ao câncer, é importante que a metástase óssea seja compreendida. A metástase óssea é causa de grande morbidade e caracteriza-se por dor severa, prejuízo de mobilidade, fraturas patológicas, compressão medular ou da cauda equina, aplasia de medula óssea e hipercalcemia[1].

Na prática clínica, a preocupação com o paciente com metástase óssea advém das consequências dessas lesões, entre as quais podem ser destacadas a dor em repouso e ao movimento, a perda da funcionalidade, o comprometimento clínico global e a piora da qualidade de vida[2]. Tais condições se agravam quando essas lesões evoluem para fraturas patológicas que geram impactos desastrosos, soma de morbidades e redução da qualidade de vida[3]. O diagnóstico oportuno e o correto manejo é essencial para minimizar suas complicações e o risco de óbito.

Sendo assim, este capítulo tem como objetivo abordar o cuidado e o tratamento interdisciplinar da fratura patológica associada à doença oncológica, iminente ou consumada, precedida por uma breve descrição da metástase óssea.

METÁSTASE ÓSSEA E FRATURA PATOLÓGICA

O microambiente ósseo é um terreno fértil para a fixação e a multiplicação de células tumorais em razão do abundante suprimento vascular e da quimioatratividade fornecida por células estromais, osteoblastos, osteoclastos e osteócitos por meio da produção de numerosos fatores de crescimento e prostaglandinas[4].

Muito mais frequentes que os tumores primários do osso, as metástases ósseas respondem pelo terceiro sítio mais comum de comprometimento depois do pulmão e do fígado. Ocorrem em 95% dos pacientes com mieloma múltiplo, de 65% a 80% dos pacientes com câncer avançado de próstata ou mama, de 40% a 50% dos pacientes com câncer de pulmão, e menos de 10% daqueles com câncer gastrointestinal. Tumores de tireoide (65%), bexiga (40%) e rim (de 20% a 25%) também são etiologias frequentes de implantes ósseos secundários[4-6]. No câncer pediátrico, a metástase óssea é frequente no neuroblastoma, no osteossarcoma e no sarcoma de Ewing[4].

A metástase óssea compromete principalmente a medula óssea vermelha, encontrada no esqueleto central, como pelve, esterno, crânio, costelas, vértebras e escápulas, e em extensão variável nas extremidades proximais de ossos longos, como o fêmur e o úmero. Mais de 80% dos pacientes apresentam comprometimento metastático do esqueleto axial: 70% em coluna torácica, 20% em coluna lombossacra e 10% em coluna cervical[4].

Em razão do seu microambiente fértil, o osso também atua como um reservatório para células cancerígenas em quiescência, dormentes, o que explica o surgimento de metástases após um longo período, por vezes décadas, sendo esse um mecanismo ainda não elucidado[4]. O tecido ósseo é um órgão dinâmico que está em constante remodelação, com os processos de formação e reabsorção óssea ocorrendo em simultâneo por meio dos osteoblastos e osteoclastos, respectivamente. A isso se dá o nome de homeostase óssea. Em um osso saudável, a interação entre osteoblastos e osteoclastos é equilibrada, não havendo preponderância de nenhum dos processos acima citados. No entanto, quando células cancerígenas invadem o tecido ósseo, o equilíbrio da remodelação óssea é interrompido, gerando comprometimento da integridade estrutural do osso[1].

As lesões geradas nessa estrutura são classificadas em[1]:

- Osteolíticas, quando as células tumorais promovem a reabsorção óssea.
- Osteoblásticas, quando a colônia maligna gera formação óssea com arquitetura anômala.

Ambas atividades estão presentes no processo de metástase óssea, que pode ser entendido, quanto à sua agressão, como um espectro que varia de puramente lítico, passando por vários graus de aspecto misto até características estritamente blásticas. As lesões líticas fragilizam mais a estrutura, sendo mais propensas à fratura patológica[1].

Um dos primeiros sintomas de metástase no osso é a dor, que, na maioria das vezes, é de difícil localização, pior à noite e incidental, estando presente em 68% dos casos[1].

Esse sintoma não deve ser negligenciado, pois geralmente sinaliza fragilização do arcabouço ósseo, cujo processo, se não abordado, pode culminar em falência da estrutura e fratura patológica.

Diversos fatores ditam o tratamento da metástase óssea: se a doença é localizada ou disseminada, o tipo de tumor primário e suas características, qual o tratamento oncológico específico e seu grau de resposta, além dos sintomas apresentados pelo paciente e seu estado geral de saúde. Fica claro, portanto, que o tratamento da metástase óssea é interdisciplinar e que prognosticar é de suma importância, pois adequa o tipo de tratamento ao caso clínico em abordagem[1].

A desmineralização óssea induzida pela neoplasia está estritamente relacionada à hipercalcemia e, ocasionalmente, evolui com fratura patológica. A hipercalcemia associada à malignidade é descrita em de 20% a 30% dos pacientes com câncer em alguma etapa da doença, podendo evoluir com insuficiência renal, alteração mental progressiva, coma e morte, sendo que as alterações na função renal e no trato gastrointestinal corroboram para a desidratação e agravam o quadro[7].

ABORDAGEM DIAGNÓSTICA

Conforme dito, a suspeição clínica de comprometimento da estrutura óssea deve-se à identificação e à valorização da dor durante a anamnese do paciente. Esse é o primeiro sintoma que prenuncia fratura patológica em um osso. Diante dessa premissa, faz-se necessário retirar protetivamente a carga sobre o osso e estudar o segmento com métodos de imagem: radiografia simples, tomografia computadorizada e/ou ressonância nuclear magnética[6].

A cintilografia óssea é utilizada como varredura do esqueleto em busca de outros sítios de metástase óssea, podendo ser usada como estudo comparativo para avaliar a progressão de doença óssea.

Estão descritos na literatura[7-9] diversos instrumentos que objetivam quantificar a probabilidade de falência na estrutura de um osso com implante secundário. Essa é uma avaliação mais específica, sendo necessário apoio da ortopedia oncológica e da radiologia. No HC IV, utilizam-se a escala de Mirels e o *Spinal Instability Neoplastic Score* (Sins) para acometimentos de eixo vertebral. Utiliza-se a classificação de Mirels para avaliar metástase em ossos longos, tendo como critérios dor, localização, tamanho e tipo de lesão à radiografia[8]. Trata-se de instrumentos mais simples e acessíveis que avaliam a probabilidade de a fratura iminente estudada consumar-se[8].

Cabe ao médico paliativista valorizar a queixa álgica, avaliá-la semiologicamente e identificar o processo metastático por meio de estudos de imagem a fim de identificar lesões para posteriormente quantificar a probabilidade de fratura.

ABORDAGEM TERAPÊUTICA

A fratura patológica consumada representa um grande desafio quando não se pode lançar mão de tratamento cirúrgico, portanto a abordagem interdisciplinar pronta e coesa deve ser instituída com o objetivo de otimizar função, confortar e reabilitar quando possível. É importante que esses pacientes recebam uma abordagem terapêutica multidisciplinar, pois essa auxilia no aumento da sobrevida e na melhora da qualidade de vida[9].

Intervencionista e farmacológica

O tratamento pode ser profilático, conservador ou cirúrgico, sempre considerando o local da fratura, os fatores diagnósticos e prognósticos, bem como a reserva neurofuncional do paciente. Podem ser utilizadas radioterapia, quimioterapia, cirurgia, auxílio ortopédico, analgésicos etc. Quando as lesões primárias são benignas, o tratamento consiste em curetagem e enxertia da lesão, fixação e estabilização da fratura, e reabilitação posterior. No caso das raras lesões primárias malignas, o tratamento é radical. Indica-se tratamento cirúrgico em condições clínicas favoráveis para o paciente, objetivando reduzir a dor e melhorar a sua qualidade de vida. Por ocasião da indicação cirúrgica, essa deve passar pelo crivo da avaliação prognóstica do paciente em cuidados paliativos (Capítulo 13)[8].

Vale lembrar que, mesmo conservador, o tratamento deve ser ponderado sob a luz da avaliação prognóstica, a fim de evitar intervenções potencialmente inapropriadas e custos hospitalares desnecessários. O tratamento profilático sempre deve ser a prioridade

Radioterapia externa deve ser considerada, geralmente 8 Gy em dose única, que auxilia também no controle de dor. É interessante e útil o uso de bisfosfonatos, como a ácido zoledrônico, que agem bloqueando a reabsorção óssea, auxiliando a recalcificação e prevenindo a ocorrência de fraturas patológicas[10]. A dose usual é 4 mg, com intervalo trimestral. A prevenção de TVP deve ser uma preocupação, especialmente na fase aguda.

Não farmacológica

Em se tratando de fraturas patológicas, as medidas de conforto devem estar protocoladas, e a equipe multiprofissional, apta a reconhecer os sinais de desconforto e dor que o paciente possa manifestar. A melhora da qualidade de vida do paciente também depende da qualidade da assistência prestada.

No HC IV, o paciente é avaliado pela área de fisioterapia que, juntamente com a ortopedia oncológica, define a melhor abordagem levando em conta o prognóstico, o *status* funcional prévio à fratura, o volume de doença óssea e extraóssea e a condição clínica do paciente naquele momento[11]. O ideal é que esses pacientes sejam avaliados e acompanhados pela fisioterapia precocemente. A avaliação inicial envolve a investigação do mecanismo de lesão que possivelmente levou à fratura, o histórico funcional do paciente, a averiguação de todos os ossos acometidos pela metástase, os tratamentos prévios realizados para a metástase óssea, o posicionamento em que se encontra o segmento fraturado e os outros sintomas presentes que possam interferir na funcionalidade.

Fase aguda

Deve-se preconizar o repouso e o posicionamento no leito até que seja avaliado pela ortopedia e pela fisioterapia. Na fase inicial (aguda), em geral, são indicados exercícios respiratórios, visando à prevenção de complicações relacionadas ao repouso prolongado. Os exercícios motores ativos ou ativo-assistidos, a depender do grau de força muscular identificado, devem ser instituídos nos membros não fraturados, observando-se os devidos cuidados caso esses membros também sejam acometidos por doença óssea. Orientar o cuidador sobre a mobilização correta do paciente no leito é importante para evitar o mau posicionamento do membro e consequentes desvios na fratura e agravamento da dor[12]. Após a avaliação conjunta e a definição da melhor órtese para a estabilização, e a depender do controle de dor, a necessidade de repouso vai diminuindo com o tempo. Além desses, a avaliação da função respiratória é necessária, visando a identificar alterações pulmonares que possam piorar por conta do tempo de repouso necessário para o controle da dor e a estabilização da fratura. Avaliar a força, a massa muscular e a motricidade global dos segmentos não fraturados é importante para identificar alterações que possam impactar na reabilitação posterior.

As órteses devem ser adaptadas, pois a estabilização segmentar é um dos pilares da intervenção fisioterapêutica. Quando a fratura acontece na coluna vertebral, há necessidade de estabilizar as órteses. As semirrígidas

são uma opção por serem mais confortáveis e melhor ajustáveis às variações na dimensão corporal, frequentes nos pacientes com câncer avançado. Essa variação corporal, em caso de órteses pouco ajustáveis, demandaria trocas constantes. Para os membros, as órteses são definidas de acordo com o osso acometido e de acordo com o caráter da adaptação, ou seja, se para a profilaxia ou para o tratamento da fratura patológica. Há uma grande lacuna na literatura sobre o real efeito das órteses na prevenção de eventos esqueléticos nos pacientes com metástases ósseas[12-14]. A adaptação das órteses e o correto alinhamento da fratura são importantes para o controle da dor.

Como cuidados adjuvantes, recomendam-se o controle da dor, o monitoramento das funções intestinais e vesicais (imobilidade é prejudicial), a prevenção de TVP e os cuidados com a pele.

Fase crônica

Na fase crônica, os cuidados devem ser intensificados e reavaliados periodicamente. A equipe multidisciplinar deve estar atenta aos cuidados que serão realizados também no lar. Equipamentos e materiais necessários devem ser vistos e revistos para que o paciente tenha o maior conforto em domicílio e ao lado dos seus entes queridos. A integralidade com a Atenção Básica e o suporte domiciliar serão fundamentais para que o paciente e os familiares tenham continuidade da assistência básica atrelada com a atenção oncológica.

Os cuidados para prevenção de quedas, prevenção de lesões relacionadas ao uso de coletes, órteses, controle da dor, avaliação da circulação periférica e acolhimento são importantes ao longo do tempo[15].

Assim que liberado pela ortopedia, tão logo haja o controle da dor, deve ser iniciado o trabalho de reeducação, favorecendo o cuidado em domicílio. Toda e qualquer conduta e orientação devem levar em consideração o controle da dor e a estabilidade do segmento para, então, progredir paulatinamente com os exercícios e a funcionalidade.

A funcionalidade deve ser iniciada evoluindo as transferências de posturas dentro do limite da dor. Caso o paciente possa deambular, os auxiliares de marcha são um recurso que têm por objetivo reduzir a descarga de peso em membros inferiores e cintura pélvica, com consequente alívio da dor e melhora do padrão de marcha, entretanto, ao indicar qualquer auxiliar de marcha, deve-se estar atento às condições do acetábulo e do fêmur que vão receber a carga e aos membros superiores, avaliando se estão afetados por doença e em que grau para definir o melhor auxiliar ou até mesmo contraindicar a marcha[16].

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Sendo os objetivos maiores dos cuidados paliativos o controle de sintomas e a melhora da qualidade de vida, uma equipe interdisciplinar integrada e disposta a atender o paciente em suas necessidades é garantia de uma assistência segura e efetiva. Para isso, o entendimento da história natural da evolução da doença óssea oncológica, o diagnóstico oportuno e o manejo correto do paciente fraturado são determinantes no processo de reabilitação do paciente, visando ao alcance de tais objetivos.

REFERÊNCIAS

1. PINTO, C. S.; PROBSTNER, D. Abordagem da doença metastática. *In*: CASTILHO, R. K.; SILVA, V. C. S.; PINTO, C. S. **Manual de cuidados paliativos**. 3. ed. Rio de Janeiro: Academia Nacional de Cuidados Paliativos: Atheneu, 2021. p. 407-410.
2. BAEK, Y. H. *et al*. Incidence of skeletal-related events in patients with breast or prostate cancer-induced bone metastasis or multiple myeloma: a 12-year longitudinal nationwide healthcare database study. **Cancer Epidemiology**, Amsterdam, v. 61, p. 104-110, Aug. 2019. DOI 10.1016/j.canep.2019.05.013.
3. SILVA, G. T.; BERGMANN, A.; THULER, L. C. S. Skeletal related events in patients with bone metastasis arising from non-small cell lung cancer. **Support Care Cancer**, Berlin, v. 24, n. 2, p. 731-736, Feb. 2016.
4. BAN, J. *et al*. Mechanisms, diagnosis and treatment of bone metastases. **Cells**, Basel, v. 10, 2944, Nov. 2021. DOI 10.3390/cells10112944.
5. HONG, S. *et al*. Bone metastasis and skeletal-related events in patients with solid cancer: a Korean nationwide health insurance database study. **PLoS One**, San Francisco, v. 15, n. 7, July 2020.
6. TSUKAMOTO, S. *et al*. Current overview of treatment for metastatic bone disease. **Current Oncology**, Basel, v. 28, n. 5, p. 3347-3372, Aug. 2019. DOI 10.3390/curroncol28050290.
7. OLIVEIRA, I. de F.; CASTRO, M. D. de; FONSECA LUCINDA, L. M. Fratura patológica enquanto manifestação clínica inicial de mieloma múltiplo. **Revista de Ciências da Saúde Básica e Aplicada**, Barbacena, v. 5, n. 1, p. 16-21, abr. 2022.
8. CARVALHO, *et al.* Abordagem de fraturas por metástase óssea em paciente oncológico. *In*: CONGRESSO ONLINE BRASILEIRO DE MEDICINA, 2., 2022, [*s. l.*]. **Anais** [...]. [*S. l.*]: IPEMED, 2022.

9. KIMURA, T. Multidisciplinary approach for bone metastasis: a review. **Cancers (Basel)**, v. 10, n. 6, May 2018. DOI 10.3390/cancers10060156.

10. RIGUEIRO, I. D.; GRECCO, B. A.; NOVAES, P. E. R. dos S. Radioterapia no tratamento de metástases ósseas do câncer de mama. **Revista Higei@**, Santos, SP, v. 2, n. 3, 2018.

11. RESENDE, J. M. D. **Prevalência e fatores associados à ocorrência de fraturas patológicas e seu impacto na sobrevida global de pacientes com metástases ósseas**. 2022. Dissertação (Mestrado) –Programa de Saúde Coletiva e Controle do Câncer, Instituto Nacional de Câncer, Rio de Janeiro, 2022.

12. BUNTING, R. W.; SHEA, B. Bone metastasis and rehabilitation. **Cancer**, Hoboken, NJ, v. 92, p. 1020-1028, Aug. 2001. Suppl. 4. DOI 10.1002/1097-0142(20010815)92:4+<1020::aid-cncr1415>3.0.co;2-i.

13. CAMACHO, A.; JEREZ, S. Bone metastasis treatment modeling via optimal control. **Journal of Mathematical Biology**, Germany, v. 78, n. 1-2, p. 497-526, 2019. DOI 10.1007/s00285-018-1281-3.

14. RIEF, H. *et al*. The influence of orthopedic corsets on the incidence of pathological fractures in patients with spinal bone metastases after radiotherapy. **BMC Cancer**, London, v. 15, 2015. DOI 10.1186/s12885-015-1797-5.

15. MONTAGNINI, M.; JAVIER, N. M.; MITCHINSON, A. The role of rehabilitation in patients receiving hospice and palliative care. **Rehabilitation Oncology**, [*s. l.*], v. 38, n. 1, p. 9-21, Jan. 2020. DOI 10.1097/01.REO.0000000000000196.

16. SCHENCKEL, L.; ZANCAN, M. Cuidados paliativos em pacientes oncológicos: uma abordagem fisioterapêutica. **Anais de Saúde Coletiva**, [*s. l.*], v. 1, n. 1, p. 16-18, 2021.

CAPÍTULO 35: HIPERCALCEMIA MALIGNA

INTRODUÇÃO

A hipercalcemia maligna é uma alteração nos níveis séricos do íon cálcio (Ca^{++}) que pode ocorrer em até 30% dos pacientes com câncer. É mais frequente em neoplasias sólidas, principalmente em tumores de pulmão, próstata, mama e rim. Em relação aos tumores hematológicos, é muito comum no mieloma múltiplo[1].

A hipercalcemia maligna é o distúrbio hidroeletrolítico mais relacionado ao mau prognóstico e ao risco de vida, sendo definida quando os níveis séricos de cálcio estão maiores do que 10,5 mg/dl (2,63 mmol/l). É importante atentar para a necessidade de correção do valor do cálcio quando não for dosada a forma iônica[2] (Capítulo 13). Infelizmente, apesar de frequente, muitas vezes é subdiagnosticada, o que atrasa ou impede o seu tratamento, que se estima ser inferior a 40% dos pacientes internados[3]. Quando não tratada, pode ser fatal[4], sendo considerada uma emergência oncológica. O diagnóstico diferencial é imprescindível e o tratamento precisa ser realizado o mais rapidamente possível.

Neste capítulo, serão abordados a hipercalcemia maligna, que varia de acordo com a neoplasia de base, a existência de progressão de doença óssea e o estadiamento[3].

CAUSAS DE HIPERCALCEMIA MALIGNA

As causas da hipercalcemia maligna podem ser divididas em:

- Humoral — quando ocorre a produção de proteína anormal que mimetiza paratormônio relacionado à proteína (PTHrP) ou 1,25 (OH) 2D. Esse é o tipo mais comum e representa em torno de 80% dos casos[2,3].
- Osteolítica — quando decorre de grande quantidade de citocinas inflamatórias (IL 1, 3 e 6; TNF-α, fator transformador de crescimento) presentes na circulação, ativando os osteoclastos, aumentando sua diferenciação e consequentemente a reabsorção óssea[1]. Ocorre, ao mesmo tempo, uma incapacidade na excreção renal do cálcio.[3] Esse tipo de etiologia para a hipercalcemia maligna é responsável por até 20% dos casos[2].

- Causas incomuns — podem ser causas menos frequentes de hipercalcemia maligna o uso de algumas medicações (por exemplo, vitaminas A e D, ácido retinoico, lítio, paratormônio — PTH) e síndrome da imobilidade[3].

ABORDAGEM DIAGNÓSTICA

A hipercalcemia maligna pode apresentar inúmeros sinais e sintomas, que dependerão da rapidez da instalação e dos valores de cálcio sérico. Em grande parte das vezes, ela surge mais rapidamente do que a hipercalcemia de outras origens. A hipercalcemia maligna pode ser estratificada em níveis, por meio dos valores do cálcio[5]:

- Hipercalcemia leve — cálcio corrigido entre 10,5 e 11,9 mg/dl.
- Hipercalcemia moderada — cálcio corrigido entre 12 e 13,9 mg/dl.

Os sintomas decorrentes são muitas vezes inespecíficos, o que geralmente causa dificuldade e atraso no diagnóstico. O Quadro 42 destaca os sintomas gerados pela hipercalcemia maligna[6].

O diagnóstico é feito a partir da dosagem sérica do cálcio, por meio de exame de bioquímica. Como o cálcio se liga às proteínas sanguíneas globulina e albumina, faz-se necessário calcular a fração livre para medir adequadamente seus níveis séricos, quando não dosada a forma ionizada (cálcio iônico).

Figura 32 — Fórmula mais utilizada para cálculo da dosagem do cálcio

$$\text{Ca corrigido} = \text{Ca sérico} + [(4 - \text{albumina sérica}) \times 0{,}8]\ \text{mg/dl}$$

Fonte: Kingsley, Agu e Nwosu[6].

Legenda: Ca — Cálcio.

Quadro 42 — Manifestações da hipercalcemia

LEVE	MODERADA	GRAVE
MANIFESTAÇÕES CARDIOVASCULARES DA HIPERCALCEMIA		
Depressão do segmento S-T Encurtamento do intervalo Q-T Prolongamento do intervalo P-R	Prolongamento do intervalo P-R Encurtamento do Q-T Depressão do segmento S-T	Taquicardia ventricular Arritmia Parada cardíaca
MANIFESTAÇÕES RENAIS DA HIPERCALCEMIA		
Poliúria	Desidratação	Lesão renal aguda Insuficiência renal
MANIFESTAÇÕES MUSCULOESQUELÉTICAS DA HIPERCALCEMIA		
Fadiga	Fadiga Miopatia	Fadiga intensa Mioclonia
MANIFESTAÇÕES GASTRINTESTINAIS DA HIPERCALCEMIA		
Constipação Hiporexia	Perda de peso Náuseas Vômitos	Doença ulcerosa péptica Pancreatite

Fonte: Kingsley, Agu e Nwosu[6].

Legenda: intervalo P-R — intervalo de tempo entre o início da despolarização atrial e o início da despolarização ventricular; intervalo Q-T — intervalo de tempo entre o início da despolarização ventricular e o fim da repolarização ventricular; segmento S-T — representa a despolarização miocárdica ventricular[4].

Atualmente, sugere-se a dosagem do cálcio ionizado (Ca^{++}) como a mais confiável, principalmente em pacientes em processo de caquexia[6]. A dosagem do cálcio deve fazer parte do exame de rotina de pacientes com câncer avançado, além de quando houver suspeita clínica.

Após o diagnóstico de hipercalcemia, é necessário tentar elucidar a sua causa com o objetivo de direcionar mais adequadamente o tratamento. O ideal é fazer uma dosagem do PTH sérico com vistas a fazer a diferenciação com o hiperparatireoidismo primário. Nesse momento, o prognóstico é de suma importância, uma vez que pacientes com bom prognóstico e boa funcionalidade têm benefício clínico no controle dessa doença[6].

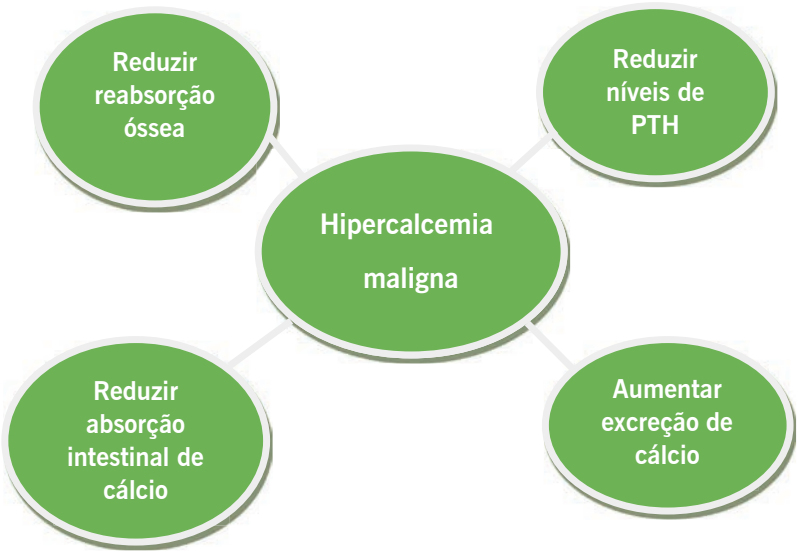
Se a dosagem do PTH estiver normal, será necessário pesquisar a presença de progressão de doença para ossos, bem como níveis séricos de vitamina D. É mandatória a avaliação da função renal, uma vez que a absorção do cálcio pode estar alterada conforme o *clearance* de creatinina.

ABORDAGEM TERAPÊUTICA

O objetivo principal quando há efetivamente o diagnóstico de hipercalcemia maligna sintomática é corrigir a desidratação, quando houver, e tentar aumentar a eliminação do cálcio pelos rins. Quando a desidratação está instalada, ela diminui a circulação sanguínea renal e, consequentemente, a depleção de cálcio[6]. Embora anteriormente fosse muito comum o uso associado de diuréticos potentes (como diuréticos de alça) logo no início do tratamento da hipercalcemia maligna, atualmente é sabido que seu uso aumenta a excreção de líquidos, piorando consequentemente a desidratação. Dessa forma, deve ser utilizada furosemida na dose de 20 a 40 mg a cada 12 horas, **somente** para quem apresente sinais de hipervolemia.

Na Figura 33, demonstra-se como deve ser pensado o tratamento da hipercalcemia maligna.

Figura 33 — Esquema para planejamento de tratamento da hipercalcemia maligna

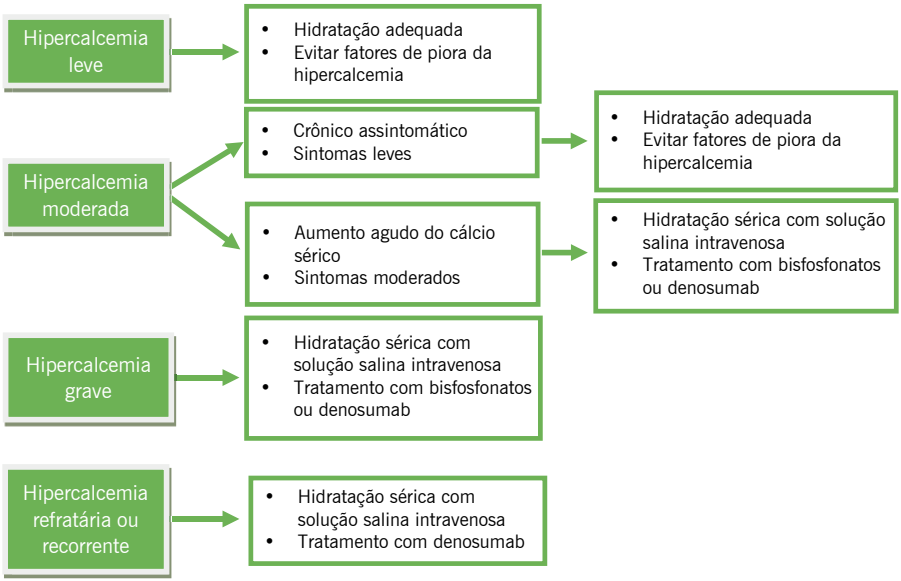


Fonte: elaboração INCA.

Legenda: PTH — paratormônio.

Na Figura 34, é demonstrado o fluxo de trabalho sugerido para o gerenciamento de hipercalcemia maligna. A abordagem terapêutica depende da fisiopatologia, da gravidade da hipercalcemia e da rapidez do aumento do cálcio plasmático[7].

Figura 34 — Fluxo de trabalho sugerido para o gerenciamento de hipercalcemia maligna



Fonte: Fuleihan *et al.*[7].

Bisfosfonatos

Os bisfosfonatos são medicamentos que induzem a apoptose dos osteoclastos de forma direta e sobre os osteoblastos de forma indireta. Costumam ser a primeira escolha no tratamento da hipercalcemia maligna bem como no controle a longo prazo. Os bisfosfonatos afetam a proliferação e a diferenciação dos osteoblastos e previnem sua apoptose, além de poderem neutralizar a estimulação dos osteoclastos mediada pelo Rankl[1]. Costumam ser bastante eficazes no tratamento da hipercalcemia maligna grave, sendo atualmente tratamento mais frequentemente utilizado[6].

Em um estudo australiano realizado com uma população de pacientes em cuidados paliativos para avaliar a possibilidade de reversão da hipercalcemia maligna com o uso de bisfosfonatos, foi possível verificar que, além da redução dos níveis de cálcio sérico, houve melhora dos sintomas e da sobrevida. Esses

resultados corroboram que não há contraindicação no uso de bisfosfonatos em cuidados paliativos[8].

A maioria dos pacientes tem boa tolerância no uso de bisfosfonatos, com baixo índice de hipocalcemia associada. Também não foram identificadas alterações renais significativas[8]. Em pacientes com insuficiência renal prévia, as doses devem ser ajustadas para o *clearance* de creatinina. Os bisfosfonatos podem causar osteonecrose de mandíbula, uma das maiores e mais consideráveis complicações do seu tratamento.

Devem ser iniciados em até 48 horas da realização do diagnóstico. O ácido zoledrônico tem se mostrado mais eficaz que o pamidronato, e, em caso de hipercalcemia persistente, pode ser repetido após sete dias da dose inicial[1]. As doses de bisfosfonatos para função renal normal recomendadas são:

- Pamidronato dissódico — de 60 a 90 mg intravenosas infundidas por de duas a seis horas, com início de ação em 48 horas, durante três a quatro semanas (diluição: soro fisiológico 0,9% 500 ml).
- Ácido zoledrônico — de 3 a 4 mg intravenosas infundidas por de15 a 30 minutos, com início de ação em 48 horas, durante três a quatro semanas (diluição: soro fisiológico 0,9% 150 ml).

Denosumab

Essa medicação foi inicialmente utilizada para evitar o surgimento de complicações ósseas em pacientes oncológicos portadores de neoplasias sólidas e o risco de fratura em pacientes com osteoporose grave. Posteriormente, foi possível avaliar seu benefício para a hipercalcemia maligna[9]. É uma medicação da classe dos anticorpos monoclonais, que atua inibindo a ativação do Rankl, gerando diminuição da absorção óssea pela supressão do crescimento, a ativação e o aumento da meia-vida dos osteoclastos[10].

O uso de denosumab na hipercalcemia maligna persistente ou recorrente com baixa resposta aos bisfosfonatos mostrou-se efetivo na diminuição dos níveis de cálcio em 64% dos pacientes[9]. A dosagem indicada do medicamento é:

- Denosumab — 120 mg subcutâneas a cada quatro semanas com dose adicional nos dias oito e 15 do primeiro mês de tratamento, com início de ação em de sete a dez dias, durante três a quatro meses.

O denosumab não costuma ser a primeira escolha no tratamento da hipercalcemia maligna, contudo, em alguns casos, ele pode ser o mais indicado, principalmente em casos de insuficiência renal (*clearence* de creatinina menor que 30) ou impossibilidade de uso de bisfosfonatos (alergia). A principal complicação é a hipocalcemia sintomática, que costuma ser maior que no uso dos bisfosfonatos[9].

Nitrato de gálio

Essa medicação é responsável pela inibição da reabsorção óssea gerada pelo bloqueio, nos osteoclastos, da bomba de prótons dependente de adenosina trifosfato, presente na membrana[6]. O nitrato de gálio é capaz de inibir a secreção de PTH, sendo também possível sua ação na hipercalcemia maligna induzida por PTHrP. Infelizmente, o tempo longo de administração e o potencial de injúria renal são importantes complicadores do seu uso, sendo, por isso, usado no Brasil pouco frequentemente. A dosagem indicada é:

- Nitrato de gálio — 200 mg por m^3 intravenosas em infusão contínua por cinco dias, com início de ação em quatro dias, durante duas semanas.

Cinacalcet

Essa medicação é utilizada nos carcinomas de paratireoide. Sua ação é no receptor de sensor de cálcio (CaSR) das paratireoides, regulando da liberação do PTH. Esse receptor é um dos responsáveis pela homeostasia do cálcio e encontra-se nos tecidos ósseo e renal[11].

Embora casos isolados apresentem bons resultados na redução do cálcio sérico, não existem estudos robustos dessa medicação em outras doenças além do câncer de paratireoide[12].

Glicocorticoides

Pacientes com hipercalcemia maligna por granulositose e alguns linfomas podem se beneficiar do uso dos glicocorticoides, já que, em algumas dessas doenças, existe um aumento da produção de 1,25 (OH) 2D. Os glicocorticoides atuam na redução dos níveis séricos de cálcio, pela diminuição na produção de 1,25 (OH) 2D ativada[5]. A dosagem recomendada é:

- Prednisona — de 20 a 40 mg, uma vez ao dia por via oral, com início de ação em quatro ou cinco dias, durante duas semanas.

Calcitonina

A **calcitonina** é um hormônio de ação rápida habitualmente secretado pelas células C da tireoide quando existe hipercalcemia. Suas concentrações aumentadas ocasionam a diminuição sérica do cálcio, pela inibição da atividade dos osteoclastos. Pode diminuir os níveis plasmáticos do cálcio de 1 a 2 mg/dl em poucas horas, no entanto, seu uso na hipercalcemia maligna é limitado pela ação curta, pela resposta baixa e pelo desenvolvimento de taquifilaxia. Podem-se obter melhores resultados quando a calcitonina é associada aos glicocorticoides[13]. A dosagem recomendada é:

- Calcitonina — de 4 a 8 UI por quilo por via subcutânea de 12 em 12 horas, com início de ação em poucas horas, durante 48 horas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A hipercalcemia maligna é uma complicação que sugere um pior prognóstico, devendo ser considerado avanço e refratariedade da doença de base. Os tratamentos atuais são principalmente capazes de gerar alívio dos sintomas não tendo ação documentada que sugira mudança de sobrevida.

Estudos sugerem uma sobrevida mediana de um a três meses após o diagnóstico da hipercalcemia maligna. Pacientes em tratamento ativo geralmente apresentaram sobrevida mediana de quatro meses. Um estudo retrospectivo com cerca de 8 mil pacientes evidenciou uma sobrevida de 25% em um ano, enquanto outro estudo, com 138 pacientes com hipercalcemia maligna, evidenciou uma sobrevida mediana de 52 dias. Um estudo retrospectivo com 126 pacientes portadores de doença refratária à quimioterapia mostrou uma sobrevida mediana de um mês, com índice de mortalidade alcançando 75% num período de três meses[13].

Quanto mais curto o tempo entre o diagnóstico e o início do tratamento da hipercalcemia maligna, melhor a chance de controlar os sintomas e melhorar a qualidade de vida dos pacientes, o que é mandatório em cuidados paliativos.

REFERÊNCIAS

1. GOLDNER W. Cancer-related hypercalcemia. **Journal of Oncology Practice**, Alexandria, VA, v. 12, n. 5, p. 426-432, May 2016. DOI 10.1200/JOP.2016.011155.
2. HIGDON, M. L.; ATKINSON, C. J.; LAWRENCE, K. V. Oncologic emergencies: recognition and initial management. **American Family Physician**, v. 97, n. 11, p. 741-748, June 2018.
3. ZOKKOVÁ, I. Hypercalcemia. Pathophysiological aspects. **Physiological Research**, v. 65, n. 1, p. 1-10, 2016. DOI 10.33549/physiolres.933059.
4. CASCINO, T.; SHEA, M. J. Eletrocardiografia. *In*: MANUAL MSD: versão para profissionais de saúde. Rahway, NJ: Merck & Co. Inc., 2021. Disponível em: https://www.msdmanuals.com/pt-br/profissional/doen%C3%A7as-cardiovasculares/exames-e-procedimentos-cardiovasculares/interven%C3%A7%C3%B5es-coronarianas-percut%C3%A2neas-icp. Acesso em: 12 jun. 2024.

5. FELDENZER, K. L.; SARNO, J. Hypercalcemia of malignancy. **Journal of the Advanced Practitioner in Oncology**, v. 9, n. 5, p. 496-504, 2018. DOI 10.6004/jadpro.2018.9.5.4.

6. KINGSLEY, U. I.; AGU, C. E.; NWOSU, T. F. Critical review of hypercalcemia. **Journal of Medical & Allied Sciences**, [Telangana, India], v. 7, n. 1, p. 3-8, 2017. DOI 10.5455/jmas.254690.

7. FULEIHAN, G. E. H. *et al*. Treatment of hypercalcemia of malignancy in adults: an endocrine society clinical practice guideline. **The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism**, New York, v. 108, n. 3, p. 507-528, Feb. 2023. DOI 10.1210/clinem/dgac62.

8. MALLIK, S. *et al*. Malignancy associated hypercalcaemia-responsiveness to IV bisphosphonates and prognosis in a Palliative population. **Support Care Cancer**, Berlin, v. 24, p. 1771-1777, 2018. DOI 10.1007/s00520-015-2962-8.

9. MILHEM, M. M.; MAHMOOD, A.; LEIDY, J. Denosumab use in a patient with bisphosphonate-resistant humoral hypercalcemia of malignancy. **Marshall Journal of Medicine**, [*s. l.*], v. 2, n. 1, 2016. DOI 10.18590/mjm.2016.vol2.iss1.4.

10. GIRI, D. *et al*. Denosumab therapy for refractory hypercalcemia secondary to squamous cell carcinoma of skin in epidermolysis bullosa. **World Journal of Oncology**, v. 6, n. 2, p. 345-348, Apr. 2015. DOI org/10.14740/wjon907w.

11. SHEEHAN, M. *et al*. Cinacalcet for the treatment of humoral hypercalcemia of malignancy: an introductory case report with a pathophysiologic and therapeutic review. **Case Reports in Oncology**, Basel, v. 13, p. 321-329, Jan./Apr. 2020. DOI 10.1159/000506100.

12. VALDES-SOCIN, H. *et al*. Use of cinacalcet and sunitinib to treat Hypercalcaemia due to a pancreatic neuroendocrine tumor. **Archives of Endocrinology and Metabolism**, São Paulo, v. 61, n. 6, 2017. DOI 10.1590/2359-3997000000291.

13. STERNLICHT, H.; GLEZERMAN, I. G. Hypercalcemia of malignancy and new treatment options. **Therapeutics and Clinical Risk Management**, Albany, v. 11, Dec. 2015. DOI 10.2147/TCRM.S83681.

CAPÍTULO 36: PROCEDIMENTOS INVASIVOS EM CUIDADOS PALIATIVOS

INTRODUÇÃO

Historicamente, sempre houve um compromisso contínuo da cirurgia com a paliação. Foi Balfour Mount, urologista oncológico, em 1974, no Royal Victoria Hospital em Montreal, quem primeiro utilizou o termo "cuidados paliativos" na cirurgia para descrever um cuidado interdisciplinar, abrangente e centrado no paciente, que ocasionasse alívio dos sintomas de pacientes em terminalidade, e quem, em 1975, criou o primeiro serviço com abordagem ampla de cuidados paliativos daquela instituição.

Hoje há vasto material na literatura[1,2] sobre o papel da cirurgia paliativa no controle de sintomas, atuando na resolução de processos obstrutivos, na drenagem de líquidos e derrames, no controle de fístulas e sangramentos tumorais, na fixação de fraturas, na descompressão medular e no suporte de cuidados do paciente por meio da viabilização de acessos venosos permanentes e de via alimentar alternativa.

Independente da intenção do tratamento, a abordagem cirúrgica sempre exerceu protagonismo no cuidado do paciente com câncer. Avanços recentes têm expandido esse papel no que diz respeito às expectativas do cirurgião no atendimento multidisciplinar do paciente com doença sintomática incurável[3]. Este capítulo objetiva reforçar a aplicação da cirurgia e de procedimentos invasivos como ferramentas complementares para atender às necessidades de pacientes paliativos.

AVALIAÇÃO DOS RISCOS E BENEFÍCIOS

Os benefícios principais da abordagem cirúrgica ou da realização de procedimentos invasivos incluem a melhoria da qualidade de vida por meio do controle ou da prevenção dos sintomas, tendo o aumento da sobrevida como objetivo secundário. Ainda assim, a morbidade e a mortalidade relacionadas ao tratamento geralmente são altas em decorrência de doença avançada, comorbidades e baixo *status* funcional, com taxas de mortalidade ajustadas para 30 dias alcançando de 9% a 11%[4,5] dos pacientes. Cirurgiões experientes devem ter uma compreensão profunda da natureza de alto risco da cirurgia paliativa e devem avaliar os pacientes cuidadosamente ao sugerir opções de

tratamento, uma vez que se trata de doentes frágeis, para os quais mesmo procedimentos de baixo risco podem implicar aumento de permanência hospitalar, mortalidade pós-operatória precoce e recuperação pós-operatória que exige recursos físicos que superam as reservas de um organismo já debilitado[6,7].

Apesar das desvantagens, em pacientes cuidadosamente selecionados, os benefícios podem ser significativos. Embora pacientes, familiares e cirurgiões possam ter expectativas dissonantes, uma dinâmica de comunicação em triângulo ajuda a moderar as escolhas na direção da melhor opção possível para o paciente, de forma que a sobrevida permita vantagens substanciais da cirurgia paliativa[7,8].

Os objetivos a serem delineados de forma compartilhada serão o alívio possível e durável de sintomas, a restauração da função dos órgãos, a melhoria da imagem corporal e da qualidade de vida e a otimização dos cuidados entregues ao paciente. A eficácia desses procedimentos deve se basear na durabilidade da resolução dos sintomas e na qualidade de vida reconhecida pelo paciente[8].

AVALIAÇÃO PRÉ-OPERATÓRIA

Ao propor uma abordagem invasiva, é necessário avaliar todas as possibilidades de procedimentos disponíveis que possam atender, de maneira apropriada, os objetivos planejados, considerando individualmente os riscos de morbidade e mortalidade, seguindo um critério rigoroso de avaliação do paciente que inclui o estado nutricional, a extensão da doença, a funcionalidade, a sintomatologia presente e a avaliação prognóstica (estimativa de sobrevida), procurando sempre respeitar a autonomia do paciente, seus desejos e expectativas[1]. Alguns fatores prognósticos, como baixo *status* funcional, perda ponderal, associação à síndrome de anorexia-caquexia e volume tumoral pré--operatório, têm sido associados a maus resultados[9].

É impreterível que o paciente com doença avançada tenha conhecimento do seu prognóstico de expectativa de vida, pois muitas decisões pessoais e clínicas são impulsionadas pela sobrevida. Essa necessidade fica clara na citação de Paul Kalanithi[10, p. 391]: "O caminho a seguir pareceria óbvio se eu soubesse quantos meses ou anos me restam. Diga-me três meses, eu só passaria um tempo com minha família. Diga-me um ano, eu teria um plano. Me dê dez anos, eu voltaria a tratar doenças".

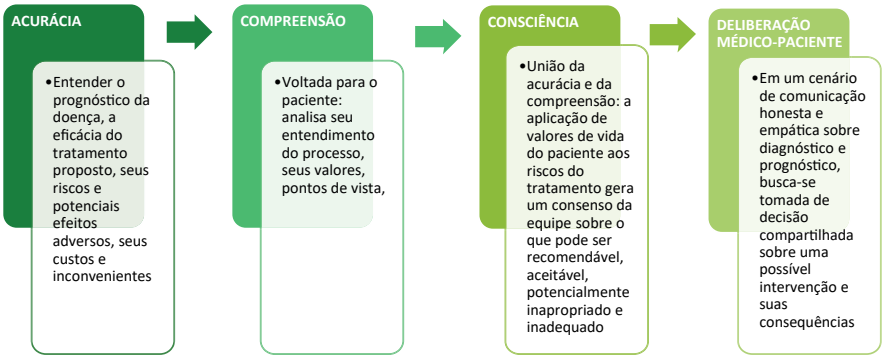
Nesse sentido, a avaliação prognóstica inclui estimar a probabilidade de um paciente desenvolver um determinado desfecho durante um período

de tempo específico. Deve constituir prática basilar por ocasião da indicação de medidas terapêuticas invasivas, a fim de se evitarem tratamentos agressivos próximos ao fim da vida, considerados potencialmente inapropriados, ou decisões que incorram em distanásia[11,12]. Para mais detalhes a respeito da avaliação prognóstica, ver Capítulo 13.

A tomada de decisão não é um processo simples e a escolha por uma forma estruturada pode auxiliar o médico na definição do melhor tratamento. A estratégia bioética delineada na Figura 35 separa o processo em quatro etapas, com foco, objetivo e princípios éticos distintos, mas complementares[13].

A paliação cirúrgica das complicações do câncer em pacientes sob cuidados paliativos requer um alto nível de julgamento médico. A morbidade e a mortalidade altas são uma parte importante do processo de tomada de decisão cirúrgica, mas esse deve ser balizado sobre a probabilidade de resolução dos sintomas, o impacto geral na qualidade de vida, o controle da dor e de outros sintomas e a relação custo-benefício[4,9,14].

Figura 35 — Processo de tomada de decisão médica



Fonte: Forte *et al.*[13].

Nesse processo, o cirurgião pode moldar a discussão para ajudar o paciente a decidir qual intervenção alcança melhor seus objetivos, preferências e valores. Operações de alto risco exigem decisões complexas, mesmo para cirurgiões experientes. A comunicação honesta com pacientes frágeis que enfrentam uma decisão sobre cirurgia ou procedimento que imponha alto risco é um contribuinte modificável para o uso de tratamentos que sejam discordantes com as preferências do paciente[15] (Capítulo 14).

INDICAÇÕES

O cirurgião tem um grande leque de opções de tratamento multidisciplinar e considerações técnicas que podem potencialmente aliviar sintomas em diversas situações clínicas associadas ao câncer avançado. Alguns procedimentos são foco de especialidades médicas específicas, como ortopedia e neurocirurgia, e não serão aqui abordados.

Obstrução esofágica maligna

Embora o câncer de esôfago tenha chances de cura em estágios iniciais, a taxa de sobrevivência global em cinco anos é de apenas 13%, dado o diagnóstico tardio com doença já avançada. O sintoma mais comum é a disfagia, que pode variar desde dificuldades para engolir alimentos sólidos até a incapacidade total de lidar com secreções. A endoscopia digestiva alta é o exame mais indicado para avaliar a estenose do esôfago. O principal objetivo do tratamento é o alívio da disfagia, buscando garantir uma alimentação adequada e diminuir os riscos de infecção respiratória de repetição, pela existência concomitante de fístulas esofagobrônquicas ou esofagotraqueais. Para tal, existem diversos procedimentos que variam desde a implantação de endopróteses autoexpansíveis, parcial ou totalmente cobertas, para lesões preferencialmente de um terço médio esofágico (padrão-ouro) até a realização de gastrostomia para lesões cervicais ou distais, por técnicas percutâneas endoscópicas, por radiointervenção ou por cirurgias. Como última opção, a passagem de uma sonda alimentar além do tumor traz maiores riscos em longo prazo e não restaura a capacidade de alimentação oral. Procedimentos cirúrgicos mais extensos, como ressecção e derivação, geralmente não são adequados para pacientes com doença avançada e baixo KPS[1,16,17].

Obstrução gastroduodenal

A obstrução gastroduodenal maligna causa sintomas como náusea, vômito, dor abdominal e outros sinais de obstrução alta, resultando em desnutrição e desidratação e reduzindo significativamente a qualidade de vida.

Os objetivos dos procedimentos invasivos são o controle dos sintomas e a viabilização de via alimentar. Os procedimentos de ressecção e desvio de trânsito (gastrojejunostomia) são as melhores opções em pacientes com bom KPS, quando possivel[1]. Para aqueles com reduzida expectativa de vida, considerando os elevados índices de complicações, são adotados os implantes de *stents* autoexpansíveis por via endoscópica na obstrução piloroduodenal, que restauram a satisfação com a dieta oral, ou a gastrostomia descompressiva

(com ou sem extensão jejunal) como opção nas lesões mais distais ao piloro, que determinam obstrução completa, mas permitem mobilização segura de corpo gástrico por técnica percutânea endoscópica ou por radiointervenção[18,19]. Gastroenterostomia guiada por ultrassom endoscópico é a tendência futura, que depende de disponibilidade do material na maioria dos serviços e treinamento médico específico[20]. Para as situações de linite gástrica, a jejunostomia é uma alternativa invasiva possível, mas a manutenção prolongada de sonda de nutrição posicionada após o tumor está frequentemente relacionada à exteriorização, com dificuldade para reintrodução, não implica em drenagem gástrica e traz riscos de manutenção de vômitos, distúrbios metabólicos e broncoaspiração[1,21].

Obstrução intestinal maligna

A OIM foi abordada no Capítulo 30. Destaca-se que o tratamento invasivo fica reservado para os pacientes que não obtiveram resposta às medidas iniciais, farmacológicas e não farmacológicas, como hidratação venosa, passagem de sonda nasogástrica em sifonagem, utilização de pró-cinéticos e antissecretores, por exemplo. A estratégia invasiva vai variar de acordo com: a extensão da doença oncológica; as condições clínicas; o KPS do paciente; e as expectativas com relação ao controle de sintomas. Tais estratégias incluem ressecção intestinal, enteroanastomose, ostomias em vários níveis nos candidatos à abordagem cirúrgica, implantação de endoprótese (*stents* metálicos autoexpansíveis) nos pacientes com elevado risco cirúrgico e expectativa de vida de até seis meses, gastrostomia descompressiva (cirúrgica, percutânea por endoscopia ou por radiointervenção). Para aqueles pacientes em que a carcinomatose peritoneal com múltiplos sítios de obstrução impede abordagens mais invasivas, busca-se aliviar vômitos e impedir o óbito com sonda nasogástrica prolongada[1,22,23].

Ascite maligna

A presença de ascite — acúmulo de líquido na cavidade abdominal — está associada à doença oncológica em cerca de 10% dos casos, sendo mais comum em pacientes com câncer avançado, especialmente nos tumores malignos mamários, gastrointestinais e ginecológicos. O diagnóstico é baseado no quadro clínico, em exames de imagem e na análise do líquido ascítico. A necessidade de intervenção invasiva surge quando o acúmulo de líquido intraperitoneal causa desconforto e sintomas como dor, dispneia, sensação de plenitude, náuseas e vômitos[1].

Como normalmente a ascite está relacionada à doença em estágio avançado, o objetivo do tratamento é principalmente a redução sintomatológica. Modalidades para controlar a ascite maligna incluem o uso de diuréticos, paracentese seriada e realização de *shunt* peritoneal. A paracentese de alívio é o procedimento mais realizado, pois dispensa a necessidade de internação e proporciona o alívio imediato dos sintomas. Para pacientes com melhor estado geral de saúde e expectativa de vida mais longa, nos quais a paracentese repetitiva pode se tornar incômoda, existe a opção de implantação de um cateter de drenagem de longa permanência. Esse cateter pode ser colocado cirurgicamente ou por meio de radiointervenção. Já os *shunts*, como a derivação de Denver, ficam restritos a casos selecionados por conta das elevadas taxas de morbidade e mortalidade[1,24,25].

Obstrução maligna das vias aéreas centrais

É uma condição dramática e potencialmente fatal causada por vários processos malignos, incluindo câncer de pulmão (causa de 40% das mortes), tumores intratorácicos primários ou metastáticos, como carcinomas de esôfago e tireoide e lesões primárias do mediastino, e lesões extratorácicas que determinam compressão externa ou crescimento direto do tumor nas vias aéreas, impedindo o fluxo de ar central pela traqueia, pelos brônquios principais e pelo brônquio intermediário direito.

Trata-se de manifestação tardia da doença com sobrevida limitada. Pode determinar dispneia, atelectasia, hipoxemia, hemoptise, pneumonia pós-obstrutiva ou desconforto respiratório grave[26]. A seleção das modalidades terapêuticas será direcionada pelas características anatômicas da lesão. A obstrução pode ser extraluminal, endoluminal ou mista. A compressão extraluminal é controlada com dilatação e *stents* que determinam força radial externa para contrapor quaisquer forças centrípetas. A obstrução endoluminal é tratada principalmente com modalidades que diminuem o tamanho da doença intraluminal. Os *stents* das vias aéreas podem ser utilizados após a redução de volume em casos selecionados, para prevenir o crescimento tumoral recorrente por meio de um efeito de barreira, se necessário. Finalmente, a doença mista, com doença endoluminal e um componente extrínseco, geralmente requer terapia multimodal com redução de volume endoluminal, possivelmente seguida de *stent* nas vias aéreas[26,27]. Cabe destacar que as modalidades broncoscópicas são o pilar do tratamento na fase aguda. O sucesso técnico na broncoscopia terapêutica pode ser definido como um diâmetro endoluminal pós-intervenção de pelo menos 50% da via aérea original, com trabalhos citando taxas de sucesso de aproximadamente 90%[28].

Obstrução maligna de vias aéreas superiores

Refere-se à obstrução do fluxo na porção da via aérea que se estende desde a boca até a traqueia, incluindo a nasofaringe e a laringe. Não há meios de ventilação colateral nesses segmentos e, portanto, qualquer obstrução, aguda ou crônica, pode ser catastrófica. A causa mais comum é o câncer de laringe em de 70% a 80% dos casos, que é considerado o ponto mais estreito da via aérea, seguido por tumores de cavidade oral, orofaringe e hipofaringe, sendo a terceira causa a compressão extrínseca por linfoma e câncer anaplásico de tireoide[1]. Cerca de 70% dos pacientes com câncer de cabeça e pescoço localmente avançado requerem controle das vias aéreas em algum momento. O grau de estenose para gerar resistência à passagem do ar é de 50% a 75%. A sintomatologia mais comum é o estridor e a disfonia em 54%[29].

Por se tratar de urgência, poucos casos têm diagnóstico precoce, sendo ideal, mas nem sempre possível, a realização de tomografia computadorizada de pescoço com extensão para tórax. Esse exame é útil para definir o nível de obstrução e planejar o tratamento a ser realizado. Nos casos de urgência, quase sempre é realizada traqueostomia precedida ou não de intubação ou cricotireoidotomia, o que requer abordagem multidisciplinar entre cirurgião e anestesista[29,30].

Muitos pacientes com lesões avançadas e dispneia grave terão indicada traqueostomia sob anestesia local com sedação mínima para permitir que aqueles com via aérea comprometida estejam acordados e possam gerenciar reflexos em suas vias aéreas[30,31]. Se o tumor envolve todo o pescoço, pode ser indicada a traqueostomia transtumoral, com risco de sangramento local. Deve-se considerar também que a traqueostomia pode ser indicada profilaticamente antes de iniciar a quimioterapia ou a radioterapia, pelos riscos de aspiração de secreções e edema laríngeo, bem como para prevenir a obstrução em pacientes volumosos mas ainda assintomáticos antes do tratamento[29,32].

Em pacientes com câncer de laringe, centros terciários têm indicado citorredução tumoral com laser como opção alternativa à realização de traqueostomia, com taxas de sucesso de 83%.

Derrame pleural maligno

O acúmulo de líquido entre os folhetos visceral e parietal da pleura é comum na prática clínica, acometendo cerca de 50% dos pacientes oncológicos[1]. As metástases pleurais decorrentes dos cânceres de pulmão e mama são as principais causas etiológicas para o desenvolvimento do derrame pleural maligno, sendo responsáveis por quase 75% de todos os derrames pleurais malignos. Apesar dos avanços no tratamento do câncer, a ocorrência

do derrame pleural está diretamente relacionada à doença avançada, com sobrevida média de quatro a nove meses após a confirmação diagnóstica, podendo sofrer variação conforme a neoplasia primária e, principalmente, a funcionalidade[33]. A apresentação clínica varia desde um paciente assintomático, o que pode ocorrer em até 25% dos casos, até a ocorrência de sintomas como dispneia (de 50% a 75%), dor torácica (25%) e tosse (25%)[34].

A realização de exames de imagem é fundamental para a identificação do derrame pleural, podendo ser visto em uma simples radiografia de tórax. A ultrassonografia geralmente é útil no auxílio da punção[1], enquanto a tomografia computadorizada torácica com contraste se tornou o padrão-ouro, por permitir uma melhor definição da extensão e da localização, uma diferenciação entre atelectasia e consolidação, a detecção de presença de espessamento nodular, pleural mediastinal e parietal, conferindo alta especificidade (de 88% a 94%) na identificação de malignidade[1,34,35]. Já a confirmação diagnóstica baseia-se no achado de células tumorais no líquido, obtido por meio da toracocentese guiada por imagem, ou do tecido pleural, por biópsia pleural[34].

O manejo do derrame pleural maligno é paliativo e sem benefício de sobrevida, variando desde observação clínica, até a realização de procedimentos invasivos, como toracocentese, drenagem e até tratamentos mais complexos, como pleurodese e pleurectomia. A avaliação da expansão pulmonar é vital na escolha do tratamento, pois pacientes com boa expansão pulmonar têm a possibilidade de realização de pleurodese com uso de agentes químicos disponíveis (talco, quimioterápicos ou antibióticos). Para os não elegíveis, a colocação de cateteres de longa permanência tem sido cada vez mais utilizada como terapia de primeira linha[36]. Para os demais, as punções pleurais de alívio são uma alternativa possível e devem ser priorizadas.

Derrame pericárdico maligno

Até 21% dos pacientes oncológicos vão evoluir para derrame pericárdico, sendo os tumores de mama, linfoma, leucemia e esôfago e o melanoma os principais associados a essa condição. Nem todo acúmulo de líquido no saco pericárdico precisa de intervenção, a sintomatologia está diretamente relacionada à velocidade da produção e ao volume, podendo variar sua apresentação clínica desde o paciente assintomático até o gravemente sintomático, principalmente na ocorrência de tamponamento cardíaco que se caracteriza como uma emergência oncológica potencialmente fatal. As manifestações clínicas incluem dor torácica, dispneia, ortopneia, tosse e fadiga, geralmente acompanhados pelos sinais clínicos de edema periférico, pulso paradoxal, taquicardia, hipotensão arterial, turgência venosa cervical, abafamento de bulhas, sudorese e extremidades frias. Já quando se instala o

tamponamento cardíaco, surgem também estase venosa central e quadro de baixo débito cardíaco[1].

O diagnóstico pode ser confirmado por meio da realização de eletrocardiograma, tomografia computadorizada e ecocardiograma, sendo esse último o padrão-ouro na avaliação do derrame pericárdico por conseguir quantificar o volume do líquido e, ao mesmo tempo, avaliar a contratilidade miocárdica assim como a presença de disfunção diastólica[37].

O tratamento invasivo mais simples consiste na drenagem do derrame (guiado por ecocardiograma), permitindo a melhoria da função cardíaca e o consequente controle dos sintomas. A pericardiocentese ou punção de Marfan é o tratamento mais rápido com taxas de resposta de 67%, devendo ser instituído em pacientes com tamponamento cardíaco, mas está relacionada a maiores taxas de recidiva, motivo pelo qual é associada ao uso de agentes esclerosantes instilados no espaço pericárdico[1,37]. Outras opções de terapêuticas disponíveis são: a confecção de uma janela pericárdica subxifoide com ou sem toracoscopia, com taxas de sucesso de até 94%, *shunt* pericárdio-peritoneal, ou dreno prolongado cujas taxas de resposta não foram animadoras se comparadas à confecção da janela pericárdica[1,38].

Obstrução biliar – icterícia maligna

A obstrução biliar maligna é uma condição debilitante que acarreta sintomas como anorexia e prurido além de aumentar o risco de colangite e impedir a realização de terapias sistêmicas paliativas. Para realizar a desobstrução do sistema biliar, existem três abordagens distintas: endoscópica, percutânea por radiointervenção e cirúrgica. A decisão de quando ou como conseguir a descompressão biliar depende da condição do paciente, da localização da estenose, do estágio da malignidade e do benefício esperado no controle de sintomas a ser obtido. Em pacientes que não são elegíveis para procedimentos cirúrgicos de ressecção e desvios do trânsito biliar, em razão de maiores riscos de complicações e mortalidade, a opção mais adequada, apesar de associada a maiores índices de reobstrução, é a drenagem interna pela colocação de uma prótese metálica, que controla sintomas na maioria das obstruções baixas[1].

Para pacientes com câncer de pâncreas, os *stents* metálicos autoexpansíveis são superiores aos *stents* plásticos por alcançar descompressão duradoura sem oclusão do *stent*. Entretanto, sob cuidados paliativos exclusivos com sobrevida menor que quatro meses, os *stents* plásticos se impõem[39]. Para pacientes com obstrução biliar hilar ou obstrução do ducto biliar baixo, nos quais a endoscopia não é viável, uma abordagem trans-hepática percutânea

por radiointervenção é preferível[40]. Os drenos biliares percutâneos (derivação biliar externa) podem ser dolorosos em razão da natureza cáustica da bile, do posicionamento intercostal frequente dos cateteres de drenagem e dos inconvenientes de manuseio do cateter, como incapacidade de tomar banho e possibilidade de retração inadvertida do dreno.

Obstrução urinária maligna

A obstrução do trato urinário superior pode ocorrer como sequela de tratamentos, como cirurgia e radioterapia, bem como em razão de diversas malignidades, incluindo aquelas originadas do sistema geniturinário, como câncer colorretal e ginecológico e tumores retroperitoneais primários ou metastáticos. O quadro clínico inclui sintomas como oligúria ou anúria, queixas relacionadas à uremia, além de dor em flanco, hematúria e até de piúria, com febre e sepse por infecção urinária associadas[1]. A obstrução do trato urinário superior deve ser aliviada em casos de dor persistente e infecção do trato urinário superior, independentemente do estágio da doença ou do tempo de sobrevida estimado. Quando há insuficiência renal com risco de vida em razão da obstrução do trato urinário superior, a decisão de aliviar a obstrução deve ser cuidadosamente ponderada, levando em consideração o prognóstico do indivíduo, o impacto da intervenção planejada na qualidade de vida e as preferências dos pacientes[41].

É importante tomar uma decisão individualizada, considerando todos esses aspectos, para proporcionar o melhor cuidado aos pacientes. E isso inclui o alto risco de complicações em algumas séries (41%) e o aumentado tempo de permanência hospitalar pós-procedimentos. Kouba *et al.*[42] mostraram que a derivação urinária paliativa previne a deterioração da insuficiência renal e pode resultar em benefício da sobrevida, devendo ser avaliada à luz da qualidade de vida obtida pós-procedimento. As opções mais comumente utilizadas no manejo da obstrução alta do trato urinário são o implante de endopróteses, como o cateter ureteral de longa permanência tipo duplo J, realizado por via retrógrada, ou a realização de nefrostomia percutânea por radiointervenção[1]. A Sociedade Europeia de Urologia defende, como boa prática, drenar a hidronefrose sintomática sempre e drenar profilaticamente apenas um rim (o rim menos dilatado e com melhor aparência ou aquele com melhor função, se conhecido) em pacientes assintomáticos[42].

As obstruções urinárias baixas geralmente estão relacionadas a tumores primários na uretra, na próstata, na bexiga, no pênis e na vulva. Essas obstruções podem se manifestar por sintomas como disúria, polaciúria e nictúria. No contexto dos cuidados paliativos oncológicos, a nefrostomia percutânea é o procedimento invasivo de escolha para a derivação urinária baixa, quando não seja factível a realização de cistostomia[1].

ACESSOS VENOSOS

Com a exacerbação dos sintomas advinda da evolução da doença oncológica e com a instabilidade em relação ao seu estado geral, é comum sintomas de difícil manejo e a necessidade de uma via para administração de medicamentos parenterais de forma segura[43]. Nesse contexto, o cateter venoso central de inserção periférica (CCIP) é um dos dispositivos utilizados como um cuidado tecnológico, que se dá em razão da facilidade de inserção com longa permanência. Esse dispositivo auxilia os pacientes no tratamento oncológico, proporcionando maior conforto e evitando sofrimento desnecessário[44].

A prática de inserção do CCIP é exclusivamente do enfermeiro, conforme regulamenta o artigo 1º da Resolução nº 258, de 2001, do Conselho Federal de Enfermagem (Cofen). Contudo, somente estão aptos aqueles que estiverem qualificados mediante capacitação específica[45]. Para a realização desse procedimento, é necessário fazer uma avaliação da disponibilidade de acesso venoso periférico, suas condições clínicas e a manutenção adequada daquele cateter, e realizar avaliação antes que a via venosa esteja debilitada por múltiplas punções, pois a existência de hematoma, eritema e lesões cutâneas dificulta a permanência do cateter, o que pode gerar interrupção do tratamento[46].

O CCIP é um dispositivo venoso inserido por uma veia superficial da extremidade e que progride até o terço médio distal da veia cava superior. Esse cateter pode possuir um ou dois lumens, ser de poliuretano ou silicone, sendo bicompatível; é flexível, acompanhado de um guia interno de aço. Apresenta baixo risco de infecções e de complicações tanto na inserção quanto na remoção, sendo indicado para terapias intravenosas com permanência superior a cinco dias de infusão; redução do risco de pneumotórax e de sepse; reduzido custo de inserção; menor desconforto relatado por pacientes; fácil manuseio; maior hemodiluição da terapia administrada; diminuição de riscos de infiltração, equimoses e extravasamento subcutâneo; segura assistência ambulatorial e domiciliar. As contraindicações são administração de grandes volumes em bólus (administração de volume extra, maior que o normal), lesão cutânea no local de inserção, situação de emergência clínica e trombose venosa[47].

Associar a tecnologia e novas opções de oferta de infusão medicamentosa ao paciente em cuidados paliativos é importante para o manejo de sintomas de difícil controle, pois determinados pacientes apresentam peculiaridades e o cuidado precisa ser planejado e personalizado[48].

O método de escolha para administração de medicamentos no tratamento em cuidados paliativos, quando há falência da via endovenosa periférica, é a via subcutânea, pois é simples de administrar e tem poucas

contraindicações. Seus limites incluem a composição, o volume a ser infundido e alguns sinais, como edema ou caquexia importante. No entanto, nos últimos anos, os CCIP tornaram-se disponíveis para ser uma via de escolha para esses pacientes. Em estudos preliminares, os CCIP foram considerados seguros, úteis e confortáveis para pacientes com câncer terminal, com baixo percentual de complicações durante a colocação e posteriormente.

O padrão-ouro para a colocação do CCIP é a técnica guiada por ultrassonografia[49]. Foram descritos, na literatura, alguns fatores em que o CCIP poderia ser uma opção em pacientes em cuidados paliativos, como diante da necessidade de um grande volume de medicamento para analgesia ou controle de sintomas, situações em que essas perfusões horárias podem ser elevadas, não sendo compatíveis com uma perfusão confortável por via subcutânea[50].

O posicionamento de um cateter CCIP é, sem dúvida, mais dispendioso quando comparado com a colocação de um cateter de teflon em uma veia periférica. O custo estimado pode ser de dez a 20 vezes maior. Entretanto, a duração de um cateter venoso de teflon é de três a quatro dias, enquanto a de um cateter CCIP é de meses, não necessitando de punções venosas frequentes[50].

A coleta de sangue é uma prática que geralmente não é recomendada no uso desses dispositivos em função do risco aumentado de oclusão do cateter, mas, tomando-se precauções adequadas, como a lavagem repetida do CCIP após a coleta de sangue, pode-se evitar o estresse e a dor causados pela punção venosa[50].

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar dos avanços no diagnóstico e no tratamento, o câncer continua a trazer desconforto, sofrimento e desgastes emocional, físico, espiritual ou social. A cirurgia paliativa tem campo amplo e suas múltiplas indicações — das técnicas convencionais aos procedimentos invasivos — são "[...] em grande parte destinadas ao alívio ou à prevenção de sintomas ou condições antecipadas secundárias à doença local progressiva, sendo improvável que altere a progressão final da doença ou afete significativamente a sobrevida do paciente"[7, p.7-8].

Os pacientes que apresentam sintomatologia relacionada a processos obstrutivos ou sangramento decorrentes da malignidade avançada devem ser informados sobre as opções terapêuticas no contexto do mau prognóstico, sendo eles o melhor juiz do valor e do benefício da cirurgia paliativa ou do procedimento invasivo realizado. Dadas as consequências que alteram a vida, a decisão acertada só poderá ser alcançada desenvolvendo habilidades para

avaliação prognóstica mais acurada e explorando os objetivos e valores de cada paciente individualmente.

REFERÊNCIAS

1. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. Procedimentos invasivos: como avaliar e indicar? *In*: INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **A avaliação do paciente em cuidados paliativos**. Rio de Janeiro: INCA, 2021. p. 169-178. (Cuidados paliativos na prática clínica, v. 1).
2. KROUSE, R. S. *et al*. Surgical palliation at a cancer center: incidence and outcomes. **Archives of Surgery**, Chicago, v. 136, n. 7, p. 773-778, July 2001. DOI 10.1001/archsurg.136.7.773.
3. MINER, T. J. Palliative surgery for advanced cancer: lessons learned in patient selection and outcome assessment. **American Journal of Clinical Oncology**, Hagerstown, MD, v. 28, n. 4, 411, Aug. 2005. DOI 10.1097/01.coc.0000158489.82482.2b.
4. BADGWELL, B. D. *et al*. Indicators of symptom improvement and survival in inpatients with advanced cancer undergoing palliative surgical consultation. **Journal of Surgical Oncology**, Hoboken, NJ, v. 107, n. 4, p. 367-371, Mar. 2013. DOI 10.1002/jso.23236.
5. TSENG, W. H. *et al*. Nomogram to predict risk of 30-day morbidity and mortality for patients with disseminated malignancy undergoing surgical intervention. **Annals of Surgery**, Philadelphia, PA, v. 254, n. 2, p. 333-338, Aug. 2011. DOI 10.1097/SLA.0b013e31822513ed.
6. MCCAHILL, L. E. *et al*. Indications and use of palliative surgery-results of society of surgical oncology survey. **Annals of Surgical Oncology**, [*s. l.*], v. 9, 104-112, 2002. DOI 10.1245/aso.2002.9.1.104.
7. LOUIE, A. D.; MINER, T. J. Palliative surgery and the surgeon's role in the palliative care team: a review. **Annals of Palliative Medicine**, Hong Kong, v. 11, n. 2, p. 907-917, Feb. 2022. DOI 10.21037/apm-20-2381.
8. REIS, T. C. S. Procedimentos em cuidados paliativos. *In*: CARVALHO, R. T. de; PARSONS, H. A. (org.). **Manual de cuidados paliativos ANCP**. 2. ed. ampl. e atual. São Paulo: Academia Nacional de Cuidados Paliativos, 2012. p. 270-285.
9. THOMAY, A. A. *et al*. Surgical palliation: getting back to our roots. **The Surgical Clinics of North America**, Philadelphia, v. 89, n. 1, p. 27-41, vii-viii, Feb. 2009. DOI 10.1016/j.suc.2008.10.005.

10. MARTIN, E. J.; WIDERA, E. Prognostication in serious illness. **Medical Clinics of North America**, [*s. l.*], v. 104, n. 3, p. 391-403, May 2020. DOI 10.1016/j.mcna.2019.12.002.

11. HIRATSUKA, Y. *et al*. Prediction of survival in patients with advanced cancer: a narrative review and future research priorities. **Journal of Hospice and Palliative Care**, Seoul, v. 26, n. 1, p. 1-6, Mar. 2023. DOI 10.14475/jhpc.2023.26.1.1.

12. STONE, P. *et al*. Prognostic evaluation in patients with advanced cancer in the last months of life: ESMO Clinical Practice Guideline. **ESMO Open**, London, v. 8, n. 2, 101195, Apr. 2023. DOI 10.1016/j.esmoop.2023.101195.

13. FORTE, D. N. *et al*. A bioethical framework to guide the decision-making process in the care of seriously ill patients. **BMC Medical Ethics**, v. 19, 2018. DOI 10.1186/s12910-018-0317-y.

14. BADGWELl, B. D. *et al*. Indicators of surgery and survival in oncology inpatients requiring surgical evaluation for palliation. **Support Care Cancer**, Berlin, v. 17, n. 6, p. 727-734, June 2009. DOI 10.1007/s00520-008-0554-6.

15. KRUSER, J. M. *et al*. "Best case/worst case": training surgeons to use a novel communication tool for high-risk acute surgical problems. **Journal of Pain and Symptom Management**, New York, v. 53, n. 4, p. 711-719.e5, Apr. 2017. DOI 10.1016/j.jpainsymman.2016.11.014.

16. REPICI, A.; RANDO, G. Expandable stents for malignant dysphagia. **Techniques in Gastrointestinal Endoscopy**, [*s. l.*], v. 10, n. 4, p. 175-183, 2008. DOI 10.1016/j.tgie.2008.07.007.

17. ESPAANDER, M. C. *et al*. Esophageal stenting for benign and malignant disease: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Clinical Guideline. **Endoscopy**, Stuttgart, v. 48, n. 10, p. 939-948, Oct. 2016. DOI 10.1055/s-0042-114210.

18. NO, J. H. *et al*. Long-term outcome of palliative therapy for gastric outlet obstruction caused by unresectable gastric cancer in patients with good performance status: endoscopic stenting versus surgery. **Gastrointestinal Endoscopy**, St. Louis, v. 78, n. 1, p. 55-62, July 2013. DOI 10.1016/j.gie.2013.01.041.

19. POTZ, B. A.; MINER, T. J. Surgical palliation of gastric outlet obstruction in advanced malignancy. **World Journal of Gastrointestinal Surgery**, Pleasanton, CA, v. 8, n. 8, p. 545-555, Aug. 2016. DOI 10.4240/wjgs.v8.i8.545.

20. PAPANIKOLAOU, I. S.; SIERSEMA, P. D. Gastric outlet obstruction: current status and future directions. **Gut and Liver**, Seoul, v. 16, n. 5, p. 667-675, Sep. 2022. DOI 10.5009/gnl210327.

21. D'CRUZ, J. R.; CASCELLA, M. Feeding jejunostomy tube. *In*: STATPEARLS. Treasure Island: StatPearls Publishing, 2020. *E-book*. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK562278/. Acesso em: 18 jan. 2024.

22. MERCHANT, S. J. *et al*. Management of cancer-associated intestinal obstruction in the final year of life. **Journal of Palliative Care**, Thousand Oaks, v. 35, n. 2, p. 84-92, 2020. DOI 10.1177/0825859719861935.

23. ZANATTO, R. M. *et al*. Brazilian Society of Surgical Oncology guidelines for malignant bowel obstruction management. **Journal of Surgical Oncology**, Hoboken, NJ, v. 126, n. 1, p. 48-56, July 2022. DOI 10.1002/jso.26930.

24. SANGISETTY, S. L.; MINER, T. J. Malignant ascites: a review of prognostic factors, pathophysiology and therapeutic measures. **World Journal of Gastrointestinal Surgery**, Pleasanton, CA, v. 4, n. 4, p. 87-95, Apr. 2012. DOI 10.4240/wjgs.v4.i4.87.

25. ALSHUWAYKH, O. *et al*. Clinical characteristics and outcomes in those with primary extrahepatic malignancy and malignant ascites. **BMC Gastroenterology**, [*s. l.*], v. 22, 2022. DOI 10.1186/s12876-022-02487-4.

26. OBERG, C. *et al*. Management of malignant airway obstruction. **AME Medical Journal**, North America, v. 3, Dec. 2018.

27. MUDAMBI, L. *et al*. Malignant central airway obstruction. **Journal of Thoracic Disease**, Hong Kong, v. 9, p. S1087-S1110, Sep. 2017. Suppl. 10. DOI 10.21037/jtd.2017.07.27.

28. OST, D. E. *et al*. Therapeutic bronchoscopy for malignant central airway obstruction: success rates and impact on dyspnea and quality of life. **Chest**, New York, v. 147, p. 1282-1298, 2015. DOI 10.1378/chest.14-1526.

29. LOPEZ-GOMEZ, J. *et al*. Emergency surgical treatment of upper airway obstruction in oncological patients: bibliographic review and proposal for management algorithm. **Head and Neck Cancer Research**, [*s. l.*], v. 3, n. 1, Jan. 2018.

30. WANDELL, G. M. *et al*. Update on tracheostomy and upper airway considerations in the head and neck cancer patient. **The Surgical Clinics of North America**, Philadelphia, PA, v. 102, n. 2, p.267-283, Apr. 2002. DOI 10.1016/j.suc.2021.12.005.

31. KAUFMAN, M. R. *et al*. Awake vs Sedated Tracheostomies: a review and comparison at a single institution. **Otolaryngology - Head and Neck Surgery**, [Rochester], v. 159, n. 5, p. 830-834, Nov. 2018. DOI 10.1177/0194599818789079.

32. FANG, C. H. *et al*. Emergent awake tracheostomt -- the five-year experience at an urban tertiary care center. **Laryngoscope**, Philadelphia, PA, v. 125, n. 11, p. 2476-2479, Nov. 2015. DOI 10.1002/lary.25348.

33. WAHLA, A. S. *et al*. Managing malignant pleural effusion. **Cleveland Clinic Journal of Medicine**, [Cleveland, OH], v. 86, n. 2, p. 95-99, Feb. 2019. DOI 10.3949/ccjm.86a.17095

34. UGALDE, P. *et al*. **Manual de oncologia torácica**. Rio de Janeiro: Editora DOC, 2022.

35. PSALLIDAS, I. *et al*. Malignant pleural effusion: from bench to bedside. **European Respiratory Review**, Sheffield, v. 25, p. 189-198, Sep. 2016. DOI 10.1183/16000617.0019-2016.

36. DAVIES, H. E. *et al*. Effect of an indwelling pleural catheter vs chest tube and talc pleurodesis for relieving dyspnea in patients with malignant pleural effusion: the TIME2 randomized controlled trial. **JAMA**, Chicago, v. 307, n. 22, p. 2383-2389, June 2012. DOI 10.1001/jama.2012.5535

37. JAMA, G. M. *et al*. Palliative treatment for symptomatic malignant pericardial effusion. **Interactive Cardio Vascular and Thoracic Surgery**, [*s. l.*], v. 19, n. 6, p. 1019-1026, 2014. DOI 10.1093/icvts/ivu267.

38. BESNARD, A. *et al*. Current management of symptomatic pericardial effusions in cancer patients. **JACC CardioOncogy**, [New York], v. 1, n. 1, p. 137-140, Sep. 2019. DOI 10.1016/j.jaccao.2019.07.001.

39. BOULAY, B. R.; BIRG, A. Malignant biliary obstruction: from palliation to treatment. **World Journal of Gastrointestinal Oncology**, Beijing, v. 8, n. 6, p. 498-508, June 2016. DOI 10.4251/wjgo.v8.i6.498.

40. DEIPOLYI, A. R.; COVEY, A. M. Palliative percutaneous biliary interventions in malignant high bile duct obstruction. **Seminars in Interventional Radiology**, [New York], v. 34, n. 4, p. 361-368, Dec. 2017. DOI 10.1055/s-0037-1608827.

41. SOUNTOULIDES, P. *et al*. Endourologic management of malignant ureteral obstruction: indications, results, and quality-of-life issues. **Journal of Endourology**, New Rochelle, NY, v. 24, n. 1, p. 129-142, 2010. DOI 10.1089/end.2009.0157.

42. KOUBA, E. *et al*. Management of ureteral obstruction due to advanced malignancy: optimizing therapeutic and palliative outcomes. **The Journal of Urology**, Baltimore, v. 180, n. 2, p. 444-450, Aug. 2008. DOI 10.1016/j.juro.2008.04.008.

43. PAIVA, C. *et al*. Historical aspects in pain management in palliative care in an oncological reference unit. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 74, n. 5, 2021. DOI 10.1590/0034-7167-2020-0761.

44. HEREDIA, D. C. *et al*. Uso de PICC (Catéter central de acceso venoso periférico) en pacientes paliativos. **Hygia de Enfermería**: revista científica del colegio, [*s. l.*], n. 99, p. 50-52, 2018.

45. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (Brasil). **Resolução Cofen nº 258/2001**. Inserção de Cateter Periférico Central, pelos Enfermeiros. Brasília, DF: Cofen, 2001. Disponível em: https://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-2582001/#:~:text=1%C2%BA%2D%20%C3%89%20l%C3%ADcito%20ao%20Enfermeiro,qualifica%C3%A7%C3%A3o%20e%2Fou%20capacita%C3%A7%C3%A3o%20profissional. Acesso em: 12 jun. 2024.

46. CABRAL, B. *et al*. Novas tecnologias de enfermagem na assistência ao paciente em cuidados paliativos. **Revista Estação Científica**, Juiz de Fora, n. 26, p. 18-23, jul./dez. 2021.

47. ASSIS, G. L. C. de *et al*. Custo direto da inserção do cateter central de inserção periférica por enfermeiros em adultos hospitalizados. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 74, n. 2, 2021. DOI 10.1590/0034-7167-2019-0663.

48. SILVA, R. *et al*. Perspectiva do familiar/cuidador sobre a dor crônica no paciente em cuidados paliativos. **Enfermería Actual de Costa Rica**, San José, n. 38, p. 18-31, jan./jun. 2020. DOI 10.15517/revenf.v0i38.37086.

49. BERTOLUCCI, R. *et al*. Quality of life, pain perception and distress correlated to ultrasound – guided peripherally inserted central venous catheters in palliative care patients in a home or hospice setting. **Journal of Pain and Symptom Management**, New York, v. 50, n. 1, p. 118-112, July 2015. DOI 10.1016/j.jpainsymman.2015.02.027.

50. PARK, E. *et al*. Safety, efficacy, and patient satisfaction with initial peripherally inserted central catheters compared with usual intravenous access in terminally ill cancer patients: a randomized phase ii study. **Cancer Research and Treatment**, Seoul, v. 53, n. 3, p. 881-888, 2021. DOI 10.4143/crt.2020.1008.

PARTE V

CUIDADOS

CAPÍTULO 37: INFECÇÕES E USO DE ANTIMICROBIANOS EM CUIDADOS PALIATIVOS

INTRODUÇÃO

Pacientes em cuidados paliativos frequentemente apresentam infecções, podendo ser o evento definidor do óbito em quadros de doença incurável. Estudos de autópsia em pacientes sugerem que pneumonia seja a causa do óbito de 44% a 55% dessa população[1,2]. Pacientes com infecção, suspeita ou confirmada, farão uso de antimicrobianos comumente, chegando a 84% a frequência de prescrição desse fármaco em cuidados paliativos[3].

As principais infecções em pacientes com câncer avançado relatadas na literatura especializada são respiratórias, urinárias e abdominais[4-6]. Esse dado está em concordância como o observado nos pacientes do HC IV do INCA ao longo dos anos, por meio do aconselhamento antimicrobiano e da coleta de dados realizada pela CCIH.

O objetivo deste capítulo é discutir, de forma breve, particularidades no manejo diagnóstico e terapêutico de pacientes em cuidados paliativos que apresentem intercorrências infecciosas, relacionadas ou não ao processo ativo de morte.

ABORDAGEM DIAGNÓSTICA

Em pacientes com doenças avançadas, os sinais e sintomas de uma infecção podem ser os mesmos da progressão da doença de base, como astenia, confusão mental, alterações hemodinâmicas, febre, entre outros. Assim, modificações e/ou exacerbações de sintomas previamente controlados devem sempre levantar a suspeita de infecção[7]. Comumente, as infecções em cuidados paliativos geram um declínio mais abrupto do estado funcional do que a queda gradual gerada pelo avançar da doença de base[8].

O diagnóstico da infecção deve ter grande prioridade no paciente com câncer em cuidados paliativos, especialmente em infecções graves. Comumente, o foco infeccioso está relacionado à neoplasia e/ou aos dispositivos invasivos necessários no plano de cuidados, sendo fundamental para o tratamento adequado. Alguns pacientes apresentam sinais e sintomas sugestivos (tosse,

febre, expectoração, disúria, dor lombar, dor abdominal, diarreia, lesões petequeais, lesões por pressão) e um foco evidente (pneumonia, celulite, outras infecções cutâneas, infecção pós-cirúrgica), extremamente útil para a orientação da terapia antimicrobiana. A execução de **exame físico minucioso** auxilia no diagnóstico etiológico presuntivo e orienta a terapêutica.

A febre normalmente é um sintoma cardinal de infecções. Entretanto, no câncer avançado, esse sintoma costuma ser inespecífico, podendo decorrer de necrose tumoral, metástase para o SNC, fenômenos embólicos, medicamentos ou atelectasias. Por outro lado, pacientes com fragilidade clínica avançada podem ter a febre mascarada pelo uso de alguns fármacos analgésicos com efeito antitérmico[9].

O controle de sintomas é o objetivo principal em cuidados paliativos, e também deve ser ao prescrever antimicrobianos. Entretanto, a avaliação de melhora pode ser subjetiva (por parte do paciente e por parte da equipe clínica) ou mascarada pela ação dos demais fármacos em uso. Entre as inúmeras síndromes infecciosas que pacientes em cuidados paliativos podem apresentar, estudos observacionais prévios mostram que o tratamento das infecções do trato urinário apresenta maior benefício ao doente, pois tem maior êxito no controle de sintomas, enquanto as infecções do trato respiratório costumam ser menos responsivas[10,11].

Um sintoma que merece atenção especial no manejo de pacientes em cuidados paliativos oncológicos é o odor em decorrência de feridas tumorais. Trata-se de uma questão que compromete a qualidade de vida do paciente em terminalidade, podendo gerar incômodo em cuidadores, familiares e profissionais de saúde. O tecido necrótico das feridas tumorais torna-se um meio ideal para a hiperproliferação de bactérias, em especial as bactérias anaeróbicas, que liberam moléculas responsáveis pelo odor desagradável. Pacientes que apresentem feridas tumorais com odor graus II ou III costumam se beneficiar de metronidazol por via sistêmica. Há ainda a opção de metronidazol tópico em gel, usado como adjuvante à terapia sistêmica ou em feridas de menor odor[12].

Em qualquer situação clínica, exames complementares apenas devem ser solicitados se ajudarem a confirmar ou a refutar o diagnóstico inicialmente pensado. Em cuidados paliativos, mantém-se essa máxima, e adiciona-se que tais testes devem gerar o menor incômodo possível ao paciente, mínimas reações adversas e baixo risco de complicações[13], sendo comparativamente menos solicitados do que em clínicas curativas. Os exames devem estar de acordo com a síndrome infecciosa em suspeição, sem esquecer que, nesse cenário, a leucocitose e a neutrofilia podem ser multicausais (infecção, uso de corticoides e o próprio câncer avançado). Indivíduos com câncer avançado

costumam ter valores de PCR elevados, não sendo esse exame uma ferramenta essencial ao diagnóstico de infecção. Entretanto, assim como em outros cenários, a curva de valores sequenciais da PCR e da leucometria (aumento ou queda) ajuda a reforçar a hipótese de uma nova infecção e a tendência de sucesso da terapêutica instituída.

ABORDAGEM TERAPÊUTICA

A decisão de iniciar, suspender ou contraindicar o antimicrobiano em cuidados paliativos é complexa e deve ser individualizada, dependendo dos sintomas clínicos, do prognóstico, do estágio atual da doença de base, da funcionalidade, do nível de deterioração multissistêmica e da vontade do próprio paciente e/ou de seus familiares[13]. Espera-se que o prescritor seja capaz de antever se o processo infeccioso é decorrente do óbito inevitável, no qual o uso do antimicrobiano faria pouca diferença, ou se é um evento inesperado e reversível, no qual o antimicrobiano é uma das ferramentas disponíveis para o retorno ao estado clínico anterior. Esses fármacos podem ser adjuvantes na terapêutica para redução do desconforto decorrente da infecção, mas não são mantenedores da vida, a exemplo da ventilação mecânica ou da alimentação parenteral[14]. Em caso de dúvida, é mais sensato iniciar uma prova terapêutica e reavaliar o quadro clínico após 48 ou 72 horas do início do antibiótico, suspendendo se não houver benefício (Capítulo 17).

A escolha do esquema antimicrobiano para o tratamento de infecções (supostas ou confirmadas) não costuma ser a maior dificuldade, já que obedecerá aos mesmos princípios utilizados em outros cenários, tais como adequação aos agentes etiológicos mais prováveis, biodisponibilidade da droga no tecido infectado, uso recente de antimicrobianos e presença de bactérias resistentes a múltiplas drogas. A grande particularidade desse cenário é predizer se o paciente está em processo ativo de morte, em que o antibiótico será apenas uma futilidade terapêutica, trazendo apenas os malefícios inerentes ao seu uso, como a punção de novo acesso, ou se o desconforto advindo da infecção pode ser paliado. Uma boa avaliação prognóstica é fundamental para reduzir tratamentos potencialmente inapropriados (Capítulo 13). Ainda que o paciente apresente uma infecção documentada, se ele estiver em processo ativo de morte, não haverá reversibilidade da infecção e, portanto, é correto suspender ou até mesmo não iniciar o antimicrobiano[13].

Iniciar um antimicrobiano em cuidados paliativos costuma ser uma decisão mais fácil do que suspender ou contraindicar essas drogas. Stiel *et al.*[15] relataram que, em 44% dessas prescrições, a decisão foi exclusivamente médica e, em 25%, da equipe multiprofissional. Por outro lado, suspender o

antimicrobiano foi decidido somente pelo médico em 21% das ocasiões e pela equipe em 42% das vezes. Qualquer decisão relacionada ao antimicrobiano em cuidados paliativos deve ser compartilhada com o próprio paciente, com a família e com a equipe, assim como as demais condutas nesse cenário, sempre de acordo com o plano de cuidados, em especial nos pacientes em processo ativo de morte.

CONTROLE DE INFECÇÕES RELACIONADAS À ASSISTÊNCIA EM SAÚDE

Em qualquer ambiente de cuidado de saúde, todos os profissionais envolvidos na assistência exercem importante papel no controle da aquisição de novas infecções. Pacientes em cuidados paliativos comumente possuem menos invasões de dispositivos hospitalares, mas cabe lembrar que habitualmente são pacientes que passaram por diversas linhas terapêuticas prévias, como quimioterapia antineoplásica, cirurgias invasivas e mutilantes, internação em terapia intensiva, sendo comum a presença de bactérias resistentes a múltiplas drogas. Assim, o controle de infecção hospitalar no cenário de cuidados paliativos terá como objetivo principal evitar a aquisição de novas infecções por transmissão cruzada. Para tal, deve haver uma constante atividade de reforço das boas práticas clínicas, que reduzem os riscos de infecções, como a correta higienização das mãos, a adoção de precauções de acordo com cada infecção e as rotinas específicas. Como estratégia para a profilaxia das infecções relacionadas à assistência em saúde, faz-se necessária a vigilância constante de acessos vasculares, cateteres, drenos e dispositivos respiratórios não invasivos em uso por pacientes internados. Tais vigilâncias são essenciais para minimizar a incidência da aquisição dessas infecções, possibilitando menor tempo de internação, menor gasto financeiro, menos desconforto e menos exposição a procedimentos e terapias antimicrobianas, sobretudo em pacientes com melhor funcionalidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O manejo de infecções em pacientes em cuidados paliativos é um desafio extremamente frequente e comumente relacionado ao processo de óbito. A aquisição de uma nova infecção pode descompensar sintomas prévios desses pacientes, devendo sempre ser lembrada como uma intercorrência possível. Entretanto, o processo diagnóstico e a conduta terapêutica devem ser proporcionais ao prognóstico do paciente, de modo a evitar futilidades terapêuticas que apenas somam efeitos adversos aos pacientes, sem benefícios.

REFERÊNCIAS

1. PAUTEX, S. *et al*. Anatomopathological causes of death in patients with advanced cancer: association with the use of anticoagulation and antibiotics at the end of life. **Journal of Palliative Medicine**, Larchmont, v. 16, n. 6, p. 669-674, 2013. DOI 10.1089/jpm.2012.0369.

2. ABDEL-KARIM, I. A.; SAMMEL, R. B.; PRANGE, M. A. Causes of death at autopsy in an inpatient hospice program. **Journal of Palliative Medicine**, Larchmont, v. 10, n. 4, p. 894-898, Aug. 2007. DOI 10.1089/jpm.2006.0240.

3. ROSENBERG, J. H. *et al*. Antimicrobial use for symptom management in patients receiving hospice and palliative care: a systematic review. **Journal of Palliative Medicine**, Larchmont, v. 16, n. 12, p. 1568-1574, Dec. 2013. DOI 10.1089/jpm.2013.0276.

4. PÈNE, F.; STAUDINGER, T. Temporal changes in management and outcome of septic shock in patients with malignancies in the intensive care unit. **Critical Care Medicine**, [Philadelphia], v. 36, n. 3, p. 690-696, 2008. DOI 10.1097/ccm.0b013e318165314b.

5. LEGRAND, M. *et al*. Survival in neutropenic patients with severe sepsis or septic shock. **Critical Care Medicine**, [Philadelphia], v. 40, n. 1, p. 43-49, 2012. DOI 10.1097/CCM.0b013e31822b50c2.

6. ZUBER, B. *et al*. Impact of case volume on survival of septic shock in patients with malignancies. **Critical Care Medicine**, [Philadelphia], v. 40, n. 1, p. 55-62, Jan. 2012. DOI 10.1097/CCM.0b013e31822d74a.

7. HIGH, K. P. *et al*. Clinical practice guideline for the evaluation of fever and infection in older adult residents of long-term care facilities: 2008 update by the Infectious Diseases Society of America. **Clinical Infectious Diseases**: an official publication of the Infectious Diaseases Society of America, [Oxford], v. 48, n. 2, p. 149-171, 2009. DOI 10.1086/595683.

8. GLARE, P.; VIGANO, A. Determinig prognosis. *In*: WALSH, D. *et al*. **Palliative medicine**. Philadelphia: Saunders Elsevier, 2009. p. 657-662.

9. LANGMAN, R. L.; RELM, S. J. Infections in palliative medicine. *In*: WALSH, D. *et al*. **Palliative medicine**. Philadelphia: Saunders Elsevier, 2009. p. 505-509.

10. REINBOLT, R. E. *et al*. Symptomatic treatment of infections in patients with advanced cancer receiving hospice care. **Journal of Pain Symptom Management**, [New York], v. 30, n. 2, p. 175-182, Aug. 2005. DOI 10.1016/j.jpainsymman.2005.03.006.

11. ROSENBERG, J. H. *et al*. Antimicrobial use for symptom management in patients receiving hospice and palliative care: a systematic review. **Journal**

of Palliative Medicine, Larchmont, v. 16, n. 12, p.1568-1574, Dec. 2013. DOI 10.1089/jpm.2013.0276.

12. SANTOS, C. M.; PIMENTA, C. A.; NOBRE, M. R. A systematic review of topical treatments to control the odor of malignant fungating wounds. **Journal of Pain Symptom Management**, [New York], v. 39, n. 6, p. 1065-1076, June 2010. DOI 10.1016/j.jpainsymman.2009.11.319.

13. MACEDO, F. *et al*. Antimicrobial therapy in palliative care: an overview. **Support Care Cancer**, [Berlin], v. 26, n. 5, p. 1361-1367, May 2018. DOI 10.1007/s00520-018-4090-8.

14. NAGY-AGREN, S.; HALEY, H. Management of infections in palliative care patients with advanced cancer. **Journal of Pain Symptom Management**, [New York], v. 24, n. 1, p. 64-70, July 2002. DOI 10.1016/s0885-3924(02)00420-7.

15. STIEL, S. *et al*. Antibiotics in palliative medicine--results from a prospective epidemiological investigation from the HOPE survey. **Support Care Cancer**, Berlin, v. 20, n. 2, p. 325-333, Feb. 2012.

CAPÍTULO 38: TERAPIA SUBCUTÂNEA

INTRODUÇÃO

O uso da via parenteral em cuidados paliativos é frequente, seja para administração de medicamentos, seja para hidratação. Em situações nas quais o acesso venoso periférico é inviável e o acesso venoso central é considerado desproporcional ou inviável, o uso da via subcutânea é uma opção segura, factível e eficaz. Com isso, o objetivo deste capítulo é abordar o uso da via subcutânea em cuidados paliativos. A terapia subcutânea, também conhecida como hipodermóclise, é a infusão de fluidos e/ou medicamentos no tecido subcutâneo[1,2]. Essa técnica é precedida da verificação da quantidade necessária de dispositivos a serem fixados ao corpo do paciente para cumprir a prescrição médica e os procedimentos-padrões, como lavar as mãos, reunir o material na bandeja, explicar o procedimento ao paciente e inspecionar as regiões consideradas elegíveis para punção, a saber: região do deltoide, anterior do tórax, abdominal (observando o distanciamento de cerca de 8 cm do umbigo para as laterais), escapular (indicação restrita a pacientes em decúbito *fowler* permanentemente) e faces dianteira e lateral externa da coxa.

EXECUÇÃO

Não deverão ser puncionadas as seguintes áreas: dobras de pele e linha mamária, diretamente sobre o local do tumor, membros com linfedemas, parede abdominal na presença de ascite, carcinomatose, lesões satélites ou implantes cutâneos, região a menos de 8 cm das laterais do umbigo, proeminências ósseas, pele previamente irradiada, ferida e/ou infectada.

A área a ser puncionada deverá ser palpada, deslizando a mão de forma levemente compressiva, de modo a detectar formação inicial de edema, linfedema e endurecimento por fibrose e/ou infiltração tumoral.

A bandeja deverá ser montada com os seguintes materiais: solução a ser administrada, equipo, extensor com duas vias (se necessário), dispositivo penetrante para a punção (cateter periférico 20, 22, 24 ou *scalps* 21, 23, 25 ou 27), seringa de 3 ou 5 ml, agulha de aspiração, flaconete de soro fisiológico a 0,9%, solução antisséptica, gazes, luvas de procedimento, filme adesivo para fixação e caneta para datar.

Escolhida a área de punção, a técnica deverá ser executada do seguinte modo: calçar as luvas de procedimento, preencher a extensão do dispositivo

penetrante com o soro fisiológico se necessário, executar a prega cutânea e introduzir o dispositivo em ângulo de 30º a 45º, direcionando a agulha para a posição centrípeta do corpo (em direção à melhor forma de drenagem linfática). Depois, deve-se mover o dispositivo para certificar-se de que a agulha está livre no tecido subcutâneo. Aspirar com a seringa para ter certeza de que não foi puncionado nenhum vaso sanguíneo. Fixar a punção, datar e administrar a solução. Após o término da administração, deve-se assegurar de salinizar o dispositivo fixado[3-5].

Uma vez instalada a hipodermóclise, alguns cuidados de manutenção e retirada devem ser observados:

- Assegurar que as medicações são compatíveis entre si para um mesmo sítio de aplicação.
- Certificar-se de que as medicações a serem administradas estão corretamente diluídas.
- Monitorar sinais flogísticos, como endurecimento, edema volumoso, hematoma, necrose tecidual e/ou queixas de dor. Destaca-se que alterações flogísticas e queixas de dor são consideradas normais quando presentes por até quatro horas após a infusão.
- O dispositivo utilizado na punção deverá permanecer por até 96 horas (quatro dias). Após esse prazo, uma nova punção deverá ser feita, respeitando uma distância mínima de 5 cm do sítio da punção anterior.

VANTAGENS E DESVANTAGENS

As vantagens incluem baixo risco de efeitos adversos sistêmicos, menor taxa de complicações infecciosas, fácil aplicação e manipulação, favorecimento da funcionalidade do paciente, facilitação da desospitalização em razão da possibilidade de manutenção da via subcutânea em ambiente domiciliar[6,7].

Entre as desvantagens, estão volume e velocidade de infusão limitados, absorção variável por conta da influência da perfusão e da vascularização do tecido, administração de eletrólitos limitada, exigência de compatibilidade de medicamentos, o que pode demandar a necessidade de instalação de mais de um sítio de punção no corpo do paciente[6,7].

INDICAÇÕES E CONTRAINDICAÇÕES

A terapia subcutânea é indicada em casos de impossibilidade ou limitação de ingesta por via oral; via de escolha quando a via endovenosa se

encontra indisponível, tratamento de desidratação que não exija reposição rápida de volume, possibilidade de permanência do paciente em domicílio[3,5]. É contraindicada em caso de recusa da utilização da via pelo paciente, necessidade de reposição rápida de volume por desidratação grave ou choque e anasarca[3,5].

MEDICAMENTOS

A administração de medicamentos por via subcutânea constitui, em sua maioria, uma prática *off-label*, porém é adotada mundialmente nos serviços de cuidados paliativos[1,8].

Os medicamentos hidrossolúveis e aqueles com pH próximo à neutralidade são mais tolerados do que aqueles de pH extremos (menor que 2 ou maior que 11), os quais têm risco aumentado de precipitação ou irritação local[3]. No entanto, a despeito dessa premissa, a prática clínica mostrou que medicamentos de pH ácido têm sido administrados sem danos significativos ao tecido subcutâneo, desde que a administração ocorra de forma mais lenta e na devida diluição. Para infusão de fluídos, soluções isotônicas são recomendadas[9].

A administração de mais de um medicamento no mesmo sítio de punção requer cautela. Sempre que houver incompatibilidade ou quando os medicamentos não forem testados, a administração deve ocorrer em sítios distintos. O Quadro 43 apresenta a compatibilidade medicamentosa e os Quadros 44 e 45, as reconstituições e diluições de medicamentos, o tempo de infusão e a indicação de administração em sítios concomitantes ou separados.

Uma vez que o uso da terapia subcutânea é uma prática *off-label,* é desejável que o sítio de infusão seja monitorado de forma sistemática. O Anexo 2 apresenta o formulário utilizado no HC IV do INCA nas enfermarias e o Anexo 3 o formulário utilizado para monitoramento das hipodermóclises em domicílio.

Quadro 43 — Compatibilidade de medicamentos administrados por via subcutânea

COMPATÍVEL (C) INCOMPATÍVEL (I) NÃO TESTADO (EM BRANCO)	Ácido épsilon-aminocaproico	Atropina	Bromoprida	Escetamina	Clonidina	KCl 10%	NaCl 20%	Dexametasona	Dexmedetomidina	Diclofenaco sódico	Dipirona	Escopolamina	Fenobarbital	Fentanila	Furosemida	Haloperidol	Insulina	Metadona	Metilprednisolona	Metoclopramida	Midazolam	Morfina	Naloxona	Octreotida	Omeprazol	Ondansetrona	Ranitidina	Tramadol
Ácido épsilon-aminocaproico	*									I			I		I													
Atropina		*								I			I		I													
Bromoprida			*							I			I		I													
Escetamina				*				C		I		C	I	C	I	C		C		C	C	C		C		C		
Clonidina					*					I			I		I													
KCl 10%						*				I			I		I													
NaCl 20%							*			I			I		I													
Dexametasona				C				*		I		C	I	I	I	I	C	C		C	I	C		I		I	C	C
Dexmedetomidina									*	I			I		I													
Diclofenaco sódico	I	I	I	I	I	I	I	I	I	*	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I
Dipirona										I	*		I		I													
Escopolamina				C				C		I		*	I	C	I	C		C		C	C	C		C		C		C
Fenobarbital	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	*	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I
Fentanila				C				I		I		C	I	*	I	C				C	C			C		C		
Furosemida	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	*	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I
Haloperidol				C				I	I	I		C	I	C	I	*		C		C	C	C		C		C	C	C
Insulina								C		I			I		I		*			C	C	C		I			I	
Metadona				C				C		I		C	I		I	C		*		C	C	I		C			C	I
Metilprednisolona										I			I		I				*									
Metoclopramida				C				C		I		C	I	C	I	C	C	C		*	C	C		C		C	C	C
Midazolam				C				I		I		C	I	C	I	C	C	C		C	*	C		C		C	I	C
Morfina				C				C		I		C	I		I	C	C	I		C	C	*		C		C	C	I
Naloxona										I			I		I								*					
Octreotida				C				I		I		C	I	C	I	C	I	C		C	C	C		*		C		
Omeprazol										I			I		I										*			
Ondansetrona				C				I		I		C	I	C	I	C				C	C	C		C		*		
Ranitidina								C		I			I		I	C	I	C		C	I	C					*	
Tramadol								C		I		C	I		I	C		I		C	C	I						*

Fonte: adaptado de Bruno, 2015[7]; Gippsland Region Palliative Care Consortion, 2021[10].
Legenda: KCl — cloreto de potássio; NaCl — cloreto de sódio.
Nota: * Não se aplica.

Quadro 44 — Reconstituição, diluição, tempo de infusão e indicação de administração em sítios específicos de antibióticos administrados por via subcutânea

Fármaco	Via original de administração	Apresentação	Reconstituição	Diluição	Tempo de infusão	Sítio específico
Ampicilina	Intravenosa e IM	Frasco-ampola pó para solução injetável 250 mg, 500 mg, 1 g	Diluente próprio de 3-5 ml	50 ml de SF 0,9%	20-60min, gravitacional em bureta	SIM
Cefepima	Intravenosa e IM	Frasco-ampola pó para solução injetável 500 mg, 1 g, 2 g	Água para injeção 10 ml	100 ml de SF 0,9%	40-60min, gravitacional em bureta	SIM
Cefotaxima	Intravenosa e IM	Frasco-ampola pó para solução injetável 500 mg e 1 g	Água para injeção 2-10 ml	50-100 ml de SF 0,9%	30-60min, gravitacional em bureta	SIM
Ceftazidima	Intravenosa e IM	Frasco-ampola pó para solução injetável 1 g e 2 g	Água para injeção 3-10 ml	50-100 ml de SF 0,9%	30-60min, gravitacional em bureta	SIM
Ceftriaxona#	Intravenosa e IM	Frasco-ampola pó para solução injetável 500 mg e 1 g	Água para injeção 5-10 ml	100 ml de SF 0,9%	60min, gravitacional em bureta	SIM
Ertapenem#	Intravenosa e IM	Frasco-ampola pó para solução injetável de 1 g	Água para injeção ou SF 0,9% 10 ml	50 ml de SF 0,9%	30min, gravitacional em bureta	SIM
Meropenem	Intravenosa	Frasco-ampola pó para solução injetável 500 mg, 1 g e 2 g	10 ml de água para injeção para cada 500 mg	100 ml de SF 0,9%	40-60min, gravitacional em bureta	SIM
Teicoplanina	Intravenosa e IM	Frasco-ampola pó liofilizado 200 mg e 400 mg	Água para injeção 3 ml	50-100 ml de SF 0,9%	30-60min, gravitacional em bureta	SIM

Fonte: Azevedo; Barbosa; Cassiani[11]; Bruno[7]; Instituto Nacional de Câncer[3].

Legendas: IM — intramuscular; SF — soro fisiológico.

Nota: # Fármacos padronizados para uso atual na rotina da instituição por via subcutânea. Os demais têm uso descrito por outros serviços, porém não liberados para uso por via subcutânea na instituição em razão da fragilidade dos estudos localizados na literatura. Poderão ser liberados para uso restrito e mediante contato com a farmácia da instituição para casos clínicos excepcionais.

Quadro 45 — Reconstituição, diluição, tempo de infusão e indicação de administração em sítios específicos de fármacos administrados por via subcutânea

Fármaco	Via original de administração	Apresentação	Diluição	Tempo de infusão	Sítio específico
Ácido épsilon--aminocaproico	Intravenosa	Frasco ou ampola de 200 mg/ml, 20 ml	50 ml de SF 0,9% para cada 20 ml de solução	20-30min, em bureta	SIM
Atropina*	Intravenosa, IM e SC	Ampola plástica 0,25 mg/ml, 1 ml	1 ml de SF 0,9% para cada 1 ml de solução	Bólus	SIM
Bromoprida	IV e IM	Ampola 5 mg/ml, 2 ml	1 ml de SF 0,9% para cada 1 ml de solução	Bólus	SIM
Clonidina*	IT, EP, intravenosa e IM	Ampola 150 mcg/ml, 1 ml	1 ml de SF 0,9% para cada 1 ml de solução	Bólus	SIM
Cloreto de potássio 10%*	Intravenosa	Ampola plástica 10%, 10 ml	Sempre diluído em SF 0,9% ou SG 5% em volume superior a 100 ml	62,5 ml/h	SIM
Cloreto de sódio 20%*	Intravenosa	Ampola plástica 20%, 10 ml	Sempre diluído em SF 0,9% ou SG 5% em volume superior a 100 ml	62,5 ml/h	SIM
Clorpromazina**	IM	Ampola 5 mg/ml, 5 ml	100 ml de SF para cada 5 ml de solução	60min, em bureta	SIM
Dexametasona	Intravenosa, IM, intra-articular, intralesional ou tecidos moles	Ampola 4 mg/ml, 2,5 ml	1 ml de SF 0,9% para cada 1 ml de solução	Bólus até 4 ml Para 5 ml em diante: infusão gravitacional a 1 ml/min	NÃO
Dexmedetomidina	Intravenosa	Ampola 100 mcg/ml, 2 ml	1 ml de SF 0,9% para cada 1 ml de solução Não ultrapassar a concentração mínima de 50 mcg/ml Se *dripping*, diluir em 50-100 ml	20-30min, em bureta	SIM
Diclofenaco sódico*	IM	Ampola 75 mg/ml, 3 ml	30 ml de SF 0,9%	20-30 min, em bureta	SIM (pode haver irritação local)

continua

continuação

Fármaco	Via original de administração	Apresentação	Diluição	Tempo de infusão	Sítio específico
Dipirona	Intravenosa e IM	Ampola 500 mg/ml, 2 ml	20 ml de SF 0,9% para cada 2 ml de solução	20-30min, em bureta	SIM
Escopolamina	Intravenosa, IM e SC	Ampola 20 mg/ml, 1 ml	1 ml de SF 0,9% para cada 1 ml de solução	Bólus	NÃO
Fenobarbital sódico	Intravenosa e IM	Ampola 100 mg/ml, 2 ml	100 ml de SF 0,9% para cada 2 ml de solução	60min, em bureta	SIM
Fentanila*	IT, EP, intravenosa e IM	Ampola 0,05 mg/ml, 2, 5 ou 10 ml	50 ml de SF 0,9% para cada 2 ml de solução	20-60min, em bureta	SIM
Furosemida	Intravenosa e IM	Ampola 10 mg/ml, 2 ml	1 ml de SF 0,9% para cada 1 ml de solução	Bólus	NÃO
Haloperidol	IM	Ampola 5 mg/ml, 1 ml	1 ml de SF 0,9% para cada 1 ml de solução	Bólus	NÃO
Escetamina	Intravenosa e IM	Frasco ou ampola 50 mg/ml, 10 ml	1 ml de SF 0,9% para cada 1 ml de solução	Bólus até 4 ml Para 5 ml em diante: infusão gravitacional a 1 ml/min	NÃO
Metadona	IM e SC	Ampola 10 mg/ml, 1 ml	1 ml de SF 0,9% para cada 1 ml de solução	Bólus até 4 ml Para 5 ml em diante: infusão gravitacional a 1 ml/min	NÃO (em 24 horas, variar o local)
Metilprednisolona*	Intravenosa e IM	Frasco ou ampola pó liofilizado 40 mg, 125 mg, 500 mg, 1 g	Reconstituir em diluente próprio e diluir em 50 ml de SG 5% ou SF 0,9%	15-30min, em bureta	SIM
Metoclopramida	Intravenosa e IM	Ampola 5 mg/ml, 2 ml	50 ml de SF 0,9% para cada 2 ml da solução	30min, em bureta	NÃO

continua

continuação

Fármaco	Via original de administração	Apresentação	Diluição	Tempo de infusão	Sítio específico
Midazolam	Intravenosa, IM e retal	Ampola 5 mg/ml, 3 ml e 10 ml e 1 mg/ml, 5 ml	1 ml de SF 0,9% para cada 1 ml de solução (até 5 mg), ou em 50-100 ml de SF 0,9%	Bólus até 4 ml Para 5 ml em diante: infusão gravitacional a 1 ml/min	NÃO
Morfina	Intravenosa, IM, EP e IT	Ampola 10 mg/ml, 1 ml	1 ml de SF 0,9% para cada 1 ml de solução	Bólus até 4 ml Para 5 ml em diante: infusão gravitacional a 1 ml/min	NÃO
Naloxona	Intravenosa, IM e SC	Ampola 0,4 mg/ml, 1 ml	1 ml de SF 0,9% para cada 1 ml de solução	Bólus	SIM
Octreotida	Intravenosa e SC	Ampola 0,1 mg/ml e 0,5 mg/ml, 1 ml	1 ml de SF 0,9% para cada 1 ml de solução	Bólus	NÃO
Omeprazol	Intravenosa	Frasco-ampola 40 mg/pó liofilizado	Reconstituir em diluente próprio 10 ml e diluir em 100 ml de SF 0,9%	30min, em bureta	SIM
Ondansetrona	Intravenosa e IM	Ampola 4 mg/2 ml e 8 mg/4 ml	30 ml de SF 0,9% para ampola de 4 ml e 50 ml para ampola de 8 ml	30min, em bureta	NÃO
Ranitidina***	Intravenosa e IM	Ampola 25 mg/ml, 2 ml	50 ml de SF 0,9% para cada 2 ml da solução	50min, em bureta	NÃO
Tramadol	Intravenosa e IM	Ampola de 50 mg/ml, 1 ml e 2 ml	50 ml de SF 0,9% para cada 1 ml de solução	1 ml/min	NÃO

Fonte: adaptado de Gippsland Region Palliative Care Consortion[10]; Quaglio *et al.*[12]; Instituto Nacional de Câncer[3].

Legendas: EP — epidural; IM — intramuscular; IT — intratecal; SC — subcutâneo; SF — soro fisiológico; SG — soro glicosado.

Nota: * Medicamentos padronizados em outros serviços e constantes na literatura. Ainda não liberados para uso na instituição pela fragilidade dos estudos identificados na literatura. Poderão ser liberados para uso restrito e mediante contato com a farmácia da instituição para casos clínicos excepcionais. ** Medicamento autorizado para utilização por via subcutânea diante dos seguintes requisitos técnicos: falência da rede venosa periférica e indicação por *delirium* de difícil controle. Indicado monitoramento. *** Uso amplamente recomendado na literatura, porém produto indisponível no Brasil, no momento.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O controle de sintomas físicos, a preservação da autonomia, bem como o cuidado centrado no indivíduo e sua família são pilares do cuidado paliativo. Por vezes, no cenário da assistência oncológica, o controle de sintomas pode ser dificultado por situações relacionadas à complexidade do câncer e seu caráter progressivo, desafiando pacientes, familiares e profissionais de saúde.

Na prática clínica em cuidados paliativos, a terapia subcutânea tem se revelado como alternativa simples e segura para o alcance desse objetivo. O uso dessa técnica tem sido descrito na literatura como de fácil execução, causando menos desconfortos ao indivíduo sob esse tipo de cuidado e com menor custo quando comparado a outras técnicas, especialmente a intravenosa.

Sendo assim, para auxiliar os indivíduos com câncer avançado no controle adequado de sintomas e promoção de conforto, considera-se de fundamental importância a apropriação dos conhecimentos necessários, por parte das equipes de cuidados paliativos, para a utilização dessa técnica, suas indicações, contraindicações, vantagens, desvantagens, medicamentos com utilização possível por essa via, diluição e interações medicamentosas.

REFERÊNCIAS

1. LI, K. X.; MACDOUGALL, D. **Hypodermoclysis for frail patients and patients in long term care**: a review of clinical effectiveness, cost effectiveness, and guidelines. Ottawa, ON: Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health, 2020. (CADTH rapid response report: reference list). Disponível em: https://www.cadth.ca/sites/default/files/pdf/htis/2020/RA1122%20Hypodermoclysis%20Final.pdf. Acesso em: 16 out. 2023.

2. VASCONCELLOS, C. F.; MILÃO, D. Hipodermóclise: alternativa para infusão de medicamentos em pacientes idosos e pacientes em cuidados paliativos. **Pajar - Pan-American Journal of Aging Research**, Porto Alegre, v. 7, n. 1, 2019. DOI 10.15448/2357-9641.2019.1.32559.

3. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil). **Terapia subcutânea no câncer avançado**. Rio de Janeiro: INCA, 2009. p. 9-23. (Série cuidados paliativos). Disponível em: https://ninho.inca.gov.br/jspui/handle/123456789/12648. Acesso em: 16 out. 2023.

4. WINNIPEG REGIONAL HEALTH AUTHORITY. **Procedure for subcutaneous insertion, removal, and medication administration**. Winnipeg: Winnipeg Regional Health Authority, Apr. 2017. (Palliative care program). Disponível em: https://www.virtualhospice.ca/Assets/Palliative%20

Care%20Community%20SQ%20Policy%20June2015_20160624111131.pdf. Acesso em: 19 jan. 2024.

5. AZEVEDO, D. L. (org.). **O uso da via subcutânea em geriatria e cuidados paliativos**: um guia da SBGG e da ANCP para profissionais. 2. ed. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia; Academia Nacional de Cuidados Paliativos, 2017. p. 17-49. Disponível em: https://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2017/11/SBGG_guia-subcutanea_2aedicao.pdf. Acesso em: 16 out. 2023.

6. SIQUEIRA, S. A. L. *et al*. Evidências do uso da via subcutânea na assistência de enfermagem. **Recien - Revista Científica de Enfermagem**, [*s. l.*], v. 11, n. 35, p. 98-107, 2021. DOI 10.24276/rrecien2021.11.35.98-107.

7. BRUNO, V. G. Hipodermóclise: revisão de literatura para auxiliar a prática clínica. **Einstein**, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 122-128, jan./mar. 2015. DOI 10.1590/S1679-45082015RW2572.

8. DICKEMAN, A. *et al*. Identification of drug combinations administered by continuous subcutaneous infusion that require analysis for compatibility and stability. **BMC Palliative Care**, London, v. 16, p. 22, 2017. DOI 10.1186/s12904-017-019-y.

9. DANIELSEN, M. B. *et al*. Absorption rate of subcutaneously infused fluid in ill multimorbid older patients. **PLoS One**, San Francisco, v. 10, n. 17, e-0275783, Oct. 2022. DOI 10.1371/journal.pone.0275783.

10. GIPPSLAND REGION PALLIATIVE CARE CONSORTION. **Subcutaneous drug insufision compatibility guidelines**. Warragul: GRPCC, May, 2021. Disponível em: https://www.safercare.vic.gov.au/sites/default/files/2021-02/GUIDANCE_Syringe%20driver%20compatability%20FINAL_0.pdf. Acesso em: 16 out. 2023.

11. AZEVEDO, E. F.; BARBOSA, L. A.; CASSIANI, S. H. B. Administração de antibióticos por via subcutânea: uma revisão integrativa da literatura. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 25, n. 5, p. 817-822, 2012. DOI 10.1590/S0103-21002012000500026.

12. QUAGLIO, R. C. *et al*. Medicamentos passíveis de infusão por hipodermóclise. **Medicina (Ribeirão Preto)**, v. 51, n. 1, p. 55-68, jan./mar. 2018. DOI 10.11606/issn.2176-7262.v5ti1p55-68.

CAPÍTULO 39: OSTOMIAS

INTRODUÇÃO

Ostomias ou estomas são termos utilizados para indicar a abertura de um órgão ou exteriorização de qualquer víscera oca por meio de intervenções cirúrgicas. Podem ser temporárias ou definitivas, dependendo das condições do paciente e do motivo pelo qual elas foram indicadas. São ainda classificadas em digestivas, intestinais, urinárias e respiratórias[1] (Capítulo 36).

No contexto dos pacientes com câncer em cuidados paliativos, a inserção de uma ostomia é algo frequente e esperado. Dessa forma, é de suma importância, no momento da avaliação, considerar questões socioeconômicas, psicológicas, espirituais, nutricionais, culturais, religiosas, escolares e familiares[2].

No Brasil, de acordo com a Lei nº 13.146, de 2015, pessoas com estomas são consideradas portadoras de deficiências, com direito ao acesso a materiais e equipamentos necessários para os cuidados com a ostomia. Para a escolha correta do dispositivo, devem-se considerar as características e as necessidades de cada indivíduo, garantindo uma melhor adaptação e reduzindo possíveis complicações. Dessa forma, torna-se imprescindível que os profissionais de saúde estejam capacitados para promover uma assistência que atenda às necessidades atuais do paciente, prepare-o para o autocuidado e antecipe possíveis complicações.

Os profissionais devem ainda ponderar sempre sobre questões inquietantes ao paciente e seus familiares, tais como dependências física e emocional e perda da autonomia. De igual modo, devem considerar que o estoma altera o estilo de vida, sendo necessário modificar sua alimentação, realizar alterações no vestuário, na rotina etc. A pessoa ostomizada sofre alteração da imagem corporal e consequentemente de sua autoestima, tanto pela ruptura do seu esquema corporal, causado pela cirurgia em si, quanto pela perda mecânica do controle esfincteriano. Dessa forma, a abertura do estoma significa o manuseio inevitável das excretas, algo que, enraizado desde sua infância, deve ser privado e considerado vexaminoso. Portanto o estoma representa uma agressão às intimidades física, social e psicológica do paciente[3].

Consequentemente, o indivíduo ostomizado pode estar sujeito a emoções como ansiedade, angústia, depressão, medo de rejeição, vergonha, complexo de inferioridade. Tais sentimentos, além de contribuírem para o isolamento social, afetam a sexualidade do indivíduo. Segundo a OMS[4],

sexualidade é um aspecto central do ser humano ao longo da vida e engloba sexo, identidades e papéis de gênero, orientação sexual, erotismo, prazer, intimidade e reprodução. Tem sua expressão por meio de pensamentos, fantasias, desejos, crenças, atitudes, valores, comportamentos, práticas, papéis e relacionamentos, sendo influenciada pela interação de fatores biológicos, psicológicos, sociais, econômicos, políticos, culturais, jurídicos, históricos, religiosos e espirituais. É, portanto, considerada de suma importância para a qualidade de vida do indivíduo, devendo ser avaliada e abordada durante os atendimentos a essa clientela.

Dessa forma, o objetivo deste capítulo é abordar os principais tipos de estomas encontrados em cuidados paliativos, seus cuidados e orientações ao paciente ostomizado e a seus familiares.

ABORDAGEM INTERDISCIPLINAR

Embora o conceito de interdisciplinaridade tenha surgido no século XX e esteja presente na elaboração do princípio da integralidade do SUS (que data de 1990), percebe-se que, no cotidiano dos serviços de saúde, trabalhar a interdisciplinaridade é algo ainda novo e apresenta dificuldades que se iniciam ainda nas formações acadêmicas em saúde[5].

A interdisciplinaridade envolve troca de experiências, multiplicidade de questionamentos e olhares dos distintos saberes, os quais propiciam maior compreensão dos problemas de saúde, culminando com a proposição de soluções conjuntas para tais problemas[6] (Capítulo 10).

Outros autores enfatizam que a interdisciplinaridade consiste numa troca contínua de informações e no compartilhamento de atividades a partir de uma gestão do cuidado correlacionado entre as diversas áreas de conhecimento[5].

No contexto da confecção de estomas, sejam eles respiratórios, digestivos ou para eliminações, a abordagem de equipe interdisciplinar coesa faz-se necessária, desde o preparo e o planejamento pré-operatórios até o processo de reabilitação, visando à recuperação do autocuidado[7].

A Portaria do Ministério da Saúde nº 400, de 2009, estabeleceu as "Diretrizes Nacionais para Atenção à Saúde das Pessoas Ostomizadas no âmbito do Sistema Único de Saúde". Nesse documento, fica claro que os serviços de atenção às pessoas ostomizadas devem prestar assistência especializada e de natureza interdisciplinar, com o objetivo de reabilitação do paciente, que inclui a orientação para o autocuidado, a prevenção, o tratamento de complicações das ostomias, a capacitação e o fornecimento de equipamentos

coletores e adjuvantes de proteção e segurança. Tais serviços devem dispor de equipe multidisciplinar com os seguintes profissionais: médico, enfermeiro estomaterapeuta, assistente social, psicólogo e nutricionista, com prioridade à maior proporção de enfermeiros na equipe. O número de profissionais deve ser condizente com as demandas e a área de abrangência do serviço[8].

O atendimento integral às pessoas com estomas precisa envolver o paciente e sua família, com ações conjuntas, para capacitar a pessoa ostomizada para o enfrentamento do adoecimento e as repercussões advindas da confecção do estoma, considerando os aspectos físicos, sociais, emocionais e espirituais dos indivíduos nessa condição, por meio do planejamento de cuidados por equipe multidisciplinar especializada[9].

Diante da complexidade de cuidados exigidos após a confecção de um estoma, o trabalho interdisciplinar, por meio de escuta sensível e qualificada dos profissionais, é fundamental e facilitador no processo de reabilitação dos ostomizados, ou seja, o ensino do autocuidado pressupõe ir além da implementação de rotinas de cuidados, com o envolvimento de aspectos psicossociais para adaptação e adoção do novo estilo de vida[10].

CARACTERIZAÇÃO DE OSTOMIAS

Estoma respiratório — traqueostomia[1]

Consiste na confecção de um estoma na porção cervical da traqueia seguida da colocação de uma cânula. Geralmente, em oncologia, é realizada em pacientes com tumores de cabeça e pescoço, para fins de tratamento ou como forma preventiva, assim como em casos de urgências obstrutivas (obstrução de via aérea superior).

Cuidados com a traqueostomia[1,11]:

- Certificar-se de que o conjunto de cânula introduzido é condizente com a anatomia do paciente.
- Estimular e orientar o paciente e seus familiares quanto aos cuidados em domicílio.
- Limpar a cânula interna: segurar firmemente o conjunto externo, destravar a cânula interna, prosseguir a limpeza com água corrente e escova própria, reintroduzir a cânula interna e travar. Realizar esse cuidado cerca de quatro a cinco vezes ao dia.
- Realizar troca da fixação — segurar firmemente o conjunto externo, cortar fita atual, passar a nova fita por trás do pescoço do paciente.

Inserir a nova fita pelas extremidades do conjunto e fixar. Atentar se essas fitas estão frouxas ou apertadas para evitar desconforto ou riscos ao paciente.

- Avaliar estoma e pele periestoma (edema, sinais de infecção, cortes provocados pelo conjunto de traqueostomia).
- Aplicar compressas de gaze entre a pele e o conjunto de traqueostomia.
- Limpar a pele periestoma com soro fisiológico.
- Realizar aspiração traqueal sempre que necessário.

A troca do conjunto de traqueostomia, em caso de traqueostomia transtumoral, com sangramento ativo ou pós-operatório recente, deve ser feita por cirurgião. Caso ocorra a decanulação em domicílio, o paciente deve ser orientado a tentar reintroduzi-la e a procurar imediatamente uma unidade de saúde.

Estomas para alimentação — gastrostomia e jejunostomia[1]

A gastrostomia consiste na criação de um estoma temporário ou definitivo do estômago para a pele. O procedimento pode ter intuito alimentar (principal indicação), ou pode promover descompressão, que é um procedimento de exceção. Já a jejunostomia consiste na abertura de um segmento do intestino delgado na pele. Possui propósito alimentar.

Cuidados com a gastrostomia e a jejunostomia[1,12]:

- Estimular e orientar o paciente e seus familiares quanto aos cuidados em domicílio.
- Aplicar protetor cutâneo em pele periestoma.
- Avaliar diariamente a pele periestoma.
- Avaliar se o balonete de fixação está adequadamente insuflado, no caso da gastrostomia.
- Realizar rotação diária do cateter que visa à prevenção de lesões por pressão sobre o abdômen e parede gástrica, além da formação de granulomas.
- Lavar o cateter com água após a administração de alimentos ou medicamentos. Em caso de nutrição contínua, o tubo deve ser lavado a cada três ou quatro horas.
- Dissolver medicamentos em água antes da administração e utilizar preferencialmente as formas líquidas de medicamentos em vez de formas sólidas.
- Atentar para ruptura de fixação (pontos de sutura), principalmente no pós-operatório imediato.

- Atentar para sinais de distensão abdominal e sinais flogísticos em área periestoma.

Caso ocorra a exteriorização total do cateter em domicílio, o paciente deve ser orientado a procurar imediatamente uma unidade de saúde, pois há risco de fechamento do óstio.

Estomas para eliminação — colostomia e ileostomia[1,13]

A colostomia consiste na derivação proveniente do intestino grosso (cólon). Pode ser temporária ou permanente. Já a ileostomia consiste na derivação do íleo para a parede abdominal. Seu efluente é eminentemente líquido e irritante à pele em razão da grande quantidade de enzimas digestivas.

Cuidados com a colostomia e a ileostomia[8,13-16]:

- Estimular a participação ativa da pessoa ostomizada ou de seu cuidador durante execução dos procedimentos e cuidados.
- Realizar inspeção diária do estoma e região periestoma, orientando a comunicar à equipe responsável caso detecte alterações ou lesões no local.
- Realizar higiene do estoma, região periestoma e pele com água e sabão neutro delicadamente, removendo fezes e demais resíduos, secar cuidadosamente a pele periestoma.
- Realizar a higiene interna do coletor com água em pequena quantidade e sem pressão.
- Orientar quanto à durabilidade do dispositivo coletor indicada pelo fabricante, para saber o momento de troca e o ponto de saturação da placa, evitando o risco de descolamento e vazamentos.
- Orientar a retirada da bolsa preferencialmente no momento do banho, pois há mais facilidade para remoção do adesivo, evitando danos na pele.
- Orientar medir e recortar, ainda com o papel que protege a placa, o orifício, utilizando o mensurador de estomas adequado ao paciente.
- Com o recorte feito e a pele seca, retirar o adesivo sobre a placa e aplicar a bolsa diretamente na pele, fazendo leve pressão em movimentos circulares na placa do coletor, para uma melhor aderência. Caso seja necessário, utilizar um protetor cutâneo.
- Colar a bolsa com o paciente preferencialmente deitado em decúbito dorsal, permanecendo nessa posição por pelo menos 30 minutos após a colagem, para melhor aderência.
- Inserir a bolsa preferencialmente com a abertura para baixo, com fundo fechado conforme indicação do fabricante.

- Manter os pelos ao redor do estoma aparados com tesoura.
- Orientar o esvaziamento da bolsa sempre que necessário ou quando atingir dois terços do volume, seja de fezes seja gazes.
- Estimular o próprio paciente (quando possível) a proceder a limpeza para lavar ou esvaziar o conteúdo fecal da bolsa, desprezando no vaso sanitário.
- Orientar sobre hábitos alimentares, atividade física e sexual. Encaminhar a profissionais especializados.
- Orientar o paciente a levar um conjunto de placa e bolsa reserva e também material de higiene quando sair.

Estomas urinários — cistostomia, nefrostomia e urostomia[1,12]

A urostomia consiste na exteriorização dos ureteres. A mais comum é por meio do intestino delgado (Bricker), mas é possível também pelo cólon ou pelo ureter, que é mais passível de complicações.

A cistostomia consiste na derivação vesical suprapúbica, por meio de um cateter na bexiga. Geralmente utilizada em casos de uropatia obstrutiva causada por estenose uretral. Já a nefrostomia é a colocação de um cateter diretamente no interior do rim. Geralmente é usada em casos de nefropatia obstrutiva.

Cuidados com estomas urinários[1,11,12]:

- Estimular e orientar paciente e familiares quanto aos cuidados em domicílio.
- Realizar inspeção diária do estoma e região periestoma.
- Esvaziar bolsa coletora regularmente para evitar descolamento.
- Utilizar bolsa coletora com válvula antirrefluxo com propósito de evitar infecções do trato urinário.
- Orientar o paciente e os familiares a ficarem atentos a sinais e sintomas de infecção do trato urinário, como mudança no aspecto, na cor, no odor e na quantidade da urina, febre, dor abdominal ou dorsal, náuseas e vômitos.
- Orientar o paciente e os familiares a manterem as bolsas coletoras, em caso de nefrostomias e cistostomias, abaixo do quadril para evitar refluxo.
- Atentar para ruptura de pontos de fixação, evitando assim a perda dos cateteres.
- Evitar tracionar os cateteres, utilizando curativos de fixação próprios.

- Fazer higienização dos óstios dos cateteres com clorexidina alcoólica e prosseguir com oclusão com filme transparente semipermeável, realizando a troca seguindo a recomendação do fabricante. Caso opte por uso de gaze e esparadrapo, a troca deverá ser diária.
- Utilizar barreira cutânea *spray* sempre que fizer curativo ou troca de bolsa coletora.

Caso haja ruptura dos pontos de sutura, oriente o paciente a procurar uma unidade de saúde, pois há riscos de desposicionamento ou perda de cateter.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando os princípios dos cuidados paliativos e a prevalência da confecção de estomas nos indivíduos com câncer avançado, devem ser estabelecidas medidas para promoção de sua reabilitação e potencialização para o autocuidado, visando a promover sua reintegração social e sua qualidade de vida.

Tais medidas vão desde o preparo pré-operatório, com o detalhamento das indicações e o esclarecimento de dúvidas em relação ao procedimento, até o pós-operatório imediato, quando se iniciam os cuidados com o estoma, a prevenção de complicações e a educação em saúde para o autocuidado. Os cuidados se seguem no pós-operatório tardio, no qual os pacientes e suas famílias frequentemente já estão realizando os cuidados em domicílio, podendo surgir novas dúvidas e incertezas, as quais devem ser acolhidas e dirimidas pela equipe especializada.

As mudanças geradas a partir da confecção do estoma vão além do aumento da dependência de cuidados, mas também se relacionam com alterações na autoimagem, bem como com uma readaptação de papéis sociais desses indivíduos e de seus familiares. Cabe à equipe interdisciplinar o acolhimento a tais demandas, no intuito de instrumentalizar esse paciente e seus familiares para o luto, considerando que o luto não compreende somente a morte em si, mas está relacionado ao sofrimento de uma perda, seja de papel social, de sonho, seja de funcionalidade, uma vez que, embora esse mesmo estoma seja uma alternativa para manutenção da vida naquele momento, também se revela como uma lembrança constante de sua terminalidade.

REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia de atenção a saúde da pessoa com estomia**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021.
2. BANDEIRA, L. R. *et al*. Atenção integral fragmentada a pessoa estomizada na rede de atenção à saúde. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, 2020. DOI 10.1590/2177-9465-EAN-2019-0297.
3. SANTOS, V. L. C. G. **Assistência em estomaterapia**: cuidando do ostomizado. São Paulo: Atheneu, 2005.
4. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Saúde sexual, direitos humanos e a lei**. Porto Alegre: UFRGS, 2020. *E-book*. Disponível em: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/175556/9786586232363-por.pdf?sequence=8&isAllowed=y. Acesso em: 12 jun. 2024.
5. NASCIMENTO, J. W. *et al*. Relato de experiência sobre a importância da intersetorialidade e interprofissionalidade para a promoção da saúde em um projeto de extensão, Pet-saúde interprofissionalidade. **Brazilian Journal of Health Review**, Curitiba, v. 4, n. 1, 2021. DOI 10.34119/bjhrv4n1-049.
6. RIOS, D. R. da S.; SOUSA, D. A. B. de; CAPUTO, M. C. Diálogos interprofissionais e interdisciplinares na prática extensionista: o caminho para a inserção do conceito ampliado de saúde na formação acadêmica. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 23, e180080, 2019. DOI 10.1590/Interface.180080.
7. SASAKI, V. D. M. *et al*. Self-care of people with intestinal ostomy: beyond the procedural towards rehabilitation. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 74, n. 1, e20200088, 2021. DOI 10.1590/0034-7167-2020-0088.
8. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil). **Ações de enfermagem para o controle do câncer**: uma proposta de integração ensino-serviço. 3. ed. Rio de Janeiro: INCA, 2008.
9. SASAKI, V. D. M. *et al*. Care in the Ostomates Programs: the multidisciplinary team's perspective. **Revista Rene**, Fortaleza, v. 21, e44295, 2020. DOI 10.15253/2175-6783.20202144295.
10. SELAU, C. M. *et al*. Perception of patients with intestinal ostomy in relation to nutritional and lifestyle changes. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 28, e20180156, 2019. DOI 10.1590/1980-265X-TCE-2018-0156.
11. SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. **Brunner & Suddarth**: tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 14. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2020. 2 v.

12. CARVALHO, R. T. de; PARSONS, H. A. (org.). **Manual de cuidados paliativos ANCP**. 2. ed. ampl. e atual. São Paulo: Academia Nacional de Cuidados Paliativos, 2012.

13. BORSATTO A. Z. *et al*. Procedimentos/dispositivos minimamente invasivos e estomias em cuidados paliativos. *In*: CASTILHO, R. K.; SILVA, V. C. S. da; PINTO, C. da S. (ed.). **Manual de cuidados paliativos**. 3. ed. São Paulo: Academia Nacional de Cuidados Paliativos; Atheneu, 2021. p. 495-505.

14. BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 400, de 16 de novembro de 2009**. Estabelecer Diretrizes Nacionais para a Atenção à Saúde das Pessoas Ostomizadas no âmbito do Sistema Único de Saúde-SUS, a serem observadas em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2009/prt0400_16_11_2009.html. Acesso em: 19 jan. 2024.

15. SILVA, R. A. *et al*. Cuidados de enfermagem ao paciente com estomia intestinal: uma revisão integrativa. **Brazilian Journal of Health Review**, Curitiba, v. 3, n. 4, p. 10771-10778, jul./ago. 2020. DOI 10.34119/bjhrv3n4-335.

16. SILVA, E. S. *et al*. Tecnologia do cuidado à pessoa com colostomia: diagnósticos e intervenções de enfermagem. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 20, e931, 2016.

CAPÍTULO 40: CUIDADOS AO FIM DA VIDA

INTRODUÇÃO

Não há consenso sobre o significado da expressão "fim de vida" ou "fase final da vida". Alguns autores assim nomeiam o processo de terminalidade, quando, classicamente, a expectativa de vida gira em torno de seis meses. Sugere-se a utilização da expressão "últimos dias de vida", como significado de uma expectativa de vida de até 72 horas, com o máximo estimado de uma semana. Por cuidados ao fim da vida, entende-se o conjunto de medidas adotado pela equipe assistencial no período de horas a dias antes do óbito. Uma discussão desses termos pode ser vista no capítulo um do livro *Últimos dias de vida*[1].

Assim como durante toda a trajetória da doença, o cuidado ofertado nos momentos próximos ao óbito deve ser integral, individualizado, considerando a biografia e as preferências do paciente, assim como os desejos previamente compartilhados com familiar e/ou profissional de saúde, garantindo a autonomia. Nesse sentido, o objetivo deste capítulo é abordar os cuidados ao fim da vida necessários para propiciar conforto e acolhimento.

ABORDAGEM DIAGNÓSTICA

A prognosticação acertada e o diagnóstico precoce da fase final de vida permitem uma abordagem mais eficaz. É comum que sintomas preexistentes fiquem mais intensos e novos sintomas surjam. A avaliação longitudinal da condição clínica, com participação de familiares ou cuidadores e da equipe assistencial, aumenta a acurácia do diagnóstico. É importante afastar eventual sedação ou sonolência por efeito colateral de medicação, distúrbio hidroeletrolítico, metabólico ou ainda *delirium* hipoativo. As principais alterações clínicas observadas nas últimas horas a dias de vida são[2-5]:

- Redução da ingestão oral e dificuldade de deglutição (alimento e medicações).
- Fraqueza muscular, redução da funcionalidade (classicamente KPS 20%).
- Mudança do padrão respiratório – geralmente hipopneia (redução do volume corrente), apneia ou *Cheyne Stokes*.
- Acúmulo secreção em vias aéreas superiores (traqueobrônquica e/ou salivar).

- Redução da resposta a estímulos verbais e visuais, *delirium*, torpor ou coma.
- Redução da perfusão periférica, taquicardia, hipotensão, extremidades frias, cianose, manchas na pele, ausência pulso periférico.
- Perda do controle esfincteriano.
- Inabilidade de fechar os olhos e queda das dobras nasolabiais.

A partir da prognosticação e identificação que o paciente esteja em seus últimos dias de vida, exames laboratoriais e radiológicos não devem ser solicitados, assim como monitoração regular deve dar lugar ao olhar atento à presença de sintomas.

ABORDAGEM TERAPÊUTICA

A abordagem terapêutica dos cuidados ao fim da vida deve propiciar conforto ao paciente e acolhimento aos familiares, e envolve as terapias farmacológica e não farmacológica, instituídas por equipe interprofissional. O objetivo é promover o controle dos sintomas, prevenir os agravos das últimas horas de vida e suavizar a agonia final. A participação ativa de familiares deve ser estimulada e um ambiente calmo e acolhedor promovido, com toque gentil, conversas agradáveis e expressão de carinho.

Farmacológica

Alguns medicamentos devem ser descontinuados, por serem não essenciais ou potencialmente inapropriados. Escolher medicamentos com múltiplos efeitos favorece a desprescrição, por exemplo, a morfina controla dor e dispneia; o haloperidol, náuseas, angústia e *delirium*; e a dexametasona age no controle de febre, dor e náuseas e deve ser priorizada em relação aos corticosteroides, por induzir menos a retenção hídrica. O Quadro 46 lista medicamentos que podem ser suspensos e aqueles que devem ser considerados[3,6]. A abordagem dos sintomas está em outros capítulos deste livro.

Quadro 46 — Conduta medicamentosa nos cuidados ao fim da vida

Medicamentos dispensáveis	Observações
Anti-hipertensivos	Com hipovolemia e mudanças metabólicas, a pressão arterial tende a normalizar
Antianginosos e medicamentos para insuficiência cardíaca	Suspensão deve ser guiada pelos sintomas Geralmente o impacto clínico na suspensão surge após semanas e não dias
Antidepressivos	Sem benefício no uso por períodos curtos
Hipoglicemiantes e demais medicamentos para DM	Hipoglicemia é mais danosa do que hiperglicemia a curto prazo. Atentar que a glicemia capilar e aplicação de insulina geram dor e desconforto
Anticonvulsivantes	Se usados como anticonvulsivantes, avaliar o risco de suspensão. Se adjuvante para manejo da dor, suspender. Não devem ser iniciados
Sintomas	**Orientações**
Dor	Morfina é o analgésico de escolha: - Virgem de opioide: 2 mg via SC ou intravenosa, 4/4h (1 mg se idoso, frágil ou com doença renal). Ajuste guiado pelo sintoma (aumento máximo 100% da dose) - Uso prévio de opioide: aumento 10%-15% da dose prévia
Dispneia	Morfina — dose como acima, porém aumento máximo de 50% O^2 suplementar — benefício relativo Corticosteroide, broncodilatador em caso de broncoespasmo
Náuseas	Haloperidol é a primeira opção (até 3 mg/dia)
Delirium	Haloperidol 1 mg a cada 2h até controle
Acúmulo de secreção	Escopolamina até 120 mg/dia, atropina colírio, 2 gotas VO Aspiração de vias aéreas superiores pode ser necessária até controle adequado com medicação
Desconforto refratário	Sedação paliativa. Midazolan é a primeira opção*

Fonte: National Institute for Health and Care Excellence[3]; Huffman, Harmer[6].

Legenda: DM — diabetes *mellitus*; SC — subcutânea; VO — via oral

Nota: *Capítulo 29.

A hidratação artificial merece discussão[7]. O aumento da oferta de líquidos aumenta secreções traqueobrônquica e gastrointestinal, piora dispneia, tosse, desconforto e aumenta o risco de broncoaspiração e infecção. Por outro lado, a hipo-hidratação melhora a tosse e a congestão, reduz o débito urinário e a secreção gastrointestinal (vômitos e diarreia), e diminui o edema periférico. Embora autores indiquem a interrupção completa de hidratação artificial, isso pode causar desconforto por desidratação excessiva e sensação de desassistência por familiares. Logo, a hidratação deve ser avaliada individualmente, podendo ser suspensa em pacientes com grande edema; mas, na maioria dos casos, a manutenção de baixo volume (de 250 a 500 ml ao dia) parece oferecer melhores resultados.

Não farmacológica

A manutenção da dieta deve estar vinculada à satisfação e ao desejo do paciente, devendo ter suas características adaptadas a sinais, sintomas e nível de consciência, integrando aspectos bioéticos e psicobiossocioculturais. Pequenas porções de alimentos promovem bem-estar, autonomia e troca de afeto entre entes queridos. Refeições institucionais e restrições alimentares não são apropriadas.

Não há benefício no aumento da ingestão calórica ou na manutenção de sonda nasoenteral (salvo se necessária para administração de medicamentos). A gastrostomia já existente deve ser mantida, mas nunca realizada. Pacientes nos últimos dias de vida não se beneficiam de indicação de terapia nutricional, entretanto, nos que já estavam em uso e evoluem para os cuidados ao fim da vida, a descontinuidade deve considerar os aspectos bioéticos. Pode ser preferível reduzir lentamente o volume e a taxa da infusão da fórmula enteral, bem como utilizar as de menor densidade energética e proteica[8].

Com a redução do nível de consciência, é comum o acúmulo de secreções em vias aéreas (pela incapacidade de deglutir saliva ou mobilizar secreções), gerando respiração ruidosa, denominada estertor agônico, sororoca ou ronco da morte. É um dos sintomas mais angustiantes para os acompanhantes, que causa impressão de sofrimento e deve ser prevenido ou minimizado. Importante manter cabeceira elevada pelo menos a 30º. Aspirações repetidas de vias aéreas devem ser evitadas pelo desconforto que causam ao paciente, priorizando controle com medicamentos.

Manter a cavidade oral umidificada com goles de água, preferencialmente fria, ou com hidratantes para mucosa oral, como saliva artificial, propiciam conforto. Solução salina, metilcelulose ou carmelose auxiliam no cuidado com os olhos.

É esperada redução do volume urinário diário, sendo importante avaliar periodicamente a presença de globo vesical, pois esse pode ser bastante desconfortável. O uso do cateter vesical de demora pode ser indicado para retenção urinária ou redução de mobilização do paciente no leito. A realização de enemas por constipação está restrita a casos de fecaloma que gerem desconforto objetivo, como distensão abdominal e dor.

Alterações de pele podem ocorrer nos momentos finais de vida, tais como alterações de coloração (descorada, acinzentada, cianose), de temperatura e de turgor, por vezes ficando pegajosa[9]. Além disso, podem surgir lesões características dessa fase, denominadas úlceras terminais de Kennedy, as quais se caracterizam por manchas avermelhadas ou arroxeadas de bordos irregulares que ocorrem subitamente nos momentos finais de vida em razão da baixa perfusão de oxigênio e da diminuição de processos metabólicos dessa fase, acontecendo mais frequentemente no dorso[10]. A equipe deve ser treinada para a realização da movimentação passiva no leito. Transferências devem ser evitadas pela possibilidade de dor e desconforto.

Desvelar a biografia do paciente, se possível com sua participação ativa, e de sua família ou rede social, apreendendo suas demandas em todos os seus aspectos e nuances, é necessário para que os profissionais de saúde possam prestar uma assistência efetiva, elaborando ou revisitando o plano de cuidados. Escuta ativa e acolhimento tornam-se elementos cruciais para um cuidado humanizado, assim como empatia e comunicação efetiva. Reuniões envolvendo equipe multiprofissional e familiares são instrumentos de grande valia[11].

A comunicação deve integrar o cuidado[12]. O quadro clínico, o prognóstico e as propostas terapêuticas devem ser discutidos, compreendidos e aceitos pelo paciente e/ou familiares, mediante linguagem clara para um diálogo horizontal e respeitoso. A equipe deve ser disponível, estabelecendo uma relação de confiança para alcançar a integralidade do cuidado, dirimir as dúvidas e aliviar a angústia das famílias. A compreensão das alterações clínicas esperadas reduz a ansiedade própria do momento.

Os familiares podem vivenciar temores e incertezas, como sentimento de culpa pelo conflito entre não querer perder e desejar o fim do sofrimento, medo de presenciar ou estar ausente no momento do óbito, dúvidas sobre como conversar a respeito da perda iminente com crianças ou idosos. Escuta ativa, orientações claras sobre o quadro clínico e prognóstico e conversa preferencialmente presencial em ambiente acolhedor com equipe disponível sanam boa parte dessas questões.

A despedida deve ser incentivada, mas só terá sentido se respeitadas as particularidades da relação prestes a ser rompida. Pode aliviar sentimento

de culpa e arrependimentos pela possibilidade, muitas vezes simbólica, de resolução de pendências e fechamento de ciclo[13]. A espiritualidade proporciona força e confiança, evidenciando a fé como fonte de apoio para situações difíceis, e deve ser abordada.

Ainda, a equipe deve estar atenta e auxiliar à família sobre questões práticas, como regularização de documentação civil, procuração ou curatela, direitos previdenciários (pensão por morte) e assistenciais (saque de Programa de Integração Social — PIS e Fundo de Garantia do Tempo de Serviço — FGTS), guarda de filhos menores e testamento. Orientação e eventual flexibilização de rotinas institucionais, como horários estendidos de visita, permitem momentos de despedida.

PÓS-ÓBITO

No pós-óbito imediato, é importante disponibilizar um espaço de escuta para os entes queridos, no qual seja possível expressar os afetos relacionados à dor da perda, recapitular essa perda e a história do relacionamento com o falecido, todas as satisfações e deficiências, bem como as coisas que ficaram por fazer. Esse percurso faz diferença e pode contribuir para um processo de luto mais saudável. Em paralelo, é fundamental prestar assistência a questões práticas, como orientações quanto a sepultamentos, trâmites para remoção do corpo e cremação, solicitação de sepultamento gratuito segundo critérios de hipossuficiência de renda.

Uma intervenção da equipe em momento mais tardio também pode ser necessária para suporte no período de luto propriamente dito, avaliando possíveis dificuldades e necessidade de tratamento especializado, quando necessário. Da mesma forma, pode ser necessária a emissão de relatórios sociais endereçados à Previdência Social para que o companheiro do paciente possa apresentar em caráter comprobatório no processo de solicitação do benefício de pensão por morte, contendo o relato do profissional de que aquele familiar era o principal cuidador do paciente e que lhe acompanhou durante o tratamento etc., contribuindo, assim, para o acesso a esse direito, assim como para eventuais seguros de vida contratados pelo paciente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os cuidados de fim de vida seguros e de qualidade devem ser centrados no indivíduo e na sua família, considerando, sempre que possível, seus valores, necessidades e desejos.

A identificação precoce da aproximação desse momento é essencial para fornecer cuidados de fim de vida adequados, compassivos e oportunos, favorecendo a manutenção da autonomia do paciente para direcionar seus próprios cuidados, embora seja importante ter em mente que as necessidades, os objetivos e os desejos do paciente no final da vida podem mudar com o tempo.

Com a aproximação da morte, muitos sintomas físicos se exacerbam, havendo necessidade de uma maior atenção e um empenho das equipes de cuidados paliativos ao controle de sintomas. Em mesmo nível de importância, é fundamental o atendimento às necessidades culturais, espirituais e psicossociais dos pacientes, suas famílias e cuidadores. Assim, os cuidados de fim de vida requerem comunicação e colaboração eficazes entre os membros da equipe que cuida, bem como tomada de decisão compartilhada entre a equipe interdisciplinar, paciente e sua família, a fim de garantir o cumprimento do plano de cuidados durante essa fase e no pós-óbito, no intuito de proporcionar a melhor morte possível ao indivíduo.

REFERÊNCIAS

1. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil). Últimos dias de vida: conceitos envolvidos. *In*: INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil). **Últimos dias de vida**. Rio de Janeiro: INCA, 2023. p. 13-20. Disponível em: https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//serie_cuidados_paliativos_volume_2_completo.pdf. Acesso em: 11 jan. 2024
2. HUI, D. *et al*. A diagnostic model for impending death in cancer patients: preliminary report. **Cancer**, Hoboken, NJ, v. 121, n. 21, p. 3914-3921, Nov. 2015. DOI 10.1002/cncr.29602.
3. NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE. NICE Guidance. Health and social care delivery. Adult's social care. **Care of dying adults in the last days of life**. [London]: NICE, 2015. Disponível em: https://www.nice.org.uk/guidance/ng31. Acesso em: 6 mar. 2023.
4. MORI, M. *et al*. Prognostication of the last days of life. **Cancer Research and Treatment**, Seoul, v. 54, n. 3, p. 631-643, July 2022. DOI 10.4143/crt.2021.1573.
5. DOMEMEISEN, B. F. *et al*. International palliative care experts' view on phenomena indicating the last hours and days of life. **Support Care Cancer**, Berlin, v. 21, n. 6, p. 1509-1517, June 2013. DOI 10.1007/s00520-012-1677-3.
6. HUFFMAN, J. L.; HARMER, B. End of life care. *In*: STATPEARLS. Treasure Island: StatPearls Publishing, 2020. *E-book*. Disponível em:

https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK544276/. Acesso em: 6 mar. 2023.

7. BEAR, A. J.; BUKOWY, E. A.; PATEL, J. J. Artificial hydration at the end of life. **Nutrition in Clinical Practice**: official publication of the American Society for Parenteral and Enteral Nutrition, [Hoboken], v. 32, n. 5, p. 628-632, Oct. 2017. DOI 10.1177/0884533617724741.

8. AMANO, K. *et al*. Eating-related distress in advanced cancer patients with cachexia and family members: a survey in palliative and supportive care settings. **Supportive Care in Cancer**, [Berlin], v. 27, n. 8, p. 2869-2876, Aug. 2019. DOI 10.1007/s00520-018-4590-6.

9. CALICE, G. B.; CANOSA, H. G.; CHIBA, T. Processo ativo de morte: definição e manejo de sintomas. *In*: CASTILHO, R. K.; SILVA, V. C. S. da; PINTO, C. da S. (ed.). **Manual de cuidados paliativos**. 3. ed. São Paulo: Academia Nacional de Cuidados Paliativos; Atheneu, 2021. p. 515-519.

10. ROCA-BIOSCA, A. *et al*. Adecuación del plan de cuidados ante el diagnóstico de úlcera terminal de Kennedy. **Enfermería Intensiva**, Madrid, v. 27, n. 4, p. 168-172, oct./dic. 2016. DOI 10.1016/j.enfi.2016.03.002.

11. REIS, A. C. A. Intervenção social em enfermaria geral. *In*: ANDRADE, L. (org.). **Cuidados paliativos e serviço social**: um exercício de coragem. Holambra, SP: Ed. Setembro, 2015. v. 2, p. 184-185.

12. 12. FORTE, D. N. Estratégias de comunicação em cuidados paliativos. *In*: SANTOS, F. S. **Cuidados paliativos**: discutindo a vida, a morte e o morrer. São Paulo: Atheneu, 2009. p. 65-72.

13. 13. LISBÔA, M. L.; CREPALDI, M. A. Ritual de despedida em familiares de pacientes com prognóstico reservado. **Paideia (Ribeirão Preto)**, v. 13, n. 25, p. 97-109, 2003. DOI 10.1590/S0103-863X2003000200009.

PARTE VI

CUIDADOS PALIATIVOS PEDIÁTRICOS COM FOCO EM ONCOLOGIA

CAPÍTULO 41: A EXPERIÊNCIA DO INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER EM CUIDADOS PALIATIVOS PEDIÁTRICOS

INTRODUÇÃO

Esta parte é iniciada com uma reflexão: não há nada mais antinatural que a morte de uma criança. A criança é a continuidade de sonhos e planos de seus pais, e, quando diagnosticada com uma doença ameaçadora da vida, é dado início ao processo de luto dessa família. O primeiro luto é a perda do filho saudável e a ameaça de morte. Tendo em vista que nesse momento há ainda o adoecimento familiar, em cuidados paliativos pediátricos, existe a chamada "unidade de tratamento", pois criança e família são o foco dos cuidados paliativos pediátricos[1].

O câncer em crianças e adolescentes corresponde a 3% do total da população, sendo uma doença rara e com grande possibilidade de cura. No entanto, nem todas as crianças são curadas. Estimativa do INCA mostra que 80% das crianças são curadas em países desenvolvidos, contudo os resultados do Brasil ainda são menores[2].

Segundo a OMS, os cuidados paliativos devem ser introduzidos ao diagnóstico de uma doença ameaçadora da vida, tratando a dor e os outros sintomas físicos, psicológicos, sociais, espirituais, com foco de atenção na criança e em sua família[3].

Entende-se que, na oncologia pediátrica, o paciente e seus familiares, ou seja, a unidade de tratamento, devem ser atendidos logo quando iniciam seu tratamento no INCA ou o mais precocemente possível, pois os benefícios da intervenção paliativa precoce já são consagrados na literatura. O objetivo desta parte é demonstrar as especificidades dos cuidados paliativos pediátricos no Serviço de Oncologia Pediátrica do INCA, localizado no HC I. Pela compreensão de ser a pediatria um campo diferenciado dos cuidados paliativos, essa parte foi dividida por especialidade, ressaltando-se que não foram contempladas todas as disciplinas existentes no setor. No entanto, ao ler o conteúdo desta parte, o leitor terá acesso à fundamentação dos conceitos básicos dos cuidados paliativos no tratamento do câncer infantojuvenil.

MODELOS DE ATENDIMENTO DE CUIDADOS PALIATIVOS NA ONCOLOGIA PEDIÁTRICA DO INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER

O papel do Setor de Pronto Atendimento

O INCA possui um Setor de Pronto Atendimento Pediátrico (Spap) que funciona 24 horas por dia, tendo grande participação no sucesso do tratamento oncológico. Muitos pacientes em cuidados paliativos procuram a emergência por sintomas descontrolados ou até mesmo em fim de vida. Os principais sintomas que levam a criança à emergência são dispneia, dor e crise convulsiva[4].

A equipe de cuidados paliativos apoia a equipe do Spap para que seja prestado um atendimento de qualidade para os pacientes e suas famílias. Os médicos da emergência são responsáveis por identificar em qual momento do tratamento o paciente se encontra, inclusive os pacientes fora de possibilidade de cura oncológica, atendendo-os com comunicação compassiva e apoio dos cuidados paliativos e evitando tratamento potencialmente inapropriado.

É observado que o acolhimento prestado no Spap, preservando a criança e seus familiares, muitas vezes em leitos diferenciados para que possam ficar juntos e menos expostos, tem efeito direto em como os familiares vivenciam o luto.

No Spap, o paciente que ainda não tem um leito para internação e chega em seus últimos dias de vida tem todo tratamento necessário, inclusive com flexibilização do número de visitas e a permissão de dois acompanhantes. Com a flexibilização das normas hospitalares, busca-se humanizar cada vez mais o atendimento dessas crianças e famílias, visando ao tratamento digno[4].

Acompanhamento ambulatorial

O atendimento médico ocorre semanalmente no Ambulatório da oncologia pediátrica. Os pacientes com doenças metastáticas ou com sintomas de difícil controle são priorizados, sendo o objetivo futuro atender todas as crianças desde o diagnóstico.

Estudo retrospectivo de revisão de prontuário demonstrou que os pacientes acompanhados pelos cuidados paliativos, com definição de doença oncológica fora de possibilidade de cura descrita em prontuário, tiveram melhor qualidade de fim de vida e menor utilização de medidas invasivas de suporte[5].

Atendimento em unidade de internação e terapia intensiva

O médico paliativista atua diariamente durante manhãs na Unidade de Internação, priorizando a promoção do controle de sintoma e o cuidado de fim de vida. Na oncologia pediátrica, a equipe de cuidados paliativos participa das conferências familiares dos pacientes internados, auxiliando na comunicação e gerenciando conflitos. É muito importante a comunicação piedosa e verdadeira com a criança e o adolescente, respondendo suas dúvidas e acolhendo seus sentimentos.

Na unidade de terapia intensiva (UTI), quando os pacientes são diagnosticas com doença incurável ou estão em progressão da doença, a equipe dos cuidados paliativos, em conjunto com a equipe da terapia intensiva, traça um planejamento avançado de cuidado, passando pela proporcionalidade, pela limitação de suporte e até mesmo pela condução da retirada de medidas substitutivas da vida.

CONFERÊNCIA FAMILIAR

Para finalizar, é importante lembrar dessa relevante ferramenta dos cuidados paliativos pediátricos. As conferências com a participação da família, do paciente, quando possível, e da equipe assistencial são realizadas buscando o máximo benefício da criança e de sua família, sempre focando na não maleficência e no princípio da dignidade humana.

É muito importante o conhecimento detalhado do caso, a programação da conferência, escolhendo local adequado e os personagens importantes e disponibilizando tempo para conversa. A comunicação compassiva e empática é a chave para o sucesso do planejamento avançado de cuidado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Espera-se que a partilha de experiência do INCA em cuidados paliativos pediátricos possa contribuir para aprimorar a prática dos leitores. Em razão das especificidades já descritas acima, é esperado ser de grande valia o conhecimento das práticas realizadas pela equipe interdisciplinar da oncologia pediátrica.

REFERÊNCIAS

1. MELO, E. M. de O. P. de. *et al*. Envolvimento dos pais nos cuidados de saúde de crianças hospitalizadas. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 22, n. 3, maio/jun. 2014. DOI 10.1590/0104-1169.3308.2434.

2. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil). Assuntos. Câncer. Tipos de câncer. **Câncer infanto-juvenil**. Rio de Janeiro: INCA, jan. 2023. Disponível em: https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/cancer/tipos/infantojuvenil. Acesso em: 19 set. 2023.

3. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **National cancer control programmes**: policies and managerial guidelines. 2nd ed. Geneva: WHO, 2002. Disponível em: https://iris.who.int/handle/10665/42494. Acesso em: 11 jan. 2024.

4. CUNHA, M. *et al*. Atendimento de emergência pediátrica a crianças e adolescentes com câncer: causas de consultas e fatores associados à internação. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 69, n. 4, e–034076, out. 2023. DOI 10.32635/2176-9745.RBC.2023v69n4.4076.

5. DE WYLSON, D. *et al*. The do-not-resuscitate-like (DNRL) order, a medical directive for limiting life-sustaining treatment in the end-of-life care of children with cancer: experience of major cancer center in Brazil. **Support Care Cancer**, Berlin, v. 30, n 5, p. 4283-4289, May 2022 DOI 10.1007/s00520-021-06717-5.

CAPÍTULO 42: O PAPEL DO MÉDICO NOS CUIDADOS PALIATIVOS PEDIÁTRICOS

INTRODUÇÃO

O câncer é uma doença que, dependendo de sua etiologia, causa uma importante gama de sintomas físicos, além de toxicidade e mutilações relacionadas ao tratamento. O carro chefe da medicina paliativa é o controle farmacológico da dor de outros sintomas, sendo frequente a sua atuação no fim de vida, quando o sofrimento multidimensional é acentuado.

Também cabe ao médico o gerenciamento da tomada de decisão quanto ao planejamento avançado de cuidado, principalmente quanto esse engloba limitação ou retirada de suporte artificial de vida. As decisões são tomadas juntamente com a equipe interdisciplinar, mas são baseadas no conhecimento da medicina paliativa.

Um estudo em que aplicaram indicadores de qualidade de cuidados de fim de vida em pacientes com câncer demonstrou a piora significativa da qualidade de fim de vida nos pacientes que foram submetidos a medidas invasivas de suporte em fase avançada da doença oncológica. Para que seja preparado cuidado compassivo, com menos invasões e até mesmo sem tratamento quimioterápico no fim de vida, é preciso que o médico tenha a habilidade de reconhecer esse processo, mudando o foco do tratamento para o conforto[1].

No tratamento oncológico, a família centraliza na figura do oncologista pediátrico, na maioria das vezes, todas as informações, esperanças e expectativas. Por esse motivo, mesmo quando o paciente está sem possibilidade de terapia modificadora da doença, o ideal é que o seguimento com o oncologista para que o acolhimento não seja interrompido.

O médico oncologista introduz a equipe de cuidados paliativos, o que deve acontecer o mais precocemente possível, e, sempre que necessário, participa de conferências familiares com o paliativista. Geralmente, na pediatria do INCA, o oncologista pede auxílio do médico paliativista nos casos mais complexos, principalmente para controle de sintomas e gerenciamento de conflitos.

O objetivo deste capítulo é demonstrar a participação do médico pediatra na equipe interdisciplinar de cuidados paliativos pediátricos.

CONTROLE DE DOR

A dor é um importante sintoma no câncer, e as crianças muitas vezes não conseguem narrar de forma clara sua característica e intensidade. Por isso, para um bom controle de dor, são necessários anamnese e exame físico minuciosos.

A primeira coisa que o médico deve fazer é acreditar que a criança sente dor. E sempre que estiver frente a uma criança maior de três anos, deve priorizar que ela mesmo faça a autoavaliação e dar oportunidade para que ela conte a história de sua dor.

Mensuração da intensidade da dor

As escalas variam de acordo com a idade, tendo escala para recém-nascido até adolescentes. As mais utilizadas no INCA são *face, legs, activity, cry, consolability* (Flacc) para menores de 4 anos; escala de faces de Wong-Baker para crianças a partir dos 4 anos; e a EVA a partir de 12 anos, mesma utilizada para adultos (Capítulo 12). No Quadro 47 e na Figura 36 estão descritos os instrumentos utilizados no serviço de pediatria do INCA e que são específicos para aplicação na pediátrica[2].

O tratamento da dor conta com uso de inúmeros fármacos, analgésicos comuns, opioides e adjuvantes e com procedimentos intervencionistas e sedação em caso de sintoma refratário. Assim como no adulto, a OMS orienta o tratamento farmacológico da dor de acordo com a escada analgésica. Ressalta-se que as novas diretrizes da OMS, não recomendam o uso de codeína para crianças, pois a metabolização é muito errática, provocando um fraco efeito analgésico. Recomendam-se baixas doses de opioide forte e supressão do segundo degrau (opioides fracos) em pediatria[8].

Quadro 47 — *Face, legs, activity, cry, consolability*

FACE	0	Nenhuma expressão particular ou sorriso
	1	Caretas ou sobrancelhas franzidas de vez em quando, introversão, desinteresse
	2	Tremor frequente do queixo, mandíbulas cerradas
PERNAS	0	Posição normal ou relaxada
	1	Inquietas, agitadas, tensas
	2	Aos pontapés ou esticadas
ATIVIDADE	0	Deitado calmamente, posição normal, mexe-se facilmente
	1	Contorcendo-se, virando-se para trás e para a frente, tenso
	2	Curvado, rígido ou com movimentos bruscos
CHORO	0	Ausência de choro (acordado ou adormecido)
	1	Gemidos ou choramingo; queixas ocasionais
	2	Choro persistente, gritos ou soluços; queixas frequentes
CONSOLABILIDADE	0	Satisfeito, relaxado
	1	Tranquilizado por toques, abraços ou conversas ocasionais; pode ser distraído
	2	Difícil de consolar ou confortar

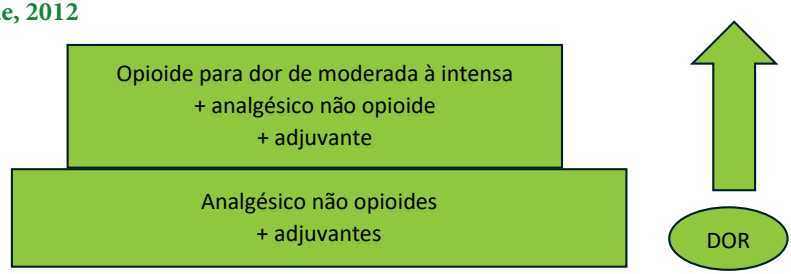
Fonte: Merkel *et al.*[3]; Batalha *et al.*[4].

Figura 36 — Escala de faces de Wong-Baker

LEGENDA	
Face 0	está muito feliz porque não tem nenhuma dor
Face 1	tem apenas um pouco de dor
Face 2	tem um pouco mais de dor
Face 3	tem ainda mais dor
Face 4	tem muita dor
Face 5	tem uma dor máxima, apesar de nem sempre provocar o choro
INSTRUÇÕES	
1	Explique às crianças que cada face representa uma pessoa que está feliz porque não tem dor, ou triste por ter um pouco ou muita dor
2	Peça à criança que escolha a face que melhor descreve como ela se sente

Fonte: Hicks *et al.*[5]; Bieri *et al.*[6]; Wong-Baker Faces[7].

Figura 37 — Manuseio da dor segundo as diretrizes da Organização Mundial da Saúde, 2012



Fonte: World Health Organization[8].

Além do tratamento farmacológico, a dor oncológica também é tratada em equipe interdisciplinar, lembrando dos tratamentos não farmacológicos e do controle da dor total, sintoma bastante presente na adolescência,

Em pediatria, a escala que avalia os principais sintomas é a Edmonton, e, na oncologia pediátrica do INCA, essa é utilizada em ambulatório e para os pacientes internados. Além dessas escalas acima descritas, a avaliação do *status* funcional da criança é muito importante e, para isso, é utilizada a escala de Lansky.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O pediatra, diante de uma criança com doença ameaçadora da vida, deve estar atendo ao adequado plano de cuidados, acolhendo sempre a família. O controle de sintomas, especialmente aqueles angustianres como a dor, assim como no adulto, é imprescindível e deve ser priorizao ao longo da trajetório da doença.

REFERÊNCIAS

1. DE WYLSON, D. *et al*. The do-not-resuscitate-like (DNRL) order, a medical directive for limiting life-sustaining treatment in the end-of-life care of children with cancer: experience of major cancer center in Brazil. **Support Care Cancer**, Berlin, v. 30, n 5, p. 4283-4289, May 2022. DOI 10.1007/s00520-021-06717-5.
2. DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE (Portugal). Orientação da Direcção-Geral da saúde. **Orientação técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças**. Lisboa: Ministério da Saúde, 14 dez. 2010. Disponível em: https://www.spp.pt/UserFiles/file/EVIDENCIAS%20EM%20PEDIATRIA/ORIENTACAO%20DGS_014.2010%20DE%20DEZ.2010.pdf. Acesso em: 15 out. 2023.
3. MERKEL, S. I. *et al*. The FLACC: a behavioral scale for scoring postoperative pain in young children. **Pediatric Nursing**, Pitman, NJ, v. 23, n. 3, p. 293-297, May/June 1997.
4. BATALHA, L. M. C. *et al*. Adaptação cultural e validação da reprodutibilidade da versão Portuguesa da escala de dor Face, Legs, Activity, Cry, Consolability - revised (FLACC). **Referência**: revista de enfermagem, Coimbra, v. 3, n. 11, p. 7-14, 2013.
5. BIERI, D. *et al*. The faces pain scale for the self-assessment of the severity of pain experienced by children: development, initial validation and

preliminary investigation for ratio scale properties. **Pain**, Amsterdam, v. 41, n. 2, p. 139-150, May 1990. DOI: 10.1016/0304-3959(90)90018-9.

6. HICKS, C. L. *et al*. The faces pain scale-revised: toward a common metric in pediatric pain measurement. **Pain**, v. 93, n. 2, p. 173-183, Aug. 2001. DOI: 10.1016/S0304-3959(01)00314-1.

7. WONG-BAKER FACES. **Escala do nível da dor**. [*S. l.*]: Fundação de Rostos de Wong-Baker, 1983. Disponível em: https://wongbakerfaces.org/wp-content/uploads/2021/09/FACES_Portuguese_Blue.pdf. Acesso em: 12 jun. 2024.

8. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO guidelines on the pharmacological treatment of persisting pain in children with medical illnesses**. Geneva: WHO publications, 2012.

CAPÍTULO 43: O PAPEL DO ENFERMEIRO NOS CUIDADOS PALIATIVOS PEDIÁTRICOS

INTRODUÇÃO

O enfermeiro, entre inúmeras atribuições, é conhecido como profissional do cuidado, fazendo parte da formação profissional a capacitação para a habilidade de cuidar e zelar pela integralidade do cuidado aos pacientes, o que, em cuidados paliativos, chama-se atenção paliativa. A fim de conseguir repassar, de forma clara, a atuação profissional dos enfermeiros nos cuidados paliativos pediátricos do INCA, este capítulo vai focar o atendimento à criança, à família e/ou aos cuidadores durante a internação no Serviço de Oncologia Pediátrica no HC I. Contudo, ressalta-se a importância dos atendimentos ambulatorial e domiciliar de enfermagem, com foco no tratamento integral de crianças, no acompanhamento e nas orientações às suas famílias e/ou cuidadores.

AÇÕES DO ENFERMEIRO

A atuação do enfermeiro no manejo da dor e nos demais controles de sintomas são exemplos de intervenções e da importância dessas ações na qualidade do cuidado prestado. A comunicação do enfermeiro com a unidade de tratamento (criança e família) durante a administração de medicamentos, o acompanhamento da evolução clínica do paciente e a mensuração do controle de sintomas são os principais aliados não farmacológicos à terapêutica.

Ressaltam-se, como importantes funções do enfermeiro na oncologia pediátrica, não só o cuidado da criança com a finalidade de melhorar sua qualidade de vida, mas a prestação de suporte à família, acolhendo suas angústias e favorecendo os suportes espiritual e social.

No INCA, em razão da proximidade que o enfermeiro, assim como o técnico de enfermagem, estabelece com o paciente e com seus cuidadores, há o favorecimento do acompanhamento do luto desde o momento inicial, e isso é muito importante para um cuidado humanizado, contribuindo para um melhor enfrentamento por parte das famílias.

São ações do enfermeiro em cuidados paliativos pediátricos durante a internação hospitalar[1-4]:

- Orientar sobre as rotinas hospitalares e a permanência de acompanhantes e fornecer os telefones da instituição.
- Conversar com familiares e demostrar conhecimentos sobre a proposta de cuidados paliativos após o prognóstico previamente comunicado e orientado pela equipe médica.
- Realizar o exame físico e a avaliação funcional e elaborar quais serão os cuidados necessários a serem atendidos durante a internação.
- Orientar a criança ou o adolescente, sempre que possível, e os familiares sobre quais serão os cuidados a serem realizados.
- Oferecer possibilidade de apoio biopsicossocial e espiritual à criança e aos seus familiares
- Evoluir em prontuário institucional.

O enfermeiro, como membro da equipe multiprofissional, deve conversar, em conjunto com a equipe, sobre o prognóstico do paciente e atuar nos cuidados ao fim da vida[5]:

- Orientar a família sobre os cuidados ao fim da vida.
- Solicitar, assim como os demais membros da equipe, horário de visita ampliado a fim de oportunizar apoio aos familiares.
- Solicitar acompanhamento da equipe multiprofissional para apoio social e psicológico, visando ao bem-estar da família.
- Capacitar e sensibilizar a equipe de enfermagem sobre os cuidados ao fim da vida.
- Orientar despedidas.

O enfermeiro deve atentar para o momento do óbito, proporcionando ambiente tranquilo para a despedida da família, incluindo as seguintes ações[5,6]:

- Proporcionar à família ambiente tranquilo.
- Evitar que o óbito aconteça com a criança ou o adolescente sozinhos.
- Fazer a consulta pós-óbito ou reunião de família, com aquelas famílias que aceitarem, a fim de oferecer conforto e apoio após a perda do ente querido, promovendo ações como:
  - Conversar com a família sobre a morte e o luto.
  - Solicitar a devolução de camas hospitalares, cadeiras e outros materiais hospitalares que tenham sido emprestadas para uso em domicílio.
  - Promover conversa aberta e amigável nesse momento difícil da família.
  - Oferecer e solicitar apoio da equipe multiprofissional.

O enfermeiro atua tanto no controle de sintomas dos pacientes que estão internados quanto nas demandas demonstradas por familiares e/ou cuidadores desses pacientes.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A equipe de enfermagem, por permanecer 24 horas ininterruptas próxima aos pacientes, conhece cada paciente e suas famílias e, por conseguinte, estabelece uma relação muito particular com eles, sendo capaz de direcionar cuidados, por vezes não farmacológicos, que, além de aliviar os sintomas, favorecem o acolhimento dos envolvidos e possibilitam que o enfrentamento das diversas experiencias vivenciadas nessa fase não sejam todas de cunho negativo. Dessa maneira, o enfermeiro, assim como os técnicos de enfermagem, são profissionais essenciais no exercício dos cuidados paliativos.

REFERÊNCIAS

1. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (Brasil). **Guia de recomendações para registro de enfermagem no prontuário do paciente e outros documentos de enfermagem**. [Brasília, DF: Cofen, 2016]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2016/08/Guia-de-Recomendações-CTLN-Versão-Web.pdf. Acesso em: 8 ago. 2023.
2. AMORIM, S. M. D. *et al*. Cuidados paliativos oncológicos na formação de enfermeiros: reflexões sob a ótica dos conceitos de instituição, instituído e instituinte da análise institucional. **Research, Society and Development**, Vargem Grande Paulista, v. 9, n. 8, 2020. DOI 10.33448/rsd-v9i8.5769.
3. AZEVEDO, C. *et al*. Interface entre apoio social, qualidade de vida e depressão em usuários elegíveis para cuidados paliativos. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 51, p. 1-8, 2017. DOI 10.1590/S1980-220X2016038003245.
4. WORLDWIDE HOSPICE PALLIATIVE CARE ALLIANCE. **Global atlas of palliative care at the end of life**. 2nd ed. London: WPCA; WHO 2020. Disponível em: https://thewhpca.org/resources/global-atlas-of-palliative-care-2nd-ed-2020/. Acesso em: 22 fev. 2024.
5. CARVALHO, R. T. de.; PARSONS, H. A. (org.). **Manual de cuidados paliativos ANCP**. 2. ed. atual e ampl. [São Paulo]: Academia Nacional de Cuidados Paliativos, 2012. p. 23-30. Disponível em: http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/05/Manual-de-cuidados-paliativos-ANCP.pdf. Acesso em: 5 jan. 2023.

6. NASCIMENTO, L. C. *et al*. Crianças com câncer e suas famílias. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 39, n. 4, p. 469-474, 2005. DOI 10.1590/S0080-62342005000400014.

CAPÍTULO 44: O PAPEL DO FISIOTERAPEUTA NOS CUIDADOS PALIATIVOS PEDIÁTRICOS

INTRODUÇÃO

As crianças com câncer avançado experimentam condições clínicas com sintomas intensos, relacionados tanto à doença de base quanto ao tratamento oncológico realizado. Esses sintomas afetam diretamente a funcionalidade e a qualidade de vida[1]. Mesmo em pacientes com doenças avançadas, a reabilitação ajuda a restaurar ou manter a funcionalidade, ou a diminuir a velocidade da perda funcional[2].

A atuação do fisioterapeuta com pacientes pediátricos com câncer em cuidados paliativos pode se dar desde o diagnóstico até os cuidados na terminalidade. Entre os principais objetivos da atuação fisioterapêutica nesses casos, estão: aumentar o autocuidado e a mobilidade; prevenir alterações físicas por desuso (contraturas, atrofia e perda de força muscular); aliviar sintomas, como dor, dispneia, fadiga e edema[2]. É imprescindível criar metas realistas para alcançar esses objetivos de acordo com a condição clínica do paciente, respeitando suas limitações físicas e vontades[3]. Como membro da equipe multiprofissional de cuidados paliativos, o fisioterapeuta contribui, ainda, para o planejamento dos cuidados, para a tomada de decisões e para auxiliar na comunicação entre equipe, familiares e paciente.

Com isso, o objetivo deste capítulo é apresentar as principais contribuições do profissional de fisioterapia no atendimento ao paciente pediátrico com câncer em cuidados paliativos, em todos os ambientes de atuação.

AÇÕES FISIOTERAPÊUTICAS

A equipe de fisioterapia do Serviço de Pediatria do HC I avalia e atende os pacientes em cuidados paliativos que estejam internados na enfermaria pediátrica ou no Centro de Terapia Intensiva Pediátrica. A partir dessa triagem, os pacientes que receberem alta hospitalar e tiverem condições físicas e sociais de comparecer serão encaminhados para o Ambulatório de Fisioterapia Pediátrica.

A avaliação do paciente internado deve ser diária, criteriosa e individualizada, incluindo diversos aspectos que podem influenciar no controle de sintomas e na funcionalidade do paciente. A funcionalidade é avaliada utilizando-se o escore de Lansky[4] e a *Functional Status Scale*[5], além da averiguação da capacidade de realizar mudanças de decúbito, transferências posturais e deambulação, com ou sem auxílio de terceiros ou de dispositivos. A avaliação da força muscular é realizada por meio da gradação do *Medical Research Council*[6], que quantifica a força muscular periférica de 0 (ausência de contração muscular visível) a 5 (força muscular normal). A dor é avaliada por meio da EVA, sendo utilizada com crianças menores de 6 anos a EVA de faces e, com crianças impossibilitadas de se comunicar, a escala Flacc[7]. Durante a avaliação respiratória, são observados aspectos clínicos, como ausculta pulmonar, expansibilidade torácica, frequência, padrão e ritmo respiratórios, além do relato subjetivo de dispneia do paciente. A oximetria de pulso não deve ser usada como rotina em pacientes que estejam em cuidados de fim de vida, em que não há propostas para ajustes na oferta de oxigênio suplementar ou dos parâmetros ventilatórios.

O planejamento terapêutico e as condutas aplicadas aos pacientes devem ser de acordo com suas necessidades. É importante reforçar que não existe protocolo para atendimento dessas condições, uma vez que cada caso tem suas particularidades, considerando a doença, o tratamento realizado previamente, suas repercussões, a evolução e, principalmente, os objetivos do paciente e de sua família.

As principais condições clínicas em pacientes pediátricos em cuidados paliativos a receberem intervenção fisioterapêutica são dor, fadiga, alterações motoras, edema de membros, fraturas patológicas, SCM e alterações respiratórias, principalmente a dispneia[8]. A cinesioterapia motora é aplicada na maioria dessas condições. Outras condutas incluem: adaptação de órteses e dispositivos auxiliares de marcha; treino de transferências posturais, de atividades lúdicas e de vida diária, de equilíbrio e de marcha; enfaixamento compressivo; prescrição e adaptação de cadeira de rodas; adequação postural no leito; técnicas de conservação de energia.

Nas alterações respiratórias, como dispneia, aumento do trabalho respiratório, acúmulo de secreção nas vias aéreas e hipoxemia, podem ser indicadas cinesioterapia respiratória, adequação postural no leito, aspiração de vias aéreas e oxigenoterapia. Essas duas últimas devem ser aplicadas de maneira criteriosa, sempre mantendo o conforto e o controle de sintomas como foco do tratamento. Nos casos em que a piora do quadro respiratório tenha causa reversível, como na infecção, pode ser indicada a adaptação da ventilação não invasiva (VNI). Contudo, nos casos em que essa piora esteja

relacionada à progressão da doença, por exemplo, em metástase pulmonar extensa ou derrame pleural não drenável, a VNI não está indicada. Em relação aos pacientes submetidos à ventilação mecânica invasiva, além das condutas acima citadas, o fisioterapeuta, em cooperação com as equipes médica e de enfermagem, participa da tomada de decisão e da execução da extubação paliativa, quando pertinente.

Para os pacientes em que há proposta de desospitalização com necessidade de suporte de oxigenoterapia ou de VNI em domicílio, o fisioterapeuta é responsável pela indicação e pela adaptação dos equipamentos, bem como pelo treinamento de familiares quanto ao seu manuseio, ainda em ambiente hospitalar. Também é função do fisioterapeuta fornecer orientações relacionadas à adaptação do domicílio às necessidades do paciente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O fisioterapeuta, como membro essencial da equipe de cuidados paliativos, pode contribuir para o controle de sintomas, melhorar a funcionalidade dentro das possibilidades do paciente e participar da tomada de decisões e comunicação com pacientes e familiares. Uma equipe de cuidados paliativos pediátricos que não conta com um fisioterapeuta entre seus componentes fornece um cuidado incompleto, podendo prover uma assistência insuficiente ou parcial às necessidades do paciente.

REFERÊNCIAS

1. ILOWITE, M. *et al*. The relationship between household income and patient-reported symptom distress and quality of life in children with advanced cancer: a report from the PediQUEST Study. **Cancer**, Hoboken, NJ, v. 19, n. 124, p. 3934-3941, Oct. 2018. DOI 10.1002/cncr.31668.
2. OKAMURA, H. Importance of rehabilitation in cancer treatment and palliative medicine. **Japanese Journal of Clinical Oncology**, Oxford, v. 6, n. 41, p. 733-738, June. 2011. DOI 10.1093/jjco/hyr061.
3. BARAWID, E. *et al*. The benefits of rehabilitation for palliative care patients. **American Journal of Hospice & Palliative Medicine**, Thousand Oaks, v. 32, n. 1, p. 34-43, Mar. 2015. DOI 10.1177/1049909113514474.
4. LANSKY, S. *et al*. The measurement of performance in childhood cancer patients. **Cancer**, Hoboken, NJ, v. 60 n. 7, p. 1651–1656, Oct. 1987. DOI 10.1002/1097-0142(19871001)60:7<1651::aid-cncr2820600738>3.0.co;2-j.

5. BASTOS, V. *et al*. Versão brasileira da Functional Status Scale pediátrica: tradução e adaptação transcultural. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, São Paulo, v. 3, n. 30, p. 301-307, jul./set. 2018. DOI 10.5935/0103-507X.20180043.

6. LIMA, C. *et al*. Influência da força da musculatura periférica no sucesso da decanulação. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, São Paulo, v. 1, n. 23, p. 56-61, mar. 2011. DOI 10.1590/S0103-507X2011000100010.

7. SILVA, F. C. D.; THULER, L. C. S. Tradução e adaptação transcultural de duas escalas para avaliação da dor em crianças e adolescentes. **Jornal de Pediatria**, Porto Alegre, v. 84, n. 4, p. 344-349, ago. 2008. DOI 10.1590/S0021-75572008000400010.

8. SALTZ, E.; JUVER, J. (org.). **Cuidados paliativos em oncologia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Ed. Senac, 2008.

CAPÍTULO 45: O PAPEL DO TERAPEUTA OCUPACIONAL NOS CUIDADOS PALIATIVOS PEDIÁTRICOS

INTRODUÇÃO

Crianças e adolescentes em cuidados paliativos desejam engajar-se em ocupações próprias da sua idade, que as permitam manter uma vida com as atividades e o cotidiano habituais, manter seus relacionamentos com os pares e ser ouvidos em relação às suas necessidades ocupacionais. Assim, elas conseguem exercitar sua autonomia e ter senso de controle do que está acontecendo[1-4].

O termo ocupação é usado pelos terapeutas ocupacionais para descrever o conjunto das atividades realizadas no cotidiano que vão atender às necessidades individuais e sociais dos sujeitos, dando significado e propósito de vida. Elas são organizadas em torno dos papéis ocupacionais que cada pessoa desempenha, do seu cotidiano, e são influenciadas por fatores ambientais e pessoais[5].

Na infância e na adolescência, podem-se elencar, como ocupações principais, a brincadeira, o estudo e as atividades de vida diária, como tomar banho, usar o vaso sanitário, comer, vestir-se, realizar higiene pessoal e ter mobilidade funcional. Já os papéis ocupacionais valorizados pela criança, pelo adolescente e por sua família normalmente são: filho, irmão, estudante e brincante.

O engajamento ocupacional acontece quando a pessoa realiza uma atividade que é significativa para ela, ou seja, ao fazer aquela atividade, o sujeito experimenta uma vivência de valor que é pessoal e única. Muitos estudos mostram que a perda da capacidade de se engajar nas ocupações é um dos motivos de maior sofrimento em pessoas em cuidados paliativos[6-8].

Com isso, o objetivo deste capítulo é apresentar as principais contribuições do terapeuta ocupacional no atendimento às crianças e aos adolescentes com câncer em cuidados paliativos.

AÇÕES DO TERAPEUTA OCUPACIONAL

O terapeuta ocupacional deve fazer uma avaliação centrada no sujeito e na família, num processo individualizado, flexível e dinâmico, pois a condição

de saúde e a funcionalidade mudam diversas vezes ao longo do curso da doença. Por meio dela, é possível elencar quais as ocupações significativas e prioritárias, o que ele pode ou consegue fazer no momento e o que já não é mais possível. Também é importante identificar as potencialidades e as barreiras para que as ocupações aconteçam, sejam elas pessoais ou ambientais[5].

O plano de intervenção é feito a partir da avaliação e deve: ser centrado na criança ou adolescente e sua família; promover o engajamento ocupacional para otimizar a qualidade de vida; envolver família, cuidadores e, quando possível, a comunidade; possibilitar e promover ocupações apesar dos sintomas como fadiga, dor e ansiedade; facilitar as ocupações por meio de adaptações[9].

No diagnóstico de uma doença oncológica por exemplo, o objetivo da intervenção do terapeuta ocupacional pode ser melhorar o desempenho ocupacional da criança nas atividades da vida diária para alcançar a independência. Já no curso avançado da doença, a intervenção pode direcionar-se para as técnicas de graduação das ocupações, orientar e facilitar as posições de descanso e pausas durante o dia, priorizar as ocupações de acordo com o nível de energia, entre outras.

Abaixo, alguns exemplos de intervenção da terapia ocupacional em cuidados paliativos pediátricos nas três principais ocupações de crianças e adolescentes:

- Brincadeiras — promover e possibilitar o brincar independente da performance ocupacional da criança ou do adolescente e do ambiente em que eles estejam: hospital, casa, escola ou comunidade; treinar e orientar a família e os cuidadores sobre modificações na atividade ou no ambiente para favorecer o engajamento e o desempenho da criança ou do adolescente; encontrar, junto com as crianças, os adolescentes e seus familiares, novas brincadeiras que tragam significado e qualidade de vida de acordo com o nível ocupacional atual; auxiliar e orientar o posicionamento durante a brincadeira para um melhor desempenho.
- Atividades de vida diária — treinar as atividades para alcançar independência quando possível, seja no ambiente hospitalar seja no domicílio; orientar modificações e adaptações para favorecer o engajamento e o desempenho ocupacional; treinar e orientar técnicas de graduação e *pacing* das atividades de vida diária; orientar priorizar as atividades significativas no período de melhor ou maior nível de energia; orientar o melhor posicionamento e as técnicas de conservação de energia.
- Escola — treinar e orientar uso de tecnologias assistivas, como plano inclinado, engrossador de lápis, comunicação alternativa aumentativa; orientar modificações ambientais para favorecer o engajamento e o

desempenho ocupacional; orientar a realização das atividades escolares no período de maior ou melhor nível de energia; orientar a comunidade escolar sobre o atual nível ocupacional da criança ou do adolescente e sobre a necessidade de modificações ambientais e adaptações nas ocupações escolares.

É importante discutir abertamente, com a equipe e com família, sobre o curso e a evolução da doença, assim como o final de vida. Familiares e amigos podem ajudar na identificação das ocupações importantes para crianças e adolescentes quando esses já não conseguem expressar seus desejos e vontades[9].

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Crianças e adolescentes em cuidados paliativos desejam manter uma vida com suas ocupações e cotidiano habituais e seus relacionamentos. Também desejam uma escuta adequada em relação às suas necessidades ocupacionais. Cabe ao terapeuta ocupacional auxiliá-los a reconstruir o cotidiano com possibilidades, garantindo que esses sujeitos e suas famílias continuem realizando as ocupações que são significativas e que dão sentido à vida.

REFERÊNCIAS

1. WALLIS, A.; MEREDITH, P.; STANLEY, M. Occupational therapy in oncology palliative care for adolescents and young adults: perspectives of Australian occupational therapists. **Australian Occupational Therapy Journal**, Melbourne, v. 69, n. 2, p. 165-176, 2022. DOI 10.1111/1440-1630.12780.

2. BOUCHER, S.; DOWNING, J.; SHEMILT, R. The role of play in children's palliative care. **Children (Basel)**, v. 3, n. 1, p. 302-317, Dec. 2014. DOI 10.3390/children1030302.

3. SOURKES, B. *et al*. Food, toys and love: pediatric palliative care. **Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care**, [*s. l.*], v. 35, n. 9, p. 350-386, 2005. DOI 10.1016/j.cppeds.2005.09.002.

4. JONES, B.; WEISENFLUH, S. pediatric palliative and end-of-life care: developmental and spiritual issues of dying children. **Smith College Studies in Social Work**, [*s. l.*], v. 73, n. 3, p. 423-443, 2003. DOI 10.1080/00377310309517695.

5. AMERICAN ASSOCIATION OF OCCUPATIONAL THERAPY. Occupational therapy practice framework: domain and process – fourth

edition. **American Journal of Occupactional Therapy**, [North Bethesda], v. 74, Aug. 2020. Suppl. 2. DOI 10.5014/ajot.2020.74S2001.

6. MORGAN, D. *et al*. Living actively in the face of impending death: constantly adjusting to bodily decline at the end-of-life. **BMJ Supportive & Palliative Care**, London, v. 7, n. 2, p. 179-188, 2017. DOI 10.1136/bmjspcare-2014-000744.

7. PEOPLES, H. *et al*. Perceptions of quality of life by people with advanced cancer who live at home. **British Journal of Occupational Therapy**, [*s. l.*], v. 84, n. 11, p. 723-730, 2021. DOI 10.1177/0308022620976839.

8. VON POST, H.; WAGMAN, P. What is important to patients in palliative care? A scoping review of the patient's perspective. **Scandinavian Journal of Occupational Therapy**, London, v. 26, n. 1, p. 1-8, 2017. DOI 10.1080/11038128.2017.1378715.

9. WÆHRENS, E. *et al*. International consensus on occupational therapy interventions for people with palliative care needs: a European Association for Palliative Care Group concept mapping study. **Palliative Medicine**, London, v. 37, n. 9, p. 1389-1401, 2023. DOI 10.1177/02692163231188155.

CAPÍTULO 46: O PAPEL DO NUTRICIONISTA NOS CUIDADOS PALIATIVOS PEDIÁTRICOS

INTRODUÇÃO

A desnutrição encontrada em pacientes pediátricos em cuidados paliativos está associada a uma pior qualidade de vida. Tanto a anorexia quanto a perda de peso são achados frequentes em diversas doenças em evolução final e podem ocorrer por uma série de razões, como o processo da doença, as modalidades de tratamento e até mesmo um resultado de distúrbios metabólicos ou de um quadro depressivo secundário. Essas situações geram ansiedade nos familiares e na equipe[1].

A arte de alimentar uma criança com câncer é muito mais que um processo de fornecer calorias e nutrientes. Também está relacionada com os aspectos emocionais, socioculturais e religiosos e as experiências de vida[2]. A abordagem e o entrosamento do nutricionista com a família são essenciais, a fim de prestar a melhor assistência nutricional com maior conforto e qualidade de vida às crianças nessa etapa.

Importante destacar que medidas fúteis de avaliação e intervenção nutricional são evitadas sempre que gerarem desconforto emocional e/ou físico e quando a medida interventiva não é capaz de fornecer benefícios à criança ou ao adolescente[3].

Assim sendo, neste capítulo, serão abordados os cuidados nutricionais na assistência ao paciente infantojuvenil em cuidados paliativos, contribuindo, junto aos familiares, cuidadores e equipe multidisciplinar, na busca pela melhor qualidade de vida nessa fase.

AVALIAÇÃO NUTRICIONAL

Todos os pacientes são avaliados, sendo os métodos preconizados de avaliação nutricional aqueles recomendados pela OMS e adotados pelo Ministério da Saúde[4,5], quais sejam: comprimento ou altura por idade, peso por idade, peso por comprimento, peso por altura, IMC por idade, perímetro cefálico por idade e dobra cutânea subescapular por idade, dobra cutânea tricipital por idade e dobra cutânea subescapular por

idade. No entanto, esses parâmetros nem sempre são possíveis pois dependem das condições clínicas do momento. Dessa forma, vários outros critérios são utilizados na avaliação nutricional tais como[3]:

- Anamnese nutricional.
- Antropometria conforme faixa etária, quando possível e aceito.
- Ingestão alimentar — observar se a ingestão é inferior a 70% das necessidades nutricionais e se mantém condição de alimentação por via oral segura.
- Exame físico — observar sinais de perda muscular e adiposa.
- Dados dietéticos e clínicos.

A frequência de avaliação nutricional na pediatria do INCA ocorre da seguinte forma:

- Paciente internado — na admissão, diariamente e sempre que necessário.
- Paciente ambulatorial — sempre que necessário, procurando não ultrapassar 30 dias.

NECESSIDADES NUTRICIONAIS

Na fase final da vida, em geral os pacientes não apresentam sensação de fome ou sede e sentem-se satisfeitos com pequenas quantidades de alimento e fluidos ou até mesmo com os cuidados de higienização e umidificação da cavidade oral. Sendo assim, o paciente não deve ser forçado a receber alimentação e hidratação.

Para cálculo da estimativa das necessidades nutricionais, utiliza-se a fórmula de bolso recomendada pela American Society for Parenteral and Enteral Nutrition (Aspen)[6], que leva em consideração idade e peso corporal, ou a fórmula de Scholfied. A fórmula de Scholfied é utilizada principalmente para aqueles em uso de dieta enterais, em geral quando apresentam um metabolismo basal diminuído, pois leva em consideração o gasto energético basal[7].

Para recomendações de proteínas e recomendações hídricas, utilizam-se as fórmulas que são demonstradas no Quadro 48.

Quadro 48 — Recomendações de proteínas e recomendações hídricas

Recomendações proteicas	Neonatos até 2 anos: 2,5-3,0 g/kg/dia Crianças (2-11 anos): 2,0 g/kg/dia Adolescentes (acima de 12 anos): 1,5-2,0 g/kg/dia
Recomendações hídricas	1,5-3 kg: 110-130 ml/kg 3-10 kg: 100 ml/kg 10-20 kg: 1.000 ml + 50 ml/kg para cada kg acima de 10 kg Acima de 20 kg: 1.500 ml + 20 ml/kg para cada kg acima de 20 kg

Fonte: Aspen Board of Directors and the Clinical Guidelines Task Force[6]; Schofield[7].

A prescrição dietética, além de fornecer as necessidades nutricionais, deve oferecer prazer e conforto, melhorando a qualidade de vida. Portanto, o conforto e o bem-estar são prioridade na alimentação desses pacientes.

INTERVENÇÃO NUTRICIONAL

A intervenção nutricional é realizada por meio das terapias nutricionais oral ou enteral, considerando:

- Prognóstico e expectativa de vida.
- Potencial de reversibilidade da desnutrição — risco *versus* benefício da terapia nutricional.
- Sofrimentos inerentes ao tratamento — situações em que um tratamento mais agressivo pode ser considerado potencialmente inapropriado.

Quando o trato gastrointestinal está total ou parcialmente funcionante[3], recomendam-se terapias nutricionais oral e enteral.

- Terapia nutricional oral — é a primeira opção, quando a ingestão alimentar é menor que 75% das recomendações em de três a cinco dias, sem expectativa de melhora da ingestão.
- Terapia nutricional enteral (via sonda) — na impossibilidade de utilização da via oral, ingestão alimentar insuficiente (ingestão oral menor que 60% das recomendações) em de três a cinco dias consecutivos, sem expectativa de melhora da ingestão.

A terapia nutricional parenteral raramente está indicada para pacientes em cuidados paliativos.

CONDUTA NUTRICIONAL

Na assistência nutricional, faz-se necessário considerar os sintomas clínicos comumente apresentados para identificação de redução da ingestão e consequente risco nutricional a fim de ofertar um plano dietético mais adequado. Os principais manejos nutricionais nos sintomas comuns presentes em paciente em cuidados paliativos com impacto na ingestão[3] são:

- Disfagia — dieta na consistência tolerada.
- Náuseas e vômitos — dieta branda sem irritantes gástricos, com restrição de gorduras.
- Constipação intestinal — dieta rica em fibras.
- Diarreia — dieta pobre em resíduos com restrição de lactose.
- OIM — dieta líquida pobre em resíduo.

As adequações dietéticas visam a proporcionar conforto e bem-estar, buscando a melhora dos sintomas gastrointestinais.

CUIDADOS GERAIS

Os cuidados gerais em relação à nutrição são:

- Permitir o consumo de alimentos da preferência dos pacientes e quando sentem vontade.
- Respeitar os desejos de não comer, comer menos ou recusar a nutrição oral.
- Dar tempo adequado para alimentação, respeitando o ritmo de cada criança.
- Oferecer alimentos em pequenas quantidades.
- Ouvir o paciente quanto à presença de sintomas.
- Mudar a rotina alimentar, oferecer alimentos quando o paciente estiver menos fadigado, nauseado ou com menos dor.
- Combinar métodos diferentes de alimentação, como dietas oral e enteral.
- Dar preferência a alimentos mais atraentes.
- Prestar atenção nos aspectos psicossociais que podem interferir na alimentação.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O nutricionista desempenha o papel de contribuir com a qualidade de vida dos pacientes em cuidados paliativos, e isso leva em consideração não somente suas necessidades nutricionais biológicas, mas também seu hábito alimentar e toda simbologia que o alimento representa no contexto da vida de cada indivíduo. A priorização do conforto com a alimentação é essencial nesse processo.

REFERÊNCIAS

1. SUTTON, L. M.; DEMARK-WAHNEFRIED, W.; CLIPP, E. C. Management of terminal cancer in the elderly patients. **Lancet Oncology,** London, v. 4, n. 3, p. 149-157, Mar. 2003. DOI 10.1016/s1470-2045(03)01019-2.
2. CANESQUI, A. M.; GARCIA, R. W. D. (org.). **Antropologia e nutrição**: um diálogo possível. Rio de janeiro: Fiocruz, 2005.
3. SOCIEDADE BRASILEIRA DE NUTRIÇÃO ONCOLÓGICA. **I Consenso Brasileiro de Nutrição Oncológica da SBNO**. Rio de Janeiro: SBNO, 2021. Disponível em: https://sbno.com.br/wp-content/uploads/2021/07/consenso_2021.pdf. Acesso em: 11 jan. 2024.
4. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO child growth standards**: length/height-for-age, weght-for-age, weight-for-length, weight-for-height and body mass index-for-age: methods and development. Geneva: WHO, 2006.
5. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO child growth standards**: head circumference-for-age and subscapular skinfold-for-age, triceps skinfold-for-age and subscapular skinfold-for-age: methods and development. Geneva: WHO, 2007.
6. ASPEN BOARD OF DIRECTORS AND THE CLINICAL GUIDELINES TASK FORCE. Guidelines for the use of parenteral and enteral nutrition in adult and pediatric patients. **JPEN Journal of Parenteral and Enteral Nutrition**, Hoboken, HJ, v. 26, n. 1, p. 1SA-138SA, Jan./Feb. 2002. Suppl. 1.
7. SCHOFIELD, W. N. Predicting basal metabolic rate, new standards and review of previous work. **Human Nutrition Clinical Nutrition**, London, v. 39, p. 5-41, 1985. Suppl. 1.

CAPÍTULO 47: O PAPEL DO FONOAUDIÓLOGO NOS CUIDADOS PALIATIVOS PEDIÁTRICOS

INTRODUÇÃO

Os distúrbios de deglutição e comunicação são comuns em pacientes com doenças ameaçadoras da vida, como o câncer pediátrico, o que constitui uma demanda para a atuação do fonoaudiólogo nas equipes de cuidados paliativos. Esses distúrbios, que podem surgir ou acentuar-se com a progressão da doença, causam impactos físicos, sociais e emocionais significativos nos pacientes e seus familiares. Eles podem ser causados pela presença do tumor ou em decorrência de efeitos secundários da doença e do tratamento[1,2].

A intervenção fonoaudiológica nos cuidados paliativos deve estar alinhada às propostas de melhorar a qualidade de vida, otimizar o conforto e a dignidade do indivíduo, prevenir e aliviar o sofrimento e promover suporte aos pacientes e suas famílias[3,4]. Como um profissional de reabilitação, o fonoaudiólogo que atua em cuidados paliativos deve construir objetivos realísticos e flexíveis, antecipando futuras demandas e objetivando manter a funcionalidade do paciente, desde o diagnóstico da doença[1,5].

O objetivo deste capítulo é descrever a atuação fonoaudiológica nos cuidados paliativos de crianças e adolescentes com câncer.

AÇÕES DO FONOAUDIÓLOGO

Alimentação

A importância da alimentação é inegável na vida das pessoas, para além das questões fisiológicas, envolvendo aspectos sociais e emocionais[6]. A alimentação para o paciente em cuidados paliativos deve propiciar prazer e conforto, sendo prioritariamente fornecida por via oral, desde que o paciente manifeste o desejo e apresente as condições clínicas necessárias para realizá-la. Entretanto, em diferentes situações, como nos casos em que o distúrbio de deglutição se agrava, alguns indivíduos passam a ter dificuldades para se alimentar por via oral[7].

A disfagia, ou distúrbio de deglutição, pode ser observada com frequência em crianças e adolescentes com câncer em cuidados paliativos à medida que a doença progride. O fonoaudiólogo pode favorecer a promoção do bem-estar dos pacientes e das famílias e ajudar a controlar o sofrimento associado à mudança da ingestão[3,4,8].

No manejo das disfagias, o fonoaudiólogo propõe recursos para manter a deglutição segura por meio de adequação das posturas corporal e cervical, utilização de manobras facilitadoras da deglutição, mudanças na consistência alimentar, oferta fracionada de dieta, adaptação de utensílios, estimulação sensório-motora oral, entre outras estratégias que amenizam as dificuldades no desempenho da função de deglutição da saliva e de alimentos[1,3,9].

O papel do fonoaudiólogo no gerenciamento das disfagias e da alimentação, em pacientes em cuidados paliativos, é geralmente bem diferente do papel que eles assumem com outros pacientes com disfagia. As decisões acerca da manutenção ou da suspensão da alimentação por via oral e indicação de uma via alternativa, como a sonda nasoenteral ou a gastrostomia, envolvem complexas discussões éticas. Essas definições não devem se basear exclusivamente na avaliação clínica ou instrumental do fonoaudiólogo, mas devem ser um esforço colaborativo entre o paciente, a família e a equipe de saúde. Como em muitas situações clínicas, não há uma resposta "certa" para como proceder, pois todas as situações são únicas. Cada criança, família, cultura e sistema de apoio é diferente. A integração com outros profissionais da equipe multidisciplinar facilita a comunicação compassiva e honesta sobre as habilidades de alimentação e deglutição e permite a discussão de condutas[2,10-12].

Tanto os recursos propostos para manter a alimentação segura por via oral quanto a utilização de uma via alternativa nas situações em que é indicada têm como objetivo garantir o alívio dos sintomas, aumentar o conforto e proporcionar qualidade de vida aos pacientes e seus familiares[9,13]. Se for tomada a decisão de continuar com algum grau de ingestão oral, o fonoaudiólogo atua como um facilitador e trabalha com o paciente, a família e os cuidadores no desenvolvimento de estratégias para favorecer mais eficácia, funcionalidade e segurança da deglutição, permitindo a manutenção de uma dieta de conforto[6,11].

É importante salientar que, ao fonoaudiólogo, cabe compreender os limites terapêuticos, evitando terapias potencialmente inapropriadas ou indicação de vias alternativas de alimentação em momento inoportuno, garantindo conforto e a dignidade do paciente em terminalidade[14]. É papel do fonoaudiólogo fornecer informações sobre a função da deglutição de maneira compreensível, empática e cuidadosa, para auxiliar na tomada de decisões relacionadas à alimentação. A decisão sobre comer e beber é feita pela família

e pelo paciente, em conjunto com a equipe que o acompanha. As definições de condutas relacionadas a esse tema complexo podem ser guiadas pelos princípios bioéticos de autonomia, não maleficência, beneficência e justiça[10-12].

Comunicação

As dificuldades de comunicação também são frequentes em pacientes pediátricos com câncer à medida que a doença avança. A comunicação eficaz deve ser facilitada, uma vez que ela permite a minimização do sofrimento, ajuda os indivíduos a terem suas necessidades atendidas e a lidarem com questões familiares e necessidades espirituais, incluindo a abordagem de questões relacionadas à morte e ao morrer[3].

As habilidades comunicativas, nos pacientes em cuidados paliativos, podem estar afetadas pelo rebaixamento do nível de consciência, efeitos de medicações, alterações miofuncionais orofaciais, déficits linguísticos e cognitivos, entre outras causas. O fonoaudiólogo tem o papel de buscar estratégias para facilitar a comunicação do paciente, seja por meio da expressão oral seja por meios não verbais, como gestos, manifestações corporais e recursos de comunicação alternativa. Exercícios miofuncionais orofaciais e fonoarticulatórios podem ser propostos para melhorar a articulação e a inteligibilidade da fala e facilitar a interação interpessoal[3,9,15]. O acesso ao trabalho fonoaudiológico o mais cedo possível irá auxiliar a criança a maximizar o seu potencial de comunicação e a continuidade dos cuidados à medida que suas habilidades diminuem com a progressão da doença[15,16].

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As principais intervenções fonoaudiológicas em pacientes em cuidados paliativos pediátricos envolvem as readaptações para proporcionar uma alimentação segura e eficaz, garantindo ao paciente o prazer e a possibilidade de se alimentar, conjuntamente com estratégias para melhorar sua capacidade de comunicação. O trabalho do fonoaudiólogo é essencial para que se alcancem os objetivos dos cuidados paliativos pediátricos, que incluem melhorar a qualidade de vida e aliviar o sofrimento da criança ou do adolescente e de sua família.

REFERÊNCIAS

1. ECKMAN, S.; ROE, J. Speech and language therapists in palliative care: what do we have to offer? **International Journal of Palliative Nursing**, London, v. 11, n. 4, p. 179-181, Apr. 2005.

2. KRIKHELI, L.; MATHISEN, B. A.; CAREY, L. B. Speech-language pathology in paediatric palliative care: a scoping review of role and practice. **International Journal of Speech-Language Pathology**, Abingdon, v. 20, n. 5, p. 541-553, June 2017. DOI 10.1080/17549507.2017.1337225.

3. KELLY, K. *et al*. The role of speech-language pathologists in palliative care: where are we now? A review of the literature. **Progress in Palliative Care**, [*s. l.*], v. 24, n. 6, p. 315-323, July 2016.

4. MOREIRA, M. J. da S. *et al*. Contribuições da fonoaudiologia nos cuidados paliativos e no fim da vida. **CoDAS**, São Paulo, v. 32, n. 4, 2020. DOI 10.1590/2317-1782/20202019202.

5. ROE, J. W. G.; LESLIE, P. Beginning of the end? Ending the therapeutic relationship in palliative care. **International Journal of Speech-Language Pathology**, Abingdon, v. 12, n. 4, p. 304-308, Aug. 2010.

6. CAMARGO, N. R. P. de; SANTOS, R. de S.; COSTA, M. F. Dieta de conforto em cuidados paliativos oncológicos: reflexões sobre os sentidos de conforto da comida. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 69, n. 2, abr. 2023. DOI 10.32635/2176-9745.RBC.2023v69n2.3828.

7. COSTA, M. F.; SOARES, J. C. Alimentar e nutrir: sentidos e significados em cuidados paliativos oncológicos. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 62, n. 3, p. 215-224, jul/set. 2016. DOI 10.32635/2176-9745.RBC.2016v62n3.163.

8. GOMES, F. H. *et al*. Desafios da assistência fonoaudiológica paliativa à busca pela qualidade de vida até o fim / Challenges of palliative speech-language pathology care to the search for quality of life to the end. **Brazilian Journal of Development**, São José dos Pinhais, v. 8, n. 3, p. 21204-21221, 2022. DOI 10.34117/bjdv8n3-362.

9. CUNHA, V. G. G. **Atuação fonoaudiológica em cuidados paliativos pediátricos e seus resultados na percepção de cuidadores e profissionais da equipe de um hospital universitário**. 2016. Dissertação (Mestrado em Ciências Fonoaudiológicas) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2016. Disponível em: https://repositorio.ufmg.br/handle/1843/BUOS-AQAP5F. Acesso em: 11 jan. 2024.

10. ARVEDSON, J.; LEFTON-GREIF, M. Ethical and legal challenges in feeding and swallowing intervention for infants and children. **Seminars in Speech and Language**, New York, v. 28, n. 3, p. 232-238, Aug. 2007. DOI 10.1055/s-2007-984729.

11. MILLER, C. K.; WILLGING, J. P. Making every moment count. **The ASHA Leader**, [*s. l.*], v. 17, n. 5, p. 8-11, Apr. 2012.

12. MOREIRA, M. J. da S.; SANTOS, R. N. de O. L. dos; PALACIOS, M. Fonoaudiologia, conflitos decisórios e pacientes disfágicos: revisão integrativa. **Revista Bioética**, Brasília, DF, v. 29, n. 2, p. 401-415, abr./jun. 2021. DOI 10.1590/1983-80422021292478.

13. CARRO, C. Z.; MORETI, F.; MARQUES PEREIRA, J. M. Proposta de atuação da fonoaudiologia nos cuidados paliativos em pacientes oncológicos hospitalizados. **Distúrbios da Comunicação**, São Paulo, v. 29, n. 1, p. 178, 2017. DOI 10.23925/2176-2724.2017v29i1p178-184.

14. CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO. **Cuidado paliativo**. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2008. (Cadernos CREMESP). Disponível em: http://www.cremesp.org.br/library/modulos/publicacoes/pdf/livro_cuidado%20paliativo.pdf. Acesso em: 5 jan. 2024.

15. COSTELLO, J. M. Last words, last connections: how augmentative communication can support children facing end of life. **The ASHA Leader**, [*s. l.*], v. 14, n. 16, p. 8, Dec. 2009.

16. O'REILLY, A. C.; WALSHE, M. Perspectives on the role of the speech and language therapist in palliative care: an international survey. **Palliative Medicine**, London, v. 29, n. 8, p. 756-761, Sep. 2015. DOI 10.1177/0269216315575678.

CAPÍTULO 48: O PAPEL DO PSICÓLOGO NOS CUIDADOS PALIATIVOS PEDIÁTRICOS

INTRODUÇÃO

O trabalho do psicólogo no contexto dos cuidados paliativos pediátricos está voltado para o resgate da dimensão de sujeito da criança e do adolescente acometidos por uma doença potencialmente fatal, bem como para a construção de um cuidado interdisciplinar particularizado em cada caso. Cabe ao psicólogo oferecer escuta na aposta de fazer aparecer o desejo do sujeito infantojuvenil, bem como de seus pais e/ou responsáveis, num contexto fortemente marcado pelo afeto da angústia diante da iminência da perda de um filho e da própria vida. Crianças e adolescentes, nessa perspectiva de trabalho clínico, são acolhidos como sujeitos que têm algo a dizer sobre seu sofrimento e que podem dar pistas preciosas para a construção do cuidado.

Os pacientes são infantojuvenis e nem sempre se expressam pela via da palavra falada. Quem se dispõe a estar nessa clínica tem de estar atento para os detalhes, uma vez que esses sujeitos também elaboram suas questões a partir dos jogos, das brincadeiras, dos desenhos e do silêncio.

Nos cuidados paliativos pediátricos, o paciente se depara com uma situação limite, na qual a doença se encontra em avanço progressivo e a dimensão de finitude se impõe, e a atenção promovida pela equipe de cuidados paliativos objetiva minimizar os efeitos potencialmente traumáticos desse processo para a criança, seus pais e/ou responsáveis e para o entorno social mais amplo. Essa abordagem pauta-se na premissa do cuidar e prioriza a qualidade de vida do paciente, por meio da escuta a esse sujeito e sua família.

Dessa forma, a inserção do psicólogo na equipe de saúde volta-se para as subjetividades em jogo, tanto do paciente em seu processo de finitude, quanto dos diversos atores que dele participam, disponibilizando uma mediação singularizada para cada caso. Assim, entende-se o cuidado nesse contexto, como uma mediação particularizada.

O objetivo deste capítulo é transmitir alguns princípios que orientam a escuta e a contribuição do psicólogo clínico orientado pela psicanálise nesse contexto de trabalho interdisciplinar por excelência que são os cuidados paliativos pediátricos.

ABORDAGENS DO PSICÓLOGO

A partir da escuta, oferecer um espaço de palavra, livre de um saber prévio, para que a criança, o adolescente, seus pais e a equipe de saúde possam construir recursos para lidar com a realidade de suas perdas e dizer o que é importante para si. Isso faculta ainda ao sujeito infantojuvenil a possibilidade de encontrar um sentido próprio para a sua morte, que será particular, e não aquela que passa pela dimensão de um ideal, concebida pelo outro da ciência[1].

Aponta-se aqui a dimensão singular do luto e da morte em cada caso, que, para ser dita, pressupõe um interlocutor que sustente um laço de tratamento que se estende no tempo, o laço transferencial[2].

Acredita-se que a sustentação do laço transferencial é o que permite o trabalho do psicólogo no contexto dos cuidados paliativos. Para sustentar uma posição de abertura ao humano e ao particular de cada caso, que é diferente de uma posição humanista, que saberia *a priori* o que fazer para o "bem" daquele paciente e sua família, é fundamental que se possa atuar como psicólogo de referência dos casos. Nesse trabalho clínico, são testemunhados, junto aos pacientes, os recursos subjetivos envolvidos em cada etapa do tratamento oncológico infantojuvenil de maneira longitudinal. Uma vez que se entra em um caso, e desde que o paciente e seus pais consintam com essa entrada, deve-se seguir acompanhando-os até o seu desfecho, seja ele a cura e os lutos e paliações possíveis de um corpo que pode não ser mais o mesmo que ingressou no tratamento, seja a perda de um filho e sua separação precoce e inesperada de sua família, o que surge no discurso dos pais enlutados como "inversão da ordem natural da vida"[3].

Diferente da clínica no consultório, nem sempre são os pacientes que procuram. Na maioria das vezes, quando um paciente chega ao hospital, a equipe assistente sinaliza, nas discussões em *rounds* diários ou mesas-redondas semanais, a indicação de ingresso da psicologia no caso, e, então, o psicólogo vai até os pacientes para um atendimento inicial. A partir dessa oferta, ele e sua família podem construir uma demanda em nome próprio ou mesmo recusar o atendimento da psicologia.

Observa-se que o câncer, ainda nos dias de hoje, é uma doença estigmatizada no imaginário social e repleta de carga simbólica. Sendo assim, questões subjetivas podem ser deflagradas desde a investigação diagnóstica. O inesperado do adoecimento, especialmente nessa fase da vida, pode ser visto como potencialmente traumático aos envolvidos.

Pode-se pensar a necessidade de um processo ou uma elaboração do luto em oncologia pediátrica, desde a investigação diagnóstica até o final do

tratamento, já que esse virá acompanhado de uma série de restrições, por vezes é agressivo, envolvendo perdas constantes, seja na imagem corporal, nos laços com o entorno social, com especial destaque para a escola e para a convivência com os pares, seja pelo medo de perda da própria vida, o que exige do sujeito uma grande capacidade reinventiva[4].

Deve-se estar atento e oferecer suporte e acolhimento aos mais diversos processos de luto que podem perpassar o acompanhamento de crianças e adolescentes assistidos pelos cuidados paliativos, bem como de seus pais e/ou responsáveis e da equipe assistente. Nessa clínica, pode-se pensar o luto como um processo de simbolização das perdas implicadas no caminho do tratamento e como um contorno e tratamento da angústia envolvida nesse cuidado[5,6].

Pode-se pensar que, para os pais, pode ocorrer o luto pela perda do filho e que, para a criança, o luto poderá ser pela perda da autonomia, perda da capacidade funcional, pelo afastamento do convívio social e familiar, pelas alterações na imagem corporal, pelo vazio que sua perda vai deixar para os pais que sobrevivem a um filho, entre outros.

A equipe não está isenta do trabalho de luto, que será necessário para elaborar as perdas impostas pela própria rotina do serviço, os óbitos dos pacientes, a frustração de, em alguns casos, não conseguir alcançar a cura, o testemunho próximo e constante do sofrimento dos pais enlutados.

Faz-se necessário um tempo psíquico e um espaço de escuta que legitimem o lugar de sujeito dos envolvidos nessa clínica e permitam que os pacientes possam dar início ao processo de simbolização da experiência que atravessam por meio dos recursos de simbolização disponíveis em cada caso, o que aqui se identifica como condição fundamental para o luto, a simbolização da perda.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Aposta-se na transferência e no acolhimento de crianças e adolescentes para criar um laço de trabalho e um espaço de palavra a fim de inventar, com eles, saídas singulares e tratar sua angústia, bem como a dos seus pais e/ou responsáveis. Inclui-se aqui ainda o mal-estar, a angústia da equipe quando suscitada pelos casos e pelo trabalho cotidiano nessa clínica.

Dessa maneira, mesmo diante da doença e em alguns casos, da finitude, os pacientes, quando investidos como sujeitos, podem construir maneiras de continuar vivendo. Tais invenções podem ocorrer a partir de um saber que os pacientes constroem sobre seu corpo e sua doença. Acredita-se que essas

invenções de cuidado demonstram que a saúde pode estar nos mínimos detalhes, nas sutilezas e que essas sutilezas, muitas vezes, são a forma que os pacientes têm para seguir adiante, ainda que diante de sua própria finitude, com alguma dignidade.

Trata-se de uma clínica bastante desafiadora e delicada, interdisciplinar por natureza e atenta aos detalhes a partir dos quais se constroem efetivamente o cuidado em cada caso, já que o cuidado é sempre singular.

REFERÊNCIAS

1. MALENGREAU, P. Para uma clínica de cuidados paliativos. **Opção Lacaniana**, São Paulo, v.13, p. 87-90, 1995.
2. FREUD, S. Luto e melancolia. *In*: FREUD, S. **A história do movimento psicanalítico, artigos sobre a metapsicologia** (1914-1916). Rio de Janeiro: Imago, 1996. p. 245-266. (Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, v. 14).
3. FREUD, S. Sobre o narcisismo: uma introdução. *In*: FREUD, S. **A história do movimento psicanalítico, artigos sobre a metapsicologia** (1914-1916). Rio de Janeiro: Imago, 1996. p. 77-108. (Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, v. 14).
4. COSTA, N. G. **Da vida à sobrevida**: considerações sobre crianças e adolescentes com câncer a partir da psicanálise. 2014. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização) – Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, Rio de Janeiro, 2014.
5. REGO, B. R. Redes e laços: impasses e desafios. *In*: INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **Sofrimento psíquico do paciente oncológico**: o que há de específico? Rio de Janeiro, 2014. p. 83-92. (Cadernos de Psicologia, 2)
6. REGO, B. R. Sobre a identificação com o objeto. *In*: QUINET, A. (org.). **A dor de existir e suas formas clínicas**: tristeza, depressão e melancolia. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria, 1997. p. 207-216.

ANEXOS

ANEXO 1 — INDICADORES UTILIZADOS NO HOSPITAL DO CÂNCER IV

Quadro 1 — Indicadores estratégicos – Sistema de Planejamento e Gestão (Sisplan)

Consumo de morfina
Prevalência de infecção hospitalar
Número de consultas multiprofissionais
Número de consultas médicas
Número de internações
Número de visitas domiciliares
Taxa de mortalidade hospitalar
Taxa de ocupação hospitalar
Tempo médio de permanência

Fonte: Intranet INCA.

Quadro 2 — Indicadores de desempenho dos Postos Avançados

Número de encaminhamentos das unidades hospitalares do INCA: HC I, HC II, HC III
% de Pacientes por tipo de tratamento prévio ao encaminhamento por unidade: • Radical • Paliativo • Virgem
% de pacientes encaminhados para a modalidade assistencial: • Ambulatório • Assistência Domiciliar • Internação Hospitalar
% de Informação preenchida por unidade
% de sumários de casos clínicos adequados por unidade
% de pacientes em acompanhamento ambulatorial antes do encaminhamento por unidade

Fonte: Intranet INCA.

Legenda: HC — Hospital do Câncer; INCA— Instituto Nacional de Câncer.

Quadro 3 — Indicadores de desempenho do Ambulatório

Intervalo de consulta de primeira vez
Intervalo consulta subsequente
Encaminhados à visita domiciliar na primeira consulta
Motivos de absenteísmo nas consultas • Óbito (residência, outro hospital ou antes da consulta) • Internação • Outros motivos (transporte, problemas pessoais ou recusa) • Transferidos para Assistência Domiciliar • Atendidos no Serviço de Pronto Atendimento

Fonte: Intranet INCA.

Quadro 4 — Indicadores de desempenho da Assistência Domiciliar

Intervalo de Assistência Domiciliar de pacientes pela primeira vez
Intervalo Assistência Domiciliar de pacientes subsequentes
Visitas não realizadas (causas internas)
Visitas não realizadas (causas externas)
% de óbito em residência

Fonte: Intranet INCA.

Quadro 5 — Indicadores de desempenho da Internação Hospitalar

Taxa de alta hospitalar
Taxa de mortalidade hospitalar
Óbito em menos de 48h
Óbito em mais de 48h
Óbito em menos de 72h
% de pacientes com orientação da nutrição na alta
% de pacientes com orientação da nutrição na admissão
% de pacientes com orientação do serviço social na alta
% de pacientes com orientação do serviço social na admissão
% de pacientes com orientação do serviço social após o óbito

Fonte: Intranet INCA.

Quadro 6 — Indicadores de consumo de morfina

Per capita (mg)
Por dia (mg)

Fonte: Intranet INCA.

Quadro 7 — Indicadores de produção da Internação Hospitalar

Número de internações • Egressos • Altas
Número de óbitos
Leitos-dia
Pacientes-dia

Fonte: Intranet INCA.

Quadro 8 — Indicadores de produção de número de matrículas por unidade

Unidade hospitalar I
Unidade hospitalar II
Unidade hospitalar III

Fonte: Intranet INCA.

Quadro 9 — Indicadores de produção de atendimento ambulatorial

Número de turnos ambulatoriais por médico
Número de consultas médicas
Número de consultas da enfermagem
Número de consultas do serviço social
Número de consultas da nutrição
Número de consultas da psicologia
Número de consultas da fisioterapia
Número de procedimentos de enfermagem
Média de pacientes do ambulatório

Fonte: Intranet INCA.

Quadro 10 — Indicadores de produção de atendimento dos Postos Avançados

Consultas da enfermagem unidade hospitalar I
Consultas da enfermagem unidade hospitalar II
Consultas da enfermagem unidade hospitalar III

Fonte: Intranet INCA.

Quadro 11 — Indicadores de produção do Serviço de Pronto Atendimento interno

Número de turnos na emergência
Número de consultas médicas
Número de consultas (telefônica)
Número de consultas (andar)
Número de declarações de óbito
Número de atendimentos do serviço social
Número de atendimentos da enfermagem
Número de atendimentos da nutrição
Número de procedimentos médicos
Procedimentos de enfermagem

Fonte: Intranet INCA.

Quadro 12 — Indicadores de produção da Assistência Domiciliar

Número de consultas médicas
Número de consultas de enfermagem
Número de consultas do serviço social
Número de consultas da psicologia
Número de consultas da nutrição
Número de consultas da fisioterapia
Número de procedimentos realizados
Pacientes por mês — internação domiciliar

Fonte: Intranet INCA.

Quadro 13 — Indicadores de capacidade hospitalar

Taxa de ocupação
Média de permanência
Índice de renovação
Intervalo de substituição

Fonte: Intranet INCA.

Quadro 14 — Indicadores da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar

Taxa global de infecção hospitalar
Prevalência de infecção hospitalar
Sítio de infecção hospitalar
Consumo de antibióticos
Indicadores de vigilância de processos de enfermagem

Fonte: Intranet INCA.

Quadro 15 — Indicadores da Comissão de Prontuários

% de não conformidade dos registros
% de não conformidade em registro de KPS
% de não conformidade em registro do quinto sinal vital
% de não conformidade em registro da definição de cuidados ao fim de vida
% de não conformidade em registro de avaliação pela capelania

Fonte: Intranet INCA.

Legenda: KPS — *Karnofsky Performance Status*.

Quadro 16 — Indicadores do Núcleo de Segurança do Paciente

Número de notificações de falhas e incidentes
% notificações por tipo de falhas
% notificações por tipo de incidentes
% por classificação de dano

Fonte: Intranet INCA.

Quadro 17 — Indicadores da Gerência de Risco

Tecnovigilância
Número total de notificações
Número de notificações por setor notificante
Número de notificações por motivo (queixa técnica, eventos adversos)
Hemovigilância
Número total de notificações
Número de transfusões por hemocomponentes por processo assistencial
Número de reações transfusionais
Número de eventos adversos no ciclo do sangue
Farmacovigilância
Número total de notificações
Número de notificações por setor notificante
Número de reações adversas
Número de notificações por queixas técnicas

Fonte: Intranet INCA.

ANEXO 2 — FORMULÁRIO DE MONITORAMENTO DE TERAPIA SUBCUTÂNEA E HIPODERMÓCLISE EM AMBIENTE HOSPITALAR

FICHA DE MONITORAMENTO DE TERAPIA SUBCUTÂNEA/HIPODERMÓCLISE

Acompanhamento da Terapia Subcutânea / Hipodermóclise

Matrícula: _____	Nome: _____	Modalidade: _____

	Profissional / Carimbo	Braço		Tórax / Peito		Perna		Abdome / Barriga		Tipo de cateter	Medicamento / Dose	Diluição	Modo e tempo de infusão	Finalidade (códigos)
Instalação ___/___/___		D	E	D	E	D	E	D	E					
		Retirada ___/___/___		Profissional / Carimbo				Motivo/Código						
		Conduta:												
Instalação ___/___/___	Profissional / Carimbo	Braço		Tórax / Peito		Perna		Abdome / Barriga		Tipo de cateter	Medicamento / Dose	Diluição	Modo e tempo de infusão	Finalidade (códigos)
		D	E	D	E	D	E	D	E					
		Retirada ___/___/___		Profissional / Carimbo				Motivo/Código						
		Conduta:												
Instalação ___/___/___	Profissional / Carimbo	Braço		Tórax / Peito		Perna		Abdome / Barriga		Tipo de cateter	Medicamento / Dose	Diluição	Modo e tempo de infusão	Finalidade (códigos)
		D	E	D	E	D	E	D	E					
		Retirada ___/___/___		Profissional / Carimbo				Motivo/Código						
		Conduta:												

CÓDIGOS DE MONITORAMENTO TERAPIA SUBCUTÂNEA / HIPODERMÓCLISE

CÓDIGO DE FINALIDADE	CÓDIGO DE RETIRADA
1 - HIDRATAÇÃO 2 - ANALGESIA 3 - ANTIBIOTICOTERAPIA 4 - SEDAÇÃO PALIATIVA 5 - CONTROLE DE DEMAIS SINTOMAS	1 - HIPEREMIA 2 - ENDURECIMENTO 3 - EDEMA VOLUMOSO IMCOMPATÍVEL 4 - DOR 5 - ULCERAÇÃO 6 - NECROSE 7 - PERDA 8 - QUEBRA DO DISPOSITIVO 9 - TÉRMINO DA TERAPIA 10 - LIMITE DE TEMPO DE 96 HORAS OU MAIS 11 - OUTROS (ESPECIFICAR)

ANEXO 3 — FORMULÁRIO DE ACOMPANHAMENTO DA TERAPIA SUBCUTÂNEA NO DOMICÍLIO

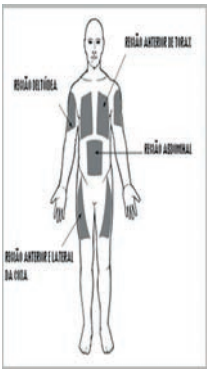
INCA INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER

Assistência Domiciliar / HC IV

Acompanhamento da Terapia Subcutânea no Domicílio.											
Matrícula:						**Nome:**					
Data	**Local (is)**								**Medicamento**	**Horário**	**Observações**
	Braço		Tórax/ Peito		**Perna**		Abdome/ Barriga				
	D	E	D	E	D	E	D	E			
	D	E	D	E	D	E	D	E			
	D	E	D	E	D	E	D	E			
	D	E	D	E	D	E	D	E			
	D	E	D	E	D	E	D	E			
	D	E	D	E	D	E	D	E			
	D	E	D	E	D	E	D	E			
	D	E	D	E	D	E	D	E			

INCA INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER

Acompanhamento da Terapia Subcutânea no Domicílio

Matrícula:	**Nome:**		
*LOCAIS DE APLICAÇÃO	*A escolha do local (is) de aplicação segue a orientação dos locais da figura*		
	MATERIAIS NECESSÁRIOS	**INSTALAÇÃO DA TERAPIA**	**OBSERVAR**
	✓ Solução preparada para ser instalada; ✓ Solução antisséptica; ✓ Gaze e luvas; ✓ *Scalp* (25 ou 27); ✓ Seringa (5ml); ✓ Soro Fisiológico 0,9%; ✓ Filme transparente para fixar;	✓ Comunicar ao paciente; ✓ Escolher o local; ✓ Fazer a limpeza e prega da pele; ✓ Introduzir o *scalp* ângulo (30 à45); ✓ Fixar o *scalp* com filme transparente; ✓ Datar e identificar.	✓ Sinais de inchaço, calor, dor e vermelhidão; ✓ Endurecimento; ✓ Hematoma; ✓ Febre, calafrio e dor; ✓ Dor de cabeça; ✓ Sobrecarga de líquidos (falta de ar, tosse, pressão alta, batimento acelerado);
	✓ Realizar revezamento dos locais de aplicação **a cada 4 dias**, respeitando a distância de 5 cm de um local para o outro, levando em consideração locais de inchaço, vermelhidão e dor;		
	✓ Após fazer o medicamento injetar 1 ml de soro para garantir que todo conteúdo foi introduzido no local, **lembrando de lavar as mãos antes e após**;		
	✓ Se for percebido inchaço no local, pode-se diminuir o gotejamento ou dependendo das características do local, até suspender;		
	✓ Uma seringa para cada medicamento por dia, realizar identificação da seringa escrevendo o nome da medicação e a data.		
	MEDICAMENTOS (nome + ml + diluição)		
	1)		
	2)		
	3)		
	4)		
Assinatura do Acompanhante: Data: / /		Assinatura do Enfermeiro: Data: / /	

APÊNDICE

APÊNDICE — EQUIPE DE ELABORAÇÃO DA SEGUNDA EDIÇÃO

Organização

Simone Garruth dos Santos Machado Sampaio

Médica do Hospital do Câncer IV (HC IV). Serviço Médico do HC IV. Núcleo de Apoio à Pesquisa e ao Ensino (Nape) do HC IV. Doutora em medicina pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (Uerj).

Livia Costa Oliveira

Nutricionista do HC IV. Nape do HC IV. Doutora em ciências nutricionais pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ).

Prefácio

Roberto Gil

Médico oncologista. Direção-geral do Instituto Nacional de Câncer (INCA). Especialista em Oncologia Clínica pelo INCA. Membro da American Society of Clinical Oncology (Asco). Membro titular da European Society of Clinical Oncology (Esmo). Membro do Grupo Brasileiro de Tumores Gastointestinais (GTG).

Apresentação

Simone Garruth dos Santos Machado Sampaio

Médica do HC IV. Serviço Médico do HC IV. Nape do HC IV. Doutora em medicina pela Uerj.

Livia Costa Oliveira

Nutricionista do HC IV. Nape do HC IV. Doutora em ciências nutricionais pela UFRJ.

Capítulo 1: Cuidados paliativos no Instituto Nacional de Câncer — uma trajetória marcada por pioneirismo e inovação

Luciana Aparecida Faria de Oliveira

Enfermeira do HC IV. Direção do HC IV. Divisão Técnico-assistencial do HC IV. Mestre em enfermagem pela UFRJ.

Renata de Freitas

Médica HC IV. Direção do HC IV. Doutoranda em bioética pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) e pela Faculdade de Medicina do Porto (Portugal).

Livia Costa Oliveira

Nutricionista do HC IV. Nape do HC IV. Doutora em ciências nutricionais pela UFRJ.

Simone Garruth dos Santos Machado Sampaio

Médica do HC IV. Serviço Médico do HC IV. Nape do HC IV. Doutora em medicina pela Uerj.

Capítulo 2: Internação Hospitalar

Andreia Pereira de Assis Ouverney

Assistente social do HC IV. Internação Hospitalar do HC IV. Doutora em política social pela Universidade Federal Fluminense (UFF).

Eliana David da Silva

Enfermeira do HC IV. Internação Hospitalar do HC IV. Mestre em saúde coletiva e controle do câncer pelo Instituto Nacional de Câncer (INCA).

Maria Lucia de Freitas Pequeno

Psicóloga do HC IV. Mestre em saúde coletiva e controle do câncer pelo INCA.

Rosane de Souza Santos

Nutricionista do HC IV. Doutoranda em alimentação, nutrição e saúde pela Uerj.

Teresa Cristina da Silva dos Reis

Médica do HC IV. Especialista em cirurgia geral e oncológica pelo INCA.

Capítulo 3: Ambulatório

Alessandra Zanei Borsatto

Enfermeira do HC IV. Ambulatório do HC IV. Mestre em enfermagem pela Uerj.

Danielle Copello Vaz

Enfermeira do HC IV. Ambulatório do HC IV. Doutoranda em enfermagem e biociências pela Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (Unirio).

Dolores Ferreira Fonseca

Assistente social do HC IV. Mestre em serviço social pela Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC-Rio).

Denise Cristina de Siqueira Pinto

Médica do HC IV. Especialista em cirurgia de cabeça e pescoço.

Capítulo 4: Assistência Domiciliar

Vanessa Gomes da Silva

Enfermeira do HC IV. Divisão de Enfermagem HC IV. Doutora em ensino de biociência em saúde pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz).

Flávia Navi de Sousa

Médica do HC IV. Assistência Domiciliar do HC IV. Mestre em Saúde e tecnologia no espaço hospitalar pela Unirio.

Lívia Lírio Campo

Enfermeira do HC IV. Assistência Domiciliar do HC IV. Mestre em enfermagem pela Unirio.

Nathalia de Paula Albuquerque Guimarães

Enfermeira do HC IV. Mestre em saúde e tecnologia no espaço hospitalar pela Unirio.

Capítulo 5: Serviço de Pronto Atendimento Especializado

Vilma Garcia Monteiro

Enfermeira do HC IV. Serviço de Pronto Atendimento do HC IV. Especialista em oncologia clínica.

Janille Luciana de Araújo

Enfermeira do HC IV. Mestre em enfermagem assistencialista pela UFF.

Livia Costa Oliveira

Nutricionista do HC IV. Nape do HC IV. Doutora em ciências nutricionais pela UFRJ.

Vanessa Gomes da Silva

Enfermeira do HC IV. Divisão de Enfermagem HC IV. Doutora em ensino de biociência em saúde pela Fiocruz.

Capítulo 6: Promoção da segurança do paciente nos cuidados paliativos

Regina Bokehi Nigri

Analista de Ciências e Tecnologia do HC IV. Setor de Qualidade do HC IV. Médica especialista em nefrologia. Doutoranda em enfermagem e biociências pela Unirio.

Nair Caroline Cavalcanti de Mendonça Bittencourt

Enfermeira do HC IV. Núcleo de Segurança do Paciente do HC IV. Doutoranda em enfermagem pela UFRJ.

Claudia de Oliveira Passos

Farmacêutica do Hospital do Câncer III (HC III) e do IV. Doutora em saúde coletiva pela Uerj.

Lia Machado Pimentel

Fisioterapeuta do HC IV. Área da Qualidade do HC IV. Núcleo de Segurança do Paciente do HC IV. Mestre em saúde coletiva e controle do câncer pelo INCA.

Capítulo 7: A importância do voluntariado nos cuidados paliativos

Fernanda de Oliveira Vieira

Gerência do INCAvoluntário. Jornalista e bacharel em comunicação social. Especialista em *marketing*. Membro da Rede Conexão Captadoras — Women in Fundraising e da Associação Brasileira de Captadores de Recursos (ABCR).

Bruna Rodrigues

Área de Comunicação Social e Captação de Recursos do INCAvoluntário. Comunicação social.

Naisa Batista

Administradora de empresas. Responsável pelos núcleos de atendimento aos pacientes e acompanhantes do INCAvoluntário nos HC III e IV.

Manoela Gomes

Estagiária de comunicação social do INCAvoluntário. Graduanda em jornalismo e comunicação social.

Capítulo 8: Nosso cuidado — promoção de bem-estar e saúde aos trabalhadores

Regina Bokehi Nigri

Analista de Ciências e Tecnologia do HC IV. Setor de Qualidade do HC IV. Médica especialista em nefrologia. Doutoranda em enfermagem e biociências pela Unirio.

Cláudia de Paulo Pereira

Psicóloga do HC IV. Projeto Nosso Cuidado. Mestre em saúde pública pela Fiocruz.

Luciana Aparecida Faria de Oliveira

Enfermeira do HC IV. Direção do HC IV. Divisão Técnico-assistencial do HC IV. Mestre em enfermagem pela UFRJ.

Mariana Fernandes Costa

Nutricionista do HC IV. Doutora em alimentação, nutrição e saúde e em psicologia social pela Uerj.

Capítulo 9: Ensino e pesquisa em cuidados paliativos

Audrei Castro Telles

Enfermeira do HC IV. Membro da Comissão de Ensino do INCA. Enfermeira da Educação Continuada do HC IV. Doutoranda em enfermagem pela UFRJ.

Livia Costa Oliveira

Nutricionista do HC IV. Nape do HC IV. Doutora em ciências nutricionais pela UFRJ.

Simone Garruth dos Santos Machado Sampaio

Médica do HC IV. Serviço Médico do HC IV. Nape do HC IV. Doutora em medicina pela Uerj.

Capítulo 10: Equipe assistencial em saúde — estratégias para um bom cuidado

Christiane Gouvêa dos Santos

Fonoaudióloga do Hospital do Câncer I (HC I). Doutora em bioética, ética aplicada e saúde coletiva pela Fiocruz.

Endi Evelin Ferraz Kirby

Enfermeira do HC IV. Doutoranda em bioética, ética aplicada e saúde coletiva pela UFRJ.

Luciana Favoreto Vieira Mattos

Farmacêutica dos HC III e IV. Mestre em administração e gestão da assistência farmacêutica pela UFF.

Capítulo 11: As interfaces da espiritualidade no cuidado ao paciente

Renata Carla Nencetti Pereira

Enfermeira do HC IV. Doutora em ciências do cuidado em saúde pela UFF.

Pamela Gonçalves Martins

Técnica de enfermagem do HC IV. Enfermeira. Mestre em ciências do cuidado em saúde pela UFF.

Capítulo 12: Avaliação do paciente em cuidados paliativos

Audrei Castro Telles

Enfermeira do HC IV. Membro da Comissão de Ensino do INCA. Enfermeira da Educação Continuada do HC IV. Doutoranda em enfermagem pela UFRJ.

Flávia Navi de Souza

Médica do HC IV. Mestre em saúde e tecnologia no espaço hospitalar pela Unirio.

Deliane Barbosa Ferreira

Médica do HC IV. Especialista em clínica médica pela UFRJ e em cuidados paliativos pela PUC-Rio.

Capítulo 13: Avaliação Prognóstica

Emanuelly Varea Maria Wiegert

Nutricionista do HC IV. Divisão Técnico-assistencial do HC IV. Doutora em ciências nutricionais pela UFRJ.

Ilzen Cibele Bezerra de Farias

Médica do HC IV. Especialista em medicina paliativa pelo INCA.

Fernanda Barcellos Santiago

Enfermeira do HC IV. Doutoranda em ciência do cuidado pela UFF.

Cristine Menezes

Enfermeira do HC IV. Graduanda de medicina na Unigranrio.

Gisele Passos Cabral Benjamim

Enfermeira do HC IV. Especialista em oncologia.

Capítulo 14: Comunicação em saúde

Karla Santos da Costa Rosa

Nutricionista do HC IV. Doutoranda em oncologia pelo INCA.

Capítulo 15: Comunicação alternativa para pacientes em cuidados paliativos e sem comunicação oral

Janaína Santos Nascimento

Terapeuta ocupacional do Departamento de Terapia Ocupacional da UFRJ. Doutora em ciências médicas pela Uerj.

Ana Paula Correa Ferreira

Terapeuta ocupacional do Departamento de Terapia Ocupacional da UFRJ. Mestre em ciências do cuidado em saúde pela UFF.

Capítulo 16: Aspectos ético-jurídicos dos cuidados paliativos no Brasil

Marcela Rocha Leandro da Silva

Médica do HC IV. Especialista em medicina paliativa pela Universidade de São Paulo (USP).

Capítulo 17. Adequação terapêutica

Livia Costa Oliveira

Nutricionista do HC IV. Nape do HC IV. Doutora em ciências nutricionais pela UFRJ.

Flavia Campos Barcelos

Farmacêutica do HC IV. Mestre em Ciência e Tecnologia Farmacêutica pela UFRJ.

Simone Garruth dos Santos Machado Sampaio

Médica do HC IV. Serviço Médico do HC IV. Nape do HC IV. Doutora em medicina pela Uerj.

Capítulo 18: As diretivas antecipadas de vontade e seu papel nos cuidados paliativos

Renata Figueiredo da Rocha Roque

Assistente social do HC IV. Mestre em bioética, saúde coletiva e ética aplicada pela UFRJ.

Capítulo 19: Dor associada ao câncer

Espedito Rocha de Carvalho Júnior

Médico do HC IV. Especialista em clínica médica, geriatria, área de atuação em clínica da dor.

Regina Alves Pereira

Técnica de enfermagem do HC IV. Enfermeira. Mestre em ensino em saúde pela UFF.

Alex Sandro de Azeredo Siquera

Enfermeiro do HC IV. Divisão de Enfermagem do HC IV. Doutor em ciência do cuidado em saúde pela UFF.

Ernani Costa Mendes

Fisioterapeuta do HC IV. Doutor em ciências da saúde pela Fiocruz.

Alessandra Gomes Simões

Assistente social do HC IV. Mestranda em saúde coletiva e controle do câncer pelo INCA.

Mabel Viana Krieger

Psicóloga do HC IV. Mestre em bioética, ética aplicada e saúde coletiva pela Fiocruz.

Capítulo 20: Fadiga

Amanda Alves Orsini Richard

Técnica de enfermagem do HC IV. Graduanda de direito na faculdade Estácio de Sá.

Célida Terezinha da Silva Castro Suzarte

Enfermeira do HC IV. Especialista em paciente crítico, oncologia e qualidade em saúde e segurança do paciente.

Liziane Pereira Silva

Fisioterapeuta do HC IV. Mestre em saúde coletiva pela Uerj.

Capítulo 21: Caquexia do câncer

Emanuelly Varea Maria Wiegert

Nutricionista do HC IV. Divisão Técnico-assistencial do HC IV. Doutora em ciências nutricionais pela UFRJ.

Larissa Calixto-Lima

Nutricionista do HC IV. Doutora em alimentação, nutrição e saúde pela Uerj.

Livia Costa Oliveira

Nutricionista do HC IV. Nape do HC IV. Doutora em ciências nutricionais pela UFRJ.

Cristhiane da Silva Pinto

Médica do HC IV. Mestre em saúde coletiva e controle do câncer pelo INCA.

Capítulo 22: Náuseas, vômitos, constipação intestinal e diarreia

Karla Santos da Costa Rosa

Nutricionista do HC IV. Doutoranda em oncologia pelo INCA.

Mariana Fernandes Costa

Nutricionista do HC IV. Doutora em alimentação, nutrição e saúde pela Uerj e em psicologia social pela Uerj.

Camila dos Santos Moreno Rodrigues Alves

Enfermeira do HC IV. Mestre em psicanálise, saúde e sociedade pela Universidade Veiga de Almeida.

Deliane Barbosa Ferreira

Médica do HC IV. Especialista em clínica médica pela UFRJ e em cuidados paliativos pela PUC-Rio.

Angélica dos Santos Araújo

Técnica de Enfermagem do HC IV. Especialista em farmácia clínica e hospitalar pela Uniabeu Centro Universitário.

Capítulo 23: Prurido

Mariana Ferreira Rodrigues de Souza

Farmacêutica dos HC III e IV. Mestre em gestão e administração da assistência farmacêutica pela UFF.

Letícia Carolina Almeida da Silva

Médica-residente em medicina paliativa no INCA (2023-2025). Especialista em medicina de família e comunidade pela UFRJ

Anna Caroline Wayand Martins

Médica-residente em medicina paliativa no INCA (2023-2025). Especialista em medicina de família e comunidade pela Faculdade de Medicina de Petrópolis, Centro Universitário Arthur Sá Earp Neto (Unifase).

Capítulo 24: Sintomas bucais

João Pedro Roque Beserra

Odontólogo do HC I. Mestre em saúde pública pela Fiocruz. Especialista em cirurgia e traumatologia bucomaxilofaciais pelo Hospital Federal dos Servidores do Estado (HFSE) e em Estomatologia pela UFRJ

Jade Fontenele Tagliabue

Odontóloga residente em oncologia no INCA (2022-2024).

Luana D'Arc Diafilos Teixeira

Odontóloga residente em oncologia no INCA (2022-2024). Especialista em estomatologia pela UFRJ.

Capítulo 25: Complicações venolinfáticas: edema e linfedema

Francine Peres da Silva

Fisioterapeuta do HC IV. Especialista em fisioterapia neurofuncional e acupuntura.

Daniele Ferreira Buechem

Enfermeira do HC II. Especialista em oncologia pela universidade gama filho.

Wilton Lopes dos Santos

Técnico de enfermagem do HC IV.

Capítulo 26: Ansiedade, depressão e insônia

Patrícia Ribeiro Portella de Araujo

Farmacêutica dos HC III e IV. Mestre em gestão e administração da assistência farmacêutica pela UFF.

Maria das Vitórias Tavares

Enfermeira do HC II. Especialista em oncologia clínica.

Ilzen Cibele Bezerra de Farias

Médica do HC IV. Especialista em medicina paliativa pelo INCA.

Capítulo 27: Dispneia

Patricia Almeida Chelles

Fisioterapeuta do HC IV. Mestre em saúde coletiva e controle do câncer pelo INCA.

Bianca Ribeiro Sales

Enfermeira do HC IV. Mestre em saúde coletiva e controle do câncer pelo INCA.

Daniele Gregory Santos

Médica do HC IV. Especialista em clínica médica e endocrinologia pela Ipemed e em cuidados paliativos pela PUC-Rio.

Capítulo 28: *Delirium*

Mariana de Abreu Machado

Psicóloga do HC IV. Mestre em saúde pública pela Fiocruz.

Rita de Cássia de Jesus Santos

Enfermeira do HC IV. Especialista em oncologia clínica.

Simone Garruth dos Santos Machado Sampaio

Médica do HC IV. Serviço Médico do HC IV. Nape do HC IV. Doutora em medicina pela Uerj.

Capítulo 29: Terapia de sedação paliativa

Ana Beatriz Raimundo de Castro

Psicóloga do HC IV. Mestre em psicanálise e políticas públicas pela Uerj.

Conceição Grazielle Teixeira Frederico

Técnica de enfermagem do HC IV. Enfermeira. Mestre em ensino na saúde pela UFF.

Daianny Arrais de Oliveira da Cunha

Enfermeira do HC IV. Doutoranda em ciências do cuidado em saúde pela UFF.

Renata de Figueiredo de Lamare

Médica do HC IV. Mestre em saúde coletiva e controle do câncer pelo INCA.

Capítulo 30: Obstrução intestinal maligna

Marcos Roberto Caetano de Oliveira

Médico do HC IV. Especialista em cirurgia geral e oncológica pelo INCA.

Alex Sandro de Azeredo Siqueira

Enfermeiro do HC IV. Doutor em ciências do cuidado em saúde pela UFF.

Ignez Magalhães de Alencastro

Nutricionista do HC IV. Doutora em alimentação, nutrição e saúde pela Uerj.

Marli Schaeffer

Assistente social do HC IV. Especialista em serviço social.

Capítulo 31: Sangramento

Letícia Alvim Caetano

Médica do HC IV. Especialista em clínica médica e dermatologia e cuidados paliativos pela PUC-Rio.

Vanessa dos Santos Beserra

Enfermeira do HC IV. Mestre em saúde pública pela Fiocruz.

Silvia Ono Dechery

Médica do Americas Medical City. Especialista em hematologia e cuidados paliativos.

Capítulo 32: Síndrome da veia cava superior

Daniele Gregory Santos

Médica do HC IV. Especialista em clínica médica e endocrinologia pela UFRJ e em cuidados paliativos pela PUC-Rio.

Francine Peres da Silva

Fisioterapeuta do HC IV. Especialista em fisioterapia neurofuncional e acupuntura.

Patrícia dos Santos Generoso Gutierrez

Enfermeira do HC IV. Mestre em enfermagem assistencial pela UFF.

Capítulo 33: Síndrome de compressão medular

Ana Luísa Teixeira da Costa Durante

Enfermeira do HC IV. Doutoranda em enfermagem e biociências pela Unirio.

Danièlle Probstner

Médica do HC IV. Mestre em neurociências pela Unirio.

Érika Fernanda Palmieri Guimarães Fontes

Assistente social do HC IV. Mestre em saúde coletiva pelo INCA.

Juliana Miranda Dutra de Resende

Fisioterapeuta do HC IV. Mestre em saúde coletiva e controle do câncer pelo INCA.

Capítulo 34: Fratura patológica

Juliana Miranda Dutra de Resende

Fisioterapeuta do HC IV. Mestre em saúde coletiva e controle do câncer pelo INCA.

Danièlle Probstner

Médica do HC IV. Mestre em neurociências pela Unirio.

Luciene Miguel Lima Neves

Enfermeira do HC IV. Mestre em ensino na saúde: formação docente interdisciplinar para o Sistema Único de Saúde (SUS) pela UFF. Graduanda em medicina pela Universidade Unigranrio.

Anne Caroline da Fonseca Pires

Técnica de enfermagem do HC IV. Enfermeira. Especialista em oncologia clínica pela Universidade Veiga de Almeida.

Capítulo 35: Hipercalcemia maligna

Cristhiane da Silva Pinto

Médica do HC IV. Mestre em saúde coletiva e controle do câncer pelo INCA.

Capítulo 36: Procedimentos invasivos em cuidados paliativos

Marcos Roberto Caetano de Oliveira

Médico do HC IV. Especialista em cirurgia geral e oncológica pelo INCA.

Teresa Cristina da Silva dos Reis

Médica do HC IV. Especialista em cirurgia geral e oncológica pelo INCA.

Fernanda Barcellos Santiago

Enfermeira do HC IV. Doutoranda em ciência do cuidado pela UFF.

Paola Fernandes Coelho

Médica-residente em cirurgia oncológica no INCA (2023-2026). Especialista em cirurgia geral.

Capítulo 37: Infecções e uso de antimicrobianos em cuidados paliativos

Luciana de Oliveira Ramadas Rodrigues

Médica do HC IV. Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) do HC IV. Doutora em oncologia pelo INCA.

Capítulo 38: Terapia subcutânea

Flavia Firmino

Enfermeira do HC IV. Doutora em ciências da saúde pela USP.

Helen Balthazar de Lima

Enfermeira do HC IV. Mestre em ensino na saúde pela UFF.

Luana do Amaral Brasileiro

Farmacêutica dos HC III e IV. Doutora em ciências aplicadas a produtos para a saúde pela UFF.

Capítulo 39: Ostomias

Camila dos Santos Moreno Rodrigues Alves

Enfermeira do HC IV. Mestre em psicanálise, saúde e sociedade pela Universidade Veiga de Almeida.

Helen Balthazar de Lima

Enfermeira do HC IV. Mestre em ensino na saúde pela UFF.

Andréa Felix de Souza

Técnica de enfermagem do HC IV. Enfermeira. Especialista em enfermagem em emergência pela Universidade Estácio de Sá.

Capítulo 40: Cuidados ao fim da vida

Helen Balthazar de Lima

Enfermeira do HC IV. Mestre em ensino na saúde pela UFF.

Rafaela Costa Braga

Psicóloga do HC IV. Doutoranda em teoria psicanalítica pela UFRJ.

Renata Figueiredo da Rocha Roque

Assistente social do HC IV. Mestre em bioética, saúde coletiva e ética aplicada pela UFRJ.

Letícia Miranda Ferreira

Enfermeira do HC IV. Especialista em oncologia pelo INCA.

Simone Garruth dos Santos Machado Sampaio

Médica do HC IV. Serviço Médico do HC IV. Nape do HC IV. Doutora em medicina pela Uerj.

Capítulo 41: A experiência do INCA em cuidados paliativos pediátricos

Débora de Wylson Fernandes Gomes de Mattos

Médica do HC I. Oncologista pediátrica, área de atuação medicina paliativa. Mestre em oncologia pelo INCA.

Maria Ourinda Mesquita da Cunha

Médica do HC I. Emergência Pediátrica do HC I. Mestre em saúde materno-infantil pela UFF.

Capítulo 42: O papel do médico nos cuidados paliativos pediátricos

Débora de Wylson Fernandes Gomes de Mattos

Médica do HC I. Oncologista pediátrica, área de atuação medicina paliativa. Mestre em oncologia pelo INCA.

Maria Ourinda Mesquita da Cunha

Médica do HC I. Emergência Pediátrica do HC I. Mestre em saúde materno-infantil pela UFF.

Capítulo 43: O papel do enfermeiro nos cuidados paliativos pediátricos

Jamile Machado Rodrigues

Enfermeira do HC I. Especialista em pediatria pela Fiocruz, em oncologia e pediatria pelo Hospital Israelita Albert Einstein e em cuidados paliativos pela Casa do Cuidar.

Samara Messias de Amorim

Enfermeira do HC I. Especialista em oncologia pelo INCA, em pediatria e neonatologia pela Universidade Estácio de Sá. Mestre em ensino na saúde pela UFF.

Sandra Alves do Carmo

Enfermeira do HC I (até 2023). Especialista em oncologia e pediatria. Doutora em enfermagem.

Capítulo 44: O papel do fisioterapeuta nos cuidados paliativos pediátricos

Beatriz Silva Menezes da Cunha Martins

Fisioterapeuta do HC I. Serviço de Pediatria. Mestre em engenharia biomédica pela UFRJ.

Rachel Silva Menezes da Cunha

Fisioterapeuta do HC I. Serviço de Pediatria. Especialista em cuidados paliativos pela Ipemed. Doutora em saúde coletiva pela Uerj.

Capítulo 45: O papel do terapeuta ocupacional nos cuidados paliativos pediátricos

Mariana Pereira Simonato

Terapeuta ocupacional do HC I. Serviço de Pediatria. Mestre em ciências saúde da mulher e da criança pelo Instituto Fernandes Figueira (IFF).

Capítulo 46: O papel do nutricionista nos cuidados paliativos pediátricos

Wanélia Vieira Afonso

Nutricionista do HC I. Doutora em ciências nutricionais pela UFRJ.

Capítulo 47: O papel do fonoaudiólogo nos cuidados paliativos pediátricos

Kaliani Lima Coça

Fonoaudióloga do HC I. Doutora em ciências pela UFRJ.

Capítulo 48: O papel do psicólogo nos Cuidados Paliativos Pediátricos

Ana Beatriz Rocha Bernat

Psicóloga do HC I. Serviço de Pediatria. Mestre em teoria psicanalítica pela UFRJ.

Fonte: Minion Pro, corpo 11

Rio de Janeiro, 2024.

978-65-88517-71-0

DISQUE SAÚDE 136

INCA

SUS

MINISTÉRIO DA SAÚDE

GOVERNO FEDERAL
BRASIL
UNIÃO E RECONSTRUÇÃO