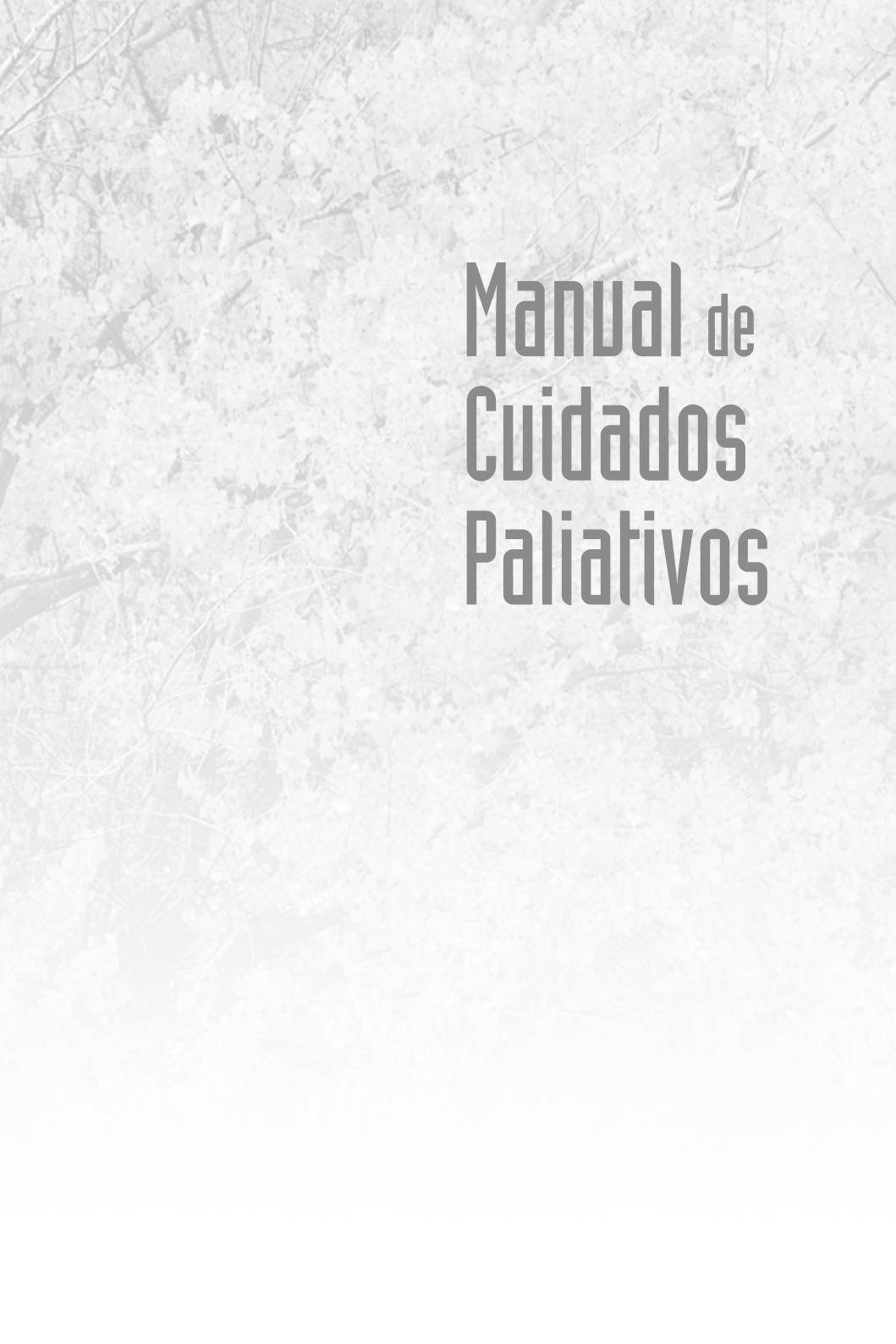


Manual de Cuidados Paliativos



ANCP

ACADEMIA NACIONAL DE
CUIDADOS PALIATIVOS



Manual de Cuidados Paliativos

Edição e produção



DIRETOR: Newton Marins, Gerente Editorial: Verônica Cobas, COORDENADORA EDITORIAL: Jane Castelo, REVISORA-CHEFE: Claudia Gouvêa, REVISÃO: Danielle Ribeiro e Marcela Lima, PROGRAMAÇÃO VISUAL: Katia Bonfadini. Toda correspondência deve ser dirigida a: Av. Paulo de Frontin 707, CEP 20261-241 – Rio de Janeiro-RJ, telefax: (21) 2502-7405, e-mail: editora@diagraphic.com.br, site: www.diagraphic.com.br. AS MATÉRIAS ASSINADAS, BEM COMO SUAS RESPECTIVAS FOTOS DE CONTEÚDO CIENTÍFICO, SÃO DE RESPONSABILIDADE DOS AUTORES, NÃO REFLETINDO NECESSARIAMENTE A POSIÇÃO DA EDITORA. DISTRIBUIÇÃO EXCLUSIVA À CLASSE MÉDICA. Reprodução e distribuição proibidas.

Título

Manual de Cuidados Paliativos

1ª edição

CIP-BRASIL. CATALOGAÇÃO-NA-FONTE
SINDICATO NACIONAL DOS EDITORES DE LIVROS, RJ.

M251

Manual de cuidados paliativos / Academia Nacional de Cuidados Paliativos. - Rio de Janeiro : Diagraphic, 2009.
320p.

Inclui bibliografia
ISBN 978-85-89718-27-1

1. Tratamento paliativo. I. Academia Nacional de Cuidados Paliativos.

09-4985. CDD: 616.029
CDU: 616-085

18.09.09 23.09.09 015273

Diagraphic
Rio de Janeiro
2009

Agradecimentos

A Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP), representada por sua diretoria, orgulha-se e agradece a todos os colegas paliativistas do Brasil, que, sem medir esforços, contribuíram direta ou indiretamente para a realização de mais este trabalho.

O esforço coletivo é e sempre será a nossa mais profunda marca.

Entretanto, alguém dedicou muitas horas a mais a este trabalho: nosso editor Ricardo Tavares de Carvalho, secretário-geral da ANCP. Ele realizou a leitura criteriosa de todos os textos, cobrou pontualidade, estimulou colegas, sugeriu formas de tornar os trabalhos mais bem compreendidos e tentou dar ao *Manual* a seriedade e o rigor científico que merece um texto assinado pela nossa entidade. Nosso agradecimento e respeito ao colega.

Carla D. Bartz, assessora de comunicação da ANCP, também foi fundamental para a realização deste trabalho, fazendo-o com os mesmos zelo e presteza com que cuida dos assuntos da Academia.

O Sr. Jackson Morishita, da Farmacêutica Wyeth, e a Diagraphic Editora mostraram-se bons e fiéis parceiros em todos os momentos.

A todos, os nossos mais profundos respeito e gratidão.

O *Manual de Cuidados Paliativos ANCP* é uma publicação da Academia Nacional de Cuidados Paliativos

Editor e secretário nacional da ANCP

Dr. Ricardo Tavares de Carvalho

Editora assistente e coordenadora de comunicação da ANCP

Carla Dórea Bartz

Diretoria da ANCP – Gestão 2009–2010

Presidente

Dra. Sílvia Maria de Macedo Barbosa (SP)

Vice-presidente

Dr. Roberto Bettega (PR)

Secretário nacional

Dr. Ricardo Tavares de Carvalho (SP)

Tesoureira

Dr. Dalva Yukie Matsumoto (SP)

Coordenação científica

Dra. Maria Goretti Sales Maciel (SP)

Conselho Consultivo

Dra. Claudia Burlá (RJ)

Dra. Maria Goretti Sales Maciel (SP)

Capítulo Gaúcho da ANCP

Dra. Julieta Fripp (RS)

Capítulo Paranaense da ANCP

Dr. Luis Fernando Rodrigues (PR)

Comissão de Psicologia

Debora Genezini (SP)

Comissão de Terapia Ocupacional

Marília Otero (SP)

Mais informações:

Site: www.paliativo.org.br

Blog: www.cuidadospaliativos.wordpress.com

Twitter: www.twitter.com/ancpaliativos

Orkut: ANCP – Cuidados Paliativos

TV ANCP: www.youtube.com/tvancp

e-mail: contato@paliativo.org.br

Endereço: Alameda dos Jurupis, 410 – Conj. 184 – Moema

CEP: 04088-001 – São Paulo-SP

Prefácio

O Cuidado Paliativo, sem dúvida, é o exercício da arte do cuidar aliado ao conhecimento científico, em que a associação da ciência à arte proporciona o alívio do sofrimento relacionado com a doença. Por ser parte fundamental da prática clínica, pode ocorrer de forma paralela às terapias destinadas à cura e ao prolongamento da vida.

A evolução do conhecimento na área do Cuidado Paliativo é exponencial. Não há dúvida de que ocorreu um grande progresso na ciência médica como um todo e, como consequência, tem-se uma sobrevida de pacientes com doenças crônicas e limitantes de vida cada vez maior. Devemos ter em mente que nem sempre a sobrevivência implica qualidade de vida. Por outro lado, 50% dos pacientes diagnosticados com câncer no mundo desenvolvido morrerão da progressão da doença, sendo essa trajetória normalmente acompanhada de grandes sofrimentos físico, psíquico, espiritual e social.

Devido à natureza complexa, multidimensional e dinâmica da doença, o Cuidado Paliativo avança como um modelo terapêutico que endereça olhar e proposta terapêutica aos diversos sintomas responsáveis pelos sofrimentos físico, psíquico, espiritual e social, responsáveis por diminuir a qualidade de vida do paciente. Trata-se de uma área em crescimento e cujo progresso compreende estratégias diversas que englobam bioética, comunicação e natureza do sofrimento.

A necessidade desse cuidado independe da faixa etária, pois é um tipo de cuidado universal, que se amplia para o paciente e sua família.

Os Cuidados Paliativos devem focar a adequada avaliação e o manuseio dos sintomas físicos, psíquicos, sociais e espirituais do paciente e da sua família e estar presentes em todas as fases da trajetória da doença. Neles, há maior entendimento dos mecanismos das doenças e dos sintomas, além das diversas opções terapêuticas para os sintomas físicos e psíquicos.

Neste manual tentamos fornecer atualização em alguns temas importantes no Cuidado Paliativo. Vários assuntos são abordados, como sintomas físicos, psíquicos, questões de comunicação, o luto, o papel da equipe, a construção de um serviço, entre tantos outros.

Somos afortunados, pois os autores deste manual são pessoas que atuam na área e têm grande comprometimento com o tema e sua disseminação.

Esperamos que este manual alcance a meta de melhorar a qualidade de vida dos pacientes e de suas famílias e ajude a encontrar o nível essencial do controle da doença: a prevenção e o tratamento do sofrimento.

Boa leitura!

Sílvia Maria de Macedo Barbosa
Presidente da Academia Nacional de Cuidados Paliativos

Índice

Parte I

Cuidados Paliativos: conceito, fundamentos e princípios.....	14
Indicações de Cuidados Paliativos	20
Avaliação do paciente em Cuidados Paliativos.....	37
Comunicação em Cuidados Paliativos	49
Modalidades de atuação e modelos de assistência em Cuidados Paliativos	58
Cuidado Paliativo em pediatria.....	63
Organização de serviços de Cuidados Paliativos.....	72

Parte II

Controle da dor.....	86
Dispneia, tosse e hipersecreção de vias aéreas	104
Náusea e vômito.....	117
Obstipação e diarreia.....	124
Fadiga, sudorese e prurido.....	132
Controle de sintomas: <i>delirium</i>	139
Ansiedade e depressão em Cuidados Paliativos: como tratar.....	144

Parte III

Caquexia e anorexia.....	154
Cuidados Paliativos nas demências	162
Obstrução intestinal maligna	168
Cuidados Paliativos em pacientes com HIV/AIDS.....	174
Síndrome da veia cava superior.....	181
Síndrome de compressão medular.....	184

Parte IV

Hipodermóclise: um método alternativo para a administração de fluidos e medicamentos por via subcutânea	186
---	-----

Procedimentos sustentadores de vida em Cuidados Paliativos: uma questão técnica e bioética	195
Sedação paliativa.....	202

Parte V

Papel do médico na equipe de Cuidados Paliativos.....	214
Papel do enfermeiro na equipe de Cuidados Paliativos.....	216
Papel do psicólogo na equipe de Cuidados Paliativos.....	218
Papel do assistente social na equipe de Cuidados Paliativos.....	221
Papel do farmacêutico clínico na equipe de Cuidados Paliativos.....	224
Papel da nutricionista na equipe de Cuidados Paliativos.....	227
Papel do fisioterapeuta na equipe de Cuidados Paliativos.....	230
Papel do fonoaudiólogo na equipe de Cuidados Paliativos.....	234
Papel do terapeuta ocupacional na equipe de Cuidados Paliativos.....	237
Papel do assistente espiritual na equipe de Cuidados Paliativos.....	239
Papel do dentista na equipe de Cuidados Paliativos.....	241

Parte VI

Ação prática do profissional de Cuidados Paliativos no domicílio	245
Cuidados com feridas e curativos	258
Cuidado com ostomias.....	269
Higiene e conforto.....	274
Providências práticas para toda a família.....	283

Parte VII

As últimas 48 horas de vida.....	290
Suporte a paciente e família na fase final da doença.....	299
Aspectos particulares e ritos de passagem nas diferentes religiões	309
Assistência ao luto.....	321

Parte VIII

Controle de outros sintomas que não dor	331
---	-----

Autores

ADRIANA COLOMBANI PINTO

Fonoaudióloga; coordenadora do Serviço de Fonoaudiologia do Hospital Santa Helena.

ALINI MARIA ORATHES PONTE SILVA

Médica de família e comunidade pela Santa Casa de Misericórdia de São Paulo; membro do ambulatório de Geriatria e Gerontologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HCFMUSP).

ANA CLÁUDIA DE LIMA QUINTANA ARANTES

Geriatra; presidente da Associação Casa do Cuidar; coordenadora do Serviço de Cuidados Paliativos do Hospital Israelita Albert Einstein (HIAE).

ANALICE DE ASSIS CUNHA

Enfermeira atuando no Serviço de Cuidados Paliativos do Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo (HSPE/SP) e do Premier Residence Hospital.

ANDRÉA GISLENE DO NASCIMENTO

Nutricionista do Grupo de Dor e Cuidados Paliativos; supervisora da Área de Educação Continuada da Divisão de Nutrição do Instituto da Criança (ICR) do HCFMUSP.

ARIEL DE FREITAS QUINTÃO AMÉRICO

Anestesiologista; coordenadora da Clínica de Dor e Cuidados Paliativos dos hospitais Lifecenter e Mater Dei.

BIANCA AZOUBEL DE ANDRADE

Fisioterapeuta do Instituto da Criança do HCFMUSP.

CÉLIA MARIA KIRA

Médica do Programa de Assistência Domiciliária do Hospital Universitário (HU) da USP.

CELISA TIEMI NAKAGAWA SERA

Fisioterapeuta; doutora em Neurociências e Comportamento pelo Instituto de Psicologia da USP; docente do Departamento de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional da FMUSP.

CLAUDIA BURLÁ

Geriatra; membro da Câmara Técnica sobre a Terminalidade da Vida e Cuidados Paliativos do Conselho Federal de Medicina (CFM); diretora de Defesa Profissional da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG); secretária geral e vice-presidente da International Association of Gerontology and Geriatrics (IAGG).

CRISTHIANE S. PINTO

Médica especialista em Cuidados Paliativos pelo Instituto Nacional de Câncer (INCA); atual chefe do ambulatório interdisciplinar do Hospital do Câncer IV do INCA (HC IV).

DALVA YUKIE MATSUMOTO

Oncologista; coordenadora da Hospedaria de Cuidados Paliativos do HSPM/SP; diretora do Hospital Premier, do Instituto Paliar e da ANCP.

DANIEL LIMA AZEVEDO

Geriatra do Hospital de Aeronáutica dos Afonsos (HAAF); especialista pela SBGG.

DEBORA GENEZINI

Coordenadora do Serviço de Psicologia do Hospital Premier; especialista em Psicologia Hospitalar; mestranda em Gerontologia pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUCSP).

ELENY VASSÃO DE PAULA AITKEN

Capelã titular; membro da equipe multidisciplinar de Cuidados Paliativos do Hospital Emílio Ribas e do HSPE/SP.

ELIETE FARIAS AZEVEDO

Enfermeira oncologista da Unidade de Cuidados Paliativos do INCA/HC IV.

ELISA MIRANDA AIRES

Infectologista; especialista em dor e Cuidados Paliativos pela Santa Casa de São Paulo; colaboradora da equipe de Cuidados Paliativos do Hospital Emílio Ribas.

FLÁVIA FIRMINO

Enfermeira oncologista especializada em Cuidados Paliativos pelo INCA, docente da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto da Universidade do Rio de Janeiro (EEAP/UNIRIO); membro da Associação Latino-Americana de Cuidados Paliativos (ALCP); membro da International Association for Hospice and Palliative Care (IAHPC).

HENRIQUE A. PARSONS

Médico *fellw* dos Departamentos de Cuidados Paliativos e Medicina de Reabilitação e Terapêutica de Investigação do Câncer do M.D. Anderson Cancer Center, da Universidade do Texas.

IVANYSE PEREIRA

Enfermeira do HU/USP; especializada em atendimento domiciliar pela USP.

IVONE BIANCHINI DE OLIVEIRA

Assistente social do Núcleo de Assistência Domiciliar Interdisciplinar (NADI) do HCFMUSP.

JOSÉ TADEU TESSEROLI DE SIQUEIRA

Cirurgião-dentista; supervisor da Equipe de Dor Orofacial da Divisão de Odontologia do HCFMUSP.

JULIETA CARRICONDE FRIPP

Médica; coordenadora do Programa de Internação Domiciliar Interdisciplinar (PIDI) para pacientes oncológicos da Universidade Federal de Pelotas (UFPeL).

LEONARDO DE OLIVEIRA COSOLIN

Médico; coordenador do Serviço de Cuidados Paliativos do Hospital do Câncer de Barretos.

LETÍCIA ANDRADE

Doutora em Serviço Social, atuando na Divisão de Serviço Social no Ambulatório de Cuidados Paliativos e no NADI do HCFMUSP.

LUANA VISCARDI NUNES

Psicóloga da equipe de Cuidados Paliativos do HSPE/SP; especializada em Psicanálise pelo Instituto Sedes Sapientiae.

LUCIANA REGINA BERTINI CABRAL

Geriatra; membro do Programa de Cuidados Paliativos do Serviço de Clínica Médica do Instituto do Câncer do Estado de São Paulo (ICESP).

LUIS ALBERTO SAPORETTI

Geriatra do Serviço de Geriatria do HCFMUSP; coordenador do Programa de Cuidados Paliativos em Geriatria do Serviço de Geriatria do HCFMUSP.

LUÍS FERNANDO RODRIGUES

Médico; coordenador da equipe de Cuidados Paliativos do Hospital do Câncer de Londrina e do Sistema de Internação Domiciliar da Secretaria Municipal da Saúde de Londrina.

MARIA GORETTI SALES MACIEL

Médica; coordenadora do Serviço de Cuidados Paliativos do HSPE/SP; diretora da ANCP, do Hospital Premier e do Instituto Paliar; membro da Câmara Técnica sobre Terminalidade da Vida e Cuidados Paliativos do CFM.

MARIA FERNANDA BARBOSA

Farmacêutica da Unidade de Cuidados Paliativos do INCA/HC IV; especialista em Farmácia Hospitalar em Oncologia pelo INCA.

MARIA JÚLIA PAES DA SILVA

Professora titular da Escola de Enfermagem (EE) da USP; diretora do Departamento de Enfermagem do HU/USP; líder do Grupo de Estudos e Pesquisa em Comunicação Interpessoal do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPQ).

MARILIA BENSE OTHERO

Terapeuta ocupacional; coordenadora do setor de Terapia Ocupacional (TO) do Hospital Premier e da Associação Brasileira de Linfoma e Leucemia (ABRALE); especialista em Saúde Coletiva pela FMUSP.

MIRLANE GUIMARÃES DE MELO CARDOSO

Anestesiologista; professora da Universidade Federal de Alagoas (UFA); responsável pelo Serviço de Terapia de Dor e Cuidados Paliativos da Fundação Centro de Oncologia do Amazonas (FCECON).

MÔNICA CECÍLIA BOCHETTI MANNA

Médica da equipe de Cirurgia de Cabeça e Pescoço do Hospital Prof. Edmundo Vasconcelos e da Hospedaria de Cuidados Paliativos do HSPM/SP.

MÔNICA MARTINS TROVO DE ARAÚJO

Enfermeira; doutoranda pela EEUSP; membro do Grupo de Estudos e Pesquisa em Comunicação Interpessoal do CNPO.

RENATO RODRIGUES CAMARÃO

Enfermeiro da Unidade de Cuidados Paliativos do Hospital de Apoio de Brasília; membro do Programa Cuidar Sempre, do Distrito Federal.

RICARDO TAVARES DE CARVALHO

Cardiologista; coordenador do Grupo de Cuidados Paliativos do HCFMUSP; diretor do Hospital Premier, do Instituto Paliar e da ANCP.

RITA DE CÁSSIA DEWAY GUIMARÃES

Médica; diretora do Núcleo Assistencial para Pessoas com Câncer; paliativista da assistência multidisciplinar em Oncologia.

ROBERTO T. C. BETTEGA

Médico; vice-presidente da ANCP; coordenador do Serviço de Cuidados Paliativos e Alívio da Dor do Núcleo de Estudos Oncológicos do Paraná.

SAMIRA ALENCAR YASUKAWA

Fisioterapeuta do ICR do HCFMUSP; especializada em Cuidados Paliativos pelo Instituto Pallium.

SILVIA MARIA DE MACEDO BARBOSA

Médica; presidente da ANCP; coordenadora do Serviço de Cuidados Paliativos do Instituto da Criança da FMUSP.

SOLANGE A. PETILO DE CARVALHO BRICOLA

Farmacêutica clínica do Serviço de Clínica Geral do NADI e do Ambulatório de Cuidados Paliativos do HCFMUSP.

SUMATRA MELO DA COSTA PEREIRA JALES

Cirurgiã-dentista; pós-graduada em Odontologia Hospitalar pelo HCFMUSP.

TOSHIO CHIBA

Geriatra; membro do Programa de Cuidados Paliativos do Serviço de Clínica Médica do ICESP.

VERUSKA MENEGATTI ANASTÁCIO HATANAKA

Médica assistente do Serviço de Clínica Médica do ICESP.

Cuidados Paliativos: conceito, fundamentos e princípios

DALVA YUKIE MATSUMOTO

Introdução

Nas últimas décadas, assistimos ao envelhecimento progressivo da população, assim como ao aumento da prevalência de câncer e outras doenças crônicas⁽⁵⁾. Em contrapartida, o avanço tecnológico alcançado principalmente a partir da segunda metade do século XX, associado ao desenvolvimento da terapêutica, fez com que muitas doenças mortais se transformassem em crônicas, levando à longevidade de seus portadores. No entanto, apesar dos esforços dos pesquisadores e do conhecimento acumulado, a morte continua sendo uma certeza e ameaça o ideal de cura e preservação da vida para o qual nós, profissionais da saúde, somos treinados.

Os pacientes fora de possibilidade de cura acumulam-se nos hospitais, recebendo invariavelmente assistência inadequada, quase sempre focada na tentativa de recuperação, utilizando métodos invasivos e alta tecnologia. Essas abordagens, ora insuficientes, ora exageradas e desnecessárias, quase sempre ignoram o sofrimento e são incapazes, por falta de conhecimento adequado, de tratar os sintomas mais prevalentes, sendo a dor o principal e mais dramático. Não se trata de cultivar uma postura contrária à medicina tecnológica, mas questionar a "tecnolatria"⁽⁶⁾ e refletir sobre a nossa conduta diante da mortalidade humana, tentando o equilíbrio necessário entre conhecimento científico e humanismo para resgatar a dignidade da vida e a possibilidade de se morrer em paz.

Cada vez mais encontramos em nossos serviços pacientes idosos, portadores de síndromes demenciais de variadas etiologias ou com graves sequelas neurológicas. Devemos enfrentar o desafio de nos conscientizar do estado de abandono a que esses pacientes estão expostos, inverter o atual panorama dos cuidados oferecidos e tentar implantar medidas concretas, como criação de recursos específicos, melhoria dos cuidados oferecidos nos recursos já existentes, formação de grupos de profissionais e educação da sociedade em geral⁽³⁾. Os Cuidados Paliativos despontam como alternativa para preencher essa lacuna nos cuidados ativos aos pacientes.

Breve história dos Cuidados Paliativos

O Cuidado Paliativo se confunde historicamente com o termo *hospice*, que definia abrigos (hospedarias) destinados a receber e cuidar de peregrinos e viajantes. O relato mais antigo remonta ao século V, quando Fabíola, discípula de São Jerônimo, cuidava de viajantes vindos da Ásia, da África e dos países do leste no Hospício do Porto de Roma⁽¹⁾.

Várias instituições de caridade surgiram na Europa no século XVII, abrigando pobres, órfãos e doentes. Essa prática se propagou com organizações religiosas católicas e protestantes que, no século XIX, passaram a ter características de hospitais.

O Movimento Hospice Moderno foi introduzido pela inglesa Cicely Saunders, com formação humanista e médica, que em 1967 fundou o St. Christopher's Hospice, cuja estrutura não só permitiu a assistência aos doentes, mas o desenvolvimento de ensino e pesquisa, recebendo bolsistas de vários países⁽⁷⁾.

Na década de 1970, o encontro de Cicely Saunders com Elisabeth Klüber-Ross, nos Estados Unidos, fez com que o Movimento Hospice também crescesse naquele país.

Em 1982, o Comitê de Câncer da Organização Mundial da Saúde (OMS) criou um grupo de trabalho responsável por definir políticas para o alívio da dor e cuidados do tipo *hospice* que fossem recomendados em todos os países para pacientes com câncer. O termo Cuidados Paliativos, já utilizado no Canadá, passou a ser adotado pela OMS devido à dificuldade de tradução adequada do termo *hospice* em alguns idiomas⁽⁴⁾.

A OMS publicou sua primeira definição de Cuidados Paliativos em 1990: "cuidado ativo e total para pacientes cuja doença não é responsiva a tratamento de cura. O controle da dor, de outros sintomas e de problemas psicossociais e espirituais é primordial. O objetivo do Cuidado Paliativo é proporcionar a melhor qualidade de vida possível para pacientes e familiares". Essa definição foi revisada em 2002 e substituída pela atual.

Filosofia e fundamentos éticos dos Cuidados Paliativos

Halina Bortnowska, filósofa e escritora polonesa, voluntária num *hospice*, discorreu sobre as éticas da cura e da atenção. Descreveu ética como "uma constelação de valores sustentados pela pessoa". Dizia que, na ética da cura, as virtudes militares eram predominantes: não se dar por vencido, perseverar, ser "duro". Já na ética da atenção, o valor central é a dignidade humana, enfatizando a solidariedade entre o paciente e o profissional da saúde, em atitude que resulta numa compaixão afetiva. Na ética da cura, o médico é o "general"; na da atenção, o paciente é o soberano.

Dr. Robert Twycross fala sobre a dificuldade do médico em dizer a verdade ao paciente, quando essa verdade desnuda a terminalidade da vida e a ausência de perspectiva de cura. Colocam-se em jogo o seu próprio medo da morte e as pressões culturais a ela associadas. Fica a ideia de que, com a verdade dolorosa, podemos destruir a esperança e levar o paciente irreversivelmente ao desespero e à depressão. Conclui que a mentira e a evasão são o que realmente isolam o paciente atrás de um muro de palavras ou no silêncio que impede a adesão terapêutica e a possibilidade de compartilhar seus medos, angústias e preocupações. Enfatiza que devemos ter o compromisso da abertura e da honestidade, e que o primeiro desafio ético do médico seria equipar a si mesmo de boas habilidades de comunicação e sensibilidade⁽¹⁰⁾.

Segundo Siqueira⁽⁹⁾, "a ética médica tradicional concebida no modelo hipocrático tem um forte acento paternalista... Somente na década de 1960, os códigos de ética profissional passaram a reconhecer o enfermo como agente autônomo".

Com base no princípio bioético da autonomia do paciente por meio do consentimento informado, possibilitando que ele tome suas próprias decisões, no princípio da beneficência e da não-maleficência, os Cuidados Paliativos desenvolvem o cuidado ao paciente visando à qualidade de vida e à manutenção da dignidade humana no decorrer da doença, na terminalidade da vida, na morte e no período de luto.

Conceito de Cuidado Paliativo

Segundo a definição da OMS, revista em 2002, Cuidado Paliativo é “uma abordagem que promove a qualidade de vida de pacientes e seus familiares, que enfrentam doenças que ameacem a continuidade da vida, por meio da prevenção e do alívio do sofrimento. Requer identificação precoce, avaliação e tratamento da dor e outros problemas de natureza física, psicossocial e espiritual”.

O Cuidado Paliativo não se baseia em protocolos, mas em princípios. Não se fala mais em terminalidade, mas em doença que ameaça a vida. Indica-se o cuidado desde o diagnóstico, expandindo nosso campo de atuação. Não falaremos também em impossibilidade de cura, mas na possibilidade ou não de tratamento modificador da doença, afastando dessa forma a ideia de “não ter mais nada a fazer”. Pela primeira vez, uma abordagem inclui a espiritualidade entre as dimensões do ser humano. A família é lembrada, portanto assistida, também após a morte do paciente, no período de luto.

Princípios dos Cuidados Paliativos

Os Cuidados Paliativos baseiam-se em conhecimentos inerentes às diversas especialidades, possibilidades de intervenções clínica e terapêutica nas diversas áreas de conhecimento da ciência médica⁽⁴⁾ e de conhecimentos específicos. A OMS publicou, em 1986, princípios que regem a atuação da equipe multiprofissional de Cuidados Paliativos. Esses princípios foram reafirmados na sua revisão em 2002 e estão listados adiante.

Promover o alívio da dor e de outros sintomas desagradáveis

Dessa forma, é necessário conhecimento específico para a prescrição de medicamentos, adoção de medidas não-farmacológicas e abordagem dos aspectos psicossociais e espirituais que caracterizam o “sintoma total”, plagiando o conceito de dor total criado por Dame Cicely Saunders, em que todos esses fatores podem contribuir para a exacerbação ou atenuação dos sintomas, devendo ser levados em consideração na abordagem.

Afirmar a vida e considerar a morte um processo normal da vida

Bernard Lown, em seu livro *A arte perdida de curar*, afirma: “As escolas de medicina e o estágio nos hospitais os preparam (os futuros médicos) para tornarem-se oficiais-maiores da Ciência e gerentes de biotecnologias complexas. Muito pouco se ensina sobre a arte de ser médico. Os médicos aprendem pouquíssimo a lidar com moribundos... A realidade mais fundamental é que houve uma revolução biotecnológica que possibilita o prolongamento interminável do morrer⁽⁵⁾. O Cuidado Paliativo resgata a possibilidade da morte como um evento natural e esperado na presença de doença ameaçadora da vida, colocando ênfase na vida que ainda pode ser vivida.

Não acelerar nem adiar a morte

Enfatiza-se dessa forma que Cuidado Paliativo nada tem a ver com eutanásia, como muitos ainda querem entender. Essa relação ainda causa decisões equivocadas quanto à realização de intervenções desnecessárias e enorme dificuldade em prognosticar paciente portador de doença progressiva e incurável e definir a linha tênue e delicada do fazer e do

não-fazer. Um diagnóstico objetivo e bem embasado, o conhecimento da história natural da doença, um acompanhamento ativo, acolhedor e respeitoso e uma relação empática com o paciente e seus familiares nos ajudarão nas decisões. Dessa forma, erraremos menos e nos sentiremos mais seguros.

Integrar os aspectos psicológicos e espirituais no cuidado ao paciente

A doença, principalmente aquela que ameaça a continuidade da vida, costuma trazer uma série de perdas, com as quais paciente e família são obrigados a conviver, quase sempre sem estarem preparados. As perdas de autonomia, autoimagem, segurança, capacidade física, respeito, sem falar das perdas concretas, materiais, como de emprego, de poder aquisitivo e, conseqüentemente, de *status* social, podem trazer angústia, depressão e desesperança, interferindo objetivamente na evolução da doença, na intensidade e na frequência dos sintomas, que podem apresentar maior dificuldade de controle. A abordagem desses aspectos sob a ótica da psicologia se faz fundamental. A novidade é a possibilidade de abordá-los também sob o ponto de vista da espiritualidade, que se confunde e se sobrepõe invariavelmente à questão religiosa. Noventa e cinco por cento dos americanos creem numa força superior, e 93% gostariam que seus médicos abordassem essas questões se ficassem gravemente enfermos⁽⁸⁾. Segundo Saporetto⁽⁸⁾, "espírito, do latim *spiritus*, significa sopro e se refere a algo que dá ao corpo sua dimensão imaterial, oculta, divina ou sobrenatural que anima a matéria. O espírito conecta o ser humano à sua dimensão divina ou transcendente". É mais esse aspecto, o da transcendência, do significado da vida, aliado ou não à religião, que devemos estar preparados para abordar, sempre lembrando que o sujeito é o paciente, sua crença e seus princípios.

Oferecer um sistema de suporte que possibilite ao paciente viver tão ativamente quanto possível até o momento da sua morte

Não devemos nos esquecer de que qualidade de vida e bem-estar implicam observância de vários aspectos da vida. Problemas sociais, dificuldades de acesso a serviços, medicamentos e outros recursos podem ser também motivos de sofrimento e devem ser incluídos entre os aspectos a serem abordados pela equipe multiprofissional. Viver ativamente, e não simplesmente viver, remete-nos à questão da sobrevida a qualquer custo, que esperamos combater. É nosso dever e nossa responsabilidade sermos facilitadores para a resolução dos problemas do nosso paciente.

Oferecer sistema de suporte para auxiliar os familiares durante a doença do paciente e o luto

Nunca estamos completamente sós. O ser humano é por natureza um ser gregário. Todo o núcleo familiar e social do paciente também "adoece". Segundo a Dra. Maria Helena Pereira Franco⁽²⁾, "a unidade de cuidados paciente-família se coloca como uma e específica ao mesmo tempo. A célula de identidade do ser humano é a família, respeitadas todas as condições que fazem dela um universo cultural próprio, muitas vezes distante ou até mesmo alheio ao universo cultural dos profissionais da saúde". A família, tanto a biológica como a adquirida (amigos, parceiros etc.) pode e deve ser nossa parceira e colaboradora. Essas pessoas conhecem melhor do que nós o paciente, suas

necessidades, suas peculiaridades, seus desejos e suas angústias, muitas vezes não-verbalizados pelo próprio paciente. Da mesma forma, essas pessoas também sofrem, e seu sofrimento deve ser acolhido e paliado.

Oferecer abordagem multiprofissional para focar as necessidades dos pacientes e seus familiares, incluindo acompanhamento no luto

Na prática do cuidado ao paciente, frequentemente iremos nos deparar com inúmeros fatores que atuarão concomitantemente na modificação da resposta terapêutica medicamentosa, na evolução da própria doença e na relação com o paciente e a família. A integração sugerida pelo Cuidado Paliativo é uma forma de observarmos o paciente sob todas as suas dimensões e a importância de todos esses aspectos na composição do seu perfil para elaborarmos uma proposta de abordagem. Ignorar qualquer dessas dimensões significará uma avaliação incompleta e conseqüentemente uma abordagem menos efetiva e eficaz dos sintomas. O sujeito da ação é sempre o paciente, respeitado na sua autonomia. Incluir a família no processo do cuidar compreende estender o cuidado no luto, que pode e deve ser realizado por toda a equipe, e não somente pelo psicólogo. A equipe multiprofissional, com seus múltiplos "olhares" e sua percepção individual, pode realizar esse trabalho de forma abrangente.

Melhorar a qualidade de vida e influenciar positivamente o curso da doença

Com uma abordagem holística, observando o paciente como um ser biográfico mais que um ser simplesmente biológico, poderemos, respeitando seus desejos e suas necessidades, melhorar o curso da doença e, segundo a experiência de vários serviços de Cuidados Paliativos, também prolongar sua sobrevida. Vivendo com qualidade, ou seja, sendo respeitado, tendo seus sintomas impecavelmente controlados, seus desejos e suas necessidades atendidas, podendo conviver com seus familiares e resgatando pendências, com certeza nossos pacientes também viverão mais.

Iniciar o mais precocemente possível o Cuidado Paliativo, juntamente com outras medidas de prolongamento da vida, como quimioterapia e radioterapia, e incluir todas as investigações necessárias para melhor compreender e controlar situações clínicas estressantes

Pela própria definição de Cuidados Paliativos da OMS, esses devem ser iniciados desde o diagnóstico da doença potencialmente mortal. Dessa forma, iremos cuidar do paciente em diferentes momentos da evolução da sua doença, portanto não devemos privá-lo dos recursos diagnósticos e terapêuticos que o conhecimento médico pode oferecer. Devemos utilizá-los de forma hierarquizada, levando em consideração os benefícios que podem trazer e os malefícios que devem ser evitados⁽⁴⁾.

Uma abordagem precoce também permite a prevenção dos sintomas e de complicações inerentes à doença de base, além de propiciar diagnóstico e tratamento adequados de enfermidades que possam cursar paralelamente à doença principal. Uma boa avaliação embasada nos exames necessários, além da definição da *performance* do paciente, é indispensável para a elaboração de um plano integral de cuidados, adequado a cada caso e adaptado a cada momento da evolução da doença.

O Cuidado Paliativo no Brasil

O Cuidado Paliativo no Brasil teve seu início na década de 1980 e conheceu um crescimento significativo a partir do ano 2000, com a consolidação dos serviços já existentes e pioneiros e a criação de outros não menos importantes. Hoje já somos mais de 40 iniciativas em todo o Brasil. Ainda é pouco, levando-se em consideração a extensão geográfica e as necessidades do nosso país. Assim, será maior a nossa responsabilidade em firmarmos um compromisso para, unidos num único propósito, ajudarmos a construir um futuro promissor para os Cuidados Paliativos, a fim de que um dia, não muito distante, todo cidadão brasileiro possa se beneficiar dessa boa prática.

Referências

1. CORTES, C. C. Historia y desarrollo de los cuidados paliativos. In: Marcos G. S. (ed.). Cuidados paliativos e intervención psicosocial em enfermos com câncer. Las palmas: ICEPS, 1988.
2. FRANCO, M. H. P. Multidisciplinaridade e interdisciplinaridade: psicologia. Cuidado paliativo, CREMESP, 1-III, p. 74-6, 2008.
3. GALRIÇA NETO, I. Pequeno manual básico de cuidados paliativos – Região de Saúde de Lisboa.
4. MACIEL, M. G. S. Definições e princípios. Cuidado paliativo, CREMESP, 1-I, p. 18-21, 2008.
5. MONTEIRO, M. G. F. Transição demográfica e seus efeitos sobre a saúde da população. In: BARATA, R. B. et al. Equidade e saúde: contribuições da epidemiologia. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/ABRASCO, 1997.
6. PESSINI, L. Cuidados paliativos: alguns aspectos conceituais, biográficos e éticos. Prática hospitalar, n. 41, p. 107-12, 2005.
7. PESSINI, L. Distanásia: até quando investir sem agredir? Bioética, v. 4, p. 31-43, 1996.
8. SAPORETTI, L. A. Espiritualidade em cuidados paliativos. Cuidado paliativo, CREMESP, 4-I, p. 522-3, 2008.
9. SIQUEIRA, J. E. Doente terminal. Cadernos de Bioética do CREMESP, v. 1, 2005.
10. TWYXCROSS, R. Medicina paliativa: filosofia e considerações éticas. Acta Bioética, n. 1, 2000.

Indicações de Cuidados Paliativos

ANA CLAUDIA DE LIMA QUINTANA ARANTES

Introdução

Pela definição da Organização Mundial da Saúde (OMS) para Cuidados Paliativos, todos os pacientes portadores de doenças graves, progressivas e incuráveis, que ameacem a continuidade da vida, deveriam receber a abordagem dos Cuidados Paliativos desde o seu diagnóstico. Entretanto, sabemos que, se essa referência tivesse de ser cumprida, a maioria dos pacientes permaneceria sem nenhuma assistência paliativa, pois não temos ainda disponibilidade de profissionais e serviços que possam dar conta do atendimento dessa população.

No Brasil, segundo dados do Departamento de Informação e Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS)⁽¹³⁾, em 2006 faleceram 1.031.691 brasileiros. Se avaliarmos apenas os óbitos decorrentes de doenças de evolução crônica ou degenerativa e neoplasias, teremos um montante de mais de 725 mil pessoas que morreram no Brasil com grande possibilidade de sofrimento intenso (**Tabela 1**). Mais de 690 mil pessoas faleceram em hospitais e 224 mil, em casa. (**Tabela 2**).

Por conta dessa dificuldade de avaliar e cuidar do sofrimento, estabelecemos alguns critérios de recomendação para Cuidados Paliativos, considerando a possibilidade de indicação para aqueles pacientes que esgotaram todas as possibilidades de tratamento de manutenção ou prolongamento da vida, que apresentam sofrimento moderado a intenso e que optam por manutenção de conforto e dignidade da vida.

Um dos critérios mais discutidos é o que se refere ao prognóstico de tempo de vida do paciente. O limite designado em seis meses de expectativa de vida poderia ser utilizado para indicação de Cuidados Paliativos exclusivos, uma vez que esse critério foi importado do Medicare americano⁽¹⁹⁾, que estabelece o tempo de sobrevivência esperado como um dos critérios de indicação para assistência de *hospice*. São critérios do Medicare:

- a expectativa de vida avaliada é menor ou igual a seis meses;
- o paciente deve fazer a opção por Cuidados Paliativos exclusivos e abrir mão dos tratamentos de prolongamento da vida;
- o paciente deve ser beneficiário do Medicare.

Avaliação de prognóstico

Nas raízes da prática da medicina, encontramos certa harmonia entre a ciência e o sacerdócio místico que envolvia os poderes do médico em avaliar e curar doenças. Apesar disso, a arte de prever o futuro ainda não se tornou suficientemente científica a ponto de especializar o médico no exercício de prognosticar. Essa avaliação busca reforços constantes em escalas, sinais e sintomas que podem identificar o processo de morte em fases precoces, mas ainda envolve julgamentos fisiológicos e sociais bastante complexos. Mesmo que a morte seja um fenômeno biológico claramente identificado, as percepções de significado, tempo e circunstâncias em que o processo de morrer e a morte se sucedem ainda permanecem num conhecimento pouco estabelecido e ensinado.

Tabela 1 – Mortalidade no Brasil (2006)**Óbitos para residência por capítulo CID-10 e região**

Capítulo CID-10	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	C. Oeste	Total
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	3.271	12.735	21.171	61.58	3.173	46.508
II. Neoplasias (tumores)	6.439	31.803	77.260	31.238	9.056	155.796
III. Doenças sangue órgãos hemat. e transt. imunit.	390	1.665	2.517	624	300	5.496
IV. Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	2.659	17.923	26.790	8.374	3.158	58.904
V. Transtornos mentais e comportamentais	270	3.040	4.802	1.444	700	10.256
VI. Doenças do sistema nervoso	686	3.620	10.262	3.448	1.150	19.166
VII. Doenças do olho e anexos	4	12	7	3	2	28
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastoide	9	43	67	18	8	145
IX. Doenças do aparelho circulatório	11.795	75.711	147.933	490.73	183.05	302.817
X. Doenças do aparelho respiratório	4.627	20.166	53.983	18.215	5.875	102.866
XI. Doenças do aparelho digestivo	2.389	12.473	25.830	8.073	3.159	51.924
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	104	629	1.401	217	115	2.466
XIII. Doenças do sistema osteomuscular e tecido conjuntivo	199	716	1.851	579	252	3.597
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	774	3.715	9.468	2.497	967	17.421

Tabela 1 – Mortalidade no Brasil (2006)**(continuação)****Óbitos para residência por capítulo CID-10 e região**

Capítulo CID-10	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	C. Oeste	Total
XV. Gravidez, parto e puerpério	178	567	521	237	134	1.637
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	774	3.715	9.468	2.497	967	17.421
XVI. Algumas afecções originadas no período perinatal	3.414	10.212	9.838	2.932	1.940	28.336
XVII. Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas	966	2.950	4.069	1.543	869	10.397
XVIII. Sintomas, sinais e achados anormais em exames clínicos e laboratoriais	8.391	24.275	40.372	9.424	3.081	85.543
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	9.307	33.884	55.708	19.291	10.198	128.388
Total	55.872	256.139	493.850	163.388	62.442	1.031.691

CID-10: décima revisão da Classificação Internacional de Doenças.

Tabela 2 – Mortalidade no Brasil (2006)

Local ocorrência	Hospital	Domicílio
Região Norte	33.658	14.222
Região Nordeste	144.946	82.682
Região Sudeste	358.906	78.740
Região Sul	110.765	35.648
Região Centro-Oeste	42.581	12.147
Total	690.856	223.439

O maior perigo desse exercício de avaliar tempo de sobrevida de uma pessoa é determinar a "morte social" antes da morte física propriamente dita. Uma vez que se estabelece que um paciente tem uma expectativa de vida pequena, em dias ou semanas, corremos o risco de subestimar suas necessidades e negligenciar a possibilidade de conforto real dentro da avaliação do paciente e de sua família.

Em geral, a avaliação prognóstica de pacientes em fases avançadas de doenças graves ainda apresenta erro otimista considerável, principalmente quando avaliamos pacientes com doenças não-neoplásicas. Um estudo em 2000, de Christakis *et al.*⁽⁹⁾, demonstrou que a acurácia de prognóstico geralmente apresenta erro para o lado do otimismo. Apenas 20% dos médicos têm acurácia de prognóstico de 33% dos pacientes dentro do período atual de sobrevida, sendo que 63% são muito otimistas e 17% subestimam o tempo de sobrevida. Uma conclusão interessante foi a de que, à medida que aumenta o tempo de relação médico-paciente, a acurácia de prognóstico diminui, demonstrando que o vínculo que se estabelece entre o médico e seu paciente determina um "desejo" do médico de prever uma condição que implica menor capacidade de avaliar a realidade. Esse resultado nos permitiria iniciar uma discussão pertinente de o quanto os desejos e as expectativas do próprio médico não poderiam interferir na avaliação do prognóstico de seu paciente.

Uma das ferramentas que temos disponíveis na avaliação de prognóstico diz respeito à capacidade funcional do paciente. Entretanto, sabemos que a capacidade funcional pode estar diretamente relacionada com uma condição de sofrimento intensa, não-avaliada ou não-tratada adequadamente e que deforma a avaliação de prognóstico. Por exemplo, um paciente com câncer de próstata pode estar comprometido em sua funcionalidade por causa de uma dor óssea intensa não-tratada, e não por deterioração sistêmica causada por sua doença de base. Nesse caso, a deterioração sistêmica se deve ao sofrimento, e não ao avanço da doença para órgãos vitais. Quanto à avaliação de capacidade para as atividades da vida diária, temos as recomendações de Cuidados Paliativos para pacientes dependentes em determinadas atividades, como incapacidade para se locomover, alimentar-se e incontinências. (Quadro 1).

Quadro 1 – Principais dependências funcionais: ABVD

- Incontinências urinária e fecal
- Alimentação por tubos enterais ou incapacidade de alimentar-se/hidratar-se sem auxílio
- Imobilização permanente em leito ou poltrona

ABVD: atividades básicas de vida diária.

Como medir os declínios funcional e clínico

A escala de *performance status* de Karnofsky (Tabela 3) foi desenvolvida para pacientes com câncer como um meio objetivo de documentar o declínio clínico do paciente, avaliando sua capacidade de realizar determinadas atividades básicas. A maioria dos pacientes com escala Karnofsky inferior a 70% tem indicação precoce de assistência de Cuidados Paliativos. *Performance* de 50% nessa escala indica terminalidade, reafirmando que esses são pacientes elegíveis para Cuidados Paliativos, a menos que exista um ganho

previsivelmente benéfico em sustentar terapia para a doença de base, que seja simultaneamente disponível e possa ser tolerado. Outro instrumento útil para medir a condição clínica do paciente é a Escala de *Performance* Paliativa (PPS) (Tabela 4), que foi desenvolvida em 1996, em Victoria, British Columbia, e revista em 2001.

Para contornar a dificuldade de avaliação prognóstica, foram estabelecidos alguns critérios clínicos para cada doença ou para cada condição clínica, que auxiliam na decisão de encaminhar o paciente aos Cuidados Paliativos. Alguns desses critérios dizem respeito a condições mórbidas específicas, como insuficiência cardíaca congestiva (ICC), doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), câncer, esclerose lateral amiotrófica (ELA), demência e outras doenças degenerativas progressivas. Indicadores não-específicos, como perda ponderal progressiva, declínio de proteínas plasmáticas e perda funcional, também são utilizados.

Doença cardíaca

Nos Estados Unidos, 58% das mortes foram causadas primária ou secundariamente pelas doenças cardiovasculares (DCV)⁽¹⁷⁾. No Brasil, em 2005, mais de 302 mil pessoas faleceram por causa de uma DCV (29%), que é a principal causa de morte em todos os anos do século XX, exceto 1918. Embora as DCVs sejam mais comuns com a idade avançada, principalmente a insuficiência cardíaca (IC), elas não se restringem aos idosos. Mais de 152 mil americanos com idade inferior a 65 anos morrem de DCV por ano⁽³⁾. A morte de causa cardiovascular mais característica é a morte súbita.

Pacientes com IC representam um desafio adicional na arte do prognóstico, pois cerca de 60% deles (classe funcional II da National [NYHA]) morrem subitamente. Se incluirmos os pacientes com classe funcional IV, esse número representa 25% dos pacientes, levando à média de 35%. Os critérios para previsão de morte súbita nesses pacientes ainda permanecem controversos^(11, 31). Os estudos mais recentes sobre esses fatores prognósticos incluem peptídeo natriurético do tipo B (BNP), fração de ejeção, diâmetro diastólico

Tabela 3 – Escala de *performance* de Karnofsky

100%	Sem sinais ou queixas, sem evidência de doença
90%	Mínimos sinais e sintomas, capaz de realizar suas atividades com esforço
80%	Sinais e sintomas maiores, realiza suas atividades com esforço
70%	Cuida de si mesmo, não é capaz de trabalhar
60%	Necessita de assistência ocasional, capaz de trabalhar
50%	Necessita de assistência considerável e cuidados médicos frequentes
40%	Necessita de cuidados médicos especiais
30%	Extremamente incapacitado, necessita de hospitalização, mas sem iminência de morte
20%	Muito doente, necessita de suporte
10%	Moribundo, morte iminente

Tabela 4 – Escala de <i>performance</i> paliativa					
%	Deambulação	Atividade e evidência de doença	Autocuidado	Ingestão	Nível de consciência
100	Completa	Normal, sem evidência de doença	Completo	Normal	Completo
90	Completa	Normal, alguma evidência de doença	Completo	Normal	Completo
80	Completa	Com esforço, alguma evidência de doença	Completo	Normal	Completo
70	Reduzida	Incapaz para o trabalho, alguma evidência de doença	Completo	Normal ou reduzida	Completo
60	Reduzida	Incapaz de realizar <i>hobbies</i> , doença significativa	Assistência ocasional	Normal ou reduzida	Completo ou com períodos de confusão
50	Sentado ou deitado	Incapacitado para qualquer trabalho, doença extensa	Assistência considerável	Normal ou reduzida	Completo ou com períodos de confusão
40	Acamado	<i>Idem</i>	Assistência quase completa	Normal ou reduzida	Completo ou com períodos de confusão
30	Acamado	<i>Idem</i>	Dependência completa	Reduzida	Completo ou com períodos de confusão
20	Acamado	<i>Idem</i>	<i>Idem</i>	Ingestão limitada a colheradas	Completo ou com períodos de confusão
10	Acamado	<i>Idem</i>	<i>Idem</i>	Cuidados com a boca	Confuso ou em coma
0	Morte	-	-	-	-

final, presença de taquicardia ventricular não-sustentada e diabetes *mellitus* (DM) ^(6, 50). A presença de fenômenos tromboembólicos, parada cardiorrespiratória (PCR) prévia e diagnóstico de AIDS e outras arritmias ventriculares complexas também contribuem para a avaliação de prognóstico reservado. A avaliação precisa da incidência de morte súbita tem sido mais complexa por causa do aumento da prevalência de uso do cardioversor-desfibrilador interno automático^(5, 14).

Vale ressaltar que todos os pacientes com indicação de transplante de órgãos sólidos, inclusive transplante cardíaco, são candidatos formais para Cuidados Paliativos, pois têm doença avançada e podem ter alcançado sintomas de grande intensidade e desconforto. A persistência da incerteza sobre o prognóstico torna a discussão com o paciente sobre as suas preferências de cuidados um momento muito difícil, na melhor das hipóteses. Um trabalho realizado com pacientes que têm câncer sugere que, mesmo com 10% de probabilidade de não sobreviver aos próximos seis meses, eles ponderam sobre diferentes opções de tratamento⁽⁵¹⁾. Em parte, por causa desses prognósticos de incerteza, os pacientes que morrem de IC têm sido considerados os que têm a menor compreensão de sua condição e o menor envolvimento no processo de tomada de decisões relativas aos seus cuidados⁽³³⁾.

Um estudo de 274 óbitos, 26% por DCV, concluiu que alguns tratamentos foram suspensos ou retirados em 84% dos pacientes. No entanto, apenas 35% desses pacientes foram capazes de participar do processo de tomada de decisão⁽¹⁸⁾. Os doentes que morrem de IC não repentinamente apresentam um processo gradual de deterioração. Esse processo pode ser interrompido por episódios agudos que frequentemente aumentam o risco de morte súbita, o que torna a previsão de riscos ainda mais difícil.

No entanto, as condições crônicas cardiovasculares determinam grande sofrimento aos pacientes. A morte em geral ocorre no hospital e, embora essa tendência possa corresponder às preferências do paciente e de sua família, aqueles com DCV estão entre os que menos recebem assistência domiciliar e Cuidados Paliativos.

Em 2000, os pacientes com DCV foram responsáveis por cerca de 20% de todos os encaminhamentos para Cuidados Paliativos exclusivos, enquanto os com câncer constituem mais de 70% dos usuários de *hospices* americanos⁽⁷⁾. Estima-se que apenas 4% dos pacientes com IC recebem Cuidados Paliativos⁽⁵⁾.

A incerteza quanto ao prognóstico e à trajetória da fase final da vida de pacientes com IC pode induzir ao que foi denominado paralisia prognóstica. Isso atrasa o início da discussão sobre os Cuidados Paliativos e a real efetividade dos tratamentos propostos até então⁽⁴⁷⁾.

Um dos autores deste artigo sugeriu que os pacientes que têm IC sejam considerados candidatos para os Cuidados Paliativos, caso algum médico responda “não” à pergunta “Você se surpreenderia se esse paciente morresse nos próximos 12 meses?”⁽³³⁾.

Na verdade, para qualquer condição clínica de gravidade, essa pergunta se aplica e poderia ser considerada o melhor critério de indicação para Cuidados Paliativos. O período de 12 meses é bastante restrito se pensarmos em tempo de vida, mas insuportavelmente longo se corresponder a tempo de sofrimento.

Outro algoritmo sugerido daria início aos Cuidados Paliativos durante ou logo após a recuperação de uma exacerbação aguda da IC⁽²¹⁾. O que parece claro a partir da experiência de muitos serviços é que os Cuidados Paliativos precisam ser considerados muito mais cedo no decurso do processo da DCV.

Doença pulmonar

Assim como a maior parte das doenças crônicas, determinar o prognóstico ou, ainda, a esperança de vida em pacientes que tenham DPOC é um campo cheio de incertezas. Em todos os grupos, idade, tabagismo, perda da função pulmonar e baixo índice de massa corporal (IMC) são importantes preditores de mortalidade^(4, 8, 25, 27, 42).

Em pacientes idosos, os preditores de mortalidade em DPOC incluem volume expiratório forçado no primeiro segundo (VEF₁), gravidade da debilidade física, idade avançada e uso de oxigênio por longo prazo. Tabagismo, depressão, qualidade de vida e presença de comorbidades, bem como frequência das internações por qualquer outra causa, parecem não prever mortalidade⁽⁵²⁾. Se analisarmos as internações decorrentes de aumento da frequência de exacerbações da DPOC, observamos que se correlaciona com o aumento da mortalidade, sendo então um preditor independente de mau prognóstico⁽⁴⁶⁾. Em pacientes com 65 anos ou mais, a mortalidade após uma internação em unidade de terapia intensiva (UTI) por exacerbação de DPOC pode ser elevada, chegando a 30% em cerca de 30 dias após a alta hospitalar. Cinquenta e nove por cento falecem em um ano⁽⁴⁵⁾.

O mesmo estudo mostrou que a mortalidade hospitalar e a de longo prazo estiveram fortemente relacionadas com o comprometimento de outros órgãos e o aumento da gravidade da doença pulmonar, mas não com a necessidade de ventilação mecânica⁽⁴⁵⁾.

Na evolução de uma internação por exacerbação da DPOC em idosos, comorbidades, depressão maior, estado civil e índice de qualidade de vida demonstraram ser fortes preditores de mortalidade⁽²⁾. Mesmo assim, pode ser difícil identificar quando um paciente de DPOC está entrando na fase final da evolução da sua doença. Além disso, grande parte do tratamento habitual de DPOC é de baixo risco e relacionado com os sintomas. Esses fatores limitam a utilidade de uma distinção nítida entre os tratamentos ativo e paliativo da doença, principalmente em pacientes que apresentam períodos de relativa estabilidade.

Cerca de 20% a 25% dos pacientes que apresentam DPOC grave experimentam dor, depressão, ansiedade e dispneia intensa no fim da vida^(10, 16, 30). A intervenção de Cuidados Paliativos pode oferecer a oportunidade de discussão de escolhas nesse momento, como renunciar à intubação e à ventilação mecânica, limitar a duração dessas intervenções, ou até mesmo recusar internação hospitalar. Porém, como são pouco referidas para Cuidados Paliativos, essas discussões são infrequentes.

Doença renal

Sabe-se que quase 20% dos pacientes com insuficiência renal sob tratamento dialítico param a diálise antes da morte. Provavelmente, quase todos os nefrologistas estão envolvidos nos cuidados de fim de vida desses pacientes com doença renal terminal (DRT)⁽²³⁾. No entanto, os médicos são mal treinados em Cuidados Paliativos e, muitas vezes, sentem-se desconfortáveis com o cuidado de pacientes que morrem^(15, 22). Em um estudo com médicos americanos e canadenses, por exemplo, apenas cerca de 40% dos 360 nefrologistas entrevistados afirmaram que se sentiam muito bem preparados para discutir decisões de fim de vida com seus pacientes⁽¹⁵⁾.

No Brasil, essa tendência ainda é pior, pois ainda estamos longe das condições ideais de formação adequada na área de Cuidados Paliativos.

Com a progressão da doença renal, os Cuidados Paliativos assumem grande importância, levando a um gerenciamento mais adequado do controle de sintomas e à discussão sobre as diretrizes avançadas, considerando a possibilidade de interrupção do tratamento dialítico por escolha do paciente e de sua família. Os principais critérios de terminalidade para insuficiência renal são descritos no **Quadro 2**.

Quadro 2 – Indicações de Cuidados Paliativos segundo as condições do paciente

Paciente não é candidato à terapia curativa
Paciente tem doença grave e prefere não ser submetido a tratamento de prolongamento da vida
Nível inaceitável de dor por mais de 24 horas
Sintomas não-controlados (náusea, dispneia, vômitos etc.)
Sofrimento psicossocial e/ou espiritual não-controlado
Visitas frequentes ao atendimento de emergência (mais de uma vez no mês pelo mesmo diagnóstico)
Mais do que uma admissão hospitalar pelo mesmo diagnóstico nos últimos 30 dias
Internação prolongada sem evidência de melhora
Internação prolongada em UTI
Prognóstico reservado documentado pela equipe médica

UTI: unidade de terapia intensiva.

Doença hepática

Nos Estados Unidos, a doença hepática crônica (DHC) determina mais de um milhão de visitas médicas e mais de 300 mil internações por ano⁽²⁸⁾. A progressão da doença hepática leva os pacientes a experimentarem complicações clínicas, como encefalopatia, desnutrição, perda muscular, ascite, hemorragia de varizes esofagogástricas, peritonite bacteriana espontânea, fadiga e depressão.

O transplante de fígado, uma opção válida de tratamento, aumenta o tempo de vida e reduz muitos sintomas, mas, com a atual escassez de órgãos, 10% a 15% desses pacientes morrem. Muitos também não são candidatos a transplante devido à presença de comorbidades. Além disso, alguns pacientes transplantados sucumbem diante das complicações do transplante em si e enfrentam com suas famílias o dilema de uma doença potencialmente tratável, mas ainda frequentemente fatal⁽²⁸⁾.

A atuação dos Cuidados Paliativos se propõe a oferecer ao paciente o controle dos sintomas, tanto na espera do transplante como nos cuidados após o procedimento. Os critérios de indicação para Cuidados Paliativos são os mesmos da indicação do transplante, mas direcionada para os pacientes que não podem realizar a cirurgia. A interface mais intensa se apresenta na condição de falha do transplante ou detecção de condições mórbidas que agravem o quadro do paciente, como, por exemplo, o câncer hepático. Observa-se o compromisso de maximizar a qualidade e, se possível, o tempo de vida.

Indicações de Cuidados Paliativos em UTI

As UTIs fornecem tratamentos sofisticados a doentes graves. Os pacientes portadores de doenças crônicas que apresentam exacerbações ao longo da evolução da doença estão vivendo mais tempo por causa dos avanços oferecidos em seus tratamentos e, em geral, vivem mais, mas com piores condições de vida.

Infelizmente, ainda existem muitas barreiras para prestar Cuidados Paliativos eficazes nessa área da saúde. Porém, graças à boa prática médica, à medicina com base em evidências e ao bom senso, a ciência está ao lado dos Cuidados Paliativos⁽¹²⁾.

Em 2006, a revista *Critical Care Medicine* publicou um suplemento inteiro dedicado ao tema Cuidados Paliativos na UTI, contemplando diversos dilemas vividos nesse setor. Além da formação insuficiente do médico e de sua dificuldade em perceber que não pode mais atuar em direção à cura, temos ainda a dificuldade de encarar a própria finitude e a impotência diante da inevitabilidade da morte. Os problemas ético-legais que permeiam essas decisões também influenciam a vivência desses dilemas.

Entre os dilemas de comunicação temos^(38, 39):

- comunicação insuficiente sobre as decisões de fim de vida;
- incapacidade de pacientes de participar nas discussões sobre seu tratamento;
- expectativas não-realistas por parte dos pacientes e de seus familiares sobre o prognóstico ou a eficácia do tratamento na UTI;
- falta de oportunidades para discussão sobre a forma como eles desejam receber os cuidados no final da vida.

Podemos considerar algumas situações encontradas em UTI que nos auxiliam a identificar pacientes que teriam benefício em receber atenção de Cuidados Paliativos (**Quadro 3**)⁽³⁹⁾.

Quadro 3 – Critérios de indicação para Cuidados Paliativos em UTI⁽³⁹⁾

Admissão proveniente de instituição de longa permanência; portador de uma ou mais condições crônicas limitantes (por exemplo, demência)

Duas ou mais estadias na UTI na mesma internação
--

Tempo prolongado de ventilação mecânica ou falha na tentativa de desmame
--

Falência de múltiplos órgãos

Paciente candidato à retirada de suporte ventilatório com possibilidade de óbito
--

Câncer metastático

Encefalopatia anóxica

Sofrimento familiar que comprometa a tomada de decisões

UTI: unidade de terapia intensiva.

HIV/AIDS

Apesar dos avanços no tratamento do HIV/AIDS, ainda não existe cura conhecida.

Ao contrário de outras doenças terminais como o câncer, não é fácil prever quando a morte é iminente. Um paciente com AIDS pode morrer em consequência de sua primeira manifestação do HIV ou em constante risco de adquirir novas doenças capazes de abreviar sua vida. A maioria dos pacientes, no entanto, vive com frequentes problemas de saúde, até a fase de imunossupressão grave, ao longo de vários anos. À medida que a doença progride, a necessidade de alívio sintomático torna-se mais importante do que o tratamento curativo.

Os pacientes com AIDS estarão na fase terminal da sua doença se⁽¹⁹⁾:

- CD4 + < 25 células/ml;
- carga viral persistente > 100 mil cópias/ml;
- houver associação a qualquer uma das situações abaixo:
 - linfoma de sistema nervoso central (SNC);
 - perda de 33% de massa corporal magra;
 - bacteremia por *Mycobacterium avium* (não-tratada, que não responde ao tratamento, ou o recusa);
 - leucoencefalopatia multifocal progressiva;
 - linfoma sistêmico, com doença avançada pelo HIV e resposta parcial à quimioterapia;
 - sarcoma de Kaposi visceral não-responsivo à terapia;
 - insuficiência renal não-elegível ou que não deseja diálise;
 - infecção por *Cryptosporidium*;
 - toxoplasmose que não responde à terapêutica;
 - baixa *performance status* – Karnofsky menor que 50%.

Paciente com AIDS, sem critérios de terminalidade como os descritos anteriormente, devem receber recomendação para Cuidados Paliativos quando houver⁽¹⁹⁾:

- diarreia persistente por um ano;
- albumina sérica menor que 2,5;
- uso persistente de drogas ilícitas;
- idade > 50 anos;
- ausência de terapia retroviral, quimioterapia e outras medicações relacionadas com a profilaxia da doença por HIV;
- demência avançada por AIDS;
- toxoplasmose e ICC sintomática ao repouso.

Doença neurológica de longa duração

Cuidar de pacientes graves, com doenças irreversíveis e progressivas já se configura um desafio diário na prática dos Cuidados Paliativos. Por outro lado, cuidar de pacientes com doenças graves, incuráveis, com condições de dependência irreversíveis, mas que apresentam progressão lenta e imprevisível, ainda é o maior desafio de qualquer profissional da área da saúde.

Os pacientes portadores de doenças neurológicas, de instalação precoce ou adquirida na fase mais tardia da vida, apresentam sofrimentos, de menor ou maior intensidade, físicos, emocionais, familiares, sociais e espirituais e que frequentemente não são detectados por seus médicos, cuidadores ou familiares.

O lugar dos Cuidados Paliativos não-oncológicos está sendo progressivamente reconhecido^(1, 35, 40, 44), especialmente em condições neurológicas rapidamente fatais, como a doença do neurônio motor (DNM)^(29, 41). Muitos *guidelines* agora recomendam a indicação precoce de Cuidados Paliativos para esses casos^(36, 37).

Pacientes com essas doenças possuem necessidades diferentes dos portadores de câncer^(36, 40, 49) e podem ser caracterizados como portadores de sintomas de desconforto relacionados com sua condição neurológica, com duração e intensidade muito variáveis. Devido ao comprometimento cognitivo, muitas vezes os sintomas são avaliados indiretamente, por meio da percepção de familiares e cuidadores.

Isso traz algumas dificuldades para a equipe de Cuidados Paliativos com relação ao manejo adequado de sintomas:

- em geral, as condições neurológicas apresentam curso de evolução longo e raramente conseguimos identificar claramente quando se inicia a fase final da doença;
- os sintomas são variados, e muitos pacientes apresentam disfunção cognitiva comportamental ou de comunicação, além de déficits físicos.

Nessa realidade, fica muito difícil avaliar a diferença entre disfasia e déficit cognitivo, levando a equipe de Cuidados Paliativos a procurar por constantes atualização e treinamento para o manejo desses pacientes.

É comum a crença de que a reabilitação é uma intervenção de curta duração e relacionada com um evento pontual. Entretanto, o manejo da condição crônica de disfuncionalidade é um fator central no sucesso dos cuidados dispensados a esses pacientes, determinando a qualidade de assistência oferecida no final de vida^[24, 32]. Na doença neurológica de longa duração, a interface entre o neurologista, o fisiatra e o Cuidado Paliativo encontra uma rara clareza de papéis que pode ser transportada para outras condições clínicas, facilitando até a discussão entre os serviços provedores dos cuidados (convênios, seguros e serviço público).

O Royal College of Physicians, renomada instituição inglesa, publicou um excelente *guideline* de cuidados aos pacientes com doenças neurológicas da longa duração⁽⁴⁸⁾. Um dos propósitos do trabalho foi explorar a interação entre essas especialidades médicas e definir o papel de cada uma delas nos cuidados dos pacientes nessas condições. A pesquisa mostrou um alinhamento sobre as contribuições oferecidas por cada especialidade, embora não tenha foco na atuação multiprofissional que se desencadeia a partir da atuação médica. O neurologista se envolve na avaliação, no diagnóstico e no manejo da doença neurológica; o fisiatra coordena a terapia, o equipamento e as ações de suporte social e psicológico durante a fase entre o diagnóstico e a morte, sem o intuito de realizar o trabalho dos profissionais específicos. Os médicos de Cuidados Paliativos são os responsáveis pelas recomendações dos cuidados terminais e pelo manejo do processo de morte e luto, que é realizado por ele e por todos os profissionais da equipe.

Deficiência mental

As pessoas com doenças mentais morrem prematuramente, em comparação com a população em geral. Apesar disso, existem poucos relatórios ou estudos de investigação sobre planejamento dos cuidados no fim de vida desses pacientes. Informações básicas sobre as circunstâncias da morte, preferências dos cuidados de saúde, ou disponibilidade de *hospice* e serviços de Cuidados Paliativos nunca foram avaliadas para essa população, mesmo em países desenvolvidos. Essa informação é importante para o planejamento sensato de práticas, procedimentos e orientações, a fim de proporcionar qualidade de vida para pessoas com doença mental.

Acidente vascular encefálico

Os principais critérios para indicação de Cuidados Paliativos para pacientes que sofreram um acidente vascular encefálico (AVE) contemplam avaliação nutricional e capacidade funcional:

- escala de *performance* paliativa (PPS) (*vide* capítulo sobre avaliação do paciente) menor ou igual a 40%, como descrito adiante, nos próximos itens;
- grau de deambulação: permanece principalmente na cama;
- atividade/extensão da doença: incapaz de trabalhar;
- incapacidade para autocuidado:
 - ingestas alimentar e hídrica diminuídas;
 - estado de consciência: sonolento/confuso;
 - perda de peso > 10% durante os seis meses anteriores;
 - perda de peso > 7,5% nos últimos três meses;
 - albumina sérica < 2,5 g/dl;
 - história atual de aspiração pulmonar, sem resposta efetiva das intervenções fonoaudiológicas.

Demência

Para a doença de Alzheimer (DA) e outras enfermidades relacionadas, a identificação de determinadas alterações estruturais e comprometimentos funcionais, além das frequentes comorbidades, deve servir como base para intervenções e planejamento dos Cuidados Paliativos. Em última instância, na fase terminal de doença, os efeitos combinados da DA (*Functional Assessment Staging* [FAST] estágio 7)⁽⁴³⁾ e qualquer outro estado de comorbidade ou condição secundária (*delirium*, úlceras de pressão, pneumonia aspirativa) devem ser tais que caracterizem um prognóstico de seis meses ou menos⁽¹⁹⁾.

Esclerose lateral amiotrófica

A esclerose lateral amiotrófica (ELA) é um distúrbio neurodegenerativo de origem desconhecida, progressivo e associado à morte do paciente em um tempo médio entre três e quatro anos. Sua incidência estimada é de um a 2,5 indivíduos portadores para cada 100 mil habitantes/ano, com prevalência de 2,5 a 8,5 por 100 mil habitantes.

A ELA tende a progredir de forma linear ao longo do tempo, de modo que a taxa global de redução funcional em cada paciente é bastante constante e previsível. Embora geralmente se apresente em uma área anatomicamente localizada, a identificação do local de apresentação inicial não tem relação com o tempo de sobrevida. Em sua fase final de ELA, dois fatores são cruciais para determinar o prognóstico: a capacidade de respirar e, em menor medida, a capacidade de deglutição⁽¹⁹⁾.

No **Quadro 4** encontramos as indicações de Cuidados Paliativos para ELA. Considera-se que um paciente está em fase terminal de ELA quando apresenta uma das situações que se seguem dentro dos últimos 12 meses.

Considerações especiais

Alguns pacientes idosos apresentam condições de fragilidade intensa, sem diagnóstico específico, mas que parecem estar em declínio progressivo de vitalidade e aparentemente desenvolvendo trajetória previsível em direção à morte dentro dos próximos meses.

Para esses pacientes, a indicação de Cuidados Paliativos é importante, com o objetivo de atingir a condição de bem-estar global. Indicações não-convencionais para Cuidados

Quadro 4 – Indicações de Cuidados Paliativos para pacientes com ELA

• Capacidade respiratória diminuída conforme critérios

- Capacidade vital inferior a 30% do normal
- Significativa dispneia em repouso
- Necessidade de oxigênio suplementar em repouso
- Paciente recusa ventilação artificial

• Outros critérios para indicação de Cuidados Paliativos

- Progressão para deambulação dependente de cadeira de rodas
- Dificuldade para falar: discurso pouco inteligível ou ininteligível
- Progressão da dieta normal para pastosa
- Progressão de dependência na maioria ou em todas as principais AVDs ou necessidade de assistência para todas as AVDs

• Comprometimento nutricional crítico

- Ingestão de nutrientes e fluidos insuficientes para sustentar a vida
- Perda de peso continuada
- Desidratação ou hipovolemia
- Ausência de métodos de alimentação artificial

• Complicações com risco de vida

- Pneumonia aspirativa recorrente
- Infecção do trato urinário superior
- Sepses
- Febre recorrente após a terapia antibiótica

ELA: esclerose lateral amiotrófica; AVDs: atividades da vida diária.

Paliativos, como a síndrome da fragilidade, incluem indivíduos idosos com comprometimento funcional progressivo, perda de peso progressiva e que podem ter várias doenças crônicas simultâneas (por exemplo, hipertensão arterial, doença coronariana, diabetes), mas sem condição fatal iminente.

Eles podem ter tido uma aceleração recente dos declínios cognitivo e funcional ou ter tomado decisão de não prosseguir com o tratamento agressivo devido a idade avançada, má saúde geral, estado cognitivo ou custos excessivos.

Em pacientes idosos, uns dos mais sensíveis nessas condições da síndrome da fragilidade, a perda de peso inexplicável de 10% ao longo de um período de seis meses, ou um IMC < 22 kg/m², indica Cuidados Paliativos.

A combinação de perda de peso progressiva e dificuldades com as atividades da vida diária (AVDs) é importante preditor de mortalidade em seis meses, geralmente mais relevante do que diagnóstico, estado mental ou admissão em UTI⁽¹⁹⁾. Se essas condições estiverem presentes, a comunicação adequada com esses pacientes e suas famílias pode facilitar o planejamento das diretrizes avançadas. Isso reduz muito o estresse causado pelas condições de agudização e intercorrências clínicas nesses indivíduos.

O **Quadro 5** resume as indicações de Cuidados Paliativos.

Quadro 5 – Considerar a consulta sobre Cuidados Paliativos para pacientes com critérios de terminalidade de suas doenças de base⁽²⁶⁾

Câncer	Qualquer paciente com câncer metastático ou inoperável
Doenças cardíacas	Sintomas de ICC durante o repouso FE < 20% Uma nova disritmia Ataque cardíaco, síncope ou AVC Idas frequentes ao PS devido aos sintomas
Doenças pulmonares	Dispneia durante o repouso Sinais ou sintomas de insuficiência cardíaca direita Saturação de O ₂ < 88% pCO ₂ > 50 Perda de peso não-intencional
Demência	Incapacidade para andar Incontinência Menos de seis palavras inteligíveis Albumina < 2,5 ou menor ingestão por via oral Idas frequentes ao PS
Doenças hepáticas	TP > 5 s Albumina < 2,5 Ascite refratária Peritonite bacteriana espontânea Icterícia Desnutrição ou perda de massa muscular
Doenças renais	Não candidato à diálise Depuração da creatinina < 15 ml/min Creatinina sérica > 6
Síndrome da fragilidade	Idas frequentes ao PS Albumina < 2,5 Perda de peso não-intencional Úlceras de decúbito Confinamento ao leito/domicílio

ICC: insuficiência cardíaca congestiva; FE: fração ou ejeção; AVC: acidente vascular cerebral; PS: pronto-socorro; pCO₂: pressão parcial de CO₂; TP: tempo de protrombina.

Referências

1. ADDINGTON-HALL, J.; FAKHOURY, W.; MCCARTHY, M. Specialist palliative care in nonmalignant disease. *Palliat Med*, v. 12, p. 417-27, 1998.
2. ALMAGRO, P. et al. Mortality after hospitalization for COPD. *Chest*, v. 121, n. 5, p. 1441-8, 2002.
3. AMERICAN HEART ASSOCIATION. Heart and Stroke Statistics – 2006 Update, Dallas, American Heart Association, 2005. Disponível em: <<http://www.americanheart.org>>.
4. ANTHONISEN, N. R.; WRIGHT, E. C.; HODGKIN, J. E. Prognosis in chronic obstructive pulmonary disease. *Am Rev Respir Dis*, v. 133, n. 1, p. 14-20, 1986.

5. BARDY, G. H. et al. Amiodarone or an implantable cardioverter-defibrillator for congestive heart failure. *N Engl J Med*, v. 352, p. 225-37, 2005.
6. BERGER, R. et al. B-type natriuretic peptide predicts sudden death in patients with chronic heart failure. *Circulation*, v. 105, p. 2392-7, 2002.
7. BOUVY, M. L. et al. Predicting mortality in patients with heart failure: a pragmatic approach. *Heart*, v. 89, p. 605-9, 2003.
8. BURROWS, B.; EARLE, R. H. Prediction of survival in patients with chronic airway obstruction. *Am Rev Respir Dis*, v. 99, n. 6, p. 865-71, 1969.
9. CHRISTAKIS, N. A.; LAMONT, E. B. Extent and determinants of error in doctors' prognoses in terminally ill patients: prospective cohort study. *BMJ*, v. 320, p. 469-72, 2000.
10. CLAESSENS, M. T. et al. Dying with lung cancer or chronic obstructive pulmonary disease: insights from SUPPORT. Study to Understand Prognoses and Preferences for Outcomes and Risks of Treatments. *J Am Geriatr Soc*, v. 48, suppl 5, p. S146-53, 2000.
11. COHN, J. N. et al. A comparison of enalapril with hydralazine-isosorbide dinitrate in the treatment of chronic congestive heart failure. *N Engl J Med*, v. 325, p. 303-10, 1991.
12. BYOCK, I. Improving palliative care in intensive care units: identifying strategies and interventions that work. *Crit Care Med*, v. 34, suppl 11, S302-5, 2006.
13. DADOS DE MORTALIDADE BRASIL. Disponível em: <<http://w3.datasus.gov.br/datasus/datasus>>.
14. DAUBERT, J. P. et al. Predictive value of ventricular arrhythmia inducibility for subsequent ventricular tachycardia or ventricular fibrillation in multicenter automatic defibrillator implantation trial (MADIT II) patients. *J Am Coll Cardiol*, v. 47, p. 98-107, 2006.
15. DAVISON, S. N. et al. Nephrologists' reported preparedness for end-of-life decision-making. *Clin J Am Soc Nephrol*, v. 1, p. 1256, 2006.
16. ELKINGTON, H. et al. The last year of life of COPD: a qualitative study of symptoms and services. *Respir Med*, v. 98, n. 5, p. 439-45, 2004.
17. EMANUEL, L. L.; BONOW, R. O. Libby: Braunwald's heart disease: a textbook of cardiovascular medicine. 8. ed. Chapter 30 – Care of Patients with End-Stage Heart Disease.
18. FABER-LANGENDOEN, K. A multi-institutional study of care given to patients dying in hospitals: ethical and practice implications. *Arc Intern Med*, v. 156, p. 2130-6, 1996.
19. FINE, P. Hospice referral and care: practical guidance for clinicians. Disponível em: <<http://cme.medscape.com/viewarticle/487401>>.
20. GUNDA, S.; THOMAS, M.; SMITH, S. National survey of palliative care in end-stage renal disease in the UK. *Nephrol Dial Transplant*, v. 20, p. 392, 2005.
21. HAUPTMAN, P. J.; HAVRANEK, E. P. Integrating palliative care into heart failure care. *Arch Intern Med*, v. 165, p. 374-8, 2005.
22. HOLLEY, J. L. et al. The need for end-of-life care training in nephrology: National survey results of nephrology fellows. *Am J Kidney Dis*, v. 42, p. 813, 2003.
23. HOLLEY, J. L. Up to date Palliative care in end-stage renal disease. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/patients/content/topic.do>>.
24. JOHNSON, J.; SMITH, P.; GOLDSTONE, L. Executive summary. Evaluation of MS specialist nurses: a review and development of the role. London and Letchworth: South Bank University and MS Research Trust, 2001.
25. KANNER, R. E. et al. Predictors of survival in subjects with chronic air- flow limitation. *Am J Med*, v. 74, n. 2, p. 249-55, 1983.
26. KINZBRUNNER, B. M: Predicting Prognosis: how to decide when end-of-life care is needed. In: KINZBRUNNER B. M.; WEINREB N. J.; POLICZER, J. 20 Common Problems in End-of-Life Care. New York, McGraw Hill, 2001.
27. LANDBO, C. et al. Prognostic value of nutritional status in chronic obstructive pulmonary disease. *Am J Respir Crit Care Med*, v. 160, n. 6, p. 1856-61, 1999.
28. LARSON, A. M.; CURTIS, J. R. Integrating palliative care for liver transplant candidates "Too Well for Transplant, Too Sick for Life". *JAMA*, v. 295, n. 18. p. 2168-76, 2006. (doi:10.1001/jama.295.18.2168).
29. LEIGH, P. N. et al. The management of motor neurone disease. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, v. 74, suppl 4, p. 32-47, 2003.
30. LYNN, J. et al. Living and dying with chronic obstructive pulmonary disease. *J Am Geriatr Soc*, v. 48, 5 suppl, p. S91-S100, 2000.
31. MAISEL, A. B-type natriuretic peptide levels: diagnostic and prognostic in congestive heart failure.

Circulation, v. 105, p. 2328-31, 2002.

32. MILLER, R. G. et al. Practice parameter: the care of the patient with amyotrophic lateral sclerosis (an evidence-based review): report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology: ALS Practice Parameters Task Force. *Neurology*, v. 52, p. 1311-23, 1999.

33. MURRAY, S. A. et al. Dying of lung cancer or cardiac failure: prospective qualitative interview study of patients and their carers in the community. *BMJ*, v. 325, p. 929-33, 2002.

34. MURRAY, S. A.; BOYD, K.; SHEIKH, A. Palliative care in chronic illness: we need to move from prognostic paralysis to active total care. *BMJ*, v. 330, p. 611-2, 2005.

35. MURTAGH, F. E. M.; PRESTON, M.; HIGGINSON, I. Patterns of dying: palliative care for non-malignant disease. *Clin Med*, v. 4, p. 39-44, 2004.

36. NATIONAL INSTITUTE FOR CLINICAL EXCELLENCE. Guidance on cancer services: improving supportive and palliative care for adults with cancer. The manual. London: NICE, 2004.

37. NATIONAL INSTITUTE FOR CLINICAL EXCELLENCE. Multiple sclerosis: national clinical guidelines for diagnosis and management in primary and secondary care. London: Royal College of Physicians, 2003.

38. NELSON, J. E.; DANIS, M. End-of-life care in the intensive care unit: where are we now? *Crit Care Med*, v. 29, suppl 2, p. N2-9, 2001. Review.

39. NELSON, J. E.; MEIER, D. E. Palliative care in the intensive care unit: Part I. *Journal of Intensive Care Medicine*, v. 14, n. 3, p. 130-9, 1999.

40. O'BRIEN, T. Neurodegenerative disease. In: ADDINGTON-HALL U. M., HIGGINSON I. J. (eds.). *Palliative care for non-cancer patients*. Oxford: Oxford University Press, p. 44-53, 2001.

41. O'BRIEN, T.; KELLY, M.; SAUNDERS, C. Motor neurone disease: a hospice perspective. *BMJ*, v. 304, p. 471-3, 1992.

42. POSTMA, D. S. et al. Assessment of ventilatory variables in survival prediction of patients with chronic airflow obstruction: the importance of reversibility. *Eur J Respir Dis*, v. 67, n. 5, p. 360-81, 1985.

43. REISBERG, B. Functional assessment staging (FAST). *Psychopharmacol Bull*, v. 24, p. 653-59, 1998.

44. Royal College of Physicians. *Palliative care services: meeting the needs of patients. Report of a working party*. London: RCP, 2007

45. SENEFF, M. G. et al. Hospital and 1-year survival of patients admitted to intensive care units with acute exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease. *JAMA*, v. 274, n. 23, p. 1852-7, 1995.

46. SOLER-CATALUNA, J. J. et al. Severe acute exacerbations and mortality in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Thorax*, v. 60, n. 11, p. 925-31, 2005.

47. STEWART, S.; MCMURRAY, J. J. V. Palliative care for heart failure: time to move beyond treating and curing to improving the end of life. *BMJ*, v. 325, p. 915-6, 2002.

48. TURNER-STOKES, L. et al. Long-term neurological conditions: management at the interface between neurology, rehabilitation and palliative care NATIONAL Guidelines March 2008. Disponível em: <<http://www.rcplondon.ac.uk/pubs/contents/55a60dba-3ba6-429c-8d2d-b1f178513b2b.pdf>>.

49. VOLTZ, R.; BORASIO, G. D. Palliative therapy in the terminal stage of neurological disease. *J Neurol*, v. 244, suppl 4, p. S2-10, 1997.

50. WATANABE, J. et al. Accumulation of risk markers predicts the incidence of sudden death in patients with chronic heart failure. *Eur J Heart Fail*, v. 8, p. 237-42, 2006.

51. WEEKS, J. C. et al. Relationship between cancer patients' predictions of prognosis and their treatment preferences. *JAMA*, v. 279, p. 1709-14, 1998.

52. YOHANNES, A. M.; BALDWIN, R. C.; CONNOLLY, M. Mortality predictors in disabling chronic obstructive pulmonary disease in old age. *Age Ageing*, v. 31, n. 2, p. 137-40, 2002.

Avaliação do paciente sob Cuidados Paliativos

MARIA GORETTI SALES MACIEL

Introdução

Um dos paradigmas da medicina paliativa no contexto atual é afirmar que a morte é parte da vida e fenômeno fisiológico, que, quando inicia seu processo, cursa de forma irreversível. O desafio é a boa avaliação do doente, além da identificação de parâmetros que apoiem de formas científica e clínica o diagnóstico desse processo.

Cuidados Paliativos e medicina paliativa requerem conhecimento técnico refinado, aliado à percepção do ser humano como agente de sua história de vida e determinante do seu próprio curso de adoecer e morrer. Valorizam-se as histórias natural da doença pessoal de vida e as reações fisiológicas, emocionais e culturais diante do adoecer. Promovem-se uma atenção dirigida para o controle de sintomas e o bem-estar do doente e de seu entorno. Os familiares precisam compreender a evolução da doença e da cadeia de acontecimentos que levará ao evento final.

É por essa questão que há necessidade de uma prática altamente individualizada. Medicina paliativa não é medicina de protocolos clínicos, mas de princípios, e, como tal deve partir da prerrogativa de que a melhor ferramenta para a boa palição de sintomas é a avaliação do paciente.

Independentemente da modalidade de atendimento, em regime de internação ou ambulatorial, a avaliação do paciente deve conter elementos fundamentais que possibilitem a compreender quem é a pessoa doente, o que facilita identificar preferências e dificuldades, qual a cronologia da evolução de sua doença e os tratamentos já realizados, as necessidades atuais e os sintomas, o exame físico, os medicamentos propostos, as demais decisões clínicas e a impressão a respeito da evolução, do prognóstico e das expectativas em relação ao tratamento proposto.

As evoluções subseqüentes devem registrar o impacto do tratamento proposto, a avaliação dos sintomas, o exame físico, os resultados de eventuais exames e as novas propostas, assim como as informações trocadas com o paciente e seus familiares.

A conclusão do caso clínico deve resumir os principais fatos da internação e, quando for o caso, estabelecer um plano de cuidados que contemple as necessidades do doente nas próximas semanas, até a próxima vista ou consulta. No caso de óbito, deve constar o relato sucinto das últimas horas de vida.

Os principais elementos da avaliação clínica do doente estão relacionados a seguir.

Dados biográficos

Devem conter:

- nome e forma como gosta de ser chamado;
- sexo e idade;
- estado marital, filhos e netos, se os tiver;
- trabalho que realizou por mais tempo ou com o qual mais se identificou;

- local de nascimento e região de moradia;
- com quem mora e por quem é cuidado a maior parte do tempo;
- religião e crenças;
- o que gosta de fazer;
- o que sabe sobre sua doença e o quanto quer saber.

Esses dados podem ser colhidos com o doente em conversa aparentemente informal para que se possa estimulá-lo a descrever-se e para que permita a percepção de quem é. Se algo na conversa chamar a atenção do profissional, deve ser descrito.

Exemplo:

Maria de Fátima, 56 anos, casada por 25 anos e divorciada há cinco. Três filhas (29, 25 e 20 anos) e duas netas (5 e 3 anos). Professora do ensino fundamental aposentada há dois anos, gosta de cozinhar e cuidar das netas. Nasceu em Minas, mora na Aclimação com as duas filhas mais novas, é católica praticante e muito religiosa. Sabe de sua doença e da gravidade, mas tem fé na possibilidade de cura.

Cronologia da doença atual e tratamentos realizados

Trata-se do registro da doença de base, com a época (mês e ano) do diagnóstico e o tratamento realizado no mesmo período.

Em seguida, a sequência de diagnósticos secundários à doença de base, com época e tratamentos.

Registrar também outras complicações relacionadas com o quadro principal e os diagnósticos não-relacionados com a doença em questão ou preexistentes.

Exemplo:

- Câncer de mama – outubro/1998 – mastectomia + radioterapia + quimioterapia;
- metástase óssea – maio/2007 – radioterapia;
- metástases pulmonar e pleural – setembro/2008 – quimioterapia, pleurodese;
- metástase para o sistema nervoso central (SNC) atual – neurocirurgia + radioterapia finalizada há uma semana;
- trombose venosa profunda de membro inferior direito (MID) – janeiro/2009 – anticoagulantes;
- outros: hipertensão leve, controlada.

De forma sucinta, a cadeia de eventos está clara e indica a evolução da doença, os recursos terapêuticos usados e os outros diagnósticos que precisam ser observados.

Avaliação funcional

A avaliação funcional em Cuidados Paliativos é fundamental para a vigilância da curva evolutiva da doença e se constitui em elemento valioso na tomada de decisões, na previsão de prognóstico e no diagnóstico da terminalidade.

Existem algumas escalas de avaliação funcional que podem ser usadas em Cuidados Paliativos. Os serviços de oncologia costumam usar a escala de Karnofsky, elaborada nos anos 1940. A escala de Karnofsky ainda é muito usada em oncologia para a tomada de decisões^(9, 10).

Em 1996, o Victoria Hospice, no Canadá, desenvolveu um instrumento de avaliação de *performance* com base no Karnofsky e adaptado aos Cuidados Paliativos. Trata-se da Palliative Performance Scale (PPS). Em 2002, aperfeiçoou a escala, agregando texto de instruções e definições^(1, 11).

A escala possui 11 níveis de *performance*, da 0 a 100, divididos em intervalos de 10, ou seja, não existem valores intermediários.

A PPS deve ser utilizada todos os dias para pacientes internados, em todas as consultas ambulatoriais e visitas domiciliares.

A tradução oficial para o português está sendo desenvolvida por profissionais da Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP), em São Paulo. O **Quadro 1** mostra a tradução preliminar brasileira.

Quadro 1 – Palliative Performance Scale (PPS)					
%	Deambulação	Atividade e evidência de doença	Autocuidado	Ingesta	Nível da consciência
100	Completa	Atividade normal e trabalho, sem evidência de doença	Completo	Normal	Completo
90	Completa	Atividade normal e trabalho, alguma evidência de doença	Completo	Normal	Completo
80	Completa	Atividade normal com esforço, alguma evidência de doença	Completo	Normal ou reduzida	Completo
70	Reduzida	Incapaz para o trabalho, doença significativa	Completo	Normal ou reduzida	Completo
60	Reduzida	Incapaz para <i>hobbies</i> / trabalho doméstico, doença significativa	Assistência ocasional	Normal ou reduzida	Completo ou períodos de confusão
50	Maior parte do tempo sentado ou deitado	Incapacitado para qualquer trabalho, doença extensa	Assistência considerável	Normal ou reduzida	Completo ou períodos de confusão
40	Maior parte do tempo acamado	Incapaz para a maioria das atividades, doença extensa	Assistência quase completa	Normal ou reduzida	Completo ou sonolência, +/- confusão
30	Totalmente acamado	Incapaz para qualquer atividade, doença extensa	Dependência completa	Normal ou reduzida	Completo ou sonolência, +/- confusão
20	Totalmente acamado	Incapaz para qualquer atividade, doença extensa	Dependência completa	Mínima a pequenos goles	Completo ou sonolência, +/- confusão
10	Totalmente acamado	Incapaz para qualquer atividade, doença extensa	Dependência completa	Cuidados com a boca	Sonolência ou coma, +/- confusão
0	Morte	–	–	–	–

Fonte: Victoria Hospice Society. *J Pall Care*, v. 9, n. 4, p. 26-32. Tradução livre de Maria Goretti Maciel/ Ricardo Tavares de Carvalho.

A PPS tem sido usada na tomada de decisões em Cuidados Paliativos e parece ter algum valor prognóstico quando associada a outros sintomas, como edema, *delirium*, dispneia e baixa ingestão alimentar^(6-8, 12).

A construção de um gráfico diário a partir dos registros da PPS tem ajudado na compreensão da evolução da doença em pacientes internados na enfermaria de Cuidados Paliativos do Hospital do Servidor Público Estadual (HSPE) desde o início de janeiro de 2009.

Exemplo:

O sr. A. S., 89 anos, com diagnóstico de carcinoma espinocelular de esôfago, era acompanhado no domicílio, e o último registro de PPS era de 60% em 4 de janeiro, uma semana antes da internação hospitalar, que durou 19 dias. No pronto-socorro, em 12 de janeiro, a queixa inicial era de confusão e sonolência e PPS de 40%, atribuídos inicialmente à infecção do trato urinário. No primeiro dia na enfermaria, fez quadro de *delirium* agitado seguido de torpor, caindo a PPS para 10%. O diagnóstico definitivo foi de hipercalemia. Iniciado o tratamento, houve resposta razoável, elevando a PPS para 30%. Após sete dias de tratamento e ajustes terapêuticos, começou a recuperar desempenho funcional e retornou a 50%, patamar ideal para alta hospitalar, em 29 de janeiro (Figura).

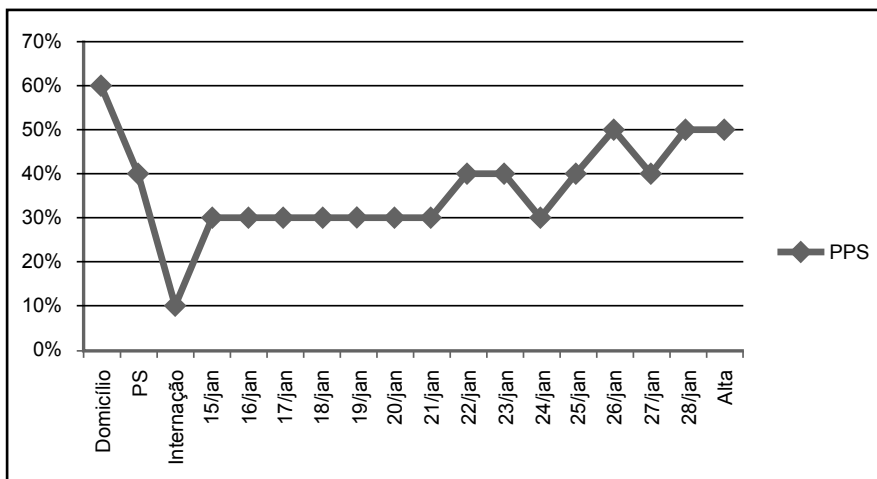


Figura – PPS diária, paciente A. S., 89 anos, CEC de esôfago

Fonte: Registros diários, enfermaria de Cuidados Paliativos, HSPE, 2009.

PS: pronto-socorro; PPS: *Palliative Performance Scale*.

Avaliação de sintomas

Objetivo e tarefa dos Cuidados Paliativos, a avaliação de sintomas deve ser realizada de forma sistemática na admissão, nas evoluções diárias, consultas ambulatoriais e visitas domiciliares.

A Edmonton Symptom Assessment Scale (ESAS), desenvolvida no Canadá, é um instrumento valioso nessa tarefa. Consiste num pequeno questionário com nove sintomas determinados e um décimo, de livre escolha do paciente, que passará a ser registrado diariamente. A cada sintoma solicita-se ao paciente que atribua uma nota de 0 a 10, sendo

0 a ausência do sintoma e 10, a sua maior intensidade. O profissional deve se manter imparcial e permitir que o paciente expresse a sua própria avaliação. A ESAS inclui sintomas objetivos e subjetivos. Na impossibilidade de o paciente estabelecer uma comunicação coerente (dementados, por exemplo), a ESAS pode ser preenchida por seu cuidador com base na observação cuidadosa do seu comportamento, e, nesse caso, os sintomas subjetivos (cansaço, depressão, ansiedade e mal-estar) devem ser deixados em branco^(2-4, 5).

A tradução para o português que apresentamos foi realizada pela Dra. Isabel Galriça Neto, de Portugal, e sua validação no Brasil está em andamento.

A ESAS deve ser avaliada criteriosamente todos os dias e usada como plataforma para as ações necessárias para o alívio de sintomas, usando-se todos os recursos necessários para esse fim (**Quadro 2**).

Por princípio, nenhum questionamento deve ser feito ao paciente se não for utilizado em seu benefício. Por isso é que os interrogatórios devem ser breves, objetivos e práticos também para a equipe. Em Cuidados Paliativos, escalas longas e cansativas devem ser evitadas.

Além da ESAS, deve ser realizado o registro livre do motivo principal da consulta ou internação, das necessidades do doente e das suas preocupações subjetivas. Novas observações e elaborações acerca de sua evolução e percepção da doença devem ser sempre registradas.

Quadro 2 – Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton (ESAS)		
Avaliação de sintomas:		
Paciente:	Registro:	
Preenchido por: _____	Data:	
Por favor, circule o nº que melhor descreve a intensidade dos seguintes sintomas neste momento (também se pode perguntar a média durante as últimas 24 horas).		
Sem dor	0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10	Pior dor possível
Sem cansaço	0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10	Pior cansaço possível
Sem náusea	0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10	Pior náusea 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
Muito bom apetite	0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10	Pior apetite possível
Sem falta de ar	0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10	Pior falta de ar possível
Melhor sensação de bem-estar possível	0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10	Pior sensação de bem-estar possível
Outro problema	0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10	

Fonte: Regional Palliative Care Program, Capital Health, Edmonton, Alberta, 2003.
Traduzido e adaptado ao português por Neto, IG. 2006.

Exames físico e complementares e avaliações de especialistas

Os procedimentos clínicos em Medicina Paliativa são os mesmos da prática clínica. Porém, por princípio, o Cuidado Paliativo objetiva o bem-estar e o conforto do doente.

Isso significa que nenhum exame clínico, nenhuma coleta de exames ou outra forma de investigação devem ser realizados se não tiverem por objetivo a compreensão necessária ao alívio de um sintoma ou ao controle de situação potencialmente reversível.

Especialmente na fase final da vida, nada justifica, por exemplo, aplicar ao doente um estímulo doloroso para investigar seu nível de consciência, colher exames ou realizar exames de imagem apenas para documentação do caso, utilizar placebos ou suspender analgésicos e outros medicamentos agora essenciais para testar nível de consciência no doente. Avaliações e procedimentos especializados que não tragam benefício para o doente não devem ser solicitados.

Decisões terapêuticas

Um prontuário em Cuidados Paliativos deve conter todas as decisões terapêuticas tomadas a partir de uma avaliação clínica:

- medicamentos e doses;
- início ou suspensão de medidas;
- solicitações de exames e avaliações;
- necessidades de intervenções psíquicas;
- necessidades sociais;
- intervenções realizadas ou solicitadas com a família;
- necessidades espirituais;
- efeito esperado das ações.

Impressão e prognóstico

Componentes fundamentais da avaliação em Cuidados Paliativos, a impressão acerca do estado em que se encontra o doente, a expectativa acerca do tratamento proposto e a impressão prognóstica devem constar na admissão e todas as vezes em que forem modificadas ao longo do tempo.

Uma forma simplificada de fazer o registro e comunicar o prognóstico é estabelecer prazos:

- horas a dias (pacientes com perfil de últimas 48 horas);
- dias a semanas (perfil de últimas semanas de vida);
- semanas a meses (habitualmente até seis meses de expectativa);
- meses a anos (para expectativas superiores a seis meses).

Plano de cuidados

Considerando a possibilidade de trabalho em rede assistencial, é fundamental que cada consulta, visita ou internação resulte em um plano de cuidados ao paciente e à família. Qualquer que seja a fase da doença, é fundamental ter clareza do problema, das necessidades, da evolução em que se encontra e da possibilidade de antever e prevenir novas crises.

O plano de cuidados deve ser claro o bastante para que o tratamento proposto possa ser continuado por toda a rede assistencial, inclusive em unidades de emergência e hos-

pitais gerais onde o paciente poderá ser atendido por outras equipes.

O **Quadro 3** propõe um modelo de plano de cuidados de preenchimento simples e objetivo. Nele prioriza-se o registro da identificação do doente, do cuidador e do médico responsável, dos principais diagnósticos, da PPS (em caso de internações inicial e final), da última ESAS, das medicações em uso e, por fim, das recomendações para as próximas semanas.

Quadro 3 – Plano de cuidados		
Serviço de Cuidados Paliativos		Plano de cuidados
Nome:		Idade: Sexo: Prontuário: Data:
Cuidador:		
Médico:	CRM:	
Diagnósticos:		PPS inicial: PPS atual:
1		
2		
3		
4		
5		
6		
Escala de avaliação de sintomas de Edmonton		Medicamentos
Dor	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10	1.
Fadiga	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10	2.
Náusea	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10	3.
Depressão	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10	4.
Ansiedade	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10	5.
Sonolência	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10	6.
Falta de apetite	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10	7.
Falta de ar	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10	8.
Mal-estar	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10	9.
Outro sintoma	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10	10.
Recomendações:		
Retorno:		Profissional:

PPS: *Palliative Performance Scale*.

Exemplo:

- manter curativos das feridas com metronidazol tópico;
- vigiar capacidade de deglutição;
- vigiar sintomas de hipercalcemia;
- ter atenção à filha mais nova e às netas;
- providenciar isenção de transporte para a filha cuidadora.

Sugestão de impressos

Os impressos usados em unidades de Cuidados Paliativos devem ser simples, de fácil visualização e preenchimento, sem omitir informações fundamentais.

No **Anexo 1** há uma ficha de encaminhamento para ser usada por outros serviços ou especialidades para referir pacientes à unidade de Cuidados Paliativos. No verso, a equipe preenche dados sobre o cuidador e endereços, determina a PPS circulando os itens compatíveis e, com base na *performance*, determina a forma de atendimento. Pacientes com PPS igual ou superior a 50% podem ser atendidos em unidade ambulatorial. Aqueles com PPS entre 30% e 40% devem ser atendidos no domicílio, e os com PPS de 20% ou 10% devem ser referidos para atendimento imediato em unidade de internação quando forem portadores de doença rapidamente progressiva.


O **Anexo 2** é composto por uma ficha médica ambulatorial para ser usada na primeira consulta, em frente e verso.

O **Anexo 3** é uma sugestão de ficha de prontuário domiciliar, com base no plano de cuidados que deve ser renovado a cada visita. O verso da ficha é usado para texto livre, caso o profissional julgue necessário.

As fichas estão acessíveis para *download* no *site* da ANCP: www.paliativo.org.br.

Referências

1. ANDERSON, F. et al. Palliative Performance Scale (PPS): a new tool. *J Palliat Care*, v. 12, n. 1, p. 5 e 11, 1996.
2. BRUERA, E. et al. The Edmonton Symptom Assessment System (ESAS): a simple method of the assessment of palliative care patients. *Journal of Palliative Care*, v. 7, p. 6-9, 1991.
3. BRUERA, E.; MACDONALD, S. Audit methods: the Edmonton Symptom Assessment. In: HIGGINSON, I. ed. *Clinical audit in palliative care*. Oxford: Radcliffe Medical Press, p. 61-77, 1993.
4. CAPITAL HEALTH. Guidelines for using Edmonton Symptom Assessment System (ESAS). Capital Health, PDF, 2001.
5. CHANG, V. T.; HWANG, S. S.; FEUERRMAN, M. Validation of the Edmonton Symptom Assessment Scale. *Cancer*, v. 88, n. 9, p. 2164-71, 2000.
6. HEAD, B.; RITCHIE, C. S.; SMOOT, T. N. Prognostication in hospice care: can the palliative performance scale help? *Journal of Palliative Medicine*, v. 8, n. 3, p. 492-502, 2005.
7. LAU, F. et al. Using the Palliative Performance Scale to provide meaningful survival estimates. *Journal of Pain and Symptom Management*, in press, 2009.
8. MORITA, T. et al. Validity of the Palliative Performance Scale from a performance scale from a survival perspective. *J Pain Symptom Manage*, v. 18, n. 1, p. 2-3, 1999. [letter].
9. O'TOOLE, D. M.; GOLDEN, A. M. Evaluating cancer patients for rehabilitation potential. *West J Med*, v. 155, p. 384-7, 1991.
10. SCHAG, C. C.; HEINRICH, R. L.; GANZ, P. A. Karnofsky performance status revisited: reliability, validity, and guidelines. *J Clin Oncology*, v. 2, p. 187-93, 1984.



11. VICTORIA HOSPICE SOCIETY. Palliative Performance Scale (PPS), 2004.

12. VIRIK, K.; GLARE, P. Validation of the Palliative Performance Scale for inpatients admitted to a palliative care unit in Sydney, Australia. *J Pain Symptom Manage*, v. 23, n. 6, p. 455-7, 2002.

Anexo 2

SERVIÇO DE CUIDADOS PALIATIVOS	FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL
NOME:	Idade:
	Karnofsky:
Encaminhamento:	
Acompanhante:	Data:
Diagnóstico principal:	Data:
Diagnósticos secundários:	
Outros diagnósticos:	
Motivo da consulta:	
Tratamento realizado:	

Anexo 3

SERVIÇO DE CUIDADOS PALIATIVOS:	VISITA MÉDICA DOMICILIAR:
DATA:	
NOME:	
Cuidador:	
Diagnósticos:	PPS:
1	
2	
3	
4	
5	
6	
Avaliação:	
ESAS: Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton	Medicamentos:
Sem dor = 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10	1.
Sem cansaço = 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10	2.
Sem náusea = 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10	3.
Sem depressão = 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10	4.
Sem ansiedade = 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10	5.
Sem sonolência = 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10	6.
Muito bom apetite = 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10	7.
Sem falta de ar = 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10	8.
Melhor sensação de bem-estar possível = 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10	9.
Recomendações:	
Retorno:	Médico:

PPS: *Palliative Performance Scale*.

Comunicação em Cuidados Paliativos

MARIA JÚLIA PAES DA SILVA

MONICA MARTINS TROVO DE ARAÚJO

Sentido da comunicação em Cuidados Paliativos

Uma vez que se relacionar é estar com o outro, fazendo uso de habilidades de comunicações verbal e não-verbal para emitir e receber mensagens⁽¹²⁾, a comunicação é um elemento fundamental na relação humana e um componente essencial do cuidado. O emprego adequado de técnicas e estratégias de comunicação interpessoal pelos profissionais da saúde é medida terapêutica comprovadamente eficaz, permitindo ao paciente compartilhar medos, dúvidas e sofrimento, contribuindo para a diminuição do estresse psicológico e garantindo a manifestação de sua autonomia^(2, 7).

Para os pacientes sob Cuidados Paliativos, a comunicação interpessoal e o relacionamento humano são ressignificados, representando a essência do cuidado que sustenta fé e esperança nos momentos mais difíceis que são enfrentados⁽¹⁾.

O paciente sob Cuidados Paliativos deseja ser compreendido como um ser humano que sofre porque, além da dor física, possui conflitos existenciais e necessidades que os fármacos ou os aparelhos de alta tecnologia não podem suprir. Assim, ademais de compartilhar seus medos e anseios relacionando-se com seus pares, ele necessita sentir-se cuidado, amparado, confortado e compreendido pelos profissionais da saúde responsáveis por ele. Expressões de compaixão e afeto na relação com o paciente trazem a certeza de que ele é parte importante de um conjunto, o que ocasiona sensação de proteção e consolo, além de paz interior⁽⁶⁾.

Para que essas necessidades sejam atendidas e o cuidado ao fim da vida seja bem-sucedido, é necessário que os profissionais da saúde resgatem a relação interpessoal empática e compassiva como base para suas ações e condutas. Mais do que habilidades técnicas para diagnosticar e tratar, além de informações sobre doença e tratamento, os pacientes que vivenciam a terminalidade esperam que a relação com os profissionais da saúde seja alicerçada por compaixão, humildade, respeito e empatia. Na prática a implementação e a sustentação desses conceitos subjetivos é possível com o uso adequado de habilidades de comunicação.

O **Quadro 1** evidencia o sentido da comunicação interpessoal no cuidado ao final da vida.

O que precisamos entender sobre comunicação?

Independente da área de formação básica ou da categoria profissional, os profissionais da saúde têm como base de seu trabalho as relações humanas e, por isso, precisam aprimorar suas habilidades de comunicação. Médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, psicólogos e outros especialistas que trabalham com seres humanos em situação de doença e sofrimento, principalmente com aqueles que vivenciam a terminalidade, necessitam saber não apenas o que, mas quando e como falar. Precisam até mesmo saber o momento de calar, substituindo a frase por um toque afetivo ou potencializar o efeito de um ansiólí-

Quadro 1 – Metas para a comunicação ao final da vida**Ao final da vida, espera-se que uma comunicação adequada permita:**

- Conhecer problemas, anseios, temores e expectativas do paciente
- Facilitar o alívio de sintomas de modo eficaz e melhorar sua autoestima
- Oferecer informações verdadeiras, de modo delicado e progressivo, de acordo com as necessidades do paciente
- Identificar o que pode aumentar seu bem-estar
- Conhecer seus valores culturais, espirituais e oferecer medidas de apoio
- Respeitar/reforçar a autonomia
- Tornar mais direta e interativa a relação entre profissional da saúde e paciente
- Melhorar as relações com os entes queridos
- Detectar necessidades da família
- Dar tempo e oferecer oportunidades para a resolução de assuntos pendentes (despedidas, agradecimentos, reconciliações)
- Fazer com que o paciente se sinta cuidado e acompanhado até o fim
- Diminuir incertezas
- Auxiliar o paciente no bom enfrentamento e na vivência do processo de morte

tico com um bom par de ouvidos, estando mais próximo e acessível às reais necessidades dos pacientes.

Comunicação interpessoal não se resume à troca de mensagens entre duas ou mais pessoas, tampouco à mera transmissão de informações. Trata-se de um processo complexo que envolve percepção, compreensão e transmissão de mensagens por parte de cada sujeito envolvido na interação, considerando-se contexto, cultura, valores individuais, experiências, interesses e expectativas de cada um⁽¹⁰⁾.

Todo processo de comunicação é constituído por duas dimensões: verbal e não-verbal. A verbal é aquela que ocorre por meio de palavras, com o objetivo de expressar um pensamento, clarificar um fato ou validar a compreensão de algo⁽¹²⁾. Porém ela é insuficiente para caracterizar a complexa interação que ocorre no relacionamento humano. É necessário qualificá-la, oferecer-lhe emoções, sentimentos e adjetivos, para que seja possível perceber e compreender não só o que significam as palavras, mas também os sentimentos implícitos na mensagem; e é a dimensão não-verbal do processo de comunicação que permite demonstração e compreensão dos sentimentos nos relacionamentos interpessoais. A linguagem verbal é qualificada pelo jeito e tom de voz com que as palavras são ditas, por gestos que acompanham o discurso, olhares e expressões faciais, postura corporal, distância física que as pessoas mantêm umas das outras e até mesmo por roupas, acessórios e características físicas.

Para facilitar o estudo da comunicação não-verbal, propõe-se classificá-la⁽¹²⁾ em paralinguagem, cinésica, proxêmica, características físicas, fatores do meio ambiente e tacésica.

A paralinguagem refere-se a qualquer som produzido pelo aparelho fonador e utilizado no processo de comunicação, ou seja, o modo como falamos. Representam-na os ruídos, a entonação da voz, o ritmo do discurso, a velocidade com que as palavras são ditas, o suspiro, o pigarrear, o riso e o choro. É também chamada paraverbal e confere emoção às informações transmitidas verbalmente.

O termo "cinésica", criado por Ray Birdwhistell, precursor no estudo da fala e dos sinais emitidos pelo corpo durante as interações, diz respeito à linguagem corporal. É caracterizado por gestos, expressões faciais, olhar, características físicas e postura corporal. Conhecer a linguagem do corpo é importante não apenas por trazer informações sobre o outro, mas também para o autoconhecimento.

A proxêmica aborda as teorias que dizem respeito ao uso que o homem faz do espaço físico dentro do processo de comunicação. O neologismo "proxêmica" foi criado por Edward Hall, ao identificar os fatores envolvidos na distância que o indivíduo mantém do outro na interação.

O toque e todas as características envolvidas são estudados pela cinésica. O contato físico é capaz de provocar, por meio de seus elementos sensoriais, alterações neuromusculares, glandulares e mentais. Não apenas em caráter técnico e instrumental, mas também como forma de oferecer apoio e demonstrar afeto, o toque é um instrumento terapêutico valioso na área da saúde⁽¹²⁾.

A comunicação não-verbal é fundamental para o estabelecimento do vínculo que embasa o relacionamento interpessoal, imprescindível na relação entre profissionais da saúde e pacientes^(1, 4, 11, 13). Com frequência, mesmo antes que a interação direta com o paciente aconteça, existe um julgamento prévio a respeito do profissional com base na análise de seu comportamento e características não-verbais, expressos nos corredores do hospital ou na interação com os outros colegas. E pode ser até nesse momento que o paciente decida se o profissional é ou não digno de sua confiança e se quer ou não ser cuidado por ele, sem que palavra alguma seja trocada entre ambos.

É principalmente por meio da emissão dos sinais não-verbais do profissional da saúde que o paciente desenvolve confiança e permite que se estabeleça uma relação terapêutica efetiva. Assim, tanto o comportamento verbal quanto o não-verbal do profissional devem demonstrar empatia e transmitir segurança, conforme evidencia o **Quadro 2**.

Ao cuidar do paciente em processo de morte, uma das principais habilidades de comunicação necessárias ao profissional é a escuta. Ela, atenta e reflexiva, é um dos mais importantes instrumentos do profissional da saúde que atua em Cuidados Paliativos, visto que permite identificar as reais demandas dos pacientes. Sentar-se ao lado do paciente, mostrando-se interessado por sua história e disponível para ouvi-lo e compreendê-lo é uma maneira comprovadamente eficaz de assisti-lo emocional e espiritualmente. Ser ouvido é uma importante demanda de quem vivencia a terminalidade⁽⁴⁾.

Quadro 2 – Elementos essenciais do comportamento empático
Comportamento empático envolve:
• Manter contato com os olhos durante aproximadamente 50% do tempo da interação
• Ouvir atentamente
• Permanecer em silêncio enquanto o outro fala, utilizando eventualmente meneios positivos
• Sorrir
• Manter tom de voz suave
• Voltar o corpo na direção de quem fala e manter os membros descruzados
• Utilizar, eventualmente, toques afetivos em braços, mãos ou ombros

Quando se utiliza adequadamente a comunicação interpessoal no contexto dos Cuidados Paliativos, frequentemente é possível decifrar informações essenciais e, dessa forma, diminuir a ansiedade e a aflição de quem está próximo da morte, proporcionando mais qualidade ao nosso cuidar e conquistando mais satisfação pessoal. O **Quadro 3** identifica estratégias de comunicações verbal e não-verbal que devem ser utilizadas na atenção a pacientes sob Cuidados Paliativos.

As notícias difíceis: como falar a respeito de perdas, terminalidade e morte

Em um contexto de desenvolvimentos técnico e científico ímpares na história das ciências da saúde, em que a percepção de que quase todos os problemas podem ser resolvidos com o uso de aparatos tecnológicos, a terminalidade e a morte permanecem como limites ao ser humano. Desse modo, pacientes, familiares e até mesmo os profissionais da saúde evitam falar sobre o tema. Cria-se, assim, uma situação conhecida como "cerca" ou "conspiração de silêncio"⁽⁹⁾.

Essa condição se manifesta com a transmissão de mensagens ambivalentes, nas quais o discurso verbal otimista e focado em assuntos diversos e superficiais é contradito pela linguagem não-verbal, que expressa claramente o agravamento da situação.

Profissionais e familiares, por acharem que poderão aumentar o sofrimento e a depressão, evitam falar sobre terminalidade e morte para poupar o paciente, que, por sua vez, visando proteger suas pessoas queridas, também evita abordar o assunto. Cria-se, assim, uma espécie de isolamento emocional: de um lado, o paciente, e do outro, a família, todos com sentimentos, dúvidas e anseios semelhantes, porém não compartilhados.

Receber boas informações (honestas, claras e compassivas) é um desejo universal dos pacientes em estado avançado da doença, conforme evidencia a literatura^(3, 5, 14, 16). Em estudo realizado no Brasil com 363 pacientes, identificou-se que mais de 90% dos entrevistados desejam ser informados sobre suas condições de saúde, incluindo eventuais diagnósticos de doenças graves⁽⁵⁾.

Outro estudo europeu⁽¹⁶⁾, realizado com 128 indivíduos que tiveram o diagnóstico de câncer incurável, revelou que grande parte desses doentes gostaria de ser informada sobre opções de tratamento, efeitos colaterais, sintomas físicos e como e onde encontrar ajuda e aconselhamento a respeito de dietoterapia, cuidados psicossociais e complementares.

Embora muitos pacientes queiram saber sobre sua condição de saúde, eles também têm o direito de não querer receber informações a esse respeito. Nesse caso, seu desejo precisa ser respeitado e torna-se necessário identificar um familiar ou alguém próximo que possa receber as informações e ser o interlocutor.

A comunicação de notícias difíceis ou más é uma das mais penosas tarefas do profissional da saúde. Isso porque eles aprendem nos bancos da academia a salvar vidas e buscar a saúde, e não a lidar com situações de perdas de saúde, vitalidade, esperança e morte. Assim, uma das dimensões em que esse profissional mais almeja desenvolver habilidades é na comunicação de notícias difíceis, como informar o diagnóstico de uma doença sem possibilidades de cura, a piora irreversível do quadro ou mesmo comunicar a morte para os familiares.

Uma questão muito frequente é sobre contar ou não ao paciente. E, à medida que respostas não são encontradas para este questionamento, utiliza-se a mentira piedosa ou o silêncio cheio de significados dúbios. Contudo, há alternativas para esse tipo de situação:

Quadro 3 – Estratégias para a adequada comunicação ao final da vida

Verbais	Não-verbais
Repetir a informação pausadamente, sempre que for necessário	Ouvir reflexivamente
Validar a compreensão do que foi falado, estimulando comparações	Utilizar toque afetivo (mãos, braços ou ombros)
Utilizar clareza e sinceridade no que for dito	Sorrir
Disponibilizar tempo e verbalizar a disponibilidade para interação	Utilizar o silêncio
Estabelecer opções e apontar diferentes pontos de vista	Estar junto com mais frequência (presença)
Oferecer <i>feedback</i> ao que o outro manifesta	Manter proximidade física, preferencialmente sentando-se próximo ao outro
Utilizar linguagem coloquial, com vocabulário adequado à compreensão do outro	Atentar para as próprias expressões faciais
Verbalizar disponibilidade para o cuidado e não-abandono, compreensão e aceitação	Identificar emoções e sentimentos nas expressões faciais do outro
Evitar a conspiração de silêncio (não evitar falar sobre o assunto doença/terminalidade)	Manter contato visual
Repetir as últimas palavras ditas pela pessoa para estimulá-la a aprofundar o assunto	Atentar para a postura corporal (membros descruzados e relaxados, orientação do tórax na direção do outro, cuidado com gestos excessivos ou que denotam ansiedade)
Estimular verbalização de medos e angústias	Utilizar tom de voz adequado
Oferecer reforços positivos: elogie as conquistas do outro	Atentar para as reações que você provoca no outro
Utilizar perguntas abertas para estimular a expressão de sentimentos e valorizar os sentimentos identificados	Promover ambiente reservado e tranquilo para uma conversa
Estabelecer, junto com o paciente, metas e planos de ação para atingi-las	Atentar para sua própria aparência física (vestuário adequado, asseio)
Valorizar todas as informações dadas pelo paciente ou seu familiar	Evitar ruídos que dispersem a atenção (campainha de telefone celular, por exemplo)

o uso de habilidades de comunicação pode auxiliar o profissional a modificar o foco da questão de “contar ou não” para “como informar”.

Ao invés da mentira piedosa, pode-se utilizar a sinceridade prudente e progressiva, transmitindo ao paciente as informações de acordo com suas condições emocionais, de modo gradual e suportável. E, nesse contexto, são essenciais adequadas percepção e interpretação dos sinais não-verbais do paciente, que permitirão a identificação do estado emocional do doente e mostrarão ao profissional até onde ir naquele momento.

Ao comunicar notícias difíceis é importante que o profissional mostre atenção, empatia e carinho em seu comportamento e sinais não-verbais. A expressão facial, o contato visual, a distância adequada e o toque em mãos, braços ou ombros ajudam, conforme já referido, a demonstrar empatia e oferecer apoio e conforto. O paciente precisa sentir que, por pior que seja sua situação, ali se encontra alguém que não o abandonará, em quem poderá confiar e que poderá cuidar dele. O **Quadro 4** traz estratégias para a comunicação progressiva de notícias difíceis.

Quadro 4 – Estratégias para a comunicação progressiva de notícias difíceis	
Etapas	Estratégias
Prepare-se para comunicar	Escolha o local, de preferência onde haja acomodações para sentar
	Cuide da privacidade
	Reserve tempo para a conversa
Descubra o quanto o paciente sabe, o quanto quer ou aguenta saber	Utilize perguntas abertas: o que você sabe sobre sua doença? O que você teme sobre sua condição?
	Atente aos sinais não-verbais do paciente durante as respostas
	Identifique sinais de ansiedade extrema ou sofrimento exacerbado, avaliando as condições emocionais do paciente
Compartilhe a informação	Informe com tom de voz suave, porém firme, utilizando vocabulário adequado à compreensão do outro
	Seja claro e faça pausas para que o paciente tenha oportunidade de falar
	Valide a compreensão, fazendo perguntas curtas
	Utilize o toque afetivo e a proximidade física
	Verbalize compaixão e solidariedade ao sofrimento do outro
Acolha os sentimentos	Permaneça junto do paciente
	Permita e estimule a expressão de sentimentos (de modo verbal e/ou não-verbal)
	Verbalize disponibilidade para ouvi-lo
Planeje o seguimento	Fale concisamente sobre sintomas, possibilidades de tratamento e prognósticos
	Estabeleça, junto com o paciente, metas a curto e médio prazos e ações para atingi-las
	Verbalize a disponibilidade para o cuidado e o não-abandono
	Deixe claro como e onde encontrá-lo, se necessário

A comunicação como instrumento terapêutico na identificação das necessidades emocionais e espirituais

Independente de idade, etnia ou sexo, alguns pensamentos e sentimentos são frequentes a quem vivencia a terminalidade, como a preocupação com os familiares que ficam, o medo do desconhecido perante a morte, o sofrimento intenso no momento da morte e estar sozinho quando tudo isso acontecer, que são comuns e geram intenso sofrimento psíquico para o doente. Reflexões sobre o processo de revisão de sua vida também são frequentemente realizados e podem trazer angústias para o paciente que tem assuntos inacabados ou conflitos a serem resolvidos.

Se o paciente ainda é capaz de verbalizar, pode haver o desejo de compartilhar com alguém da equipe de saúde ou com familiares os seus sentimentos e anseios. E mesmo quando já não é mais possível falar sobre seus anseios, o paciente que vivencia a terminalidade demonstra de maneiras não-verbal e fisiológica seu sofrimento. Nesse contexto, as palavras mostram-se secundárias e a comunicação não-verbal assume o papel de instrumento do cuidado nessa fase final.

Os **Quadros 5 e 6** evidenciam necessidades espirituais e emocionais ao final da vida e apontam estratégias úteis de comunicação para abordar tais necessidades.

Quadro 5 – Necessidades espirituais expressas de modo verbal e/ou não-verbal e estratégias de comunicação úteis para o cuidado ao fim da vida		
Aspectos espirituais identificados	Necessidades relacionadas	Estratégias de comunicação
Reflexões ou questionamentos sobre o significado da vida	Construir um sentido para vida e a própria existência	Ouvir atentamente; estimular reflexão e expressão de sentimentos (perguntas abertas)
Preocupações com o legado; resgate dos relacionamentos	Agradecer e demonstrar amor a quem lhe é importante; perdoar e ser perdoado; despedir-se	Estimular, permitir e promover reencontros; conversar com familiares, flexibilizando horários de visita; promover ambiente agradável para essas interações familiares (disponibilizar cadeiras, ambiente privativo)
Questionamentos acerca da morte ou o que vem depois dela; resignificação de dor e sofrimento	Estreitar relação com o Ser Supremo; reafirmar crenças	Ouvir atentamente; utilizar toque afetivo para demonstração de compreensão e apoio; respeitar momentos de silêncio do outro

Ações comunicativas eficazes para a família na terminalidade

É praticamente impossível cuidar do indivíduo de forma completa sem considerar contexto, dinâmica e relacionamento familiar. As informações contínuas e acessíveis aos

Quadro 6 – Necessidades emocionais expressas de modo verbal e/ou não-verbal e estratégias possíveis de comunicação úteis para o cuidado ao fim da vida

Aspectos emocionais identificados	Necessidades relacionadas	Estratégias possíveis de comunicação
<ul style="list-style-type: none"> • Sentimentos de tristeza • Autoimagem e autoestima alteradas • Medo de incapacidade e deterioração física • Medo de ter dor • Medo de estar sozinho no momento da morte • Luto pelas perdas antecipadas (vida, relacionamentos etc.) 	<ul style="list-style-type: none"> • Ser ouvido • Ser aceito • Ser confortado • Ser valorizado • Sentir-se seguro • Exercer sua autonomia • Estar sempre acompanhado • Ter valores e crenças respeitados 	<ul style="list-style-type: none"> • Ouvir • Utilizar toque afetivo • Estar mais presente junto ao paciente • Verbalizar não-abandono • Verbalizar disponibilidade e interesse • Estimular visitas e permanência de cuidador/acompanhante

familiares são os elementos essenciais que permitirão uma vivência mais serena e tranquila do processo de morte do doente, sem gerar expectativas que não podem ser atendidas. Os familiares têm a necessidade de se manter informados sobre o que acontece e o que esperar do processo de morte de seus entes. Desse modo, uma das necessidades mais proeminentes da família é o estabelecimento de uma comunicação clara, honesta e mais frequente com os membros da equipe que cuidam do paciente⁽⁸⁾.

A metanálise de vários estudos sobre as necessidades de um familiar do paciente gravemente enfermo, em iminência de morte, aponta que ele deseja sentir-se útil no cuidado de seu ente, entender o que está sendo feito por ele e o porquê, ser informado acerca de mudanças nas condições clínicas e proximidade de morte, ser assegurado do conforto do doente, poder expressar suas emoções, ter seus sentimentos compreendidos e ser confortado, encontrando algum significado na perda da pessoa amada⁽¹⁵⁾.

Assim, informações e orientações simples e claras nesse momento são extremamente benéficas aos membros da família, como o estímulo para a verbalização de sentimentos e a escuta (Quadro 7).

Quadro 7 – Ações comunicativas no apoio ao familiar na terminalidade

Ações comunicativas eficazes
Presença mais frequente
Verbalização de disponibilidade, compaixão e pesar pela perda
Perguntar o que ela precisa ou o que você pode fazer para ajudá-lo naquele momento
Respeitar crenças, rituais e expressão de sentimentos e, se puder, participar junto
Utilizar o toque afetivo

Considerações finais

Relacionar-se com o outro é essencial para a vida, porque confirma a existência do homem e fundamenta sua experiência humana. Por meio dos relacionamentos, os seres humanos compartilham experiências comuns, fortalecendo seus elos e revelando similaridades, anseios e necessidades. Na terminalidade, permitem que não “antecipemos” a morte de alguém, à medida que continuamos ouvindo e respeitando suas necessidades e desejos. Para o profissional atento, a comunicação em Cuidados Paliativos o questiona sobre a própria vida e lhe permite redirecioná-la, quando necessário.

Referências

1. ARAÚJO, M. M. T. Quando uma palavra de carinho conforta mais que um medicamento: necessidades e expectativas de pacientes sob cuidados paliativos. [Dissertação] Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.
2. ARAÚJO, M. M. T.; SILVA, M. J. P. Comunicando-se com o paciente terminal. *Rev Soc Bras Cancer*, v. 6, n. 23, p. 16-20, 2003.
3. ASPINAL, F. et al. What is important to measure in the last months and weeks of life?: a modified nominal group study. *International Journal of Nursing Studies*, v. 43, n. 4, p. 393-403, 2006.
4. CARVALHO, M. V. B. O cuidar no processo de morrer na percepção das mulheres com câncer: uma atitude fenomenológica. [Tese] Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.
5. GULINELLI, A. et al. Desejo de informação e participação nas decisões terapêuticas em caso de doenças graves em pacientes atendidos em um hospital universitário. *Rev Assoc Med Bras*, v. 50, n. 1, p. 41-7, 2004.
6. HAWTHORNE, D. L.; YURKOVICH, N. J. Human relationship: the forgotten dynamic in palliative care. *Palliative & Support Care*, v. 1, n. 3, p. 261-2650, 2003.
7. HIGGINSON, I.; CONSTANTINI, M. Communication in end-of-life cancer care: a comparison of team assessment in three European countries. *Journal of Clinical Oncology*, v. 17, n. 20, p. 3674-82, 2002.
8. KIRCHHOFF, K. T.; SONG, M. K.; KEHL, K. Caring for the family of the critically ill patient. *Critical Care Clinics*, v. 20, p. 453-66, 2004.
9. KÓVACS, M. J. Comunicação nos programas de cuidados paliativos. In: PESSINI, L.; BERTACHINI, L. Humanização e cuidados paliativos. São Paulo: Loyola, 2004.
10. LITTLEJOHN, S. W. Fundamentos teóricos da comunicação humana. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1988.
11. SILVA, M. J. P. Comunicação com pacientes fora de possibilidades terapêuticas: reflexões. *Mundo Saúde*, v. 27, n. 1, p. 64-70, 2003.
12. SILVA, M. J. P. Comunicação tem remédio: a comunicação nas relações interpessoais em saúde. São Paulo: Gente, 1996.
13. STEINHAUSER, K. E. et al. Factors considered important at the end of life by patients, family, physicians and other care providers. *JAMA*, v. 284, n. 19, p. 2476-82, 2000a.
14. STEINHAUSER, K. E. et al. In search of a good death: observations of patients, families and providers. *Annals of Internal Medicine*, v. 132, n. 10, p. 825-32, 2000b.
15. TROUG, R.D. et al. Recommendations for end-of-life care in the intensive care unit: The Ethics Committee of the Society of Critical Care Medicine. *Critical Care Medicine*, v. 29, n. 12, p. 2332-48, 2001.
16. VOOGT, E. et al. Information needs of patients with incurable cancer. *Support Care Cancer*, v. 13, n. 11, p. 943-8, 2005.

Modalidades de atuação e modelos de assistência em Cuidados Paliativos

LUÍS FERNANDO RODRIGUES

Introdução

Nos últimos 10 anos os Cuidados Paliativos têm se disseminado fortemente em todo o mundo, e no nosso país não tem sido diferente. O contraste que observamos, no entanto, diz respeito justamente aos modelos de assistência empregados nos diversos países para atender à necessidade dos cuidados em fim de vida. Na Europa, a referência aos *hospices* como locais de cuidado intensivo na terminalidade (entendendo intensivo como presença intensa junto ao paciente visando execução de reavaliações e ajustes constantes de medidas para alívio de sofrimento, e não emprego de maquinário com tecnologia avançada) evidencia o quão diferente a organização dos serviços pode ser.

Desde o cuidado de nível 1, executado por equipes de saúde da família para necessidades mais básicas, até o de nível 3, com equipes capacitadas para resolução de problemas complexos, os cenários de atuação são diversificados⁽⁴⁾. O objetivo deste texto é explorar vantagens e dificuldades para a execução de cuidados em cada um desses cenários.

Modelos de assistência

Hospital

Historicamente, quando falamos de cuidado de saúde, e principalmente quando falamos em cuidados em etapa terminal de enfermidade, imediatamente nossa mente nos remete ao cuidado hospitalar, já que quem está muito doente, em nossa cultura, deve procurar um hospital. E é nesse ambiente que temos visto se desenvolver alguns dos principais serviços de Cuidados Paliativos no Brasil: Hospital Emílio Ribas de São Paulo, Instituto Nacional do Câncer (INCA) no Rio de Janeiro, Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo (HSPE/SP), Grupo Interdisciplinar de Suporte Terapêutico Oncológico (GISTO) do Hospital Erasto Gaertner em Curitiba, Centro de Estudos e Pesquisas Oncológicas (CEPON) de Florianópolis, Hospital do Câncer de Barretos, Hospital Costa Cavalcanti de Foz do Iguaçu, Hospital do Câncer de Londrina, entre tantos outros serviços que se multiplicam. Existe também esse serviço no Hospital do Servidor Público Municipal de São Paulo (HSPM/SP). Ele atua em espaço físico fora do hospital, sendo algo mais próximo do modelo de *hospice* existente na Europa. O ambiente hospitalar, com suas peculiaridades, faz com que seja buscado prioritariamente como um ambiente de cuidados em fim de vida. No **Quadro 1** estão as vantagens e desvantagens desse ambiente.

Uma das maiores desvantagens do ambiente hospitalar é o fato de o paciente estabelecer associação com procedimentos invasivos e por vezes dolorosos, como punções venosas ou arteriais, sondagens (urinárias, nasogástricas etc.), drenagens e intubação, num momento da vida em que importantes são o conforto e o alívio dos sintomas. A existência

de uma unidade de Cuidados Paliativos em um hospital pode dar a impressão aos outros pacientes e familiares que é uma unidade para moribundos (o que não corresponde à realidade, pois o cuidado de fim de vida é apenas um dos aspectos dos Cuidados Paliativos), podendo fazer com que, desta forma, o nível de ansiedade do paciente possa aumentar, significando piora do controle dos sintomas psíquicos.

Quadro 1 – Vantagens e desvantagens do cuidado hospitalar⁽²⁾	
VANTAGENS	
Profissionais disponíveis 24 horas	
Arsenal medicamentoso disponível	
Logística adaptada ao ambiente	
DESVANTAGENS	
Horários para visitas restritos	
Número de acompanhantes restrito	
Pacientes sob Cuidados Paliativos entre pacientes com outros diagnósticos (hospital geral)	
Pacientes sob Cuidados Paliativos entre pacientes em outras etapas de doença	
Unidade exclusiva para Cuidados Paliativos pode dar a má impressão de que é unidade para moribundos	
Proporção pacientes-funcionário alta, diminuindo o tempo disponível para pacientes	

Domicílio

Quando os profissionais conseguem conduzir seu mister (de tratar os pacientes fora de possibilidade terapêutica de cura e dentro da ótica dos Cuidados Paliativos) de maneira ótima, abordando de forma franca, honesta e verdadeira as questões relativas a diagnóstico, prognóstico e planejamento de cuidados, por vezes o paciente solicita os cuidados em sua própria residência.

Isso lhe confere mais conforto e serenidade, além de poder garantir sua autonomia. Embora possa parecer tendencioso defender o domicílio como local preferencial de cuidados por enfatizarmos os aspectos mais subjetivos do tratamento nesse ambiente, devemos avaliá-lo de maneira crítica e observar seus prós e contras (**Quadro 2**)⁽¹⁾.

Uma das grandes vantagens observadas é o fato de permitir ao indivíduo ter as suas necessidades atendidas na medida de suas preferências, sem a necessidade de seguir a rigidez de regras e horários do hospital⁽⁶⁾. Simbolicamente o domicílio representa o retorno ao ventre materno, local de aconchego, calor e proteção, situações que são procuradas pelas pessoas portadoras de doença ameaçadora da vida e que se encontram vulneráveis. Como disse Rubem Alves, “a morte é o parto ao contrário”, e, para se fazer o caminho inverso, é necessário retornar ao útero. Como isso é fisicamente impossível, a simbologia do lar visto como um ambiente protetor se encaixa perfeitamente nessa observação.

No entanto, para atingirmos o sucesso no atendimento domiciliar com o enfoque paliativo, é necessário reunir uma série de condições que propiciará um cuidado eficaz, como podemos verificar no **Quadro 3**. É importante destacar que, para essa modalidade

de atenção, a anuência do paciente e/ou da família é extremamente importante e que, apesar de ser possível que o óbito aconteça em casa, é necessário checar se paciente e família conseguirão desenvolver a capacidade de lidar com tal situação durante a evolução do período de cuidado.

Quadro 2 – Vantagens e desvantagens do cuidado domiciliar

VANTAGENS
Atender as necessidades conforme a preferência do paciente
Maior sensação de conforto e proteção
Disponibilidade dos cuidadores direcionada totalmente ao paciente
DESVANTAGENS
Dependendo da forma como o serviço está estruturado, a disponibilização de drogas pode não ser imediata
Residir o paciente longe de recursos de saúde
Dificuldade na obtenção da declaração de óbito para pacientes que optam por morrer em casa

Quadro 3 – Critérios para inclusão no atendimento domiciliar⁽⁶⁾

Ter diagnóstico definido
Ter um plano terapêutico definido e registrado
Residir em domicílio que ofereça as condições mínimas para higiene (luz e água encanada)
Ter cuidador responsável e capaz de compreender as orientações dadas pela equipe
Desejo e/ou permissão expressa para permanecer no domicílio dados pelo paciente ou familiar no impedimento desse

Modalidades de assistência⁽³⁾

Câncer

A história dos Cuidados Paliativos se iniciou com o câncer, quando Cicely Saunders cuidou de seu amigo, David Tasma, e acompanhou a trajetória de dor e sofrimento pelo qual ele passou antes de morrer. Daí surgiu a sua ideia de agregar os conhecimentos nas várias áreas do saber científico e empregá-los no auxílio daqueles que sofriam até morrer. O grande dilema ético nessa situação é em que momento interromper os tratamentos dirigidos ao tumor e começar a redirecioná-los para o sofrimento em seu sentido mais amplo⁽⁵⁾. Então a medicina logo percebeu que essa filosofia de cuidados poderia se estender a outros grupos de doenças.

Doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC)

Em recente levantamento não publicado, o Sistema de Internação Domiciliar (SID) da Secretaria Municipal de Saúde de Londrina evidenciou, em 384 pacientes acompanhados no ano de 2008, aproximadamente 14% de portadores de DPOC, segundo grupo de doenças depois das neoplasias, número semelhante a outros levantamentos. Dispneia, tosse e ansiedade são sintomas frequentes nesse grupo, que devem ser abordados de forma eficaz por equipe devidamente capacitada.

Insuficiência cardíaca congestiva (ICC)

É outro grupo frequente, muito associado em nosso país a doença de Chagas, hipertensão arterial (HA) não-controlada e diabetes. As internações hospitalares pela descompensação dessa condição contribuem para as altas taxas de ocupação hospitalar de maneira repetitiva. Esse grupo também pode ser alvo dos Cuidados Paliativos.

Insuficiência renal crônica (IRC)

Também uma consequência da HA e do diabetes mal controlados, encontra na terapia renal substitutiva um modo de prolongar a vida dos pacientes portadores dessa condição. No entanto, assim como o câncer, apresenta uma etapa terminal, principalmente aquele paciente que não consegue o transplante e evolui para uma situação de fim de vida. Existem trabalhos europeus que exploram as questões relativas à suspensão da diálise e à condução do paciente de forma paliativa.

Doenças neurológicas degenerativas

Com o envelhecimento da população aumentou a incidência das patologias degenerativas, mormente Alzheimer e Parkinson, são doenças que não têm evolução tão acelerada como o câncer, mas que também têm sua etapa terminal. O controle da dor, da obstipação, da insônia e das crises de agitação psicomotora é o maior desafio no grupo de pessoas acometidas por essas doenças.

Cuidado Paliativo na unidade de terapia intensiva (UTI)

Parece contraditória essa abordagem, pois os pacientes com doença avançada e próximos da morte não devem ser encaminhados e manejados em uma UTI, mas todos aqueles que precisarem de UTI terão o direito de receber Cuidados Paliativos. As condições crônicas não devem, *a priori*, ser cuidadas em ambiente de terapia intensiva, embora os cuidados que eles requeiram sejam intensivos no sentido de proximidade intensa do profissional, e não em intensidade de verificação de sinais e medidas para sustentação da vida. Já os pacientes que tiverem critérios para terapia intensiva podem evoluir para uma situação de não-reversibilidade e devem ter suas dores aliviadas. A família deverá ser abordada e auxiliada na elaboração do luto.

Cuidado Paliativo em pediatria

Situação das mais desafiadoras e difíceis, exige do pediatra experiente que cuida de crianças com critérios para Cuidados Paliativos toda sua habilidade para lidar com a interrupção do binômio mãe-filho. A morte da criança é difícil de ser aceita, não apenas por

mãe e familiares, mas também pela equipe de profissionais, que deve ser cuidadosamente preparada para trabalhar nesse cenário especial.

Referências

1. DOYLE, D. et al. The Oxford Textbook of Palliative Medicine. Oxford University Press. 3rd ed. 2006.
2. DUNLOP, R.; HOCKLEY, G. M. Hospital based palliative care teams. Oxford University Press. 1st ed. 1998.
3. EMANNUEL, L.; LIBRACH, L. Palliative care: core skills and clinical competences. Saunders Elsevier, 2007.
4. MACIEL, M. G. S. et al. Critérios de qualidade para os cuidados paliativos no Brasil. Academia Nacional de Cuidados Paliativos, 2007.
5. PALMER, E.; HOWARTH, J. Palliative care for the primary care team, quay books. 2005.
6. RDC, 11 de 26 de Janeiro de 2006. ANVISA. Publicada no D.O.U. de 30/01/2006.

Cuidado Paliativo em pediatria

SÍLVIA MARIA DE MACEDO BARBOSA

Epidemiologia da morte em pediatria

A morte em pediatria é um evento não-natural e normalmente não-esperado, embora seja uma realidade inquestionável. Com os avanços tecnológicos associados ao progresso da ciência médica, cada vez mais crianças vivem com condições clínicas complexas. Nos Estados Unidos, aproximadamente 55 mil crianças e adolescentes entre 0-19 anos morrem anualmente em decorrência dessas condições⁽⁶⁾. Um terço das mortes ocorre no período neonatal, metade no primeiro ano de vida e um quarto entre 15 e 19 anos. Na cidade de São Paulo, segundo dados levantados no Programa de Aprimoramento das Informações de Mortalidade no Município de São Paulo (PROAIM), as causas de morte por condições clínicas complexas de 0 a 19 anos têm a seguinte apresentação por ordem de incidência: doenças cardiovasculares (DCV), neurodegenerativas e oncológicas⁽⁹⁾.

O Cuidado Paliativo em pediatria deve ser considerado para uma gama de doenças que evoluem com condições complexas crônicas, as quais crônicas são definidas como uma condição médica que apresenta ao menos 12 meses de sobrevivida e envolve o acometimento de um ou mais sistemas de órgãos que necessitam do atendimento pediátrico especializado⁽⁴⁾.

Várias são as condições em pediatria que podem se beneficiar do Cuidado Paliativo, como doenças congênitas incompatíveis com a vida, desordens cromossômicas e metabólicas, condições cardíacas complexas e doenças neuromusculares. Doenças oncológicas e AIDS podem se beneficiar de intervenções paliativas precoces. Devemos, porém, lembrar que as mortes relacionadas com o câncer têm incidência menor do que as mortes por outras condições não-malignas⁽⁴⁾.

Quatro são as condições de progressão de doença para a qual os Cuidados Paliativos estão indicados^(5, 6):

- condições nas quais o tratamento potencialmente curativo falhou (doenças oncológicas e cardíacas congênitas graves ou doenças cardíacas adquiridas graves);
- condições nas quais o tratamento intensivo a longo prazo pode se prolongar, mas a morte prematura é esperada: fibrose cística, infecção por HIV, desordens gástricas graves ou malformações, como gastroquise, epidermólise bolhosa grave, insuficiência renal em que a diálise e o transplante não são possíveis ou não são indicados, imunodeficiências graves e distrofia muscular;
- condições progressivas nas quais o tratamento é quase exclusivamente paliativo, mas pode se estender por muitos anos: doenças neurodegenerativas, doenças metabólicas progressivas, anormalidades cromossômicas como as trissomias do 13 ou do 18 e formas graves de osteogênese imperfeita;
- condições neurológicas não-progressivas que resultam em alta suscetibilidade às complicações e morte prematura: prematuridade extrema, sequelas neurológicas importantes ou de doenças infecciosas, lesões cerebrais hipóxicas.

A definição da Organização Mundial da Saúde (OMS) enfatiza o conceito do cuidado total ativo dos pacientes e tem como meta a melhor qualidade de vida possível para eles e suas famílias, consistente com os seus valores, independentemente da localização do paciente^(1, 7). De uma forma ideal, o Cuidado Paliativo é uma intervenção precoce que deve ser instituída no tempo do diagnóstico por meio do curso da terapia curativa. Quando o processo de doença não responde mais às intervenções curativas, o foco do cuidado passa a ser a maximização da qualidade de tempo que a criança e seus familiares passam juntos enquanto se minimizam o sofrimento e a dor. A intervenção paliativa precoce deve ser considerada para todos os pacientes que apresentam condições que colocam a vida em risco. Deve-se sublinhar que a relação entre os Cuidados Paliativos e os cuidados curativos não é de exclusão mútua. Os Cuidados Paliativos não são a filosofia do cuidado que substitui os esforços curativos ou que estendam o tempo de vida. Ao contrário, a terapia curativa e a que maximiza o conforto e a qualidade de vida devem se sobrepor como componentes do cuidado⁽³⁾.

Os mesmos princípios que norteiam os Cuidados Paliativos da população adulta o fazem com os Cuidados Paliativos pediátricos, ocorrendo algumas adaptações inerentes à faixa etária. O modelo de cuidado integral para oferecer o Cuidado Paliativo a crianças que estejam com a vida em risco ou em condições terminais é o proposto pela Academia Americana de Pediatria (AAP)⁽²⁾ e com base em cinco princípios:

- respeito à dignidade dos pacientes e suas famílias;
- acesso a serviços competentes e sensíveis;
- suporte para os cuidadores;
- melhora dos suportes profissional e social para os Cuidados Paliativos pediátricos;
- progresso contínuo dos Cuidados Paliativos pediátricos por meio da pesquisa e da educação.

As intervenções oferecidas pelos Cuidados Paliativos pediátricos englobam três níveis:

- preocupações com o físico, como os sintomas: dor, fadiga, agitação, náusea, vômitos e prurido;
- preocupações psicossociais: identificação dos medos e das preocupações da família e da criança com suporte necessário, preservação de uma comunicação de qualidade, identificação das expectativas e das vivências anteriores e necessidade de suportes comportamental e espiritual;
- preocupações espirituais.

O adequado manuseio da dor e dos outros sintomas deve ser a pedra fundamental no manejo da criança sob Cuidados Paliativos. O suporte e a educação para a família também devem estar presentes na trajetória da doença. Os profissionais da saúde responsáveis pelo cuidado devem ser capazes de discutir a possibilidade da morte, o potencial de desgastes físico e emocional e as estratégias para essa prevenção.

A importância do adequado manuseio da dor e dos outros sintomas implica a familiaridade com o uso de estratégias terapêuticas farmacológicas e não-farmacológicas para o tratamento da dor, da dispneia, da náusea, dos vômitos, da sialorreia e das convulsões. A consulta à equipe de Cuidados Paliativos pediátricos ou especialistas em dor não deve ser descartada.

A comunidade pediátrica sofre de uma carência de experiência em lidar com a morte. Há, nas formações pediátricas geral e específica, falta de educação formal em Cuidados Paliativos.

Institucionalmente, as barreiras para se oferecer um ótimo Cuidado Paliativo podem ser superadas pelo desenvolvimento e pela implementação de protocolos clínicos e institucionais e procedimentos para os Cuidados Paliativos, final da vida e cuidados no luto. Idealmente, esse cuidado deve ser oferecido por uma equipe interdisciplinar, na qual se incluem médicos, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos e capelania. Essa equipe deve promover a coordenação e a continuidade do cuidado.

A importância do tratamento da dor e dos outros sintomas no fim da vida deriva da alta prevalência dos sintomas e do sofrimento. No último mês de vida, 89% das crianças com câncer relatam experiências de uma grande porção de sofrimento de pelo menos

Quadro 1 – Elementos essenciais na abordagem do Cuidado Paliativo pediátrico⁽⁶⁾		
Esfera física	Áreas de avaliação	Plano
Preocupação física	<ul style="list-style-type: none"> • Identificação da dor e dos outros sintomas 	<ul style="list-style-type: none"> • Crie e dissemine os tratamentos farmacológico e não-farmacológico • Medicação de emergência em casa • Consulta com a equipe de Cuidados Paliativos, se necessário
Preocupação psicossocial	<ul style="list-style-type: none"> • Identificação dos medos e das preocupações da criança e da família • Identificação da forma de reação da criança e dos estilos de comunicação • Discussão de experiências prévias sobre a morte e sobre o morrer e outros eventos traumáticos • Avaliação de recursos para o suporte do luto 	<ul style="list-style-type: none"> • Converse de forma honesta • Assegure a família e a criança de que não serão abandonados • Converse sobre as preocupações sobre os irmãos e o resto da família
		<ul style="list-style-type: none"> • Ajuste o cuidado às possibilidades de resposta da família e da criança e aos estilos de comunicação • Comunique-se com a criança segundo o grau de desenvolvimento
		<ul style="list-style-type: none"> • Modifique os planos de cuidados e as escolhas com base nas experiências anteriores da criança • Encaminhe, se necessário, a criança e seus familiares para profissionais de saúde mental
		<ul style="list-style-type: none"> • Planeje o seguimento da família após a morte da criança • Garanta à família que não será abandonada
Preocupações espirituais	<ul style="list-style-type: none"> • Fazer uma avaliação das questões espirituais (rever os sonhos da criança, esperança, valores da vida, credos e fé) 	<ul style="list-style-type: none"> • Encaminhe paciente e sua família para o atendimento espiritual adequado • Ofereça-se, se a família quiser, para explicar a doença para o responsável pelo atendimento religioso • Permita que haja tempo para que a criança e sua família reflitam sobre os significados da vida e os seus propósitos

Quadro 1 (continuação)		
Cuidado avançado	<ul style="list-style-type: none"> • Identificação dos responsáveis • Discussão da trajetória da doença • Identificar as metas do cuidado • Itens dos cuidados e das preocupações próximas ao fim da vida 	<ul style="list-style-type: none"> • Quem toma as decisões • Comunique a toda equipe de saúde responsável pelos cuidados o nome do responsável pelas decisões
		<ul style="list-style-type: none"> • Forneça informações necessárias para o entendimento • Estabeleça consenso sobre o que se espera da trajetória da doença • Identifique os efeitos da doença na capacidade funcional da criança e na sua qualidade de vida • Identifique o tempo provável até a morte.
		<ul style="list-style-type: none"> • Estabeleça se as medidas são curativas, incertas ou de conforto primário • Comunique as metas para a equipe de saúde
		<ul style="list-style-type: none"> • Crie ou dissemine os planos do cuidado, refletindo as escolhas para intervenções específicas relacionadas com as mudanças no <i>status</i> de saúde • Forneça informações antecipadas sobre as mudanças físicas que ocorrem próximo à morte, a quem chamar e quem manejará os sintomas da criança
Preocupações práticas	<ul style="list-style-type: none"> • Estabelecer comunicação e coordenação com a equipe médica • Preferências de local de cuidado para a criança e sua família • Conhecer domicílio e ambiente escolar da criança • Avaliação do <i>status</i> corrente presente e futuro 	<ul style="list-style-type: none"> • Identifique o coordenador do cuidado e mostre que o contato é sempre possível • Insira novos profissionais, se necessário, para alcançar as metas do cuidado (equipe de Cuidados Paliativos) • Plano de cuidado disponível para toda a equipe
		<ul style="list-style-type: none"> • Garanta à criança e aos familiares que as metas do cuidado serão alcançadas independentemente do local do cuidado • Converse sobre os planos, sobre o local da morte, contatos na hora da morte
		<ul style="list-style-type: none"> • Plano de cuidados que leva o ambiente em consideração • Tente visitar locais como a escola para promover educação e suporte, se possível em parceria com comunidades locais
		<ul style="list-style-type: none"> • Solicite equipamento hospitalar, como cama hospitalar, cadeira de rodas e aspirador, antecipando-se às necessidades da criança

um sintoma, e 51% das crianças sofrem de três ou mais sintomas⁽¹⁰⁾. O manejo intensivo dos sintomas é prioridade do cuidado e requer avaliação dos sintomas, intervenções agressivas, reavaliações frequentes e flexibilidade para combinar as diversas modalidades terapêuticas.

Uma abordagem dos sintomas e do sofrimento no Cuidado Paliativo pediátrico torna-se com sentido e efetivo se associada ao processo de reintegração em que as metas de cuidado são constantemente reavaliadas. A associação das diversas modalidades terapêuticas e intervenções tem como objetivo tornar a criança o centro das atenções, e não um ser isolado com sintomas. A construção de uma abordagem holística em que as diversas dimensões do ser humano – física, psicológica, psicossocial e espiritual – são integradas com o objetivo de aliviar o sofrimento e, com isso, preservar a dignidade. Esse é o significado maior de valorizar a vida até o último momento.

Quadro 2 – Medicações utilizadas para controle da dor			
Droga	Dose	Intervalo	Observações
Dor			
Paracetamol (VO)	10-15 mg/kg (dose máxima: 2,6 g)	6/6 horas	Necrose hepática dose-dependente Deficiência de G6PD
Dipirona (VO ou EV)		6/6 horas	Agranulocitose fatal, púrpura, trombocitopenia, anemia aplásica, anemia hemolítica, rash, edemas, tremores, náuseas, vômitos, hemorragia gastrointestinal, anúria, reações alérgicas Hipersensibilidade e discrasia sanguínea
Lactentes	10 mg/kg (1 g)		
Pré-escolares	15 mg/kg (1 g)		
Escolares	25 mg/kg (2 g)		
Adolescentes/adultos	25-30 mg/kg (3 g)		
Ibuprofeno (> 6 meses)	5-10 mg/kg (40 mg/kg)	6/6 – 8/8 h	Irritação gástrica, alteração da função plaquetária, náuseas, vômitos, diarreia, azia, constipação Diástese hemorrágica, pós-operatório
Adultos	200-600 mg	6/6 – 8/8 h	
Naproxeno (> 2 anos)	5 a 7 mg/kg	8/8 h a 12/12 h	Irritação gastrointestinal, plaquetopenia, cefaleia, tontura, vertigem, zumbido Diástese hemorrágica, pós-operatório com risco de sangramento

Quadro 2 (continuação)			
Cetoprofeno (> 1 ano) VO		6/6 h a 8/8 h	Irritação gastrointestinal, broncoespasmo, plaquetopenia, cefaleia, tontura, diástese hemorrágica, pós-operatório com risco de sangramento, doentes renais, úlceras de estômago ou duodeno
1 a 7 anos	1 mg/kg		
7 a 11 anos	25 mg		
> 11 anos	50 mg		
Cetorolaco (> 2 anos)		6/6 h a 8/8 h	Irritação gastrointestinal. Diástese hemorrágica, pós-operatório com risco de sangramento, lactentes, doentes renais, úlceras de estômago ou duodeno
IV	0,5 a 0,8 mg/kg		
IM	1 mg/kg		
Opioide	Dose inicial	Intervalo entre doses	
Codeína oral	0,5 a 1 mg/kg	4/4 h a 6/6 h	
	120 mg/dose – dose máxima		
Tramadol oral/parenteral	0,7 a 1 mg/kg Dose máxima: 100 mg/dose (400 mg/dia)	4/4 h a 6/6 h	
Morfina oral (ação rápida)	0,2 a 0,5 mg/kg	4/4 h	
Morfina parenteral	0,1 mg/kg	4/4 h	
Oxycodona (oral de liberação lenta)		12/12 h	
Metadona oral	0,1 a 0,2 mg/kg	6/6 h a 12/12 h	
Metadona parenteral	0,1 mg/kg	6/6 h a 12/12 h	
Fentanil parenteral	1 mcg/kg (1 mcg/kg/h)	1/1 h ou EV contínuo	
Fentanil transdérmico		48/48 h a 72/72 h	

VO: via oral; EV: endovenosa; G6PD: glicose-6-fosfato desidrogenase; IV: intravenosa; IM: intramuscular.

Quadro 3 – Medicamentos adjuvantes⁽⁹⁾**Coanalgésicos**

Medicamento	Dose	Comentários
-------------	------	-------------

ANTIDEPRESSIVOS

Amitriptilina Dor neuropática contínua, com insônia	0,2 a 0,5 mg/kg 1x/d Aumentar 0,25 mg/kg a cada 5 a 7 dias, se necessário	Analgesia pelo bloqueio da recaptação de serotonina e norepinefrina (retarda transmissão do impulso doloroso) Auxilia na dor associada à depressão (utilize nortriptilina se o paciente estiver sedado) Efeitos analgésicos percebidos antes que os antidepressivos Efeitos colaterais: boca seca, constipação, retenção urinária
---	--	---

ANTICONVULSIVANTES

Gabapentina Dor neuropática	5 mg/kg à noite Aumentar para 2x/d no D2 e 3x/d no D3 Dose máx 3.600 mg/d	Mecanismo de ação desconhecido. Efeitos colaterais: sedação, ataxia, nistagmo, tontura
---------------------------------------	--	--

Carbamazepina Dor neuropática lancinante Neuropatias periféricas Dor do membro fantasma	< 6 anos 2,5 a 5 mg/kg 2x/d Aumentar 20 mg/kg/d divididos 2x/d a cada semana; máx 100 mg/d 2x/d 6 a 12 anos 5 mg/kg 2x/d Aumentar 10 mg/kg/d divididos 2x/d a cada semana; máx 100 mg/dose 2x/d > 12 anos 200 mg 2x/d Aumentar 200 mg/d divididos 2x/d a cada semana; máx 1,6 a 2,4 g/d	Efeito analgésico semelhante ao da amitriptilina Monitorizar níveis séricos para toxicidade Efeitos colaterais: pancitopenia, ataxia, irritação gastrointestinal
--	--	--

ANSIOLÍTICOS

Lorazepam Espasticidade muscular ou ansiedade	0,03 a 0,1 mg/kg 4/4 h a 6/6 h Dose máx 2 mg/dose	Pode aumentar a sedação se associado a opioides Pode causar depressão com uso prolongado
Diazepam	0,1 a 0,3 mg/kg 4/4 h a 6/6 h Dose máx 10 mg/dose	
Hidrato de cloral Agitação	25 a 100 mg/kg 6/6 h Dose máx 1 g/dose ou 2 g/dia	Sem efeito analgésico, não causa depressão respiratória. Efeito cumulativo Efeitos colaterais: irritação gástrica; potencialização de anticoagulantes. Evitar em neonatos, disfunções renal e hepática; sedação prolongada

Quadro 4 – Controle de vômitos e constipação⁽⁹⁾

Sintoma	Medicamento	Técnicas não-farmacológicas
Constipação	Óleo mineral: 1 a 2 colheres de chá por dia	Aumentar ingestão hídrica
	Leite de magnésia: <ul style="list-style-type: none"> • < 2 anos – 0,5 ml/kg/dose 1x/dia • 2 a 5 anos – 5 a 15 ml por dia • 6 a 12 anos – 15 a 30 ml 1x/dia • > 12 anos 30 a 60 ml 1x/dia 	Suco de ameixa, farelo de trigo, aveia, vegetais
	Lactulose: <ul style="list-style-type: none"> • 7,5 ml/dia após o café da manhã • adulto: 15 a 30 ml por dia 	
	PEG: <ul style="list-style-type: none"> • 1 envelope (54,8 g) diluído em 1 litro de água (conservar em geladeira por até 3 dias) • iniciar com 50 a 100 ml 1 ou 2 vezes ao dia e titular dose até efeito desejado (pode ser administrado na sopa ou papa) 	
Vômitos	Metoclopramida (oral, IM, retal): <ul style="list-style-type: none"> • < 6 anos – 0,1 mg/kg/dose 8/8 h • > 6 anos – 0,15 mg/kg/dose 8/8 h • até 10 mg 8/8 h 	Relaxamento Respiração profunda e lenta
	Dimenidrato (oral, IM, IV): <ul style="list-style-type: none"> • 1,25 mg/kg/dose 6/6 h • 2 a 6 anos máx. 75 mg/dia • 6 a 12 anos máx. 150 mg/dia • > 12 anos máx. 300 mg/dia 	
	Ondansetrona (oral, IV): <ul style="list-style-type: none"> • indicado para vômitos por quimioterapia ou radioterapia (relatos episódicos de uso para vômitos por outras causas) • 0,1 a 0,15 mg/kg/dose de 8/8 h ou 12/12 h (até 4/4 h) 	
	Dose máxima 8 mg/dose	

PEG: polietilenoglicol; IM: intramuscular; IV: intravenosa.

Referências

1. AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS COMMITTEE ON BIOETHICS AND COMMITTEE ON HOSPITAL CARE. Palliative care for children. Pediatrics, v. 106, Pt 1, p. 351-7, 2000.
2. AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS COMMITTEE ON BIOETHICS AND COMMITTEE ON HOSPITAL CARE. Palliative care for children. Pediatrics, v. 106, Pt 1, p. 351-7, 2000.

3. ANGHELESCU, D. L.; OAKES, L.; HINDS, P. S. Palliative care and Pediatrics. *Anesthesiology Clin N Am*, v. 24, p. 145-61, 2006.
4. FEUDTNER, C. et al. Deaths attributed to pediatric complex chronic conditions: national trends and implications for supportive care services. *Pediatrics*, v. 107, n. 6, p. E99-103, 2001.
5. GOLDMAN, A. ABC of palliative care: special problems of children. *BMJ*, v. 316, n. 7124, p. 49-52, 1998.
6. HIMELSTEIN, B. P. et al. Pediatric palliative care. *N Engl J Med*, v. 350, n. 17, p. 1752-62, 2004.
7. LEVETOWN, M. Compendium of pediatric palliative care: Children's International Project on Palliative/Hospice Services (ChIPPS). Alexandria (VA) National Hospice and Palliative Care Organization; 2000.
8. OLIVEIRA, R. A. Grupo de trabalhos em cuidados paliativos CREMESP. C Cadernos Cremesp. Cuidado Paliativo. 2008.
9. PROAIM – Prefeitura de São Paulo.
10. WOLFE, J et al. Symptoms and suffering at the end of life in children with cancer. *N Engl J Med*, v. 342, n. 5, p. 326-33, 2000.

Organização de serviços de Cuidados Paliativos

MARIA GORETTI SALES MACIEL

Introdução

Cuidado Paliativo significa valer-se de conhecimento apropriado, com objetivos bem determinados e foco na vida até seu último momento. É reconhecer a morte como algo inexorável e parte de um processo a ser monitorado e aliviado, mas não como um objetivo final.

O termo *hospice*, que por muito tempo designou a prática dos Cuidados Paliativos no mundo, tem origem nas hospedarias medievais que abrigavam peregrinos doentes, órfãos e pobres com necessidade de cuidados, realizados de forma empírica e caridosa. Nos séculos XVIII e XIX, instituições religiosas assumiram o papel do cuidado aos enfermos pobres e portadores de doenças incuráveis, como o câncer e a tuberculose⁽¹⁾.

Em meados do século XX a então enfermeira Cicely Saunders, trabalhando numa instituição dessas em Londres, percebeu que os doentes precisavam de atenção específica, de conhecimentos médicos para o alívio da dor e de atenção às necessidades espirituais. Decidiu formar-se em medicina para desenvolver este conhecimento⁽¹⁾.

Em 1968 a Dra. Cicely Saunders fundou, em Londres, a primeira instituição voltada para o conceito moderno do cuidado ao doente no final da vida e, com isso, deu início ao Movimento Moderno de *Hospice*. Em 1975 o Canadá adotou o termo Cuidado Paliativo para designar a prática clínica associada ao *hospice* e, desde então, esse cuidado tem passado por várias discussões e aperfeiçoamento⁽¹⁾.

Atualmente o termo *hospice* tem sido mais frequentemente utilizado para designar uma instituição de média complexidade, como um hospital especializado na prática dos Cuidados Paliativos e que possui como característica principal a excelência da prática clínica associada ao trabalho muito bem articulado de uma equipe multiprofissional, com espaços apropriados para tal fim. O objetivo é compreender e assistir as necessidades de doentes portadores de doenças terminais.

No Brasil, a prática dos Cuidados Paliativos é relativamente recente. A maioria dos grupos atuais iniciou suas atividades por volta de 2000, com acentuado progresso nos últimos quatro anos⁽⁴⁾.

No entanto, a prática ainda carece de regulamentação, definições e inserção nas políticas assistenciais, tanto no setor público como no privado. A medicina paliativa ainda não é reconhecida como especialidade no Brasil, o que impede a formação adequada de profissionais. Da mesma forma, a prática de enfermagem e de todas as demais profissões também não é reconhecida. A maioria das equipes trabalha sem educação formal e o conhecimento se baseia nas iniciativas autodidáticas de profissionais dedicados e nos cursos de curta duração, muitas vezes sem adequação à nossa realidade.

Da mesma forma, as referências internacionais sobre modelos de atenção em Cuidados Paliativos ainda são escassas e cada país tem buscado se adaptar à prática de tais cuidados com recursos preexistentes.

Esta é, de fato, a grande recomendação para os Cuidados Paliativos da Organização Mundial da Saúde (OMS): uma assistência pautada em conceitos e princípios e adaptada à realidade de cada país ou região.

Neste capítulo analisaremos as diferentes modalidades de assistência em Cuidados Paliativos existentes no Brasil e o que deve ser comum a todas, comentando vantagens, desvantagens e necessidades básicas de cada modelo, numa tentativa de homogeneizar as ações desenvolvidas no país.

O documento de recomendações denominado *Getting Started: Guidelines and Suggestions for Those Starting a Hospice/Palliative Care Services*, elaborado pelo Dr. Derek Doyle, que atua em Cuidados Paliativos na Escócia há mais de 30 anos, serve como ponto de partida para análise e considerações a seguir. Esse documento foi publicado e é divulgado pela Associação Internacional de Hospice e Cuidado Paliativo (IAHPC)⁽³⁾.

Princípios da atuação

Qualquer que seja o modelo de prestação de serviços, as equipes de Cuidados Paliativos possuem em comum⁽³⁾:

- reconhecimento e alívio da dor e de outros sintomas, quaisquer que sejam sua causa e natureza;
- reconhecimento e alívio do sofrimento psicossocial, incluindo o cuidado apropriado para familiares ou círculo de pessoas próximas ao doente;
- reconhecimento e alívio do sofrimento espiritual/existencial;
- comunicação sensível e empática entre profissionais, pacientes, parentes e colegas;
- respeito à verdade e à honestidade em todas as questões que envolvem pacientes, familiares e profissionais;
- atuação sempre em equipe multiprofissional, em caráter interdisciplinar.

Equipes de Cuidados Paliativos habitua-se a considerar sempre que há muito sofrimento envolvido nos processos de adoecimento e morte e que o ensino da medicina não capacita o profissional de forma adequada para compreensão e alívio desse sentimento nos últimos anos e meses de vida.

O sofrimento físico inclui dor severa, dispneia, fadiga, perda do apetite, náusea e vômito, obstipação, insônia, feridas, *delirium*, convulsões e outros sintomas de variadas naturezas que devem ser investigados e prontamente aliviados, preferencialmente pelo controle de causas reversíveis⁽³⁾.

O sofrimento psíquico inclui ansiedade, medo, depressão, perda da dignidade, solidão, medo de se tornar um estorvo e causar sofrimento aos entes queridos, medo de que seus sentimentos não sejam valorizados e também de ser abandonado⁽³⁾.

O sofrimento existencial inclui questões de cunho religioso, os significados da vida, da morte e do sofrimento, culpas, necessidade de perdão, entre outros temas muito particulares⁽³⁾.

Toda essa problemática, junto com as de natureza social, é determinante de um difícil e doloroso processo de morrer, com muitas implicações para a rede de saúde em geral, pelo alto custo da assistência voltada apenas para o modelo médico-intervencionista, pelo estresse ocasionado às equipes de saúde e pelas consequências de um luto complicado para os familiares.

Que serviço se pretende construir?

Na estruturação de um serviço de Cuidados Paliativos, as questões fundamentais a serem respondidas nesse período inicial de planeamento são as seguintes⁽³⁾:

Quais os objetivos do serviço?

O serviço de Cuidados Paliativos pode ter por objetivo⁽³⁾:

- a resolução ágil de uma intercorrência no curso de uma doença avançada;
- o cuidado pertinente à fase final da vida;
- o cuidado prolongado a doentes incapacitados;
- a reabilitação de pacientes gravemente incapacitados após acidente vascular ou traumático recente, em fase pós-crítica, mas de grande vulnerabilidade;
- o cuidado a doentes com falência funcional avançada, com períodos de instabilidade clínica e necessidade de intervenções proporcionais.

Qual a demanda de necessidades de Cuidados Paliativos?

É fundamental conhecer:

- diagnósticos mais frequentes;
- principais necessidades de doentes e familiares;
- possibilidade de inserção do serviço de Cuidados Paliativos na cadeia da assistência existente.

Essa pergunta responde à primeira: com base na necessidade local, define-se o objetivo do serviço.

Que recursos, materiais e humanos, já existem?

Qual o modelo que mais se enquadra no objetivo proposto?

Qual o investimento proposto para este projeto?

Quais os obstáculos e resistências que envolvem as equipas profissionais?

Qual a necessidade de treinamento das equipas locais?

Depois da análise das necessidades, demanda e intenção de investimento na operacionalização do modelo de Cuidados Paliativos a ser implantado, o passo seguinte é estudar cada estrutura e escolher a que melhor se adapta⁽³⁾.

O Cuidado Paliativo nunca pode estar isolado da cadeia de serviços de saúde que caracterizam a atenção global ao paciente. O fluxo de pacientes para internação numa unidade de Cuidados Paliativos, as necessidades de investigação diagnóstica e o seguimento do doente durante sua estadia no domicílio devem ser parte de uma rede integrada e muito bem articulada, de modo a oferecer segurança ao doente e a sua família em todas as etapas do adoecimento e no respeito às decisões previamente acordadas para o final da vida. A **Figura** mostra um exemplo de rede de atenção em Cuidados Paliativos.

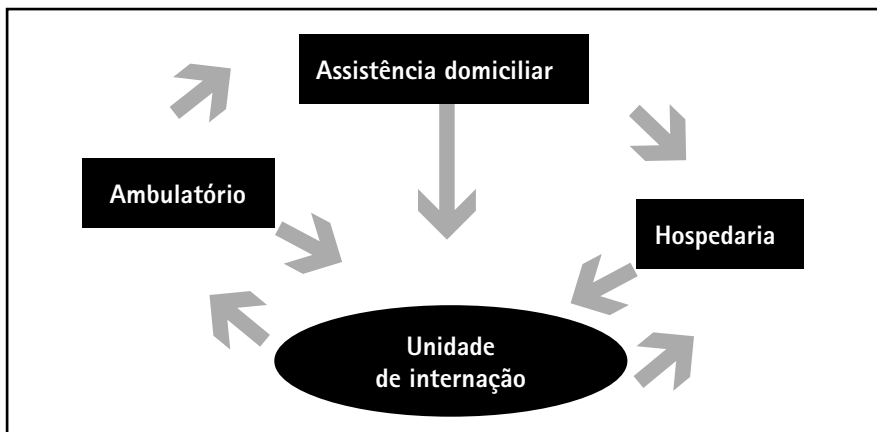


Figura – Modelo de rede integrada em Cuidados Paliativos

Unidades de internação em Cuidados Paliativos

Enfermaria de Cuidados Paliativos

Consiste numa ala de um hospital geral, secundário ou terciário, que opera em leitos próprios e com equipe especializada em Cuidados Paliativos. A equipe deve ser composta por médicos, enfermeiras e técnicos de enfermagem, psicólogo, assistente social e capelão de caráter ecumênico. Pode contar também com fisioterapeutas, farmacêuticos clínicos e voluntários, além da ação intermitente de outros profissionais e clínicas do hospital⁽³⁾.

Funciona como uma clínica de especialidade no hospital, com equipe constante e bem treinada, maior flexibilidade com relação a visitas de familiares, alimentação e regras do hospital.

A família deve ficar bem acomodada e receber atenção da equipe. Preferencialmente, a acomodação deve ser em quarto individual para a preservação da intimidade e das particularidades do doente com sua família.

No Brasil, um exemplo de enfermaria de Cuidados Paliativos é a do Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo (HSPE/SP), com uma ala de 10 quartos individuais para o paciente e sua família. O hospital tem complexidade terciária e possui 700 leitos ativos. A enfermaria trabalha em consonância com o ambulatório de Cuidados Paliativos e atendimento domiciliar⁽⁵⁾.

VANTAGENS

- Integração dos Cuidados Paliativos com todas as especialidades do hospital;
- facilitação do acesso de pacientes à internação nas 24 horas;
- facilidade de acesso aos profissionais das equipes que até então o acompanhavam;
- menos sensação de abandono;
- respostas rápidas ao doente e maior segurança à família;

- facilidade para o ensino de Cuidados Paliativos;
- disseminação de uma cultura de Cuidados Paliativos de forma científica e controlada dentro de um grande hospital, contribuindo para a desmistificação de conceitos inadequados sobre a questão.

DESVANTAGENS

O ambiente hospitalar é um fator limitante e as internações devem sempre ser curtas por dificuldades como:

- acesso do paciente a áreas verdes e jardins e facilidade de reabilitação;
- ambiente hospitalar como fator de agravo ao humor, em especial para pacientes idosos;
- em hospitais pequenos, o custo de uma unidade com menos de 10 leitos pode ser demasiadamente elevado pela necessidade de equipe treinada em período integral.

NECESSIDADES

Além de área física, leitos e acomodações para pelo menos um familiar acompanhante, há a necessidade de se estabelecer:

- fluxo de internações para pacientes externos, pronto-socorro e transferências de outras clínicas do hospital;
- impressos apropriados ou *templates* específicos de internação e evolução diária, quando houver prontuário eletrônico;
- fluxo de encaminhamento para pacientes no período pós-alta, pois todos devem continuar inseridos no atendimento em Cuidados Paliativos, seja ambulatorial ou domiciliar, de acordo com o desempenho do doente;
- política de padronização dos medicamentos necessários à boa palição, bem como facilidades de dispensação na alta hospitalar;
- espaço físico e horas semanais destinadas à discussão de casos por equipe multiprofissional, bem como espaço e ações que ajudem a equipe a elaborar o próprio luto decorrente dos óbitos e as situações de estresse pela convivência estreita com situações de sofrimento humano.

Grupo consultor em Cuidados Paliativos

Consiste na criação de uma equipe profissional muito bem treinada que se coloca à disposição de todas as equipes de diferentes especialidades no hospital para a elaboração de um plano de cuidados dirigido ao paciente e a sua família. Nesse caso, a equipe não assume o doente de forma integral⁽³⁾.

As equipes de interconsulta podem estar vinculadas e ser originadas nas enfermarias de Cuidados Paliativos, quando existentes, ou trabalhar de forma exclusiva em pequenos hospitais, onde não comportem leitos próprios.

A maioria das equipes de Cuidados Paliativos para pacientes internados no Brasil funciona nessa modalidade.

NECESSIDADES

Nesse modelo assistencial, a maior necessidade é a formação de uma equipe mínima de Cuidados Paliativos muito bem treinada e disponível no hospital. A equipe deve contar com:

- um médico em período parcial de trabalho;
- uma enfermeira treinada e que atue em consonância com a enfermeira da clínica de origem;
- uma psicóloga muito bem treinada na prática de Cuidados Paliativos;
- uma assistente social, de acordo com a demanda local;
- outros profissionais não-vinculados diretamente à equipe, mas que atuem em consonância com os princípios dos Cuidados Paliativos e que possam prestar assistência ocasional em situações selecionadas pelo grupo (nutricionista, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, farmacêutico etc.);
- uma sala para guardar o material da equipe e realizar reuniões regulares do grupo para a discussão dos casos visitados;
- treinamento da equipe e educação continuada, pois todos precisam ter muita segurança nos conhecimentos inerentes à prática proposta.

VANTAGENS

- Baixo custo e rapidez de implantação do serviço pela necessidade de poucos profissionais;
- possibilidade de interação de profissionais com alto conhecimento em Cuidados Paliativos com diversas equipes do hospital.

DESvantagens

- Dificuldade de aceitação pelas equipes especializadas dos novos paradigmas clínicos dos Cuidados Paliativos;
- receio do profissional médico de ser invadido em suas decisões e condutas pessoais⁽³⁾;
- baixa adesão ao tratamento proposto, especialmente no tocante a uso de opioides, proposição de novas vias de administração de medicamentos e suspensão de procedimentos e terapêuticas considerados fúteis. Para minimizar esses problemas, o grupo precisa retornar diariamente ao leito, checar prescrições e interagir constantemente com a equipe local;
- necessidade de equipe muito bem treinada e com perfil de educadores para o enfrentamento dessas dificuldades.

Unidade hospitalar especializada em Cuidados Paliativos

Este é o termo equivalente ao inglês *hospice*. Consiste numa unidade de saúde com complexidade mediana, apta a dar respostas rápidas às necessidades mais complexas dos doentes. Diferencia-se do hospital geral pelo espaço destinado a atividades diversas e convivência, inclusive para familiares, flexibilidade e atuação contínua de equipes multiprofissionais, além de programação distinta e de caráter holístico⁽³⁾.

A unidade hospitalar especializada em Cuidados Paliativos pode atender também a diferentes necessidades, desde pacientes em fase final da vida e em crise de necessidades, com perfil de internação curto (média de 14 dias), ou abrigar doentes com necessidades de internação prolongada (média de dois a três meses), em perfil de recuperação neurológica, enfermidade crônica avançada, como doenças pulmonar, cardíaca ou renal com descompensações de repetição em curto período e fase avançada das demências com alto grau de incapacidade.

Precisa ser equipada para atender ocorrências clínicas e, para isso, necessita de presença médica durante 24 horas, exames laboratoriais e radiologia, contando com referên-

cia para exames mais complexos como ressonância magnética (RM) e procedimentos paliativos, como inserção de cateteres urinários, *stents*, radioterapia paliativa, entre outros.

Pode localizar-se na área de um hospital de referência, em um prédio isolado ou, quando distante, contar com rápidos sistemas de referência e transporte quando houver necessidade de intervenção mais complexa do que a oferecida na unidade⁽³⁾.

No Brasil existem poucas unidades nessa modalidade, sendo exemplos o Hospital do Câncer IV do Instituto Nacional de Câncer (INCA), no Rio de Janeiro; a Unidade de Cuidados Paliativos do Hospital do Câncer de Barretos e o Hospital Local de Sapopemba, em São Paulo, que atende à clientela do Sistema Único de Saúde (SUS), e o Hospital Premier, que atende convênios de saúde.

VANTAGENS

A unidade hospitalar de Cuidados Paliativos permite a prática especializada dos cuidados em toda sua plenitude, com abordagem impecável aos sintomas físicos, psicossociais e espirituais, como:

- uma série de atividades que permitem ao doente viver, mesmo na fase final da doença, com mais liberdade e funcionalidade;
- facilidade para o trabalho com voluntários;
- apesar de a assistência permitir a mesma complexidade do hospital, a sensação de estar internado é atenuada na Unidade de Cuidados Paliativos;
- permite maior convivência entre pacientes e familiares.

DESVANTAGENS

A maior desvantagem da Unidade de Cuidados Paliativos é a necessidade de transferência do doente para uma unidade distinta:

- a distância do hospital de referência pode elevar os custos com transporte e serviços de apoio, quando necessários;
- as visitas dos profissionais que previamente participavam ativamente do seu tratamento são raras;
- risco de o paciente sentir-se abandonado ou relegado a segundo plano na rede assistencial;
- tendência equivocada de outros especialistas de verem como unidade de doentes crônicos ou apenas destinada ao final da vida, o que distorce o conceito dos Cuidados Paliativos.

NECESSIDADES

A organização de uma unidade hospitalar em Cuidados Paliativos exige a construção ou a adaptação de um prédio apropriado e agradável, que conte com jardins, áreas de lazer e salas especiais para as atividades coletivas.

As acomodações devem ser preferencialmente individuais, com espaço para instalação de um familiar ou acompanhante, com mobiliário leve e agradável.

Idealmente deve ter espaço para atividades de terapia ocupacional e de reabilitação, exames laboratoriais, ultrassonografia (US), endoscopia e radiologia, assim como sala para pequenos procedimentos paliativos, como gastrostomia por via endoscópica.

A unidade deve contar com equipe multiprofissional completa com formação em Cuidados Paliativos, que inclui médicos, enfermeiras, psicólogos, assistentes sociais, fisio-

terapeutas, terapeutas ocupacionais, musicoterapeutas, fonoaudiólogos, nutricionistas, farmacêuticos, odontólogos, assistentes espirituais e voluntários.

O corpo clínico deve ser organizado segundo as exigências regionais com regime adequado, comissões de ética médica e de óbitos, comissão de controle de infecção hospitalar, núcleo de reabilitação, além de consultores nas áreas de geriatria, oncologia, cirurgia geral e outras, de acordo com necessidade e objetivo do trabalho.

O parâmetro médico sugerido pela IAHPCC é de 10 a 15 leitos por médico em período integral, inclusive nos feriados e finais de semana. Os plantões noturnos devem ser diários e há necessidade de profissional igualmente treinado em Cuidados Paliativos⁽³⁾.

As unidades hospitalares de Cuidados Paliativos no Brasil têm, em média, 50 a 60 leitos disponíveis. Podem abrigar uma unidade/dia, atividade ambulatorial integrada e núcleo de atendimento domiciliar.

A atividade de ensino deve contar com centro dotado de biblioteca, sala de estudos, aulas e reunião clínica. Os profissionais devem ser estimulados a manter ao menos 3 horas semanais de estudos e atualização em Cuidados Paliativos, segundo sugestão do Dr. Doyle, do IAHPCC⁽³⁾.

Por fim, o fluxo de pacientes em sistema de referência e contrarreferência deve ser claro e objetivo: quem encaminha, quais os critérios de admissão, qual o propósito da internação e para onde será encaminhado o paciente após a alta hospitalar (atendimento domiciliar, ambulatório ou hospedaria de Cuidados Paliativos).

Unidades de atendimento a pacientes externos

Ambulatório de Cuidados Paliativos

Definido como unidade ambulatorial baseada no modelo de consultas com um especialista, destina-se ao atendimento de pacientes portadores de doença avançada, progressiva, ameaçadora da vida e com poucas chances de cura.

O objetivo da assistência ambulatorial em Cuidados Paliativos é proporcionar ao doente o excelente controle de sintomas de sua doença, a comunicação adequada de informações sobre a evolução da enfermidade, suas perspectivas de tratamento e a oportunidade de elaborar as dificuldades pessoais de ser portador de doença ameaçadora da vida, em que a possibilidade de morte é tão ameaçadora quanto o curso da doença.

O principal benefício do ambulatório de Cuidados Paliativos é poder acompanhar os pacientes mais precocemente, numa fase em que a doença, apesar de significativa, tem pouco impacto sobre o perfil funcional do doente. Nessa fase, o controle ideal de sintomas e a abordagem emocional podem contribuir para a melhoria da qualidade de vida, com possibilidade de ter impacto também sobre a sobrevivência do doente. O acompanhamento ambulatorial deve sempre vislumbrar a possibilidade de agir na prevenção de crises de necessidades.

Atendendo ao princípio da atenção multiprofissional ao doente, o ambulatório de Cuidados Paliativos deve ser organizado para garantir o tratamento por equipe multiprofissional de Cuidados Paliativos, a ser definido como equipe mínima (médico, enfermeiro, psicólogo, com ou sem assistente social) ou equipe nuclear completa (médico, enfermeiro, psicólogo, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, nutricionista e assistente social, com possibilidade de acessar outros profissionais, quando necessário).

Há a possibilidade de conciliar, no mesmo espaço físico, o atendimento ambulatorial com uma unidade de atendimento/dia em Cuidados Paliativos, que será descrita a seguir, o que facilita a integração de uma equipe multiprofissional completa ao ambulatório.

NECESSIDADES

Para o funcionamento de um unidade ambulatorial básica é necessário:

- equipe composta por um médico em período parcial, um enfermeiro assistencial e um psicólogo, todos com formação específica na área;
- um assistente social pode participar em um ou mais períodos/semana como referência;
- recepção e sala de espera, com recepcionista/secretária;
- um técnico de enfermagem para a organização de material e auxílio em procedimentos, curativos e coleta de exames;
- consultórios;
- uma sala adequada para a realização de reunião familiar, aproveitada também para reuniões de equipe;
- uma sala para realização de procedimentos simples como paracenteses, curativos complexos, enteroclismas, etc.;
- salas de limpeza e preparo de material para esterilização em local conveniente.

Todas as instalações devem contar com espaços amplos, portas largas e todas as facilidades ao acesso de pacientes em cadeira de rodas e, eventualmente, em macas.

O mesmo espaço pode ser compartilhado por equipes de geriatria, clínica médica e oncologia, possibilitando ao doente o vínculo com o espaço e a integração com o trabalho dos Cuidados Paliativos em todas as fases da doença.

O parâmetro estabelecido pela Câmara Técnica de Cuidados Paliativos do Ministério da Saúde do Brasil é de seis consultas/profissional em período de 4 horas. Esse número permite uma consulta com duração média de 40 minutos, o mínimo para uma atenção detalhada com pacientes com necessidades de Cuidados Paliativos.

Unidade-dia de Cuidados Paliativos

Trata-se de uma modalidade de assistência destinada a pacientes que permanecem no domicílio, cujo foco da atenção é prover a atenção em determinadas necessidades no curso de uma doença grave⁽³⁾.

A unidade/dia inclui: fisioterapia, terapia ocupacional, musicoterapia, arteterapia, cuidados com a aparência, nutrição e encontro com outros doentes e familiares, possibilitando a troca de experiências de forma dirigida por profissionais muito bem qualificados para a tarefa.

Se houver a intenção de conciliar o espaço da unidade/dia de Cuidados Paliativos com o atendimento ambulatorial, o que tende a ser uma otimização de espaço físico e uma oferta de conforto para doentes e familiares, haverá necessidade de agregar, no espaço físico do ambulatório, acomodações para:

- atividade de terapia ocupacional;
- pequeno núcleo de reabilitação;
- refeição supervisionada;
- descanso de pacientes em poltronas confortáveis;
- amenidades (leitura, música, cuidados com a aparência);

• área verde e de jardinagem, com possibilidade de utilizar-se de animais treinados (pet-terapia).

Os benefícios da unidade/dia não se estendem apenas aos doentes, que passam a ter oportunidades e acesso a diversas terapêuticas complementares. A permanência do doente no local também beneficia o cuidador domiciliar, que pode usar o tempo desobrigado do doente em qualquer outra atividade segundo sua necessidade.

A folga do cuidador domiciliar por um ou mais dias da semana propicia melhor adesão ao tratamento, sentindo-se estimulado ao acompanhamento do doente em sua residência por mais tempo.

De modo geral, as unidades/dia de Cuidados Paliativos funcionam de 5 a 6 horas durante o dia. Permanências mais longas só se justificam por necessidade clínica. A equipe precisa de tempo antes e depois para se organizar, e permanências longas podem ser cansativas para o doente⁽³⁾.

Atendimento domiciliar em Cuidados Paliativos

A modalidade de atendimento a pacientes em Cuidados Paliativos no domicílio caracteriza-se por atividade destinada a portadores de doença avançada, em progressão e com necessidade contínua de monitoramento de sintomas e aplicação de um plano de cuidados previamente estabelecido⁽³⁾.

As visitas podem ser realizadas por médico ou enfermeiro treinados para esse fim e atento às especificidades dos Cuidados Paliativos. Porém o paciente deve ser referenciado para ambulatório ou unidade especializada que elabora o seu plano de cuidados, que consiste numa série de ações determinadas de forma individualizada.

Idealmente deve ser realizada pela equipe de atenção primária mais próxima de sua residência, em consonância e em contínua troca de informações com a equipe especializada.

No Brasil, a equipe do Programa de Internação Domiciliar Interdisciplinar de Pelotas (RS) é exemplo de gestão dessa modalidade de serviço no âmbito do SUS.

VANTAGENS

- A permanência do doente em sua residência e ao lado de sua família é, sem dúvida, a condição ideal que lhe assegura a melhor qualidade de vida;
- seja como for, a casa do doente é seu local de maior identidade e onde as suas relações de vida se mostram mais presentes;
- o acompanhamento do doente pela equipe primária de saúde ajuda a desmistificar a complexidade de sua doença, os medos com relação aos medicamentos, sobretudo os opioides, e o faz sentir-se inserido em sua história de vida e adoecimento;
- o controle de medicamentos e insumos tende a ser mais eficiente, assim como a adesão aos tratamentos propostos. O maior envolvimento da comunidade ajuda no apoio ao doente e à família;
- no caso de o paciente optar pela morte no domicílio, aumenta a segurança quanto aos trâmites legais a serem seguidos quando se tem uma equipe presente e atuante próxima da residência.

DESvantagens

- Há necessidade de cuidador familiar atento e bem preparado para acionar a rede

de apoio em caso de surgimento de novas necessidades, sintomas mal-controlados e mudanças no quadro clínico;

- as visitas a pacientes em Cuidados Paliativos tendem a ser demoradas, com duração mínima de 45 a 50 minutos, e exigem atenção a detalhes e tempo com repetidas orientações;
- o treinamento das equipes de atenção primária precisa ter ótima qualidade e, ainda assim, várias ocorrências podem passar despercebidas e ser negligenciadas. Normalmente as equipes da atenção comunitária atendem a demandas diversas de saúde e não se sentem preparadas para a complexidade dos Cuidados Paliativos. A estrutura ideal inclui uma equipe específica só para as visitas a pacientes em Cuidados Paliativos.

NECESSIDADES

Para um bom programa de atendimento domiciliar, a primeira necessidade é o treinamento da equipe visitadora, vinculada à atenção primária.

Enfermagem muito bem treinada pode monitorar as necessidades do doente e de sua família e alertar para possíveis mudanças nas prescrições, novas orientações ou outras necessidades de assistência.

É necessária a compreensão de gestores de saúde no sentido de prover uma equipe exclusiva para os Cuidados Paliativos no domicílio, o que muito facilita o trabalho e possibilita de fato a boa palição no nível da atenção primária.

Há que se garantir uma política de medicamentos, que devem ser dispensados de forma regular, com controle pela equipe local.

As equipes necessitam de um núcleo ou base e de um sistema de comunicação 24 horas/dia e sete dias por semana, para o atendimento imediato de situações de emergência. Nessas situações deve ser garantido o transporte do doente para o hospital de referência em Cuidados Paliativos.

Uma equipe exclusiva de Cuidados Paliativos tem capacidade de atender até 30 doentes por vez, na modalidade de assistência com visitas intermitentes, e 10 na modalidade internação domiciliar, com visitas diárias. É o que acontece em alguns serviços do Brasil, como os Programas de Internação Domiciliar (PIDs) de Pelotas e Londrina, e em serviços de assistência como o do HSPE.

A referência do PID criado pela Portaria Ministerial nº 2.529, de 19 de outubro de 2006, é de 30 pacientes/mês por equipe e permanência máxima de 30 dias de internação. Deve haver uma equipe para cada 100 mil habitantes. No entanto, mesmo prevendo a internação em Cuidados Paliativos, a portaria necessita de revisão no tocante aos Cuidados Paliativos, pois, em média, os doentes têm sobrevida de dois a três meses, podendo prolongar-se. E o perfil de necessidades é diferenciado. A questão dos Cuidados Paliativos está contemplada na portaria que cria as Diretrizes Nacionais de Cuidados Paliativos elaborada pela Câmara Técnica de Dor e Cuidados Paliativos do Ministério de Saúde (criada pela Portaria GM/MS nº 3.150, de 12 de dezembro de 2006) e que aguarda aprovação.

Hospedarias de Cuidados Paliativos

Concebidas com base no que os americanos chamam de *nursing homes*, são unidades destinadas a pacientes relativamente estáveis, com grau variado de dependência funcional e sintomas bem controlados ou de intensidade leve a moderada⁽³⁾.

As hospedarias abrigam pacientes que poderiam permanecer em seus domicílios, mas não conseguem por fatores distintos como falta de cuidador habilitado, distância do centro de tratamento em situação de necessidade de intervenções paliativas e dificuldades relativas a alta dependência.

Um exemplo pioneiro de hospedaria no Brasil é a Hospedaria de Cuidados Paliativos do Hospital do Servidor Público Municipal de São Paulo (HSPM/SP). Trata-se de uma casa adaptada para receber até 10 pacientes com um acompanhante cada, que funciona de forma independente, mas muito próxima ao hospital de referência. Na hospedaria, uma equipe multiprofissional composta por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, assistente social, psicólogo e assistente espiritual, todos com treinamento em Cuidados Paliativos, assiste os doentes por um período variável, com permanência média na casa em torno de seis meses⁽⁶⁾.

Recebem visitas médicas periódicas, duas a três vezes por semana, e atendimento nas intercorrências. Dois médicos permanecem disponíveis a distância 24 horas durante sete dias. O hospital fornece todos os medicamentos e insumos para o provimento das necessidades do serviço⁽⁶⁾.

Considerações gerais

Seja qual for a necessidade e o objetivo em se montar um serviço de Cuidados Paliativos, alguns parâmetros devem ser respeitados na hora de se conceber o modelo de escolha.

O **Quadro** sugere os parâmetros a serem considerados e os diferentes modelos sugeridos anteriormente. Ela foi originalmente construída pelo Dr. Derek Doyle, porém foi necessário adaptar algumas situações à realidade nacional, além de transformar as indicações de leve, moderada e severa em: +, ++ ou +++, respectivamente.

Não existe, no Brasil, parâmetros oficiais para o cálculo das necessidades de Cuidados Paliativos.

Segundo a OMS, a necessidade de Cuidados Paliativos pode ser baseada no perfil de mortalidade de uma população. Considera-se que, entre as mortes ocorridas por causa natural, 50% a 80% são passíveis de necessidades de Cuidados Paliativos, considerando-se todos os diagnósticos. No caso do câncer e do HIV/SIDA, a porcentagem de pessoas com necessidade de Cuidados Paliativos por ano é de 80%, acrescidos de seus cuidadores⁽⁸⁾.

A Associação Europeia de Cuidados Paliativos (EAPC), por meio de documento elaborado para a União Europeia, classifica como ideal a proporção de leitos hoje existente no Reino Unido, onde existe cerca de 50 leitos de Cuidados Paliativos para cada um milhão de habitantes⁽⁷⁾.

A necessidade de leito hospitalar depende, no entanto, de características epidemiológicas da região, qualidades da assistência no hospital e oferta de serviços de apoio como ambulatorio e atendimento domiciliar.

Nas diretrizes elaboradas pela Câmara Técnica de Cuidados Paliativos do Ministério da Saúde, ficam estabelecidos quatro níveis de atenção em Cuidados Paliativos, com base em documento elaborado pela Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP)⁽²⁾:

- ação paliativa – cuidado dispensado em nível comunitário por equipe vinculada ao Programa de Saúde da Família (PSF), treinada para tal finalidade;
- Cuidado Paliativos de grau I – cuidado dispensado por equipe especializada em Cuida-

Quadro – Parâmetros de inserção de pacientes em diferentes modelos

Parâmetro do Cuidado Paliativo	Enfermaria em hospital geral	Equipe consultora Hospitalar	Unidade hospitalar especializada	Ambulatório e unidade/dia	Serviço domiciliar	Hospedaria
Sintomas	+++	++/+++	++/+++	+	+ /++	+ /++
Instabilidade psicossocial	++/+++	+ /++	++/+++	+ /++	+ /++	+ /++
Instabilidade clínica	+++	+++	+++	+	+ /++	+ /++
Dependência funcional	+ /+++	+ /+++	+ /+++	+	+ /+++	+ /+++
Necessidade de atendimento médico contínuo	+++	+++	++/+++	+	+	+
Necessidade de estrutura social	+ a +++	+ a +++	+ a +++	+	+	+++
Necessidade de cuidados de enfermagem	+++	+++	+++	+	+ /++	+++

Fonte: DOYLE, D. *Getting Started*. 2008. Adaptado por MACIEL, M. G., 2009.

dos Paliativos em nível hospitalar, ambulatorial ou domiciliar, porém sem leito próprio. Exemplo de equipe consultora em Cuidados Paliativos;

- Cuidado Paliativo de grau II – cuidado dispensado por equipe especializada em Cuidados Paliativos em nível hospitalar, ambulatorial ou domiciliar que atua com leitos próprios de internação. Equivale tanto às enfermarias em hospitais gerais quanto às unidades hospitalares independentes;
- Cuidado Paliativo de grau III – mesma característica do cuidado de grau II acrescida de capacidade para a formação de profissionais em Cuidados Paliativos.

As portarias que regulamentam as diretrizes para os Cuidados Paliativos no SUS aguardam a sua assinatura desde 13 de junho de 2008.

Referências

1. CORTES, C. C. Historia y desarrollo de los cuidados paliativos. In: MARCOS, G. S. (ed.). Cuidados paliativos e intervención psicosocial en enfermos de cáncer. Las Palmas: ICEPS, 1988.
2. CRITÉRIOS DE QUALIDADE PARA OS CUIDADOS PALIATIVOS NO BRASIL. Documento elaborado pela Academia Nacional de Cuidados Paliativos, Brasil, 2007.
3. DOYLE, D. *Getting started: guidelines and suggestions for those starting a hospice/palliative care services*. 2. ed. Houston: IAHP Press, 2009.

4. MACIEL, M. G. S. A terminalidade da vida e os cuidados paliativos no Brasil: considerações e perspectivas. *Prática Hospitalar*, v. 47, p. 46-9, 2006.
5. MACIEL, M. G. S. Modelos de assistência em cuidados paliativos: enfermagem em cuidado paliativo. São Paulo: Cadernos CREMESP, 2008.
6. MATSUMOTO, D. Y. Modelos de assistência em cuidados paliativos: hospedaria em cuidado paliativo. São Paulo: Cadernos CREMESP, 2008.
7. MORENO, J. M. M. et al. Palliative care in the European Union. Document requested by European Parliament's Committee on the Environment, Public Health and Food Safety. (Ref. IP/A/ENVI/IC/2007-123). 2008. Disponível em: <<http://www.europarl.europa.eu/activities/committees/studies/download.do?file=21421>>. Acesso em: 13 jun. 2009.
8. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Guides for effective programs: palliative care. Geneve: WHO, 2007.

Leitura recomendada

- DOYLE, D. The provision of palliative care. In: *Oxford textbook of Palliative Medicine*. 2. ed. Oxford University Press, 1998.
- DOYLE, D.; JEFFREY, D. *Palliative care in the home*. Oxford University Press, 2000.
- WHITE, K. R. Non clinical outcomes of hospital-based palliative care. *Journal of Health Care Management*, v. 51, n. 4, p. 260-73, 2006.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Better palliative care for older people*. Geneve: WHO, 2004.

Controle da dor

MIRLANE GUIMARÃES DE MELO CARDOSO

Introdução

Doenças avançadas frequentemente estão relacionadas com sintomas associados ao sofrimento, destacando-se nesse contexto a dor, que é conceituada pela Associação Internacional para o Estudo da Dor (IASP) como “uma experiência sensitiva e emocional desagradável, associada a dano real ou potencial dos tecidos, ou descrita em termos de tais lesões”⁽¹⁴⁾. Significa, portanto, que a dor é uma experiência única e individual, modificada pelo conhecimento prévio de um dano que pode ser existente ou presumido, ou seja, em qualquer situação a dor é o que o paciente refere e descreve.

Muitas pesquisas nessa área relacionam-se com pacientes com câncer, já que neles a dor aparece como o sintoma que significativamente afeta a qualidade de vida na terminalidade, constituindo um fator importante do sofrimento relacionado com a doença, mesmo quando comparado à expectativa de morte. Estudos multicêntricos de controle da dor em pacientes com câncer revelam consistentemente que cerca de metade dos pacientes recebe analgesia insuficiente, chegando a 51% na França, 42% nos Estados Unidos e 59% na China. Da mesma forma ocorrendo com milhões de portadores de HIV/SIDA, em que 60% a 100% irão sentir dor em alguma fase da sua doença⁽⁴⁾.

Revisões em outras populações têm sido realizadas, incluindo pacientes com doença associada a insuficiência respiratória grave e distúrbios musculoesqueléticos, nos quais foi observado que a prevalência dos sintomas na evolução dessas diferentes doenças crônicas é variável. Porém, o interessante é identificar nesses levantamentos que os sintomas são comuns tanto no câncer como nas doenças não-oncológicas, inclusive a dor (Tabela).

Tabela – Prevalência de sintomas relatados retrospectivamente por cuidadores no último ano de vida dos pacientes⁽¹⁾

Sintoma	Câncer (% da população)	Não-câncer (% da população)
Dor	71	72
Dispneia	63	64
Tosse persistente	50	42
Xerostomia	43	34
Anorexia	33	21
Náuseas e vômitos	55	50
Constipação	65	69
Confusão mental	42	44
Insônia	44	45
Mau humor	67	73

Esses dados estatísticos qualificam a dor crônica como um problema de saúde pública importante, que requer atenção, independente da origem da doença que a ocasionou.

Dezenas de milhões de americanos sofrem de algum tipo de dor crônica transitória ou persistente sem qualquer relação com neoplasias malignas (neuralgias, diabetes com neuropatias, distúrbios cervicais e lombares, artrites, fibromialgias, cefaleias, distúrbios dolorosos faciais, dores torácica e pélvica). No Michigan Pain Study, 70% dos entrevistados ainda tinham dores crônicas após o tratamento e 22% acreditavam que esse havia agravado a dor. A sequência de tratamentos falhos agrava ainda mais o processo de condicionamento patológico, mesmo quando são escolhidas as terapêuticas corretas. Esse cenário sugere que fatores inter-relacionados e alheios à medicina, como problemas conceituais, administrativo-legais e educacionais na transferência de tecnologia na área de dor, mantêm essa condição desfavorável⁽⁶⁾.

Base neural da dor

Uma das importantes funções do sistema nervoso é fornecer informações sobre lesões corporais em potencial que são expressas pela dor. A percepção corporal da dor é denominada nocicepção.

Quanto aos mecanismos neurofisiológicos, a dor pode ser classificada em:

- nociceptiva, quando as vias nociceptivas se encontram preservadas, sendo ativadas pelos nociceptores de tecidos cutâneos (dor somática) ou profundos (dor visceral);
- não-nociceptiva ou neuropática, quando as vias nociceptivas apresentam alterações na estrutura e/ou função, resultante de lesão seletiva do trato neoespinalâmico (dor central) ou de lesões no sistema nervoso periférico (dor periférica);
- psicogênica, que se origina de distúrbios psíquicos. A dor oncológica é considerada frequentemente mista.

Considerando a dor um sistema complexo, didaticamente ela pode ser dividida nos seguintes componentes: nociceptores, tratos nociceptivos ascendentes, centros mais elevados do sistema nervoso central (SNC) e sistemas inibitórios descendentes da dor.

O termo nociceptor é empregado para descrever terminações livres de fibras aferentes primárias que respondem a estímulos de uma ampla variedade de tecidos, como vísceras, polpa dentária, músculos, articulações, além da pele. As fibras aferentes nociceptivas primárias, normalmente fibras A-delta (A- δ) e C, transmitem sinais químicos, mecânicos e térmicos por meio do trato de Lissauer, fazendo sinapse com neurônios do corno dorsal da medula espinal. Numerosos neurotransmissores e mediadores bioquímicos excitatórios (glutamato, substância P, fatores de crescimento) e inibitórios (opioides, ácido gama-aminobutírico [GABA] e glicina) são liberados no corno dorsal provenientes de três fontes principais: fibra aferente primária, interneurônios e sistema de fibras descendente. As células do corno dorsal possuem receptores específicos para essas substâncias. Portanto essa sinapse no corno dorsal seria o ponto no qual as informações dolorosas são conduzidas pelos tratos espinalâmico e espino-hipotalâmico aos centros superiores ou inibidas por ativação do sistema analgésico descendente, composto por três componentes principais inter-relacionados funcionalmente: opioide, noradrenérgico e serotoninérgico.

Os centros mais elevados do SNC estão envolvidos na discriminação da dor, incluindo componente afetivo da dor, componentes relacionados com memória e controle motor associado à resposta imediata aversiva aos estímulos dolorosos⁽²⁾.

Estratégia para o controle da dor

O controle da dor deve se basear em avaliação cuidadosa com elucidação de suas possíveis causas e seus efeitos na vida do paciente, investigando fatores desencadeantes e atenuantes, além dos psicossociais, que possam influenciar o seu impacto. Nesse sentido, as equipes multiprofissionais dedicadas aos Cuidados Paliativos devem estabelecer precocemente vias de comunicação claras para assistência. O familiar é um pilar fundamental para incentivar a adesão ao tratamento, já que uma analgesia insuficiente se traduz em sobrecargas física e psicológica para o paciente e sua família.

São diversas as barreiras existentes para manejo e controle adequados da dor, com a não-adesão ao tratamento por parte dos doentes, a relutância na prescrição de opioides por parte dos médicos e a crença de que a dor é inevitável, observada rotineiramente na prática no ambiente hospitalar. Adicionalmente, destacamos um aspecto fundamental que antecede até mesmo a própria sintomatologia algica do paciente, que é a formação acadêmica relacionada com a área de dor.

A estratégia de base científica para o controle adequado da dor e de outros sintomas se resume, segundo Twycross⁽²¹⁾, na sigla "EEMMA":

- evolução da dor;
- explicação da causa;
- manejo terapêutico;
- monitorização do tratamento;
- atenção aos detalhes.

Evolução da dor

A doença terminal é progressiva, com grande variabilidade individual associada a múltiplos sintomas intensos e oscilantes. Cada indivíduo tem suas próprias vivências, as quais induzem a uma subjetividade de resposta diante da expressão de dor, envolvendo respostas afetivas e cognitivas. Portanto é necessário reconhecer o termo "dor total" introduzido por Cicely Saunders e explicado por meio de um esquema por Twycross⁽²⁾ (Figura 1). Esse conceito mostra a importância de todas as dimensões dos sofrimentos humanos (físico, mental, social e espiritual). Portanto, o alívio adequado da dor não é alcançado sem dar-se atenção a essas dimensões indissociáveis.

Estrategicamente, devem-se identificar quatro aspectos básicos na evolução:

- a causa da dor;
- o mecanismo da dor (**Quadro 1**);
- os fatores não-físicos envolvidos com a expressão de dor;
- a discriminação detalhada da dor – localização, duração, irradiação, fatores temporais, de agravamento e alívio, impactos no sono e na capacidade funcional e intensidade (0-10).

Com base no que o próprio paciente refere para avaliação da intensidade da dor, sugerem-se as escalas uni e multidimensionais como instrumento de avaliação. Destaca-se a escala visual analógica (EVA) por ser considerada sensível, simples, reproduzível e universal, podendo ser compreendida em distintas situações em que há diferenças culturais, intelectuais ou mesmo de linguagem do avaliador. É um método de autoavaliação representado por uma linha reta de 10 cm, onde em um dos extremos se discrimina a ausência de dor e no outro, a dor insuportável, como representado na **Figura 2**⁽²⁰⁾.

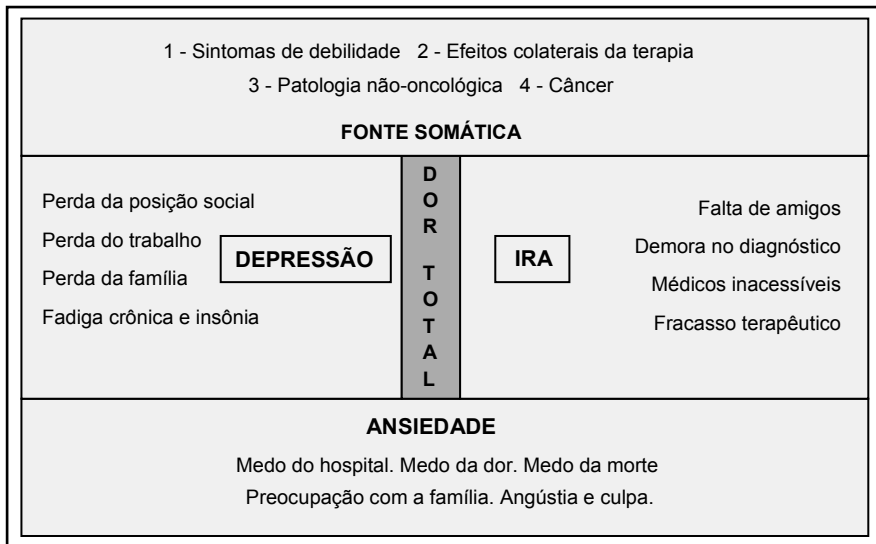


Figura 1 – Esquema de TWYXCROSS⁽²¹⁾

Quadro 1 – Tipos, subtipos e características da dor			
Tipo	Subtipos	Características	Exemplos
Nociceptiva	Somática	Constante e bem localizada, que se exacerba com movimentos e alivia com o repouso	Osteoartrose, metástase óssea, infiltração de tecidos moles
	Visceral	Constante, aperto, mal localizada, associada a reações autonômicas (náuseas, sudorese)	Neoplasia e/ou metástases intra-abdominais
		Cólicas	Obstrução intestinal, cólica renal
Neuropática	Disestésica ¹	Ardência constante, hiperalgesia ² ou alodínea ³	Radiculopatia por protrusão discal, neuropatia pós-quimioterapia/radioterapia
	Lancinante	Episódica, paroxismo tipo choque	Invasão de plexo braquial ou do trigêmeo

Adaptado de Pereira, J. L.⁽¹⁷⁾.

1. Sensação anormal e desagradável, espontânea ou provocada; 2. resposta mais intensa a um estímulo que normalmente é doloroso; 3. quando um estímulo não-nocivo é percebido como dor.

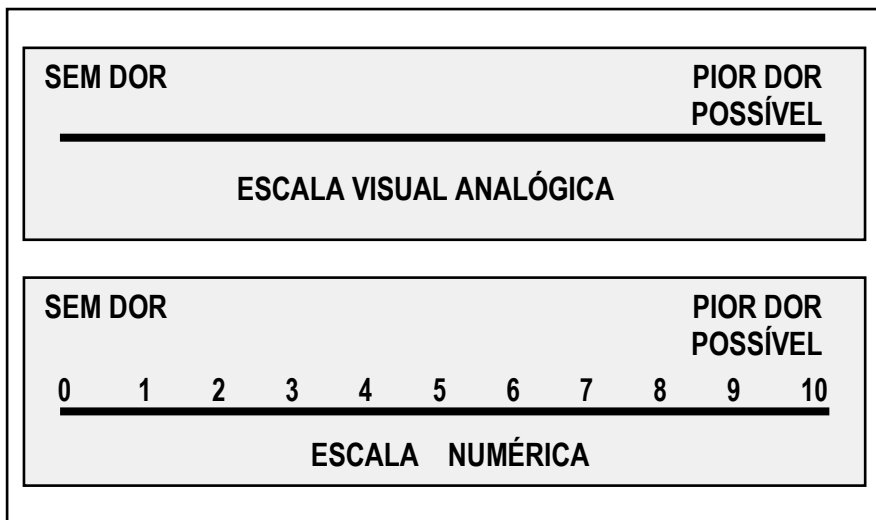


Figura 2 – Escalas visual analógica e de categoria numérica

Sobre essa linha o paciente deve marcar a posição mais aproximada da intensidade da sua dor e podemos utilizar a escala numérica para qualificá-la. A dor é considerada leve quando a intensidade varia de 1 a 3 na EVA; a intensidade de 4 a 7 é considerada dor moderada; e de 8 a 10, dor severa. O registro da intensidade deve incluir não somente o momento da dor, mas também quando a mesma é aliviada ou exacerbada. Por essa razão o médico deve ensinar pacientes e familiares a utilizar as escalas de avaliação da dor.

Na prática clínica, a falta de sistematização na avaliação da dor frequentemente leva a um subtratamento, apesar dos avanços terapêuticos. Portanto, na investigação da dor, a possibilidade de o paciente discorrer sobre ela mediante um autorrelato é o ponto de partida para diagnóstico, implementação terapêutica e posterior avaliação de sua eficácia.

Explicação da causa

As explicações de causa, mecanismo da dor e fatores que podem modificar a sua intensidade, como o resgate do padrão de sono, a diminuição do cansaço e a melhora do humor por meio de uma linguagem simples para o paciente e sua família, habitualmente contribuem para confiança e adesão ao tratamento.

O envolvimento direto pelo tumor é a causa mais frequente de dor nos pacientes oncológicos (70%), porém em 17% a dor está relacionada com o tratamento antitumoral (**Quadro 2**)^(3, 23). O uso do antineoplásico paclitaxel (Taxol®) no tratamento de tumores refratários à quimioterapia convencional está relacionado com o aparecimento de artralguas, mialgias e neuropatias periféricas incapacitantes e limitantes do tratamento⁽⁷⁾.

Manejo da dor

Implica a consideração de três aspectos, que podem estar combinados:

- identificar e tratar a causa da dor quando possível⁽³⁾ (Quadro 2);
- medidas não-farmacológicas⁽¹²⁾ (Quadro 3);
- medidas farmacológicas.

Quadro 2 – Síndromes dolorosas relacionadas com o câncer e seu tratamento⁽³⁾

Dor por infiltração direta	Dor relacionada com o tratamento	Dor não-relacionada com a doença
Infiltração óssea:	Pós-operatória:	Neuropatia diabética:
1. Dor da base do crânio 2. Dor do corpo vertebral 3. Síndrome do sacro 4. Lesão de ossos longos	1. Dor pós-toracotomia 2. Dor em membro fantasma	
Infiltração visceral:	Pós-quimioterapia:	Artrites, gota e artrose:
1. Pleural 2. Hepática 3. Peritoneal 4. Pancreática	1. Neuropatia 2. Mucosite 3. Cistite hemorrágica 4. Neuralgia pós-herpética 5. Artralgias e mialgias	
Infiltração de vasos:	Pós-radioterapia:	Lombalgias:
1. Arterial 2. Venoso 3. Linfático	1. Mucosites 2. Esofagites 3. Proctites 4. Queimaduras	1. Enfermidade degenerativa discal
Infiltração de nervos		
1. Plexo braquial 2. Plexo lombar 3. Plexo sacral 4. Epidural 5. Meníngea		

Quadro 3 – Exemplos de abordagens de tratamento não-farmacológico⁽¹²⁾

- Técnicas de relaxamento, distração e imaginação dirigida
- Terapia física por aplicação de calor em casos de espasmos musculares e artralgias
- Terapia física por aplicação de frio em casos de dor musculoesquelética, contusão e torção
- Acupuntura em casos de dor devida a espasmos musculares, disestesias e nevalgias
- Massoterapia nos casos em que se desejam relaxamento muscular e sensação de conforto
- Neuroestimulação elétrica transcutânea (TENS) em casos de dor por compressões tumoral nervosa, óssea e em região de cabeça e pescoço

Tratamentos paliativos modificadores de doença podem ser indicados para controle da dor. Por exemplo, em pacientes com dor localizada por fratura patológica, a fixação cirúrgica dessa fratura controla satisfatoriamente os sintomas dolorosos. Na palição de doenças não-oncológicas, esses princípios são igualmente aplicados.

Já a terapia medicamentosa refere-se à arte e à ciência no uso combinado de três grupos farmacológicos: analgésicos não-opioides, analgésicos opioides, sendo a morfina a droga de eleição, e drogas adjuvantes ou coanalgésicos. Nesse sentido, a Organização Mundial da Saúde (OMS) publicou, em 1986, um modelo clínico eficaz para o tratamento da dor oncológica que serve até os dias atuais, validado e aceito mundialmente, com base em seis princípios básicos⁽²³⁾:

- pela boca – usar a via oral sempre que possível;
- pelo relógio – horário regular, e não apenas em doses “se necessário”;
- para o indivíduo – de acordo com as necessidades específicas do doente;
- uso de coanalgésicos ou adjuvantes;
- atenção aos detalhes;
- pela “escada analgésica”.

Segundo esse algoritmo, a dor deve ser tratada de acordo com uma escala ascendente de potência medicamentosa relacionada com sua intensidade. As drogas analgésicas aumentam sua potência, começando com os analgésicos não-opioides, englobando os analgésicos antipiréticos (dipirona, paracetamol), os anti-inflamatórios não-hormonais (AINHs) e coxibes na dor leve, passando pelos opioides fracos na dor moderada e opioides fortes, como a morfina, nas dores severas. Todos esses medicamentos podem estar acompanhados de drogas adjuvantes, que concedem o alívio da dor neuropática e controlam os efeitos adversos dos opioides, favorecendo, assim, uma terapêutica com menor risco de toxicidade. Adicionalmente, a prescrição de fármacos profiláticos para sintomas persistentes deve ser observada.

A eficácia desse modelo de escada analgésica foi avaliada em trabalho recente com pacientes terminais, o qual evidenciou maior alívio da dor quando se utilizaram opioides potentes em dores com escores inferiores a 6 na EVA. O resultado sugere que esses opioides, como a morfina, podem ser iniciados nas dores leves e moderadas, em baixas doses, em substituição aos opioides fracos⁽¹³⁾. Já outros autores sugerem que deve ser acrescentado um quarto degrau à escada analgésica da OMS⁽¹⁵⁾.

Em 2003, com base em uma revisão Cochrane⁽²²⁾ e nas recomendações da Associação Europeia de Cuidados Paliativos (EAPC)⁽⁹⁾ sobre os analgésicos opioides e seus efeitos indesejáveis, foram associados ao escalonamento opiáceo os procedimentos anestésicos, neurolíticos e neuroaxiais, representados no quarto degrau da escada analgésica da OMS (**Figura 3**).

Entre os analgésicos não-opioides, os AINHs (**Quadro 4**) são os agentes terapêuticos mais utilizados, sendo prescritos para o controle da dor e do edema nas artropatias crônicas (osteoartrite e artrite reumatoide) e nas anormalidades musculoesqueléticas (traumatismo, fraturas e lesões de partes moles), além de proporcionarem alívio das dores pós-operatória, dental, bem como de cefaleias e dismenorria. Geralmente são bem tolerados em curto prazo, mas preferencialmente deve-se escolher um analgésico com mecanismos adicionais sinérgicos, como o caso da dipirona, que atua a via L-arginina/óxido nítrico (NO)/monofosfato de guanosina cíclico (GMPc)/canal de potássio sensível ao trifosfato de adenosina (KATP) e, ao mesmo tempo, interage com o sistema glutamatergico, resultando numa analgesia inquestionável⁽¹⁹⁾.

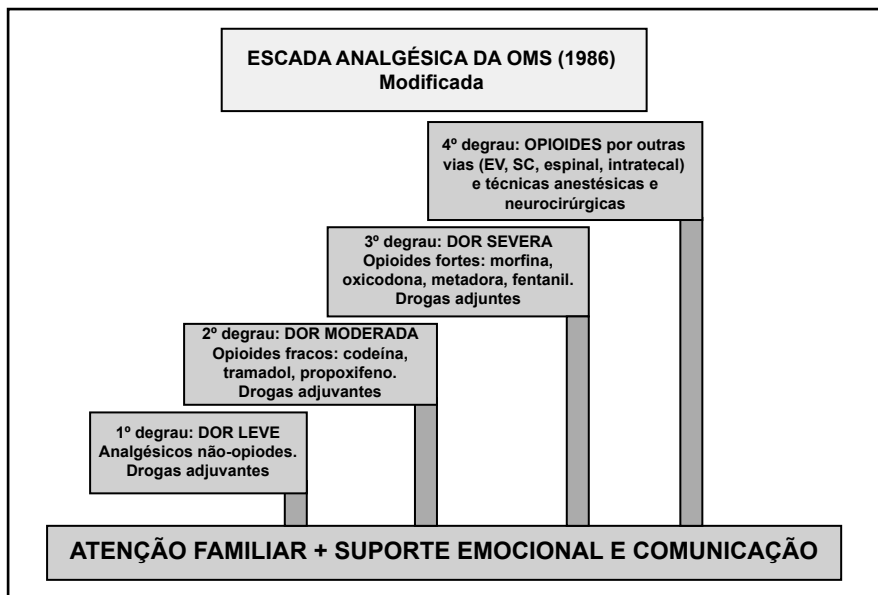


Figura 3 – Escada analgésica da OMS modificada^(9, 22)
OMS: Organização Mundial da Saúde; EV: via endovenosa; SC: via subcutânea.

Quadro 4 – Doses recomendadas de analgésicos não-opioides disponíveis no Brasil⁽¹⁸⁾

Droga	Doses recomendadas para crianças e adultos (> 50 kg)	DMD
Dipirona	500 a 1.000 mg – 6/6 h	6 g
Paracetamol	500 a 1.000 mg – 4/6 h	6 g
Diclofenaco	50 a 100 mg – 6/8 h Retard: 6/12 h	200 mg
Tenoxicam	20 a 40 mg – 24 h	40 mg
Cetoprofeno	50 a 100 mg – 8 h	400 mg
Piroxicam	20 a 40 mg – 24 h	–
Nimesulida	50 a 100 mg – 12 h	–
Meloxicam	7,5 a 15 mg – 12/24 h	–
Eterocoxib	60 a 90 mg – 24 h	–

DMD: dose máxima diária.

Esse fato, somado ao perfil físico-químico e às diferentes formas farmacêuticas disponíveis, torna seu uso mais tolerável do que o dos AINHS ácidos no que diz respeito à toxicidade gástrica com uso prolongado.

Na escolha de um AINH clássico ou um coxibe (AINHs altamente seletivos para ciclo-oxigenase 2 [COX-2]), deve ser priorizada a história clínica dos pacientes, e os seus efeitos colaterais, criteriosamente monitorados.

Monitorização do tratamento

É necessário o seguimento não só para avaliação da eficácia terapêutica mediante escalas, mas também para identificar progressão da doença, tipo e padrão temporal de dor, desenvolvimento de tolerância medicamentosa, aparecimento de efeitos adversos intratáveis e necessidade de rodízio dos opioides.

As respostas aos fármacos que o paciente recebeu previamente são avaliadas, procurando-se ajustar a posologia (doses, intervalos), agregando-se fármacos adjuvantes quando necessário, modificando-se os fármacos prescritos ou adaptando-se a via de administração dos medicamentos, já que mais da metade dos doentes com câncer avançado necessita de duas ou mais vias de administração de analgésicos antes do óbito.

Atenção aos detalhes

O controle da dor tem uma base científica, mas existem também aspectos de ordem prática, como a adoção de uma postura detalhista para evoluir, e não presumir, associada a uma boa dose de atitude humanitária, o que contribui para a eficácia da terapêutica analgésica.

As recomendações médicas assistenciais, por exemplo, devem ser escritas e exaustivamente orientadas verbalmente. A melhor prescrição para controlar uma dor severa pode falhar porque as receitas foram escritas com letras ilegíveis ou porque o paciente não recebeu a adequada orientação. Quanto mais fácil for o regimento terapêutico, maior a possibilidade de seu cumprimento. Alguns fármacos são de diferentes cores, o que ajuda comunicação e orientação diárias com alguns pacientes. Diversificar a forma de apresentação de diferentes medicamentos (comprimidos, pastilhas, cápsulas, soluções, gotas) pode fazer com que o doente tenha a impressão de que não ingeriu tantos medicamentos assim. Podemos, ainda, adicionar essência de laranja ou menta à solução de morfina e carbamazepina, sabidamente amargos, para que resulte em um sabor mais agradável. Dentro do possível, limita-se a prescrição em quatro a cinco medicamentos, preferencialmente de ação prolongada, garantindo, assim, maior adesão. Infelizmente isso nem sempre é possível devido à evolução flutuante da dor da maioria dos doentes.

Evitar o retardo no tratamento da dor, utilizar doses-resgate durante a titulação dos opioides, não usar placebos e manter constante comunicação com o paciente e sua família são outros cuidados do tratamento sintomático que devem ser lembrados⁽¹⁰⁾.

Farmacoterapia básica com opioides: princípios gerais

Estudos demonstram que a farmacoterapia adequada com opioides pode aliviar a dor e o sofrimento dos pacientes oncológicos em 75% a 90% quando os consensos recomendados pela OMS, mundialmente aceitos, são sistematicamente aplicados. Porém as estatísticas indicam outra realidade: mais de 25% morrem sem controle da dor. O alívio da dor no câncer tem sido considerado pela OMS um problema que fere os direitos hu-

manos, porque seu manejo inadequado é reputado um grave problema de saúde pública em todo o mundo⁽⁴⁾.

O termo opioide se refere a toda substância natural ou sintética que exerça sua ação mediante interação com receptores específicos distribuídos no SNC, induzindo uma analgesia por ativação dos sistemas inibitórios opioides-dependentes na formação reticular do tronco cerebral, da medula espinal e do sistema límbico. Os opioides compreendem as drogas semelhantes à morfina, que são antagonizadas pela naloxona, um antagonista opioide. Essas drogas modificam o componente afetivo-motivacional da dor, reduzindo sofrimento, ansiedade e produzindo sedação e aumento da tolerância à dor.

A inclusão dos opioides no regime analgésico demonstra boa resposta à dor de caráter nociceptivo e resposta variável às dores neuropáticas com favorável relação de risco/benefício.

Selecionar e titular individualmente as doses de opioides

A escolha do opioide mais adequado deve basear-se, a princípio, na intensidade da dor. Em geral, nas dores de pequena intensidade essa classe de analgésicos, segundo a escada analgésica da OMS, não está indicada, devendo-se dar preferência aos analgésicos anti-inflamatórios, enquanto nas de maior intensidade (EVA > 5), preferem-se os opioides de baixa potência (codeína e tramadol) associados a anti-inflamatórios ou opioides de alta potência (morfina, metadona, oxicodona e fentanil), conforme proposto pela OMS (Figura 3).

Entre os opioides disponíveis destaca-se a morfina como o padrão-ouro no tratamento da dor moderada e severa. Seu consumo, medido em miligrama *per capita*, é considerado um indicador de qualidade no tratamento da dor. Ela está disponível no Brasil sob a forma de solução oral e de comprimidos de liberação imediata, contendo, respectivamente, 10 mg/ml, 10 mg e 30 mg para prescrição inicial a cada 4-6 horas. Há cápsulas de liberação lenta para uso a cada 12 horas com 30 mg, 60 mg e 100 mg. As ampolas contêm 2 mg/ml e 10 mg/ml e devem ser usadas preferencialmente por via subcutânea (SC) em bolo ou infusão contínua em pacientes sob Cuidados Paliativos.

Recomenda-se iniciar a terapêutica com morfina de liberação imediata até o controle da dor, lembrando que os opioides não apresentam efeito-teto, o que permite que doses crescentes sejam empregadas progressivamente, sendo limitada apenas pela tolerância aos efeitos colaterais individuais. A dose inicial depende da história de uso de analgésicos do paciente. Se o paciente já estava em uso de opioide fraco (codeína 60 mg ou tramadol 100 mg), a titulação pode ser iniciada a partir de 10 mg de morfina oral de ação rápida (**Quadro 5**). Deve-se repetir a dose de 5 mg de hora em hora até se obter a analgesia satisfatória. Em seguida a dose total diária definida de morfina é prescrita como regular em intervalos de 4 a 6 horas. Após controle do quadro doloroso, a mudança para morfina de liberação controlada associada à dose-resgate (SOS), para o controle da dor episódica, é recomendada principalmente para os doentes com dificuldade de adesão ao tratamento. A prescrição da dose-resgate é feita com a morfina de liberação imediata e calculada como um sexto da dose total diária consumida (**Quadro 6**). Essa dose extra pode ser repetida de hora em hora até o alívio da dor⁽¹¹⁾.

Na nossa experiência, a dose máxima de morfina mais comumente empregada pela via oral tem sido 30 mg a cada 4 horas, o que significa 180 mg ao dia, próximo ao verificado

Quadro 5 – Fatores de conversão de opioides e/ou via de administração⁽¹⁷⁾

Droga	Droga	Regra
De.....	Para.....	
Codeína oral	Morfina oral	Dividir por 10
Tramadol oral	Morfina oral	Dividir por 5
Tramadol parenteral	Morfina parenteral	Dividir por 10
Morfina oral	Morfina subcutânea	Dividir por 2
Morfina oral	Morfina endovenosa	Dividir por 3
Morfina oral	Fentanil transdérmico	Dividir por 3

Quadro 6 – Etapas para o rodízio dos opioides⁽⁹⁾

• Calcular a dose diária total do opioide nas 24 horas, incluindo dose-resgate
• Utilizar as tabelas de equivalência analgésica para calcular a dose do novo opioide
• Considerar que a tolerância cruzada nem sempre é completa. Ao trocar de um opioide para o outro, diminuir a dose do novo opioide em 20% a 30%
• Estabelecer a dose de manutenção. Dividir a dose diária total do novo opioide pelo número de doses que serão administradas em um dia
• Prescrição de doses-resgate
• Acompanhar diariamente os pacientes durante o período de troca, utilizando menos de três doses-resgate nas 24 horas, desde que não ocorram efeitos adversos, até se estabelecer o controle do quadro algico
Exemplo prático: trocar a morfina de liberação imediata pela de liberação controlada
1. Calcular a dose diária total da morfina de liberação imediata. Morfina 10 mg de 4/4 horas por via oral é igual a 60 mg/24 horas
2. Calcular a quantidade de cada dose individual. Dividir a dose diária total pela frequência das doses necessárias nas 24 horas. Morfina 60 mg/2 = morfina de liberação controlada 30 mg de 12/12 horas por via oral
3. Prescrever dose-resgate (1/6 da dose diária total), 60/6 = 10 mg de morfina de ação imediata por via oral a cada hora, de acordo com a necessidade para o controle da dor

por Zech *et al.*⁽²⁴⁾, cuja dose máxima diária raramente ultrapassou 240 mg/dia, considera-se baixa. Acredita-se que o uso da morfina associada aos AINHS e coanalgésicos explica seu emprego em baixas doses, o que é verificado no nosso meio e em outros países.

A utilização simultânea de dois opioides não se traduz em analgesia adicional, portanto deve ser evitada, exceto em alguma situação excepcional. Por exemplo, morfina de ação imediata como dose-resgate de tratamentos com fentanil transdérmico. Da mesma forma, não se recomenda a combinação de fármacos do segundo e terceiro degraus da escada analgésica (Figura 3). No segundo e terceiro degraus se podem associar os analgésicos do primeiro, já que atuam por mecanismos diferentes (AINHS). Se for necessário alterar o opioide ou sua via de

administração, poderão ser utilizados os fatores de conversão (Quadro 5), devendo sempre ser ajustada a dose individualmente. Surgindo intolerância aos efeitos colaterais, reduzir a dose em 50% a cada dois dias ou utilizar outro opioide em dose equivalente. Em caso de suspensão da morfina ou de outro opioide, por exemplo, nos casos de dor controlada pós-radioterapia, reduzir inicialmente para um quarto da dose, em seguida diminuir 50% até atingir a dose equivalente a 10 a 15 mg/dia, suspendendo ao fim de dois dias⁽¹⁷⁾.

A escolha de um opioide potente nem sempre pode aplicar-se à dor crônica central ou neuropática, caso em que a primeira opção é muitas vezes um anticonvulsivante ou um antidepressivo tricíclico. Nesse caso, o tramadol e a metadona são os opioides de escolha nas agudizações desse tipo de dor.

O tramadol é um opioide fraco que tem baixa afinidade por receptores opioides, sendo parcialmente antagonizado pela naloxona. Adicionalmente, inibe a captação de noradrenalina e serotonina, ativando, assim, o sistema inibitório descendente da dor. As apresentações farmacêuticas podem ser em soluções de 50 ou 100 mg/ml (25 gotas), comprimidos de liberação imediata de 50 e 100 mg administrados em intervalos de 4 a 6 horas, comprimidos de liberação lenta (12 h) ou, ainda, comprimidos de 37,5 mg associados ao paracetamol. A dose diária não deve exceder 400 mg. Também pode ser usado pela via SC de forma intermitente ou contínua. Não apresenta ação antitussígena, como a codeína, e é menos constipante e mais nauseante.

A metadona é considerada um opioide excelente para as dores resistentes à morfina e principalmente para o controle da dor neuropática. Compartilha com os outros opioides as mesmas propriedades, porém tem algumas peculiaridades que a diferenciam. Além de ser agonista de receptores opioides, é antagonista de receptores n-metil-D-aspartato (NMDA), o que pode justificar sua maior eficácia no controle da dor neuropática e seu menor desenvolvimento de tolerância em comparação com a morfina. Apresenta meia-vida longa e imprevisível (10 a 75 horas), o que dificulta sua avaliação. Ao contrário do que se faz com a morfina durante a titulação individual, as doses de metadona se sucedem de acordo com a dor do paciente, só havendo horários fixos, como recomendado pela OMS, depois da primeira semana de titulação⁽¹¹⁾.

No Brasil, a oxiconona é comercializada em comprimidos especiais de 10, 20 e 40 mg administrados de 12/12 horas, que não podem ser mastigados ou triturados. Com a indisponibilidade de comprimidos de ação imediata e formulação injetável, é necessário utilizar a morfina de liberação imediata nas doses-resgate. Considerada um opioide sem o "estigma" da morfina, é frequentemente usada no tratamento de dores crônica não-oncológicas e com a vantagem adicional de uma absorção bifásica pelo organismo, sendo o primeiro pico plasmático com menos de uma hora e o segundo, aproximadamente com seis horas. Apesar de ser um opioide uma vez e meia a duas vezes mais potente que a morfina, parece ter menor incidência de tolerância e efeitos adversos, o que leva essa droga a, em alguns centros, ser utilizada no segundo degrau da escada analgésica, como ocorre na nossa prática à frente do Serviço de Terapia da Dor e Cuidados Paliativos da Fundação Centro de Controle de Oncologia do Amazonas (FCECON).

Rodízio entre os opioides

Rotineiramente, somente 10% a 30% dos pacientes demonstram resposta pobre aos opioides durante uma administração de rotina, e esse é um fenômeno complexo que pode

estar relacionado com um ou mais grupos de fatores diversos e ainda pouco compreendidos. Os pacientes que desenvolvem efeitos adversos intoleráveis, mesmo antes de alcançar a analgesia adequada, já que o incremento da dose é impraticável, devem receber tratamento efetivo para prevenir ou tratar os efeitos adversos, e, somente quando essa intervenção falhar, deve-se considerar o rodízio de opioides (Quadro 6).

Alucinações, falha cognitiva, mioclonias e náuseas são outras indicações para o rodízio de opioides, além da dor não-controlada e a mudança de via de administração. No rodízio de opioides, o objetivo é alcançar uma ótima analgesia com o mínimo de efeitos tóxicos relacionados com a sobredose ou com o inadequado controle da dor com uso de subdose.

Uso preferencial da via oral sem esquecer as vias alternativas

Os opioides podem ser empregados pelas vias oral (VO), retal (VR), sublingual (SL), intramuscular (IM), intraventricular (IV), subcutânea (SC), transdérmica (TD), epidural, intratecal, intra-articular e nos troncos nervosos.

Em Cuidados Paliativos, o objetivo de conforto prevalece também na escolha da via de administração dos fármacos. Recomenda-se simplificar a prescrição e evitar vias endovenosas que agregam desconforto, dependência, riscos e custos geralmente desnecessários.

À exceção de alguns tumores de vias digestivas altas e de situações clínicas, como vômitos, disfagia, intolerância, obstrução intestinal, caquexia e necessidade de sedar o paciente, que justificam uma via alternativa, a VO, além de ser a recomendada pela OMS, aparece como a preferida em mais de 75% dos pacientes, podendo ser mantida até os últimos dias de vida. No entanto, essa via exerce influência sobre a incidência de metabólitos tóxicos da morfina no SNC (morfina-3-glicurônio/M-3-G e morfina-6-glicurônio/M-6-G) quando em comparação com a administração endovenosa. Os pacientes que recebem morfina VO apresentam prevalência três vezes maior de mioclonias em comparação àqueles que tomam a droga por via parenteral. A diminuição da dose de morfina em 25% a 30%, a troca de via de administração e a hidratação podem reverter o quadro de neurotoxicidade, caracterizado por sintomas neuropsiquiátricos (confusão, déficit de atenção, perda de memória, delírios e alucinações)^[5].

Quando a VO não é possível, a mais utilizada é a SC (hipodermóclise) por sua efetividade e facilidade de uso. Proporciona o mínimo de desconforto para o paciente, eliminando a necessidade de injeções frequentes, sendo confortável e segura para uso domiciliar. As regiões peitoral, deltoide, mesogástrica e coxofemoral são as zonas de punção mais utilizadas, podendo permanecer somente por dois a três dias, mesmo que não se identifiquem complicações da técnica: inflamação, hematomas e infecção. Midazolam, morfina, haloperidol, tramadol, metroclopramida e dexametasona são alguns dos medicamentos mais frequentemente infundidos por esta via, pois não são irritantes. Essa administração pode ser em bolo ou infusão contínua, diluída preferencialmente em solução salina ou soro glicosado a 5%, combinados ou não, com o cuidado de não exceder o volume limite de 10 ml/h, diminuindo, assim, a possibilidade de irritação local e má absorção. A equivalência da dose de morfina oral/subcutânea é de 2:1, ou seja, a dose oral de morfina é reduzida em 50% para ser administrada por via SC. A infusão exclusiva de morfina permite a manutenção do mesmo local de punção por até duas semanas, podendo ser interrompida a qualquer hora, sem risco de trombose.

A VR pode ser uma alternativa à VO, porém se associa a menor adesão de doentes e a irregularidade na absorção. As doses empregadas VO e VR são bem semelhantes.

As formas de apresentação transdérmica, em que o fármaco é incorporado a um *patch* para produzir uma taxa constante de suprimento e evitar o metabolismo pré-sistêmico e a consequente diminuição da biodisponibilidade, inerente à VO, só são apropriadas para fármacos altamente lipossolúveis, como o fentanil, que na pele proporciona biodisponibilidade em torno de 92%, mantendo uma concentração sistêmica estável por 72 horas. Os adesivos possuem superfície coberta com microporos de tamanhos diferentes que controlam a frequência de liberação do fentanil em aproximadamente 25, 50, 75 e 100 µg/h, que promovem crescentes concentrações plasmáticas da droga. É importante lembrar que a derme funciona como um reservatório secundário, de forma que, depois da remoção do adesivo, pode haver manutenção da concentração plasmática da droga com efeitos colaterais tardios (8 a 12 horas). A adoção dessa via deve ser precedida da administração de morfina oral ou parenteral, a fim de aferir eficácia e tolerância aos opioides, bem como para determinação da dose apropriada, utilizando a ajuda de uma tabela de conversão (Quadro 6). Portanto, ela não está indicada a doentes que necessitam de titulação rápida, já que seu início de ação é de aproximadamente 12 a 24 horas para atingir concentrações de equilíbrio e controle da dor. Caso isso não ocorra nas 48 horas, deve-se reajustar a dose utilizando um *patch* adicional de 25 µg/h e tendo como base a dose-resgate necessária nesse período. Os adesivos devem ser fixados sobre a pele limpa em superfícies planas (regiões lombar e dorsal e braços sem pelos), evitando as áreas irritadas e irradiadas da pele.

A via IV é a de escolha quando a VO não é possível e há necessidade de uma titulação mais acelerada da dose analgésica. Entretanto, associa-se a maior desconforto do doente, custos e riscos de infecções locais e sistêmicas. A via IM é pouco indicada por ser dolorosa e desconfortável.

Quando um fármaco não é eficaz por via sistêmica ou instala-se a tolerância, as vias peridural, subaracnóidea ou intraventricular podem ser utilizadas desde que sejam realizadas por profissionais capacitados para tal procedimento, motivo pelo qual são de rara ocorrência. Por essas vias a analgesia é mais prolongada do que a sistêmica em doses inferiores.

Doses sistêmicas

Ao se prescreverem analgésicos deve-se conhecer a sua faixa terapêutica analgésica, que representa os níveis nos quais sua concentração se mantém constante para permanecer na zona de analgesia, pois a dor crônica requer tratamento preventivo, portanto eles devem ser prescritos em intervalos regulares. Ao se administrarem doses subterapêuticas, as concentrações analgésicas se mantêm baixas e, conseqüentemente, o paciente permanece com dor. Se forem administradas doses supraterapêuticas, consegue-se a analgesia em curto período de tempo, obtendo-se rapidamente os efeitos colaterais. Portanto o tratamento deve ser iniciado com doses baixas de opioides, administrados em intervalos fixos para se manterem os níveis plasmáticos e, conseqüentemente, a faixa terapêutica⁽²⁴⁾.

Usar drogas adjuvantes

Os medicamentos adjuvantes são usados com o objetivo de aumentar a eficácia analgésica dos opioides, prevenir e tratar sintomas concomitantes que exacerbam a dor e colaborar

com o manejo da dor neuropática. Podem ser usados em todos os degraus da escada analgésica da OMS.

Entre os coanalgésicos temos corticoides (dexametasona), anticonvulsivantes (carbamazepina, gabapentina, topiramato, pregabalina), antipsicóticos (clorpromazina e haloperidol), antidepressivos tricíclicos (amitriptilina e imipramida), anti-histamínicos (prometazina), ketamina, anestésicos locais e bifosfonatos. Esses agentes são sinérgicos aos opioides, ou seja, podem ser associados em doses mais baixas do que as prescritas isoladamente, o que pode reduzir o potencial tóxico de cada um. Os antidepressivos tricíclicos e anticonvulsivantes (**Quadro 7**) são amplamente prescritos e, amiúde, fornecem benefícios reais.

Quadro 7 – Anticonvulsivantes e antidepressivos tricíclicos disponíveis no Brasil⁽¹⁷⁾	
Princípio ativo	Dose
Carbamazepina	Iniciar 100 mg de 12/12 h, aumentar 200 mg a cada semana
	Dose de manutenção: 400 a 600 mg de 12/12 h
	Reduzir em idosos ou casos de insuficiência renal
	Monitorizar leucograma e função hepática
Gabapentina	Iniciar 300 mg/dia ao deitar; 300 mg de 12/12 h
	Aumentar 300 mg a cada 3 dias até a dose de 1.800 mg/dia
	Reduzir em idosos ou casos de insuficiência renal
Pregabalina	Iniciar 75 mg de 12/12 h, aumentar após 3 dias para 150 mg de 12/12 h
	Aumentar após 7 dias para 300 mg de 12/12 h
	Dose máxima de 300 mg/dia
	Reduzir em idosos ou casos de insuficiência renal
Amitriptilina	Iniciar 10 a 25 mg ao deitar
	Titular a cada semana
	Dose máxima de 50 a 75 mg/dia em duas doses diárias ou em uma tomada ao deitar
Nortriptilina	Iniciar 25 mg ao deitar
	Titular a cada semana. Dose máxima de 100 mg/dia de 8/8 h

Minimizar os efeitos indesejáveis

Na hora de prescrever um fármaco, temos de avaliar vantagens e desvantagens, além dos inconvenientes efeitos secundários, já que são a causa mais frequente de abandono do tratamento. Aproximadamente 22% dos pacientes com dores não-oncológicas descontinuam o uso de opioide em função dos seus efeitos adversos. Os efeitos colaterais dos opioides (**Quadro 8**) são fatores limitantes tanto para seu uso prolongado como para o acréscimo de doses na busca da concentração analgésica desejada.

Quadro 8 – Efeitos colaterais dos opioides⁽⁹⁾

Cognitivos	Sonolência, sedação, desorientação, confusão mental, euforia, disforia, miose, borramento visual, inconsciência e coma
Digestivos	Xerostomia, aumento do tono da musculatura lisa, depressão da motilidade gastrointestinal, prolongamento do esvaziamento gástrico, reduções do ácido clorídrico e da secreção pancreática, constipação intestinal, espasmo no trato biliar, náuseas e vômitos
Neurovegetativos	Rubor facial, diaforese e piloereção
	Inibição simpática (hipotensão postural) e ativação vagal (bradicardia)
	Depressão respiratória (\uparrow tolerância ao CO_2)
Urológicos	Urgência miccional, retenção urinária (espasmo do esfíncter uretral) e diminuição da libido
Tolerância	Necessidade de ajuste periódico das doses
Dependência e vício	Dependência física caracterizada pela síndrome de abstinência (lacrimejamento, espirros, bocejos, agitação, dores no corpo, diarreia, psicoses e alucinações). É comum mas não constitui obstáculo para o uso dos opioides
	Dependência psíquica: comportamento obsessivo-compulsivo de busca pelo uso do opioide para fins recreacionais. Raro (2% a 18%) nos doentes que utilizam para alívio da dor

A constipação intestinal é o efeito adverso mais comum no uso dos opioides. É dose-dependente e não desenvolve tolerância, portanto deve ser energeticamente prevenida e tratada. Juntamente com um opioide se prescreve um laxante em dose única diária matinal (sulfato de magnésio ou supositório de glicerina) ou noturna (bisacodil, hidróxido de magnésio, sene, lactulose ou sorbitol). Se o paciente ficar alguns dias sem evacuar, deve-se prescrever óleo mineral (duas a quatro colheres de sopa) à noite e, na manhã seguinte, aplicar o enema.

As náuseas e os vômitos têm grande variação individual e desenvolvem tolerância com três a quatro dias. Frequentemente são causados pela constipação, porém devem-se excluir outras causas comuns, como hipertensão intracraniana, insuficiências hepática e renal, compressão mecânica de alças intestinais, hipercalemia e hipernatremia, além do uso de drogas. A associação entre um antagonista dopaminérgico (haloperidol 10 a 20 gotas/dia) e um pró-cinético (bromoprida) é bastante eficaz. Alternativamente, os antagonistas serotoninérgicos, como ondasetrona, metoclopramida e difenidramina, podem ser empregados.

Assim como as náuseas, a sedação, a confusão mental e a retenção urinária são efeitos transitórios, desaparecendo em três a quatro dias. Particularmente, a sedação pode ser o primeiro sinal de sobredose da medicação e, nesse caso, deve-se considerar a redução da dose e excluir outras causas, como as metabólicas, infecciosas e hidroeletrólíticas.

A retenção urinária é tratada com redução da dose, manobras de esvaziamento vesical e sondagem vesical.

A tolerância, por ser considerada um fenômeno natural, é compensada com a elevação gradual da dose, da frequência de administração, além do uso de medidas adjuvantes (AINHs e outras modalidades de analgésicos).

Não há consenso na literatura quanto ao uso de antagonistas opioides no tratamento desses efeitos adversos, porém existe a concordância entre os profissionais dos Cuidados Paliativos de que o importante é informar ao paciente e à família sobre esses efeitos cada vez que se inicia a terapia com opioide, esclarecendo, assim, a prescrição de medicamentos não-analgésicos.

Dor na atenção domiciliar

Na presença de um paciente com diagnóstico de doença terminal associada à dor total, a equipe de saúde presencia dois tipos de conduta. A princípio ocorrem o abandono e o cessar da atenção ao paciente, transferindo-se essa responsabilidade para a família, que passa a utilizar os serviços de emergência devido a quadros de dor, que, no melhor dos casos, são estabilizados em centros assistenciais e transferidos para outro, ocasionando gasto institucional e maior incerteza para o paciente e sua família. É nesse momento que a atenção domiciliar tem espaço. O outro tipo de conduta é o encarceramento terapêutico, sendo os pacientes vítimas de quadros dolorosos associados a tratamentos curativos agressivos cujos efeitos secundários e cuja escassa ou nula melhoria implicam custos físico e econômico para paciente, sua família e o sistema público de saúde.

A analgesia domiciliar segue os mesmos princípios já discutidos anteriormente, que são efetivos para a analgesia sem riscos notáveis de efeitos adversos. Entretanto, os bons resultados vão requerer maior compromisso das famílias. É vital, portanto, avaliar a disponibilidade da família em conduzir as recomendações médicas. Devem-se avaliar o grau de conflitos interpessoais, a dinâmica familiar, o tipo de família, a religião e os valores com relação à morte, ao tipo de atenção domiciliar e à farmacoterapia proposta para o alívio da dor.

O provedor dos cuidados pode ser um familiar motivado por um componente emocional (cuidador informal) ou uma pessoa contratada (cuidador formal). Frequentemente, na maioria das famílias, o cuidado do paciente crônico é assumido por um único membro da família, chamado de "cuidador principal", podendo ocorrer voluntariamente ou por acordo familiar. O cuidador deve exercer diferentes tipos de habilidades para as quais não foi treinado, além de cumprir com o resto de suas responsabilidades particulares, o que repercute na qualidade da atenção delegada ao paciente e no estresse emocional do cuidador pela situação vivida. Por tudo isso é recomendável que o médico, desde o princípio, aborde o grupo familiar e identifique aquele que tem propensão para cumprir as tarefas de cuidador principal, buscando acordo e colaboração de todo o grupo. Na atenção domiciliar é disponibilizada uma equipe multiprofissional integrada por médico, psicólogos, assistentes sociais e enfermeiros que informam ao grupo familiar sobre a doença de seu parente, a evolução, o prognóstico e sobre como os cuidados, além de oferecerem apoio moral, ajudam psicologicamente. A equipe também contará com apoio dado por um guia espiritual.

Os Cuidados Paliativos domiciliares englobam valores científicos e éticos que não devem ser considerados um luxo restrito a uma elite que pode adquirir esse tipo de cuida-

do de forma privada, mas sim devem ser vistos como uma forma solidária de assistência integrada no sistema de saúde pública⁽⁶⁾.

Referências

1. ADDINGTON-HALL, J.; FAKHOURY, W.; MCCARTHY, M. Specialist palliative care in nonmalignant disease. *Pall Med*, v. 12, p. 417-27, 1998.
2. BALLANTYNE, J.; FISHMAN, S. M.; ABDI, S. The Massachusetts General Hospital Handbook of Pain Management. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004. cap. 01, p. 3-29.
3. BONILLA, P.; MONTANEZ, A.; QUIROZ, C. Manejo de síntomas en el paciente oncológico en una unidad de cuidados paliativos. *Rev Venezolana de Anestesiología*, v. 8, p. 43-6, 2003.
4. BRENNAN, F.; CARR, D. B.; COUSINS, M. Pain management: a fundamental human right. *Pain Medicine – Section Editor: Review Article*, v. 105, n. 1, 2007.
5. BROADBEN, A.; GLAVE, P. Neurotoxicity from chronic opioide therapy after successful palliative treatment for painful bone metastases. *J Pain Symp Manage*, v. 29, p. 520-4, 2005.
6. BRUERA, E. et al. Palliative care: basic principles. *International Association for Hospice and Palliative Care*. 1. ed. 2004. p. 1-9.
7. CARDOSO, M. G. M. Efeito potencializador do antineoplásico paclitaxel (Taxol®) na hiperalgesia inflamatória experimental induzida pelo zymosan. 2003. Dissertação (Mestrado em Fisiologia e Farmacologia) – Universidade Federal do Ceará, 2003.
8. CARDOSO, M. G. M. Cuidados paliativos em dor. In: ALVES NETO, O. et al. *Dor: princípios e prática*. Porto Alegre: Artmed Ed., 2009. p. 335-43.
9. CHENY, N. et al. Expert Working Group of the European Association of Palliative Care Network. Strategies to manage the adverse effects of oral morphine: an evidence-based report. *J Clin Oncol*, v. 19, p. 2542-54, 2001.
10. DE SIMONA, G.; TRIPODORO, V. *Fundamentos de cuidados paliativos y control de síntomas*. 1. ed. Buenos Aires: Pallium Latinoamérica, 2004.
11. HENNEMANN KRAUSE, L.; SPIEGEL, P. Utilização racional dos opioides em dor. In: ALVES NETO, O. et al. *Dor: princípios e prática*. Porto Alegre: Artmed Ed., 2009. p. 1084-100.
12. LUND, S.; COX, S. Palliative care. In: HOLDCROFT, A.; JAGGAR, S. (eds.). *Core topics in pain*. Cambridge University Press, 2005. p. 317-21.
13. MARINAANGELI, F. et al. Use of strong opioids in advanced cancer pain: a randomized trial. *J Pain Symptom Manage*, v. 27, n. 5, p. 409-16, 2004.
14. MERSKEY, H.; BOGDUK, N. *Task force of taxonomy: classification of chronic pain*. Seattle: IASP, 1994.
15. MIGUEL, R. International treatment of cancer pain: the fourth step in the World Health Organization analgesic ladder? *Cancer Control*, v. 7, p. 149-56, 2000.
16. OLIVEIRA, L. F. Princípios gerais do tratamento farmacológico da dor. In: ALVES NETO, O. et al. *Dor: princípios e prática*. Porto Alegre: Artmed Ed., 2009. p. 1033-41.
17. PEREIRA, J. L. Gestão da dor oncológica. In: BARBOSA A.; NETO, I. *Manual de cuidados paliativos*. Lisboa, 2006. p. 61-113.
18. SAKATA, R. K.; ISSY, A. M. *Guia de dor*. 1. ed. São Paulo: Manole, 2004.
19. SIEBEL, J. S.; BEIRITH, A.; CALIXTO, J. B. Evidence for the involvement of metabotropic, neurokinin 1 receptor pathways and protein kinases C in the antinociceptive of dipyrone in mice. *Brain Res*, v. 1003, n. 1-2, p. 61-7, 2004.
20. SOUZA, F. F.; SILVA, J. A. A métrica da dor: problemas teóricos e metodológicos. *Revista Dor*, v. 6, n. 1, p. 469-513, 2005.
21. TWYXCROSS, R. *Introducing palliative care*. 4. ed. Radcliff Med Press, 2003. p. 4-8.
22. WIFFEN, P. J. et al. Oral morphine in cancer pain. *Cochrane Database Syst Rev*, v. 4, CD00368, 2003.
23. WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Cancer pain relief and palliative care*. Technical report series 840. Geneva: WHO, 1996. p. 15.
24. ZECH, D. F. et al. Validation of World Health Organization Guidelines for cancer pain relief: a 10-year prospective study. *Pain*, v. 63, p. 65-76, 1995.

Dispneia, tosse e hipersecreção de vias aéreas

RICARDO TAVARES DE CARVALHO

A abordagem dos sintomas respiratórios em Cuidados Paliativos é complexa e engloba não apenas o controle dos sintomas envolvidos (principalmente dispneia, tosse e hipersecreção brônquica – broncorreia), mas também uma gama de doenças (doença pulmonar obstrutiva crônica [DPOC], insuficiência cardíaca congestiva [ICC], câncer etc.), além de aspectos emocionais que envolvem, além do paciente e familiares, toda a equipe de saúde. A abordagem do assunto exige conhecimento clínico para compreensão da fisiopatologia, das bases farmacológicas para o uso de medicação opioide e benzodiazepínicos, além do racional, para o uso apropriado de oxigênio e terapêuticas não-farmacológicas, que podem auxiliar o controle dos sintomas.

Dispneia

Entre os sintomas presentes nesse contexto, sem dúvida o mais comum é a dispneia. Trata-se de uma sensação eminentemente subjetiva, caracterizada pela percepção desconfortável da respiração, receio de não conseguir respirar ou ainda uma “sensação de avidez por ar”. É um sintoma muito frequente, acometendo cerca de 21% a 90% dos pacientes com câncer com ou sem envolvimento pulmonar⁽¹²⁾. É importante ter em mente que 24% dos pacientes que apresentam dispneia não possuem patologia cardiopulmonar. Isso se explica pela complexidade do sintoma e pelas diversas possibilidades de etiologias, além do componente emocional, que deve ser cuidadosamente avaliado.

Como princípio, na abordagem de qualquer sintoma em Cuidados Paliativos, a primeira preocupação do profissional de saúde deve ser a minuciosa avaliação da situação.

Nesse contexto, a avaliação da dispneia apresenta uma particularidade: não existe uma forma ainda padronizada de se abordar esse sintoma em todos os seus aspectos: físico, emocional, comportamental e circunstancial. Dessa forma, a avaliação apropriada e a conduta a ser tomada dependem de uma percepção muito acurada de toda equipe e, principalmente, do médico que acompanha o paciente.

Existem 33 escalas diferentes para avaliação de dispneia, mas nenhuma delas é adequada para uso isolado, porque elas avaliam características unidimensionais do sintoma⁽³⁾ ou somente a intensidade física ou apenas o componente emocional etc. Aspectos diferentes e importantes a serem avaliados são o impacto na funcionalidade de vida e a resposta à terapêutica.

Quando se faz uma avaliação dos sintomas respiratórios, é fundamental que se avaliem não só a intensidade (pequena, média ou grande), mas também as suas características, como desencadeantes, ritmo de evolução, fatores de melhora e piora, além da doença que leva ao sintoma (**Figura 1**).

Quando se quer **explicar**, e essa é a próxima etapa da abordagem desses pacientes em Cuidados Paliativos, é necessário que o paciente entenda o que ocorre, de forma que ele seja parceiro do médico e da equipe no controle dos sintomas, pois é ele quem nos sinaliza se o sintoma está sendo adequadamente abordado ou não.

Cuidados Paliativos – Dispneia

Avaliação

- Intensidade
- Característica
- “Disparadores”
- Evolução temporal
- Fatores de melhora
- Resposta a intervenções
- Componente emocional

Causas



Figura 1 – Avaliação da dispneia

ICC: insuficiência cardíaca congestiva; DPOC: doença pulmonar obstrutiva crônica.

É fundamental que entendamos que dispneia e síndromes respiratórias não são algo a se temer ou muito difícil de abordar e que sempre teremos de fazer as mesmas coisas para todos os tipos de pacientes. Tornou-se comum julgar que há “tão pouco a fazer”. Um conjunto de sintomas comuns a várias doenças não deve ser sempre abordado de forma padronizada.

A fisiopatologia da dispneia se caracteriza por uma interação bastante complexa entre receptores sensíveis a estímulos químicos, como as pressões parciais de gás carbônico e oxigênio no sangue, e mecanoreceptores sensíveis ao grau de expansão da caixa torácica. Os impulsos aferentes a partir desses receptores integram-se no sistema nervoso central (SNC), sofrem influência de estruturas pontinas e geram resposta eferente que se traduz em expansibilidade torácica e aumento da frequência respiratória.

Realizada a insuflação pulmonar, existe o reflexo Hering Breuer, que faz um *feedback* negativo com o centro respiratório, enviando sinais para que se interrompam os estímulos à musculatura respiratória. Isso tem também influência direta do córtex cerebral, demonstrando que as questões emocionais são importantes componentes dessa sintomatologia⁽⁷⁾ (**Figura 2**).

Outra forma de entender a ocorrência da dispneia é, didaticamente, dividir suas causas de acordo com o estímulo que leva à ativação do centro respiratório e gera o *drive* ventilatório aumentado e a sensação desconfortável ao respirar (**Figura 3**).

A próxima etapa do processo, depois de tentar avaliá-lo e explicá-lo de forma apropriada e conhecer a fisiopatologia, é tentar **abordar o que é passível de ser corrigido**.

Havendo causas corrigíveis, é possível controlar a dispneia de forma mais fácil e rápida. Quando há derrame pleural, por exemplo, punção, drenagem e eventualmente pleurodese (em caso de derrame pleural de repetição) podem ser condutas extremamente úteis. Além disso, pode-se lançar mão de anticoagulação no caso de tromboembolismo pulmonar, radioterapia, *laser*, *stents* de vias aéreas no caso de obstrução mecânica não-

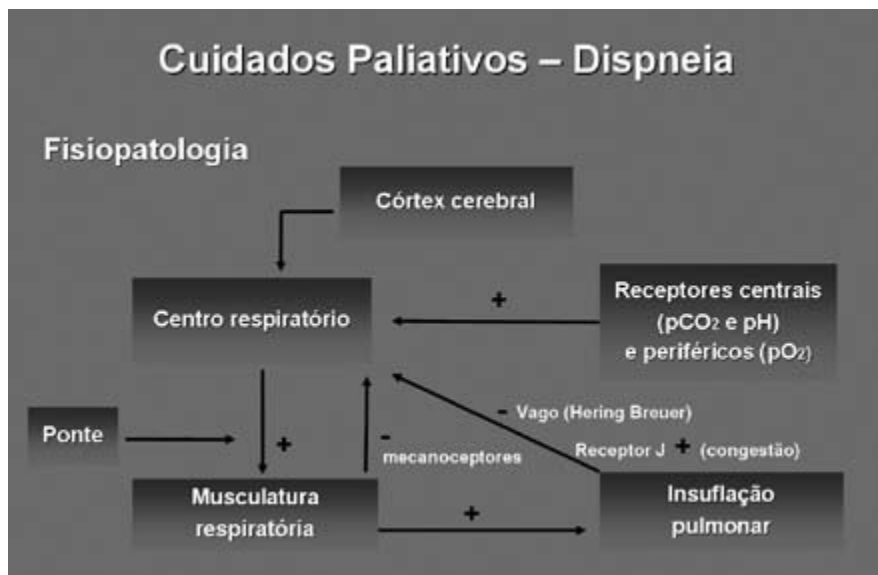


Figura 2 – Fisiopatologia da dispneia

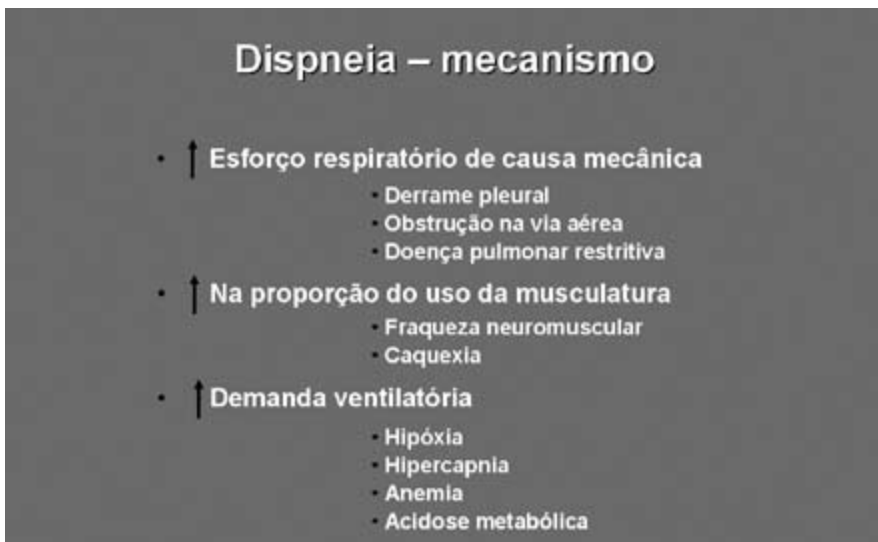


Figura 3 – Mecanismos de gênese da dispneia

removível, corticosteroides no caso de linfangite carcinomatosa, diuréticos em caso de edema pulmonar etc. (Figura 4).

O último princípio na abordagem aos sintomas em Cuidados Paliativos deve ser a **atenção aos detalhes**.

Manejo da dispneia

Causas

- Derrame pleural
- TEP
- Obstrução na via aérea
- Linfangite carcinomatosa
- Infecção respiratória
- Anemia
- Edema pulmonar

Manejo

- Punção, drenagem pleurodese
- Anticoagulação
- Radioterapia
- Laser
- Stents
- Corticoides (dexta 8-12 mg/d)
- Antibióticos
- Sangue
- Diuréticos

Figura 4 – Algumas causas corrigíveis e possíveis condutas
VNI: ventilação não-invasiva; TEP: tromboembolismo pulmonar.

Os detalhes são sempre o diferencial que evidencia, na prática, quem é a equipe e quem é, principalmente, o médico que está cuidando do paciente. Nesse sentido, é importante também, como princípio em Cuidados Paliativos, a lembrança de que cada paciente é único. Além disso, deve-se atentar para qual etapa da doença o paciente se encontra, tentar entender o que podemos e devemos fazer para que nossa atitude seja pertinente com diagnóstico e prognóstico e sempre observar necessidades individuais. Nesse sentido, é importante perceber que a história natural de diferentes doenças é variável, como o câncer, por exemplo, que apresenta uma evolução bastante previsível, com a fase final mais bem marcada.

Para quem se destina a fazer esse tipo de assistência, são muito mais difíceis os pacientes com doenças crônicas que evoluem com descompensações repetidas, como cardiopatas e pneumopatas. Nesses casos, nunca se sabe se a agudização atual culminará com a morte ou se irá ocorrer recuperação. Além disso, existe a possibilidade de morte súbita posteriormente, o que é um evento relativamente frequente nessa população.

De qualquer forma, é importante que se tenha em mente, por exemplo, que se a dispneia ou insuficiência respiratória ocorre após esforço físico, isso provavelmente denota uma fase mais inicial, na qual é possível corrigir uma série de distúrbios lançando mão de tratamentos farmacológicos, com diuréticos, broncodilatadores e medicações que tendam a reverter a causa de base da insuficiência respiratória. Assim, nessa fase em que isso é factível, não devemos nos prender apenas aos aspectos meramente relacionados com o controle de sintomas, mas também pensar na intervenção, para tentar conter a evolução da doença. À medida que os sintomas passam a surgir em repouso, o tratamento sintomático toma um papel mais importante, ficando muito mais evidente na fase final⁽¹³⁾ (**Figura 5**).

Síndromes respiratórias

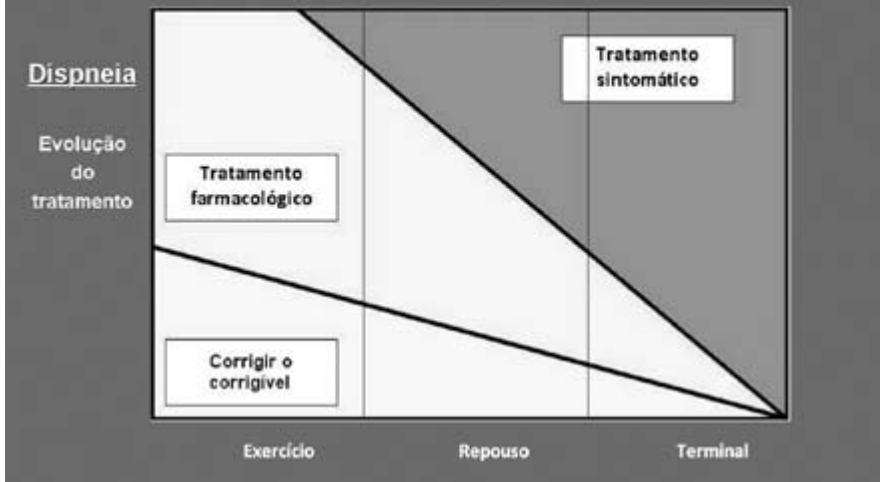


Figura 5 – Abordagem diferenciada da dispnéia de acordo com a evolução temporal da doença, do início dos sintomas até a fase final (adaptado de Wilcock, A.; Nottingham University)⁽¹³⁾

Assim, a American College of Chest Physicians redefiniu em 2007⁽⁶⁾ diretrizes para o tratamento da dispnéia sob o ponto de vista paliativo, envolvendo o uso de opioides, ansiolíticos, oxigênio e também tratamento não-farmacológico.

As questões relativas à ventilação não-invasiva são controversas e relacionam-se com o balanço entre benefício real e desconforto ocasionado pelo dispositivo. Isso, sem dúvida alguma, é um detalhe importante que precisa ser lembrado.

Opioides

O mecanismo de ação dos opioides no controle da dispnéia é relativamente desconhecido. Sabe-se que existem receptores opioides no SNC, em toda árvore respiratória e principalmente nos alvéolos. Existe um potencial efeito de depressão respiratória advinda dos opioides, fazendo com que seu uso seja temido. Entretanto, esse efeito é infrequente, apresenta desenvolvimento rápido de tolerância quando a droga é usada de forma apropriada e tende a ocorrer somente em pacientes que não são usuários crônicos de opioides.

De qualquer maneira, acredita-se que isso ocorra por uma alteração da sensibilidade dos receptores centrais a hipercapnia e hipóxia, além de alteração da sensibilidade do mecanorreceptores da caixa torácica. Um contraponto importante nesse contexto é que frequentemente pacientes que apresentam dispnéia, principalmente em fase avançada da doença, apresentam conjuntamente o sintoma de dor, que se beneficia também do uso do opioide. A dor é um estímulo excitatório, contribuindo para minimizar a eventual depressão respiratória.

Assim, o que se recomenda para tratamento da dispnéia em casos leves e em pacientes virgens de tratamento é o uso de codeína na dose de 30 mg via oral (VO) a cada

4 horas. Frequentemente a dose pode ser menor, mas deve-se sempre respeitar a posologia do horário para que o paciente não fique períodos sem a ação do medicamento. A prescrição em intervalo posológico diferente é inadequada.

Para pacientes com dispneia grave e virgens de tratamento, as doses eficazes são extremamente individuais. Sugere-se sulfato de morfina (5 mg VO de 4/4 h) ou outros opioides⁽¹²⁾. Apesar de recomendada na literatura internacional para uso a cada 4 horas, a oxicodona em nosso meio existe sob a forma de liberação lenta e pode ser usada a cada 12 horas. A ressalva é que ela é uma medicação cara e acaba por não ser vantajosa, principalmente em serviços públicos.

Vale lembrar que podem ser dadas doses de resgate nos intervalos entre as tomadas programadas e devem-se titular as doses totais diárias cuidadosamente, com aumentos de 50% a cada 24 horas. Lembrar que pacientes com DPOC e cardiopatas são mais sensíveis e devem ter o início do seu tratamento com metade da dose usual⁽¹²⁾ também é importante. Em pacientes tolerantes ao opioide, o manuseio das doses pode ser mais liberal, sempre lembrando dos resgates. Esses ajustes de dose para cada tipo de paciente é um detalhe relevante (**Figura 6**).

Do acordo com as evidências na literatura, os opioides por VO ou parenteral são medicações de uso reconhecidamente aprovado em controle de sintomas respiratórios. O uso de opioides por via inalatória é controverso na literatura, bem como seu uso para dispneia de esforço.

Com relação aos efeitos adversos, há a tendência de serem iguais àqueles observados no tratamento de dor, mas não existe uma evidência forte (muito pelo contrário) de que o uso de opioides possa trazer algum tipo de alteração na saturação de oxigênio por conta do potencial efeito de depressão respiratória. Isso demonstra que os opioides não são,

Dispneia

Uso de opioides

Dispneia leve

- Pacientes “virgens” de tratamento
 - Codeína 30 mg VO 4/4 horas

Dispneia grave

- Pacientes “virgens” de tratamento
 - Sulfato de morfina 5 mg 4/4 horas
 - Oxicodona 5 mg VO 4/4 horas
 - Resgates se necessário
 - Titular doses (50%-100% a cada 24 horas)
 - Para DPOC e cardiopatas: 1/2 dose
- Pacientes tolerante a opioide
 - Dose inicial 25%-50% maior
 - Resgates, se necessário

Figura 6 – Uso de opioides na dispneia
VO: via oral; DPOC: doença pulmonar obstrutiva crônica.
Fonte: Thomas R. The Lancet Oncology 2002, 3: 223-8.

portanto, uma medicação perigosa para o controle de dispneia, mesmo em pacientes em fase avançada de doença⁽²⁾.

A crítica que se faz sempre aos estudos relativos aos opioides é a de que são extremamente heterogêneos quanto às populações estudadas, aos diferentes tipos de doenças em fases de evolução diferentes, além de ao uso de doses e às vias de administração variadas. Tudo isso torna a comparação entre os estudos extremamente problemática.

Benzodiazepínicos

O uso desse tipo de medicações é justificado pela presença de componente emocional importante nos sintomas de natureza respiratória. Nesse contexto, o uso de benzodiazepínicos tem papel definido.

A droga mais estudada para esse fim, nesse contexto, é o midazolam e as doses utilizadas são baixas, em torno de 5 a 10 mg em 24 horas. É frequente o uso em associação ao opioide, tanto por VO, intravenosa (IV) ou subcutânea (SC). Apesar de alguns estudos mostrarem que o efeito da associação no controle da dispneia é semelhante ao uso do opioide isolado, a experiência mostra que, quando o componente emocional/afetivo é marcante, existe melhora adicional expressiva. Além do uso do midazolam, descreve-se também o uso de lorazepam, em doses de até 0,5 a 1 mg VO por hora, e diazepam. A manutenção se faz com doses tituladas, ministradas a cada 6 ou 8 horas⁽⁹⁾.

Oxigênio

O uso de oxigênio como medida paliativa vem sendo estudado de forma sistemática apenas mais recentemente. Entretanto, na prática, é um recurso bastante comum.

Nesse sentido, existe uma preocupação em se identificar um ponto de equilíbrio para a indicação de um artefato que por um lado nem sempre é benéfico e, por outro, possui custo bastante elevado.

Em revisão bibliográfica sobre o uso de oxigênio em Cuidados Paliativos⁽¹⁾ (1996 a 2006), classificando somente artigos envolvendo população adulta, de língua inglesa, e estudos randomizados e placebo controlados, identificamos 29 artigos.

Em cinco artigos relacionados com câncer, o número de pacientes estudado foi pequeno (14 a 51), e o que se observa é que em quatro estudos houve melhora na dispneia tanto com oxigênio como com ar comprimido.

Isso pode ser explicado pela existência de receptores de estímulos mecânicos na região da face que respondem ao fluxo aéreo. Assim, não é necessário que muitas vezes se coloque oxigênio nasal. Abrir uma janela, deixar o doente em lugar arejado e fresco ou mesmo o uso de um ventilador frequentemente têm efeito positivo que pode ser explicado por serem, esses receptores, responsivos ao contato mecânico do ar com o rosto, diminuindo a sensação subjetiva de dispneia. De qualquer maneira, alguns estudos também mostram que ocorre melhora só com oxigênio e que isso ocorreu de forma mais consistente somente nos pacientes com saturação de oxigênio menor que 90%.

Em pacientes com DPOC, que representam a maior parte da população analisada (21 artigos), existem estudos em situações diferentes (repouso e durante atividade física) e com resultados controversos. Excetuando-se aqueles que já apresentem indicação clara

para oxigenioterapia contínua, o uso de oxigênio acaba sendo preconizado para as agudizações não-responsivas a outros tratamentos e nas quais a saturação de oxigênio fica abaixo de 90%.

Na insuficiência cardíaca existem apenas três estudos, em pacientes em classe funcional (CF) I – II (New York Heart Association [NYHA]), um deles com uso em repouso e dois com uso em exercício. A grande dúvida é se esses resultados são extrapoláveis para os pacientes com ICC CF IV. Os resultados são inconclusivos.

Portanto, não há estudos que demonstrem que o uso de oxigênio para palição da dispnéia seja inequivocamente indicado para pacientes com ICC.

Assim, do ponto de vista geral, existe ainda pouca evidência do benefício concreto do uso indiscriminado de oxigênio em Cuidados Paliativos. A indicação é precisa em subgrupos e situações especiais (Figura 7).

Ventilação não-invasiva e medidas não-farmacológicas

A grande polêmica da utilização da ventilação não-invasiva no contexto paliativo está no fato de que esse foi que um aparato terapêutico criado para tratamento de insuficiência respiratória aguda e com benefício comprovado em alguns subgrupos de pacientes, com reversão do quadro agudo.

O uso em Cuidados Paliativos sempre foi muito questionado pela necessidade de se estabelecer um equilíbrio entre alívio de sintomas e, eventualmente, prolongamento desconfortável de sofrimento e processo de morte. É importante que se tenha em mente exatamente o que se deseja com esse procedimento, já que podemos estar levando pacientes em agonia final à condição de privação de um contato mais próximo com a família e de alguma forma de expressão, por causa da máscara de pressão positiva que é colocada no rosto, podendo piorar ainda mais os sintomas.

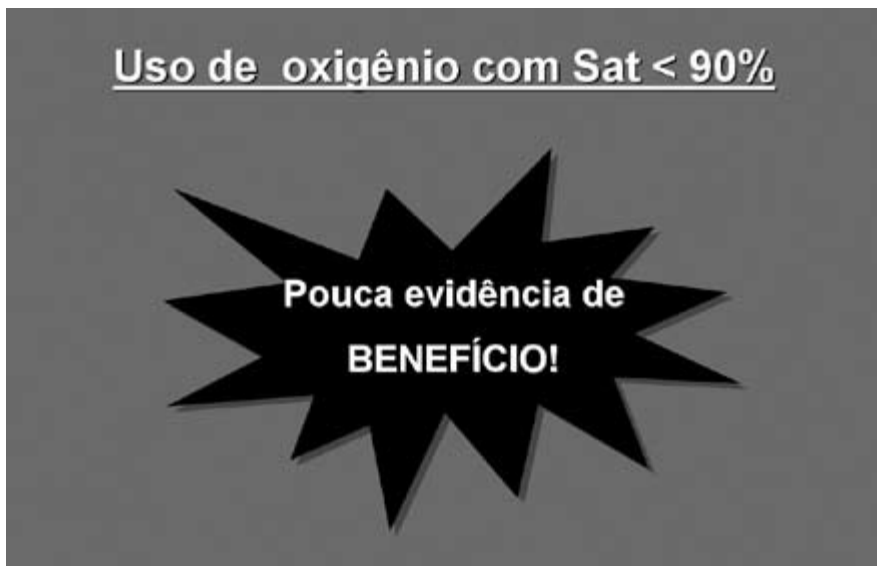


Figura 7 – Uso de oxigênio para palição da dispnéia

Dois interessantes estudos, em pacientes de unidade de terapia intensiva (UTI) que possuíam documentação de ordens de não-intubação, podem trazer uma visão um pouco diferente do assunto^(8,11).

Nesse tipo de paciente surgiu a dúvida sobre se seria efetivo e até mesmo ético incluir a ventilação não-invasiva como opção para controle de uma eventual agudização. Existia uma tendência a se achar que isso poderia ser útil para subgrupos de pacientes com DPOC e ICC, a exemplo do que já acontece em situações que não caracterizam terminalidade. A conclusão geral é de que tais pacientes, que apresentam condições clínicas gerais melhores (mais conscientes, menos desnutridos, com escores de prognóstico melhores, que entendem e aceitam o procedimento etc.), têm uma mortalidade relacionada com o evento agudo, tratado com ventilação não-invasiva, modalidade ventilação com pressão positiva contínua bifásica (BIPAP), bem menor que outros pacientes com insuficiência respiratória hipoxêmica, como no caso do câncer, por exemplo. A taxa de complicações descrita foi relativamente pequena (5%).

A escolha do paciente a ser submetido ao procedimento deve ser muito criteriosa e, definitivamente, não é fácil, devendo ser compartilhada sempre com paciente e família.

Além disso, uma série de medidas não-farmacológicas pode ser instituída para proporcionar conforto e bem-estar ao paciente e à família. Nesse sentido, o trabalho do fisioterapeuta pode ser de grande valor, por meio de técnicas e posicionamento que ajudem na manutenção da via aérea pérvia e no relaxamento da musculatura acessória, diminuindo o trabalho respiratório, além de exercícios para combater o imobilismo e o uso de técnicas de contenção de energia.

A aspiração de vias aéreas é um procedimento doloroso e deve ser empregado com critério, sempre com uso de analgesia de resgate anteriormente.

O uso de acupuntura e pressoacupuntura foi descrito como positivo na melhora da dispneia em pacientes com DPOC avançada, com impacto na melhora da qualidade de vida⁽¹⁰⁾ (**Figura 8**).

Tratamento não-farmacológico

- Avaliação do doente e adoção de postura calma
- Apoio psíquico, social e espiritual
- Exercícios respiratórios
- Planejamento de atividades
- Planejamento de contenção de energia
- Técnicas de relaxamento
- Posicionamento no leito
 - Decúbito elevado
 - *good lung down*
- Acupuntura
- Atenção e escuta ativa
- Aspiração??
- VNI?

Figura 8 – Tratamento não-farmacológico da dispneia
VNI: ventilação não-invasiva.

Outro aspecto importante a ser lembrado é que, quando tomamos todas as medidas possíveis e pertinentes em cada situação, temos os elementos necessários para nos tranquilizarmos e para que possamos dar apoio, mais de perto, à família. Uma das coisas mais conflitantes para a família é notar que a equipe não está coesa ou se encontra tão ou mais ansiosa no controle da situação. A equipe e, fundamentalmente, o médico devem estar seguros para transmitir isso para a família e acolhê-la.

Tosse

A tosse afeta cerca de 37% do pacientes com câncer avançado (principalmente de pulmão), 38% desses com sintomas moderados ou intensos. Ocorre mais de 10 vezes por dia em cerca de dois terços dos pacientes, interferindo na respiração, no sono e às vezes dificultando a fala⁽⁶⁾. Chega a ser prevalente em 29% a 83% dos pacientes em Cuidados Paliativos.

Além do câncer em si, das suas complicações e até mesmo do seu tratamento, o uso concomitante de outras drogas pode participar na gênese do sintoma⁽⁶⁾ (**Figuras 9 e 10**).

O tratamento se baseia em drogas que atuam nos receptores de tosse espalhados por via aérea superior, árvore brônquica, diafragma, membrana timpânica, seios paranasais, vasos pulmonares, pleuras etc., que iniciam a condução do estímulo até o centro da tosse, no tronco cerebral.

Havendo uma doença cardíaca ou pulmonar, o uso de medicações específicas para esse fim deve ser tentado inicialmente. Caso contrário, não se espera que o uso dessas medicações tenha grande impacto na tosse presente, por exemplo, nas doenças neoplásicas.

Os opioides são as drogas que apresentam melhor efeito antitussígeno no câncer. Porém, devido aos potenciais efeitos colaterais, outras medicações têm sido aventadas como de pri-

Causas de tosse – Câncer		
	Relacionadas ao câncer	Outras causas
Sistema respiratório	Envolvimento da via aérea	Asma
	Quimioterapia	DPOC/bronquiectasia
	Derrame pleural	Infecções
	Infiltração pleural	Doença pulmonar intersticial
	Envolvimento pulmonar	Sinusopatia
	Radioterapia	TEP
	Fístula traqueoesofágica	Sarcoidose
Outros sistemas	Linfangite carcinomatosa	ICC
	Envolvimento mediastinal	Refluxo gastroesofágico
	Derrame pericárdico	Irritação timpânica
	Síndrome de veia cava superior	

Figura 9 – Causas de tosse relacionadas ao câncer e a outras doenças

DPOC: doença pulmonar obstrutiva crônica; TEP: tromboembolismo pulmonar; ICC: insuficiência cardíaca congestiva.

Tosse induzida por drogas

Classe de droga	Droga específica
Inibidor de enzima conversora da angiotensina	Todos
Benzodiazepínicos	Midazolam
Meios de contraste	Bleomicina
Agentes citotóxicos	Metotrexato
Agentes inalatórios	Ipratrópio
	Salbutamol
	Cromoglicato de sódio
	Corticosteroides
Anti-inflamatórios não-hormonais	

Figura 10 – Drogas que podem causar tosse

meira linha para o tratamento⁽⁴⁾ (Figuras 11, 12 e 13). Entretanto, por não estarem disponíveis, em sua maioria, no Brasil, os opioides acabam ocupando papel de destaque no controle desse sintoma. Anestésicos locais podem também ser usados de forma inalatória.

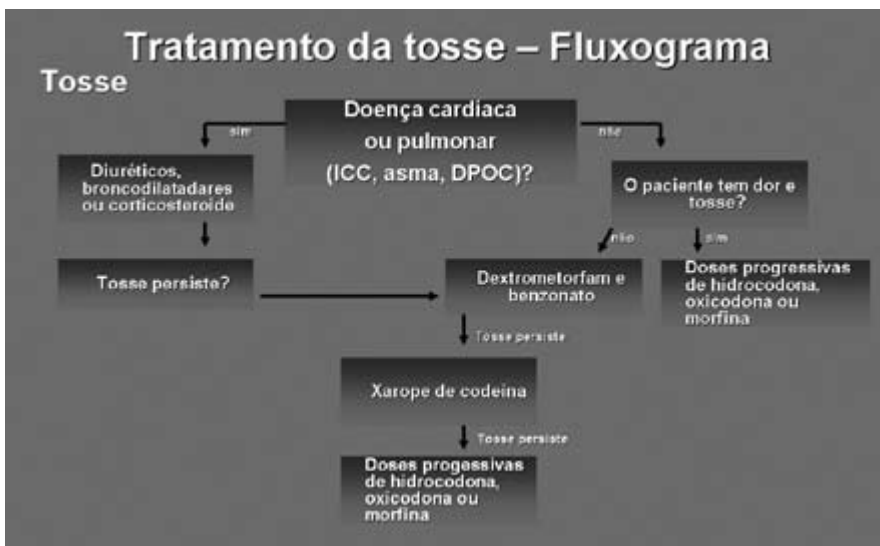


Figura 11 – Tratamento da tosse – Fluxograma

Fonte: Am J Hospice and Pall Care, v. 24, n. 2, p. 144-51, 2007.

ICC: insuficiência cardíaca congestiva; DPOC: doença pulmonar obstrutiva crônica.

Tratamento da tosse

Opioides

- Codeína é o mais comum – 10-20 mg 4/4 h
- Inibição do receptor u no pulmão e na via aérea
- Supressão do centro da tosse (medula e centro respiratório)
- ↓ Produção de muco e ↑ *clearance* ciliar
- Hidrocodona – 5-10 mg 4-6 h

Não-opioides – Sinergismo com opioides

Dextrometorfam

- Potência = codeína
- Comum nos xaropes – EUA
- Ação NMDA!
- 10-20 mg 4/4 ou 6/6 h
- Risco: alucinações

Figura 12 – Opioides e não-opioides no tratamento da tosse

NMDA: receptores n-metil-D-aspartato.

Tratamento da tosse

Não Opioides

- Nebulização
- Bupivacaína
- Anestésicos locais - 5 ml (solução 0,25%) 8 – 8h
- Xilocaína - 5 ml (solução 2%) 6 – 6h
- Risco – Broncoespasmo
- Aspiração alimentar até 1h

Figura 13 – Anestésicos locais no tratamento da tosse

Hipersecreção de vias aéreas

É importante lembrar que sempre há uma forma de trazer algum conforto.

Do ponto de vista não-farmacológico, é possível um trabalho integrado com o fisioterapeuta, utilizando técnicas para adequar o posicionamento da cabeça e da via aérea, de modo a facilitar a drenagem de secreções, evitando acúmulo e consequente piora do desconforto, além

de respiração ruidosa ("sororoça"), muito angustiante para os familiares. O controle apropriado de secreções é importante, pesando sempre se o uso de aspiração de vias aéreas é apropriado, já que se trata de procedimento doloroso e que traz, em geral, um desconforto muito grande. Pode-se conseguir redução da quantidade de secreções com o uso de corticosteroides, cuja ação é melhor nos pacientes com asma do que com câncer, antibióticos macrolídeos como eritromicina (diminuição de secreção mediada por macrófagos), anticolinérgicos como hioscina, na dose de 10 mg a cada 4 ou 6 horas (VO, IV ou SC), ou mesmo colírio de atropina na própria cavidade oral, na dose de duas gotas a cada 6 ou até 12 horas (conforme resposta).

Em última instância, pode-se lançar mão de sedação paliativa. Esse recurso é reservado como a última opção, quando as outras alternativas se mostraram ineficazes.

Como perspectiva no controle de sintomas respiratórios em Cuidados Paliativos, é necessário que se façam mais estudos em pacientes não-portadores de câncer, para os quais os estudos são mais escassos.

A identificação do paciente que possa se beneficiar com cada um desses procedimentos e o momento correto para utilizá-los constituem-se grandes desafios do médico na palição de sintomas respiratórios.

Referências

1. BOOTH, S. et al. Expert Working Group of the Scientific Committee of the Association of Palliative Medicine. The use of oxygen in the palliation of breathlessness. A report of the expert working group of the Scientific Committee of the Association of Palliative Medicine. *Respir Med*, v. 98, n. 1, p. 66-77, 2004. Review. Erratum in: *Respir Med*, v. 98, n. 5, p. 476, 2004.
2. CLEMENS, K. E.; KLASCHIK, E. Symptomatic therapy of dyspnea with strong opioids and its effect on ventilation in palliative care patients. *J Pain Symptom Manage*, v. 33, n. 4, p. 473-81, 2007.
3. DORMAN, S.; BYRNE, A.; EDWARDS, A. Which measurement scales should we use to measure breathlessness in palliative care? A systematic review. *Palliat Med*, v. 21, n. 3, p. 177-91, 2007.
4. HAAS, A. R. Recent advances in the palliative management of respiratory symptoms in advanced-stage oncology patients. *Am J Hosp Palliat Care*, n. 24, v. 2, p. 144-51, 2007.
5. HOMSI, J.; WALSH, D.; NELSON K. A. Important drugs for cough in advanced cancer. *Support Care Cancer*, v. 9, p. 565-74, 2001.
6. KVALE, P. A.; SELECK, P. A.; PRAKASH U. B. S. Palliative care in lung cancer. ACCP evidence-based clinical practice guidelines. 2. ed. *Chest*, v. 132, p. 368S- 403S, 2007.
7. LE GRAND, S. B. Opioids, respiratory function, and dyspnea. *Am J Hospice Et Palliat Care*, v. 20, n. 1, p. 57-61, 2003.
8. LEVY, M. et al Outcomes of patients with do-not-intubate orders treated with noninvasive ventilation. *Crit Care Med*, v. 32, p. 2002-7, 2004.
9. NAVIGANTE, A. H. et al. Midazolam as adjunct therapy to morphine in the alleviation of severe dyspnea perception in patients with advanced cancer. *J Pain Symptom Manage*, v. 31, n. 1, p. 38-47, 2006.
10. PAN, C. X. et al. Complementary and alternative medicine in the management of pain, dyspnea and nausea and vomiting near the end of life: a systematic review. *J Pain Symp Manag*, v. 20, n. 5, p. 374-87, 2000.
11. SCHETTINO, G.; ALTOBELLI, N.; KACMAREK, R. M. Noninvasive positive pressure ventilation reverses acute respiratory failure in select "do-not-intubate" patients. *Crit Care Med*, v. 33, p. 1976-82, 2005.
12. THOMAS, J. R.; VON GUNTEN, C. F. Clinical management of dyspnoea. *Lancet Oncol*, v. 3, n. 4, p. 223-8, 2002.
13. WILCOCK, A. Respiratory Symptoms. In: Twycross, R, Wilcock A, Stark-Toller C Symptom Management in Advanced Cancer. 4th Edition. 2009. Editors Palliativedrugs.com Ltd. Nottingham, UK.

Náusea e vômito

MARIA GORETTI SALES MACIEL

ROBERTO BETTEGA

Introdução

Náuseas e vômitos são sintomas de alta prevalência em Cuidados Paliativos e bastante estressantes para o paciente e seus familiares. Contribuem para o desenvolvimento da síndrome da anorexia-caquexia, provocam desequilíbrios eletrolíticos e novos sintomas associados e comprometem a qualidade de vida. Episódios de vômitos são degradantes.

São particularmente frequentes em pacientes com câncer, em especial nos tumores gástricos, ginecológicos e intestinais. Um terço dos pacientes com câncer avançado tem vômitos e até 60% deles, náuseas⁽³⁾, mas nem sempre estão associados.

O paciente com náusea crônica habitualmente queixa-se pouco. Quando apresenta vômitos, é notado e mais eficientemente tratado.

Descreve-se a náusea como sensação subjetiva e desagradável em epigástrio e orofaringe associada à urgente necessidade de vomitar. O vômito consiste no esvaziamento forçado do conteúdo gástrico pela boca, ocasionado pela contração espasmódica do diafragma, da parede gástrica, da musculatura respiratória e da parede torácica⁽³⁾.

Fisiopatologia

Para que o vômito ocorra, um complexo mecanismo precisa ser acionado e nem todas as etapas desse mecanismo estão esclarecidas. As ações incluem desde a salivação que precede a expulsão do conteúdo gástrico até o fechamento da epiglote para proteger as vias respiratórias e abertura da glote, sem a qual o aumento da pressão em esôfago pode levar ao sangramento da mucosa gastroesofágica (síndrome de Mallory-Weiss) ou à rotura da parede esofágica^(2, 3, 5).

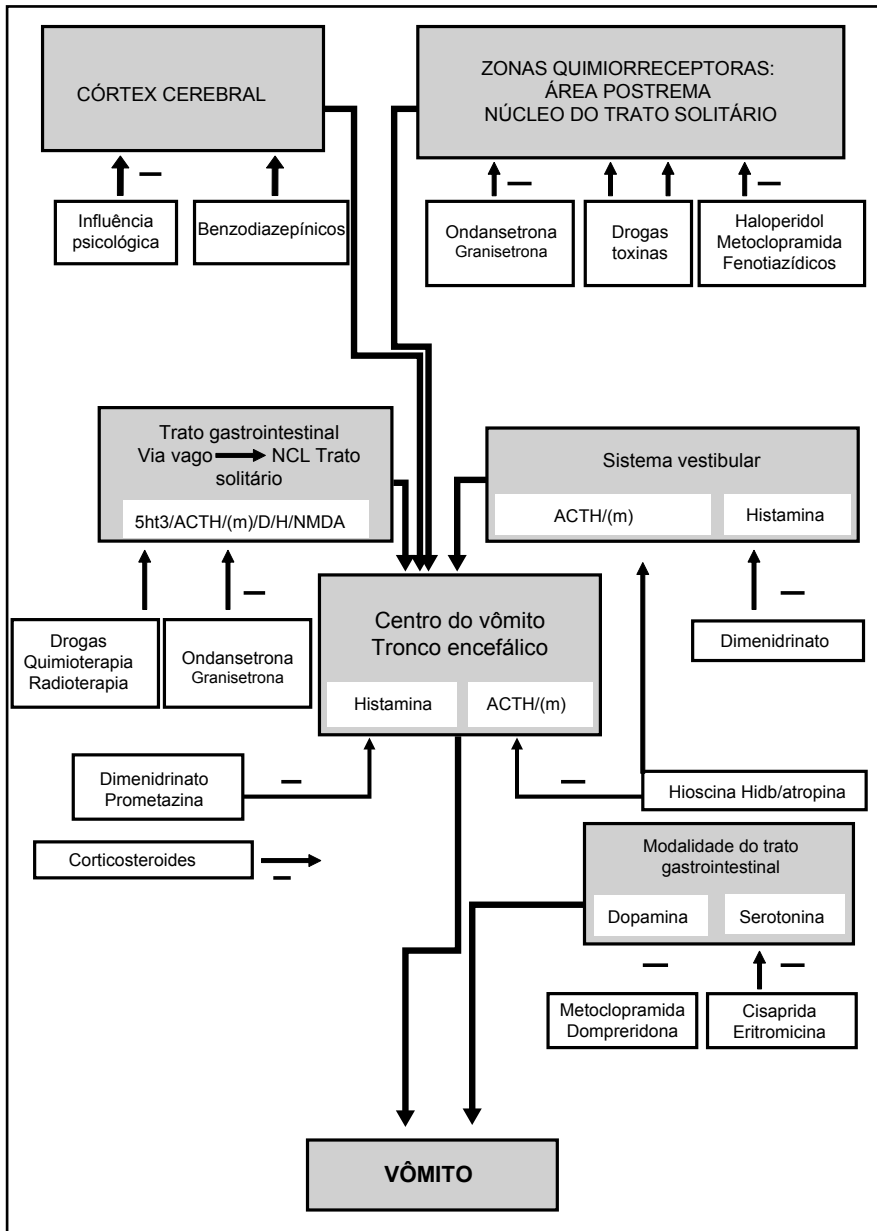
O centro controlador desse mecanismo localiza-se em área primitiva do encéfalo, próximo dos centros de controle da respiração e de outras funções vitais, o que faz crer na náusea e no vômito como proteção da vida em situações como envenenamentos, por exemplo⁽³⁾.

Importância deve ser dada também à náusea e ao vômito desencadeados por fatores ligados à emoção. Vomitar não deixa de ser uma forma de tentar eliminar emoções e sentimentos desagradáveis, muitas vezes associados à presença da doença em si, ao contato com a possibilidade da própria morte e a outros sentimentos angustiantes.

O comportamento também pode ser "aprendido" e a náusea ser desencadeada pela recordação de uma sensação desagradável relacionada com terapia, uso de determinado medicamento ou tratamento. A quimioterapia é um tratamento comumente associado à presença de vômitos e ao medo ou a outro significado que possa ter. Submeter-se ao tratamento pode ser um fator determinante de difícil controle desse sintoma.

Para compreender o mecanismo de náusea/vômito e melhor aplicar os recursos terapêuticos existentes, é necessário entender quais as principais áreas envolvidas, quais

os mediadores identificados em cada mecanismo e como agem os principais recursos terapêuticos. A **Figura** ilustra o conteúdo.



Figura

Fonte: adaptado de Fallon, M; Welsh, J.⁽²⁾

5TH: serotonina; ACTH(m): acetilcolina muscarínica; D: dopamina; H: histamina; NMDA: receptor n-metil-D-aspartato.

Centro do vômito

Localizado no mesencéfalo, na formação reticular lateral, também conhecida como área medular, o centro de vômito recebe estímulos de distintas áreas por meio de diferentes neurotransmissores e controla as ações complexas envolvidas com o vômito.

Os principais mediadores envolvidos no centro do vômito são acetilcolina muscarínica (ACTH-m) e histamina (H1).

Drogas que bloqueiem esses mediadores, como hioscina hidrobromida, atropina e anti-histamínicos, podem prevenir náuseas e vômitos mediados pelo centro do vômito^(3, 5).

Zonas quimiorreceptoras

A mais importante zona quimiorreceptora está localizada na área postrema, no assoalho do quarto ventrículo, fora da barreira hematoencefálica. Estruturas especializadas em detectar substâncias químicas potencialmente perigosas na circulação sanguínea e no líquido cerebrospinal são acionadas na presença das mesmas e se comunicam com o centro do vômito, acionando-o.

Os principais mediadores químicos na área postrema são dopamina (D2) e serotonina (5HT3).

Os estímulos químicos podem ser desencadeados por:

- medicamentos:
 - opioides;
 - antidepressivos tricíclicos e inibidores seletivos da recaptação da serotonina (ISRS);
 - anti-inflamatórios;
 - quimioterápicos;
- toxinas:
 - infecções;
 - insuficiências hepática e renal;
 - fatores tumorais;
- metabólicos:
 - hipercalcemia;
 - hiponatremia.

Os medicamentos com ação antidopaminérgica, como a metoclopramida e o haloperidol, e os fenotiazínicos de modo geral (levomepromazina e clorpromazina) são, portanto, excelentes antieméticos de ação na zona quimiorreceptora. Na falência desses, pode-se lançar mão de antisserotonérgicos, que são medicamentos mais recentes e de custo muito mais elevado. Sua melhor indicação ainda reside no vômito induzido por quimioterapia e pós-radioterapia e pela presença de mediadores 5HT3 no trato gastrointestinal (TGI). Antagonistas da serotonina podem agir em sinergia com o haloperidol em alguns casos^(2, 3, 5).

Sistema vestibular

Está relacionado com o vômito por discinesia e outras alterações vestibulares propriamente ditas, como compressão tumoral e hipertensão craniana.

Os principais mediadores no sistema vestibular são a H1 e a ACTH-m. Nesse caso, o dimenidrinato é a medicação com melhor indicação, em especial na prevenção do vômito relacionado com discinesia⁽³⁾.

Córtex cerebral e sistema límbico

Fortemente influenciado por ansiedade, medo e outros sentimentos, o sintoma de náusea/vômito induzido pelo córtex cerebral e modulado pelo sistema límbico parece ser influenciado pelo sistema ácido gama-aminobutírico (GABA) agonista. É o vômito "aprendido" após associação negativa, desencadeado por odor e presença de alimentos. Responde a psicoterapia, técnicas de relaxamento e benzodiazepínicos⁽³⁾.

Trato gastrointestinal

Vários mecanismos envolvem o TGI no desencadeamento de náusea/vômito:

- quimiorreceptores em parede do TGI: serotonina e neurocininas sensíveis particularmente aos quimioterápicos;
- estímulo vagal mediado por neurotransmissores ao núcleo do trato solitário (NTS): envolve serotonina, dopamina, histamina, acetilcolina muscarínica e, possivelmente, o sistema N-metil-dietil-aspartato (NMDA). O estímulo pode ser desencadeado na orofaringe, na obstrução intestinal, no estímulo mecânico, na obstrução intestinal e na carcinomatose peritoneal;
- motilidade do TGI: esvaziamento gástrico lentificado e motilidade intestinal prejudicada por tumores (compressão extrínseca), distúrbio metabólico, drogas como opioides e anticolinérgicos, distúrbio autonômico, gastrites, úlceras pépticas e ascite. Envolve como mediadores principalmente a dopamina e a serotonina^(1-3, 5).

Manejo dos sintomas

Os princípios do controle de sintomas devem sempre ser aplicados⁽⁴⁾:

- investigação criteriosa;
- explicação do sintoma;
- tratamento de causas reversíveis;
- terapia medicamentosa criteriosa e individualizada;
- reavaliação contínua dos resultados.

Investigação

Inclui conhecer o doente e a trajetória de sua doença, os tratamentos realizados e os medicamentos atualmente em uso, bem como a concomitância de outros sintomas. *Performances* anteriores ao quadro e atual são fundamentais para as decisões terapêuticas.

Cabe também avaliar início, intensidade do sintoma em escala de 0 a 10 (preferencialmente usando a *Edmonton Symptom Assessment Scale* [ESAS]), fatores desencadeantes, características do vômito (fecaloide, biliar, alimentar, líquido de estase), presença ou não de sintomas prodrômicos. O vômito desencadeado por hipertensão intracraniana e meningismo, por exemplo, aparece sem pródomos e tem característica de jato.

Vale verificar exame físico em busca de sinais como desidratação, distensão abdominal, presença de massas de topografia abdominal ou ascite, exame de boca e orofaringe, sinais de localização neurológica e meningismo.

Avaliação complementar inicial deve constar de hemograma, urinálise e raios X (RX) de tórax para afastar foco infeccioso, avaliação bioquímica das funções hepática e renal e eletrólitos como cálcio, sódio e potássio.

Na suspeita de obstrução de TGI, os RX simples de abdome em pé e decúbito horizontal são exames importantes e acessíveis. Sinais de falência renal devem ser investigados com ultrassonografia (US) de vias urinárias, especialmente nos portadores de tumores pélvicos.

Explicação

O profissional de Cuidados Paliativos tem por obrigação explicar muito bem ao paciente e seu familiar, após primeiras investigações clínicas, usando linguagem acessível, o que acontece, qual ou quais as causas mais prováveis e quais as condutas possíveis neste momento. Compartilhar decisões sempre que possível é fundamental.

A equipe também deve entender o que se passa, quais as medidas tomadas e a expectativa com relação ao tratamento para que todos possam reavaliar o impacto das medidas e propor novas intervenções, cada qual em sua área de conhecimento.

Tratamento de causas reversíveis

Inclui qualquer medida que busque o controle da causa do vômito, como ajuste ou suspensão de medicamentos, uso de antimicrobianos para tratar uma causa infecciosa, hidratação para correção de distúrbio eletrolítico, uso de bifosfonatos na hipercalcemia e cirurgias, quando viáveis, nos quadros obstrutivos.

Intervenções por procedimentos requerem sempre compartilhamento de decisões entre o cirurgião e o profissional de Cuidados Paliativos e entre esse e o paciente/a família.

Manejo medicamentoso

A instituição de terapia com antieméticos no controle de náusea/vômito deve ser bastante criteriosa e sempre pautada no mecanismo fisiopatológico mais provavelmente envolvido.

Náusea/vômito quimicamente induzida/o

- Metoclopramida por ação antidopaminérgica e gastrocinética, quando não houver quadro obstrutivo; 30 a 80 mg/dia em até quatro tomadas por via subcutânea (SC) ou infusão contínua;
- haloperidol na impossibilidade do uso de gastrocinética: 1 a 2 mg SC em duas a três doses diárias;
- ondansetrona na falência de ambos. Tem ação mais específica no vômito desencadeado por quimioterapia e radioterapia. Usar 4 a 8 mg SC a cada 8 horas;
- outras opções como a levomepromazina e a clorpromazina têm indicação secundária pela potencial sonolência e frequente hipotensão postural, especialmente com a primeira.

Estase gástrica

- Considerar sondagem nasogástrica de alívio se distensão abdominal e sintoma muito intenso. Retirar a sonda após melhora identificável;

- usar inibidores de bomba de próton ou antagonista H2;
- preferir gastrocinéticos: metoclopramida, bromoprida, domperidona e eritromicina nos casos não-responsivos.

Hipertensão intracraniana e meningismo

- Corticosteroides em dose elevada (16 a 20 mg/dia). Podem ser usados por via endovenosa (EV) ou SC;
- considerar dimenidrinato se alteração vestibular/discinesia se apresentar como sintoma associado.

Irritação peritoneal

- Metoclopramida ou haloperidol como antidopaminérgicos;
- antiserotoninérgicos como a ondansetrona como segunda escolha;
- anti-histamínicos como o dimenidrinato: via SC a cada 6 a 8 horas e considerar a prometazina na dose de 12,5 mg SC a cada 6 a 8 horas ou em infusão contínua. Evita-se a prometazina pela alta sonolência que provoca.

Obstrução intestinal

- Usar haloperidol como primeira escolha, em dose de até 15 mg/24 horas;
- ondansetrona e dimenidrinato podem ser úteis como segunda opção;
- restringir volume de hidratação;
- usar antissecretores como hioscina butilbromida ou octeotrida;
- usar sonda nasogástrica (SNG) até melhora da distensão e redução do volume de drenagem. Retirar se o paciente concordar com o jejum;
- corticosteroides podem diminuir edema de alça e de massa tumoral, reduzindo o fator de compressão, além de fatores inflamatórios locais.

Náusea associada a ansiedade/emoções

- Abordagem psicoterápica correta;
- tratar com benzodiazepínicos os casos refratários.

Reavaliação do sintoma e planejamento do cuidado

A abordagem ideal de náusea/vômito inclui reavaliação periódica do sintoma por meio da atribuição do valor de 0 a 10 desse sintoma e de outros associados, como pirose, boca seca, dor, perda do apetite, fadiga etc.

A princípio, além das medidas de controle da causa dos sintomas, apenas um antiemético deve ser usado. Dose de resgate com outro medicamento pode ser mantida na prescrição no caso de falência da primeira. Nesse caso, na avaliação subsequente, o ideal é substituir o primeiro medicamento pelo segundo antiemético, e assim sucessivamente, desde que se tenham utilizado dose otimizada e outras medidas de controle.

A associação de medicamentos é possível desde que o mecanismo fisiopatológico sugira mais de um fator causal ou nos casos de difícil controle.

Deve-se evitar associar medicamentos a mecanismo de ação semelhante, como a metoclopramida e o haloperidol.

Em qualquer caso, obtido o controle do sintoma e corrigido o fator desencadeante, o objetivo é retornar progressivamente à dieta usual, voltar à prescrição prévia por via oral e avaliar a necessidade de manutenção do antiemético ou sua gradual suspensão.

Lembrar sempre que nenhum medicamento é isento de efeito adverso e que prescrições racionais devem conter apenas o que de fato é necessário ao doente. Reavaliar prescrições é tarefa de todas as consultas.

Referências

1. ELSAYEM, A.; DRIVER, L.; BRUERA, E. The MD Anderson Symptom Control and Palliative Care Handbook. MD Anderson Cancer Center. 2. Ed. Houston, 2003.
2. FALLON, M.; WELSH, J. Management of gastrointestinal symptoms. In: FAULL, C.; CARTER, Y.; WOOF, R. Handbook of palliative care. London: Blakweel Science, 1998.
3. PACE, V. Nausea and vomiting. In: SYKES, N.; EDMOND, P. Management of advanced disease. 4. ed. London: Arnold, 2004.
4. TWYXCROSS, R. Cuidados paliativos. 2. Ed. Lisboa: Climepsi Editores, 2003.
5. WATSON, M. et al. Oxford Handbook of Palliative Care. 2. ed. Oxford: Oxford University Press, 2009.

Obstipação e diarreia

VERUSKA MENEGATTI ANASTÁCIO HATANAKA

Alterações do hábito intestinal são queixas comuns entre pacientes sob Cuidados Paliativos, sejam determinadas pela patologia de base e/ou pelo tratamento a ela direcionado, paliativo ou não. Cerca de 50% dos pacientes admitidos em *hospices* são obstipados. O problema, porém, é ainda maior ao se considerar que muitos já se encontram em terapia laxativa. Menos comum, a diarreia é queixa premente em 7% a 10% dos pacientes com câncer à admissão em *hospices* e em 27% daqueles positivos para o vírus da imunodeficiência adquirida (HIV). A atenção a esses sintomas orienta-se em conformidade com os preceitos delineados a seguir.

Obstipação

Caracterizada por episódios de evacuações difíceis ou dolorosas, associados à diminuição da frequência dessas e/ou presença de fezes endurecidas, a obstipação assume natureza multifatorial em pacientes sob Cuidados Paliativos (**Quadro 1**)^(6, 8), podendo determinar complicações como as listadas no **Quadro 2**⁽⁹⁾. Opioides interferem diretamente na motilidade do trato gastrointestinal por meio da redução das atividades neural e propulsora, determinando retardo do trânsito do conteúdo intestinal e aumento da capacidade absorviva de fluidos.

O manuseio efetivo da obstipação em Cuidados Paliativos exige procedimento atento:

- antecipar-se a esse problema comum;
- questionar o paciente sobre sua função intestinal habitual;
- iniciar laxantes profiláticos em concomitância ao início do uso de opioides;
- dar preferência a laxantes orais aos retais;
- combinar laxantes, se necessário;
- titular o tratamento visando atingir evacuações confortáveis;
- considerar, sempre que possível, medidas não-farmacológicas, como aumento da ingestão de líquidos e fibras na dieta, atividade física e respeito à privacidade do paciente no uso do toalete, evitando, por exemplo, o uso de fraldas.

A terapêutica farmacológica baseia-se em drogas com efeitos laxantes, ou seja, capazes de determinar aumento do número de deposições de matéria fecal com diminuição de sua consistência. O efeito purgante ou catártico se apresenta quando as fezes se tornam líquidas. A diferença entre tais efeitos quase sempre se restringe à titulação da dose. Os laxantes podem ser classificados em grupos, como podemos observar no **Quadro 3**.

A escolha do laxante deverá ser pautada em alguns princípios:

- diversas combinações poderão ser igualmente efetivas;
- a preferência do paciente poderá ditar a escolha;
- combinações fixas de laxantes reduzem o número de comprimidos necessários ao dia;
- laxantes administrados separadamente permitem melhor titulação de seus componentes;
- comparativamente ao dantron, o sene traduz-se em maior tendência a causar cólica.

Quadro 1 – Causas de obstipação em Cuidados Paliativos

Neoplasia	
Diretamente devidas ao tumor	Obstrução intestinal
	Dano à medula espinal, cauda equina
	Hipercalemia
Devidas aos efeitos secundários da doença	Diminuição do apetite
	Dieta pobre em fibras
	Desidratação
	Fraqueza
	Inatividade
	Confusão mental
	Depressão
	Alterações dos hábitos de toalete
Drogas	
Opioides	
Drogas com efeitos anticolinérgicos	
Antiácidos contendo cálcio e alumínio	
Diuréticos	
Anticonvulsivantes	
Ferro	
Agentes anti-hipertensivos	
Vincristina	
Doenças concomitantes	
Diabetes	
Hipotireoidismo	
Hipocalemia	
Hérnia	
Doença diverticular	
Retocele	
Fissura ou estenose anal	
Prolapso mucoso anterior	
Hemorroidas	
Colite	

Modificado de Sykes *et al.*⁽⁸⁾

Quadro 2 – Possíveis complicações da obstipação

Dor em cólica ou contínua
Obstrução intestinal
Retenção urinária
Diarreia por transbordamento
Incontinência fecal
Confusão mental

Quadro 3 – Tipos de laxante

Laxantes que aumentam o volume das fezes
<ul style="list-style-type: none"> • Não-osmóticos (formadores de bolo): carboximetilcelulose, metilcelulose e <i>psyllium</i> • Osmóticos: sorbitol, glicerina, lactulona e laxantes salinos (hidróxido de magnésio, sulfato de sódio)
Laxantes que facilitam o deslizamento das fezes
<ul style="list-style-type: none"> • Lubrificantes: parafina líquida • Surfactantes: docusato de sódio
Laxantes estimulantes da mucosa colônica
<ul style="list-style-type: none"> • Sene, dantron e bisacodil

Laxantes que aumentam o volume das fezes

Os laxantes formadores de bolo fecal atuam como as fibras, aumentando a motilidade colônica em decorrência do aumento do volume fecal. Sua efetividade somente se verifica quando a ingestão de líquido se mantém normal. Caso contrário, pode resultar em obstrução intestinal pela impação de matéria fecal no cólon, motivo pelo qual raramente estão indicados para pacientes sob Cuidados Paliativos.

Laxantes osmóticos atuam gerando um meio hiperosmótico que atrai água, aumentando o volume das fezes e diminuindo sua consistência. Assim, a lactulose, por exemplo, na dose de 15 ml, é capaz de drenar para o lúmen intestinal 500 a 600 ml de água. Isso, por si só, pode desencadear desidratação e distúrbios hidroeletrólíticos em pacientes debilitados. Seu uso em Cuidados Paliativos mostra-se inapropriado, visto a necessidade de adequada ingestão hídrica, evolução com presença de distensão abdominal, flatulência e cólicas, além de aderência prejudicada pelo gosto adocicado de alguns agentes. Na constipação de difícil controle e impação fecal, no entanto, o polietilenoglicol pode exercer papel efetivo⁽²⁾. Diluído em água (o volume pode ser um problema para alguns pacientes), pode inclusive ser administrado em dose única noturna sem que efeitos colaterais sejam observados, como distúrbios hidroeletrólíticos, incontinência, cólica ou diarreia⁽⁷⁾.

Laxantes que facilitam o deslizamento das fezes

De natureza lipídica e não-digerível, os laxantes lubrificantes favorecem o deslizamento da matéria fecal ao lubrificá-la. Déficit dos reflexos de deglutição torna seu uso proibitivo devido ao risco de aspiração com subsequente pneumonia lipídica.

Laxantes surfactantes, como docusato, diminuem a consistência das fezes ao permitir a penetração de água pela diminuição da tensão superficial das fezes. A efetividade dessas drogas é maior quando em associação a laxantes estimulantes.

Laxantes estimulantes da mucosa colônica

Agem estimulando diretamente o plexo mioentérico, induzindo peristaltismo e redução da absorção de água e eletrólitos no cólon, daí sua efetividade para obstipação decorrente de opioides, constituindo-se nesses casos em droga de escolha.

Laxantes retais

Estão indicados para situações específicas: para tratamento da impactação fecal; como tratamento adicional em pacientes cuja constipação não responde adequadamente aos laxantes orais; como alternativa para aqueles que não toleram laxantes orais; e para o esvaziamento retal em pacientes com compressão da medula espinal.

A **Figura 1** sugere o tratamento para pacientes com impactação fecal⁽¹⁰⁾, e a **Figura 2**, a sequência terapêutica para aqueles com constipação induzida por opioides. Embora o bloqueio do receptor opioide com antagonistas específicos constitua-se em uma intervenção racional, as experiências iniciais com antagonistas opioides tradicionais não corresponderam às expectativas. Novas terapias abordam o uso de antagonistas opioides

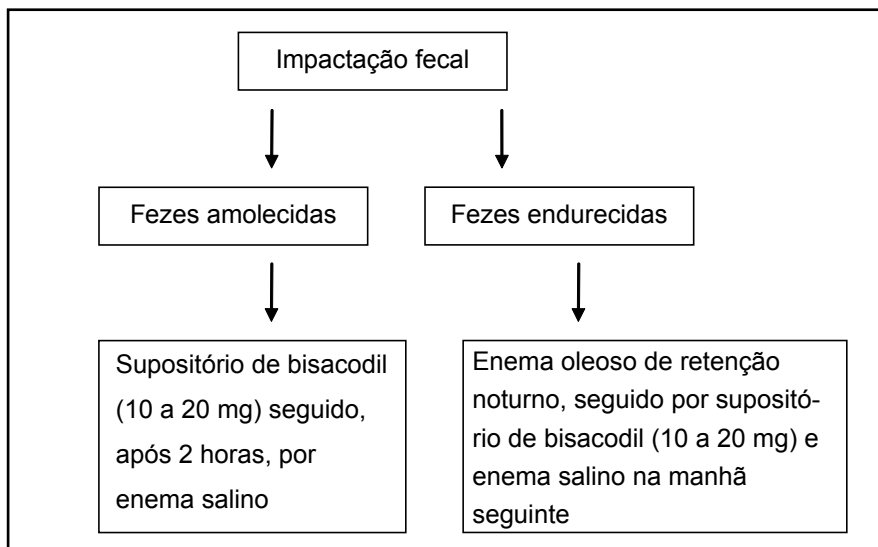


Figura 1 – Tratamento da impactação fecal

com absorção sistêmica limitada (naloxona) e antagonistas do receptor μ de ação restrita à periferia (metilnaltrexona e alvimopam). Naloxona pode reverter a constipação induzida por opioides, porém predispõe a reversão da analgesia e presença de sintomas de abstinência, mesmo em doses insuficientes para promover evacuação⁽³⁾.

Metilnaltrexona, por sua vez, não atravessa a barreira hematoencefálica, portanto não antagoniza os efeitos centrais da morfina ou precipita síndrome de abstinência. Sua administração por via subcutânea (SC) rapidamente induz evacuação em pacientes com doença avançada e constipação induzida por opioides, na dose de 0,15 mg/kg⁽⁴⁾.

Alvimopam é um antagonista seletivo do receptor opioide μ que não sofre absorção gastrointestinal ou cruza a barreira hematoencefálica. Seu uso está aprovado especificamente para acelerar a recuperação gastrointestinal após ressecção intestinal. Sua disponibilidade é restrita devido a aumento da incidência de infartos do miocárdio em estudo de longo prazo envolvendo pacientes em terapia crônica com opioides⁽¹⁾.

O **Quadro 4** especifica o tempo para início da ação de alguns laxantes.

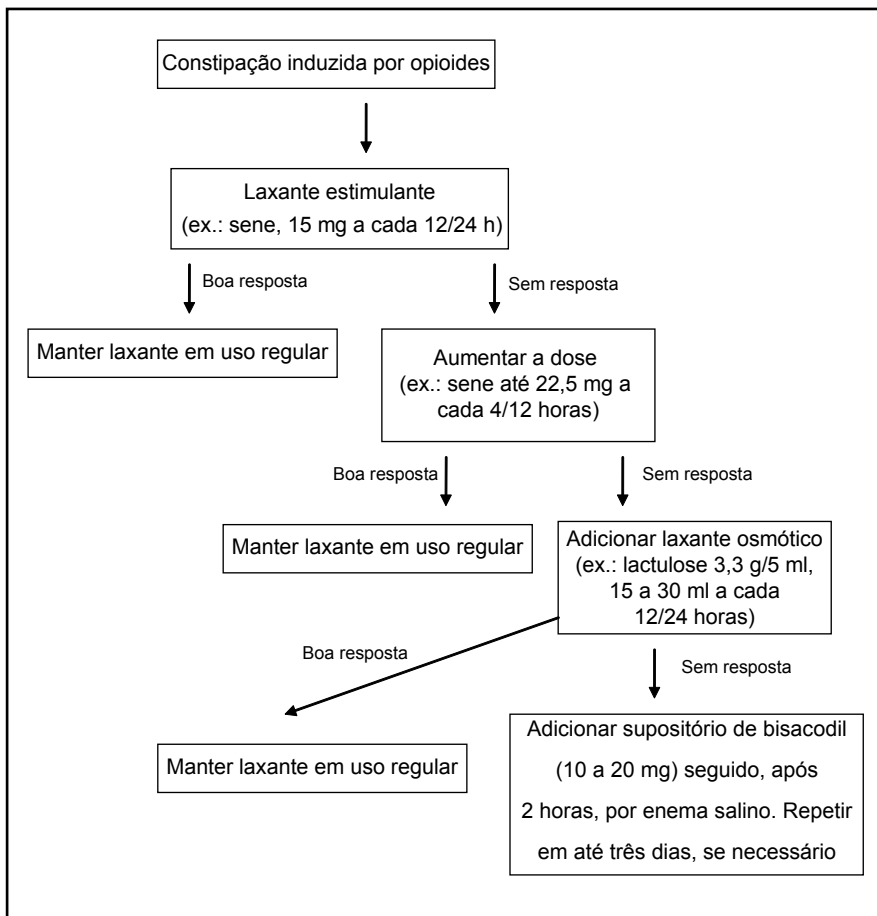


Figura 2 – Tratamento da constipação induzida por opioides

Quadro 4 – Início de ação de alguns laxantes

Bisacodil comprimido	10 a 12 horas
Bisacodil supositório	20 a 60 minutos
Dantron	6 a 12 horas
Docusato	24 a 48 horas
Glicerina supositório	1 a 6 horas
Lactulose	48 horas
Sene	8 a 12 horas

O tratamento da obstipação em Cuidados Paliativos baseia-se ainda em inadequada evidência, com poucos estudos controlados e randomizados disponíveis, incluindo estudos que permitam comparações diretas entre classes distintas de laxantes. Persistem, portanto, dúvidas acerca do melhor manuseio terapêutico da constipação nesse grupo de pacientes⁽⁵⁾.

Diarreia

Define-se pela passagem de três ou mais fezes não formadas em um período de 24 horas. O **Quadro 5** delinea causas de diarreia em pacientes em Cuidados Paliativos⁽⁹⁾.

Quadro 5 – Causas mais frequentes de diarreia em Cuidados Paliativos

Desequilíbrio da terapia laxativa
Drogas (antibióticos, antiácidos, AINH ou preparados contendo ferro)
Impactação fecal com diarreia por transbordamento
Radioterapia abdominal ou pélvica
Má absorção (carcinoma da cabeça do pâncreas, gastrectomia, ressecção ileal, colectomia)
Tumores colônicos ou retais
Tumores endócrinos raros (ex.: tumor carcinoide)
Doenças concorrentes (ex.: infecção do trato gastrointestinal)
Hábitos alimentares prévios

AINH: anti-inflamatório não-hormonal.

O tratamento da diarreia deverá focar-se inicialmente na busca de causa específica que justifique o quadro, permitindo-se, assim, direcioná-lo de maneira mais apropriada. No caso de diarreia persistente, agentes não-específicos, incluindo agentes absorventes, adsorventes, inibidores da prostaglandina e opioides, poderão ser iniciados.

Agentes absorventes

Incluindo substâncias formadoras de bolo (metilcelulose e pectina), atuam absorvendo água, constituindo massa coloidal ou gelatinosa que fornece às fezes maior consistência.

Agentes adsorventes

Caracterizam-se pela capacidade de acumular moléculas em sua superfície, sendo tal capacidade tanto maior quanto a superfície disponível para adsorção. Encontram-se disponíveis para uso em combinação com outros agentes antidiarreicos, recomendando-se as doses de caolin, 2 a 6 g a cada 4 horas, e atapulgita, 1,2 g inicial, seguida por 1,2 g a cada nova evacuação, até a dose máxima de 8,4 g/dia.

Inibidores de prostaglandinas

Sua ação reside na redução da secreção de água e eletrólitos pela mucosa. O subsalicilato de bismuto apresenta ação adicional antibacteriana e está indicado para tratamento de diarreia não-específica (525 mg a cada 30 minutos até 5 mg/dia), enquanto a mesalazina (1,2 a 2,4 g/dia) e a aspirina (300 mg a cada 4 horas), respectivamente, estão indicadas para tratamento da diarreia decorrente de colite ulcerativa e radiação. Há de se pesar sempre a relação risco-benefício do uso de doses altas de aspirina com relação aos efeitos colaterais potenciais.

Agentes opioides

Drogas de escolha para o tratamento da diarreia em Cuidados Paliativos, os agentes opioides aumentam as contrações tônicas e diminuem as peristálticas, com redução subsequente de água e eletrólitos nas fezes.

Desses, a loperamida é a droga antidiarreica de eleição, sendo seu uso recomendado em doses de 4 a 8 mg/dia (iniciar com 4 mg seguidos por 2 mg a cada evacuação, não ultrapassando a dose de 16 mg/dia).

Considerações finais

Alterações do hábito intestinal imprimem mudanças significativas no cotidiano de pacientes sob Cuidados Paliativos, motivando intervenções frequentes em unidades de pronto-atendimento, com prejuízo e desvio da atenção concernente a questionamentos psíquicos e emocionais que permeiam essa fase da vida. A continência dessas queixas exige abordagem correta e premente, permitindo ao paciente seguir seu trajeto sem obstáculos adicionais.

Referências

1. CADA, D.; LEVIEN, T. L.; BAKER, D. E. Alvimopan. *Hospital Pharmacy*, v. 43, n. 10, p. 819-29, 2008.
2. CULBERT, P.; GILLET, H.; FERGUSON, A. Highly effective new oral therapy for faecal impaction. *British J of General Practice*, v. 48, p. 1599-600, 1998.
3. CULPEPPER-MORGAN, J. A. et al. Treatment of opioid-induced constipation with oral naloxone: a pilot study. *Clin Pharmacol Ther*, v. 52, p. 90-5, 1992.
4. KEVIN, C. et al. Methylalntrexone for opioid-induced constipation in advanced illness. *NEJM*, v. 358, n. 22, p. 2332-43, 2008.

5. MILES, C. L. et al. Laxatives for the management of constipation in palliative care patients. Cochrane Database of Systematic Reviews 2006, Issue 4. Art. n. CD003448. DOI: 10.1002/14651858. CD003448.pub2.
6. REDDY, S. K.; RAJAGOPAL, A.; GOVIDRAJ, N. Pain Practice, v. 2, n. 1, p. 56-64, 2002.
7. SIEGEL, J. D.; DI PALMA, J. A. Medical treatment of constipation. Clinics in Colon and Rectal Surgery, v. 18, n. 2, p. 76-80, 2005.
8. SKYPES, N. P. Constipation and diarrhea. In: DOYLE, D.; HANKS, G. W.; MAC DONALD, N. (eds.). Oxford Textbook of Palliative Medicine. 2. ed. Oxford: University Press, 2001. p. 513-26.
9. WATSON, M. et al. Oxford Handbook of Palliative Care. Oxford: University Press, 2005. p. 254-7.
10. WHO. Symptom Relief in Terminal Illness. Geneve, 1998.

Fadiga, sudorese e prurido

TOSHIO CHIBA

LUCIANA REGINA BERTINI CABRAL

Os sintomas fadiga, sudorese e prurido têm em comum o fato de serem pouco reconhecidos, valorizados ou tratados pelos médicos. De fato, sintomas como dor, náuseas e vômitos ou dispneia, quando não controlados, em geral são mais dramáticos e necessitam ser paliados prioritariamente. Mas após o controle inicial desses sintomas, as queixas de fadiga, sudorese ou prurido muitas vezes assumem grande proporção do sofrimento sentido pelos pacientes sob Cuidados Paliativos, por isso devem receber a mesma atenção por parte dos médicos e de toda a equipe multidisciplinar, ainda que as opções terapêuticas sejam mais escassas ou menos efetivas. A maioria das publicações sobre o assunto é relativa a pacientes oncológicos. São necessários mais estudos para definir se existem condutas específicas e diferentes dessas para pacientes com outras doenças.

Fadiga

Fadiga relacionada com o câncer é definida como perturbadora sensação subjetiva e persistente de cansaço e exaustão física, emocional e/ou cognitiva, desproporcional ao nível de atividade física, que interfere no *status* funcional do paciente⁽⁹⁾. Diferencia-se da fadiga do dia-a-dia, que é temporária e aliviada com o repouso. É um dos sintomas mais prevalentes e desgastantes para o paciente com câncer, com impacto negativo na qualidade de vida^(4, 19). Sua prevalência pode chegar a 95%, sendo que há grande variabilidade nos estudos, a depender do critério diagnóstico utilizado. Apesar da alta prevalência e do alto impacto para o paciente, dados da literatura mostram que a fadiga é pouco diagnosticada e tratada pelos médicos⁽¹⁷⁾.

A fisiopatologia da fadiga relacionada com o câncer é pouco compreendida, mas várias causas podem sobrepor-se e contribuir para o seu agravamento. As principais causas de fadiga estão relacionadas no **Quadro 1**.

A avaliação da queixa de fadiga deve ser feita de forma ativa por parte do médico, que deverá questionar especificamente sobre presença/ausência desse sintoma e buscar quantificá-lo de forma objetiva. O mais recomendado é utilizar a escala numérica de 0 a 10, por ser de fácil aplicação e boa para seguimento. Na presença de fadiga moderada a intensa (4 a 10) deve-se proceder a anamnese e exame físico detalhados na busca de causas contribuintes potencialmente tratáveis. O tratamento dessas causas para a fadiga constitui-se na principal opção terapêutica, visto que as medidas de tratamento puramente sintomático são escassas.

O uso de corticoides (dexametasona 1 a 4 mg/dia ou prednisona 5 a 20 mg/dia) pode ser recomendado com base na experiência clínica de melhora sintomática em alguns pacientes, entretanto não há evidências científicas para tal uso. Além disso, deve-se considerar que a corticoterapia prolongada acelera a perda de massa muscular. Os psicoestimulantes podem ser indicados para o tratamento da fadiga com base em alguns estudos clínicos. Numa recente metanálise com 264 pacientes, o metilfenidato (5 a 20 mg/dia

Quadro 1 – Causas relacionadas com a fadiga

Anemia	
Neuromusculares	Perda de massa muscular relacionada com caquexia ou imobilidade prolongada Polineuropatia
Metabólicas	Distúrbios hidroeletrólíticos Hipóxia Insuficiência renal/hepática
Infecção	
Endócrinas	Insuficiência adrenal Hipotireoidismo Diabetes descompensado Hipogonadismo
Nutricionais	Deficiências/síndromes carenciais Anorexia/náuseas e vômitos Má absorção
Comorbidades	Insuficiência cardíaca/coronariana DPOC/pneumopatias intersticiais Insuficiência renal/hepática
Psiquiátricas	Depressão/ansiedade Distúrbios do sono
Medicamentos	Opioides Ansiolíticos/hipnóticos/antidepressivos Anti-histamínicos, diuréticos, anti-hipertensivos, hipoglicemiantes etc.

DPOC: doença pulmonar obstrutiva crônica.

via oral [VO]) mostrou-se superior ao placebo no tratamento da fadiga relacionada com o câncer⁽⁸⁾, entretanto ainda são necessários dados de maior valor científico. O modafinil também tem sido pesquisado, com bons resultados em pequenos estudos, entretanto esses dados também são escassos e carecem de maior comprovação científica⁽²⁾. Progestógenos (acetato de megestrol) e antidepressivos (paroxetina) não se mostraram efetivos no tratamento sintomático da fadiga⁽⁹⁾.

As medidas não-farmacológicas, com intervenções de toda a equipe interdisciplinar, também são muito importantes na abordagem dos pacientes com fadiga, principalmente levando-se em consideração as poucas opções de tratamento medicamentoso. Programas de exercícios físicos podem trazer benefícios na funcionalidade e nos índices de qualidade de vida, mesmo em pacientes com doença oncológica avançada⁽¹¹⁾. Além disso, terapias psicossociais, atividades de lazer, orientações quanto a adaptação do ambiente e atividades cotidianas, medidas para higiene do sono e suportes psicológico, familiar e nutricional são úteis no atendimento global desses pacientes.

Sudorese

Sudorese excessiva pode ser um sintoma muito desgastante e de difícil controle para o paciente sob Cuidados Paliativos. A prevalência foi de 16% num estudo entre os pacientes de um *hospice*⁽¹⁴⁾, mas dados de literatura revelam prevalência de até 28%⁽¹²⁾. Muitas vezes a sudorese é pior à noite ou limitada ao período noturno, levando a distúrbios do sono. Ela pode ser um sintoma típico de alguns tipos de neoplasia, como linfoma, feocromocitoma e tumores carcinoides, mas qualquer neoplasia avançada pode ser a causa primária desse sintoma. As principais causas de sudorese em pacientes com câncer estão listadas no **Quadro 2**.

Quadro 2 – Causas de sudorese em pacientes com câncer

Infecção (associada ou não a febre)

- Paraneoplásica (associada ou não a febre)
 - linfoma
 - tumores carcinoides
 - feocromocitoma
 - mesotelioma
 - metástases ósseas
 - câncer avançado não-especificado
- Alterações hormonais em decorrência do próprio câncer ou de seu tratamento
- Medicamentos (quimioterápicos, opioides, antidepressivos tricíclicos, inibidores hormonais)

O tratamento mais adequado deverá ser escolhido conforme a causa da sudorese, levando-se em conta que muitas vezes a etiologia é múltipla e a causa, nem sempre reversível. Para os casos de sudorese relacionados com quadro infeccioso, o tratamento adequado com antibióticos deverá resolver o sintoma. A sudorese associada a tumores neuroendócrinos pode ser controlada com análogo da somatostatina, octreotida por via subcutânea (SC) na dose de 50 a 500 mcg três vezes ao dia. Os casos de sudorese associada a fogachos em pacientes menopausadas ou naqueles com câncer de próstata submetidos à castração (cirúrgica ou farmacológica) podem ser tratados com terapia de reposição hormonal (acetato de megestrol 20 mg VO duas vezes ao dia ou acetato de medroxiprogesterona 500 mg intramuscular [IM] quinzenal^(1, 15)), mas as contraindicações relativas e absolutas frequentemente limitam o seu uso em pacientes sob Cuidados Paliativos. Homens com câncer de próstata castrados também podem usar estrógenos ou o antiandrogênico acetato de ciproterona (50 mg VO duas vezes ao dia)⁽¹⁵⁾. Quando a sudorese é associada ao uso de opioide, pode-se tentar fazer rotação para outro opiáceo, embora os dados da literatura sugiram que a rotação é pouco eficaz nesses casos⁽²⁰⁾. Os principais fármacos utilizados para o controle sintomático da sudorese são:

- anti-inflamatórios não-hormonais (AINHs) – particularmente indicados para os casos de febre paraneoplásica, mas também podem ser utilizados para controle da sudorese sem febre (naproxeno 250–375 mg VO duas vezes ao dia);
- neurolépticos – olanzapina 5 mg VO uma a duas vezes ao dia é descrita como alternati-

va para tratamento da sudorese⁽²⁰⁾. A tioridazina em doses baixas (10–25 mg/dia) também é descrita⁽³⁾, mas o risco de alargamento do intervalo QT e de arritmias fatais praticamente contraindica seu uso;

- antidepressivos – venlafaxina (75 mg/dia, liberação prolongada) tem se mostrado efetiva no controle da sudorese associada a fogachos em pacientes menopausadas e nos com câncer de próstata submetidos a castração^(6, 13, 15). Outros antidepressivos inibidores seletivos da recaptação da serotonina (ISRS) (paroxetina, fluoxetina) também podem ser empregados^(7, 16);
- gabapentina: na dose de 900 mg/dia mostrou-se efetiva na redução de sudorese e fogachos em pacientes sob os efeitos de menopausa ou castração, e pode ser efetiva também nos casos de sudorese sem causa estabelecida^(10, 12, 15).

Outras medicações como cimetidina (400–800 mg duas vezes ao dia), talidomida (100 mg à noite), clonidina e hioscina são citadas na literatura como alternativas para controle sintomático da sudorese, mas seu uso é limitado pelo alto risco de efeitos colaterais ou pela eficácia questionável.

Algumas medidas gerais que devem ser recomendadas aos pacientes com queixa de sudorese são listadas no **Quadro 3**.

Quadro 3 – Recomendações gerais no manejo da sudorese em Cuidados Paliativos
Medidas dietéticas: evitar álcool, cafeína e alimentos picantes
Diminuir a temperatura do ambiente
Manter o ambiente mais ventilado
Preferir roupas de algodão, que absorvem melhor o suor
Dormir sobre uma toalha para manter os lençóis secos, em caso de sudorese noturna

Prurido

Prurido representa sensação distinta provinda de camada superficial de pele, mucosa, incluindo trato respiratório alto, ou conjuntiva⁽⁵⁾.

O manejo mais adequado possível de um caso clínico resulta de uso racional de uma medicação por meio de entendimento de fisiopatogenia e compreensão dos mediadores que provocam o prurido em cada situação (**Quadro 4**).

Doença sistêmica

Prurido na ausência de erupções cutâneas pode ser devido a icterícia, insuficiência renal, uso de opioide, anemia (deficiência de ferro), tireoidopatia, mieloma, linfoma, policitemia *vera* e diabetes (**Quadro 5**).

Prurido por problema local

Frequentemente pele seca ou escoriada causa coceira por ciclo vicioso de prurido-coçadura. Eventualmente, o simples uso de hidratante ou emoliente pode resolver.

Quadro 4 – Mediadores químicos potenciais que atuam no prurido

Aminas: histamina, serotonina, dopamina, adrenalina, noradrenalina, melatonina

Proteases: triptases, quimases, carboxipeptidases, papaína, kallikreina

Neuropeptídeos: substância P, CGRP, bradicinina, endotelina, neurocininas A e B, somatostatina, CRF, VIP, CCK, alfa e beta-MSH, neurotensina, bombesina

Opioides: met-enkefalina, leu-enkefalina, beta-endorfina, morfina

Eicosanoides: PGE2, PGH2, outros PGs, LTB4, outros LTs

Fatores de crescimento

Citocinas: IL-1 a IL-11, TNF α e TNF β , produto eosinofílicoTraduzido e adaptado de Krajnik, 2001⁽⁵⁾.**Quadro 5 – Causas mais comuns de prurido em Cuidados Paliativos**

Prurido senil

Colestase

Dermatoses (infecções fúngicas)

Doenças linfoproliferativas

Medicações (opioide, sistêmica ou espinal)

Outras medicações (como furosemida)

Uremia

Câncer (síndrome paraneoplásica)

Psicogênico

Traduzido e adaptado de Krajnik, 2001⁽⁵⁾.**Prurido por causa não-cutânea**

A seguir, um roteiro com opções de manejo.

Roteiro e opções de manejo de prurido de causa não-cutânea, conforme etiologia⁽⁵⁾ (acompanhar pelo **Quadro 6**):

- medidas gerais: corte de unhas, hidratante após banho;
- exclusão de dermatoses (especialmente escabiose);
- tratamento de causa removível (como drenagem biliar e rotação de opioide);
- clorfeniramina 4 mg VO 8/8 h – inefetivo em insuficiência renal crônica (IRC) e colestase;
- loção de calamine ou mentol, localmente;
- prurido associado à colestase:
 - colestiramina: 4 a 8 g VO ao dia;
 - rifampicina: 150 mg VO 12/12 h;
- ondansetrona para prurido induzido por opioide e uremia, 4 a 8 mg endovenosos (EV), inicialmente, depois 4 mg VO 12/12 h⁽¹⁸⁾;

- paroxetina 20 mg, 1 comprimido VO ao dia nos casos de prurido relacionado com a neoplasia. Efeito esperado após quatro a sete dias⁽¹⁸⁾;
- cimetidina 200 mg 6/6 h em doença lífoproliferativa, policitemia *vera* e uremia⁽¹⁸⁾;
- capsaicina creme de 0,025% a 0,075% 8/8 h. Prurido urêmico localizado⁽¹⁸⁾;
- hidroxizina 25 a 100 mg VO até 8/8 h, caso insônia caracterize consequência importante no prurido⁽¹⁸⁾.

Quadro 6 – Manejo de prurido em doenças não-cutâneas

Condição	Etapa 1	Etapa 2	Etapa 3
Medidas gerais (B)	Corrigir o corrigível	Creme emoliente	Sedativo, como benzodiazepínico e clorfenamima 4 mg 8/8 h
Uremia	Fototerapia UVB (A) ou, se localizado, creme de capsaicina 0,025% a 0,075% 1-2x/dia (A)	Naltrexona 50 mg 1x/dia (A)	Talidomida 100 mg (A)
Colestase	Naltrexona 12,5 a 250 mg 1x/dia (A)	Rifmpicina 75 a 300 mg 1x/dia (A) ou paroxetina 5 a 20 mg 1x/dia (A)	Metiltestosterona 25 mg SL 1x/dia ou alternativa, como danazol 200 mg 1 a 3x/dia (U)
Linfoma de Hodgkin	Prednisolona 10 a 20 mg 3x/dia	Cimetidina 800 mg/24h (B)	Mirtazapina 15 a 30 mg VO
Induzido por opioide (espinal)	Bupivacaína intratecal (A)	AINH – diclofenaco 100 mg (A) ou tenoxicam 20 mg EV (A)	Ondansetrona 8 mg EV (A)
Induzido por opioide (sistêmico)	Sedativos, como benzodiazepínicos	Ondansetrona 8 mg VO 2x/dia	Rotação de opioide
Prurido paraneoplásico	Paroxetina 5 a 20 mg VO 1x/dia (A)	Mirtazapina 15 a 30 mg VO (U)	Talidomida 100 mg (U)
Outras causas e/ou desconhecidas	Paroxetina 5 a 20 mg VO 1x/dia (A)	Mirtazapina 15 a 30 mg VO (U)	Talidomida 100 mg (U)

A = pelo menos um estudo controlado randomizado; B = estudo não-randomizado; C = baseado em opinião de especialista ou consenso; U = não-classificado, relato de um caso ou série pequena de caso. Traduzido e adaptado de Twycross, 2003⁽¹⁸⁾.

UVB: ultravioleta B; SL: sublingual; VO: via oral; EV: via endovenosa; AINH: anti-inflamatório não-hormonal.

Referências

1. BERTELLI, G. et al. Intramuscular depot medroxyprogesterone versus oral megestrol for the control of postmenopausal hot flashes in breast cancer patients: a randomized study. *Ann Oncol*, v. 13, n. 6, p. 883-8, 2002.
2. CARACENI et al. Psychostimulants: new concepts for palliative care from the modafinil experience? *Journal of pain and symptom management*, v. 28, n. 2, p. 97-9, 2004.
3. COWAP, J.; HARDY, J. Thioridazine in the management of cancer-related sweating. *J Pain Symptom Manage*, v. 15, n. 5, p. 266, 1998.
4. CURT, G. A. et al. Impact of cancer-related fatigue on the lives of patients: new findings from the Fatigue Coalition. *Oncologist*, v. 5, p. 353, 2000.
5. KRAJNIK, M.; ZYLICZ, Z. Understanding Pruritus in Systemic Disease. *J Pain Symptom Manage*, v. 21, p. 151-68, 2001.
6. LOPRINZI, C. L. et al. Venlafaxine in management of hot flashes in survivors of breast cancer: a randomised controlled trial. *Lancet*, v. 356, n. 9247, p. 2059-63, 2000.
7. LOPRINZI, C. L. et al. Phase III evaluation of fluoxetine for treatment of hot flashes. *J Clin Oncol*, v. 20, n. 6, p. 1578-83, 2002.
8. Minton et al. A systematic review and meta-analysis of the pharmacological treatment of cancer-related. *J Natl Cancer Inst*, v.100, p. 1155-66, 2008.
9. NATIONAL COMPREHENSIVE CANCER NETWORK (NCCN) Clinical practice guidelines in oncology: cancer-related fatigue. version 1. 2009. Search under Guidelines for supportive care. Available at: <<http://www.nccn.org>>.
10. PANDYA, K. J. et al. Gabapentin for hot flashes in 420 women with breast cancer: a randomised double-blind placebo-controlled trial. *Lancet*, v. 366, n. 9488, p. 818-24, 2005.
11. POROK, D. et al. The effect of exercise on fatigue in patients with advanced cancer: a pilot study. *Journal of Palliative Care*, v. 16, p. 30-6, 2000.
12. PORZIO, G. et al. Gabapentin in the treatment of severe sweating experienced by advanced cancer patients. *Support Care Cancer*, v. 14, p. 389-91, 2006.
13. QUELLA, S. K. et al. Pilot evaluation of venlafaxine for the treatment of hot flashes in men undergoing androgen ablation therapy for prostate cancer. *J Urol*, v. 162, n. 1, p. 98-102, 1999.
14. QUIGLEY, S. C.; BAINES, M. Descriptive epidemiology of sweating in a hospice population. *J Palliative Care*, v. 13, p. 22-6, 1997.
15. SPETZ, A. C. et al. Incidence and management of hot flashes in prostate cancer. *J Support Oncol*, v. 1, n. 4, p. 263-6, 269-70, 272-3.
16. STEARNS, V. et al. Paroxetine controlled release in the treatment of menopausal hot flashes: a randomized controlled trial. *JAMA*, v. 289, n. 21, p. 2827-34, 2003.
17. STONE, P. et al. Cancer-related fatigue: inevitable, unimportant and untreatable? Results of a multicentre patient survey. *Cancer Fatigue Forum. Ann Oncol*, v. 11, p. 971, 2000.
18. TWYDCROSS, R. Itches. *Indian Journal of Palliative Care*, v. 9, n. 2, p. 47-61, 2003.
19. VOGELZANG, N. J. et al. Patient, caregiver, and oncologist perceptions of cancer-related fatigue: results of a tripart assessment survey. *The Fatigue Coalition. Semin Hematol*, v. 34, p. 4, 1997.
20. ZYCLICZ, Z.; KRAJNIK, M. Flushing and sweating in an advanced breast cancer patient relieved by olanzapine. *J Pain Symptom Manage*, v. 25, p. 494-5, 2003.

Controle de sintomas: *delirium*

DANIEL LIMA AZEVEDO

Definição

Delirium é um diagnóstico comum na prática dos Cuidados Paliativos, sobretudo em pacientes idosos portadores de doença terminal associada a múltiplas doenças crônicas. Toda a equipe de saúde precisa estar capacitada para reconhecê-lo.

De acordo com os critérios do texto revisado da quarta revisão do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV-TR), *delirium* consiste em uma alteração do nível de consciência de instalação aguda (horas ou dias) e curso flutuante, acompanhada de déficit de atenção e alteração da cognição, como déficit de memória ou desorientação. Deve existir evidência na história, nos exames físico e laboratoriais de que a alteração é causada por uma condição orgânica subjacente ou é consequência direta de uma condição médica geral ou de seu tratamento.

A apresentação do *delirium* pode assumir duas formas: hiperativa ou hipoativa. Na forma hiperativa, que é a mais diagnosticada, ocorrem agitação, hipervigilância e alucinações. O paciente encontra-se inquieto, com discurso incoerente e até agressividade física, o que leva os familiares ou a enfermagem a solicitar de imediato uma avaliação médica. Por outro lado, na forma hipoativa, o paciente parece confuso e sedado, com retardo no funcionamento motor, olhar fixo e apatia⁽⁴⁾. O *delirium* hipoativo ocorre em até 85% dos pacientes idosos internados em unidades de terapia intensiva (UTI)⁽¹⁰⁾ e geralmente passa despercebido, possuindo prognóstico pior. A abordagem do paciente não é diferente daquela usada para o *delirium* hiperativo. Os pacientes podem alternar as duas formas, caracterizando um *delirium* misto.

Para o diagnóstico, costuma-se empregar o Confusion Assessment Method (CAM), que é uma ferramenta simples e validada em língua portuguesa^(5, 8), cuja versão curta pode ser aplicada em poucos minutos (**Quadro 1**). O *delirium* traz desconforto para o paciente e interfere na avaliação de seus sintomas, provocando ansiedade em familiares e cuidadores. Assim, para pacientes com risco aumentado de desenvolver *delirium*, devem ser adotadas medidas preventivas com o intuito de reduzir sua ocorrência. Além disso, a aplicação periódica do CAM durante uma internação contribui para identificar precocemente a instalação do quadro, permitindo a pronta adoção de medidas de tratamento.

Fatores de risco

Um dos objetivos dos cuidados deve ser a prevenção do *delirium*. Para isso, o profissional precisa ficar atento aos principais fatores de risco (**Quadro 2**) e procurar limitá-los. Uma revisão sistemática da prescrição é vital para reduzir a incidência de iatrogenias medicamentosas, evitando-se o uso regular de benzodiazepínicos ou anticolinérgicos sempre que possível. A identificação dos fatores de risco e medidas preventivas voltadas para os mesmos resultam na redução de 40% do *delirium* em idosos hospitalizados⁽⁷⁾.

Quadro 1 – Versão em português do CAM

Presença dos três itens do primeiro bloco + um ou dois itens do segundo sugere *delirium*

- **Início agudo e curso flutuante**

Há evidência de mudança aguda do estado mental de base do paciente? ()
Este comportamento (anormal) variou durante o dia, isto é, tendeu a surgir e desaparecer ou aumentar e diminuir de gravidade? ()

- **Distúrbio de atenção**

O paciente teve dificuldade em focalizar sua atenção, isto é, distraiu-se facilmente ou teve dificuldade em acompanhar o que estava sendo dito? ()

- **Pensamento desorganizado**

O pensamento do paciente era desorganizado ou incoerente, com a conversação dispersiva ou irrelevante, fluxo de ideias pouco claro ou ilógico, ou com mudança imprevisível de assunto? ()

- **Alteração do nível de consciência**

O paciente encontra-se hiperalerta (hipersensível a estímulos ambientais, assustando-se facilmente), letárgico, em estupor ou coma? ()

CAM: Confusion Assessment Method.

Quadro 2 – Fatores de risco para *delirium*

Déficit cognitivo
Uso de psicofármacos
Imobilidade
Desidratação
Desnutrição
Idade avançada
Déficit auditivo ou visual

Causas

O *delirium* é uma alteração classicamente multifatorial em que um paciente já vulnerável, portador de fatores de risco, desenvolve o quadro após exposição a uma série de fatores precipitantes. As principais causas de *delirium* encontram-se no **Quadro 3**. A lista de drogas que podem induzir *delirium* é longa, com destaque para antidepressivos anticolinérgicos, benzodiazepínicos, bloqueadores H2 e anti-histamínicos. Processos infecciosos de qualquer sítio podem ser responsáveis pelo *delirium*, e a equipe precisa estar apta a reconhecer manifestações atípicas em idosos, que não apresentam leucocitose ou

resposta febril. Na situação de uma idosa que habitualmente consegue comer sem ajuda e caminhar com auxílio de andador e que, em poucos dias, desenvolve dificuldade para se alimentar e leve confusão mental, seguida de uma queda da própria altura, é obrigatório investigar, em caráter de emergência, as hipóteses de infecção urinária ou pneumonia, mesmo que a anamnese não evidencie disúria, dor lombar, tosse ou dispneia.

Constipação intestinal secundária a imobilidade ou uso de opioides é outra causa comum, assim como o *são dor* e distúrbios hidroeletrólíticos. A simples mudança de um ambiente com o qual o paciente encontra-se familiarizado, como o de sua casa, para um novo, onde ele é assistido por pessoas desconhecidas, como um quarto de hospital, pode ser suficiente para desencadear *delirium*.

Quadro 3 – Principais causas de *delirium*

Medicações	Distúrbios metabólicos
Dor	Desidratação
Infecção	Hipóxia
Mudança de ambiente	IAM
Imobilidade	Privação sensorial
Uso de cateteres venosos ou urinários	Procedimentos cirúrgicos
Contenção física	Privação de sono

IAM: infarto agudo do miocárdio.

Tratamento

A abordagem de um paciente em *delirium* começa necessariamente pela identificação das causas prováveis, que costumam ser múltiplas. O tratamento envolve a correção dessas causas, quando possível, e o controle dos sintomas⁽⁶⁾.

Toda avaliação de um quadro de *delirium* inicia-se por uma revisão criteriosa da prescrição atual, buscando identificar se existe algum fármaco que possa ser responsável pelo quadro agudo de desorientação. Quando possível, os fármacos potencialmente indutores de *delirium* devem ser suspensos ou trocados por outros que não apresentem esse risco. Ao mesmo tempo, o ambiente em que o paciente se encontra precisa ser analisado de forma crítica: existe algum fator que possa estar contribuindo para causar desconforto ou agitação no momento da avaliação? Muitas vezes, a mudança de pequenos detalhes do ambiente será suficiente para o sucesso no controle do *delirium*.

As medidas mais importantes são as não-farmacológicas (**Quadro 4**), que buscam otimizar a orientação do paciente. A presença constante de um familiar ou cuidador contribui para melhorar a comunicação, que deve ser feita com instruções pausadas e claras. É importante estimular o uso de relógios, calendários e crachás dos profissionais com nomes bem visíveis. Com frequência, pacientes idosos em *delirium* são amarrados no leito, principalmente em terapia intensiva, uma conduta inaceitável e que representa um atestado de insuficiência de pessoal de enfermagem ou má prática, a qual tende a fazer com que a agitação se agrave. A imobilização deve ser evitada, retirando contenções e sondas vesicais e encorajando o paciente a manter a independência e caminhar preco-

cimento. A privação de sono pode ser tratada com estratégias para redução de ruídos ambientais e por meio da adoção de horários de medicação que não interrompam o descanso noturno do paciente. A correção de déficits sensoriais é crucial para o tratamento do *delirium*. Portanto, portadores de déficit visual ou auditivo devem permanecer em uso de óculos ou de prótese auditiva para manter a orientação em relação ao ambiente, cuja iluminação precisa ser adequada. Por último, a desidratação deve ser reconhecida para imediata reposição de volume, que pode ser feita com segurança por hipodermóclise⁽¹¹⁾, mesmo em indivíduos muito idosos.

Quadro 4 – Tratamento não-farmacológico do *delirium*

Suspensão de medicamentos potencialmente causadores
 Reorientação para o ambiente
 Permanência de pessoas conhecidas com o paciente
 Remoção de causas de incômodo (sondas, acessos venosos)
 Preservação do sono noturno
 Retirada de contenções físicas
 Estímulo a caminhadas
 Hidratação adequada

O tratamento farmacológico do *delirium* serve para o controle dos sintomas enquanto as causas básicas ainda não foram revertidas e deve ser instituído sempre que as medidas não-farmacológicas não forem suficientes. A droga mais estudada para o tratamento do *delirium* é o haloperidol, feito por via oral (VO) ou subcutânea (SC) em dose inicial de 0,5 a 1 mg, que pode ser repetida a cada 30 minutos até que seja alcançada a sedação do paciente⁽¹⁾. Em geral, a dose necessária fica entre 3 a 5 mg. Nos dias subsequentes, a prescrição deve incluir 50% dessa dose de maneira regular, com redução progressiva após resolução dos sintomas. A prática de prescrever 5 mg de haloperidol intravenoso (IV) ou intramuscular (IM) como dose inicial para tratamento não somente não está descrita em referências clássicas sobre o tema, mas também costuma induzir sedação excessiva, com risco de broncoaspiração e, em curto prazo, tende inclusive a ter efeito contrário ao desejado, criando novas situações que aumentam o risco de cronificação do *delirium*, devendo, portanto, ser evitada.

O tratamento com outros medicamentos, como benzodiazepínicos e antipsicóticos atípicos, encontra respaldo limitado na literatura⁽³⁾, não sendo recomendado rotineiramente pela carência de evidências de sua eficácia⁽⁹⁾. Em casos de *delirium* refratário, com agitação incontrolável causadora de grande desconforto para pacientes e familiares, pode ser indicada a sedação paliativa.

Conclusão

Um número expressivo de pacientes sob Cuidados Paliativos (cerca de 25% a 75%) desenvolve algum tipo de *delirium* ao longo da evolução da doença⁽²⁾. O quadro é geralmente multifatorial e prejudica a comunicação do paciente, podendo ser impactante para

a família. Os profissionais da saúde precisam identificar os fatores de risco, procurando adotar medidas preventivas sempre que possível. Em caso de *delirium* já instalado, é importante reavaliar a prescrição e enfatizar a adoção de medidas não-farmacológicas que possam contribuir para sua reversão. Quando isso não é suficiente, o haloperidol deve ser titulado da forma correta até o controle dos sintomas.

Referências

1. AGOSTINI, J. V.; INOUE, S. K. Delirium. In: HAZZARD, W. R. et al. (eds.). Principles of geriatric medicine and gerontology. 5. ed. New York: McGraw-Hill, 2003. p. 1503-15.
2. BYOCK, I. R.; HEFFNER, J. E. Palliative and end-of-life pearls. 1. ed. Philadelphia: Hanley & Belfus, 2002.
3. CARACENI, A.; MARTINI, C.; SIMONETTI, F. Neurological problems in advanced cancer. In: DOYLE, D. et al. (eds.). Oxford Textbook of Palliative Medicine. 3. ed. Oxford: Oxford University Press, 2005. p. 708-12.
4. CUNHA, U. G. V.; GIACOMIN, K. C. Delirium no idoso. In: FORLENZA, O. V.; CARAMELLI, P. (eds.). Neuropsiquiatria geriátrica. São Paulo: Atheneu, 2001. p. 641-58.
5. FABBRI, R. M. A. et al. Validação e confiabilidade da versão em língua portuguesa do confusion assessment method (CAM) para detecção de delirium no idoso. Arq Neuro-Psiquiatr, v. 59, n. 2A, p. 175-9, 2001.
6. FABBRI, R. M. A. Delirium. In: FREITAS E. V. et al. (eds.). Tratado de geriatria e gerontologia. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p. 325-32, 2006.
7. INOUE, S. K. et al. A clinical trial of a multicomponent intervention to prevent delirium in hospitalized older patients. N Engl J Med, v. 340, p. 669, 1999.
8. INOUE, S. K. et al. Clarifying confusion: The confusion assessment method. A new method for detection of delirium. Ann Intern Med, v. 113, p. 941, 1990.
9. JACKSON, K. C.; LIPMAN, A. G. Drug therapy for delirium in terminally ill patients. Cochrane Database of Systematic Reviews 2004, Issue 2. Art. No.: CD004770. DOI: 10.1002/14651858.CD004770.
10. OUIMET, S. et al. Incidence, risk factors and consequences of ICU delirium. Intensive Care Med, v. 33, p. 66-73, 2007.
11. REMINGTON, R.; HULTMAN, T. Hypodermoclysis to treat dehydration: a review of the evidence. JAGS, v. 55, p. 2051-5, 2007.

Ansiedade e depressão em Cuidados Paliativos: como tratar

RITA DEWAY GUIMARÃES

Introdução

Ansiedade e depressão podem ser caracterizadas como enfermidades médicas com sinais e sintomas específicos, frequentes na prática clínica, mas nem sempre reconhecidas e tratadas de forma correta.

Atualmente a depressão é considerada problema de saúde pública. Os custos da assistência médica, o tempo de trabalho perdido e a diminuição da qualidade de vida geram prejuízos sociais e funcionais importantes.

Os transtornos de ansiedade precisam ser diferenciados da ansiedade fisiológica, necessária para a realização das atividades do dia-a-dia. A ansiedade patológica se manifesta como uma reação exagerada a diversos estímulos, levando a sintomas físicos incapacitantes e, tal qual a depressão, gerando encargos para toda a sociedade.

Nesse contexto, há um grupo de indivíduos que merece atenção e tratamento especial: pacientes sob Cuidados Paliativos. A medicina paliativa nasceu da necessidade de melhorar a qualidade de vida dos pacientes para os quais a cura não é mais possível e a qualidade de vida está ou estará em breve deteriorada. Nesses indivíduos, o fator desencadeante do seu transtorno, ansiedade ou depressão e é justamente ser colocado no limite da sua existência, na incerteza de quanto tempo permanecerá vivo, o quanto terá que lutar para aumentar a sobrevida, passando por perdas reais, sejam elas emocionais, sociais, financeiras e afetivas.

Neste capítulo, tentaremos definir a melhor estratégia terapêutica para os pacientes sob Cuidados Paliativos que desenvolvem depressão e transtornos de ansiedade, visando minimizar o sofrimento e desenvolver condições pessoais de enfrentamento.

Depressão

As doenças crônicas são sabidamente associadas a maior risco de ocorrência de quadros depressivos. Os pacientes portadores de doenças crônico-degenerativas costumam criar estratégias de enfrentamento de situações que os levarão à terminalidade, sem necessariamente cursar com depressão. No entanto, a queda na qualidade de vida, com comprometimentos social e afetivo, dita o grau de impacto na vida de cada um.

Apesar de não ser o objetivo deste capítulo, sabemos que os principais sinais e sintomas que levam a um correto diagnóstico de depressão são a persistência por um período maior ou igual a duas semanas de distúrbios alimentares, como ina-

petência ou compulsão levando a perda ou ganho de peso excessivo, distúrbios do sono, disfunção sexual com perda acentuada da libido, perda da criatividade e do prazer, recorrência de ideias negativas e catastróficas, tendência à ociosidade, ao isolamento e até, quando mais grave, à ideação suicida. Uma vez diagnosticada e corretamente classificada a depressão, devem-se iniciar o tratamento e o acompanhamento desse indivíduo.

Tratamento

A primeira etapa é estabelecer, junto a uma equipe multidisciplinar, a fase evolutiva da doença, respeitando o princípio da beneficência e da proporcionalidade terapêutica.

É importante manter o princípio da veracidade e do não-abandono. A equipe deve manter seu acompanhamento regular, sabendo passar as informações de maneira que sejam respeitados seus limites e suas condições de receptividade.

Deve-se cuidar do ambiente doméstico, manter boa iluminação, tentar estimular o apetite e a crença espiritual.

O controle de sintomas, principalmente a dor, que é um fator de piora do quadro depressivo ou amplificação do mesmo, é essencial.

A psicoterapia é fundamental para que o paciente consiga expor dúvidas, medos e vivências complicadas. O psicólogo julgará cada caso e definirá a técnica a ser adotada, objetivando a compreensão do processo.

A acupuntura é uma especialidade reconhecida pelos reais benefícios, empregando técnicas bem estabelecidas para redução dos sintomas de ansiedade com bloqueio de pontos específicos, além de atuar como coadjuvante nos sintomas físicos, especialmente de trato digestivo e álgicos.

Massoterapia, musicoterapia e técnicas de relaxamento são válidas.

A terapia ocupacional (TO) representa importante apoio ao paciente, resgatando habilidades e melhorando a autoestima.

A terapia farmacológica fundamenta-se no uso de antidepressivos, podendo ou não estar associada a ansiolíticos.

A ação terapêutica das drogas antidepressivas tem lugar no sistema límbico, o principal centro das emoções. Esse efeito terapêutico é consequência de um aumento funcional dos neurotransmissores na fenda sináptica, principalmente noradrenalina, serotonina e dopamina, bem como alteração no número e na sensibilidade dos neurorreceptores.

Antidepressivos tricíclicos e tetracíclicos

Os antidepressivos tricíclicos (ADTs) aumentam a noradrenalina e a serotonina na fenda sináptica por meio da inibição na recaptação dessas aminas pelos receptores pré-sinápticos. Parece haver também, com o uso prolongado dos ADTs, diminuição do número de receptores pré-sinápticos do tipo alfa-2, que inibem a liberação da norepinefrina (NE).

Quadro 1		
Droga	Dose inicial	Dose máxima
Amitriptilina (Tryptanol, Amytril)	25 a 50 mg	100 a 300 mg
Clomipramina (Anafranil)	25 mg	100 a 250 mg
Mianserina (Tolvon)	30 mg	30 a 90 mg
Doxepin (Sinequan)	25 a 50 mg	100 a 300 mg
Imipramina (Tofranil)	25 a 50 mg	100 a 300 mg
Maprotilina (Ludimil)	50 mg	100 a 225 mg
Nortriptilina (Pamelor)	25 mg	50 a 200 mg
Mirtazapina (Remeron)	15 mg	15 a 45 mg

Inibidores seletivos da recaptação de serotonina

Os inibidores seletivos da recaptação de serotonina (ISRSs) atuam no neurônio pré-sináptico, inibindo especificamente a recaptação desse neurotransmissor, tendo como vantagem a ausência de efeitos anticolinérgicos.

Neste grupo a fluoxetina, a paroxetina e a fluvoxamina são potentes inibidores do sistema enzimático do citocromo P-450 (CYP), mais especificamente CYP2D6 e CYP3A/34. É importante que, ao escolher esquema de tratamento do paciente sob Cuidados Paliativos, tenha-se especial atenção para checar drogas que sejam metabolizadas por esse sistema enzimático (bupropiona, teofilina, amiodarona, verapamil, diltiazem, fluconazol, cetoconazol, ritonavir, itraconazol, eritromicina, claritromicina, opioides, anticonvulsivantes, cimetidina, alprazolam, etc.) pelo risco de elevação do nível sérico da droga eleita e pelas interações farmacológicas indesejáveis. As demais drogas desse grupo têm ação inibitória desse sistema enzimático, porém significativamente menos expressiva, portanto com menor ocorrência de interações farmacológicas, sendo recomendados, como primeira linha de escolha desse grupo, o citalopram ou escitalopram e, em sequência, a sertralina.

Quadro 2		
Droga	Dose inicial	Dose máxima
Citalopram (Cipramil, Procimax)	10 a 20 mg	20 a 60 mg
Escitalopram (Lexapro)	10 mg	10 a 20 mg
Fluoxetina (Daforin, Fluxene, Prozac, Eufor)	10 a 20 mg	20 a 60 mg
Fluvoxamine (Luvox)	50 mg	50 a 300 mg
Paroxetina (Paxil, Aropax, Pondera, Cebrilim)	10 a 20 mg	20 a 60 mg
Paroxetina CR	12,5 a 25 mg	25 a 75 mg
Sertralina (Tolrest, Zoloft, Novativ, Sertrax)	50 mg	50 a 200 mg

Inibidor de recaptação de serotonina-noradrenalina

Os inibidores potentes da recaptação neuronal de serotonina e noradrenalina (IRNSs) têm fraca ação inibitória do CYP2D6, com baixa incidência de interações medicamentosas, exceto quando o paciente está em uso de inibidores da monoamina oxidase (IMAOs). Em caso de modificação de antidepressivos como fluoxetina e paroxetina por IRNS, atenção para ajuste das doses e controle rigoroso na detecção de efeitos indesejáveis, justificado pela intensa ação inibitória da fluoxetina e da paroxetina em CYP2D6 e CYP3A/34.

Quadro 3		
Droga	Dose inicial	Dose máxima
Venlafaxina (Efexor, Alenthus, Venlift)	37,5 mg	75 a 300 mg
Venlafaxina XR (Efexor XR)	37,5 mg	75 a 300 mg
Desvenlafaxina (Pristiq)	50 mg	50 mg
Duloxetina (Cymbalta)	30 mg	60 a 120 mg

Inibidor de recaptação de dopamina-noradrenalina

A bupropiona é um inibidor de recaptação de dopamina-noradrenalina (IRDN) relativamente seletivo, com mínimo efeito na recaptação de indolaminas (serotonina) e não inibindo a monoamina oxidase.

Quadro 4		
Droga	Dose inicial	Dose máxima
Bupropiona (Wellbutrin, Bup)	75 a 150 mg	300 a 450 mg
Bupropiona (WellbutrinSR, Zyban)	100 a 150 mg	300 a 400 mg

Inibidores da monoamina oxidase

A monoamina oxidase é uma enzima envolvida no metabolismo da serotonina e das catecolaminas. Os IMAOs promovem aumento da concentração desses neurotransmissores nos locais de armazenamento, no sistema nervoso central (SNC) e no sistema nervoso simpático (SNS). Tem ação inibitória no sistema enzimático do citocromo P450 e é incompatível com betabloqueadores e outras drogas que sejam metabolizadas principalmente por CYP2D6 e CYP3A/34, já citados.

Quadro 5		
Droga	Dose inicial	Dose máxima
Tanicipromina (Parnate, Stelapar)	10 mg	10 a 60 mg
Selegilina (Elepril, Jumexil)	10 mg	5 a 10 mg
Moclobemida (Aurorix)	150 mg	150 a 600 mg

Antagonista serotoninérgico/inibidor de recaptação de serotonina

Quadro 6

Droga	Dose inicial	Dose máxima
Nefazodona (Serzone)	50 mg	300 a 600 mg
Trazodona (Donaren)	50 mg	150 a 400 mg

Fases do tratamento

- Fase aguda: a resposta inicial do tratamento antidepressivo ocorre entre duas a quatro semanas após o início da medicação, e a fase aguda contempla os primeiros três meses. O objetivo dessa fase é a diminuição ou remissão completa dos sintomas com obtenção da dose ideal de tratamento;
- fase de continuidade: até seis meses. O objetivo dessa fase é a completa remissão dos sintomas;
- fase de manutenção: até o primeiro ano, exceto se já houver relato de três ou mais episódios prévios de depressão, o que eleva o tratamento para cinco anos. O objetivo dessa fase é a descontinuação progressiva da droga ao longo de quatro semanas. Se houver sinais de recorrência, dever-se-á retornar ao uso na dose anteriormente utilizada.

Escolha do medicamento antidepressivo

O American College of Physicians (ACP), após extensa revisão de estudos comparando os grupos antidepressivos, suas variáveis clínicas e efeitos colaterais, custos, aderência, tratamento correto e ocorrência de recidivas, recomenda o uso de um entre 12 fármacos da segunda geração ISRS, IRNS, IRND (citalopram, bupropiona, duloxetina, escitalopran, fluoxetina, fluvoxamina, mirtazapina, nefazodona, paroxetina, sertralina, trazodona ou venlafaxina) e ADT [5,13-15], porém o grupo mais bem tolerado, com melhor perfil para menor índice de efeitos colaterais e menor complicação em casos de doses muito elevadas, foi o ISRS, ficando como recomendação de primeira escolha para iniciar o tratamento, com destaque para citalopram, escitalopram e sertralina. O ACP enfatiza, entretanto, que os demais grupos têm eficácia comprovada, a maioria com respostas equivalentes, e que a escolha deverá ser individualizada de acordo com o grau de comprometimento de funções sistêmicas, efeitos colaterais e limitações que cada antidepressivo apresente para a patologia de base e comorbidades associadas^(9, 10).

O paciente sob Cuidados Paliativos geralmente faz uso de várias medicações, portanto se faz necessário:

- checar medicações de uso regular e avaliar os riscos de interações medicamentosas que contraindiquem determinado antidepressivo;
- iniciar tratamento com doses baixas mínimas preconizadas;
- ter cuidado especial com doses de antidepressivo no idoso. A desvenlafaxina mostra um perfil ideal nessa faixa etária, não necessitando de ajuste de dose e não sendo necessária titulação. Os demais grupos, exceto os que tenham contraindicação ou restrições por co-

morbidades, devem ter sua dose ajustada para a metade da dose mínima preconizada.

Pacientes com dor de difícil controle e depressão se beneficiam com o uso de duloxetina e venlafaxina. Caso a característica da dor seja neuropática, o antidepressivo tricíclico tem resposta excelente para ambas as condições.

Resposta ao tratamento

Se não houver melhora dos sintomas depressivos nas seis primeiras semanas do tratamento, preconiza-se aumento da dose gradativamente até se obterem sinais de resposta, podendo-se também associar ansiolíticos⁽⁷⁾. A mudança do fármaco está indicada se ocorrerem efeitos colaterais indesejáveis graves ou intoleráveis ou ausência de resposta terapêutica após as modificações.

Contraindicações para grupos especiais

- IMAO: portadores de asma, hipertensos, usuários de anticonvulsivantes;
- ADT: portadores de cardiopatias com distúrbios de condução, epilepsia, hipertensão, glaucoma de ângulo fechado e prostatismo. Contraindicação relativa para uso em idosos;
- ISRS: evitar dose elevada em pacientes com alterações plaquetárias, exceção para o citalopram;
- Duloxetina e nefazodona: evitar em portadores de doença hepática.

Transtornos de ansiedade

A ansiedade é definida como um estado de humor desconfortável vivenciado como sentimento difuso de medo e apreensão. Nos pacientes sob Cuidados Paliativos, o estímulo desencadeador costuma ser o diagnóstico de uma doença grave sem proposta curativa ou mesmo a percepção de que sua doença evolui de forma refratária. Diante de um estímulo tão intenso, o paciente tende a evoluir com ansiedade, que comumente evolui para um estado patológico. Essa ansiedade patológica deve ser reconhecida precocemente para que se possa iniciar a terapia adequada.

Após um correto diagnóstico, os transtornos de ansiedade devem ser ainda classificados em: transtorno de ansiedade generalizada, transtornos de pânico e fobia social, que merecem abordagens diferenciadas.

Transtorno de ansiedade generalizada

Os sintomas característicos do transtorno de ansiedade generalizada (TAG) podem ser agrupados em três categorias: tensão motora, hipervigilância e hiperatividade autonômica.

TRATAMENTO

A terapia cognitiva comportamental (TCC) tem eficácia comprovada no tratamento do TAG, particularmente em pacientes na fase intermediária de Cuidados Paliativos.

A atividade física deve ser indicada para pacientes com condições físicas adequadas.

Quando o paciente está restrito ao leito, recomenda-se fisioterapia de conforto.

A acupuntura possui técnicas bem estabelecidas para redução dos sintomas de ansiedade com bloqueio de pontos específicos.

Massoterapia, cromoterapia e outras técnicas de relaxamento também são indicadas.

TERAPIA FARMACOLÓGICA

Benzodiazepínicos

É o grupo de escolha para o tratamento do TAG. Os benzodiazepínicos (BZDs) possuem boa absorção oral e atingem concentração plasmática máxima em 1 hora com forte ligação proteica e alta solubilidade lipídica. Os seus efeitos principais são exercidos no SNC, com redução da ansiedade, sedação e indução de sono. Os seus principais efeitos colaterais são sonolência, confusão, amnésia e déficit de coordenação motora, acentuados nos idosos.

Preconiza-se que o seu uso deva ser iniciado com a menor dose que promova alívio da ansiedade, e uso de doses fracionadas diminuem a ocorrência de efeitos colaterais. O diazepam, por possuir meia-vida mais longa, é considerado uma droga mais fácil de ser retirada.

Quadro 7

BZD	Equivalência com 5 mg de diazepam	Dose média: ansiedade	Dose geriátrica
Alprazolam	0,5	1-2	0,25-0,5
Clordiazepóxido	10	15-75	5-30
Clonazepam	0,25	0,5-1,5	0,25-1
Clorazepato	7,5	15-67,5	15-60
Clozazolam	1	2-8	2-8
Lorazepam	1	2-6	0,5-1,5
Oxazepam	15	30-60	10-30

BZD: benzodiazepínico.

Buspirona

É um composto ansiolítico do grupo das azapironas, diferindo dos BZDs por não apresentar efeitos miorelaxantes, anticonvulsivantes ou hipnóticos. É agonista parcial de receptores serotoninérgicos. Possui boa absorção oral, sendo metabolizado pelo fígado. Uma característica interessante dessa classe é que não provoca sintomas de abstinência na retirada e não possui efeitos colaterais graves, podendo-se usar por longo prazo. Os efeitos adversos mais comuns são cefaleia, fadiga, náuseas, insônia e tontura. A dose inicial é de 15 mg divididos em três doses, com dose máxima de 30 a 40 mg/dia. A buspirona é indicada quando não se consegue efeito desejado com os BZDs, especialmente quando há necessidade de uso por longo tempo.

Antidepressivos

Os fármacos antidepressivos podem ser usados para controle do TAG, principalmente quando os BZDs são necessários por longo prazo e/ou não apresentam resposta satisfatória⁽⁷⁾. O grupo de escolha é o dos ISRSs; podem ser usadas em segunda escolha venlafaxina ou imipramina (ver doses em IRNS, IRDN e ISRS). É importante ressaltar que o efeito terapêutico somente se inicia a partir do 10º dia, com ação plena após quatro semanas.

Transtorno de pânico

O transtorno de pânico (TP) caracteriza-se pela ocorrência de repetidos ataques de ansiedade, conhecidos como crises de pânico. Se o paciente encontra-se sob Cuidados Paliativos, a morte representa o alvo fixo e, nessas crises, experimenta-se a sensação de morte iminente, sendo em geral uma vivência bastante traumática.

TRATAMENTO

A psicoterapia está inserida na esfera da TCC. A acupuntura possui técnicas bem estabelecidas para redução dos sintomas de ansiedade com bloqueio de pontos específicos.

Tratamento farmacológico

Antidepressivos

Os ISRSs são os fármacos de primeira escolha no tratamento do TP. Preconiza-se iniciar com dose mínima e fazer aumento gradual após a primeira semana de tratamento (ver doses em IRNS). Os ADTs são drogas de segunda linha e têm seu uso limitado em idosos (contra-indicação relativa) e contra-indicação para pacientes portadores de doença cardiovascular (DCV).

Benzodiazepínicos

Os BZDs mais recomendados no tratamento do TP são: alprazolam, dose inicial de 0,25 a 0,5 mg, três vezes ao dia, com dose máxima de 6 mg/dia; e clonazepam, dose inicial de 0,25 a 0,5 mg, duas vezes ao dia, com dose máxima de 6 mg/dia.

Fobia social

A fobia social se caracteriza pelo desenvolvimento de ansiedade exagerada em situações com exposição pessoal. Geralmente o paciente sob Cuidados Paliativos tem importante alteração da imagem corporal decorrente de acentuada perda ponderal, alopecia, limitação de movimentos e alterações de pele. Essas mudanças físicas causam redução da autoestima, deixando o paciente vulnerável e extremamente ansioso pela exposição e análise alheia.

TRATAMENTO

A psicoterapia é importante instrumento para o tratamento. Em geral, é recomendada TCC, porém a definição fica a critério da psicóloga responsável.

A acupuntura possui técnicas bem estabelecidas para redução dos sintomas de ansiedade com bloqueio de pontos específicos.

Tratamento farmacológico

- Betabloqueadores: propranolol, com dose de 20 a 80 mg/dia, ou atenolol, com 50 a 100 mg/dia;
- antidepressivos: a indicação de primeira linha são os ISRS, com destaque para citalopram, 20 a 80 mg/dia; fluoxetina, 5 a 80 mg/dia; paroxetina, 20 a 80 mg/dia; sertralina, 50 a 150 mg/dia.

O tratamento de manutenção deve ser mantido entre seis a 12 meses após melhora dos sintomas, mas, em casos de evolução para terminalidade e piora da imagem corporal e das atividades gerais, a descontinuação pode não se fazer necessária. Em fase intermediária, havendo resposta, a descontinuação deve ser gradativa em quatro semanas para evitar efeitos colaterais e recidivas. A psicoterapia deverá ser mantida.

Referências

1. BABYAK, M. J. et al. Exercise treatment for major depression: maintenance of therapeutic benefit at 10 months. *Psychosom Med*, v. 62, n. 5, p. 633-8, 2000.
2. BERTON, O.; NESTLER, E. J. New approaches to antidepressant drug discovery: beyond monoamines. *Nat Rev Neurosci*, v. 7, n. 2, p. 137-51, 2006.
3. BULL, S. A. et al. Discontinuation of use and switching of antidepressants: influence of patient-physician communication. *Jama*, v. 288, n. 11, p. 1403-9, 2002.
4. CIPRIANI, A. et al. Comparative efficacy and acceptability of 12 new-generation antidepressants: a multiple-treatments meta-analysis. *Lancet*, v. 373, n. 9665, p. 746-58, 2009.
5. DOBSCHA, S. K. et al. Depression decision support in primary care: a cluster randomized trial. *Ann Intern Med*, v. 145, n. 7, p. 477-87, 2006.
6. EBMEIER, K. et al. Recent developments and current controversies in depression. *Lancet*, v. 367, n. 9505, p. 153-67, 2006.
7. FURUKAWA, T. et al. Antidepressant plus benzodiazepine for major depression. *Cochrane Database Syst Rev*, n. 4, p. CD001026, 2000.
8. FURUKAWA, T. et al. Meta-analysis of effects and side effects of low dosage tricyclic antidepressants in depression: systematic review. *BMJ*, v. 325, n. 7371, p. 991, 2002.
9. GARTLEHNER, G. et al. Comparative benefits and harms of second-generation antidepressants: background paper for the American College of Physicians. *Ann Intern Med*, v. 149, n. 10, p. 734-50, 2008.
10. GILBODY, S. et al. Collaborative care for depression: a cumulative meta-analysis and review of longer-term outcomes. *Arch Intern Med*, v. 166, n. 21, p. 2314-21, 2006.
11. KROENKE, K. et al. Anxiety disorders in primary care: prevalence, impairment, comorbidity and detection. *Ann Intern Med*, v. 146, n. 5, p. 317-25, 2007.
12. MANN, J. J. The medical management of depression. *N Engl J Med*, v. 353, n. 17, p. 1819-34, 2005.
13. PRACTICE GUIDELINE FOR THE TREATMENT OF PATIENTS WITH MAJOR DEPRESSIVE DISORDER (revision). American Psychiatric Association. *Am J Psychiatry*, v.157, n. 4 Suppl, p.1-45. 2000.
14. QASEEM, A. et al. Using second-generation antidepressants to treat depressive disorders: a clinical practice guideline from the American College of Physicians. *Ann Intern Med*, v. 149, n. 10, p. 725-33, 2008.
15. RAY, W. A. et al. Cyclic antidepressants and the risk of sudden cardiac death. *Clin Pharmacol Ther*, v. 75, n. 3, p. 234-41, 2004.
16. ROWBOTHAM, M. C. et al. Venlafaxine extended release in the treatment of painful diabetic neuropathy: a double-blind, placebo-controlled study. *Pain*, v. 110, n. 3, p.697-706, 2004.
17. RUSH, A. J. et al. Acute and longer-term outcomes in depressed outpatients requiring one or several treatment steps: a STAR*D report. *Am J Psychiatry*, v. 163, n. 11, p. 1905-17, 2006.
18. SEMENCHUK, M. R. et al. Double-blind, randomized trial of bupropion SR for the treatment of neuropathic pain. *Neurology*, v. 57, n. 9, p. 1583-8, 2001.
19. TAYLOR, M. J. et al. Early onset of selective serotonin reuptake inhibitor antidepressant action: systematic review and meta-analysis. *Arch Gen Psychiatry*, v. 63, n. 11, p. 1217-23, 2006.

20. TURNER, E. H. et al. Selective publication of antidepressant trials and its influence on apparent efficacy. *N Engl J Med*, v. 358, n. 3, p. 252-60, 2008.
21. TYRER, P.; BALDWIN, D. Generalised anxiety disorder. *Lancet*, v. 368, n. 9553, p. 2156-66, 2006.
22. VOS, T. et al. The burden of major depression avoidable by longer-term treatment strategies. *Arch Gen Psychiatry*, v. 61, n. 11, p. 1097-103, 2004.
23. WELLS, K. B. et al. Impact of disseminating quality improvement programs for depression in managed primary care: a randomized controlled trial. *Jama*, v. 283, n. 2, p. 212-20, 2000.
24. WILLIAMS, J. W. et al. A systematic review of newer pharmacotherapies for depression in adults: evidence report summary. *Ann Intern Med*, v. 132, n. 9, p. 743-56, 2000
25. WORLD HEALTH ORGANIZATION. *The World Health Report 22: Reducing Risks, Promoting Healthy Life*. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2002.

Caquexia e anorexia

HENRIQUE A. PARSONS

Introdução e definição

Etimologicamente, caquexia significa "mau estado", do grego *kakós* (mau) e *hexis* (estado). Tradicionalmente, a caquexia é relacionada com o emagrecimento excessivo e claramente aparente associado a determinadas enfermidades⁽³⁾. Nos dias de hoje não são muito frequentes os pacientes tipicamente caquéticos, extremamente emagrecidos e com proeminências ósseas aparentes. Este fato parece decorrer, em parte, da epidemia de obesidade e também da evolução da ciência médica, que permite melhor tratamento das doenças de base nesses pacientes. Nos últimos anos, também a definição de caquexia vem evoluindo. Atualmente ela é considerada uma síndrome que cursa com alguma perda de peso, mas essa deve ser associada a uma série de outros fatores, inclusive à anorexia (redução do apetite com consequente redução do aporte calórico)⁽⁹⁾ (**Quadro 1**)⁽²⁰⁾.

Quadro 1 – Critérios atuais para o diagnóstico de caquexia

Critério maior
• Perda de 5% do peso em um ano (ou em período mais curto) (ou IMC < 20 kg/m ²) (excluindo-se edema)
Critérios menores (ao menos três devem estar presentes)
• Anorexia
• Astenia
• Baixa força muscular
• Baixa massa magra
• Alterações bioquímicas (ao menos uma):
– Elevação de marcadores inflamatórios (PCR, IL-6)
– Anemia
– Hipoalbuminemia

IMC: índice de massa corporal; PCR: proteína C reativa; IL-6: interleucina 6.

Epidemiologia

Estima-se que a caquexia esteja presente em cerca de 2% da população geral⁽⁶²⁾. Em pacientes com câncer, sua prevalência é de aproximadamente 80%, aparecendo mais frequentemente nos estágios avançados da doença⁽³⁹⁾. Cerca de 30% dos pacientes com AIDS apresentam caquexia⁽⁴⁷⁾ (embora esta frequência seja bem maior naqueles sem acesso à terapia antirretroviral, chegando a níveis semelhantes aos dos com câncer avançado)⁽⁹⁾. Cerca de 30% dos indivíduos com doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC)

apresentam caquexia, sendo ainda maior tal porcentagem naqueles com apresentações mais graves da doença^(34, 52). Pacientes portadores de insuficiência renal crônica também estão sujeitos à ocorrência de caquexia (aproximadamente 50%)⁽⁴⁰⁾. Insuficiência cardíaca crônica também é causa de caquexia, embora sua prevalência ainda seja incerta (estima-se algo em torno de 15% a 30%)^(1, 2). A síndrome da caquexia é considerada fator de mau prognóstico em todas as doenças descritas^(1, 2, 22, 29, 52) e é associada a pior qualidade de vida^(23, 26, 28, 30, 32).

Mecanismo e classificação

A caquexia pode ser classificada, quanto a sua etiologia, em primária ou secundária. A caquexia primária é aquela que ocorre como resultado da descompensação metabólica causada pela doença de base. Seus mecanismos vêm sendo continuamente pesquisados, e o estudo das suas minúcias não faz parte do escopo desta obra. Em linhas gerais, estão envolvidos na gênese da caquexia primária: aumento da atividade inflamatória e da resistência insulínica, anorexia, hipogonadismo e anemia⁽²⁰⁾.

A secundária engloba os fatores agravantes da caquexia primária, como má nutrição (seja por redução da ingestão oral, da capacidade de absorção intestinal, ou por perda/sequestro proteico), perda de massa muscular por outras causas, ou outros estados hipercatabólicos (**Quadro 2**). As causas de caquexia secundária podem estar relacionadas com os tratamentos das doenças de base, como antineoplásicos, antirretrovirais e antibióticos⁽⁶⁰⁾.

Quadro 2 – Fatores agravantes da caquexia – Caquexia secundária

• Má nutrição

– Redução da ingestão oral: estomatites, alterações do paladar, xerostomia (que pode ser resultado de desidratação), obstipação intestinal importante, obstrução intestinal, disfunção autonômica, vômitos frequentes, sintomas de elevada intensidade como dor, dispnéia, depressão, *delirium* e restrições financeiras

– Diminuição da capacidade de absorção intestinal: síndrome disabsortiva, insuficiência pancreática ou diarreia grave

– Perda ou sequestro proteico: ascite/derrame pleural com repetidas drenagens, síndrome nefrótica

• Perda de massa muscular por outras causas

– Inatividade prolongada, deficiência de GH, hipogonadismo ou mesmo sarcopenia típica do envelhecimento

• Outros estados hipercatabólicos

– infecções, hipertireoidismo, insuficiência hepática/cirrose, diabetes *mellitus* com mau controle, ICC ou insuficiência renal

GH: hormônio do crescimento; ICC: insuficiência cardíaca congestiva.

Diagnóstico

Clínico

Valores de peso, tanto o pré-mórbido quanto outros anteriores à consulta, devem ser obtidos, pois serão fundamentais na determinação da proporção de peso perdido. Deve-se dar preferência aos dados de prontuário, mas é aceitável utilizar os reportados pelo paciente e/ou cuidador bem informado quando da inexistência de dados registrados.

Mediante detalhada história clínica, aspectos nutricionais como preferências e hábitos alimentares devem ser explorados. Mudanças de hábitos alimentares devem ser identificadas desde o início da doença e, quando possível, diários alimentares devem ser obtidos (de alguns dias ou apenas do dia anterior ao da consulta). O objetivo desses métodos é estimar a ingesta calórica e com isso determinar se existe déficit energético.

A anorexia é parte frequentemente integrante, mas não obrigatória, da síndrome da caquexia. De fato, na maioria das vezes a caquexia predata o surgimento de alterações do apetite⁽¹⁴⁾. Este fato não reduz a importância do correto diagnóstico das alterações de apetite, que deve ser realizado de forma sistemática por meio de escalas numéricas ou visuais como o Edmonton Symptom Assessment System, pelo qual se solicita ao paciente que gradue o seu apetite em uma escala de 0 a 10, onde 0 está ancorado a "o melhor apetite" e 10 a "o pior apetite possível"^(5, 11). A impressão do paciente sobre a evolução do seu apetite (se pior desde o início da doença, ou desde o último contato com a equipe, ou desde o início de uma terapia, por exemplo) também fornece dados aceitáveis sobre problemas nesta área^(37, 38). Sintomas do trato digestório, como náuseas e vômitos, e complicações orais devem ser explorados durante a anamnese. É necessário questionar ativamente sobre a saciedade precoce, que é causa comum de anorexia e fator associado à gênese da caquexia. As alterações do paladar são frequentes e devem ser também investigadas. O exame físico da cavidade oral deve ser completo, em busca de mucosites, estomatites, infecções, lesões, ou quaisquer outras alterações que possam dificultar a alimentação.

A astenia, que pode ser definida como "uma redução na capacidade de realizar atividades físicas ou psicológicas"⁽⁵⁵⁾, pode fazer parte da síndrome da caquexia e seu diagnóstico é clínico por excelência. A anamnese orientada para o diagnóstico da astenia deve, obrigatoriamente, explorar a presença de uma sensação generalizada de fraqueza (que resulte na inabilidade de iniciar atividades), cansaço precoce (associado a dificuldade de manter eficazmente certas atividades) e fadiga mental (que pode incluir dificuldade de concentração, perda de memória e labilidade emocional)^(10, 51).

Como a astenia, cada vez mais as alterações de força muscular vêm sendo descritas como partes integrantes da síndrome da caquexia⁽⁵⁹⁾. Sua avaliação, portanto, faz-se necessária e pode ser realizada por medidas padronizadas como a dinamometria, ou pela avaliação subjetiva da força muscular ao exame físico.

Alimentação, apetite e aparência física são extremamente relacionados com emoções. A avaliação psicossocial do paciente sob risco de caquexia é fundamental. Diversos problemas familiares costumam aparecer em conjunto com a caquexia, geralmente com base na associação quase automática entre o aspecto físico caquético e a proximidade da morte, ou em questões relacionadas com a alimentação. Portanto uma avaliação abrangente do estado psicológico do paciente, bem como dos familiares e cuidadores, quando possível, pode ser útil para o manejo do caso.

Antropométrico

Evidentemente, peso e altura devem ser determinados em todos os encontros com o paciente. Recomenda-se também registrar dados sobre a presença de edema (membros inferiores ou ascite, por exemplo) no mesmo formulário onde será registrado o peso. Para o diagnóstico e o acompanhamento da evolução da caquexia deve-se utilizar a proporção de peso perdido, e não medidas individuais de peso, que são pouco informativas.

A determinação da massa magra é significativamente importante no diagnóstico da caquexia. Esse dado pode ser facilmente obtido subtraindo-se do peso total a massa adiposa determinada com o uso de medidas de pregas cutâneas⁽⁵⁶⁾. Entretanto, como a maioria das tabelas de conversão disponíveis é baseada em indivíduos saudáveis, o uso das pregas cutâneas pode não ser o ideal em pacientes severamente doentes. Idealmente, a massa magra deve ser determinada, quando possível, por bioimpedância ou métodos de imagem^(13, 54).

Laboratorial

Ao menos hemoglobina, albumina sérica e proteína C reativa (PCR) devem ser avaliadas em pacientes sob risco de caquexia, pois podem auxiliar na determinação do plano terapêutico. Outras avaliações laboratoriais podem ser necessárias em casos específicos, especialmente relacionados com as causas secundárias de caquexia, como a dosagem do zinco sérico em pacientes com alterações de paladar, da testosterona naqueles com suspeita de hipogonadismo e do hormônio tireostimulante (TSH) nos com suspeição de alterações tireoidianas, entre outras.

Conduta

Não existe, até o momento, tratamento comprovadamente capaz de reverter a caquexia primária. Diferentes combinações terapêuticas tendo como alvo os diversos mecanismos concomitantes causadores da síndrome vêm sendo estudadas, visto que já foi identificada a necessidade de tratamentos abrangentes^(17, 21, 58).

O primeiro passo para o adequado manejo da síndrome da caquexia é a boa comunicação com o paciente e seus familiares. É comum a interpretação da caquexia como um sinal de morte iminente por falta de alimentação, causa de grande sofrimento psicológico em todos os envolvidos⁽⁴¹⁾. A comunicação franca, combinada com o suporte psicossocial, deve permitir que paciente e família realizem a transição do conceito comum de "morte por fome" para o entendimento do real quadro de desequilíbrio metabólico (geralmente irreversível) envolvido na caquexia. O ato de alimentar-se é uma atividade social *per se*, portanto, nos casos em que o paciente consegue alimentar-se mesmo tendo pouco apetite ou saciedade precoce, o aconselhamento é importante para manter essa atividade durante o maior tempo possível. Orientações gerais como evitar odores durante a elaboração das comidas, uso de condimentos de acordo com a preferência do paciente, redução do tamanho das porções e realização de refeições mais frequentes podem melhorar o aporte nutricional, mas infelizmente não parecem influenciar os sintomas ou a sobrevida⁽⁴⁹⁾.

O tratamento deve ser orientado para as causas secundárias de caquexia, que são, em sua grande maioria, reversíveis ou controláveis. Sintomas gastrointestinais e da cavidade oral devem ser tratados de maneira sistemática e intensiva. Alterações do paladar, se relacionadas com deficiência comprovada de zinco, podem ser tratadas com a reposição deste mineral⁽⁶⁴⁾ (25 mg, via oral [VO], três vezes ao dia, durante as refeições, por cerca

de três a quatro semanas). Xerostomia, na ausência de desidratação, pode ser prevenida evitando-se cítricos, álcool e cafeína e tratada com preparações de "saliva artificial", como carboximetilcelulose ou carmelose. A saciedade precoce pode ser tratada com o uso de procinéticos cerca de 30 minutos antes das refeições (metoclopramida 10 mg, VO, três a quatro vezes ao dia). Outros sintomas associados, como depressão ou *delirium*, devem ser tratados adequadamente.

Agentes estimulantes do apetite têm seu uso sustentado por sólidas evidências científicas. O uso de progestógenos (acetato de megestrol, VO, iniciando com 160 mg/dia e progredindo de acordo com a resposta clínica até doses ao redor de 480-800 mg/dia, ou medroxiprogesterona iniciando com 1 g/dia até cerca de 5 g/dia, também de acordo com a progressão da resposta clínica) é recomendado, pois permite rápida melhora do apetite, da fadiga e do bem-estar geral^(4, 37, 56). Os efeitos colaterais do uso de progestógenos são hipertensão, hiperglicemia, retenção hídrica, hipogonadismo e trombose. Seu uso está formalmente contraindicado a pacientes com histórico de trombose venosa profunda ou tromboembolismo pulmonar, devendo-se realizar o monitoramento dos níveis de testosterona.

Corticosteroides também podem ser utilizados pelo seu efeito estimulador do apetite^(7, 43, 18, 66), mas seu uso é restrito a poucas semanas devido aos riscos associados a sua utilização prolongada (dexametasona 4 mg, VO, uma vez ao dia, pela manhã, por exemplo).

O suporte nutricional está indicado a pacientes com caquexia causada por obstruções do trato digestório ou por impedimentos à alimentação como graves sequelas neurológicas, grandes tumores de cabeça e pescoço ou mucosites graves, por exemplo. O uso de nutrição enteral ou parenteral em pacientes com caquexia por outras causas é controverso e geralmente contraindicado. Em pacientes com câncer e caquexia, seu uso não é associado a resposta clínica relevante^(33, 42).

A administração de talidomida em baixas doses (100 mg/dia, VO) gerou melhoras significativas no apetite, nas náuseas e na sensação de bem-estar geral depois de 10 dias de uso em pacientes com câncer avançado e caquexia⁽⁶⁾. Um estudo posterior utilizando 200 mg/dia por seis meses comprovou a tolerabilidade da droga e a sua eficácia como estabilizadora do peso e da massa magra, entretanto as melhoras sintomáticas não foram reproduzidas⁽²⁵⁾. Pacientes com AIDS e caquexia também foram estudados para o tratamento com talidomida, com resultados semelhantes⁽³¹⁾.

O uso de testosterona ou derivados (oxandrolona, nandrolona) parece ser eficaz para o aumento de massa magra em pacientes com AIDS e DPOC que apresentam caquexia, e sua utilização pode ser recomendada a essas populações^(44, 48, 53, 67).

O uso do hormônio de crescimento (GH) recombinante para o tratamento de caquexia já se mostrou eficaz em pacientes com AIDS e caquexia^(24, 61), entretanto seu custo é geralmente proibitivo.

O ácido eicosapentaenoico (EPA) (óleo de peixe) apresentou resultados preliminares promissores que não foram completamente comprovados em estudos posteriores em pacientes com câncer avançado^(8, 19, 27, 65). Entretanto efeitos positivos sobre a qualidade de vida e o apetite estão comprovados nesses pacientes⁽¹²⁾.

Alguns psicotrópicos podem ter efeito indireto sobre a caquexia, seja no tratamento de quadros depressivos que podem levar à anorexia, seja pelo efeito orexígeno direto (antidepressivos tricíclicos), ou, ainda, pelo efeito sobre outros sintomas como as náuseas (mirtazapina e olanzapina)⁽¹⁵⁾.

Potenciais futuros tratamentos

A melatonina vem sendo estudada como um agente anticaquexia, porém, nos estudos realizados até hoje, apenas um efeito estabilizador do peso foi notado^(35,50). Novos estudos com desenho aprimorado estão em andamento.

O hormônio liberador do hormônio de crescimento (GHRH), o peptídeo grelina, vem sendo testado em pacientes com caquexia associada a insuficiência cardíaca ou DPOC^(45,46). Em pacientes com câncer, um estudo recente comprovou sua segurança e tolerabilidade, gerando expectativas quanto ao potencial surgimento de uma nova modalidade terapêutica para a caquexia⁽⁶⁷⁾.

Anticorpos monoclonais contra interleucina-6 (IL-6) vêm sendo estudados para o tratamento de câncer e apresentaram efeito anticaquexia. Teoricamente, a inibição desse importante fator da cascata inflamatória tem potencial para ser o primeiro tratamento eficaz para a caquexia primária^(63,68).

Referências

1. ANKER, S. D. et al. Prognostic importance of weight loss in chronic heart failure and the effect of treatment with angiotensin-converting-enzyme inhibitors: an observational study. *Lancet*, v. 361, n. 9363, p. 1077-83, 2003.
2. ANKER, S. D. et al. Wasting as independent risk factor for mortality in chronic heart failure. *Lancet*, v. 349, n. 9058, p. 1050-3, 1997.
3. BILLINGSLEY, K.; ALEXANDER, H. The pathophysiology of cachexia in advanced cancer and AIDS. In: BRUERA, E.; HIGGINSON, I. (eds.). *Cachexia-anorexia in cancer patients*. New York: Oxford University Press, 1996. p. 1-22.
4. BRUERA, E. et al. Effectiveness of megestrol acetate in patients with advanced cancer: a randomized, double-blind, crossover study. *Cancer Prev Control*, v. 2, n. 2, p. 74-8, 1998.
5. BRUERA, E. et al. The Edmonton Symptom Assessment System (ESAS): a simple method for the assessment of palliative care patients. *J Palliat Care*, v. 7, n. 2, p. 6-9, 1991.
6. BRUERA, E. et al. Thalidomide in patients with cachexia due to terminal cancer: preliminary report. *Ann Oncol*, v. 10, n. 7, p. 857-9, 1999.
7. BRUERA, E. et al. Action of oral methylprednisolone in terminal cancer patients: a prospective randomized double-blind study. *Cancer Treat Rep*, v. 69, n. 7-8, p. 751-4, 1985.
8. BRUERA, E. et al. Effect of fish oil on appetite and other symptoms in patients with advanced cancer and anorexia/cachexia: a double-blind, placebo-controlled study. *J Clin Oncol*, v. 21, n. 1, p. 129-34, 2003.
9. BRUERA, E. ABC of palliative care. Anorexia, cachexia and nutrition. *BMJ*, v. 315, n. 7117, p. 1219-22, 1997.
10. CELLA, D. et al. Progress toward guidelines for the management of fatigue. *Oncology (Williston Park)*, v. 12, n. 11A, p. 369-77, 1998.
11. CHANG, V. T.; HWANG, S. S.; FEUERMAN, M. Validation of the Edmonton Symptom Assessment Scale. *Cancer*, v. 88, n. 9, p. 2164-71, 2000.
12. COLOMER, R. et al. N-3 fatty acids, cancer and cachexia: a systematic review of the literature. *Br J Nutr*, v. 97, n. 5, p. 823-31, 2007.
13. CONLISK, E. A. et al. Predicting body composition from anthropometry and bioimpedance in marginally undernourished adolescents and young adults. *Am J Clin Nutr*, v. 55, n. 6, p. 1051-60, 1992.
14. DAVIS, M. P.; DICKERSON, D. Cachexia and anorexia: cancer's covert killer. *Support Care Cancer*, v. 8, n. 3, p. 180-7, 2000.
15. DAVIS, M. P. et al. Management of symptoms associated with advanced cancer: olanzapine and mirtazapine. A World Health Organization project. *Expert Rev Anticancer Ther*, v. 2, n. 4, p. 365-76, 2002.
16. DEANS, D. A. et al. Clinical prognostic scoring system to aid decision-making in gastro-oesophageal cancer. *Br J Surg*, v. 94, n. 12, p. 1501-8, 2007.
17. DEL FABBRO, E. Comunicação pessoal 2009.

18. DELLA CUNA, G. R.; PELLEGRINI, A.; PIAZZI, M. Effect of methylprednisolone sodium succinate on quality of life in preterminal cancer patients: a placebo-controlled, multicenter study. The Methylprednisolone Preterminal Cancer Study Group. *Eur J Cancer Clin Oncol*, v. 25, n. 12, p. 1817-21, 1989.
19. DEWEY, A. et al. Eicosapentaenoic acid (EPA, an omega-3 fatty acid from fish oils) for the treatment of cancer cachexia. *Cochrane Database Syst Rev*, n. 1, CD004597, 2007.
20. EVANS, W. J. et al. Cachexia: a new definition. *Clin Nutr*, v. 27, n. 6, p. 793-9, 2008.
21. FEARON, K. Comunicação pessoal, 2009.
22. FEARON, K. C.; VOSS, A. C.; HUSTEAD, D. S. Definition of cancer cachexia: effect of weight loss, reduced food intake, and systemic inflammation on functional status and prognosis. *Am J Clin Nutr*, v. 83, n. 6, p. 1345-50, 2006.
23. FOULADIUN, M. et al. Daily physical-rest activities in relation to nutritional state, metabolism, and quality of life in cancer patients with progressive cachexia. *Clin Cancer Res*, v. 13, n. 21, p. 6379-85, 2007.
24. GELATO, M.; MCNURLAN, M.; FREEDLAND, E. Role of recombinant human growth hormone in HIV-associated wasting and cachexia: pathophysiology and rationale for treatment. *Clin Ther*, v. 29, n. 11, p. 2269-88, 2007.
25. GORDON, J. N. et al. Thalidomide in the treatment of cancer cachexia: a randomised placebo controlled trial. *Gut*, v. 54, n. 4, p. 540-5, 2005.
26. HINSLEY, R.; HUGHES, R. The reflections you get: an exploration of body image and cachexia. *Int J Palliat Nurs*, v. 13, n. 2, p. 84-9, 2007.
27. JATOI, A. et al. An eicosapentaenoic acid supplement versus megestrol acetate *versus* both for patients with cancer-associated wasting: a North Central Cancer Treatment Group and National Cancer Institute of Canada collaborative effort. *J Clin Oncol*, v. 22, n. 12, p. 2469-76, 2004.
28. KALANTAR-ZADEH, K.; FOUQUE, D.; KOPPLE, J. D. Outcome research, nutrition, and reverse epidemiology in maintenance dialysis patients. *J Ren Nutr*, v. 14, n. 2, p. 64-71, 2004.
29. KALANTAR-ZADEH, K. et al. Comparing outcome predictability of markers of malnutrition-inflammation complex syndrome in haemodialysis patients. *Nephrol Dial Transplant*, v. 19, n. 6, p. 1507-19, 2004.
30. KALANTAR-ZADEH, K. et al. Associations of body fat and its changes over time with quality of life and prospective mortality in hemodialysis patients. *Am J Clin Nutr*, v. 83, n. 2, p. 202-10, 2006.
31. KAPLAN, G. et al. Thalidomide for the treatment of AIDS-associated wasting. *AIDS Res Hum Retroviruses*, v. 16, n. 14, p. 1345-55, 2000.
32. KATSURA, H.; YAMADA, K.; KIDA, K. Both generic and disease specific health-related quality of life are deteriorated in patients with underweight COPD. *Respir Med*, v. 99, n. 5, p. 624-30, 2005.
33. KLEIN, S.; KORETZ, R. L. Nutrition support in patients with cancer: what do the data really show? *Nutr Clin Pract*, v. 9, n. 3, p. 91-100, 1994.
34. KOEHLER, F. et al. Anorexia in chronic obstructive pulmonary disease: association to cachexia and hormonal derangement. *Int J Cardiol*, v. 119, n. 1, p. 83-9, 2007.
35. LISSONI, P. Is there a role for melatonin in supportive care? *Support Care Cancer*, v. 10, n. 2, p. 110-6, 2002.
36. LOHMAN, T. G. Skinfolds and body density and their relation to body fatness: a review. *Hum Biol*, v. 53, n. 2, p. 181-225, 1981.
37. LOPRINZI, C. L. et al. Phase III evaluation of 4 doses of megestrol acetate as therapy for patients with cancer anorexia and/or cachexia. *Oncology*, v. 51, suppl. 1, p. 2-7, 1994.
38. LOPRINZI, C. L. et al. Phase III evaluation of four doses of megestrol acetate as therapy for patients with cancer anorexia and/or cachexia. *J Clin Oncol*, v. 11, n. 4, p. 762-7, 1993.
39. MA, G.; ALEXANDER, H. Prevalence and pathophysiology of cancer cachexia. In: BRUERA, E.; PORTENOY, R. K. (eds.). *Topics in palliative care*. New York: Oxford University Press, 1998. p. 91-129.
40. MAK, R. H.; CHEUNG, W. Cachexia in chronic kidney disease: role of inflammation and neuropeptide signaling. *Curr Opin Nephrol Hypertens*, v. 16, n. 1, p. 27-31, 2007.
41. MCCLEMENT, S. Cancer anorexia-cachexia syndrome: psychological effect on the patient and family. *J Wound Ostomy Continence Nurs*, v. 32, n. 4, p. 264-8, 2005.
42. MCGEER, A. J.; DETSKY, A. S.; O'ROURKE, K. Parenteral nutrition in cancer patients undergoing chemotherapy: a meta-analysis. *Nutrition*, v. 6, n. 3, p. 233-40, 1990.
43. MOERTEL, C. G. et al. Corticosteroid therapy of preterminal gastrointestinal cancer. *Cancer*, v. 33, n. 6, p. 1607-9, 1974.
44. MULLIGAN, K.; SCHAMBELAN, M. Anabolic treatment with GH, IGF-I or anabolic steroids in patients with HIV-associated wasting. *Int J Cardiol*, v. 85, n. 1, p. 151-9, 2002.

45. NAGAYA, N. et al. Treatment of cachexia with ghrelin in patients with COPD. *Chest*, v. 128, n. 3, p. 1187-93, 2005.
46. NAGAYA, N.; KOJIMA, M.; KANGAWA, K. Ghrelin, a novel growth hormone-releasing peptide, in the treatment of cardiopulmonary-associated cachexia. *Intern Med*, v. 45, n. 3, p. 127-34, 2006.
47. NAHLEN, B. L. et al. HIV wasting syndrome in the United States. *AIDS*, v. 7, n. 2, p. 183-8, 1993.
48. ORR, R.; FIATARONE SINGH, M. The anabolic androgenic steroid oxandrolone in the treatment of wasting and catabolic disorders: review of efficacy and safety. *Drugs*, v. 64, n. 7, p. 725-50, 2004.
49. OVESEN, L. et al. Effect of dietary counseling on food intake, body weight, response rate, survival, and quality of life in cancer patients undergoing chemotherapy: a prospective, randomized study. *J Clin Oncol*, 11, n. 10, p. 2043-9, 1993.
50. PERSSON, C. et al. Impact of fish oil and melatonin on cachexia in patients with advanced gastrointestinal cancer: a randomized pilot study. *Nutrition*, v. 21, n. 2, p. 170-8, 2005.
51. PORTENOY, R. K.; ITRI, L. M. Cancer-related fatigue: guidelines for evaluation and management. *Oncologist*, v. 4, n. 1, p. 1-10, 1999.
52. SCHOLS, A. M. et al. Body composition and mortality in chronic obstructive pulmonary disease. *Am J Clin Nutr*, v. 82, n. 1, p. 53-9, 2005.
53. SCHOLS, A. M. et al. Physiologic effects of nutritional support and anabolic steroids in patients with chronic obstructive pulmonary disease. A placebo-controlled randomized trial. *Am J Respir Crit Care Med*, v. 152, n. 4 Pt 1, p. 1268-74, 1995.
54. SEIDELL, J. C.; BAKKER, C. J.; VAN DER KOOY, K. Imaging techniques for measuring adipose-tissue distribution: a comparison between computed tomography and 1.5-T magnetic resonance. *Am J Clin Nutr*, v. 51, n. 6, p. 953-7, 1990.
55. SHARPE, M. C. et al. A report – chronic fatigue syndrome: guidelines for research. *J R Soc Med*, v. 84, n. 2, p. 118-21, 1991.
56. SIMONS, J. P. et al. Effects of medroxyprogesterone acetate on food intake, body composition, and resting energy expenditure in patients with advanced, nonhormone-sensitive cancer: a randomized, placebo-controlled trial. *Cancer*, v. 82, n. 3, p. 553-60, 1998.
57. STRASSER, F. et al. Safety, tolerability and pharmacokinetics of intravenous ghrelin for cancer-related anorexia/cachexia: a randomised, placebo-controlled, double-blind, double-crossover study. *Br J Cancer*, v. 98, n. 2, p. 300-8, 2008.
58. STRASSER, F. Appraisal of current and experimental approaches to the treatment of cachexia. *Curr Opin Support Palliat Care*, v. 1, n. 4, p. 312-6, 2007.
59. STRASSER, F. Diagnostic criteria of cachexia and their assessment: decreased muscle strength and fatigue. *Curr Opin Clin Nutr Metab Care*, v. 11, n. 4, p. 417-21, 2008.
60. STRASSER, F. Pathophysiology of the anorexia/cachexia syndrome. In: DOYLE, D. et al. (eds.). *Oxford Textbook of Palliative Medicine* New York: Oxford University Press, 2004. p. 520-33.
61. TAI, V. W. et al. Effects of recombinant human growth hormone on fat distribution in patients with human immunodeficiency virus-associated wasting. *Clin Infect Dis*, v. 35, n. 10, p. 1258-62, 2002.
62. TAN, B. H.; FEARON, K. Cachexia: prevalence and impact in medicine. *Curr Opin Clin Nutr Metab Care*, v. 11, n. 4, p. 400-7, 2008.
63. TRIKHA, M. et al. Targeted anti-interleukin-6 monoclonal antibody therapy for cancer: a review of the rationale and clinical evidence. *Clin Cancer Res*, v. 9, n. 13, p. 4653-65, 2003.
64. UEDA, C. et al. Zinc nutrition in healthy subjects and patients with taste impairment from the view point of zinc ingestion, serum zinc concentration and angiotensin converting enzyme activity. *Auris Nasus Larynx*, v. 33, n. 3, p. 283-8, 2006.
65. WIGMORE, S. J. et al. Effect of oral eicosapentaenoic acid on weight loss in patients with pancreatic cancer. *Nutr Cancer*, v. 36, n. 2, p. 177-84, 2000.
66. WILLOX, J. C. et al. Prednisolone as an appetite stimulant in patients with cancer. *Br Med J (Clin Res Ed)*, v. 288, n. 6410, p. 27, 1984.
67. YEH, S. S.; DEGUZMAN, B.; KRAMER, T. Reversal of COPD-associated weight loss using the anabolic agent oxandrolone. *Chest*, v. 122, n. 2, p. 421-8, 2002.
68. ZAKI, M. H.; NEMETH, J. A.; TRIKHA, M. CNTO 328, a monoclonal antibody to IL-6, inhibits human tumor-induced cachexia in nude mice. *Int J Cancer*, v. 111, n. 4, p. 592-5, 2004.

Cuidados Paliativos nas demências

CLAUDIA BURLÁ

DANIEL LIMA AZEVEDO

Conceito

Demência é um prejuízo adquirido e permanente da capacidade intelectual que afeta pelo menos três das cinco áreas da cognição: memória, linguagem, capacidade visuoespacial, emoção e personalidade. As principais causas de demência são a doença de Alzheimer (60% a 70% dos casos) e as demências vascular, por corpos de Lewy e frontotemporal. O risco de uma pessoa ser portadora de demência dobra a cada cinco anos a partir dos 60 anos de idade, de modo que, estima-se, aproximadamente 50% das pessoas com 85 anos apresentem algum tipo de demência. Esse percentual alarmante, aliado ao atual envelhecimento populacional, torna premente a discussão dos Cuidados Paliativos nas demências, uma vez que o número de pessoas dementadas crescerá exponencialmente nas próximas décadas⁽⁵⁾. Este capítulo toma como base a doença de Alzheimer para discutir a abordagem paliativa nas demências.

Diagnóstico clínico

Conforme o texto revisado da quarta revisão do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV-TR), a doença de Alzheimer é definida por múltiplos déficits cognitivos. Para o diagnóstico da doença de Alzheimer, além da memória, que obrigatoriamente tem que estar comprometida, deve estar presente pelo menos uma das seguintes alterações: afasia (distúrbio da linguagem), apraxia (distúrbio da execução), agnosia (incapacidade para identificar objetos) e disfunção executiva (incapacidade de planejamento e pensamento abstrato). As alterações são graves e causam prejuízo do funcionamento ocupacional e social de uma pessoa que anteriormente era capaz de desempenhar adequadamente suas funções. O diagnóstico depende da anamnese, e as informações prestadas por cuidadores ou familiares do paciente são vitais, uma vez que este geralmente já apresenta dificuldade para reconhecer suas próprias limitações. Após anamnese, exame físico e avaliação cognitiva, exames laboratoriais ajudam a descartar causas potencialmente reversíveis de demência (como hipotireoidismo e hipovitaminose B12), e métodos de imagem cerebral contribuem para a exclusão de outras causas (como hematoma subdural, tumor ou hidrocefalia).

A doença de Alzheimer é progressiva e incurável. Seu curso previsível, assim como o de outras doenças crônicas, faz com que ela seja um modelo ideal para a aplicação de Cuidados Paliativos. Afinal, ao longo de sua evolução, o profissional tem a oportunidade de conhecer bem a pessoa portadora da doença, estreitar os laços com a família e discutir antecipadamente os cuidados que serão adotados.

Fases evolutivas da demência pela doença de Alzheimer

A evolução da doença de Alzheimer pode ser dividida em fases, ao longo das quais aumenta a dependência do paciente.

A fase inicial, que dura de dois a quatro anos, caracteriza-se por dificuldade de adaptação a novas situações e confusão espacial. Durante a fase intermediária, que pode durar de dois a 10 anos, costumam surgir agitação, insônia, prejuízos mais graves de linguagem, incontinência e dificuldades de alimentação. A capacidade funcional do paciente encontra-se francamente prejudicada e ele passa a depender cada vez mais do auxílio dos cuidadores para executar até mesmo as tarefas mais simples, como tomar banho e comer. Já a fase final, que dura de um a três anos, caracteriza-se por mutismo, disfagia, desnutrição e imobilidade. Podem surgir ulcerações na pele em decorrência da pressão prolongada do corpo sobre uma superfície. É comum o paciente aspirar comida ou saliva para as vias respiratórias e desenvolver pneumonia. A morte acontece, na maioria dos casos, por infecção respiratória.

Na fase avançada da demência:

- a comunicação verbal é precária;
- há dependência funcional para as atividades da vida diária;
- a alimentação pela via oral está comprometida;
- há perda de peso;
- existe risco de broncoaspiração;
- há infecções;
- incontinências urinária e fecal estão presentes.

Uma dificuldade na prática clínica diária é definir o prognóstico de uma demência, o que tem relação com a clássica pergunta dos familiares: quanto tempo de vida ainda resta ao paciente? É possível estimar que a expectativa de vida seja inferior a seis meses quando um paciente preenche todos os critérios de demência avançada pela Escala de Avaliação Funcional (FAST) e apresenta pelo menos uma complicação clínica (conforme o **Quadro**, baseado nas diretrizes da National Hospice and Palliative Care Organization [NHPCO])^(6, 8).

Quadro – Critérios de elegibilidade para Cuidados Paliativos na demência
• FAST
– Incapaz de caminhar, vestir-se e tomar banho sem ajuda
– Incontinência urinária ou fecal, intermitente ou constante
– Ausência de comunicação verbal significativa, capacidade de fala limitada
• Presença de complicações clínicas
– Pneumonia por aspiração
– Pielonefrite ou outras infecções do trato urinário superior
– Sepsis
– Múltiplas úlceras por pressão
– Febre recorrente após antibioticoterapia
– Incapacidade de manter ingesta líquida e calórica suficiente
– Perda de 10% do peso nos seis meses anteriores
– Nível de albumina sérica inferior a 2,5 g/dl

Modalidades de intervenção

Uma equipe interdisciplinar é essencial nos cuidados a um paciente portador de doença de Alzheimer. Médico, enfermeiro, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista, psicólogo, terapeuta ocupacional, assistente social e odontólogo precisam trabalhar em conjunto e falar a mesma linguagem para atingir os objetivos do cuidado: identificar e tratar as intercorrências clínicas, reconhecer os distúrbios de comportamento, otimizar a utilização de fármacos, conservar o estado nutricional e a mobilidade, oferecer apoio psicológico ao paciente e à família e maximizar e manter o funcionamento do paciente.

Controle dos sintomas

As intercorrências clínicas devem ser avaliadas de maneira minuciosa, uma vez que assumem manifestações atípicas em pacientes idosos com demência. O que costuma ocorrer, no caso de uma pneumonia aguda, é taquipneia, com piora da confusão mental e da capacidade funcional, ao invés do quadro clássico de febre com tosse produtiva e dispneia. Da mesma forma, o *delirium* tem que ser avaliado com rapidez, pois é um quadro de urgência multifatorial, podendo ter como causas infecção, dor, constipação, distúrbio eletrolítico e efeito colateral de medicação, entre outras. Quedas também são um sinal de alerta, cujas causas, que vão desde calçados inadequados e privação sensorial até infecções e hipotensão ortostática induzida por fármacos, precisam ser pesquisadas à exaustão. O trabalho do profissional que lida com demência lembra o de um detetive, pois ele muitas vezes já não conta com informações claras prestadas pelo paciente e precisa se basear em pistas da história e do exame físico rigoroso para elucidar o diagnóstico. Talvez o maior desafio, nessa situação, seja o diagnóstico da causa de dor em paciente com demência com grave prejuízo da linguagem, quando é fundamental observar o que provoca a fâcies de dor para tentar solucionar o problema.

Transtorno do humor e distúrbio do comportamento são frequentes ao longo da evolução de uma demência e costumam causar sobrecarga para o cuidador quando não adequadamente tratados. Os transtornos mais frequentes são apatia, depressão, agitação, agressividade e delírios. Apresentam curso flutuante, com períodos de franca exacerbação. O tratamento deve sempre começar pelas medidas não-farmacológicas. A adoção de rotinas e de um programa de exercícios contribui para reduzir a inquietude e a perambulação. O paciente com demência deve ser integrado às atividades da casa, evitando-se o isolamento e a privação de estímulos. Além disso, deve-se procurar reorientá-lo para a realidade por meio de relógios, calendários e fotos. Quando se identifica uma causa de agitação, a mesma precisa ser evitada.

Nos casos em que essas medidas não são suficientes para tratar o distúrbio, é necessário empregar fármacos de maneira cuidadosa, começando com a menor dose possível e aumentando-a gradativamente. Os anticolinesterásicos representam uma categoria interessante de medicamentos cujo maior benefício parece ser justamente sobre os transtornos de comportamento. Além disso, podem induzir também pequenos ganhos cognitivos ou funcionais quando utilizados na fase inicial ou moderada da doença de Alzheimer. Para uso enteral estão disponíveis donepezil, galantamina e rivastigmina, os quais podem induzir efeitos gastrointestinais indesejáveis (náusea, vômitos, diarreia) que geralmente são transitórios mas que, em alguns casos, ocorrem de forma persistente ou intensa, obrigando-

do a suspensão do tratamento. A rivastigmina também pode ser usada por via transdérmica, uma alternativa interessante que reduz a incidência dos efeitos colaterais. Quanto aos antipsicóticos, deve-se dar preferência aos atípicos, como risperidona, quetiapina e olanzapina, que induzem menos efeitos colaterais. São fármacos com risco de aumento da mortalidade por eventos cerebrovasculares⁽⁴⁾ e, portanto, devem ser empregados por períodos curtos, com reavaliação frequente de sua indicação. A dose inicial recomendada é sempre a menor possível (por exemplo, 0,25 mg/dia de risperidona), com aumento progressivo a cada cinco ou sete dias. Já os antidepressivos, como citalopram ou trazodona, costumam ser úteis no tratamento de transtornos de humor, agitação ou insônia⁽³⁾. Em suma, o que se observa é que existe uma ampla gama de alternativas farmacológicas para abordagem desses transtornos. O médico deve tomar o cuidado de conhecer a fundo a farmacologia, os efeitos colaterais e as interações medicamentosas de cada um desses medicamentos antes de incorporá-los ao seu arsenal terapêutico.

É fundamental manter a função intestinal, uma vez que constipação pode ser causa de grande desconforto e agitação. Para tanto, podem ser usados laxativos por via oral ou retal.

Um ponto que não pode ser negligenciado é o cuidado com a integridade da pele. Úlceras por pressão e lesões por umidade são causas evitáveis de intenso desconforto. Deve ser usado colchão viscoelástico, ou de pressão alternante, associado a loção de ácidos graxos essenciais. Fraldas descartáveis precisam ser trocadas sempre que estiverem úmidas, e o lençol do colchão deve estar esticado ao máximo para evitar cisalhamento.

Existe uma tendência natural dos cuidadores a auxiliar o paciente na execução de tarefas, seja por receio de que ele não consiga concluí-las ou para acelerar a prestação de cuidados. Por exemplo, um paciente pode ter dificuldade em vestir uma roupa ou se levantar e o cuidador, instintivamente, toma a iniciativa e passa a vesti-lo ou a estender os braços para apoiá-lo no momento de sair de uma cadeira para caminhar. Essa postura de "desamparo induzido" deve ser evitada, pois leva a dependência precoce⁽⁷⁾. Um dos papéis do cuidador é estimular a independência do paciente dementado. Para isso ele deve gentilmente insistir para que o paciente execute as tarefas sozinho, oferecendo auxílio somente quando solicitado ou em situação de real necessidade. A iluminação dos ambientes deve ser adequada, com especial cuidado para a noturna, a fim de reduzir a incidência de quedas. Barras de segurança em corredores e no banheiro ajudam a manter a independência.

A morte, na maioria das vezes, acontece em decorrência de infecções (pneumonia, infecção urinária ou originada em úlcera por pressão) ou por incapacidade de manter ingesta hídrica ou calórica compatível com a vida. Os profissionais precisam concentrar esforços para tornar o ambiente mais acolhedor, o que pode ser feito com música e intervenção religiosa, se conveniente.

Alimentação na fase final

A manutenção do estado nutricional constitui grande desafio, uma vez que vários fatores interferem na aceitação da dieta, e o paciente dementado, em sua fase final, torna-se intensamente catabólico. Deve-se ter cuidado ao prescrever fármacos anorexígenos (como fluoxetina – contraindicada para pacientes idosos e, portanto, não devendo ser utilizada – e digoxina) ou anticolinérgicos (amitriptilina, por exemplo), que são contraindicados a idosos dementados. Próteses dentárias bem adaptadas favorecem a alimentação

adequada. A consistência e o teor dos alimentos variam conforme a aceitação do paciente e a presença de dificuldade de mastigação ou deglutição. É indicada a introdução precoce do acompanhamento fonoaudiológico para controle de disfagia e redução do risco de broncoaspiração. Já o acompanhamento fisioterápico contribui para retardar a instalação de imobilidade e preservar a independência, além de assumir especial relevância na fase avançada de doença, quando evita anquiloses e otimiza a dinâmica respiratória, prevenindo atelectasias.

O que fazer diante da recusa alimentar da fase final de demência? A decisão de iniciar alimentação artificial é uma das mais difíceis para familiares e profissionais. Disfagia, anorexia progressiva e a consequente sarcopenia fazem parte da evolução habitual da doença e não devem ser encaradas como intercorrências que precisam ser revertidas. Parar de comer é uma das mais tranquilas e confortáveis formas de morrer⁽¹⁾. A família precisa estar devidamente orientada sobre isso. Embora a confecção de gastrostomia por via endoscópica tenha se tornado comum em função da relativa facilidade técnica do procedimento, existem evidências recentes de que a gastrostomia não aumenta a sobrevivência, não melhora as condições de nutrição nem a imunidade e não previne broncoaspiração de secreção bucal⁽²⁾. Além disso, a gastrostomia pode ser fonte de desconforto e de infecções cutâneas. Por essa razão, é razoável respeitar a recusa alimentar do paciente com demência avançada, que deve ditar a quantidade e o horário do alimento que deseja receber. Não existe restrição dietética: permite-se que ele consuma seus alimentos preferidos e à vontade. A mucosa oral tende a se ressecar pela recusa de líquidos ou por efeito colateral de medicações, e deve-se cuidar para que ela fique constantemente hidratada usando-se gaze embebida em água ou gelo picado.

O QUE FAZER:

- identificar e tratar intercorrências clínicas;
- estimular o uso da via oral para alimentação;
- reconhecer a caquexia da demência avançada;
- otimizar a utilização de fármacos;
- trabalhar em equipe interdisciplinar;
- reconhecer os distúrbios do comportamento;
- maximizar e manter o funcionamento

COMO ORIENTAR:

- agenda diária, rotina do paciente;
- avaliação e intervenção ambiental;
- evitar isolamento e falta de estimulação;
- terapia de orientação para a realidade;
- exercícios para diminuir a inquietude;
- estímulo à formação de grupos;
- serviços de apoio à família.

Comentários finais

Todo caso de demência representa uma história de perdas, com profundas repercussões sobre a família, que acompanha o declínio cognitivo, social e motor de um ente querido. Na fase final da doença, a família lida com um paciente emagrecido, restrito ao leito, incapaz de se comunicar e com máxima dependência.

Sugere-se a introdução, ao longo do cuidado, de suporte psicológico para permitir que a família trabalhe sua relação emocional e afetiva com o paciente, que mantém sua identidade até o momento da morte. Grupos de apoio voluntários ou vinculados a instituições costumam oferecer uma boa oportunidade para reunir e instruir familiares.

A fase final da doença é caracterizada por fragilidade, declínio funcional e falência orgânica. Nessa situação, o paciente encontra-se em situação irreversível ante qualquer terapêutica aplicada. Diante do comprometimento de sua autonomia, ou seja, sua incapacidade de tomar decisões, a família e a equipe enfrentam dilemas éticos e precisam fixar bem o objetivo do tratamento. O foco deve ser o cuidado da pessoa, e não de um determinado órgão ou sistema que já se encontra em condição de falência evidente. Nas palavras de Cicely Saunders: "lembre-se de que uma pessoa é um ser integral, física e espiritualmente, e a atitude para com essa pessoa deve ser de respeito. Cuidar de quem está morrendo é, acima de tudo, agir com respeito a essa pessoa". Nesse momento, exigem-se do profissional o máximo de competência técnica no controle dos sintomas e sensibilidade para uma comunicação efetiva com os familiares, acolhendo suas dúvidas e os tranquilizando. Acima de tudo, diante da fragilidade máxima em que os pacientes se encontram, o profissional tem o papel de protegê-los de iatrogenias.

Bons Cuidados Paliativos representam uma questão de saúde pública. A demência pode ser uma doença previsível, mas seu ritmo evolutivo, não. Com a expectativa de aumento da prevalência das demências ao longo das próximas décadas, os profissionais da saúde devem estar preparados para lidar com os aspectos particulares da evolução dessas doenças, reconhecendo a finitude e proporcionando aos pacientes um fechamento digno para suas histórias de vida.

Referências

1. BYOCK, I. *Dying well: peace and possibilities at the end of life*. Riverhead Books, 1997.
2. CERVO, F. A.; BRYAN, L.; FARBER, S. Feeding tubes in patients with advanced dementia: the decision-making process. *Geriatrics*, v. 61, p. 30-5, 2006.
3. KALAPATAPU, R. K.; NEUGROSCHL, J. A. Update on neuropsychiatric symptoms of dementia: evaluation and management. *Geriatrics*, v. 64, n. 4, p. 20-6, 2009.
4. KALAPATAPU, R. K.; SCHIMMING, C. Update on neuropsychiatric symptoms of dementia: Antipsychotic use. *Geriatrics*, v. 64, n. 5, p. 10-8, 2009.
5. OLSON, E. Dementia and neurodegenerative diseases. In: MORRISON, R. S.; MEIER, D. E. (eds.). *Geriatric palliative care*. Oxford: Oxford University Press, 2003. p. 160-72.
6. SCHONWETTER et al. Predictors of six-month survival among patients with dementia: an evaluation of hospice guidelines. *Am J Hosp Palliat Care*, v. 20, p. 105-13, 2003.
7. SHERMAN, F. T. Learned helplessness in the elderly. *Geriatrics*, v. 64, n. 2, p. 6-7, 2009.
8. STUART, B. et al. *Hospice care: a physician's guide*. Arlington: National Hospice and Palliative Care Organization, 1998.

Obstrução intestinal maligna

MÔNICA CECÍLIA BOCHETTI MANNA

Introdução

A obstrução intestinal maligna é uma complicação comum e aflitiva em pacientes com cânceres abdominal e pélvico. Embora possa desenvolver-se em qualquer momento da doença, ocorre mais frequentemente em estágios avançados, com a maior incidência variando de 5,5% a 42% no carcinoma de ovário e de 4,4% a 42% no câncer de colo retal. Também é relatado em outros pacientes com outros cânceres avançados, variando de 3% a 15% dos casos⁽¹⁸⁾.

A obstrução intestinal pode estar presente como característica de malignidade intra-abdominal ou de doença concomitante com a história da malignidade. A etiologia pode ser, em 10% a 48% dos casos de operações, causada por aderências ou enterite actínica, ou malignidade com sítio único, múltiplo ou doença difusa⁽¹⁸⁾.

Câncer primário, recidiva após cirurgia, quimioterapia e radioterapia, doenças associadas e carcinomatose difusa podem causar obstrução intestinal com diferentes mecanismos. Tais fenômenos são frequentemente concomitantes⁽¹⁸⁾.

O crescimento do tumor primário, ou recorrências de massas abdominais, fibroses ou aderências, pode produzir oclusão extrínseca ou estreitamento do lúmen. Lesões polipoides ou estreitamentos devidos à disseminação podem causar oclusão intraluminal. Infiltração da musculatura intestinal ou inflamações repetidas podem produzir oclusão intramural do lúmen. Distúrbios da motilidade devidos à perturbação extrínseca neural de controle da víscera podem produzir retardo no trânsito intestinal, resultando num quadro clínico semelhante à obstrução intestinal, chamado de pseudo-obstrução. Doenças concomitantes como diabetes, síndromes paraneoplásicas e cirurgia gástrica prévia podem contribuir para alterações da motilidade, provocando tal quadro.

Um fator contribuinte para o quadro é a constipação, por causa da doença e/ou de drogas como anticolinérgicos e opioides. Dor devida à constipação induzida por opioide, erroneamente tratada com aumento da dose do mesmo, pode resultar em impactação fecal, produzindo sinais de obstrução intestinal⁽¹⁷⁾.

Fisiopatologia

Uma oclusão do lúmen impede ou retarda a propulsão do conteúdo intestinal. O acúmulo de secreções não-absorvíveis produz distensão e atividade cólica para superar o obstáculo em fases precoces, correspondendo a uma fase subobstrutiva, possivelmente ainda reversível. Embora exista pequeno ou nenhum movimento do conteúdo intestinal através do lúmen, o intestino continua a se contrair com aumento não-coordenado da atividade peristáltica. Como consequência, o intestino se torna distendido, estimulando a secreção de fluidos intestinais, criando assim um ciclo vicioso de distensão-secreção, estirando mais a parede intestinal (**Figura**). Além disso, na obstrução intestinal o anormal aumento da flora bacteriana pode também produzir gases no intestino delgado, contribuindo para a distensão⁽⁶⁾.

Esta fase, dita hipertensiva, produzirá danos no lúmen com consequente resposta inflamatória. A resposta inflamatória envolve ativação das ciclo-oxigenases e liberação das prostaglandinas (potentes secretagogos), por efeito direto no enterócito ou por reflexo nervoso entérico⁽⁶⁾. Polipeptídeos intestinais vasoativos podem ser liberados na circulação portal ou na periférica e mediar as alterações fisiopatológicas locais e sistêmicas, como hiperemia, edema da parede intestinal e acúmulo de fluidos no lúmen, graças a esses efeitos estimulantes^(13, 14).

Hipóxia, causada pela redução da drenagem venosa desde o segmento obstruído, é o estímulo primário para liberação dos polipeptídeos vasoativos intestinais, assim como o aumento do crescimento bacteriano intraluminal. Altos níveis portais de polipeptídeos vasoativos intestinais são conhecidos como causadores de hipersecreção e vasodilatação esplâncnica⁽³⁾.

Estudos experimentais demonstraram que taxas maiores de polipeptídeos vasoativos intestinais estão presentes no conteúdo duodenal, o que pode explicar achados de redistribuição do fluxo sanguíneo entre o segmento obstruído e o segmento distal à obstrução.

Alterações de autorregulação local e mecanismos de controle neuro-humoral do fluxo esplâncnico são a base para o aparecimento da falência de múltiplos órgãos causada ou piorada pela hipotensão sistêmica comumente observada na fase final da obstrução intestinal⁽¹⁵⁾. Fluidos e eletrólitos são sequestrados na parede intestinal e em seu lúmen (terceiro espaço) na presença de vasodilatação, contribuindo para hipotensão e sepse, levando à falência de múltiplos órgãos, causa da morte em pacientes com obstrução intestinal.

A fase de hipovolemia pode induzir a insuficiência renal devido ao decréscimo do fluxo renal e, como consequência, da filtração glomerular.

Oligúria, azotemia e hemoconcentração podem acompanhar a desidratação. Distúrbios metabólicos na obstrução intestinal dependem do sítio e da duração da obstrução e são causados por desidratação, perdas de eletrólitos e distúrbios do equilíbrio ácido-básico⁽⁴⁾. Alcalose metabólica, hipocloremia e hipocalemia serão características de uma obstrução alta devido à perda prevalente de secreção gástrica. Numa obstrução baixa haverá deficiência de cloretos, sódio, potássio e bicarbonatos por causa da estase intestinal de secreções biliares, pancreáticas, intestinais e gástricas⁽¹¹⁾, além de acidose devida às lesões isquêmicas ou complicações sépticas⁽⁹⁾. O aumento da distensão abdominal reduz o retorno venoso e pode prejudicar a ventilação pulmonar resultante da elevação do diafragma.

Sepse ocorrerá numa fase mais tardia da obstrução intestinal, provavelmente como resultado da ação bacteriana. Isso consiste na passagem de toxinas do conteúdo intestinal passando através da parede do intestino dentro dos linfáticos e da circulação sistêmica. Esse fenômeno resulta em aumento da pressão endoluminal, estase e isquemia intestinal, junto com gangrena intestinal e perfuração, comumente observados em fases tardias de uma obstrução intestinal persistente. O tempo de curso desses eventos é variável, ocorrendo ao longo de vários dias na obstrução intestinal maligna^(8, 11).

Causas

- O próprio tumor;
- tratamentos anteriores, como aderências e fibrose isquêmica pós-radioterapia;

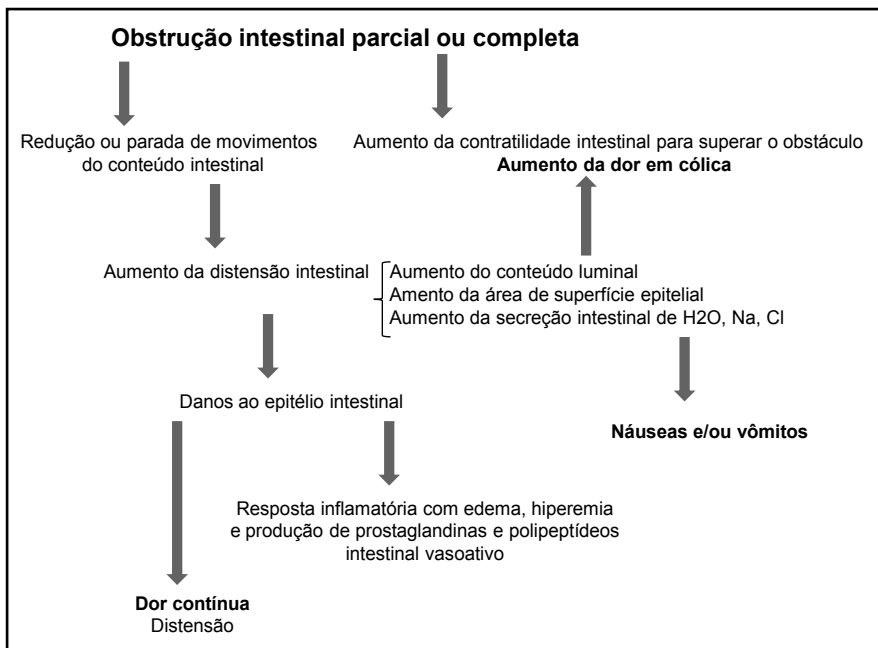


Figura – Causas e sintomas na obstrução intestinal maligna (modificado de Ripamonte e Mercadante)⁽¹⁷⁾

- medicamentos, como, por exemplo, opioides, antimuscarínicos;
- debilidade associada, por exemplo, a obstipação;
- um estado benigno não relacionado, por exemplo, hérnia estrangulada⁽¹⁷⁾.

Características clínicas da obstrução intestinal

Na obstrução intestinal aguda existe habitualmente uma lesão isolada, enquanto na crônica (persistente ou remitente) pode haver diversos locais de obstrução parcial, tanto no intestino delgado como no grosso. A doença retroperitoneal pode originar neuropatia visceral e obstrução funcional. Em consequência, os quatro sintomas e sinais que apontam para o diagnóstico de obstrução intestinal aguda (distensão abdominal, dor, vômitos e obstipação) podem não ser tão óbvios na obstrução crônica no câncer avançado. Por exemplo, a distensão pode ser mínima devido a múltiplas aderências intra-abdominais malignas. Os sons intestinais podem variar entre a ausência e serem hiperativos com borboríngos. Os sons de *tinitus* nos intestinos são raros. Alguns doentes sofrem mais de diarreia do que de obstipação^(17, 18).

Tratamento cirúrgico

A intervenção cirúrgica é paliativa e estará contraindicada nas seguintes circunstâncias:

- laparotomias anteriores afastam as possibilidades de êxito da intervenção;
- carcinomatose intra-abdominal difusa evidenciada por tumores intra-abdominais difusos palpáveis;

- ascite que volta a se acumular rapidamente após realização de paracentese. Além disso, perda de peso superior a 9 kg está associada a maus resultados pós-operatórios. Deve-se considerar a intervenção cirúrgica se todos os seguintes critérios forem preenchidos:
- existência de provável obstrução orgânica isolada e discreta, como aderências pós-operatórias ou neoplasia isolada;
- estado geral do paciente bom, isto é, se a doença não estiver muito disseminada, se ele for independente e ativo e se a perda de peso for inferior a 9 kg;
- desejo do doente de ser submetido à cirurgia^(12, 16).

O tratamento cirúrgico visa paliar os sintomas e dependerá do sítio e do tipo de obstrução, podendo incluir desde um *by-pass*, como a entero-enteroanastomose, enteroanastomose ou a criação de uma estomia para descompressão. Não podemos esquecer que o tratamento cirúrgico pode causar complicações como infecção e deiscência de ferida operatória, fístulas enterocutâneas, abscessos peritoneais, deiscência de anastomoses intestinais, sangramentos gastrointestinais, embolia pulmonar e trombose venosa profunda⁽¹⁾.

Tratamento clínico

No caso de doentes aos quais a intervenção cirúrgica for contraindicada, geralmente é possível aliviar os sintomas de maneira adequada com o uso de medicamentos. A sonda nasogástrica e a hidratação intravenosa (IV) raramente são necessárias.

O tratamento se dirige primariamente ao alívio dos sintomas, principalmente das náuseas e dos vômitos. Para os pacientes sem cólicas e que ainda eliminam gases intestinais, um fármaco pró-cinético constitui a primeira escolha, sendo a metoclopramida, na dose de 60 a 240 mg/dia por via subcutânea (SC), a primeira opção. Aos pacientes que apresentam cólicas intensas, indicando piora da obstrução que pode não ser mais parcial, os medicamentos pró-cinéticos são contraindicados, sendo recomendado o uso de substância antissecretória e antiespasmódica, como o brometo de n-butilescopolamina, na dose de 40 a 120 mg/dia SC ou IV. O glicopirrolato, outro anticolinérgico muito utilizado em outros países, não é habitualmente usado no Brasil. Os laxantes expansores de volume, osmóticos e estimulantes também devem ser suspensos e pode ser necessário proceder a uma série de mudanças de medicamentos durante vários dias até que se obtenha um resultado satisfatório. Para a dor constante do câncer subjacente deve-se administrar regularmente um opiáceo. Se o paciente estiver recebendo metoclopramida ou metilescopolamina por via parenteral, o opiáceo também poderá ser dado por infusão SC contínua⁽⁹⁾.

Pode-se dar um enema de fosfato se a obstipação for um fator causal provável e, após, prescrever um amolecedor das fezes, como comprimidos de docusato de sódio, 100 a 200 mg duas vezes ao dia.

Os corticosteroides podem ser úteis em pacientes com obstrução intestinal inoperável, pela possível ação redutora do edema peritumoral, promovendo o alívio dos sintomas. A dose utilizada varia em torno de 8 a 20 mg/dia SC⁽⁴⁾.

Existe a possibilidade de administrar octreotide, análogo sintético da somatostatina, que possui efeito antissecretório em todo o trato alimentar, porém é de alto custo e não

muito utilizado no Brasil. Essa substância também pode ser dada por infusão SC contínua, na dose de 0,2 a 0,9 mg/24 h, aumentando ocasionalmente. A diminuição do conteúdo do estômago reduz a distensão e, por isso, a probabilidade de cólicas e vômitos^(5, 10).

Dado que o aumento da pressão intraluminal provoca a liberação de serotonina (5HT) a partir das células enterocromafins da parede dos intestinos, alguns doentes têm melhora com um antagonista dos receptores 5HT₃, como ondasetrona, tropisetrona e ganisetrona⁽⁷⁾.

A gastrostomia raramente é necessária na obstrução crônica no câncer avançado. Na verdade, os pacientes tratados farmacologicamente devem ser aconselhados a ingerir os seus alimentos sólidos e líquidos preferidos em pequenas quantidades. Alguns pacientes têm mais facilidade em se alimentar pela manhã. Os fármacos antimuscarínicos e a diminuição da ingestão de líquidos provocam boca seca e sede. Esses efeitos são geralmente aliviados por uma rigorosa higiene bucal. Alguns mililitros de líquido de 30 em 30 minutos podem ser administrados sob a forma de cubos de gelo e muitas vezes bastam para resolver a questão. A hidratação IV raramente é necessária⁽²⁾.

Considerações finais

A presença da obstrução intestinal maligna, de maneira geral, costuma ser um sinal de doença progressiva. É importante que sua fisiopatologia seja bem conhecida e compreendida para que o tratamento, cirúrgico ou clínico, possa promover conforto para o paciente.

Referências

1. AABO, K. et al. Surgical treatment of intestinal obstruction in the late course of malignant disease. *Acta Chirurgica Scandinavica*, v. 150, p. 173-6, 1984.
2. ASHBY, M. et al. Percutaneous gastrostomy as a venting procedure in palliative care. *Palliat Med*, v. 5, p. 37-43, 1991.
3. BASSON, M. D. Does vasoactive intestinal polypeptide mediate the pathophysiology of small bowel obstruction? *American Journal of Surgery*, v. 157, p. 109-15, 1989.
4. CHAN, A.; WOODRUFF, R. K. Intestinal obstruction in patients with widespread intra-abdominal malignancy. *Journal of Pain and Symptom Management*, v. 7, n. 339, p. 42, 1992.
5. FEUER, D. J. et al. Systematic review of surgery in malignant bowel obstruction in advanced gynecological and gastrointestinal cancer. *Gynecol Oncol*, v. 75, p. 313-22, 1999.
6. GLARE, P.; LICKISS, J. N. Unrecognized constipation in patients with advanced cancer. *Journal of Pain and Symptom Management*, v. 7, p. 369-71, 1992.
7. HUTCHISON, S. M. W, BEATTIE, G.; SHEARING, C. H. Increased serotonin excretion in patient with the ovarian carcinoma and intestinal obstruction. *Palliat Med*, v. 9, p. 67-8, 1995.
8. JONES, S.; SCHIRMER, B. D. Intestinal obstruction, pseudo-obstruction and ileus. In: SLEISINGER, M. H.; FORDTRAN, J. S. (eds.). *Gastrointestinal disease*. Philadelphia: JB Lippincott Co., 1989. p. 369-81
9. LAVAL, G. et al. The use of steroids in the management of inoperable intestinal obstruction in terminal cancer patients: do they remove the obstruction? *Palliat Med*, v. 14, p. 3-10, 2000.
10. MERCADANTE, S. et al. Comparison of octreotide and hyoscine butylbromide in controlling gastrointestinal symptoms due to malignant inoperable bowel obstruction. *Support Care Cancer*, v. 8, p.188-91, 2000.
11. MERCADANTE, S. Assessment and management of mechanical bowel obstruction. In: PORTENOY, R. K.; BRUERA, E. (eds.). *Topics in palliative care*. New York: Oxford University Press, 1992. v. 1, p.113-30.
12. MERCADANTE, S. Pain in inoperable bowel obstruction. *Pain Digest*, v. 5, p. 9-13, 1995.
13. NELLGARD, P.; BOJO, L.; CASSUTO, J. Importance of vasoactive intestinal peptide and somatostatina for fluid losses in small-bowel obstruction. *Scandinavian Journal of Gastroenterology*, v. 30, p. 464-9, 1995.
14. NELLGARD, P.; CASSUTO, J. Inflammation as a major cause of fluid losses in small-bowel obstruction. *Scandinavian Journal of Gastroenterology*, v. 28, p. 1035-41, 1993.

15. NEVILLE, R. Vascular responsiveness in obstructed gut. *Diseases of Colon and Rectum*, v. 34, p. 229-35, 1991.
16. RIPAMONTI, C.; FAGNONI, E.; MAGNI, A. Management of symptoms due to inoperable bowel obstruction. *Tumori*, v. 91, p. 233-6, 2005.
17. RIPAMONTI, C.; MERCADANTE, S. Pathophysiology and management of malignant bowel obstruction. In: DOYLE, D. et al. (eds.). *Oxford Textbook of Palliative Medicine*. 3. ed. New York: Oxford University Press, 2004. p. 496-506.
18. RIPAMONTI, C. et al. Clinical-practice recommendations for the management of bowel obstruction in patients with end-stage cancer. *Support Care Cancer*, v. 19, p. 23-34, 2001.

Cuidados Paliativos em pacientes com HIV/AIDS

ELISA MIRANDA AIRES

Introdução

A AIDS é uma doença infecciosa conhecida desde 1981 causada pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV), cuja principal característica é uma imunossupressão progressiva, ocasionando principalmente destruição de linfócitos CD4+ tornando o paciente suscetível a infecções e tumores oportunistas.

O número de casos no mundo continua crescendo. Calcula-se que haja 33,2 milhões de pessoas vivendo com HIV, 70% delas na África subsaariana⁽²⁷⁾. No Brasil, havia 506.490 casos de doentes notificados até junho de 2008. Desses, 30% vivem no estado de São Paulo⁽³⁾.

Desde 1997, com o advento da terapia antirretroviral de alta potência, também conhecida como *highly active antiretroviral therapy* (HAART), houve grande mudança na história natural da doença nos países onde a terapia tem sido amplamente utilizada, caracterizada principalmente por diminuição da letalidade (em média 70%) e da morbidade por doenças oportunistas^(6, 28) e aumento das mortes não-relacionadas com a doença oportunista (acidose láctica, anafilaxia, eutanásia, sepse, acidentes, suicídio, doença cardiovascular, cânceres não-oportunistas, falência hepática)⁽²¹⁾.

O curso clínico é bastante variável, dependendo principalmente do uso ou não da HAART. Naqueles que não a utilizam, a doença cursa em geral um período de incubação médio de oito a 10 anos, desde o momento de infecção até a doença clínica, e apresenta sobrevida aproximada de seis a 18 meses. Porém, quando a utilização da terapia é correta, a doença pode evoluir assintomática durante longos anos com algumas intercorrências infecciosas potencialmente tratáveis, até que haja uma doença grave ou falência à HAART, podendo desencadear a morte.

AIDS e Cuidados Paliativos

Mesmo com este panorama favorável alguns pontos necessitam ser considerados. Sabe-se que para uma eficácia plena da HAART é necessária a adesão de 95% em termos de dose e horário. A maioria dos estudos demonstra que 40% a 60% dos pacientes aderem menos de 90%⁽²⁾. Ainda assim, os que a utilizam corretamente podem desenvolver resistência ao longo do tempo ou padecer de vários efeitos colaterais da medicação, como dor abdominal, náuseas, vômitos, além de aumento da incidência de diabetes e dislipidemias, com suas danosas consequências. Isso os torna candidatos a Cuidados Paliativos. Os Cuidados Paliativos em pacientes com HIV/AIDS seguem a mesma filosofia que em qualquer doente, ou seja, abordam os pacientes como um todo, com todos os seus sofrimentos (físicos, psíquicos, sociais e espirituais), cuidam do cuidador e abordam os familiares enlutados.

Há, porém, algumas particularidades a serem consideradas em pacientes com AIDS e que podem ser responsáveis pelo aumento do seu sofrimento:

- os pacientes em geral são mais jovens que os portadores de câncer;
- a doença é multissistêmica, com muitos diagnósticos simultâneos;
- há necessidade de uso de vários medicamentos (o paciente com AIDS em cuidados domiciliares faz uso, em média, de 33 comprimidos por dia)⁽²⁰⁾;

- ocorrem repentinas e dramáticas mudanças na condição clínica, gerando dificuldade em identificar a "fase terminal";
- há grandes e dinâmicas mudanças nos padrões de tratamento, exigindo atualização constante da equipe de saúde;
- o paciente geralmente tem plena consciência a respeito da doença e do seu prognóstico;
- há maior índice de sofrimento psíquico quando em comparação com pacientes com câncer⁽²²⁾;
- há grande isolamento, estigma e falta de compaixão da sociedade pelo paciente e sua família;
- é comum a falta de estrutura e de suportes familiar e social; pode haver múltiplas mortes na família; alto índice de luto complicado;
- falta de experiência dos médicos em Cuidados Paliativos com esses pacientes.

Com tudo isso, faz-se necessário treinamento específico para lidar com Cuidados Paliativos nessa população.

Prognosticar pacientes com HIV/AIDS na era HAART: fatores de mau prognóstico

Uma das grandes dificuldades dos médicos que cuidam desses doentes é prognosticá-los corretamente, decidir com segurança o momento de oferecer-lhes Cuidados Paliativos exclusivos e discutir, por exemplo, a suspensão da HAART. O que se verifica muitas vezes é que os doentes sofrem um processo longo de distanásia e grande parte morre em uso de HAART, mesmo com falência documentada da mesma.

Essa dificuldade se dá, principalmente, por alguns motivos⁽¹³⁾:

- a AIDS é uma doença infecciosa potencialmente tratável;
- tem períodos de melhora e piora muito rápidos, com mudanças rápidas, padrões de tratamento e, conseqüentemente, prognóstico;
- existem poucos trabalhos científicos que subsidiem as decisões;
- a população em geral é jovem, o que pode favorecer a distanásia;
- problemas sociais e psíquicos dificultam algumas decisões terapêuticas.

Uma das conseqüências disso é que os médicos que cuidam de pacientes com HIV/AIDS são mais relutantes em encaminhá-los aos Cuidados Paliativos⁽¹⁷⁾.

Apesar dos avanços dos conhecimentos e terapia da doença e das dificuldades apontadas anteriormente, algumas situações/doenças ainda são consideradas de mau prognóstico, como podemos verificar no **Quadro 1**⁽⁷⁾.

Quadro 1 – Situações/doenças consideradas de mau prognóstico
LEMP
Sarcoma de Kaposi disseminado ou visceral grave
Linfoma primário do SNC
Demência avançada pelo HIV
Doenças oportunistas refratárias ao tratamento disponível
Outras doenças crônicas, avançadas e progressivas não-relacionadas com a AIDS, como câncer, doença de Alzheimer e ELA
Falência de órgãos vitais

LEMP: leucoencefalopatia multifocal progressiva; SNC: sistema nervoso central; HIV: vírus da imunodeficiência humana; ELA: esclerose lateral amiotrófica.

Há ainda alguns cofatores que tornam o prognóstico sombrio, identificados no **Quadro 2**. Em pacientes já em fase muito avançada de doença, os principais fatores de mau prognóstico são dosagem baixa de albumina sérica, perda acentuada de peso, comorbidades graves e índice de Karnofsky inferior a 40⁽⁴⁾.

Quadro 2 – Cofatores que tornam o prognóstico sombrio
Falência múltipla aos antirretrovirais
Caquexia
Dosagem de linfócitos CD4 < 50 céls-mm ₃
Índice de Karnofsky < 40
Sequela neurológica grave
Dispneia progressiva e refratária
Pelo menos três dos seguintes critérios, simultaneamente: anorexia, fadiga, tristeza, sonolência, úlcera de pressão e diarreia
Predição médica subjetiva de sobrevida < 6 meses

Como em qualquer doença, após avaliação clínica de mau prognóstico o médico, antes de tomar uma decisão unilateral quanto aos procedimentos de suspensão ou não-introdução de terapia, deverá discutir o fato com o paciente e/ou familiares e respeitar a autonomia dos mesmos.

Principais sofrimentos e abordagens dos pacientes com HIV/AIDS em Cuidados Paliativos

Os sofrimentos devem ser avaliados e abordados em equipe multiprofissional, respeitando-se a experiência de cada profissional, com uma filosofia de trabalho que se complemente e apresente ajuda mútua. Por motivos didáticos, dividiremos os sofrimentos nas diferentes esferas.

Físicos

Pacientes com AIDS em fase avançada da doença têm, em média, 10,9 a 12,7 sintomas concomitantes, grande parte negligenciada por eles próprios e seus médicos⁽¹¹⁾.

Os sofrimentos físicos em doentes em fase avançada variam em diferentes trabalhos, sendo principalmente dor (84%), astenia/caquexia (61%), anorexia (41%), confusão mental/demência (29%), náusea/vômito (21%) e depressão (20%)^(14, 24).

A dor está presente em cerca de 80% dos pacientes em fase avançada da doença e eles têm em média 2,9 dores concomitantes⁽⁶⁾. Um trabalho realizado no Brasil aponta prevalência de dor em 54% dos pacientes hospitalizados (em diferentes fases de doença)⁽¹¹⁾, sendo maior quanto mais grave for o estágio clínico.

Os principais tipos de dores apresentadas pelos pacientes com HIV/AIDS são^(1, 25):

- cefaleia (por neurocriptocose, neurotoxoplasmose, neurotuberculose, linfoma cerebral etc.);

- neuropatias (por HIV, citomegalovírus [CMV], terapia antirretroviral, herpes-zóster etc.);
- ulcerações genitais, orais e esofágicas (por cândida, CMV, herpes vírus, HIV);
- dor abdominal (por infecções intestinais, pancreáticas, hepáticas, linfadenopatia, acidose láctica, neoplasias);
- dores osteomusculares (mialgia, artralgia etc.).

A dor tem sido bastante negligenciada nesses doentes quando em comparação com portadores com câncer, com subtratamento médio de 83% a 85%^(5, 12).

A abordagem da dor na AIDS segue tradicionalmente a mesma que a da dor oncológica, ou seja, utiliza-se como base a escada da Organização Mundial da Saúde (OMS)⁽³⁰⁾, que considera a intensidade da dor e os tipos de analgésicos e adjuvantes proporcionais à mesma. Porém há algumas particularidades a serem consideradas no manejo desses pacientes: menor experiência dos profissionais nesse campo, menor número de estudos científicos, grande incidência de hepatopatias, nefropatias, ulcerações gastrointestinais também dificultando o manejo, uso de várias medicações com dificuldade na adesão à analgesia, interações medicamentosas entre antirretrovirais e analgésicos e alto índice de abuso de drogas ilícitas, o que leva ao temor do médico em prescrever opioides.

Psíquicos e sociais

Os pacientes com HIV/AIDS têm grandes sofrimentos psíquicos e sociais ao longo de todo o curso de sua doença, culminando no diagnóstico de terminalidade.

As principais causas de sofrimentos psíquicos e sociais em pacientes com a doença avançada são⁽²⁹⁾:

- incerteza da expectativa de vida;
- desfiguração;
- perda da capacidade física;
- doença de longa duração com exaustão psicológica;
- interferência direta na sexualidade, com risco de contaminação de outras pessoas;
- idade jovem;
- alto índice de uso de drogas ilícitas;
- estigma social;
- problemas financeiros;
- múltiplas mortes na família, alto índice de desestruturação familiar.

Os principais problemas psiquiátricos apresentados por pacientes HIV-positivos são⁽¹⁹⁾ principalmente distúrbios de humor (depressão e doença bipolar). A depressão é bastante frequente em pacientes com HIV em estágio avançado da doença (duas vezes mais frequente que em pessoas HIV-negativas). É necessário estar atento ao risco de suicídio. Outros problemas também frequentes são distúrbios de ansiedade (generalizada, pânico, distúrbio obsessivo-compulsivo, estresse pós-traumático), distúrbio de comportamento (problemas de atenção, uso de drogas, comportamento antissocial, entre outros).

O problema do uso de drogas ilícitas é muito frequente em pacientes com HIV e, muitas vezes, responsável pela não-adesão ao tratamento e maior frequência de doença terminal.

Alguns aspectos importantes e peculiares no manejo psiquiátrico são conhecimento das interações frequentes entre drogas antirretrovirais e psiquiátricas, sendo necessário consulta a manuais e tabelas específicas; dependência de drogas ilícitas, bastante comum nesta população; e alto índice de hepatopatias, com ajuste de doses quando indicado.

Espirituais⁽¹⁸⁾

Os principais sofrimentos nessa esfera são medos (de condenação moral/religiosa, abandono, desamparo da família, morte, entre outros), sentimentos de perda (da autoestima, do controle da vida e das atividades, do sentido da vida, da esperança, da fé em si, no outros e em Deus, da dignidade), vivência de culpa, desespero, desejo de morrer e vontade de viver.

O cuidador de pacientes com HIV/AIDS

Grande número de pacientes não tem cuidador e frequentemente, quando se tornam dependentes, são encaminhados a casas de apoio. Quando os pacientes possuem cuidador, há inúmeros problemas vivenciados por eles, principalmente⁽¹⁶⁾ cuidadores com idade jovem e inexperientes, como medo de contaminação, revolta pela contaminação com HIV, negligência com seu autocuidado (principalmente as mães de crianças com HIV/AIDS, podendo favorecer doenças e morte mais precoce), problemas financeiros, falta de suporte social, alto índice de discriminação por parte da sociedade, organizações familiares caóticas (drogadição, alcoolismo, pobreza extrema etc.). Isso contribui para dificultar os cuidados aos doentes, fazendo-os merecer mais atenção da equipe de Cuidados Paliativos.

O luto na AIDS

Os familiares ou cuidadores de pacientes com AIDS têm vários fatores de risco para luto complicado que devem ser abordados profilaticamente durante o curso da doença. Os principais são⁽⁹⁾ múltiplas mortes na família, alto índice de desagregação familiar, cuidadores idosos (principalmente avós cuidando de crianças), doentes ou cuidadores contaminados, preconceito e falta de apoio da sociedade com relação aos sobreviventes, alto índice de enlutados também usuários de drogas ilícitas e com comorbidades psiquiátricas e falta de recursos financeiros. Isso gera elevado índice de sintomas depressivos, ansiedade e estresse pós-traumático⁽²³⁾. Nas mulheres tem se verificado maior índice de ansiedade, pensamentos e atos suicidas⁽²⁶⁾.

Crianças e AIDS

As crianças com AIDS em geral têm sobrevivido cada vez mais, graças aos progressos terapêuticos e conhecimentos médicos. Com isso a morte tem ocorrido mais frequentemente na adolescência ou no início da idade adulta, rodeada de grande sofrimento.

As principais particularidades dos Cuidados Paliativos em crianças com relação aos adultos são⁽¹⁰⁾: doença multissistêmica, de curso imprevisível e em geral mais lento que em adulto; mudanças constantes nos desenvolvimentos físico e psíquico; aspectos cognitivos muito variáveis, de acordo com faixa etária e com o grau de acometimento do cérebro pelo HIV (demência); grande índice de orfandade; falta de cuidador e limitações de sexualidade.

A equipe de Cuidados Paliativos tem enfrentado grande dificuldade na abordagem eficaz dessa população.

Cuidados Paliativos em AIDS na prática clínica diária

Considerando a diferença de evolução entre os pacientes que aderem e os que não aderem à HAART, a atuação dos Cuidados Paliativos é variável. As principais atuações são

o controle de sintomas pontuais, sendo a dor o principal deles, a abordagem multiprofissional a todos os sofrimentos, a ajuda na avaliação prognóstica com orientações quanto a medidas terapêuticas, a melhora na comunicação com paciente, família e equipe de saúde, o melhor planejamento de ações paliativas ou paliativo-curativas, a ajuda na solução de questões éticas de final de vida, a abordagem mais planejada na fase final de vida, a avaliação dos riscos dos familiares para luto complicado e abordagem profilática e a abordagem ao familiar/cuidador após a morte, principalmente àqueles que evoluem para luto complicado.

Conclusão

A AIDS tem se tornado uma doença crônica, com múltiplos sofrimentos físicos, psíquicos, sociais e espirituais e aumento de incidência de comorbidades não-opportunistas antes pouco observadas pela curta sobrevida. Isso tem corroborado a grande importância da abordagem multiprofissional dos Cuidados Paliativos em qualquer fase de doença. Consequência "nociva" dos inúmeros progressos terapêuticos foi a grande dificuldade em prognosticar esses doentes e o risco frequente de distanásia. Os Cuidados Paliativos também têm ajudado muito nesse setor.

O grande número de particularidades dos doentes e as dificuldades dos especialistas em Cuidados Paliativos em lidar com elas têm incentivado infectologistas a se preocuparem mais com a melhora dos cuidados desses pacientes em fase avançada. O alto índice de falta de cuidador e de luto complicado também tem sido alvo dos Cuidados Paliativos.

Referências

1. AIRES, E.M.; BAMMANN, R. H. Pain in hospitalized HIV- positive patients: clinical and therapeutical issues. *Braz J Infect Dis*, n. 9, p. 201-8, 2005.
2. BARTLETT, J. A. Addressing the challenges of adherence. *Acquir Immune Defic Syndr*, v. suppl 1, p. 52, 2002.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Controle de DST/AIDS. Boletim Epidemiológico AIDS. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.
4. BRECHTL, J. R. et al. Palliat support care, v. 3, n.4, p. 265-72, 2005.
5. BREITBART, W. et al. The undertreatment of pain in ambulatory AIDS patients. *Pain*, v. 65, p. 243-9, 1996.
6. EASTERBROOK, P.; MEADWAY, J. The changing epidemiology of HIV infection: new challenges for HIV palliative care. *J R Soc Med*, v. 94, p. 442, 2001.
7. EGGER, M. et al. Prognosis of HIV-1 infected patients starting Highly Active Antiretroviral Therapy: a collaborative analysis of prospective studies. *Lancet*, v. 360, p. 119, 2002.
8. FRICH, L. M. Pain and pain treatment in AIDS patients: a longitudinal study. *J Pain Symptom Manage*, v. 19, p. 39-47, 2000.
9. HANSEN, N. Health-related quality o life in bereaved HIV-positive adults: relationships between HIV symptoms, grief, social support and axis II indications. *Health Psychol*, v. 28, n. 2, 249-57, 2009.
10. HUTTON, N.; OLESKE, J. M. The Care of Children and Adolescents. In: *A Clinical Guide to Supportive & Palliative Care for HIV/AIDS*, 2003, cap. 20. US Department of Health and Human Services. Health Resources and Services Administration. HIV/AIDS Bureau. Disponível em: <<http://hab.hrsa.gov/tools/palliative/contents.html>>.
11. KARUS, D. et al. Patient reports of symptom and their treatment of three palliative care projects services to individual with HIV-AIDS. *J Pain Symptom Manage*, v. 30, n. 5, p. 408-17, 2005.
12. LARUE, E.; FONTAINE, A.; MCLLEAU, S. M. Underestimation and undertreatment of pain in HIV disease: multicentre study. *BMJ*, v. 314, p. 23-8, 1997.
13. MEYERS, F. J.; LINDER, J. F. Medical Care in Advanced AIDS. In: *A Clinical Guide to Supportive*

Et Palliative Care for HIV/AIDS, 2003, cap. 23. US Department of Health and Human Services. Health Resources and Services Administration. HIV/AIDS Bureau. Disponível em: <<http://hab.hrsa.gov/tools/palliative/contents.html>>.

14. NORVAL, D. A. Symptoms and sites of pain experienced by AIDS patients. *S Afr Med*, v. 94, n. 6, p. 450-4, 2004.

15. O NEILL, J. F.; BARINI-GARCIA, M. HIV and palliative care. In: *A Clinical Guide to Supportive Et Palliative Care for HIV/AIDS*, 2003, cap. 1. US Department of Health and Human Services. Health Resources and Services Administration. HIV/AIDS Bureau. Disponível em: <<http://hab.hrsa.gov/tools/palliative/contents.html>>.

16. O NEIL, J. F.; MCKINNEY, M. M. Care for the caregiver. In: *A Clinical Guide to Supportive Et Palliative Care for HIV/AIDS*, 2003, cap. 20. US Department of Health and Human Services. Health Resources and Services Administration. HIV/AIDS Bureau. Disponível em: <<http://hab.hrsa.gov/tools/palliative/contents.html>>.

17. PERETTI-WATEL, P. et al. Opinions toward pain management and palliative care: comparison between HIV-specialists and oncologists. *AIDS Care*, v. 16, n. 5, p. 619-27, 2004.

18. PURCHALSKI, C.; SANDOVAL, C. Spiritual care. In: *A Clinical Guide to Supportive Et Palliative Care for HIV/AIDS*, 2003, cap. 13. US Department of Health and Human Services. Health Resources and Services Administration. HIV/AIDS Bureau. Disponível em: <<http://hab.hrsa.gov/tools/palliative/contents.html>>.

19. RABKIN, J. G. Prevalence of psychiatric disorders in HIV illness. *International Review of Psychiatry*, v. 8, p. 157-66, 1996.

20. ROBINSON, L. Palliative home nursing intervention for people with HIV/AIDS: a pilot study. *J Assoc Nurses AIDS Care*, v. 17, n. 3, p. 37-46, 2006.

21. SHEN, J. M.; BLANK, A.; SELWYN, P. A. Predictors of mortality for patients with advanced disease in an HIV palliative care program. *J Acquired Immune Defic Syndr*, v. 40, n. 4, p. 445, 2005.

22. SHERMAN, D. W. et al. Quality of life of patients with advanced cancer and Acquired Immune Deficiency Syndrome and their family caregivers. *J Palliat Med*, v. 9, n. 4, p. 948-63, 2006.

23. SIKKEMA, K. AIDS-related grief and coping with loss among HIV-positive men and women. *J Behav Med*, v. 26, n. 2, p. 165-81, 2003.

24. SIMS, R.; MOSS, V. A. Where to care. In: SIMS, R.; MOSS, V. A. (eds.). *Palliative care for people with AIDS*. London: Edward Arnold, 1995. xviii.

25. SINGER, E. F. et al. Painful symptoms reported by ambulatory infected men in a longitudinal study. *Pain*, v. 54, p. 15-9, 1993.

26. SUMMERS, J. et al. Gender, AIDS, and bereavement: a comparison of women and men living with HIV et al. *Death Study*, v. 28, n. 3, p. 225-41, 2004.

27. UNAIDS. Disponível em: <<http://www.unaids.org.br>>

28. VALDEZ, H. et al. Changing spectrum of mortality due to human immunodeficiency virus: analysis of 260 deaths during 1995-1999. *Clin Infect Dis*, v. 32, p. 1487, 2001.

29. WATSON, M. et al. (eds.). *AIDS in adults*. In: *Oxford Handbook of Palliative Care*. Oxford University Press. 1. ed. 2005. cap. 8, p. 555.

30. WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Cancer pain relief and palliative care*. Geneva: WHO, 1990.

Síndrome da veia cava superior

DALVA YUKIE MATSUMOTO
MÔNICA CECÍLIA B. MANNA

Introdução

A síndrome da veia cava superior (SVCS) é caracterizada por um conjunto de sinais e sintomas: dilatação das veias do pescoço, pletora facial, edema de membros superiores e cianose. Os sintomas de cefaleia, dispneia, tosse, edema de membro superior, ortopneia e disfagia, entre outros, são decorrentes da obstrução do fluxo sanguíneo através da veia cava superior em direção ao átrio direito.

Essa obstrução pode ser causada por compressão extrínseca do vaso, invasão tumoral, trombose ou dificuldade do retorno venoso ao coração, secundária a doenças intra-atriais ou intraluminais. Aproximadamente 73% a 97% dos casos de SVCS ocorrem durante a evolução de neoplasias malignas intratorácicas, que comprimem ou invadem a veia cava superior. Esse processo pode ser causado pelo próprio tumor ou por linfonodos mediastinais acometidos^(4, 6).

A neoplasia maligna que mais frequentemente causa a SVCS é o carcinoma bronco-gênico (75% dos casos), e 3% a 5% dos pacientes portadores de neoplasias malignas de pulmão desenvolvem a SVCS durante a evolução da doença^(4, 5). Os linfomas constituem a segunda maior causa neoplásica da síndrome (15% dos casos) e 17% dos linfomas com envolvimento mediastinal causam a SVCS. As neoplasias metastáticas correspondem a 7% dos casos⁽⁷⁾.

Fisiopatologia

A veia cava superior é susceptível à obstrução devido a algumas características, como sua localização estratégica no compartimento visceral do mediastino, cercada por estruturas rígidas como o esterno, a traqueia, o brônquio fonte direito, a aorta, a artéria pulmonar direita, sua parede fina, facilmente compressível, o transporte de sangue em baixas pressões e a presença de linfonodos mediastinais que a circundam completamente⁽¹⁰⁾.

Quando a veia cava e as suas principais tributárias venosas sofrem obstrução, um grande número de vasos colaterais é solicitado por meio de redes venosas extracavitárias, principalmente na pele e na musculatura da parede torácica. A alta pressão venosa acima da obstrução provoca o aparecimento de *shunts* em veias e plexos adjacentes de baixa pressão. No decorrer do tempo, esse aumento mantido de pressão determina distensão e dilatação progressiva das vias colaterais, que podem tornar-se calibrosas e com alto fluxo sanguíneo.

Tratamento

O tratamento depende da gravidade dos sintomas, da causa da obstrução, do tipo histológico e do estágio do tumor que a produz. Algumas medidas podem ser utilizadas

até que o diagnóstico seja feito e o tratamento definitivo seja indicado, como elevação da cabeça, repouso, controle do volume hídrico administrado e suplementação de oxigênio.

Na SVCS associada a neoplasias, a escolha do tratamento dependerá do tipo de tumor. Por exemplo, linfomas e carcinomas pulmonares de células pequenas podem responder rapidamente à quimioterapia isolada, enquanto outras neoplasias provavelmente exigirão radioterapia. A utilização da radioterapia nos pacientes com SVCS antes da obtenção do diagnóstico histológico é considerada inapropriada por muitos autores^(8, 11).

Em geral, com a SVCS associada a neoplasias, 75% dos pacientes apresentarão melhora em três a quatro dias, e 90% terão grande melhora uma semana depois de instituído o tratamento. Os pacientes que não melhorarem na primeira semana podem ter desenvolvido trombose venosa central, necessitando de terapia fibrinolítica ou antitrombótica.

Devido à friabilidade de alguns tumores e à pressão venosa central elevada, é necessário cautela ao instituir o uso de anticoagulantes. Portanto, não deve ser usual a anticoagulação profilática.

O uso de corticosteroides pode aliviar os sintomas no caso da SVCS causada por linfoma e reduzir o edema peritumoral enquanto o paciente recebe radioterapia. Seu benefício é também observado quando há comprometimento respiratório grave. Os diuréticos podem oferecer alívio sintomático inicial, mas é necessária cautela quanto à hidratação do paciente⁽⁸⁾.

A SVCS refratária ou recorrente, principalmente nos pacientes já submetidos à irradiação, pode exigir a colocação de *stents* intravasculares para que se restabeleça o fluxo sanguíneo⁽⁹⁾.

O tratamento cirúrgico raramente é necessário nas SVCS, diante dos bons resultados obtidos com radioterapia e quimioterapia. As desvantagens da cirurgia incluem morbidade e mortalidade associadas ao procedimento, principalmente nos casos de neoplasias malignas⁽³⁾. As possíveis indicações para o tratamento cirúrgico seriam neoplasias refratárias, radioterapia, quimioterapia, presença de trombos na veia cava superior ou em suas maiores tributárias e oclusão aguda da veia cava superior com sintomas graves⁽¹⁾. Basicamente são utilizados dois procedimentos: ressecção e *bypass*⁽²⁾.

Considerações finais

A presença das emergências oncológicas, de maneira geral, costuma ser um sinal de doença progressiva. É fundamental se estabelecer o estadiamento correto da neoplasia maligna e o momento da evolução da doença em que o paciente se encontra, para que se possa escolher a conduta mais adequada de forma individualizada. Para isso, a atitude do médico deve ser cuidadosa e solidária, levando-se em conta a escolha do paciente, seu conforto e bem-estar.

Referências

1. ANDERSON, R. P.; LI, W. I. Segmental replacement of superior vena cava with spiral vein graft. *Ann Thorac Surg*, v. 36, n. 1, p. 85-8, 1983.
2. DOTY, J. R.; FLORES, J. H.; DOTY, D. B. Superior vena cava obstruction: bypass using spiral vein graft. *Ann Thorac Surg*, v. 67, n. 4, p. 1111-6, 1999.
3. EFFENEY, D. J.; WINDSOR, H. M.; SHANAHAN, M. X. Superior vena cava obstruction: resection and bypass for malignant lesions. *Aust N Z J Surg*, v. 42, n. 3, p. 231-7, 1973.

4. LOCHRIDGE, S. K.; KNIBBE, W. P.; DOTY, D. B. Obstruction of the superior vena cava. *Surgery*, v. 85, n. 1, p. 14-24, 1979.
5. NOGEIRE, C.; MINCER, F.; BOTSTEIN, C. Long survival in patients with bronchogenic carcinoma complicated by superior vena cava obstruction. *Chest*, v. 75, n. 3, p. 325-9, 1979.
6. PARISH, J. M. et al. Etiologic considerations in superior vena cava syndrome. *Mayo Clin Proc*, v. 56, n. 7, p. 407-13, 1981.
7. PEREZ-SOLER, R. et al. Clinical features and results of management of superior vena cava syndrome secondary to lymphoma. *J Clin Oncol*, v. 2, n. 4, p. 260-6, 1984.
8. POLLOCK, R. E. et al. (eds.). *Manual de Oncologia Clínica da UICC*. 8. ed. São Paulo: A John Wiley&Sons, Inc., Publicação e Fundação Oncocentro de São Paulo; 2006. p. 757-60.
9. PUTNAM, J. S. et al. Superior vena cava syndrome associated with massive thrombosis: treatment with expandable wire stents. *Radiology*, v. 167, n. 3, p. 727-8, 1988.
10. ROSWIT, B.; KAPLAN, G.; JACOBSEN, H. G. The superior vena cava obstruction syndrome in bronchogenic carcinoma – pathologic, physiologic and therapeutic management. *Radiology*, v. 61, n. 5, p. 722-37, 1953.
11. YAHALOM, J. Superior vena cava syndrome. In: DE VITTA, V. T.; HELLMAN, S.; ROSENBERG, A. S. (eds.). *Cancer – principles and practice of oncology*. 4. ed. Philadelphia: JB Lippincott; 1993. p. 2111-8.

Síndrome de compressão medular

DALVA YUKIE MATSUMOTO

MÔNICA CECÍLIA B. MANNA

Introdução

A compressão medular ocorre em 3% a 5% dos doentes com neoplasia maligna avançada, sendo uma causa de morbidade muito importante nesses pacientes. O diagnóstico precoce é a arma mais importante para garantir a efetividade terapêutica. Os cânceres de mama, dos brônquios e da próstata são responsáveis por mais de 60% dos casos⁽¹⁾. O sítio de maior incidência é o tórax, existindo compressão em mais de um nível em mais de 20% dos casos. Abaixo do nível da segunda vértebra lombar (L2), a compressão se dá na cauda equina, ou seja, nos nervos periféricos, e não no cordão medular.

A compressão medular maligna ocorre por invasão direta do tumor primário ou por suas metástases.

A velocidade de instalação da clínica indica a gravidade dos danos. A probabilidade de reverter um quadro clínico de paresia está inversamente relacionada com o tempo de manutenção do mesmo: assim, uma paresia instalada há 8 horas tem grande chance de ser revertida, de 24 horas a 48 horas pode ainda ser revertida, mas após sete dias já se torna irreversível⁽²⁾.

A paralisia e a disfunção dos esfíncteres são os estádios clínicos finais dessa urgência oncológica e estão diretamente associados ao menor tempo de sobrevivência⁽²⁾.

Fisiopatologia

A invasão pelo tumor altera a relação entre o plexo venoso epidural – corpo vertebral – e o canal medular, provocando estase venosa e edema medular, o que leva à diminuição do fluxo capilar e à liberação de PG-E, citocinas, neurotransmissores e mediadores da inflamação, que são responsáveis pelas alterações associadas a hipóxia, isquemia e dano tissular neurológico.

Características clínicas

A dor é o sintoma mais frequente e está presente em mais de 90% dos casos, antecedendo a disfunção neurológica. É progressiva, localizada no nível da lesão medular e tem característica mecânica, piorando com a manobra de Valsalva e com o movimento.

A fraqueza é o segundo sintoma frequente em aproximadamente 75% dos casos. Pode aparecer gradualmente ou de forma aguda, quando ocorre falência vascular grave, o chamado choque medular. Inicialmente, a musculatura proximal é mais afetada e, com a evolução, a musculatura distal também é comprometida. A deambulação fica muito prejudicada e a flacidez e a arreflexia inicial são substituídas pela plegia em flexão.

As alterações sensoriais podem ocorrer em seguida, em torno de 50% dos casos, manifestando-se como parestesias ou hipoestesias, que se iniciam nos pés e podem subir até chegar ao nível afetado.

As disfunções autonômicas e as paralisias são os sinais da última etapa da síndrome.

Diagnóstico

O diagnóstico se baseia na história e nos achados clínicos e neurológicos presentes, que indicam o nível medular afetado.

A ressonância magnética (RM) de toda a coluna e estruturas adjacentes é a forma de investigação de escolha, sendo imprescindível para planejar o tratamento. É necessária a utilização de contraste intravenoso para complementar o estudo nos casos de presença de massas tumorais paravertebrais e metástases intramedulares.

A radiografia simples de coluna pode mostrar alterações ósseas como colapsos vertebrais, lesões blásticas ou líticas e destruição do pedículo vertebral em torno de 70% dos casos.

Tratamento

Embora a compressão medular seja frequentemente de instalação insidiosa, deve ser tratada como uma emergência.

A droga de escolha é a dexametasona, na dose inicial de 10–20 mg, por via intravenosa (IV), em bolo. Durante as próximas 48 horas, manter a dose de 4 a 8 mg a cada 6 horas e, posteriormente, a mesma dose é usada por via oral (VO). Deve-se permanecer com essa dose durante o tratamento radioterápico, reduzindo-a progressivamente após o seu término. Recomenda-se associação com medicamento inibidor da bomba de prótons, assim como o controle dos níveis de glicemia, da pressão arterial (PA) e dos eletrólitos no sangue⁽²⁾.

A radioterapia possui papel central no tratamento da compressão medular maligna. Realizada junto com a administração da dexametasona, apresenta os seguintes resultados: descomprime o tecido nervoso por citorredução tumoral, diminui o déficit neurológico em 45% a 60% dos casos, reverte a paresia em 11% a 20%, controla a dor em 70% dos casos e estabiliza a progressão local da neoplasia.

O tratamento cirúrgico descompressivo estará indicado quando: o diagnóstico for duvidoso, sem confirmação histológica; houver progressão da lesão com o tratamento radioterápico para pacientes previamente irradiados e quando existir instabilidade mecânica.

Considerações finais

O diagnóstico precoce antes da instalação do dano neurológico grave e a instauração imediata do tratamento são fatores essenciais para evitar a paralisia.

O prognóstico e a expectativa de vida devem ser levados em conta para a tomada de decisão.

Devemos sempre nos lembrar de incluir o paciente e seus familiares no processo de escolha do tratamento a ser implementado, com base no preceito ético da autonomia.

Referências

1. LOBLAW, D.; LAPERRIERE, N. Emergency treatment of malignant extradural spinal cord compression: na evidence-based guideline. *Journal of Clinical Oncology*, v. 16, p. 1613–24, 1998.
2. ROMERO, P. et al. Compresión medular. *An Sist Sanit Navar*, v. 24, p. 156–62, 2004.

Hipodermóclise: um método alternativo para a administração de fluidos e medicamentos pela via subcutânea

ELIETE FARIAS AZEVEDO

MARIA FERNANDA BARBOSA

Hipodermóclise

Pacientes em Cuidados Paliativos frequentemente apresentam condições que impossibilitam a administração de medicamentos e a manutenção adequada de níveis de hidratação e nutrição, necessitando, portanto, de vias alternativas para suporte clínico.

Nesse contexto, a via subcutânea (SC) deve ser a primeira escolha e pode ser implementada tanto no ambiente hospitalar quanto na assistência domiciliar^(5, 10).

Bases para o uso da via subcutânea

A pele – membrana que reveste toda a superfície corporal – é responsável por manter a integridade do corpo, proteger contra agressões externas, absorver e excretar líquidos, regular a temperatura, absorver a radiação ultravioleta e metabolizar vitaminas (a vitamina D, por exemplo). Nela estão contidas epiderme, derme e hipoderme (ou tecido subcutâneo) (Figura 1)⁽¹⁵⁾.

A hipoderme, ou tecido subcutâneo, é composta de densas conexões e tecido adiposo, abrigando os principais vasos sanguíneos linfáticos, as glândulas e os nervos. Sua principal função é o depósito nutritivo de reserva energética, que funciona como isolante térmico e protetor mecânico do organismo às pressões e aos traumatismos externos. Seu efeito de enchimento facilita a mobilidade da pele sobre as estruturas subjacentes. A distribuição do tecido subcutâneo depende dos fatores idade, hereditariedade e sexo^(8, 15).

Por ser dotado de capilares sanguíneos, o tecido subcutâneo torna-se uma via favorável à administração de fluidos e/ou medicamentos, uma vez que esses serão absorvidos e transportados à macrocirculação^(10, 21).

A vascularização do tecido subcutâneo abriga cerca de 60% do débito cardíaco e permite uma taxa de absorção muito similar à da administração intramuscular dos medicamentos, atingindo concentrações séricas menores, mas com tempo de ação prolongado (Figura 2)⁽⁴⁾.

Como outros métodos parenterais, evita o *clearance* pré-sistêmico pelo fígado, possibilita uma concentração sérica estável do medicamento e evita picos plasmáticos que determinam o possível aparecimento de efeitos colaterais indesejáveis⁽¹²⁾. Se usada a infusão contínua, evita-se também que a concentração plasmática caia a níveis insuficientes para o ressurgimento dos sintomas^(2, 12).

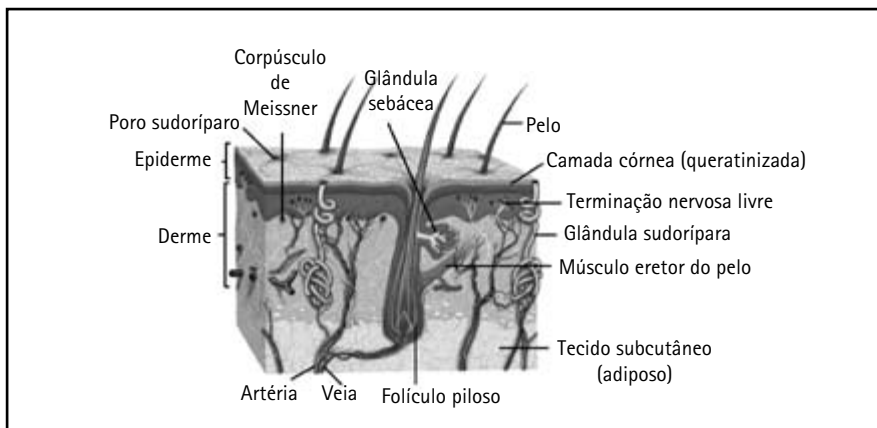


Figura 1 – Anatomia da pele

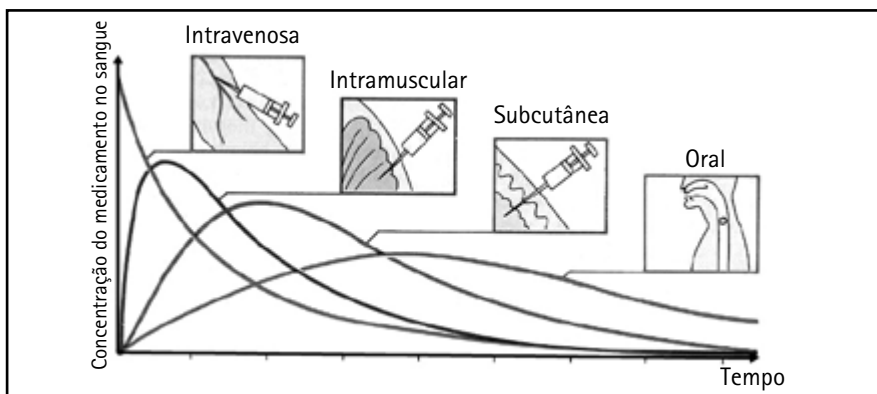


Figura 2 – Variação da concentração do medicamento na corrente sanguínea conforme o tempo e a via de administração

Indicações para o uso da hipodermóclise

As principais indicações para o uso da hipodermóclise são:

- prevenção ou tratamento da desidratação moderada:
 - pacientes com intolerância ou dificuldade para ingestão de líquidos por via oral (VO): náuseas e vômitos incoercíveis, diarreia, obstrução do trato gastrointestinal por neoplasia, embotamento cognitivo, sonolência e confusão mental^(10, 13, 21);
- impossibilidade de acesso venoso:
 - pacientes com difícil acesso venoso (veias finas e frágeis) e que tenham o seu sofrimento aumentado pelas constantes tentativas de punção, situações em que o acesso venoso representa impossibilidade ou limitação para a administração de medicamentos e fluidos decorrentes de flebites, trombose venosa e sinais flogísticos^(10, 13, 21).

Contraindicações para uso da hipodermóclise

As principais contraindicações estão relacionadas com os distúrbios de coagulação, edema e anasarca. Nas situações de emergência, como falência circulatória, desequilíbrio hidroeletrólítico severo e desidratação severa, por exemplo, essa prática é desaconselhável, pois os resultados esperados são insatisfatórios. Quando houver risco severo de congestão pulmonar (p. ex.: insuficiência cardíaca congestiva e síndrome de veia cava superior), deve-se avaliar criteriosamente cada caso^(5, 10, 13, 21).

Vantagens

- Via segura, com pouco risco de complicação, de fáceis manipulação e manutenção;
- mínimo desconforto ou risco de complicação local: a utilização da via SC provoca desconforto doloroso ínfimo em alguns pacientes e impõe mínima limitação pelas opções diferenciadas dos sítios de punção (comumente distante de articulações). Dispensa, assim, a imobilização de qualquer membro. Além disso, a infusão pode ser interrompida a qualquer momento sem o risco de complicações, como por exemplo formação de coágulos ou trombose de vaso^(1, 10, 13). Tal prática apresenta, ainda, baixa incidência de infecção⁽⁸⁾;
- risco mínimo de complicações sistêmicas: o risco de complicações sistêmicas, como a hiper-hidratação e a sobrecarga cardíaca, é mínimo e pode ser monitorado ao longo da infusão^(10, 13);
- baixo custo: quando utilizada em situações apropriadas, tem menor custo que a tradicional terapia intravenosa, já que os materiais necessários para a instalação da hipodermóclise são relativamente pouco onerosos em comparação com os utilizados em outros tipos de punção, conferindo baixo custo ao procedimento. Ademais, pode ser mantida por semanas (embora haja recomendação de troca a cada 96 horas, ou antes, se forem evidenciados sinais flogísticos) e exige menos horas de supervisão técnica da equipe de saúde^(1, 10, 21);
- possibilidade de alta hospitalar precoce e permanência do paciente em domicílio: por ser um método seguro, sem graves complicações e de manuseio simples, possibilita a alta precoce do paciente, já que o dispositivo pode ser manejado em domicílio pelo cuidador/familiar e/ou pelo próprio paciente após treinamento pela equipe de enfermagem. Pode ainda ser aplicado em domicílio, sem a necessidade de internação do paciente hipodratado e desidratado^(5, 8, 10).

Desvantagens

A hipodermóclise apresenta limitações nas situações em que se desejam velocidade de infusão rápida e reposição com alto volume de fluidos. O volume diário recomendado varia entre 2.000 e 3.000 ml em 24 horas (dividindo-se em dois sítios). Assim, não é recomendável sua utilização em casos emergenciais, como reversão de choque hipovolêmico e desidratação severa, situações em que se faz necessária a infusão de grandes volumes de líquidos^(1, 5-7, 10, 13, 21).

A velocidade de absorção de um medicamento depende da via de administração do mesmo. Conforme pode ser observado na **Figura 2**, medicamentos administrados por via SC têm maior velocidade de absorção do que pela VO, porém menor velocidade que pelas vias intravenosa (IV) e intramuscular (IM). Essa característica faz com que a via SC

não seja a ideal quando se necessita de ajuste rápido de dose, apesar de seu perfil de segurança⁽¹²⁾.

Considerações

Durante a utilização da terapia subcutânea é importante considerar que:

- os fluidos são absorvidos por difusão capilar, por isso a absorção fica reduzida quando há comprometimento da irrigação no sítio de infusão (por exemplo, em presença de edemas e hematomas)^(1, 10);
- os opioides são geralmente bem tolerados. Pacientes em controle álgico beneficiam-se da via SC para os medicamentos de resgate^(4, 10, 18);
- os níveis séricos de opioides por via SC aproximam-se daqueles obtidos depois da administração IM, o que proporciona segurança e eficácia na administração desses medicamentos⁽¹¹⁾.

Soluções de hidratação recomendadas

- Soluções: soros fisiológico (SF) a 0,9% e glicosados (SG) a 5% utilizados para administração por via IV podem ser infundidos também por via SC^(1, 5, 7, 8, 13, 20);
- eletrólitos: cloretos de potássio (KCl) e de sódio (NaCl) devem ser administrados apenas após a diluição no SF a 0,9% e SG a 5%, em volumes não-inferiores a 100 ml, seguindo a velocidade de infusão recomendada no intervalo de 60 a 125 ml/h^(1, 5, 13, 21);
- volume: o volume não deve ultrapassar 3.000 ml em 24 horas. É recomendável a prática da infusão em dois sítios separados e simultâneos, dividindo-se 1.500 ml por sítio de infusão. Alguns pacientes com tecido subcutâneo diminuído devem ter o volume limitado a 2.000 ml em 24 horas^(5, 10, 13, 21);
- gotejamento: recomenda-se regular o gotejamento da infusão por meio de equipo com dosador ml/h, microgotas ou bomba de infusão, conforme a necessidade. Deve-se manter o fluxo em torno de 60 a 125 ml/h, considerando as condições clínicas e a necessidade do paciente^(5, 10, 21).

Medicamentos tradicionalmente utilizados

Soluções isotônicas e com pH próximo à neutralidade são mais bem toleradas pela via SC. Entre os medicamentos tradicionalmente utilizados estão: clonidona, clorpromazina, dexametasona, fenobarbital, fentanil, furosemida, haloperidol, hioscina, hidrocortisona, ketamina, metadona, metilprednisona, metoclopramida, midazolam, morfina, naxolona, octreotide, ondansetrona, oxicodona, prometazina, ranitidina, tramadol, entre outros^(2-4, 7-10, 16-18).

Com os avanços científicos nessa área de conhecimento, outros medicamentos têm sido estudados a fim de ter seu uso padronizado por via SC: ampicilina, atropina, cefepima, ceftriaxona, omeprazol, pamidronato, tobramicina, entre outros^(6, 7, 16).

Medicamentos não-recomendados

Os medicamentos que têm baixa solubilidade em água e por isso são veiculados em soluções de características oleosas, como o propilenoglicol, não apresentam bom perfil de

segurança para utilização por via SC, em função do dano que tais soluções podem causar a esse tecido. Medicamentos como diazepam, diclofenaco e fenitoína apresentam tal particularidade. Soluções com extremos de pH (< 2 ou > 11) apresentam risco aumentado de precipitação ou irritação local, sendo incompatíveis com a via SC. Assim, contraindica-se a utilização de diazepam, diclofenaco, fenitoína e eletrólitos não-diluídos^(10, 14, 19).

Compatibilidade entre os medicamentos

A absorção, a eficácia e a segurança no uso da via SC foram comprovadas por estudos científicos e devem seguir recomendações, principalmente quanto à compatibilidade entre os medicamentos (Figura 3)^(3, 10).

	COMPATÍVEL INCOMPATÍVEL NÃO TESTADO	CLOPRROMAZINA	DEXAMETAZONA	FENOBARBITAL	FUROSEMIDA	HALOPERIDOL	HIOSCINA	INSULINA	KETAMINA	METADONA	METOCLOPRAMIDA	MIDAZOLAM	MORFINA	OCTREOTIDA	ONDANSETRONA	RANITIDINA	TRAMADOL
CLOPRROMAZINA																	
DEXAMETAZONA																	
FENOBARBITAL																	
FUROSEMIDA																	
HALOPERIDOL																	
HIOSCINA																	
INSULINA																	
KETAMINA																	
METADONA																	
METOCLOPRAMIDA																	
MIDAZOLAM																	
MORFINA																	
OCTREOTIDA																	
ONDANSETRONA																	
RANITIDINA																	
TRAMADOL																	

Figura 3 – Compatibilidade entre dois medicamentos para administração por via subcutânea

Como utilizar os medicamentos

- Diluição: todos os medicamentos administrados por via SC devem estar na forma líquida e ser diluídos em água para injeção, exceto ketamina, octreotide e ondansetrona, os quais devem ser diluídos em SF a 0,9%. A diluição recomendada é de 1 ml de medicamento em 1 ml de diluente. Ex: octreotida 0,1 mcg/ml, ampola de 1 ml, diluir em 1 ml de SF^(3, 9);
- formas de administração: os medicamentos podem ser administrados em bolo ou em infusão contínua, conforme a necessidade clínica do paciente, seguindo as recomendações de misturas entre medicamentos apresentadas na Figura 3^(2, 10, 21).

Escolha do sítio de punção^[1, 2, 4, 5, 7, 10, 21]

- Região deltóidea;
- região anterior do tórax;

- região abdominal;
- faces anterior e lateral da coxa;
- região escapular;
- face lateral da coxa.

A tolerância de cada região para a infusão varia conforme as condições gerais de cada paciente e o volume a ser infundido.

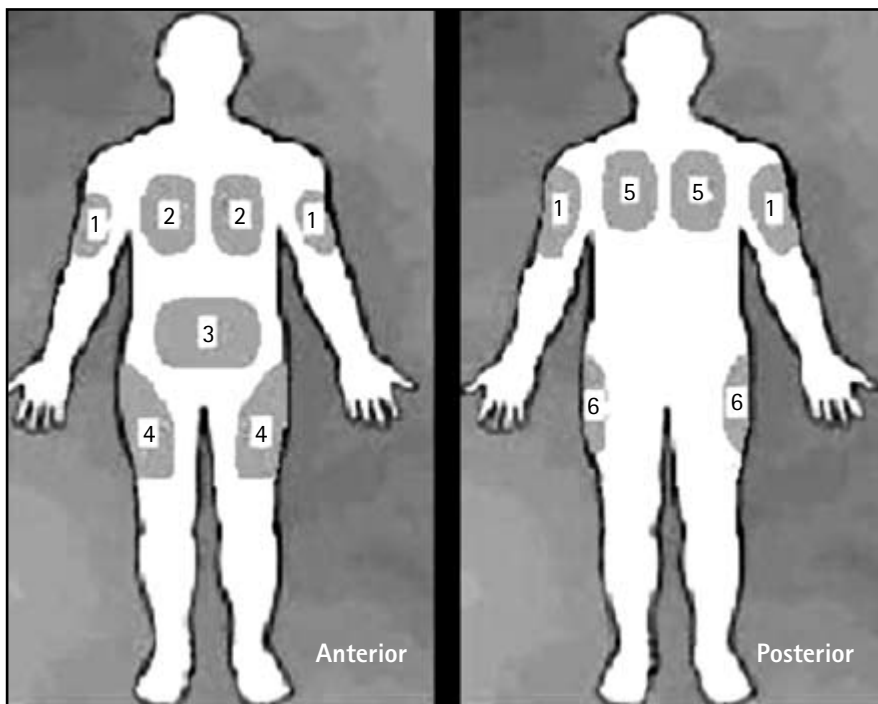


Figura 4 – Locais adequados para punção subcutânea

Dispositivos recomendados

O dispositivo mais utilizado para o procedimento é o escalpe, tipo *butterfly*, nos calibres 25 e 27, que pode permanecer até cinco dias. No entanto, outros dispositivos, como o cateter de teflon, podem ser utilizados com maior tempo de duração (em média 11 dias)^(2, 4, 5, 7, 10, 14, 21).

Execução da técnica

Materiais necessários^(8, 10):

- solução preparada para ser instalada (soro, medicamento);
- equipo com dosador (ml/hora) ou bomba de infusão;
- solução antisséptica;
- gaze e luva de procedimento;

- dispositivo (escalpe ou cateter de teflon);
- filme transparente para fixar;
- esparadrapo para datar.

Instalação da punção^[1, 2, 8, 10, 21]

- Lavar as mãos;
- explicar ao paciente/família sobre o procedimento;
- escolher o local para a punção, tendo em vista maior conforto para o paciente;
- preencher o circuito intermediário do escalpe com SF a 0,9% (cerca de 0,5 ml);
- fazer antisepsia e a "prega" na pele;
- introduzir o escalpe num ângulo de 30° a 45° abaixo da pele levantada (a agulha deve ficar solta no espaço subcutâneo);
- fixar o escalpe com filme transparente;
- aspirar cuidadosamente, de forma a garantir que nenhum vaso seja atingido;
- aplicar o medicamento ou conectar o escalpe ao equipo da solução;
- proceder à identificação da punção com data, horário, calibre do dispositivo, nome do medicamento administrado e nome do profissional que realizou o procedimento.

Obs.: o escalpe deve permanecer salinizado no paciente para a administração posterior de medicamentos regulares e de resgate⁽⁵⁾.

Complicações que devem ser monitoradas^[4-7, 21]

Locais

Sinais de irritação local podem aparecer nas primeiras 4 horas. Se persistirem por tempo superior ao esperado, trocar o sítio de punção.

Recomenda-se reavaliação e troca do sítio de punção quando houver:

- sinais flogísticos: edema, calor, eritema persistente e dor no local da infusão;
- endurecimento, hematoma, necrose do tecido (complicação tardia);
- sinais de infecção: presença de febre, calafrio e dor (suspender a infusão);
- cefaleia e ansiedade.

Sistêmicas

Os sinais de sobrecarga cardíaca (taquicardia, turgência jugular, hipertensão arterial, tosse, dispneia) são indicativos para a suspensão do uso⁽⁵⁾.

Recomendações

Fazer rodízio do sítio de punção respeitando-se a distância mínima de 5 cm do local da punção anterior. Atentar para condições clínicas do paciente, características ambientais e do dispositivo^(6, 10).

Depois da administração de medicamentos, injetar 1 ml de SF a 0,9% para garantir que todo o conteúdo do dispositivo seja introduzido no sítio de punção⁽²¹⁾.

Se for observado edema local persistente, recomenda-se diminuir o gotejamento ou suspender a infusão⁽¹⁰⁾.

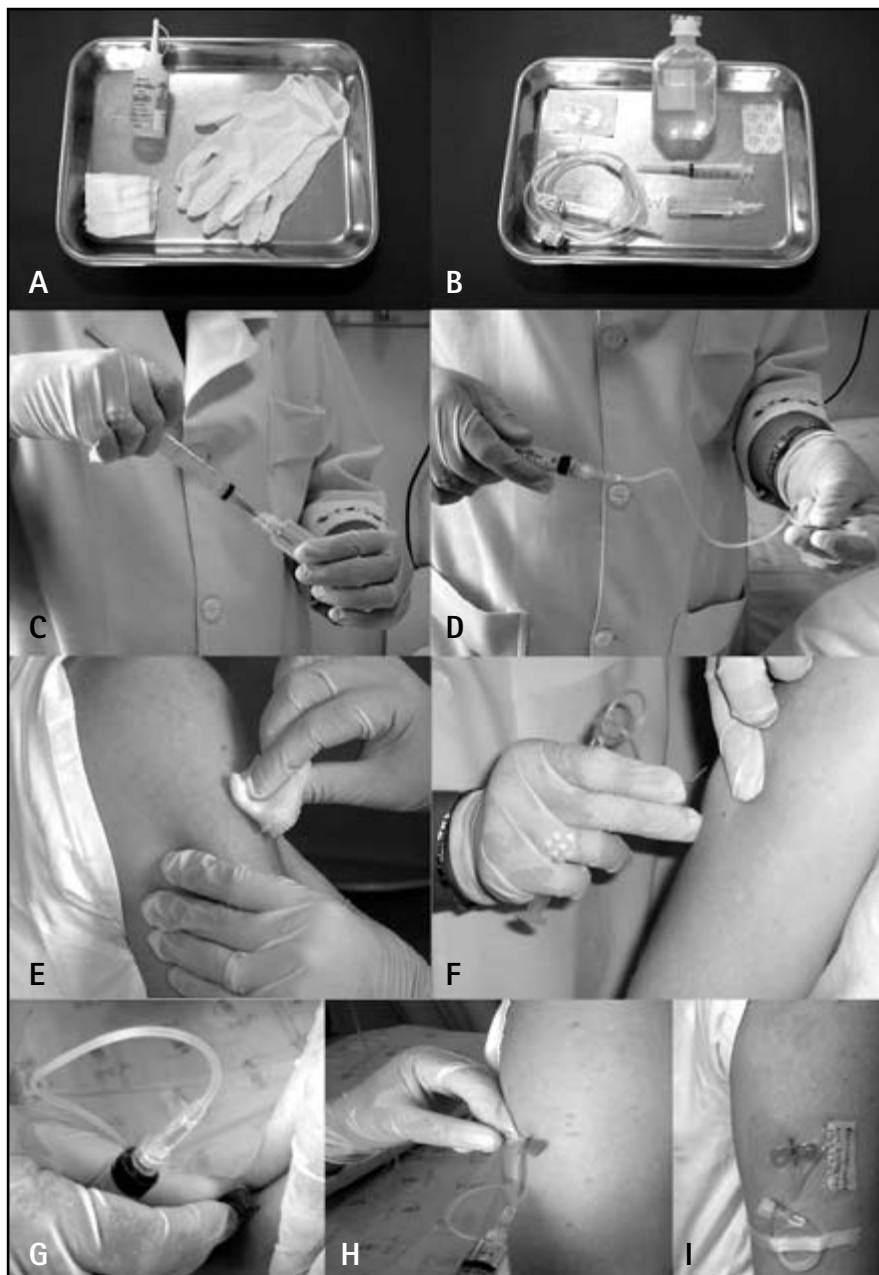


Figura 5 – Passo a passo: A: materiais para antissepsia da pele; B: materiais para a punção subcutânea; C: aspiração do SF 0,9%; D: preenchimento do circuito com o SF 0,9%; E: antissepsia da pele; F: prega subcutânea; G: punção subcutânea; H: aspiração para garantir a ausência de comprometimento de vasos sanguíneos; I: fixação com filme transparente
 Fonte: Arquivos da autora.
 SF: soro fisiológico.

Referências

1. BROWN, M. K. Hypodermoclysis another way to replace fluids. *Nursing*, v. 30, n. 5, p. 58-9, 2000.
2. CARRETERA, Y. Posibilidades actuales de la enfermería paliativa. In: AUSTUDILLO, W. et al. *Avances recientes en cuidados paliativos*. 1. ed. San Sebastián: Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos, 2002. p. 127-38.
3. CONSULTANT PHYSICIAN IN PALLIATIVE MEDICINE. Pall care info. Disponível em: <<http://pallcare.info>>. Acesso em: 9 maio 2009.
4. DA POIAN, S. H.; CARACENI, A. Administração subcutânea de opióides. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, v. 41, p. 267-71, 1991.
5. DALAL, S.; BRUERA, E. Dehydration in cancer patients: to treat or not to treat. *Journal Supportive Oncology*, v. 2, n. 6, p. 467-87, 2004.
6. DARDAINE-GIRAUD, V.; LAMANDÉ, M.; CONSTANS, T. L'hypodermoclyse: intérêts et indications en gériatrie. *La Revue de Médecine Interne*, v. 26. p. 643-50, 2005.
7. FONZO-CHRISTE, C. et al. Subcutaneous administration of drugs in the elderly: survey of practice and systematic literature review. *Palliative Medicine*, v. 19, p. 209-19, 2005.
8. GIRONDI, J. B., WATERKEMPER, R. A utilização da via subcutânea como alternativa para o tratamento medicamentoso e hidratação do paciente com câncer. *Revista Mineira de Enfermagem*, v. 9, n. 4, p. 348-54, 2005.
9. HERNDON, C. M.; FIKE, D. S. Continuous subcutaneous infusion practices of United State hospices. *Journal of Pain and Symptom Management*, v. 22, n. 6, p. 1027-34, 2001.
10. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil). Hipodermoclise ou terapia subcutânea. In: INCA. *Ações de enfermagem para o controle do câncer: uma proposta de integração ensino-serviço*. 3. ed. Rio de Janeiro: INCA, 2008. p. 538-56.
11. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil). Normas e recomendações do INCA/MS. Controle de sintomas do câncer avançado em adultos. *Revista Brasileira de Cancerologia*, v. 46, n. 3, p. 243-56, 2000.
12. LÜLLMANN, H.; MOHR, K. *Farmacologia: texto e atlas*. 4. ed. Porto Alegre: Editora Artmed, 2004. p. 46-7.
13. LYBARGER, E. H. Hypodermoclysis in the home and long-term care settings. *Journal of Infusion Nursing*, v. 32, n. 1, 2009.
14. MACMILLAN, K. et al. A prospective comparison study between a butterfly needle and a teflon cannula for subcutaneous narcotic: administration. *Journal of Pain Symptom Management*, v. 9, n. 2, p. 82-4, 1994.
15. MAKLEBUST, J.; SIEGGREEN, M. Skin anatomy and physiology. In: MAKLEBUST, J.; SIEGGREEN, M. *Pressure ulcers: guidelines for prevention and nursing management*. 3. ed. Pennsylvania, EUA, 2000. p. 1-12.
16. MARQUES, C. et al. Terapêutica subcutânea em cuidados paliativos. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, v. 21, p. 563-8, 2005.
17. NEGRO, S. et al. Physical compatibility and *in vivo* evaluation of drug mixtures of subcutaneous infusion to cancer patient in palliative care. *Supportive Care Cancer*, v. 10, p. 65-70, 2002.
18. NEGRO, S. et al. Morphine, haloperidol and n-butyl bromide combined in SC infusion solutions: compatibility and stability evaluation in terminal oncology patients. *International Journal of Pharmaceutics*, v. 307, p. 278-84, 2006.
19. SWEETMAN, S. *Martindale: the complete drug reference*. 35. Ed. Pharmaceutical Press, p. 438, 447, 889, 2007.
20. TURNER, T.; CASSANO, A. M. Subcutaneous dextrose for rehydration of elderly patients: evidence-based review. *BMC Geriatrics*, v. 4, n. 2, 2004. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/1471-2318/4/2>>. Acesso em: 22 abr 2009.
21. WALSH, G. Hypodermoclysis: an alternative method for rehydration in long-term care. *Journal of Infusion Nursing*, v. 28, n. 2, p. 123-9, 2005.

Procedimentos sustentadores de vida em Cuidados Paliativos: uma questão técnica e bioética

CRISTHIANE DA SILVA PINTO

Os Cuidados Paliativos podem ser definidos, segundo a World Health Organization (WHO), como assistência multiprofissional, ativa e integral aos pacientes cuja doença não responde mais ao tratamento curativo, com o objetivo principal de garantir ao doente e a seus familiares melhor qualidade de vida. Nesse contexto, devemos avaliar em que momento esses procedimentos invasivos e agressivos se encaixam, ou melhor, se eles realmente têm alguma utilidade quando falamos em Cuidados Paliativos ou se podemos considerá-los futilidade terapêutica.

Com a evolução técnico-científica atingida nos últimos 50 anos, a expectativa de vida praticamente dobrou, modificando todo o panorama; as pessoas deixaram de morrer por doenças infectocontagiosas e passaram a ser vitimadas por doenças crônico-degenerativas. Nesse momento começaram a surgir questões não somente relacionadas com a cura das doenças, mas também com o controle e, principalmente, a qualidade de vida dos pacientes com doenças crônicas⁽²¹⁾.

Quanto mais a medicina evoluiu em suas técnicas, com o surgimento de novos tratamentos e aparelhos para a manutenção da vida orgânica, mais nos deparamos com questões éticas relacionadas com aqueles que, mesmo com todas as técnicas disponíveis, não poderão obter a cura ou mesmo um prolongamento de vida com qualidade⁽²¹⁾.

O profissional que começa seu trabalho na seara dos Cuidados Paliativos depara-se inicialmente com uma importante mudança no foco da atenção. Ele, que foi inicialmente "treinado" para lidar com o conceito de saúde, passa a trabalhar com o conceito de doença em progressão, e a tão perseguida cura começa a dar lugar à busca pela qualidade de vida. Mas o que é qualidade de vida? É um conceito pessoal e intransferível e ninguém tem condições de definir o que realmente é melhor para o outro. Nesse sentido o Cuidado Paliativo se cruza com um dos princípios da bioética que será descrito posteriormente: autonomia⁽²¹⁾.

A seguir, encontra-se analogia dos conceitos utilizados em Cuidados Paliativos pela ótica da dos princípios bioética.

Princípio da beneficência

A moralidade requer não apenas que tratemos as pessoas como autônomas e que nos abstenhamos de prejudicá-las, mas também que contribuamos para o seu bem-estar. O princípio da beneficência é uma obrigação moral de agir em benefício de outros⁽¹⁾.

Quando falamos em agir em benefício de outros em Cuidados Paliativos, estamos nos referindo principalmente a dois pontos cruciais: controle de sintomas e qualidade de vida.

A doença em progressão é capaz de infligir extremo sofrimento àqueles que dela padecem. Por isso precisamos conhecer profundamente a história natural da doença, para que possamos antecipar as complicações que dela surgirão e, com isso, controlar os sintomas da doença incurável. Procuramos manter a maior qualidade de vida possível em cada caso, sempre respeitando os desejos do paciente.

Princípio da não-maleficência

Tal princípio determina a obrigação de não infligir dano intencionalmente. Na ética médica, ele está intimamente ligado com a máxima *primum non nocere*: "acima de tudo (ou, antes de tudo), não causar dano"⁽¹⁾.

Dentro dos Cuidados Paliativos, a prática da distanásia (prolongamento da morte com sofrimento) é evitada na medida em que procedimentos invasivos e agressivos, que não trarão benefício aos pacientes, não são instituídos.

Princípio da autonomia

Autonomia, derivada do grego *autos* (próprio) e *nomos* (regra, governo ou lei), era inicialmente utilizada como referência à autogestão das cidades-estados independentes gregas. Posteriormente, passou a referir-se ao indivíduo com direitos de liberdade, privacidade, escolha individual, liberdade da vontade e pertencimento a si mesmo⁽¹⁾.

Em Cuidados Paliativos a preservação da autonomia dos pacientes é considerada um dos princípios mais importantes no processo de tomada de decisão, pois evita os abusos potenciais de um julgamento unilateral⁽²²⁾.

É nesse momento que se resgata a relação médico-paciente, perdida ao longo do avançar técnico-científico. Como lidamos com qualidade de vida, subjetiva e individual, é imprescindível ouvir o outro, com todas as suas dúvidas e experiências. No momento em que trabalhamos com o desejo do paciente e não com a vontade do médico, abandonamos o antiquado paternalismo médico.

É nessa perspectiva que se insere o cuidado no fim da vida: algo que é pensado e realizado, em cada caso concreto e de forma compartilhada, entre seres autônomos que se respeitam e constroem um processo de morte, no qual os profissionais, por meio de conhecimento técnico, podem contribuir para que esse caminho final seja vivido dignamente com o mínimo de sofrimento para o doente e seus cuidadores⁽²⁰⁾.

Princípio da justiça

Nos tratamentos médicos a probabilidade de sucesso é critério relevante, pois um recurso médico finito só deve ser distribuído entre os pacientes que tenham chance razoável de se beneficiar. Ignorar esse fator é injusto, pois resulta em desperdício de recursos⁽¹⁾.

A futilidade terapêutica é difícil de ser definida e aceita em muitos casos, pois o profissional da área de saúde, principalmente os médicos, é treinado para sempre fazer todo possível para salvar a vida do indivíduo. Isso ocorre porque aprendemos, desde tenra idade, que a vida é sagrada (princípio da sacralidade da vida). Porém, quando trabalhamos com pacientes com doença avançada e em progressão, percebemos que a obstinação te-

rapêutica não tem lugar em Cuidados Paliativos. O que queremos é que nossos pacientes tenham uma morte digna e sem sofrimento.

A razão de ser da obstinação terapêutica tem sido atribuída, por muitos, à medicina defensiva, prática que, infelizmente, tem se alastrado cada vez mais. Entende-se como uma decisão ou ação clínica do médico, motivada total ou parcialmente, com a intenção de se proteger de uma possível acusação de má prática médica⁽¹⁶⁾.

Para que não sejamos obstinados e ao mesmo tempo possamos estar livres do medo de alguma acusação, precisamos sempre estar muito bem embasados tecnicamente.

Em Cuidados Paliativos a população de pacientes é muito heterogênea. Temos pacientes com doença avançada e que se mantêm com bom *karnofsky performance status* (KPS) e temos aqueles que, como preferimos classificar em nosso manual, encontram-se em fase final da vida. Para que não deixemos de tratar aqueles que se beneficiariam com determinado procedimento ou exame mais complexo para controle de sintomas e nem sejamos agressivos com aqueles que não obterão benefício, devemos estudar minuciosamente cada caso, utilizando adequadamente os índices de prognóstico. Sabemos que alguns índices se encontram bem documentados na literatura médica e podem ajudar-nos a nortear e definir nossas condutas. Outros ainda estão sendo definidos adequadamente por meio de vários estudos. O KPS, a síndrome de anorexia e caquexia, a presença de dispneia e os fatores metabólicos, como hipercalcemia, hiponatramia, leucocitose, linfopenia, servem como guia para os profissionais e podem ser mensuradas por meio de escalas. No Brasil, o Palliative Prognostic Score (PaP score) já se encontra validado e pode ser considerado uma das melhores ferramentas atuais para a avaliação prognóstica^(4, 10, 12, 13).

Quando falamos de futilidade terapêutica em Cuidados Paliativos, devemos lembrar de algumas questões importantes:

- o tratamento para a cura da doença foi finalizado por ser considerado fútil, ou seja, tais pacientes já se encontram com suas possibilidades terapêuticas limitadas;
- os índices de prognóstico servem para nortear nossa conduta, mas são apenas um complemento ao estudo individual.

Várias dúvidas surgem nos profissionais da área quando começamos a avaliar determinada ação como fútil, portanto algumas questões necessitam de esclarecimento:

- quais as implicações em se suspender um tratamento considerado fútil? É importante saber que os profissionais não são obrigados a instituir tratamentos que considerem ineficazes. Porém, não devemos apenas dizer "não", mas dialogar com paciente (quando suas condições clínicas permitirem) e familiares, proporcionando ferramentas para compreender e decidir. Os médicos devem sempre estar convencidos de que o cuidado nunca é fútil e precisam estar aptos, portanto, a distinguir entre um tratamento agressivo e o que proporciona conforto. Nesse contexto, é importante que a família esteja ciente de tudo o que acontece com o paciente⁽¹¹⁾;
- o que é importante para que e a família não insista na futilidade terapêutica? Os familiares precisam sentir-se incluídos no processo decisório, saber a importância de se evitar o prolongamento da morte, receber explicações claras sobre o papel familiar, ajudar para chegar a um consenso e uma informação de qualidade, em boa quantidade e no momento adequado⁽⁸⁾;
- como saber quando um tratamento é fútil em Cuidados Paliativos? Para nortear nossa conduta, devemos sempre responder as seguintes perguntas:
 - qual o prognóstico do paciente?

- que benefício trará tal medida ao paciente? (beneficência);
- que danos tal medida poderá acarretar? (não-maleficência);
- qual a opinião do paciente e da família a respeito? (autonomia);
- que implicações tal conduta trará aos outros pacientes? (justiça).

Com esses parâmetros teremos mais condições de definir a conduta a ser tomada.

Acreditamos que os procedimentos que mais ocasionam dúvidas não são quimioterapia, radioterapia ou cirurgias, pois, quando conhecemos bem a evolução das doenças, nossas dúvidas são mais facilmente sanadas. A seguir, serão abordados separadamente os procedimentos que mais angustiam os profissionais.

Ressuscitação cardiopulmonar

A escolha pela ordem de não ressuscitar (ONR) ainda é pouco discutida com os pacientes em nosso país. Nos EUA, mediante as informações passadas a respeito do prognóstico, pela equipe assistente na figura do médico, o paciente escolhe se quer ou não ser submetido a manobras de ressuscitação. No Brasil essas questões estão apenas engatinhando, por meio da bioética e do conceito de autonomia. Entretanto, nossa prática médica, ainda muito paternalista, propicia imensa dificuldade em aceitar a ideia de não ressuscitar.

Para nossos pacientes, optar pela ONR significa escolher morrer. A aceitação da morte não ocorre no mesmo momento nem da mesma forma para os indivíduos. Muitas vezes paciente/família veem na ressuscitação pulmonar (RCP) uma última chance para continuar vivendo. O ideal é que a decisão seja tomada em conjunto: paciente, família e equipe, que tem como papel principal o fornecimento do conhecimento técnico que irá auxiliar na tomada de decisão. Precisamos esclarecer aos envolvidos que, após as manobras de RCP, não surgirão alternativas milagrosas para o controle da doença, e as perspectivas de prognóstico não se alterarão^[2, 24]. Optar pela ONR não é sinônimo de eutanásia ou suicídio assistido, mas uma opção consciente pela melhor conduta, com a intenção de viver da melhor forma possível, não sendo realizadas manobras invasivas e agressivas para manutenção de funções e sinais vitais que não traduzem uma vida com mínima qualidade quando chegar o fim.

Alguns serviços de Cuidados Paliativos já possuem bem embasadas e documentadas suas políticas de não-ressuscitação, esclarecendo ao paciente no momento de seu ingresso no serviço e implicando a aceitação prévia desse conceito para o seu acompanhamento. No Brasil, essa ainda é uma questão que, embora bem organizada nos preceitos dos Cuidados Paliativos e da bioética, gera controvérsia do ponto de vista jurídico ou mesmo junto aos conselhos profissionais (Conselho Regional de Medicina [CRM] ou Conselho Federal de Medicina [CFM]).

Ventilação mecânica

A ventilação mecânica, em nosso contexto, pode ser dividida em duas esferas: quando não implementamos a ação, ou seja, não intubamos o paciente, e quando retiramos a ação, ou seja, extubamos o paciente que se encontrava previamente no respirador. Em nosso país, a questão da extubação sequer aparece nas discussões, pois está intimamente ligada às interpretações duvidosas sobre eutanásia. Nos Estados Unidos, essa prática, embora não seja tão frequente, aparece bem documentada e é bastante diferenciada da eutanásia^[19]. Neste estudo será abordada apenas a questão da não-intubação.

Sabemos que grande parte de nossos pacientes apresentará dispneia em seus momentos finais, seja por doença primária, secundária ou mesmo pela fadiga intensa. Nesses casos, colocar o paciente em prótese ventilatória não só implica inutilidade terapêutica, pois sabemos da não-reversibilidade do quadro com o uso do procedimento, como pode implicar distanásia, pois estaremos prolongando o sofrimento dele. Nesses casos, possuímos um grande arsenal terapêutico para o controle da dispneia e, caso nada gere o resultado esperado, podemos lançar mão da sedação paliativa, cuja tarefa é controlar sintomas refratários, que não podem ser controlados de outra forma. É uma ação restrita, com indicações específicas e que deve ser ministrada por profissional habilitado tecnicamente, porém já se apresenta amplamente conhecida no cenário dos Cuidados Paliativos mundial e muito bem documentada na literatura científica^(3, 14, 17, 18, 25). Com isso, teremos a certeza do não-sofrimento do paciente e de seus familiares (que deverão estar esclarecidos quanto ao procedimento) e a segurança da não-obstinação terapêutica ou distanásia.

Hidratação artificial

A hidratação artificial tem sido um desafio constante na prática dos Cuidados Paliativos até mesmo para os médicos, pois a ideia de que podemos estar sendo negligentes com a sua retirada ainda paira no ar. Sabemos, porém, que pacientes na fase final da vida não se beneficiarão da hidratação artificial e muitas vezes podem ser prejudicados por ela.

O fornecimento de fluidos pode aumentar a secreção broncopulmonar (gerando esforço respiratório e até mesmo dispneia), a quantidade de líquidos cavitários (como derrame pleural e ascite), o grau de edema periférico (em geral pacientes nesse momento apresentam hipoalbuminemia intensa), o aumento de secreção gástrica (podendo ocasionar episódios eméticos), de diurese (que piora o desconforto do paciente à mobilização) e, por fim, a sobrecarga circulatória^(2, 5).

A maior queixa nesses pacientes é a xerostomia (boca seca), mais relacionada com o uso de medicações do que com a própria desidratação. Tal queixa é mais bem combatida com a atuação da equipe de enfermagem e os cuidados locais com a cavidade oral do que com hidratação artificial.

Alguns pacientes podem evoluir com *delirium* e, nesses casos, temos de excluir as causas mais comuns: hipoxemia, febre, medicações e, por fim, desidratação.

Nutrição artificial

A suspensão ou não-introdução da dieta em nossos pacientes é uma questão bastante angustiante, principalmente para os familiares, pois a questão da alimentação está intimamente ligada ao cuidado para eles.

Não há estudos randomizados sobre alimentação artificial em pacientes com neoplasia avançada, porém estudos observacionais evidenciam que não há melhoria na qualidade de vida dos doentes em fase final quando recebem alimentação por sonda enteral⁽²⁾.

A nutrição parenteral total (NPT) também não demonstra benefício na sobrevida nem mesmo resposta ou tolerância maior à quimioterapia (paliativa). Entretanto, esses pacientes apresentam risco de febre e infecção quatro vezes maior⁽²⁾.

Há muitas complicações no suporte nutricional, seja enteral ou parenteral. O cate-

ter venoso central é associado a complicações como pneumotórax, hidrotórax, sepsis e trombose venosa. O cateter enteral pode causar epistaxe, necrose da asa do nariz, broncoaspiração, obstrução de vias aéreas, sinusite, náusea, vômito e diarreia (dependendo da quantidade, qualidade e velocidade de infusão da dieta)⁽¹⁵⁾.

Em seus últimos dias de vida, o metabolismo encontra-se alterado e o gasto de energia dispensado para a digestão, mesmo de pequena quantidade de alimento, torna-se muito oneroso para os pacientes.

No estado de jejum, o glicogênio é quebrado para a produção de glicose, essencial para o metabolismo cerebral, enquanto tecidos periféricos são capazes de utilizar ácidos graxos como combustível. Quando o glicogênio se esgota, aminoácidos musculares podem ser utilizados para produzir glicose, por meio da neoglicogênese hepática. O jejum por tempo prolongado, mais de uma semana, torna o cérebro capaz de utilizar cetonas como fonte de energia. A cetonemia marcadamente suprime neoglicogênese, preservando, assim, o músculo esquelético. Ela também provoca estado de euforia, proporciona alívio da dor, provavelmente por meio da liberação de substâncias endógenas opioides-*like* e, principalmente, é marcadamente importante para suprimir a fome. Se for revertida, mesmo que por alguns momentos, com até 400 calorias por dia, a dor aumenta e a fome volta. Portanto, há uma forte razão fisiológica para não tentarmos reverter a cetonemia do paciente em seus últimos dias, salvo se houver algum processo reversível em jogo⁽²⁾.

Conclusão

Não possuímos ainda diretrizes nacionais que respaldem nossa prática, nossos dados são precários e a prática, pouco difundida. Baseamo-nos sempre em estatísticas estrangeiras, embora tenhamos grande número de pacientes atendidos diariamente. Faz-se necessário construir rotinas consistentes e direcionadas ao nosso perfil de pacientes, principalmente no que diz respeito ao perfil socioeconômico, pois no aspecto clínico não diferem dos demais.

Este artigo teve como objetivo trazer a questão dos procedimentos sustentadores de vida em Cuidados Paliativos, tema que é de suma importância no momento em que começamos a ganhar um espaço cada vez maior no meio médico atual. Não se tem aqui a pretensão de esgotar o assunto, mas iniciar uma discussão longa e produtiva para que as ações sejam cada vez mais uniformes e benéficas para os pacientes.

Referências

1. BEAUCHAMP, T. L.; CHILDRESS, J. F. Princípios de ética biomédica. São Paulo: Edições Loyola, 2002.
2. BERGUER, A. M.; SHUSTER, J. L. Jr.; VON ROENN, J. H. Principles and practice of palliative care and supportive oncology. USA: Lippincott Williams & Wilkins. 3. ed. 2007.
3. Definition of sedation for symptom relief: a systematic literature review and a proposal of operational criteria. *Journal of Pain and Symptom Management*, v. 24, n. 4, 2002.
4. DEN DAAS, N. Estimating length of survival in end-stage cancer: a review of literature. *J Pain Symptom Manage*, v. 10, n. 7, p. 548-55, 1995. Comment In: *J Pain Symptom Manage*, v. 12, n. 4, p. 205, 1996.
5. ELLERSHAW, J.; SUTCLIFFE, J.; SAUNDERS C. Dehydration and the dying patient. *J Pain Symptom Manage*, v. 10, n. 3, p. 192-7, 1995.
6. Ética Prática. Peter Singer. São Paulo: Martins Fontes, 2002.
7. Fundamentos da Bioética – Engelhardt – Edições Loyola, São Paulo, Brasil, 1998.
8. GARROS D. Uma boa morte em UTI pediátrica: Isto é possível? *J. Pediatr*, v. 79, suppl 2, p. S35-8, 2003.

9. GRUENIGEN, V. E, DALY, B. Futility: clinical decisions at the end-of-life in women with ovarian cancer. *Gynecologic Oncology*, v. 97, p. 638-44, 2005.
10. HIGGINSON, I. J, CONSTANTINI, M. Accuracy of prognosis estimates by four Palliative Care teams: a prospective cohort study. *BMC Palliat Care*, v. 1, n. 1, p. 1, 2002.
11. KASMAN, D. When is Medical Treatment Futile? *J Gen Intern Med*, v. 19, n. 10, p. 1053-6, 2004. Comment In: *J Gen Intern Med*, v. 19, n. 10, 1066-7, 2004.
12. MALTONI, M., AMADORI, D. Prognosis in advanced cancer. *Hematol Oncol Clin North Am*, v. 16, n. 3, p. 715-29, 2002.
13. MALTONI, M. et al. Clinical prediction of survival is more accurate than the Karnofsky performance status in estimating life span in terminally ill cancer patients. *Eur J Cancer*, v. 30A, n. 6, p. 764-6, 1994.
14. MERCADANTE, S.; DE CONNO, F.; RIPAMONTI, C. Propofol in terminal care. *J Pain Symptom Manage*, v. 10, n. 8, p. 639-42, 1995.
15. MITCHELL, S. L.; KIELY, D. K.; HAMEL, M. B. Dying with advanced dementia in the nursing home. *Arch Intern Med*, v. 164, p. 321-6, 2004.
16. MONTEIRO, F. Ventilação mecânica e obstinação terapêutica, a dialética da alta tecnologia em medicina intensiva. *Rev Port de Pneumol*, v. 12, n. 3, p. 281-91, 2006.
17. MORITA, T.; MIOSHY, M. Efficacy and Safety of Palliative Sedation Therapy: a multicenter, prospective, observational study conducted on specialized palliative care units in Japan. *J Pain Symptom Manage*, v. 30, v. 4, p. 320-8, 2005.
18. MORITA, T.; MIOSHY, M. Ethical validity of palliative sedation therapy: a multicenter, prospective, observational study conducted on specialized palliative care units in Japan. *J Pain Symptom Manage*, v. 30, v. 4, p. 308-19, 2005.
19. O'MAHONY, S. et al. Ventilator withdrawal: procedure and outcomes. Report of a collaboration between a critical care division and a palliative care service. *J Pain Symptom Manage*, v. 26, p. 954-61, 2003.
20. PELLEGRINO, E. D. Decisions to withdraw life-sustaining treatment: a moral algorithm. *JAMA*, v. 283, n. 8, p. 1065-7, 2000. Comment In: *JAMA*, v. 284, n. 11, p. 1380-1, 2000, author reply 1381-2.
21. PINTO, C. S. Quando o tratamento oncológico pode ser fútil? Do ponto de vista do Paliativista. *Rev Bras de Cancerologia*, v. 54, n. 4, p. 393-6, 2008.
22. REGO, S.; PALÁCIOS, M. A finitude humana e a saúde pública. Rio de Janeiro: Cad. Saúde Pública, v. 22, n.8, 2006.
23. TROTOCHAUD, K. Medically Futile - treatments require more than going to court. *T.C.M.*, p. 60-4, 2006.
24. URBAN, C. A. et al. Implicações éticas das ordens de não ressuscitar. São Paulo: *Rev. Assoc. Med. Bras*, v. 47, n. 3, 2001.
25. VERKERK, M. et al. A national guideline for palliative sedation in the Netherlands. *J Pain Symptom Manage*, v. 34, n. 6, p. 666-70, 2007.

Sedação paliativa

CÉLIA MARIA KIRA

Introdução

É muito bem documentado pela literatura que pacientes numa fase avançada de doença (oncológica ou não) apresentam vários sintomas causadores de intenso sofrimento, que podem ser físicos (como dor, dispneia, constipação), psicoemocionais (como agonia ou *delirium*) ou espirituais (desesperança). Se não adequadamente tratados, esses sintomas geram mais angústia e sofrimento ao paciente e aos seus familiares e, quando há refratariedade no seu controle, a sedação paliativa é uma opção de tratamento.

Dados da literatura mundial mostram que a prevalência de sedação paliativa varia entre 16% e 52%. No estudo de Ventafridda *et al.*⁽³⁰⁾ a sedação para controle de sintomas em pacientes domiciliares ocorreu em 52%; Fainsinger *et al.*⁽⁹⁾, no Canadá, em uma unidade de Cuidados Paliativos, encontraram prevalência de 16% de sedação. Em *hospices*, Morita *et al.*⁽¹⁷⁾, no Japão, descreveram 48% de sedação, enquanto Fainsinger⁽¹¹⁾, na África do Sul, encontrou uma taxa de 30% e Chiu *et al.*⁽⁶⁾, em Taiwan, relataram 20% de pacientes sedados. No Brasil, na enfermaria de Cuidados Paliativos do Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo (HSPE/SP), Ferreira⁽¹⁴⁾ encontrou prevalência de sedação paliativa de 36,7%.

A variação entre os percentuais de prevalência de sedação paliativa nos diversos estudos é devida à diferença entre as populações estudadas (sintomas refratários, tipo de doença, aspectos socioculturais e religiosos, tipo de ambiente).

Atualmente a sedação paliativa ainda é confundida com eutanásia mascarada e suicídio assistido por alguns profissionais da área da saúde, bem como por pacientes e familiares, por acreditarem que tal procedimento apresse a morte do paciente. Normalmente a sobrevida após o início da sedação paliativa é muito pequena, variando de horas a poucos dias^(10, 12, 21, 29). Vários trabalhos mostram que não há diferenças significativas na sobrevida entre os pacientes que receberam sedação paliativa e os que não necessitaram de sedação em unidades de Cuidados Paliativos^(19, 21). Segundo Stone⁽²⁷⁾, a necessidade de sedação paliativa sugere mais um indicador de uma morte iminente que a causa de uma morte prematura.

Também não existe padronização do procedimento. Os motivos pelos quais se indica a sedação paliativa, o momento mais adequado para sua introdução, as medicações escolhidas, a dose das drogas, a via de administração e a duração da sedação são muito variáveis entre os serviços de saúde. **Sedação paliativa se faz com drogas sedativas, e não com drogas analgésicas ou coquetel de drogas aleatórias.** Não se deve usar a meperidina (Dolantina®), pelos seus vários efeitos colaterais e seu baixo poder analgésico, assim como não se usam soros "M1", "M2" etc.

Pretende-se neste capítulo orientar o profissional da saúde quanto à melhor indicação e ao uso da sedação paliativa, caso esse procedimento seja uma opção de tratamento para o seu paciente.

Conceitos

Sedação paliativa é a administração deliberada de fármacos em doses e combinações necessárias para reduzir o nível de consciência, com o consentimento do paciente ou de seu responsável, e possui o objetivo de aliviar adequadamente um ou mais sintomas refratários em pacientes com doença avançada terminal^[2, 18,26].

Sedação terminal foi o primeiro termo utilizado para nomear a sedação paliativa, porém tem sido abandonado nos últimos anos devido à falta de clareza da palavra "terminal", que pode estar associada ao paciente ou ao objetivo da sedação (terminar a vida)^[18].

Considera-se sintoma refratário tudo o que não pode ser adequadamente controlado, apesar de repetidas e intensas tentativas de tratamento tolerável, que não comprometa o nível de consciência. Os critérios diagnósticos para designar sintoma refratário incluem, a despeito de outras possíveis intervenções (invasivas e não-invasivas) no controle desses sintomas:

- incapacidade de promover alívio adequado;
- associação às excessivas e intoleráveis morbidades aguda e crônica.
- improvável obtenção de alívio em curto prazo^[5, 15].

Sugere-se que a determinação da refratariedade do sintoma deva ser, sempre que possível, um consenso entre os membros da equipe que cuida (o maior número possível de membros) e/ou deve haver uma consultoria com outros especialistas.

Um exemplo prático de sintoma refratário é o paciente com intensa dispneia provocando sofrimento e ansiedade para si próprio e seus familiares. A despeito de todas as tentativas de tratamento, se a dispneia e o estresse persistirem depois de um tempo razoável, deve-se começar a aceitar a refratariedade do sintoma e prescrever uma sedação. O objetivo nesse momento é diminuir o estresse mental do paciente causado pela sensação de sufocamento e ansiedade gerada pela perda de controle da situação ora vivenciada.

Não se deve confundir sintoma refratário com sintoma difícil^[5, 15], o qual é conceituado como o sintoma que para ser adequadamente controlado precisa de intervenção terapêutica intensiva, além das medidas habituais, tanto farmacológicas quanto instrumentais e psicológicas^[22]. Muitos sintomas considerados "refratários" por médicos generalistas, como, por exemplo, *delirium* induzido por medicamentos ou quadro delirante por outras causas (desidratação, distúrbios eletrolíticos, infecção não-aparente), podem ser controlados adequadamente por médicos com treinamento e habilidades adequados ou especialista na área. Stoutz e Bruera^[28] demonstraram que o rodízio de opioides reduziu a necessidade de sedação para controle dos sintomas induzidos pela sua toxicidade (mioclonia, alucinações, delírio, náuseas, vômitos e dor persistente). De 80 pacientes que alternaram opioides nesse estudo, 73% se beneficiaram com a conduta.

Considerações éticas em sedação paliativa

A grande controvérsia ética da sedação paliativa ocorre porque as pessoas leigas, assim como os profissionais da área da saúde, desconhecem os princípios dos Cuidados Paliativos e associam erroneamente este procedimento à eutanásia^[8, 20].

As principais distinções entre sedação paliativa e eutanásia^[23, 26] são apresentadas no Quadro 1.

Quadro 1 – Distinção entre sedação paliativa e eutanásia

	Sedação paliativa	Eutanásia
Intenção	Aliviar sintoma refratário	Provocar a morte para cessar o sofrimento
Processo: drogas e doses	Drogas sedativas ajustadas à resposta do paciente	Drogas letais que garantam uma morte rápida
Objetivo	Alívio do sofrimento	Morte rápida

Apesar de a palavra “sintoma” geralmente denotar doença física (por exemplo, dor e dispneia), Cherny e Portenoy⁽⁵⁾ reconhecem o sofrimento psicoexistencial como um sintoma. Entretanto a sedação paliativa nesse tipo de sofrimento é ética e moralmente problemática para a maioria dos médicos, pois pacientes em sofrimento existencial podem estar acordados, alertas, lúcidos e sem sintoma físico associado. Morita⁽¹⁹⁾, em 2004, descreveu os efeitos benéficos da sedação paliativa para o alívio de sofrimento psicoexistencial, administrada em 90 casos (prevalência de 1%). Os principais sintomas de sofrimento em seu estudo foram desesperança, dependência e incapacidade para o autocuidado, medo, ansiedade e pânico da morte, desejo de controlar o momento da morte, isolamento e ausência de suporte social.

Brandão⁽¹⁾ levanta a questão da necessidade de reflexão do médico diante da situação de incurabilidade e morte próxima. Antes de sedar o paciente, dever-se-iam “sedar” os próprios sintomas e sentimentos de angústia, ansiedade, frustração, impotência, onipotência, falta de informação e medo da própria morte.

A sedação paliativa tem dois efeitos: o desejado reduz os sofrimentos físico e psicológico e o indesejado pode diminuir o tempo de vida do paciente. O princípio do duplo efeito^(16, 22) torna a sedação paliativa moralmente aceita, uma vez que a intenção (alívio do sofrimento) tem mais importância que a consequência (diminuição do tempo de vida, privação da consciência) no julgamento ético desse procedimento. Em outras palavras, o princípio da beneficência tem precedência sobre o da não-maleficência.

Classificação

Porta⁽²²⁾ sugere uma classificação didática quanto à sedação paliativa, com base em objetivo, temporalidade e intensidade, como pode ser visto no **Quadro 2**.

A sedação paliativa nem sempre é administrada de forma primária, contínua e profunda. A administração de uma droga sedativa não necessariamente significa supressão permanente do nível de consciência. E é necessário lembrar que o objetivo final dessa sedação é aliviar o estresse e promover conforto. O nível de sedação deve ser titulado em função de cada paciente e do alívio de seu sintoma ou estresse (sedação proporcionada).

Indicações de sedação paliativa

Os sintomas refratários mais comuns relatados na literatura são delírio agitado, dispneia e dor. Qualquer outro sintoma, se diagnosticado como refratário, pode e deve ser

Quadro 2 – Classificação da sedação paliativa

Objetivo	<ul style="list-style-type: none">• Sedação primária: a finalidade da intervenção terapêutica é a diminuição do nível de consciência• Sedação secundária: o rebaixamento do nível de consciência é consequência do efeito farmacológico da medicação usada para controlar um sintoma específico, como ocorre, por exemplo, nos tratamentos da dor (uso de opioides) e do delírio (uso de neurolépticos)
Temporalidade	<ul style="list-style-type: none">• Sedação intermitente: é aquela que permite períodos de alerta do paciente• Sedação contínua: a diminuição do nível de consciência ocorre de forma permanente
Intensidade	<ul style="list-style-type: none">• Sedação superficial: mantém um nível de consciência no qual o paciente ainda pode se comunicar (verbalmente ou não)• Sedação profunda: a que mantém o paciente em estado de inconsciência

sedado paliativamente: náusea e vômitos, hemorragia maciça, convulsão, mioclonia, insônia, prurido, angústia, medo, pânico, ansiedade, terror^(7, 10-12, 21, 27).

As circunstâncias que envolvem a prescrição de uma sedação paliativa são geralmente cercadas de emoções (dor total, sofrimento, angústia), o que pode dificultar uma abordagem correta com a família sobre procedimento e clareza de decisões. Em Cuidados Paliativos podemos ter três situações clínicas distintas (às vezes, superpostas): doença avançada terminal com sintomas refratários, quadro agudo ameaçador da vida em tempo curto e morte iminente com sofrimento intenso. O tipo da sedação, a droga escolhida, a dose, a via e a taxa de administração dos sedativos vão variar conforme a necessidade clínica de cada paciente. Alguns necessitarão de sedação em momentos particulares, específicos do dia ou da noite, enquanto outros necessitarão de sedação mais contínua.

Porta⁽²³⁾ faz-nos refletir sobre os aspectos clínicos da sedação paliativa, como proceder nessas situações e acerca da importância de esclarecer e obter o consentimento para o procedimento. No caso de sintomas refratários, a equipe de saúde deve ser capaz de explicar ao paciente e aos seus familiares, de maneira compreensível, razoável e sensível, o que está acontecendo, da necessidade de uma mudança de estratégia de tratamento e tentar obter o consentimento. Quando o paciente está consciente e lúcido, deve-se respeitar sua autonomia; quando não é mais autônomo, recomenda-se tentar saber sobre seus desejos e valores prévios e obter consentimento da família. Quando ele não possui família ou essa se sente incapaz de tomar tal decisão, a equipe de saúde deve agir de acordo com o interesse do paciente e assegurar-lhe seu bem-estar. Todas as decisões devem sempre ser registradas no prontuário médico, bem como suas justificativas.

Pacientes com quadros agudos ou inesperados evoluindo para uma situação ameaçadora da vida, como hemorragia maciça ou tromboembolismo pulmonar maciço, necessitarão ser sedados mais rapidamente. Nessa situação o tempo é curto e é mais difícil conseguir o consentimento, porém deve-se tentar obtê-lo. Em geral, os familiares aceitam a decisão médica recomendada. Felizmente esses quadros agudos não são frequentes e muitas vezes o paciente falece antes de receber a sedação.

A terceira situação clínica, a da morte iminente, pode ser percebida por qualquer membro da equipe de saúde, pelo próprio paciente e até mesmo por familiares. O paciente já apresenta sinais de diminuição da atividade como um todo, além de dificuldade respiratória e agitação. A intenção nesse caso, quando há sofrimento intenso associado, é propiciar uma morte mais tranquila e digna. A família também deve estar envolvida no processo decisório da sedação paliativa, seja ela superficial ou profunda. **Lembramos que, na maioria das vezes, a morte ocorre sem a necessidade de sedar o paciente.**

No **Quadro 3** sugere-se uma lista de situações em que a sedação paliativa é uma opção terapêutica.

Antes de iniciar uma sedação paliativa, várias questões devem ser respondidas para garantir que essa seja a opção mais adequada⁽³⁾, as quais estão listadas no **Quadro 4**.

Quadro 3 – Indicações de sedação paliativa

- Sintomas refratários:
 - delírio agitado, agitação terminal ou inquietude refratária a neurolepticos
 - dor refratária a opioides e analgésicos adjuvantes
 - vômitos refratários à agressiva terapêutica antiemética
 - dispneia refratária a oxigênio, broncodilatadores e opioides
 - sofrimento psicológico ou existencial refratário à intervenção apropriada (antidepressivos, suporte religioso e espiritual)

- Quadro agudo ameaçador da vida em tempo curto

- Morte iminente (horas a dias) com sofrimento intenso – **leia o texto com cuidado**

Quadro 4 – Questões a serem respondidas antes da indicação da sedação paliativa⁽³⁾

- Todos os esforços foram feitos para identificar e tratar as causas reversíveis geradoras do sofrimento?
- Interconsultas foram realizadas com equipe em Cuidados Paliativos e/ou com outros especialistas?
- Todas as abordagens não-farmacológicas já foram aplicadas, como, por exemplo, técnicas de relaxamento e distração para ansiedade e dispneia?
- Todos os outros tratamentos farmacológicos foram aplicados, como, por exemplo, titulação adequada de opioides no caso de dispneia ou dosagem adequada de neurolepticos para o delírio agitado?
- Sedação intermitente foi considerada nos casos de *delirium* potencialmente reversíveis ou nos casos de sofrimento psicoexistencial extremo?
- Os objetivos da sedação foram explicados e discutidos com o paciente e seus familiares?
- A sedação foi consensual (paciente, família e equipe)?

Um algoritmo para tomada de decisão na indicação de sedação paliativa⁽²⁵⁾ é sugerido na **Figura 1**.

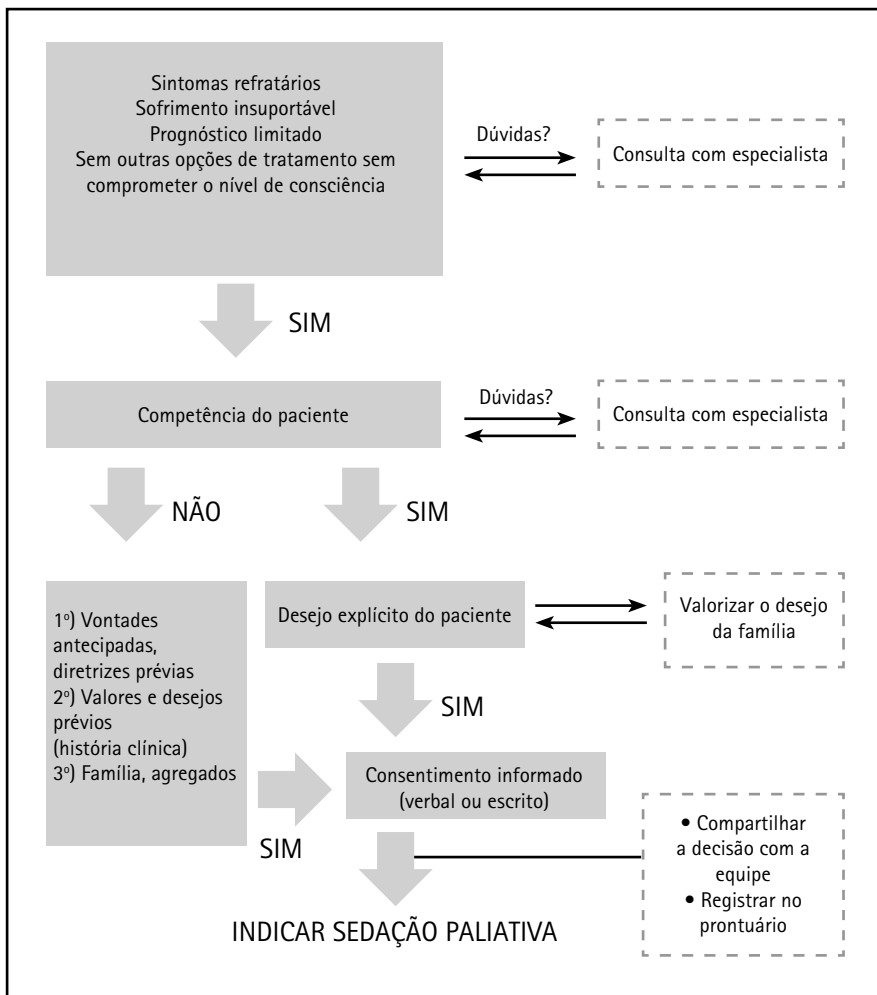


Figura 1 – Algoritmo para indicação de sedação paliativa. Traduzido e adaptado de Sedación Paliativa⁽²⁵⁾.

Medicações utilizadas em sedação paliativa

Na literatura, os principais sedativos utilizados são:

- benzodiazepínicos – midazolam, diazepam, lorazepam;
- neurolépticos – levomepromazina, clorpromazina, haloperidol;
- barbitúricos – fenobarbital;
- anestésicos – propofol, ketamina.

O midazolam é o sedativo mais frequentemente referido na literatura para indução de sedação paliativa e, entre os benzodiazepínicos, o mais utilizado. É facilmente titulável, com rápido início de ação (2 minutos após administração intravenosa [IV]) e curta duração (1,5 a 2,5 horas). Pode ser administrado por via subcutânea (SC) em *bolus*, em infusões contínuas IV e SC, não se precipitando se usado no mesmo soro com a morfina. A dose máxima recomendada é de 120-160 mg/dia, pois acima desse nível não ocorre mais inibição dos receptores do ácido gama-aminobutírico (GABA), havendo então necessidade de associar outra droga. O uso concomitante com algumas medicações (carbamazepina, fenitoína, rifampicina) pode resultar em rápida diminuição da ação do midazolam em um curto período de tempo. Entretanto, a associação a outras drogas inibidoras do P-450 3A4 (cetoconazol, itraconazol, fluconazol, eritromicina, azitromicina, diltiazem, verapamil, saquinavir, cimetidina, ranitidina) pode levar a sedação profunda, mesmo com uma dose relativamente baixa do midazolam.

Uma sugestão prática de preparação do midazolam no soro é apresentada no **Quadro 5**.

Quadro 5 – Sugestão de soro com midazolam	
Midazolam	10 ml (50 mg)
SG ou SF	240 ml
Para uma concentração de midazolam: 0,2 mg/ml	

SG: soro glicosado; SF: soro fisiológico.

A levomepromazina é a droga neuroléptica mais citada na literatura, porém a clorpromazina é mais utilizada no Brasil, em função de ser disponível aqui sua aplicação IV e SC.

Ferreira⁽¹⁴⁾ recomenda que a sedação paliativa da dispneia refratária seja iniciada com a associação de midazolam e morfina. A morfina é um opioide forte com ação primariamente analgésica e não-sedativa. Apesar de não existir um sítio de ação específico na dispneia, acredita-se em ação em receptores de opioides distribuídos na árvore traqueobrônquica e no tronco cerebral (centro respiratório), modulando percepção e ansiedade⁽⁴⁾. Aos pacientes que apresentarem efeito paradoxal ao midazolam ou sedação difícil sugere-se a associação de um neuroléptico (clorpromazina) a um opioide e benzodiazepínico. Para a palição do delírio agitado refratário, iniciar com um neuroléptico (clorpromazina) e, nos casos de efeito paradoxal a essa droga ou sedação difícil, associar o midazolam. Para a dor refratária, manter o opioide já prescrito, associá-lo ao midazolam e, nos casos de efeito paradoxal ao benzodiazepínico ou de sedação difícil, adicionar um neuroléptico (clorpromazina).

Por ausência de evidência suficiente na literatura, não há recomendações específicas a respeito do uso de drogas sedativas, podendo-se estabelecer recomendações gerais. Não há descrição de doses máximas dos sedativos (exceto para o midazolam), uma vez que cada paciente necessitará de uma dose distinta. Cherney e Portenoy⁽⁵⁾ recomendam iniciar com a dose mínima do sedativo, suficiente para paliar o sintoma, ajustando-a conforme as reavaliações periódicas. A via SC é sempre mais cômoda e prática, caso o paciente não tenha acesso venoso.

Uma gestão prática na utilização dessas drogas foi compilada a partir de dados da literatura^(3, 14, 15, 24, 25) e está indicada no **Quadro 6**.

Quadro 6 – Sugestões de drogas em sedação paliativa

Drogas	Sintomas	Dose	Observações
MIDAZOLAM Ampola de 3 ml, 5 mg/ml	Dor, dispneia, delírio agitado, sofrimento psíquico	Indução: bolo de 2,5-5 mg* Iniciar infusão contínua SC: 0,4-0,8 mg/h Máxima diária: 160-200 mg Resgate: <i>bolus</i> de 2,5-5 mg*	Dose máxima de 120-160 mg/dia Interação com outras drogas (ver texto)
LEVOMEPRMAZINA Ampola de 5 ml, 5 mg/ml (no Brasil, disponível em gotas ou comprimidos)	Delírio como sintoma predominante	Indução: bolo de 12,5-25 mg Iniciar infusão contínua SC: 100 mg/dia Resgate: <i>bolus</i> de 12,5 mg	Usos VO e SC Dose máxima diária: 300 mg
CLORPROMAZINA (uso mais comum no Brasil). Ampola de 5 ml, 5 mg/ml	Delírio como sintoma predominante	12,5-50 mg a cada 4-12 h, VO/IV	Dose máxima: 25-37,5 mg/dia
HALOPERIDOL Ampola de 1 ml, 5 mg/ml	Delírio	2,5-5 mg de 12/12 h, SC	Dose máxima de 5-10 mg/dia
FENOBARBITAL Ampola de 2 ml, 100 mg/ml	Dor, dispneia, delírio agitado, sofrimento psíquico	Indução: bolo de 2 mg/kg, lento Iniciar infusão contínua SC: 600 mg/24 h Infusão contínua IV: 1 mg/kg Indução: bolo de 100-200 mg seguido de 40 mg/h, SC/IV s/n	Antes de iniciar a infusão, suspender benzodiazepínicos e neurolépticos. Reduzir opioides pela metade
PROPOFOL Ampola de 20 ml, 10 mg/ml. Necessidade de supervisão de um médico anestesista ou treinado	Refratariedade a outros sedativos	Indução: bolo de 1-1,5 mg/kg Iniciar infusão contínua IV: 2 mg/kg/h Resgate: bolo com metade da dose da indução	Antes de iniciar a infusão, suspender benzodiazepínicos e neurolépticos e reduzir opioides pela metade. Somente uso IV e não misturar com outras drogas
KETAMINA Ampolas de 2 ml, 50 mg/ml	Dor e refratariedade a outros sedativos	5-15 mg, SC	Bloqueio de receptores NMDA

*Dobrar dose se houve uso prévio de benzodiazepínico.

SC: subcutânea; VO: via oral; IV: intravenoso; s/n: se necessário; NMDA: n-metil-D-aspartato.

Outra sugestão de esquema de sedação paliativa é o utilizado no HSPE/SP⁽¹⁴⁾ (**Quadro 7**).

Nos casos em que o paciente tenha indicação inicial de sedação profunda, recomenda-se o esquema do Edmonton General Hospital, apresentado no **Quadro 8**^(12, 13). Inicia-se com 1-4 mg/h, aumentando progressivamente até atingir o nível de sedação desejada.

Quadro 7 – Drogas em sedação paliativa			
	Midazolam	Clorpromazina	Haloperidol
Iniciar com	0,6-1 mg/hora (15-24 mg/dia)	25-37,5 mg/dia	5-10 mg/dia
Soro	SG% ou SF a 0,9%: 250 ou 500 ml Midazolam: 5 mg ou 7,5 mg IV ou SC, 8/8 h	No mesmo soro do midazolam	No mesmo soro do midazolam

SG: soro glicosado; SF: soro fisiológico; IV: intravenoso; SC: subcutâneo.

Quadro 8 – Esquema de sedação do Edmonton General Hospital	
SG 5% ou SF 0,9%	100 ml IV ou SC em infusão contínua
Midazolam	100 mg

SG: soro glicosado; SF: soro fisiológico; IV: intravenoso; SC: subcutâneo.

A sedação paliativa intermitente pode ser realizada no domicílio (benzodiazepínicos, neurolépticos) por via oral (VO) ou SC. Nos casos de sedação contínua e profunda a realização é recomendada em ambiente hospitalar pela necessidade da titulação das drogas e reavaliações clínicas frequentes. Alguns sintomas de natureza dramática, como hemorragia maciça, dispneia e vômitos incoercíveis, são mais facilmente controlados em ambiente hospitalar.

Um algoritmo para a escolha do tratamento farmacológico em sedação paliativa⁽²⁵⁾, tanto para uso hospitalar quanto domiciliar, com base no sintoma predominante, está demonstrado na **Figura 2**.

Uma vez prescrita a sedação paliativa, algumas ações devem ser efetivadas^(3, 14) e estão compiladas no **Quadro 9**. No **Quadro 10** encontra-se a escala de Ramsay.

Para finalizar, alguns lembretes importantes sobre sedação paliativa^(13, 14) estão no **Quadro 11**.

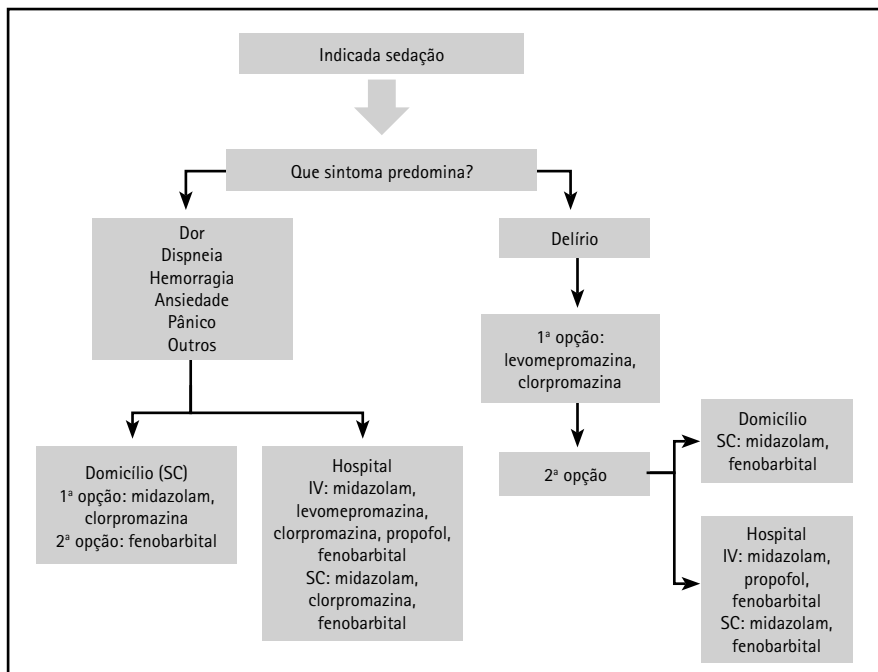


Figura 2 – Algoritmo para a escolha do tratamento farmacológico em Sedação Paliativa. Traduzido e adaptado de Sedación Paliativa⁽²⁵⁾

SC: via subcutânea; IV: via intravenosa.

Quadro 9 – Ações após o início da sedação paliativa
• Reavaliação sintomática quanto ao tipo e à dose da medicação escolhida (individualizada), com monitorização contínua e regular do processo para ajuste da sedação
• Titulação da dose sedativa utilizando a escala de avaliação de Ramsay
• Manter as medidas de higiene e conforto
• Manter as medicações para controle de dor (opioides)
• Suspender medicações não-essenciais (vitaminas, hormônios tireoidianos etc.) ou tratamentos médicos ineficazes para o bem-estar do paciente
• Atentar para retenção urinária e impaction fecal (fecaloma), que geram grande desconforto nos pacientes sedados
• Orientar os familiares que a sedação paliativa não é o mesmo que eutanásia e não apressa a morte
• Orientar os familiares quanto aos sinais do processo da morte: ronco da morte ("sororoca"), cianose de extremidades, mudança da cor da pele, hipotensão e diminuição da diurese
• Fornecer suportes psicológico e espiritual à família
• Proporcionar presença da equipe que cuida, compreensão, privacidade e disponibilidade

Quadro 10 – Escala de Ramsay

- Nível I: agitado, angustiado
- Nível II: tranquilo, orientado e colaborativo
- Nível III: resposta a estímulos verbais
- Nível IV: resposta rápida a estímulos dolorosos
- Nível V: resposta lenta a estímulos dolorosos
- Nível VI: sem resposta

Quadro 11 – Lembretes importantes sobre sedação paliativa

- Cada paciente deve receber o sedativo e a dose adequados para paliar o seu sintoma refratário específico
- Visar primariamente sedar o sintoma refratário, e não o paciente
- Não usar dolantina
- Sempre que possível, iniciar com a menor dose do sedativo (sedação leve)
- Os opioides são drogas primariamente analgésicas, e não sedativas. A única exceção a essa regra é a associação da morfina ao midazolam para sedação paliativa da dispneia refratária
- Para agitação, por efeito paradoxal ou não do midazolam, deve-se associar um neuroléptico (haloperidol ou clorpromazina) à sedação
- Em delírio agitado refratário, o sedativo inicial deve ser um neuroléptico em doses progressivas; somente associar o midazolam nos casos de sedação difícil

Referências

1. BRANDÃO, C. Sedação terminal reflete necessidade de ensino e pesquisa em medicina paliativa e cuidados paliativos. Revista Prática Hospitalar, v. 34, p. 49-52, 2004.
2. BRAUN, T. C.; HAGEN, N. A.; CLARK, T. Development of a clinical practice guideline for palliative sedation. J Palliat Med, v. 6, p. 345-50, 2003.
3. CAPITAL HEALTH/CARITAS HEALTH GROUP REGIONAL PALLIATIVE CARE PROGRAM. Palliative Sedation Guideline, 2005.
4. CHAN, K. S. et al. Palliative medicine in malignant respiratory diseases. In: DOYLE, D. et al. (orgs.). Oxford textbook of Palliative Medicine. 3. ed. Oxford University Press, 2005. cap. 8.8, p. 587-618.
5. CHERNY, N.; PORTENOY, R. Sedation in the management of refractory symptoms: guidelines for evaluation and treatment. J Palliat Care, v. 10, p. 31-8, 1994.
6. CHIU, T. Y. et al. Sedation for refractory symptoms of terminal cancer patients in Taiwan. J Pain Symptom Manage, v. 21, p. 467-72, 2001.
7. COWAN JD, WALSH D. Terminal sedation in palliative medicine: definition and review of the literature. Support Care Cancer, v. 9, p. 403-7, 2001.
8. DICKENS, B. M. Commentary on "slow euthanasia". J Palliat Care, v. 12, n. 4, p. 42-3, 1996.
9. FAINSINGER, R. et al. Symptom control during the last week of life on a palliative care unit. J Palliat Care, v. 7, n. 1, p. 5-11, 1991.
10. FAINSINGER, R. L. et al. Sedation for delirium and other symptoms in terminally ill patients in Edmonton. J Palliat Care, v. 16, n. 2, p. 5-10, 2000.

11. FAININGER, R. L. et al. Sedation for uncontrolled symptoms in a South African hospice. *J Pain Symptom Manage*, v. 16, p. 145-52, 1998.
12. FAININGER, R. L. et al. A multi-centre international study of sedation for uncontrolled symptoms in terminally ill patients. *Palliat Med*, v. 14, p. 257-65, 2000.
13. FERREIRA, S. P.; KIRA, C. M. Sedação paliativa. Manuscrito para o Curso de Educação Continuada, Módulo de Cuidados Paliativos. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP), 2006.
14. FERREIRA, S. P. Sedação paliativa: experiência do programa de cuidados paliativos do Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo. *Revista Prática Hospitalar*, v. 47, p. 55-8, 2006.
15. FÜRST, C. J.; DOYLE, D. The terminal phase. In: DOYLE, D. et al. (orgs.). *Oxford textbook of palliative medicine*. 3. ed. Oxford University Press, 2005. cap. 18, p. 1128.
16. GARCIA, J. L. A. Double effect. In: REICH, W. T. (ed.). *Encyclopedia of bioethics*. New York: Simon and Schuster, 1995. vol. 2, p. 636-41.
17. MORITA, T.; INOUE, S.; CHIHARA, S. Sedation for symptom control in Japan: the importance of intermittent use and communication with family members. *J Pain Symptom Manage*, v. 12, p. 32-8, 1996.
18. MORITA, T.; TSUNETO, S.; SHIMA, Y. Definition of sedation for symptom relief: a systematic literature review and a proposal of operational criteria. *J Pain Symptom Manage*, v. 24, p. 447-53, 2002.
19. MORITA, T. Palliative sedation to relieve psycho-existential suffering of terminally ill cancer patients. *J Pain Symptom Manage*, v. 28, p. 445-50, 2004.
20. MOUNT, B. Morphine drips, terminal sedation and slow euthanasia: definitions and facts, not anecdotes. *J Palliat Care*, v. 12, n. 4, p. 31-7, 1996.
21. MULLER-BUSCH, H. C.; ANDRES, I.; JEHSER, T. Sedation in palliative care: a critical analysis of 7 years experience. *BMC Palliat Care*, v. 2, p. 2, 2003.
22. PORTA, J. Aspectos éticos de la sedación en cuidados paliativos. *Med Pal (Madrid)*, v. 9, p. 41-5, 2002.
23. PORTA, J. Clinical aspects of sedation in palliative care in ethics and sedation at the close of life. Barcelona: Fundación Victor Grifols i Lucas, 2003. Disponível em: <<http://www.fundaciogrifols.org/docs/pub9%20eng.pdf>>. Acesso em: 24 maio 2009.
24. SEDACIÓN EN CUIDADOS PALIATIVOS. Disponível em: <http://www.secpal.com/guiasm/index.php?acc=see_guia&tid_guia=8>. Acesso em: 24 abr 2009.
25. SEDACIÓN PALIATIVA. In: Guia de prática clínica sobre cuidados paliativos, 2008. cap. 8, p. 109-13. Disponível em: <http://www.guiasalud.es/egpc/cuidadospaliativos/resumida/documentos/Cuidados%20Paliativos_Resumida.pdf>. Acesso em: 24 abr 2009.
26. SEPCAL. Sedación en cuidados paliativos. Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Disponível em: <http://www.secpal.com/guiasm/index.php?acc=see_guia&tid_guia=8>. Acesso em: 24 abr 2009.
27. STONE, P. et al. A comparison of the use of sedatives in a hospital support team and in a hospice. *Palliat Med*, v. 11, p. 140-4, 1997.
28. STOUTZ, N. D.; BRUERA, E.; ALMAZOR, M. S. Opioid rotation for toxicity reduction in terminal cancer patients. *J Pain Symptom Manage*, v. 10, n. 5, p. 378-84, 1995.
29. SYKES, N.; THORNS, A. Sedative use in the last week of life and the implications for end-of-life decision making. *Arch Intern Med*, v. 163, p. 341-4, 2003.
30. VENTAFRIDA, V. et al. Symptom prevalence and control during cancer patients' last days of life. *J Palliat Care*, v. 6, n. 3, p. 7-11, 1990.

Papel do médico na equipe de Cuidados Paliativos

LEONARDO CONSOLIM

O médico tem toda sua formação acadêmica voltada para diagnóstico e tratamento de doenças. Quando encontra um paciente necessitado de Cuidados Paliativos, de modo que o foco deixa de ser a doença e passa a ser o doente nos seus âmbitos físico, psicológico, social e espiritual, ele obrigatoriamente tem de rever seus conceitos de saber e aprender a trabalhar em equipe. Por melhor que sejam os conhecimentos técnicos do médico, ele, sozinho, não consegue suprir todas as necessidades que o cuidado integral de um paciente e de sua família exige.

Para que o trabalho em equipe dê os frutos que dele se esperam, é importante que cada um de seus integrantes tenha bons conhecimentos sobre sua área, além de saber trabalhar com os outros profissionais das diferentes especialidades. A chave para o sucesso é a comunicação, que vai além das facilidades ou dificuldades interpessoais ou de áreas afins, mas que avança para um planejamento terapêutico realizado por toda a equipe.

Historicamente as equipes de saúde se organizam de forma hierarquizada, em que os diferentes profissionais têm seus trabalhos reconhecidos socialmente de forma diferente, mesmo dentro da própria equipe^(2, 3). Nesse contexto, o médico é colocado como o detentor do papel predominante. Porém, se ele aceitar essa situação, todo trabalho necessário para que o paciente e sua família tenham sofrimento arrefecido, dor controlada e uma vida digna até o final pode não ter o êxito necessário.

Dentro da sua especificidade, o profissional deve realizar os diagnósticos clínicos, conhecer a doença, sua história natural, os tratamentos já realizados e qual a evolução esperada para aquele paciente naquele momento. Se necessário for, deve entrar em contato com as outras especialidades médicas, que já trataram ou ainda estejam tratando o doente, para discutir uma conduta específica.

A responsabilidade de propor tratamentos, medicamentosos ou não, que tragam alívio nos sintomas desconfortáveis é do médico. Mas talvez a principal tarefa do médico em uma equipe de Cuidados Paliativos seja coordenar a comunicação entre os profissionais envolvidos, o paciente e sua família, que esperam ouvir do médico informações sobre diagnóstico e prognóstico da doença. O profissional da medicina não deve passar para outros integrantes da equipe a responsabilidade de conversar sobre esses aspectos diretamente ligados ao doente e à doença. É, ainda, muito importante que o médico se comunique de forma eficaz com a equipe, para que todos os profissionais, ao serem questionados pelo paciente e pela família, tenham a mesma postura e falem a "mesma língua".

Agindo dessa forma, o médico vai funcionar como elemento facilitador para que toda a equipe trabalhe e ajude o paciente a exercer sua autonomia⁽¹⁾. Com isso, escolhas e decisões passam a ser partilhadas entre paciente, família e equipe de Cuidados Paliativos. Dessa forma, todos se tornam corresponsáveis pela promoção de saúde e de vida, cumprindo os propósitos de cuidar do paciente de forma integral, individualizada, com foco no seu bem-estar e na sua qualidade de vida, independentemente de quão avançado seja o estado de sua doença.



Referências

1. PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: a interface entre trabalho e interação. 1998. 254p. Tese (Doutorado) – Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, São Paulo, 1998.
2. PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. Rev Saúde Pública, v. 35, n. 1, p. 103-9, 2001.
3. SAAR, S. R. C.; TREVISAM, M. A. Papéis Profissionais de uma equipe de saúde: visão de seus integrantes. Rev Latino-am Enfermagem, v. 15, n. 1, 2007.

Papel do enfermeiro na equipe de Cuidados Paliativos

FLÁVIA FIRMINO

O processo do cuidar que está inserido na prática profissional do enfermeiro faz interface com todos os membros da equipe de saúde, com a família, com a comunidade e também com o ambiente onde ele executa seu trabalho. Ele está obrigatoriamente introduzido numa relação direta, processual, dialógica, interativa e subjetiva inerente ao cuidado da vida humana⁽¹⁾.

A atuação desse profissional compreende tarefas e relações que vão desde a interação com cada cliente até articulações mais complexas, com familiares, equipe de saúde multiprofissional e institucional, e permeia diferentes faces do processo de cuidado, desde a entrada até a saída do paciente, seja pela alta hospitalar, seja pelo óbito.

Especificamente no âmbito dos Cuidados Paliativos, o enfermeiro exerce seu papel desenvolvendo ações práticas e gerenciais em maior consonância com toda a equipe de saúde, cujos profissionais, nesse momento tão específico do tratamento terapêutico, convergem seus discursos para a estrutura do cuidado ante a estrutura da cura. Tem-se então um ambiente genuíno para a prática da enfermagem fundamental.

Trata-se de uma abordagem de enfermagem generalizada numa prática médica clinicamente especializada. Nesse espaço clínico, o enfermeiro deverá ocupar seu espaço profissional junto à equipe multiprofissional, desenvolvendo as habilidades clínicas inerentes ao controle dos sinais e sintomas e à comunicação genuína para agregar as ações dos diversos profissionais em função do benefício do paciente, de sua família e também da instituição.

Por analogia, infere-se que o enfermeiro que atua ou atuará nessa área não precisará de maiores competências clínicas nem experiência em lidar com equipe multiprofissional. De uma forma muito mais inconsciente do que consciente, a desvalorização social do paciente dito "terminal" é transferida para a enfermeira que dele cuida⁽²⁾.

No entanto, no que diz respeito à sua competência clínica, é necessário destacar a sapiência do enfermeiro no controle da dor, visto ser esse um dos sintomas que mais impõem sofrimento aos pacientes dos Cuidados Paliativos. Trata-se de um desafio a ser vencido com esforços sinceros, pois o déficit de conhecimento é realidade também junto a outros profissionais da equipe de saúde. Para esse verdadeiro problema que causa entraves na qualidade dos cuidados à saúde, os programas de educação acadêmica e de técnicas médicas precisam unir forças para implementar o ensino e o ambiente em que as práticas da saúde são desenvolvidas.

O Conselho Internacional de Enfermagem (CIE), fundado em 1899, reconhece os Cuidados Paliativos como uma questão atual da saúde e da sociedade e também vê neles a importância do controle da dor pela enfermeira, em conjunto com a necessidade de prover auxílio no controle dos demais sintomas e prestar apoios psicológico, social e espiritual para os pacientes sob seus cuidados.

O CIE afirma que "uma pronta avaliação, a identificação e a gestão da dor e das

necessidades físicas, sociais, psicológicas, espirituais e culturais" podem diminuir o sofrimento e melhorar, de fato, a qualidade de vida dos pacientes de Cuidados Paliativos e de seus familiares⁽³⁾.

Ações objetivas, de cunho pragmático, como domínio da técnica de hipodermólise, curativos nas lesões malignas cutâneas – frequentemente ditas “feridas tumorais” – técnicas de comunicação terapêutica, cuidados espirituais, zelo pela manutenção do asseio e da higiene, medidas de conforto e trabalho junto às famílias são requisitos fundamentais para a melhor atuação do enfermeiro em Cuidados Paliativos⁽⁴⁾.

As habilidades dos enfermeiros deverão estar voltadas para a avaliação sistemática dos sinais e sintomas, para o auxílio da equipe multiprofissional no estabelecimento de prioridades para cada cliente, bem como para a própria equipe e para a instituição que abriga o atendimento designado como Cuidados Paliativos, na interação da dinâmica familiar e, especialmente, no reforço das orientações feitas pelos demais profissionais da equipe de saúde, de modo que os objetivos terapêuticos sejam alcançados.

Por isso é que as competências clínica e relacional do enfermeiro recebe destaque nos Cuidados Paliativos. Adicionalmente, tanto para a equipe, quanto para o paciente e para a instituição, é necessário que o profissional tenha habilidades de comunicação, posto que asseguram o melhor desenvolvimento de suas práticas clínicas.

Referências

1. BOURDIEU, P. *Meditações pascalianas*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2001.
2. CASTANHA, M. L. A. (In)visibilidade da prática de cuidar do ser enfermeiro sob o olhar da equipe de saúde. 2004. 161f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Paraná, Curitiba, Paraná.
3. CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIRAS (Genebra). *La enfermería importa. Cuidados paliativos*. Página informativa. [ca.2007]. Disponível em: <http://www.icn.ch/matters_palliativesp.pdf>. Acesso em: 21 abr 2009.
4. O'CONNOR, M.; ARANDA, S. *Guia prático de cuidados paliativos em enfermagem*. São Paulo: Andrei, 2008.

Papel do psicólogo na equipe de Cuidados Paliativos

LUANA VISCARDI NUNES

Introdução

Este texto insere-se num manual, palavra que pertence à classe dos substantivos ("pequeno livro", "compêndio"), mas que passa a adjetivo quando se refere àquilo que é feito ou movido a mão. A etimologia dessa palavra remete, portanto, ao fazer, à atividade prática. Assim, a pergunta que sustenta a discussão que se fará neste texto é: o que faz o psicólogo na equipe de Cuidados Paliativos?

Enfatizar a prática não implica oferecer receitas ou fórmulas prontas nem desbancar a teoria. Ao contrário: a atividade cotidiana lança indagações e desafios aos quais o psicólogo deve responder criativamente, buscando fundamentar seu trabalho num referencial teórico consistente (psicanálise, psicologia analítica, psicologia social, análise do comportamento etc.). É no avanço articulado entre teoria e prática que se vai definindo sua identidade na equipe.

Trabalho em equipe

Paralelamente é imprescindível conhecer os princípios dos Cuidados Paliativos. O trabalho em equipe é um deles e pressupõe que o psicólogo desenvolva a habilidade de comunicar-se com profissionais de outras áreas do conhecimento. Parece consensual, na bibliografia referente ao tema, a ideia de que a interdisciplinaridade requer flexibilidade, mas não o apagamento das especificidades. Essas últimas são fundamentais para que necessidades distintas (médicas, sociais, psicológicas, espirituais etc.) do doente, da família e da equipe possam ser reconhecidas e atendidas pela articulação entre ações de diferentes áreas.

Para se colocar em condição de participar de trocas efetivas com profissionais de outros saberes, é necessário que o psicólogo procure ter clareza sobre as possibilidades e os limites do seu campo de trabalho, evitando tomar para si modelos estranhos à sua prática (o modelo médico ou o religioso, por exemplo). É desejável, então, que o psicólogo identifique o seu objeto de estudo e intervenção, reconhecendo o campo epistemológico em que se situa sua prática.

Integração dos aspectos psicológicos ao tratamento do doente

A noção de "dor total" desenvolvida na década de 1960 pela médica inglesa Cecily Saunders implica diretamente a ação do psicólogo, visto que reconhece, ao lado das razões orgânicas, o fator emocional – além do social e espiritual, acrescentaria Saunders – como aspecto envolvido na dor e em outros sintomas físicos.

É possível observar que, de acordo com a disposição psicológica do doente, as limitações impostas por sintomas organicamente determinados podem ser incrementadas num caso e abrandadas em outros. Talvez esse seja um ponto de partida para entender a

impressão frequente de quem trabalha com Cuidados Paliativos de que, dentro de certos limites, os pacientes “escolhem” a hora de sua morte. A ideia de dor total reconhece, então, que não há um organismo biológico independente dos estados psíquicos.

Do ponto de vista da teoria psicanalítica, a doença e todo o contexto que a envolve serão inevitavelmente interpretados pelo doente à luz de seu discurso, isto é, de seu sistema de afetos e crenças (conscientes e inconscientes). Considerando isso, uma das atuações possíveis do psicólogo é a escuta clínica ao paciente a fim de ajudá-lo a reconhecer e transformar a forma de “olhar” que traz prejuízo e sofrimento. Para tanto, o ideal é que o acompanhamento psicológico se inicie o mais precocemente possível – algo, aliás, que se ajusta aos princípios preconizados para o bom tratamento paliativo. Lembremos que o atendimento em Cuidados Paliativos se dá em diferentes regimes: enfermaria, ambulatório, hospedaria (*hospice*), interconsulta e visita domiciliar. Assim, é possível considerar que há casos em que o doente pode ser acompanhado pela equipe ao longo de muitos anos.

Vale mencionar que nem sempre há condições para que se realize o atendimento clinicopsicológico *strictu sensu* com o doente, seja pela existência de restrições físicas muito severas, falta de demanda por esse tipo de intervenção ou qualquer outra contingência. Isso, entretanto, não necessariamente representa um limite para a ação do psicólogo. É possível criar outros dispositivos de trabalho mais adequados à situação que se lhe apresenta. O registro de narrativas ligadas à história de vida, por exemplo, cria um espaço de interlocução e confiança entre o doente e o psicólogo que pode propiciar o reconhecimento de que o primeiro tem ainda um papel social a desempenhar: lembrar e contar. A narrativa de episódios afetivamente relevantes para o paciente pode ajudar na reorganização de uma autoimagem vilipendiada pela doença, pela internação hospitalar e pela proximidade da morte, constituindo-se num modo indireto de elaboração da experiência do morrer.

Atenção à família

A experiência indica que a qualidade da relação entre o doente e seu(s) cuidador(es) pode ser benéfica ou interferir negativamente nos processos de adoecimento, morte e luto. É por esse motivo que em Cuidados Paliativos a atenção à família do doente é outro aspecto norteador das ações da equipe. Note-se que a atenção à família requer do psicólogo a capacidade de manejar situações grupais.

Algumas vezes, em nome de poupar o doente, a família pode restringir e faltar a comunicação acerca do diagnóstico e de suas perspectivas de tratamento, algo que em Cuidados Paliativos é conhecido como “conspiração de silêncio” – expressão que vem sendo revista devido à forte carga culpabilizadora contida na palavra “conspiração”. Pois se, por um lado, oferecer informações ao paciente é importante; por outro, levar em conta os temores da família de que tal comunicação seja feita é igualmente relevante. Nesses casos, é comum que a família fique ameaçada pela irrupção dessa temática e obstrua o canal de comunicação entre o médico e o doente. Esse último, por sua vez, entrevê burburinhos, além, é claro, de perceber as modificações em seu corpo e desempenho físico. Mas fica só e restrito em suas possibilidades de tornar assimiláveis as experiências pelas quais está passando.

É por isso que o psicólogo estimula doente e família a pensar e falar livremente sobre sua situação. Desse modo, procura legitimar seu sofrimento e contribuir para a elaboração das experiências de adoecimento, processo de morte e luto.

Atenção à equipe

Para identificar possíveis demandas de trabalho junto à equipe, é fundamental que o psicólogo mantenha canais de comunicação (formalizados e/ou informais) sempre abertos com os diferentes profissionais em interação no serviço (auxiliares de enfermagem, médicos, enfermeiros, assistente social, capelão etc.).

A prática permite identificar, por exemplo, a recorrência de algumas circunstâncias em que a intervenção do psicólogo é solicitada pela equipe: o doente e/ou a família são agressivos, não seguem as recomendações que lhes são feitas, burlam as regras do serviço, acusam, culpam, negam a gravidade do estado de saúde do doente etc. São situações que representam importante fonte de estresse para a equipe e que podem estar ligadas àquilo que em Cuidados Paliativos costuma ser chamado de síndrome de Burnout. Cabe ao psicólogo ajudá-los a compreender tais condutas como expressões do sofrimento do doente e/ou da família, oferecendo um espaço de escuta em que os aspectos psíquicos da relação com o paciente e a família possam ser acolhidos e elaborados (para uma metodologia interessante de intervenção junto à equipe, ver o modelo do Grupo Balint). Desse modo, diminuem-se as possibilidades de que a equipe se coloque em posição de contra-ataque, sempre desfavorável ao cuidar.

Conclusão

A experiência com situações de adoecimento e morte pode, dependendo do contexto em que se dá, ser favorecedora da aceitação de nossos limites ou ser importante fonte geradora de angústia, e isso vale não só para o doente ou a família, mas também para os profissionais, incluído o psicólogo.

Trabalhando em Cuidados Paliativos, o psicólogo poderá sentir-se impelido a retroceder, entendendo que não há o que ele possa oferecer. Em outros casos, poderá desejar ocupar a posição de um protetor que restaura as seguranças perdidas. Mas a situação ideal é aquela em que ele cria sentidos para a prática dentro dos limites (e possibilidades) de seu campo de conhecimento.

Nesse sentido, a participação em espaços de interlocução sobre questões ligadas à atuação (supervisão, grupos de estudo, psicoterapia, publicações, congressos etc.) pode ser ferramenta valiosa para que faça de seu trabalho em Cuidados Paliativos uma experiência de crescimento pessoal e profissional.

Referências

1. GOLDGRUB, F. W. O neurônio tagarela. São Paulo: Samizdat, 2008.
2. HATANAKA, V. M. A. Medicina paliativa: conceito e filosofia. No prelo.
3. KÓVACS, M. J. Educação para a morte: temas e reflexões. São Paulo: Casa do Psicólogo, FAPESP, 2003.
4. LABAKI, M. E. P. Morte. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.
5. MACIEL, M. G. Ética e cuidados paliativos na abordagem de doenças terminais. A Terceira Idade, n. 38.
6. MORETO, M. L. T. O que pode um analista no hospital? São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.
7. ROMANO, B. W. (org.). A prática da psicologia nos hospitais. São Paulo: Pioneira Thomson, 2002.
8. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Better palliative care for older people. Geneva: WHO, 2004. Disponível em: <<http://www.euro.who.int/document/e82933.pdf>>.

Papel do assistente social na equipe de Cuidados Paliativos

LETÍCIA ANDRADE

Introdução

Em nosso entender, cuidar paliativamente de alguém, seja em hospitais (ambulatório e enfermaria) ou em domicílio, requer prioritariamente um trabalho interdisciplinar, que prima pela complementação dos saberes, partilha de responsabilidades, tarefas e cuidados e negação da simples sobreposição entre as áreas envolvidas. O reconhecimento de que o cuidado adequado requer o entendimento do homem como ser integral, cujas demandas são diferenciadas, específicas, e que podem e devem ser solucionadas conjuntamente, oferece às diferentes áreas do conhecimento oportunidade e necessidade de se perceberem incompletas.

A percepção das necessidades múltiplas do indivíduo em Cuidados Paliativos e a certeza de que somente uma área não oferecerá respostas necessárias fazem crescer, e se consolidar, a busca inegável por um trabalho efetivamente em equipe interdisciplinar^{3, 4}.

Por isso, o papel do assistente social nas equipes de atenção em Cuidados Paliativos orienta-se pela atuação junto a paciente, familiares, rede de suporte social, instituição na qual o serviço encontra-se organizado e diferentes áreas atuantes na equipe.

Em todas as instâncias, o conhecimento prévio em consonância com uma proposta de ação adequada resultará em resultado satisfatório para todos os envolvidos na questão.

Paciente, família e rede de suporte social

No que se refere à perspectiva social, busca-se primeiramente conhecer família, paciente e cuidadores. É necessário traçar um perfil socioeconômico com informações que serão fundamentais na condução do caso. Assim, é importante reconhecer a família com quem manteremos contato, como ela exatamente é (família real) e não como gostaríamos que fosse (família ideal)². Nem sempre os vínculos foram formados de maneira satisfatória, nem sempre aquele que está morrendo "é amado por todos", nem sempre a família tem condições adequadas de cuidar (financeiras, emocionais e/ou organizacionais) e nem sempre o paciente quer ser cuidado de forma, segundo nossa avaliação, necessária e ideal. Conhecer e compreender essa família em seus limites e possibilidades é o primeiro passo para um atendimento adequado; para tanto a escuta e o acolhimento são ações imprescindíveis, assim como o reconhecimento do momento adequado para a abordagem. Não ouviremos tudo em uma primeira entrevista e não perceberemos muito em uma primeira abordagem. Por isso é fundamental que o profissional do serviço social saiba a maneira e o tempo certos de colher informações ou o momento adequado de só ouvir e acolher.

Com relação à avaliação socioeconômica, algumas informações são fundamentais e devem ser obtidas na primeira abordagem: composição familiar, local de moradia, renda, religião, formação, profissão e situação empregatícia do paciente.

Esses dados embasarão o atendimento social, pois nos darão parâmetros adequados sobre as necessidades vividas pelas famílias ou nos mostrarão seus mecanismos de enfrentamento dos limites e, dessa forma, podemos apontar um esquema:

- **composição familiar:** com quem o paciente reside e com quem poderá, ou não, contar no que se refere aos cuidados; se a família é extensa, nuclear ou monoparental⁽⁶⁾ e se tem outros indivíduos no mesmo núcleo familiar que demandam cuidados específicos (crianças, idosos dependentes ou outros doentes). Esses dados nos oferecerão subsídios para auxiliar a família na busca de alternativas quando o cuidado não for suficiente para as necessidades do paciente;
- **local de moradia:** item também relacionado com a possibilidade de entendimento sobre a rede de suporte social. Dependendo do local onde o indivíduo reside, é necessário perceber a precariedade ou suficiência das redes de suporte social, assim como a facilidade ou dificuldade de comparecer às consultas ou demais procedimentos. A ciência dessas dificuldades ou facilidades possibilita ao assistente social viabilizar e encaminhar adequadamente para recursos da região, providenciar a solicitação de transporte de outras instituições ou buscar assistência domiciliar da própria instituição ou do bairro/município onde o paciente reside, conforme o grau de dificuldades apresentado pela família em comparecer aos retornos agendados ou em oferecer a atenção solicitada;
- **formação, profissão e situação empregatícia do paciente:** essas informações são fundamentais, principalmente quando o paciente é o mantenedor da família. A orientação e o encaminhamento adequados da questão* oferecerão a garantia de sustento para o núcleo familiar.
- **renda familiar:** estreitamente relacionada com o item anterior, embora nem sempre obtendo a importância devida na análise, deve sempre ser conhecida para que a equipe tenha parâmetros reais para futuras solicitações. Exigências além do que a família pode arcar, relacionadas especificamente com custos, costumam inviabilizar a atenção ao paciente e gerar situações de estresse desnecessários para os envolvidos;
- **religião:** aspecto cultural importantíssimo na avaliação social do paciente em Cuidados Paliativos. A religião da família e do paciente traz subsídios para abordagens adequadas sobre morte, cuidados ao final da vida, rituais e diferentes necessidades relacionadas com crenças e significados pessoais. Isso deve ser conhecido e compartilhado com a equipe para que, na medida do possível, os cuidados ao final da vida sejam ajustados ao que é significativo e simbólico para família e paciente;
- **rede de suporte social:** relaciona-se com entidades (instituições, grupos formais, serviços) ou pessoas (parentes, amigos, vizinhos) com que o paciente e seus familiares podem contar em casos de necessidade. As redes de suporte são tão mais suficientes e eficazes quanto maior disponibilidade e segurança oferecem aos indivíduos que a elas recorrem; tal efetividade não se relaciona com a renda dos envolvidos, mas sim com vínculos estabelecidos e fortalecidos no decorrer do tempo⁽¹⁾. Algumas instituições religiosas oferecem redes mais organizadas e eficazes, principalmente em situações de doença ou fragilidade de seus membros.

Instituição

Aqui nos referimos especificamente a cada instituição onde está vinculado o serviço de atenção em Cuidado Paliativo. Faz parte da proposta de trabalho do assistente social

*Informações detalhadas e atualizadas (direitos e formas de acesso) constantes da parte 6 deste manual.

conhecer a fundo a instituição na qual realiza sua ação. Esse conhecimento oferecerá condições para o profissional se inteirar dos serviços disponíveis e dos canais de encaminhamento da clientela. É necessário que o assistente social saiba criar a sua rede intrainstitucional, no intuito de bem atender aos pacientes e na certeza de que um único serviço também não é capaz de solucionar todas as demandas dos que necessitam de cuidado, mesmo estando esse inserido em uma grande instituição. Conhecer as interfaces, estabelecer parcerias, saber os fluxos adequados de encaminhamento e agilizar a inserção do paciente nos serviços também é parte da atuação do assistente social nos grupos de Cuidados Paliativos.

Atuação junto à equipe

É específico do assistente social o conhecimento e a abordagem sobre a realidade socioeconômica da família, bem como sobre os aspectos culturais que compõem esse universo. Assim, a decodificação dessa realidade para a equipe de trabalho constitui-se em uma de suas principais atribuições. Esse profissional torna-se o interlocutor entre paciente/família e equipe nas questões apontadas, que são fundamentais para se alcançar os objetivos almejados em Cuidados Paliativos: morte digna e cuidado aos que ficam.

Conclusão

A atuação do assistente social em equipes de atenção paliativa pode ser resumida em conhecer paciente, família e cuidadores nos aspectos socioeconômicos, visando ao oferecimento de informações e orientações legais, burocráticas e de direitos, imprescindíveis para o bom andamento do cuidado ao paciente e para a garantia de morte digna. Cabe também a esse profissional avaliar a rede de suporte social dos envolvidos para junto a eles acioná-la em situações apropriadas; conhecer e estabelecer uma rede intrainstitucional, no intuito de garantir atendimento preciso ao paciente, além de constituir-se como interlocutor entre paciente/família e equipe nas questões relacionadas com aspectos culturais e sociais que envolvem o cuidado de forma geral. Soma-se a isso a importância da escuta e da acolhida no momento tão especial, que é o do enfrentamento de uma doença incurável e em fase final de vida.

Referências

1. BIFFI, R. G.; MAMEDE, M. V. Suporte social na reabilitação da mulher mastectomizada: o papel do parceiro sexual. *Rev. Escola de Enfermagem USP-EDUSP*, n. 38, p. 262-9, 2004.
2. CARVALHO, M. C. B. (Org.). *A família contemporânea em debate*. São Paulo: Cortez/EDUC, 1995.
3. JAPIASSU, H. *Interdisciplinaridade e patologia do saber*. Rio de Janeiro: Imago, 1976.
4. MARTINELLI, M. L. et al. (Orgs.). *O uno e o múltiplo nas relações entre as áreas do saber*. São Paulo: Cortez/ EDUC, 1995.
5. VITALE, M. A. F. Famílias monoparentais: indagações. *Rev. Serviço Social & Sociedade*, ano XXIII, São Paulo: Cortez, n. 71, p. 45-62, 2002.

Papel do farmacêutico clínico na equipe de Cuidados Paliativos

SOLANGE BRICOLA

O farmacêutico clínico, conjuntamente com a equipe interdisciplinar, busca trazer alívio e conforto, voltados às demandas do tratamento farmacológico, ao paciente sob Cuidados Paliativos.

A assistência farmacêutica em Cuidados Paliativos está principalmente focada em informar sobre as disponibilidades dos medicamentos aos demais membros da equipe, com relação às possibilidades farmacotécnicas e aos aspectos legais, bem como aos pacientes e familiares, quanto ao uso e ao armazenamento corretos dos medicamentos.

A terapêutica farmacológica deve ser monitorada de maneira preventiva com relação aos problemas relacionados com os medicamentos (PRMs) e, por fim, implementar a farmacoterapia por meio das preparações magistrais, viabilizando a utilização de alguns medicamentos, indisponíveis no mercado comercial.

O tratamento farmacológico do paciente em Cuidados Paliativos representa um braço das ações possíveis e indicadas em sinergia com outras medidas não-farmacológicas, atuando conjuntamente com os esforços de todos os profissionais envolvidos com o trabalho referente aos cuidados no final da vida.

A necessidade da utilização dos medicamentos está fundamentalmente pautada no sofrimento físico dos doentes em decorrência da progressão da doença, manifestada através de distintas caracterizações da dor física, levando ao comprometimento social, emocional e, sobretudo, limitando o indivíduo no exercício de suas atividades.

O uso de opioides constitui-se um instrumento de alívio e conforto aos pacientes nessa fase, mas por vezes encontra barreiras com relação aos mitos que acometem profissionais, desde prescrição, dispensação e administração até dúvidas que povoam paciente e família.

Atualmente, os mitos referentes à morfina, principalmente, estão mais esclarecidos e dissipados no cenário brasileiro, porque a informação com relação à necessidade do uso de horário, e não de demanda, bem como o esclarecimento com relação ao fato de que morfina não abrevia a vida, não causa dependência física nem psíquica aos nossos pacientes, vêm sendo trabalhados, inclusive pelo profissional farmacêutico, no ato da dispensação.

As classes terapêuticas envolvidas no tratamento da dor e dos sintomas em Cuidados Paliativos são diversas, e os recursos medicamentosos estão disponíveis na rede pública pela assistência farmacêutica em um programa denominado Medicamentos Excepcionais.

O Programa de Medicamentos de Dispensação em Caráter Excepcional (PMDCE) é uma das estratégias do Ministério da Saúde (MS) para efetivar o acesso da população brasileira a medicamentos e assistência farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), na rede pública.

Apesar dos esforços públicos de liberação dos medicamentos imprescindíveis ao

tratamento da dor do câncer, não encontramos ações condizentes com gravidade e necessidade dos pacientes que padecem com dor e demais sintomas.

Exemplos diários da penetração da farmacotécnica magistral nos cuidados ministrados a pacientes em fase final de vida não faltam. Assim, diante da angústia da equipe de saúde, a fim de atender os pacientes que, por exemplo, utilizam uma sonda nasoenteral ou tenham perdido a via de acesso oral para uso dos medicamentos ou os que apresentem rebaixamento do nível de consciência, resgatamos a prática de fazer segundo a arte (FSA) por meio da farmacotécnica artesanal.

Nos pacientes oncológicos com doença avançada, a dor será experimentada em aproximadamente 60% a 90%, e o alívio da dor é possível em aproximadamente 80% dos casos, adotando-se o princípio básico de administrar os medicamentos de acordo com a escada analgésica da Organização Mundial da Saúde (OMS).

Recomendações peculiares, como preferencialmente administrar os medicamentos por via oral (VO), seguindo rigorosamente os intervalos entre as doses e particularizando os medicamentos às necessidades individuais dos pacientes, são premissas que norteiam a informação na elaboração do esquema terapêutico.

Para a promoção da adesão, nos valemos de um instrumento denominado Tabela de Orientação Farmacêutica, na qual são dispostos os medicamentos ao longo do dia, respeitando as meias-vidas plasmáticas dos fármacos, bem como hábitos de vida de paciente e familiares, além de atuar de maneira pró-ativa com relação ao risco de ocorrência de interações medicamentosas e reações adversas (**Quadro**).

A complexidade de atenção aos pacientes em Cuidados Paliativos implica a organização de uma equipe interdisciplinar alinhada e convergente a atender às necessidades do paciente e da família, visando à qualidade de vida e à dignidade no processo da morte.

Cicely Saunders, precursora da filosofia de Cuidados Paliativos, sabiamente nos deixou a seguinte mensagem: "Não se preocupar em proporcionar mais dias de vida, e sim mais vida aos dias que se tem".

Referências

1. ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DO CÂNCER. Cuidados paliativos. Disponível em: <<http://www.abcancer.org.br/sobre.php?c=8&t=59&l=16>>. Acesso em: 02 jun 2009.
2. CORRER, C. J. et al. Riscos de problemas relacionados com medicamentos em pacientes de uma instituição geriátrica. Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas, 2007, v. 43, n. 1.
3. LEE, J.; MCPHERSON, M. L. Outcomes of recommendations by hospice pharmacists. American journal of health-system pharmacy, 2006, v. 63, p. 2235-9.
4. LYNN, J.; ADAMSON, D. White paper. Living well at the end of life. Adapting health care to serious chronic illness in old age. Santa Monica: Rand Health, 2003.
5. PAIN IN PALLIATIVE CARE: A REVIEW. The Pharmaceutical Journal, v. 278, p. 679-82, 2007. Disponível em: <http://www.pjonline.com/pdf/cpd/pj_20070609_palliativecare01.pdf>. Acesso em: 30 abr 2009.
6. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Definition of palliative care. 2002. Disponível em: <<http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>>. Acesso em: 30 jun 2009.

Quadro – Tabela de orientação farmacêutica**Ambulatório de Cuidados Paliativos
(Como usar o seu medicamento)**

W.C.A.

RGHC: XXXXXXX

	Hora		Quantidade/água
Café da manhã	6 h	Omeprazol 2 mg/ml	10 ml
	6 h	Clorpromazina 4%	5 gotas
	6 h	Morfina 1 mg/gota	15 gotas
	6 h	Escopolamina + dipirona gotas	40 gotas
Manhã	10 h	Saliva artificial	Instilar um conta-gotas em cada lado da boca
	10 h	Dexametasona 0,5 mg/5 ml	20 ml
	10 h	Morfina 1 mg/gota	15 gotas
	10 h	PEG	250 ml
Almoço	12 h	Escopolamina + dipirona gotas	40 gotas
Tarde	14 h	Morfina 1 mg/gota	15 gotas
	14 h	Clorpromazina 4%	5 gotas
	18 h	Escopolamina + dipirona gotas	40 gotas
	18 h	Morfina 1 mg/gota	15 gotas
Ao deitar	22 h	Escopolamina + dipirona gotas	40 gotas
	22 h	Morfina 1 mg/gota	30 gotas
	22 h	Clorpromazina 4%	5 gotas
	22 h	PEG	250 ml
	22 h	Saliva artificial	Instilar um conta-gotas em cada lado da boca

PEG: diluir um envelope em um litro de água e ingerir 250 ml a cada horário.

Traga esta tabela em todo retorno médico!

Data: 31/01/2007

Farmacêutica responsável: Dra. Solange Bricola

Papel da nutricionista na equipe de Cuidados Paliativos

ANDRÉA GISLENE DO NASCIMENTO

O ato de se alimentar é muito mais que um processo de fornecer calorias e nutrientes aos indivíduos; está diretamente relacionado com os aspectos emocionais, socioculturais, religiosos e as experiências vividas ao longo da vida.

Os pacientes sob Cuidados Paliativos possuem menos apetite, consomem os alimentos em menor quantidade, têm menos sede e, muitas vezes, acabam recusando a alimentação em função de sintomas como dor, náuseas, vômitos, obstipação, diarreia, entre outros. Além disso, sofrem perda do paladar e têm os processos de deglutição, digestão, absorção e excreção alterados. Por esses motivos a família se preocupa, pois o indivíduo começa a recusar os alimentos.

Devido à baixa ingestão de alimentos, os pacientes podem apresentar perda de peso, depleção dos tecidos magro e adiposo e síndrome anorexia-caquexia⁽³⁾.

É muito difícil para os familiares entenderem que o doente está morrendo em função da doença de base e não pela falta de alimentação e hidratação. Os objetivos do tratamento devem ser a promoção da qualidade de vida, o alívio do sofrimento e a minimização do estresse. É fundamental que os desejos e as necessidades do paciente sejam atendidos.

Na nutrição em Cuidados Paliativos é importante respeitar os princípios da bioética, dando autonomia ao indivíduo no que se refere a liberação, suspensão ou não-indicação da alimentação por via oral (VO) ou alternativa (sonda ou ostomia), evitando-se muitas vezes o tratamento fútil e, conseqüentemente, reduzindo o seu sofrimento⁽⁷⁾.

Segundo a American Dietetic Association (ADA), a nutrição em Cuidados Paliativos deve oferecer conforto emocional, prazer, auxiliar na diminuição da ansiedade, no aumento da autoestima e da independência; permitir uma maior integridade e melhor comunicação com os seus familiares⁽¹⁾.

O nutricionista, dentro de uma unidade de Cuidados Paliativos, deve conhecer o prognóstico da doença e a expectativa de vida do indivíduo, quais os sintomas apresentados, o grau de reversibilidade da desnutrição e, dentro desses aspectos, junto com paciente, familiar e equipe, discutir qual terapia nutricional é mais indicada, avaliando os riscos e benefícios.

Antes de indicar a terapia, o nutricionista deve realizar uma avaliação nutricional por meio de medidas antropométricas e exames clínicos e bioquímicos, conhecer hábito alimentar, preferências, aversões alimentares e aspectos psicossociais relacionados com a alimentação do paciente para, posteriormente, realizar os diagnósticos nutricionais e estabelecer quais serão as condutas adotadas.

O objetivo da terapia nutricional vai variar de acordo com a fase de progressão da doença:

- fase inicial: manter ou recuperar o estado nutricional e evitar a progressão da doença;
- fase terminal: promover sensação de bem-estar e conforto, qualidade de vida e alívio dos sintomas⁽⁹⁾.

A via de alimentação fisiológica é oral e sempre que possível deve ser privilegiada. Caso o paciente não tenha condições de se alimentar por VO, é necessário utilizar uma via alternativa de alimentação, podendo ser por meio de sonda ou ostomia. O importante é que o doente mantenha vínculo com o alimento, aliviando os sintomas de fome e ansiedade e melhorando a qualidade de vida. É muito importante que o paciente tenha suporte psicológico nessa fase⁽⁷⁾.

Antes de indicar a via de alimentação, o nutricionista precisa avaliar alguns aspectos, como capacidade do indivíduo em se alimentar, grau de desconforto causado tanto pela doença como pelo ato de se alimentar, nível de consciência do paciente, presença de dor e disfagia, preferências e aversões alimentares do paciente, adaptação da alimentação com relação a consistência, temperatura e horários.

Dicas de nutrição em cuidados paliativos:

- os pacientes devem consumir os alimentos de sua preferência e comer quando sentem vontade;
- respeitar os desejos do indivíduo, como não comer, comer menos ou recusar a nutrição enteral ou parenteral;
- dar tempo adequado para o paciente comer, respeitando seu ritmo de ingestão;
- oferecer alimentos em pequenas quantidades;
- ouvir o paciente quanto à presença de sintomas relacionados com alimentação;
- mudar a rotina alimentar, oferecendo os alimentos quando o paciente estiver menos fatigado, nauseado ou com menos dor;
- combinar métodos diferentes de alimentação – dieta oral e enteral (dar preferência à VO);
- oferecer utensílios adequados para facilitar a alimentação, como colher, copo, canudo etc.;
- dar preferência a pratos coloridos e atraentes;
- oferecer suplementos nutricionais na forma de *mousse*, *milk shake*, sopa etc. junto com as preparações;
- prestar atenção nos aspectos psicossociais que podem interferir na alimentação^(2, 4, 5, 8).

O nutricionista precisa ouvir o paciente, respeitar seus desejos e suas necessidades no que se refere à alimentação, respeitando a sua autonomia. O mais importante é proporcionar diminuição do seu sofrimento, alívio dos sintomas e promover uma melhor qualidade de vida.

Referências

1. AMERICAN DIETITIC ASSOCIATION. Position of the american dietetic association: issues in feeding the terminally ill adult. *J Am Diet Assoc*, v. 2, n. 8, p. 996-1002, 1992.
2. CARVALHO, R. T.; TAQUEMORI, L. Y. Nutrição e hidratação. In: OLIVEIRA, R. A. (coord.). Cuidado paliativo. São Paulo: CREMESP, 2008. p. 221-57.
3. CORRÊA P., SHIBUYA E. Administração da terapia nutricional em cuidados paliativos. *Rev. Bras Cancerologia*, v. 53, n. 3, p. 317-23, 2007.
4. MACIEL, M. G. S. Definições e princípios. In: OLIVEIRA, R. A. (coord.). Cuidado paliativo. São Paulo: CREMESP, 2008. p. 15-32.

5. MELO, D. A. Nutrição. In: OLIVEIRA, R. A. (coord.). Cuidado paliativo. São Paulo: CREMESP, 2008. p. 81-2.
6. SHIBUYA, E. Cuidados paliativos em oncologia pediátrica: Aspectos Nutricionais. Disponível em: <<http://www.cuidadospaliativos.com.br/artigo.php?cdTexto=307>. Acesso em: 17 jan. 2008.
7. SOCHACKI, M. et al. A dor de não mais alimentar. Rev. Bras Nutr Clin, v. 23, n. 1, p. 78-80, 2008.
8. TAQUEMORI, L. Y.; SERA, C. T. N. Interface intrínseca: equipe multiprofissional. In: OLIVEIRA, R. A. (coord.). Cuidado paliativo. São Paulo: CREMESP, 2008. p. 55-7.
9. VOGELZANG, J. L. Quality end-of-life care: where does nutrition fit? Home Health Nurse, v. 19, n. 2, p.110-2, 2001.

Papel do fisioterapeuta na equipe de Cuidados Paliativos

BIANCA AZOUBEL DE ANDRADE
CELISA TIEMI NAKAGAWA SERA
SAMIRA ALENCAR YASUKAWA

A fisioterapia é uma ciência aplicada, cujo objeto principal de estudo é o movimento humano (World Confederation for Physical Therapy [WCPT]). Como processo terapêutico, a fisioterapia lança mão de seus conhecimentos e recursos próprios, com os quais – considerando as condições sociais, psíquicas e físicas iniciais do cliente – busca promover, aperfeiçoar ou adaptar, principalmente, as condições físicas do indivíduo, numa relação terapêutica que envolve paciente, terapeuta e recursos físicos e naturais. Quando falamos em Cuidado Paliativo, é imprescindível a inclusão da família, do seu meio ambiente e seus entornos social e espiritual nessa relação terapêutica.

O fisioterapeuta, a partir de sua avaliação, vai estabelecer um programa de tratamento adequado com utilização de recursos, técnicas e exercícios, objetivando, por meio de abordagem multiprofissional e interdisciplinar, alívio de sofrimento, dor e outros sintomas estressantes; além de oferecer suporte para que os pacientes vivam o mais ativamente possível, com impacto sobre a qualidade de vida, com dignidade e conforto; além de oferecer suporte para ajudar os familiares na assistência ao paciente, no enfrentamento da doença e no luto.

Vale salientar a importância da multidisciplinaridade e da interdisciplinaridade diante das necessidades do paciente sob Cuidado Paliativo, considerando que sintomas como dor e dispnéia podem apresentar características complexas e incapacitantes, e o sucesso terapêutico requer múltiplos esforços para a obtenção de bons resultados.

O programa de tratamento deve ser elaborado de acordo com os graus de dependência e progressão do paciente. Perracini⁽⁸⁾ divide o foco de atuação do fisioterapeuta de acordo com a funcionalidade do paciente.

Pacientes totalmente dependentes

- Objetivos: manter a amplitude de movimento, aquisição de posturas confortáveis, favorecendo respiração e outras funções fisiológicas, propiciar a higienização e evitar complicações como úlceras por pressão, edema em membros e dor.
 - Posicionamento e orientação quanto às mudanças de decúbito e transferências (cama - cadeira de rodas - poltrona - cadeira de banho);
 - mobilização global do paciente e orientação ao cuidador, além de orientação postural;
 - prevenção do imobilismo e de suas consequências. Prevenção quanto à instalação de deformidades;
 - identificação dos meios de locomoção do paciente e promoção de mudanças ambientais necessárias e possíveis;

– priorização das condições ventilatórias do indivíduo, por meio de treino e orientação de exercícios respiratórios, manobras que favoreçam a retirada de secreções, quando necessário, assim como orientações quanto à aspiração traqueal e ao estímulo de tosse.

Pacientes dependentes, porém com capacidade de deambulação

- Objetivo: manutenção de suas capacidades de locomoção, autocuidado e funcionalidade.
 - Mudanças de decúbito, com orientações quanto às transferências e posturas adotadas;
 - adaptação a perdas funcionais, com novas estratégias de movimentos;
 - facilitação e indicação de dispositivos de auxílio à marcha (órteses e calçados adequados);
 - treino de marcha em casa e em ambientes externos. Adequação ambiental, favorecendo fixação e aquisição de novos padrões motores;
 - mobilização global, adequada de acordo com as condições clínicas;
 - exercícios de coordenação motora e equilíbrio;
 - exercícios respiratórios e treino de tosse.

Pacientes independentes, porém vulneráveis

- Objetivo: manutenção ou melhora de sua capacidade funcional.
 - Potencialização de mecanismos protetores, como proteção mioarticular e facilitação de ganhos motores. Monitoramento de déficits potenciais para perdas funcionais, como déficits sensoriais, musculares e articulares;
 - treinos de marcha, coordenação e equilíbrio. Orientação postural;
 - cinesioterapia para ganhos de amplitude articular, força e elasticidade nos movimentos, de acordo com as condições clínicas. Cinesioterapia respiratória;
 - treino em ambientes com demandas de requisitos motores compatíveis com a complexidade de tarefas que desempenham no seu dia-a-dia;
 - melhora/manutenção de seu condicionamento físico (tolerância aos esforços físicos);
 - adaptação de dispositivos de auxílio à marcha. Identificação e eliminação de fatores de risco para quedas;
 - encaminhamento para centros de reabilitação ou ambulatorios de fisioterapia.

No controle da dor, o fisioterapeuta pode utilizar terapias manuais, eletroterapia como o Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation (TENS), associado ou não a fármacos, *biofeedback*, termoterapia (frio e calor), exercícios e mobilizações, posicionamentos adequados e técnicas de relaxamento^(2, 9).

A massoterapia pode ser utilizada com o objetivo de induzir o relaxamento muscular e o alívio da dor, reduzir o estresse, os níveis de ansiedade e parte dos efeitos colaterais provocados pela medicação, como náuseas e vômitos⁽⁹⁾. O benefício final é a melhora das qualidades de sono e vida. A massagem, além de sua indicação na melhora da dor, é um recurso terapêutico utilizado na intensificação do relacionamento, favorece maior resistência contra as doenças, estimula digestão e eliminação de gases e diminui cólicas (devido ao relaxamento do trato gastrointestinal), além de estimular respiração e circulação⁽⁷⁾.

Em presença de dispnéia ou desconforto respiratório, utilizar técnicas que favoreçam a manutenção de vias aéreas pervias e ventilação adequada, além de relaxamento dos

músculos acessórios da respiração, diminuindo o trabalho respiratório, sempre que possível. Associar a cinesioterapia respiratória à mobilização e ao alongamento dos músculos da caixa torácica, com melhora de sua complacência, em posturas adequadas que facilitem a ação dos músculos respiratórios (por ex., decúbito elevado, favorecendo a ação do diafragma) e até mesmo o uso de incentivadores respiratórios (estimulando tanto a inspiração quanto a expiração) e ventilação não-invasiva, como auxiliares para melhora ventilatória⁽¹⁰⁾.

O paciente pediátrico

Ao prestar assistência ao paciente pediátrico, devemos lembrar que, além de possuir características diferentes dos adultos, a criança ainda se encontra em processos de aprendizagem e amadurecimentos físico, emocional, cognitivo, social e espiritual, o que influencia o surgimento de sintomas multidimensionais.

Muitas crianças são restringidas desnecessariamente, ainda que sejam capazes de maiores graus de atividade e independência⁽⁶⁾. Elas são afastadas da convivência com outras crianças da mesma idade, seja no ambiente escolar, domiciliar ou social. As mudanças de rotina e a inatividade refletem em suas condições musculoesqueléticas. É importante manter um mínimo de movimentação que evite o agravamento de sintomas desagradáveis como dor, fraqueza, falta de ar e indisposição⁽¹¹⁾, gerando imobilismo, acúmulo de secreção e tosse ineficaz.

A avaliação de sintomas é o primeiro passo para que se desenvolva um planejamento terapêutico. Há escalas bem descritas na literatura para avaliação de dor em pediatria, que são adequadas para diferentes idades e níveis de compreensão. Porém, para os outros sintomas, a avaliação é mais complexa, sendo ainda mais difícil no caso de crianças pré-verbais e com atraso de desenvolvimento⁽⁴⁾.

Antes da escolha de qualquer recurso, é obrigatória a avaliação criteriosa das necessidades específicas de cada criança, considerando faixa etária, desenvolvimento neuropsicomotor e condição clínica. Permitir, quando possível, que a criança ou o adolescente participe da escolha da terapêutica adequada e que lhe pareça mais prazerosa fortalecerá sua autonomia.

O ato de brincar é um instrumento que fornece a experiência necessária para que a criança se desenvolva em todos os aspectos. A utilização do lúdico como recurso terapêutico permite que a criança com deficiência tenha liberdade para criar diversas situações e realizar movimentos inesperados⁽⁵⁾, minimizando fatores estressantes.

A participação de familiares nos atendimentos deve ficar preferencialmente a critério da criança ou do adolescente. Contudo, deve-se incentivar a participação de membros da família nas atividades propostas, nos cuidados e nas orientações, favorecendo a convivência entre si e aproximando-os dos profissionais da equipe.

A assistência ao adolescente implica um grande desafio para a equipe de Cuidados Paliativos. O grande foco nesse grupo deve ser a aquisição de sua máxima autonomia, um processo que deve ter início o mais precocemente possível. Se esse objetivo for alcançado até a terminalidade, a equipe terá contribuído de forma importante na vida desse jovem⁽³⁾.

É papel do fisioterapeuta instituir um plano de assistência que ajude o paciente a se desenvolver o mais ativamente possível, facilitando a adaptação ao progressivo

desgaste físico e às suas implicações emocionais, sociais e espirituais, até a chegada de sua morte.

Referências

1. DALL'ANESE, A. P. M.; SCHULTZ, K. Equipe interdisciplinar: fisioterapia. In: CAMARGO, B., KURASHIMA, A. Y. Cuidados paliativos em oncologia pediátrica: o cuidar além do curar. São Paulo: Lemar, 2007. p. 61-9.
2. DOYLE, L.; MCCLURE, J.; FISHER, S. The contribution of physiotherapy to palliative medicine. In: DOYLE, D.; HANKS, G.; CHERNY, N.; CALMAN, K. Oxford Textbook of Palliative Medicine. 3. ed., Oxford University Press, 2005. cap. 15, p. 1050-6.
3. FREYER, D. R. Care of the dying adolescent: special considerations. Pediatrics, v. 113, n. 2, p. 381-8, 2004.
4. GOLDMAN, A. ABC of palliative care: special problems of children. BMJ, v. 316, p. 49-52, 1998.
5. LORENZINI, M. V. Brincando a brincadeira com a criança deficiente: novos rumos terapêuticos. São Paulo: Manole, 2002.
6. MARCUCCI, F. C. I. O papel da fisioterapia nos cuidados paliativos a pacientes com câncer. Revista Brasileira de Cancerologia, v. 51, n. 1, p. 67-77, 2005.
7. NIELSEN, A. L. A massagem do bebê. São Paulo: Manole, 1989.
8. PERRACINI, M. R. A interprofissionalidade e o contexto familiar: o papel do fisioterapeuta. In: DUARTE, Y. A. O.; DIOGO, M. J. D. Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico. Ed. Atheneu, 2000. cap. 10, p. 117-43.
9. SAMPAIO, L. R.; MOURA, C. V.; RESENDE, M. A. Recursos fisioterapêuticos no controle da dor oncológica. Rev. Bras. Cancerologia, v. 51, n. 4, p. 339-46, 2005.
10. SERA, C. T. N.; MEIRELES, M. H. C. Sintomas respiratórios. In: Cuidado Paliativo. São Paulo: CREMESP, 2008. p. 409-21.

Papel do fonoaudiólogo na equipe de Cuidados Paliativos

ADRIANA COLOMBANI PINTO

Dentro da medicina paliativa, os cuidados oferecidos são, em geral, para pacientes com câncer avançado e AIDS. Entretanto, essa atuação está se expandindo para pacientes com doenças crônicas progressivas e neurodegenerativas, como esclerose lateral amiotrófica, mal de Parkinson, doença de Alzheimer e outras demências.

A partir disso podemos perguntar: Qual deve ser a conduta mais adequada para aquele paciente com tantas necessidades? Até onde se deve ir? Quando parar?

Algumas questões surgem diante desse quadro: Qual a via de alimentação mais segura? Será que o paciente está broncoaspirando? Será que a consistência da alimentação é segura para permitir nutrição e hidratação suficientes sem oferecer complicações pulmonares? Quanto o paciente compreende e como se encontra seu nível de consciência?

Diante dessas perguntas a fonoaudiologia pode contribuir para melhorar a qualidade de vida do paciente e de seus familiares. Isso é feito auxiliando o doente a atingir e manter os máximos potenciais físico, psicológico, social e espiritual, sabendo-se das limitações impostas pela progressão da doença.

Observa-se que, na fase avançada, 60% dos pacientes com câncer apresentam alterações orais como xerostomia (boca seca), sendo possível sugerir uso de salivas artificiais, dieta baixa em açúcares, uso diário de flúor para prevenção de cáries e chicletes sem açúcar⁽²⁾; redução da higiene oral; estomatites; candidíase; mucosites; ulcerações; halitoses; alteração de paladar; hipersalivação, utilizando em muitos casos butilescopolamina gel para diminuir o acúmulo de sialorreia, principalmente em laringe.

Esses sintomas são decorrentes de medicações, quimioterapia, radioterapia e quadros de imunodepressão. Com o tempo, podem ocorrer alterações de deglutição (disfagia), náuseas e vômitos, odinofagia, anorexia, desidratação, alteração do nível de consciência e alterações de comunicação⁽⁷⁾. Esses aspectos estão intimamente vinculados à fonoaudiologia, seja no início ou no fim da evolução da doença.

Dessa forma, deve-se atuar garantindo o alívio do sintoma e dando suporte para paciente e familiares, lembrando-se das diretrizes dos Cuidados Paliativos.

Diante desses sintomas, o profissional tem o papel de manter a deglutição segura e possível por via oral (VO), por meio de adequações de postura, manobras, garantir consistência adequada do alimento (uso de espessante para líquidos⁽⁴⁾), oferecendo pequenas quantidades várias vezes, mas com qualidade, garantindo a apresentação e o tamanho do prato para minimizar a sensação de fracasso em torno da alimentação (**Quadro 1**).

Quando a disfagia se intensifica, evidenciando alguns sintomas (**Quadro 2**) que tornam a via oral insegura, faz-se necessário, em muitos casos, estabelecer uma via alternativa (sonda nasoenteral, gastrostomia ou jejunostomia). É importante lembrar que todas as possibilidades têm o intuito de garantir o alívio dos sintomas, aumentando o conforto, a qualidade de vida e diminuindo o sofrimento, a fim de proporcionar satisfação, prazer e segurança para o paciente e seus familiares.

Quadro 1 – Deglutição assistida

Rotina	• Pequenas porções
	• Feche os lábios
	• Mastigue
	• Aguarde
	• Engula
	• Aguarde

Quadro 2 – Avaliação da disfagia

Informação fornecida	Interpretação possível
Paciente inclina a cabeça para baixo durante a deglutição	Reflexo de deglutição lento ou fechamento da laringe insuficiente
Paciente atira a cabeça para trás durante a deglutição	Problema com fase oral da deglutição, geralmente devido a problemas de movimentação da língua
Dificuldade em iniciar deglutição com sólidos	Controle deficiente da língua
Dificuldade com líquidos	Controle deficiente da língua, reflexo de deglutição reduzido ou ausente, obstrução severa, descoordenação muscular, paralisação ou fixação do palato mole
Sensação de comida parada: <i>globus faríngeos</i>	Obstrução: o paciente pode localizar precisamente o local obstruído
Regurgitação nasal frequente	Disfunção palatal
Falta de consciência de onde o alimento está durante a deglutição	Perda de sensibilidade

A comunicação dos pacientes pode apresentar-se alterada (rebaixamento do nível de consciência, efeitos colaterais das medicações, alterações de mobilidade e tônus da musculatura facial, déficit de memória, nível de atenção reduzido e uso de palavras incoerentes⁽⁵⁾), dificultando a relação paciente-equipe em muitas tomadas de atitude que são necessariamente decididas pelo paciente⁽⁶⁾.

Assim, cabe ao profissional buscar alternativas de comunicação, seja por meio de pranchas de comunicação, gestos ou observação de manifestações corporais do paciente, na tentativa de garantir, na relação equipe-paciente-família, maior aproximação com paciente e familiares. Deve-se respeitar, acima de tudo, desejos e autonomia do enfermo dentro do processo da terminalidade⁽³⁾, tentando suprir aflições, sentimentos de impotência e angústia por parte dos familiares.

Em suma, o processo de atuação deve ser individualizado e vinculado a um planejamento de cuidados, visando maximizar o conforto durante o processo da morte, respeitando os desejos do paciente e dos familiares, de forma tranquila, segura e consensual, juntamente com a equipe interdisciplinar (**Quadro 3**)⁽¹⁾.

Quadro 3 – Etapas para alimentação segura assistida

Etapa 1	Postura	Certifique-se de que você está sentado confortavelmente e com a cabeça reta
Etapa 2	Relaxe	Certifique-se de que você está calmo antes de comer e beber
Etapa 3	Não fale	Permaneça quieto antes e enquanto come e bebe
Etapa 4	Boceje	Antes da refeição, se sentir a garganta rígida, boceje para relaxar
Etapa 5	Textura	Procure evitar a mistura de sólido com líquido
Etapa 6	Programa-se	Não tenha pressa, sempre pare a alimentação quando ficar cansado. Faça pequenas e regulares refeições, e não apenas uma grande
Etapa 7	Sente-se	Permaneça sentado pelo menos meia hora após comer e beber
Etapa 8	Ao final	Após a refeição, beba pequenas doses de água para limpar a boca. Tussa para garantir que a garganta está limpa

Fonte: Oxford Nextbook Textbook of Palliative Medicine.

Referência

- CARVALHO, R. T.; TAQUEMORI L. Y.; Nutrição e hidratação; cuidado paliativo. *Cremaesp*, p. 221-57, 2008.
- FORMIGA, F. et al. Xerostomia em el paciente anciano. *Revista multidisciplinar de gerontologia*, v. 13, n. 1, p. 24-8, 2003.
- KOSEKI, N. M.; BRUERA, E. Decisão médica ética em casos de pacientes terminais. *Revista Brasileira de cancerologia*, v. 42, n. 1, p. 15-29, 1996.
- LOGEMANN, J. A. Swallowing problems associated with degenerative disease. In: *Evolution and treatment of swallowing disorders*. [s.1]:[s.e.], p. 329-43, 1998.
- MAC DONALD, A.; ARMSTRONG, L. The contribution of speech and language therapy to palliative medicine. In: DOYLE, D. et al. *Oxford textbook palliative medicine*. 3. ed. Oxford (UK): Oxford University Press, 2004. cap. 15-5, section 15, p. 1057-63.
- SALT, N.; DAVIES; WILKINSON, S. The contribution of speech and language therapy to palliative care. *European Journal of Palliative Care*, v. 6, p. 126-9, 1999.
- WATSON, M. S. *Oxford Handbook of palliative care*. Gastrointestinal symptoms, cap. 6b, p. 237-82, 2005.

Papel do terapeuta ocupacional na equipe de Cuidados Paliativos

MARILIA BENSE OTHERO

"Terapia Ocupacional é um campo de conhecimento e de intervenção em saúde, em educação e na esfera social, que reúne tecnologias orientadas para a emancipação e autonomia de pessoas que, por diversas razões ligadas a problemáticas específicas (físicas, mentais, sensoriais, sociais), apresentam – temporária ou definitivamente – limitações funcionais e/ou dificuldades na inserção e participação na vida social" (Universidade de São Paulo [USP]).

De acordo com Ferrari⁽²⁾, é por meio da ação que o indivíduo explora, domina e transforma a si e o mundo que o cerca. Dessa forma ele se relaciona, realiza-se, cria, descobre, aprende, ou seja, constrói sua própria história. A vida é um grande conjunto de ações e fazeres dependente da história dos sujeitos e de seus meios social e cultural. Entretanto, a doença e a internação trazem muitas rupturas: dor e outros sintomas podem aparecer e as atividades do cotidiano são interrompidas. Limitações também estão presentes e, consequentemente, o tratamento passa a ocupar grande parte da rotina e das preocupações (tanto para os pacientes como para seus familiares).

Porém, mesmo nesse contexto de limitações inerentes ao processo de adoecimento, e segundo os princípios dos Cuidados Paliativos⁽³⁾, deve-se prover um sistema de apoio e ajuda para que o paciente viva tão ativamente quanto possível até sua morte.

Assim, a intervenção em terapia ocupacional é fundamental, pois, ainda que o cotidiano esteja muito limitado, sem a possibilidade de escolhas e/ou fazeres, a vida não pode perder seu sentido. Em toda a sua atuação, o terapeuta ocupacional busca criar possibilidades de ampliação da autonomia e das possibilidades do fazer, compreendendo as atividades como possibilitadoras de experiências de potência, permitindo o resgate de capacidades remanescentes, bem como a criação de projetos a serem realizados. Toda intervenção está voltada para a permanência de atividades significativas no cotidiano do paciente e de sua família.

O cuidado a famílias e cuidadores é parte integrante e fundamental na assistência terapêutica ocupacional. O principal objetivo é orientar o cuidador acerca dos estímulos positivos ao paciente e treiná-lo para que seja um facilitador da independência nas atividades da vida diária (AVDs). A escuta e o acolhimento a demandas próprias do familiar também têm espaço na intervenção terapêutica ocupacional.

O **Quadro** apresenta os principais objetivos da terapia ocupacional descritos de maneira resumida.

Em sua prática, o terapeuta ocupacional tem como recurso terapêutico as atividades, sejam elas artísticas, expressivas, manuais, de lazer, autocuidado, entre outras. Segundo Castro *et al.*⁽¹⁾, elas são recursos que proporcionam a conexão entre o sujeito e seu meio, permitindo ampliar o viver e torná-lo mais intenso; são enriquecedoras, permitem reestruturar e integrar diferentes experiências, intensificando o sentimento de vida e potência.

Quadro – Terapia ocupacional: objetivos em Cuidados Paliativos

- Manutenção das atividades significativas para o doente e sua família
- Promoção de estímulos sensoriais e cognitivos para enriquecimento do cotidiano
- Orientação e realização de medidas de conforto e controle de outros sintomas
- Adaptação e treino de AVDs para autonomia e independência
- Criação de possibilidades de comunicação, expressão e exercício da criatividade
- Criação de espaços de convivência e interação, pautados nas potencialidades dos sujeitos
- Apoio, escuta e orientação ao familiar e/ou cuidador

AVDs: atividades da vida diária.

É importante ressaltar que na fase final de vida o terapeuta ocupacional acompanha o paciente; há mudança no foco, tendo na organização da rotina e na diminuição dos estímulos um modo de propiciar conforto. Em alguns casos, é possível manter suas atividades significativas, a partir de recursos como música e leitura, trazendo melhor acolhimento e conforto ao paciente. No acompanhamento familiar, pode-se ajudar nas despedidas, na expressão de sentimentos e emoções e na abertura de novos canais de comunicação por meio de atividades. O acompanhamento pós-óbito é parte integrante da assistência terapêutica ocupacional, especialmente por ligações telefônicas ou visitas de luto, em conjunto com outras áreas.

Portanto, a atuação em terapia ocupacional nos Cuidados Paliativos é importante, possibilitando a construção de brechas de vida, potência, criação e singularidade, em um cotidiano por vezes empobrecido e limitado pela doença. A vida não pode perder seu sentido e significado até o último momento, e deve-se promover, de fato, a dignidade ao paciente fora de possibilidade de cura. Somente com um trabalho em equipe é possível oferecer assistência de qualidade, de maneira que pacientes e familiares sejam acolhidos e cuidados.

Referências

1. CASTRO, E. D.; LIMA, E. M. F. A.; BRUNELLO, M. I. B. Atividades humanas e terapia ocupacional. In: DE CARLO, M. M. R. P.; BARTALOTTI, C. C. Terapia ocupacional no Brasil. Fundamentos e perspectivas. São Paulo: Plexus, 2001. p. 41-59.
2. FERRARI, M. A. C. Lazer e ocupação do tempo livre na terceira idade. In: NETTO, M. P. (org.). Gerontologia. A velhice e o envelhecimento em visão globalizada. São Paulo: Atheneu, 2005. p. 98-105.
3. MCCOUCHLAN, M. A. necessidade de cuidados paliativos. In: PESSINI, L.; BERTACHINI, L. Humanização e cuidados paliativos. São Paulo: Edições Loyola, 2004. p. 167-180.

Papel do assistente espiritual na equipe de Cuidados Paliativos

ELENY VASSÃO DE PAULA AITKEN

A morte alcança todo ser vivente, mas nunca estamos preparados para aceitá-la. Criados para a vida, alimentamos a esperança de perpetuá-la. Por essa razão é tão difícil lidar com pacientes em processo de morte. Mesmo sendo quase uma rotina no hospital, nunca nos acostumaremos com ela.

O sofrimento e a proximidade da morte fazem-nos reavaliar a vida, enfocando nossas mentes em seus valores essenciais: Valeu a pena? Qual foi o meu saldo? Estou deixando saudades? O que realizei deu sentido à minha vida e à de outros? Para onde irei depois da morte? Que legado estou deixando?

Quando Deus é conhecido pessoalmente, fazendo-nos sentir Seu amor, misericórdia e graça, sendo parte de cada detalhe de nossos dias, a vida não acaba com a morte; a esperança vai além: dignidade, qualidade de vida, utilidade, paz e alegria permanecem até mesmo à sombra da morte.

Com a introdução do conceito de Cuidados Paliativos, princípios claros publicados pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 1990 e reafirmados em 2002 vieram reger as suas atividades. O cuidado espiritual atende a cada um deles, ajudando a promover o alívio da dor e de outros sintomas estressantes; reafirmando a vida e vendo a morte como processo natural; integrando aspectos psicossociais e espirituais ao cuidado; oferecendo um sistema de suporte para auxiliar o paciente a viver tão ativamente quanto possível até a morte e amparando a família durante todo o processo da doença.

Para que haja condições de oferecer este cuidado integral ao enfermo e a sua família, torna-se muito importante a intervenção do capelão e de sua equipe de capelania, também chamados de assistentes espirituais.

Em 2005, o Comitê das Organizações de Acreditação dos Cuidados em Saúde (JCAHO), notando que os valores espirituais dos pacientes afetavam a maneira como respondiam ao tratamento, incluiu uma norma de acreditação requerendo das instituições de saúde que tratassem das necessidades espirituais dos doentes.

Quando se fala sobre religião e espiritualidade, pode-se pensar na religião como associada a comunidades religiosas organizadas, artefatos e escrituras, com regras e mandamentos, oficiais treinados, cerimônias e dogmas. A espiritualidade tende a ser experimentada como algo mais caloroso e espontâneo, e está associada a amor, inspiração, integralidade, profundidade e mistério, sendo mais de caráter pessoal.

Crenças religiosas estão relacionadas com melhores saúde e qualidade de vida. Estudos científicos^(1, 2) têm identificado uma relação contrária entre depressão e religiosidade. Esses estudos afirmam também que ter uma religião e/ou pertencer a um grupo religioso melhora o suporte social e a saúde física, diminuindo os gastos com a enfermidade. Para o cuidado integral de paciente e sua família, tanto uma coisa como a outra são necessárias: o atendimento espiritual, individual e diário, trará ao enfermo e a seus queridos ouvidos atentos condições para reflexões profundas sobre questões existenciais; confrontos e desafios quanto a propósito de vida, perdão, acerto de contas, vida eterna, qualidade e utilidade de vida.

Apoiado na fé em Deus e no suporte da comunidade religiosa, o paciente experimentará maior bem-estar, senso de pertencer, ser amado, ter dignidade e paz, além da certeza de que será acompanhado até o fim de seus dias. O fato de saber que sua família continuará recebendo suporte, conforto no luto e amparos social, emocional e espiritual ajudará o enfermo a ter paz.

Oferecer o atendimento espiritual como parte do serviço de saúde é permitir ao beneficiado expressar seus sentimentos e emoções conversando abertamente sobre a morte e o morrer e ajudando-o a participar de todas as decisões referentes a seu tratamento e aos desejos finais.

O Cuidado Paliativo reconhece que as “curas espiritual e emocional” podem ocorrer mesmo quando a física e/ou a recuperação se tornam impossíveis. Muitas pessoas gravemente enfermas ou em fase terminal falam sobre terem descoberto uma riqueza e o preenchimento do vazio de sua vida, que elas nunca haviam encontrado antes.

A equipe de saúde também será muito beneficiada ao receber o suporte do capelão em situações de estresse pessoal ou na perda de seus pacientes. Mesmo em seu trabalho diário, encontrará mais segurança na tomada de decisões em questões de bioética, envolvendo dilemas de fim de vida de seus pacientes.

Referências

1. KOENIG, H.; LEWIS, G. The healing connection. Nashville: Word Publishing, 2000.
2. KOENIG, H. G., M.D. The healing power of faith. New York: Touchstone, 2001.

Papel do dentista na equipe de Cuidados Paliativos

SUMATRA MELO DA COSTA PEREIRA JALES

JOSÉ TADEU TESSEROLI DE SIQUEIRA

Introdução

O Cuidado Paliativo em odontologia pode ser definido como o manejo de pacientes com doenças progressivas ou avançadas devido ao comprometimento da cavidade oral pela doença ou seu tratamento, direta ou indiretamente. Nesses casos, o foco do cuidado é melhorar a qualidade de vida⁽⁶⁾. A condição mais frequente que afeta profundamente as funções orais é o câncer de cabeça e pescoço, principalmente em estágios avançados.

Esse tipo de câncer, além de despertar a percepção de morte, também traz o risco de sequelas funcionais e estéticas. Ademais da dor, a autoimagem, a socialização e a habilidade de realizar funções rotineiras, como mastigar, engolir e respirar, podem piorar devido ao tumor ou ao seu tratamento⁽⁷⁾.

A despeito dos avanços, essa é uma área que carece de atenção, de modo a conjugar a necessidade desses doentes por problemas decorrentes do tumor, com a possibilidade de doenças odontológicas corriqueiras, muitas delas infecciosas, que comprometem mais ainda sua precária condição de saúde (**Figura 1**). Nesse cenário, a participação do cirurgião-dentista contribui para o diagnóstico e os tratamentos em sua área, mas também para a realização de Cuidados Paliativos orais que possam beneficiar esses doentes. Orientar doentes e cuidadores e discutir esses aspectos com a equipe multiprofissional ajuda sua integração nesse importante segmento da área da saúde⁽⁴⁾.

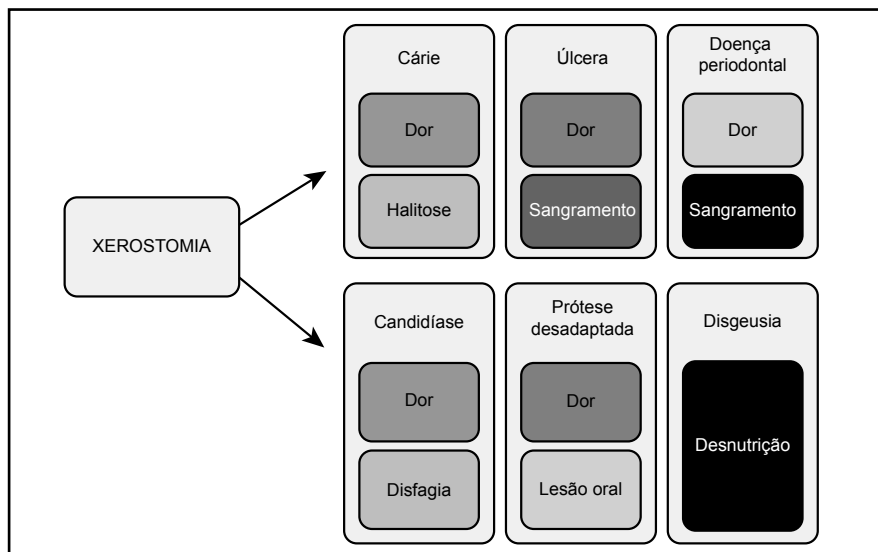


Figura 1 – Relação dos problemas mais frequentes que afetam a cavidade oral dos doentes em Cuidados Paliativos

Nem sempre os pacientes se queixam espontaneamente de seus problemas e desconfortos com a boca por acreditarem serem próprios de sua doença, principalmente no câncer avançado de boca, ou por estarem mental ou fisicamente inaptos a fazê-lo. Portanto, eles devem ser questionados e avaliados regularmente também quanto a tais aspectos de saúde⁽⁶⁾.

Cuidados Paliativos orais

Pacientes em Cuidados Paliativos apresentam sérias restrições funcionais e grande comprometimento das funções orais, particularmente quando a doença atinge a cavidade oral, como no câncer de cabeça e pescoço. Nessa condição, os sintomas habituais agravam-se e nem sempre são curáveis, necessitando de atenção e cuidados especiais. Os sintomas orais mais frequentes são dor, sangramento, trismo, feridas abertas, infecções oportunistas, disfagia, xerostomia, desnutrição, desidratação, anorexia, caquexia e desfiguração. As secreções em doentes traqueostomizados também comprometem a comunicação verbal, causam disfunção oral e sofrimento⁽³⁾. Dor, ulceração, sangramento e trismo são os mais importantes sintomas em casos de câncer oral avançado⁽²⁾. O tratamento inadequado ou a sua ausência resulta em desconforto e prejuízos nutricionais, comprometendo mais ainda a qualidade de vida desses doentes⁽⁵⁾.

O cirurgião-dentista contribui fornecendo intervenções próprias de sua área de atuação profissional, além de cuidados de suporte que assegurem uma boca mais saudável, livre de infecção e dor. As complicações do câncer de boca e de seu tratamento já são bem conhecidas, entretanto, em pacientes sob Cuidados Paliativos, elas podem tomar dimensões exageradas.

Diagnóstico de afecções ou doenças odontológicas associadas

A existência de enfermidades orais, como raízes dentárias infectadas ou doença periodontal, deve ser detectada, pois contribui para agravar o estado de saúde. Para minimizar as complicações orais, a prioridade é a higiene oral, minimamente, de modo a manter a saúde oral, reduzir a irritação e o dano tecidual e promover mais conforto⁽¹⁾. Deve ser avaliada a capacidade que o paciente possui de se cuidar, a fim de se desenvolverem alternativas para melhorar a escovação dos dentes, incluindo indicações específicas de escova dental, pastas e colutórios que deveriam ser fornecidas ao paciente e a seu cuidador⁽³⁾. Escovas de dente extramacias são mais suaves aos tecidos orais que as convencionais e devem ser usadas em associação aos cremes dentais sem laurilsulfato de sódio, para não estimular ou exacerbar a descamação da mucosa oral.

A solução de clorexidina a 0,12% pode ser utilizada por doentes com comprometimento médico, predispostos a infecções orais, pacientes com longa estadia em hospitais, idosos ou pacientes elegíveis para Cuidados Paliativos, com o objetivo de prevenir infecções orais e sistêmicas.

Os pacientes devem ser orientados a remover suas próteses à noite e deixá-las em solução antisséptica como clorexidina a 0,12% por 30 minutos ou solução com cloro a 2% (5 ml ou uma colher de chá de alvejante em 250 ml de água)⁽³⁾.

A presença de xerostomia e a perda do volume facial podem causar diminuição da retenção da prótese. Está indicada, nesse caso, a aplicação de adesivos na superfície da prótese, bem como lubrificantes à base de água (ex.: KY gel), a fim de proporcionar efetiva adesão da prótese à mucosa oral.

Protocolo para Cuidados Paliativos orais

Depois de uma minuciosa avaliação do doente, deve-se aplicar uma sequência de cuidados que melhorem preventiva ou curativamente sua condição de saúde.

Nas **Figuras 2, 3 e 4**, uma sugestão de protocolo para Cuidados Paliativos orais.

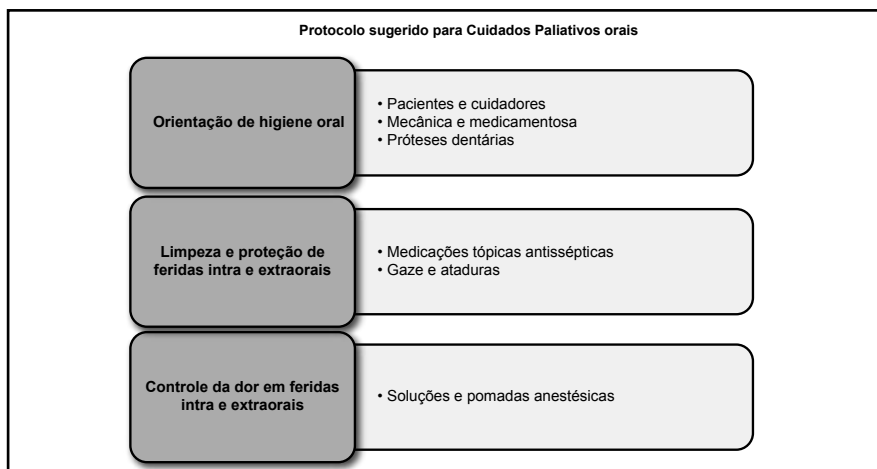


Figura 2 – Esquema da sequência de cuidados orais preventivos, curativos e paliativos em pacientes sob Cuidados Paliativos

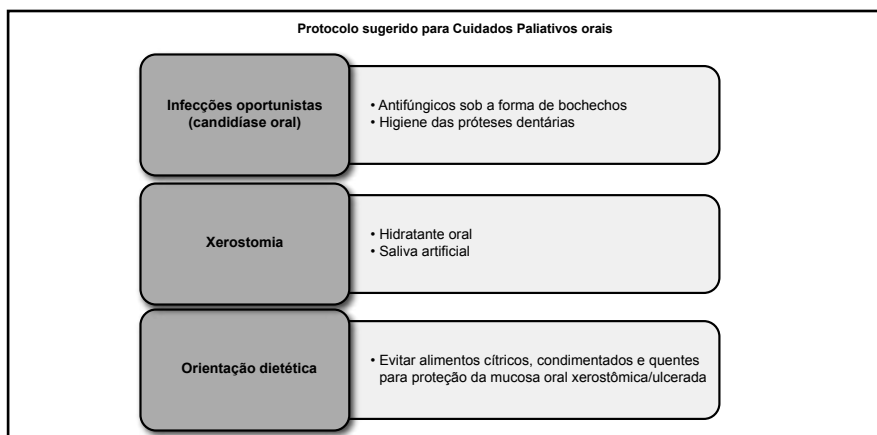


Figura 3 – Esquema da sequência de cuidados orais preventivos, curativos e paliativos em pacientes sob Cuidados Paliativos

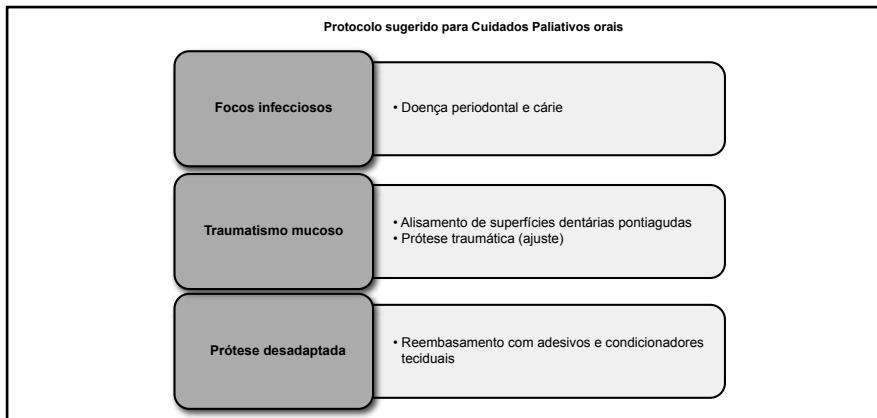


Figura 4 – Esquema da sequência de cuidados orais preventivos, curativos e paliativos em pacientes sob Cuidados Paliativos

Conclusão

Quanto à boca, vários avanços permitiram a melhora da qualidade de vida. O tratamento sintomático da dor e os cuidados locais, como higiene oral e limpeza de feridas, contribuem para a redução de dor, desconforto e infecções oportunistas. Em casos de extrema morbidade, como a mucosite oral, o *laser* terapêutico parece eficaz na prevenção de lesões e diminuição da dor dos pacientes. Hidratantes orais reduzem o desconforto da hipossalivação.

Essa é uma área especializada que envolve oncologia e dor e que ainda é carente de cirurgões-dentistas com formação em dor orofacial e experiência com pacientes oncológicos, mas que está gradativamente despertando a consciência da necessidade de integração a equipes multidisciplinares especializadas, incluindo os Cuidados Paliativos. Espera-se que no futuro essa integração beneficie os doentes com novas terapêuticas e que cuidados que aliviem seu sofrimento sejam estendidos de modo padronizado a todos os que deles necessitarem.

Referências

1. EPSTEIN, J. B. et al. Quality of life and oral function following radiotherapy for head and neck cancer. *Head Neck*, v. 21, p. 1-11, 1999.
2. NARAYANAN, R. S.; NAIR, M. K.; PADMANABHAN, T. K. Palliation of pain in advanced oral cancer. *Headache*, v. 28, p. 258-9, 1988.
3. PAUNOVICH, E. D. et al. The role of dentistry in palliative care of the head and neck cancer patient. *Tex Dent J*, v. 117, n. 6, p. 36-45, 2000.
4. SIQUEIRA, J. T. T. et al. Dor orofacial e cuidados paliativos orais em doentes com câncer. *Prática Hospitalar*, v. 62, p. 127-33, 2009.
5. SWEENEY, M. P.; BAGG, J. Oral care for hospice patients with advanced cancer. *Dent Update*, v. 22, p. 424-7, 1995.
6. SWEENEY, M. P.; BAGG, J. The mouth and palliative care. *Am J Hosp Palliat Care*, v. 17, n. 2, p. 118-24, 2000.
7. VILLARET, D. B.; WEYMULLER, E. A. Pain caused by cancer of the head and neck. In: LOESER, J. D. et al. (eds.). *Bonica's management of pain*. 3. ed. New York: Lippincott Williams & Wilkins, 2001. p. 948-65.
8. WISEMAN, M. A. Palliative care dentistry. *Gerodontology*, v. 17, n. 1, p. 49-51, 2000.

Ação prática do profissional de Cuidados Paliativos no domicílio

JULIETA FRIPP

Internação domiciliar: diagnóstico situacional

A internação domiciliar compreende o conjunto de atividades prestadas no domicílio a indivíduos clinicamente estáveis que exijam intensidade de cuidados de menor complexidade que no ambiente hospitalar⁽¹⁾. Ela está inserida no contexto da atenção domiciliar, que inclui também a assistência domiciliária. Em abril de 2002 foi sancionada pelo Ministério da Saúde (MS) a Lei nº 10.424, como subsistema da Lei nº 8.080, que estabelece, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), assistência e internação domiciliar. Esta lei inclui procedimentos médicos, de enfermagem, fisioterapêuticos, psicológicos e de assistência social, necessários ao cuidado integral dos usuários em seu domicílio, por equipe exclusiva para este fim⁽²⁸⁾.

O crescimento do atendimento domiciliar no Brasil é recente, e tal modalidade de prestação de serviços ocorre tanto no setor privado quanto no público, fazendo parte da pauta de discussão das políticas de saúde que, pressionadas pelos altos custos das internações hospitalares, buscam saídas para melhor utilização dos recursos financeiros⁽¹⁵⁾.

A internação domiciliar proporciona assistência humanizada e integral (contribuindo para a otimização dos leitos hospitalares) reintegra o paciente em seus núcleos familiar e de apoio por meio de maior aproximação da equipe de saúde com a família e promovendo educação em saúde. Com relação ao idoso, a internação domiciliar preserva ao máximo sua autonomia, buscando a recuperação de sua independência funcional⁽¹³⁾.

Os indivíduos em situação de fragilidade, nos momentos de adoecimento, buscam a atenção hospitalar para reduzirem o seu sofrimento, e o hospital responde a certo grupo de problemas, oferecendo tecnologias que permitem garantir o "acolhimento" necessário à demanda. Por outro lado, existem riscos desnecessários, inerentes ao ambiente hospitalar, que precisam ser evitados. Nesse sentido, inúmeras instituições de saúde buscam a construção e a operação de práticas voltadas a uma assistência com intensidades variáveis de cuidados, tendo como característica comum realizar a intervenção terapêutica no interior do domicílio do usuário⁽¹⁴⁾.

A internação domiciliar pode servir de "elo" entre o nível hospitalar e a atenção básica, fortalecendo o sistema e, particularmente, as estratégias de saúde da família, reconhecendo as competências de cada instância. O estabelecimento de responsabilidade compartilhada entre níveis distintos da rede de serviços de saúde torna-se imprescindível, a fim de garantir a continuidade indispensável ao atendimento das necessidades de grupos vulneráveis, como os portadores de incapacidade funcional em processos de adoecimento⁽²⁷⁾. A atenção referente aos Cuidados Paliativos requer coordenação entre os sistemas de saúde, principalmente de internação hospitalar, em que se encontra a maioria dos pacientes com neoplasias em estágio avançado, e o sistema de atenção domiciliar,

permitindo, assim, a continuidade dos cuidados e mantendo o acolhimento de pacientes e familiares em ambiente domiciliar⁽¹⁶⁾.

A atenção domiciliar vem demonstrando potencial de se concretizar como modalidade substitutiva de cuidado, envolvendo todo o contexto domiciliar do usuário, possibilitando a produção de um cuidado mais próximo, individualizado e menos tecnicista do que no hospital. Não se trata de uma "desospitalização" irresponsável e prematura, mas da possibilidade de reestruturar o modo de operar o cuidado no espaço físico e nas estratégias de cuidado⁽¹⁷⁾.

A busca de autonomia para "andar a própria vida" deve servir de guia central para qualquer projeto de internação domiciliar, evitando restrições da autonomia, assegurando processos de ganho contínuo dos usuários em ambiente favorável e com equipe de profissionais comprometida com a busca de alívio de sintomas e resultando na maior independência dos pacientes em seu próprio território⁽²⁶⁾.

Cuidados Paliativos no domicílio: uma estratégia de cuidado integral

O envelhecimento da população resulta no aumento da incidência e prevalência de enfermidades debilitantes progressivas. Entre essas enfermidades, as causas neurodegenerativas e as neoplasias ocupam lugar de destaque, sendo responsáveis pelo elevado grau de sofrimento dos pacientes e de seus familiares. Essa situação se verifica especialmente na fase terminal dessas doenças. A maioria dos pacientes com enfermidades em fase terminal deseja morrer em seu próprio domicílio e não dispensa uma atenção adequada para o controle de sintomas⁽²⁾.

Na primeira definição da Organização Mundial da Saúde (OMS) para Cuidados Paliativos, esses eram categorizados como o último estágio de cuidado, sendo os cuidados oferecidos por uma equipe interdisciplinar e voltados para pacientes com doença em fase avançada, ativa, em progressão, cujo prognóstico é reservado e o foco da atenção é a qualidade de vida⁽⁸⁾. A seguir, a OMS, considerando que os Cuidados Paliativos podem e devem ser oferecidos o mais cedo possível no curso de qualquer doença crônica potencialmente fatal, definiu-os como uma abordagem que melhora a qualidade de vida de pacientes e suas famílias na presença de problemas associados a doenças que ameaçam a vida, mediante prevenção e alívio de sofrimento pela detecção precoce e por tratamento de dor ou outros problemas físicos, psicológicos, sociais e espirituais, estendendo-se inclusive à fase de luto⁽³⁶⁾.

Atualmente, os Cuidados Paliativos são considerados a quarta diretriz estabelecida pela OMS para o tratamento do câncer, associados a prevenção, diagnóstico e tratamento⁽³⁵⁾.

A conjugação de Cuidados Paliativos com internação domiciliar é uma tarefa que requer vocação de serviço, organização de sistema de saúde e conhecimentos científicos. Os pacientes escolhem o domicílio como lugar preferencial para receber os cuidados quando não existe mais possibilidade de cura da sua doença⁽¹⁴⁾. A internação domiciliar oferece vantagens não somente aos pacientes, mas também à família e ao sistema de saúde mediante a redução de custos. Em geral, os pacientes, quando questionados, referem que receberam assistência satisfatória no hospital, mas que preferiam receber tratamento no domicílio, pelo conforto e pela rede familiar mais abrangente.

A equipe interdisciplinar é fundamental para garantir o sucesso de cuidados e acolhimento dos usuários e seus familiares, tendo cada profissional o seu papel. Médicos, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos, fisioterapeutas, nutricionistas, assistentes espirituais, entre outros, compartilham diariamente as necessidades manifestadas pelos usuários em situação de terminalidade em ambiente domiciliar, atuando com o objetivo de aliviar-lhes os sofrimentos físico, emocional, social e espiritual.

Os Cuidados Paliativos e as relações desenvolvidas em domicílio configuram-se como o melhor exemplo de tecnologia leve (tecnologias de relações com produção de vínculo, autonomia, acolhimento, cumplicidade), associada a técnicas que visam alívio de sofrimento de pacientes e familiares, longe da tecnologia dura (equipamentos tecnológicos do tipo máquinas, normas, estruturas organizacionais) comuns no ambiente hospitalar⁽²⁶⁾.

A assistência paliativa em casa requer que o paciente permita e participe dos cuidados, com apoio da família. A comunicação contínua entre paciente, família e equipe facilita a realização dos cuidados sem objetivo de cura, e sim de conforto e alívio de sofrimento⁽¹¹⁾.

Um estudo romeno descreve as atividades e intervenções para pacientes com câncer avançado tratados em domicílio por equipe de Cuidados Paliativos e analisa as mudanças que ocorreram nos sintomas físicos, principalmente na dor. O número de sintomas físicos reduziu consideravelmente após a inclusão dos pacientes no programa de Cuidados Paliativos, particularmente daqueles com condição socioeconômica menos favorável⁽⁹⁾.

Em ensaio clínico randomizado realizado na Noruega, foram incluídos 434 pacientes com doença maligna incurável e com sobrevida de três a nove meses, sendo os grupos divididos de forma aleatória. O grupo de intervenção foi aquele que recebeu Cuidados Paliativos por equipe especializada. Os resultados encontrados com relação ao local da morte demonstraram que 25% dos pacientes do grupo de intervenção morreram em casa, enquanto somente 15% do grupo-controle morreram em domicílio ($p < 0,05$). O estudo concluiu que os Cuidados Paliativos favorecem o óbito dos pacientes em casa, reduzindo as internações hospitalares desnecessárias⁽²¹⁾.

Outro estudo randomizado, realizado na Califórnia (EUA), buscou avaliar satisfação quanto aos cuidados, utilização de serviços médicos, local da morte e custos dos cuidados em saúde, sendo que no grupo de intervenção os pacientes receberam Cuidados Paliativos em domicílio e no grupo-controle, tratamento tradicional. Os participantes do estudo foram indivíduos com doenças terminais ($n = 298$) e sobrevida de cerca de um ano ou menos. O grupo de intervenção relatou maior satisfação com relação aos cuidados ($p < 0,05$), teve mais probabilidade de morrer em casa ($p < 0,001$) e era menos propenso a buscar atendimento em serviços de emergência ($p < 0,01$) ou internação hospitalar ($p < 0,001$). Os custos foram relativamente mais baixos na prestação de cuidados com relação ao grupo-controle ($p < 0,03$). O estudo demonstra fortes indícios da necessidade de ampliar o olhar e a assistência à saúde dos pacientes em situação de terminalidade⁽⁵⁾.

Os cuidados contínuos em domicílio vêm de encontro e favorecem os princípios dos Cuidados Paliativos, que afirmam a vida, reconhecem a morte como um processo natural, sem antecipá-la ou retardá-la, providenciam alívio da dor e de outros sintomas físicos, integram os aspectos psicológicos, espirituais e sociais do cuidado ao paciente, oferecem um sistema de suporte para ajudá-los a viver o mais ativamente possível e oferecem suporte para auxiliar a família a cooperar durante a doença e trabalhar o luto e a perda⁽¹⁰⁾.

Cuidador de indivíduos em situação de terminalidade

As doenças sem possibilidade de cura em estágio avançado têm grande impacto na vida do paciente e de seu entorno, modificando a estrutura e a dinâmica da família envolvida, com aproximação ou afastamento de seus membros, em especial quando há sobrecarga na família, como costuma ocorrer com a intensificação dos sintomas e o avanço da doença⁽¹³⁾.

O cuidador, pelo longo tempo de exposição no curso de uma doença sem possibilidade de cura, manifesta desgaste físico e sobrecarga emocional. O cuidador informal, em geral familiar, apresenta, além das sobrecargas objetiva e subjetiva, alterações na qualidade de vida. Em estudo transversal realizado com pacientes internadas com câncer de mama ou ginecológico sem possibilidade de cura, foram avaliadas as situações de depressão e ansiedade em seus cuidadores. O estudo aplicou a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HAD), instrumento validado e que apresenta boa sensibilidade, apesar de sua baixa especificidade, para pacientes com dor crônica.

Os resultados demonstraram a presença de depressão em 74% e ansiedade em 53% dos cuidadores⁽⁶⁾ e levaram à conclusão de que o processo de cuidar de um indivíduo em fase terminal gera conflitos emocionais intensos e sugere que outras variáveis associadas ao impacto mental do cuidar necessitam ser investigadas⁽³²⁾.

Durante a trajetória da doença, os comportamentos físico e emocional do cuidador vão sendo afetados, principalmente quando o número de sintomas do paciente aumenta, exigindo maior dedicação, o que determina falta de tempo para descanso ou outras atividades sociais, aspectos associados a isolamento social e depressão. Em estudo randomizado realizado em Michigan (EUA), foi avaliada depressão em cuidadores de pacientes com câncer, sendo o grupo de intervenção ($n = 118$) aquele em que os cuidadores receberam acompanhamento e apoio sistemático de enfermagem para facilitar os cuidados aos pacientes. O grupo-controle ($n = 119$) não recebeu tal suporte durante o processo de cuidados. O estudo concluiu, depois de 20 semanas, que a intervenção de enfermagem clínica isolada não tem efeito benéfico sobre os cuidadores com depressão e que, devido à complexidade apresentada, sugere que sejam realizados mais estudos para avaliar outras formas de apoio ao contexto do cuidador e do paciente com câncer⁽²⁴⁾.

Equipe de atenção domiciliar e Cuidados Paliativos bem preparada oferece condições para o alívio de sobrecarga dos cuidadores, estabelecendo cumplicidade e vínculos muitas vezes ausentes em ambiente hospitalar. Essa relação pode ser decisiva para que tais situações sejam enfrentadas da melhor maneira possível, tanto pelo paciente quanto pelo cuidador⁽⁸⁾.

Experiência de um serviço

Em abril de 2005 implantamos, no Hospital Escola e Fundação de Apoio Universitário da Universidade Federal de Pelotas (UFPel), o Programa de Internação Domiciliar Interdisciplinar (PIDI) para pacientes oncológicos sob Cuidados Paliati-

vos, complementando, assim, a atenção integral aos indivíduos que necessitavam de cuidado continuado em ambiente domiciliar, evitando as internações hospitalares de repetição e também reduzindo o afastamento dos seus familiares na fase final da vida. O reconhecimento local das ações desenvolvidas pelo PIDI é evidente, com grande satisfação dos pacientes e dos familiares assistidos pelo programa. Durante o período de quatro anos, cerca de 400 pacientes foram assistidos pelo programa, e cerca de 70% evoluíram para óbito. A equipe de profissionais do programa observa uma relação de cumplicidade com os pacientes e seus familiares, mantendo os cuidados durante todo o processo de adoecimento terminal⁽³¹⁾.

A comunicação tem sido essencial para garantir o êxito na terapêutica dos pacientes, muitas vezes fragilizados, juntamente com seus familiares, pela doença e por experiências frustradas com profissionais e serviços a que foram expostos em seus tratamentos anteriores^(12, 30).

Objetivos do PIDI oncológico

- Complementar o Serviço de Oncologia da UFPel, oferecendo tratamento de Cuidados Paliativos aos pacientes com câncer, com e sem indicação de quimioterapia ou radioterapia, e que possam receber cuidados em ambiente domiciliar;
- humanizar os cuidados dos pacientes com câncer, incluindo a família no processo de "cuidador" do paciente, fazendo-a, dessa forma, participar ativamente do tratamento em casa;
- possibilitar a ampliação de leitos em ambiente domiciliar, evitando que os pacientes precisem procurar o pronto-socorro quando apresentarem intercorrências clínicas inerentes ao tratamento do câncer;
- servir como referência para o encaminhamento de pacientes com câncer sob Cuidados Paliativos que estão internados na rede hospitalar do município;
- incluir ensino, pesquisa e extensão no processo de cuidados domiciliares aos pacientes oncológicos;
- trabalhar na perspectiva da interdisciplinaridade, incluindo profissionais médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, nutricionistas, assistentes sociais, psicólogos, fisioterapeutas, assistentes espirituais, entre outros;
- proporcionar alívio de sintomas físicos, emocionais, sociais e espirituais dos pacientes em fase de Cuidados Paliativos;
- capacitar os familiares e oferecer ao grupo de cuidadores suporte para situações de sobrecarga nos cuidados, com apoio interdisciplinar no luto^(22,30).

Instrumentos e escalas de avaliação validados passíveis de aplicação em ambiente domiciliar

- *Palliative prognostic score* (PaP Score) (Tabela): estima a sobrevida no período de 30 dias a partir das avaliações clínica e laboratorial^(18, 25):
 - pacientes com probabilidade reduzida de sobreviver mais de 30 dias se beneficiam com os cuidados em ambiente domiciliar por equipe interdisciplinar;
 - escala aplicada por profissional médico.

Tabela – PaP Score	
Variável	Pontos
• Dispneia	
Presente	1
Ausente	0
• Anorexia	
Presente	1,5
Ausente	0
• Estimativa clínica	
> 12	0
11-12	2
9-10	2,5
7-8	2,5
5-6	4,5
3-4	6
1-2	8,5
• Índice de Karnofsky	
≥ 30	0
10-20	2,5
• Leucócitos totais por mm ³	
< 8.500	0
8.501-1.000	0,5
> 11.000	1,5
• Porcentagem de linfócitos	
< 12	2,5
12-19,9	1
≥ 20	0
Grupos de risco	Total de pontos
A: probabilidade de sobreviver 30 dias > 70%	0-5,5
B: probabilidade de sobreviver 30 dias 30-70%	5,6-11
C: probabilidade de sobreviver 30 dias < 30%	11,1-17,5

• Escala de Avaliação Funcional de Karnofsky^(18, 29) (**Quadro 1**)

– Permite conhecer a capacidade do paciente para poder realizar atividades cotidianas;

- elemento preditor independente de mortalidade em patologias oncológicas e não-oncológicas;
- útil para a tomada de decisões clínicas e para valorizar o impacto de um tratamento e a progressão da doença;
- escore 50 ou inferior indica elevado risco de morte durante os seis meses seguintes;
- escala aplicada por profissional médico ou enfermeiro.

Quadro 1 – Escala de Avaliação Funcional de Karnofsky	
Graduação (%)	Significado
100	Normal, ausência de queixas, sem evidências de doença
90	Capaz de realizar atividades normais, com sinais e sintomas mínimos da doença
80	Atividade normal com esforço e alguns sinais ou sintomas da doença. Incapacidade para grande esforço físico, mas consegue deambular
70	Não requer assistência para cuidados pessoais, mas é incapaz de realizar atividades normais, como tarefas caseiras e trabalhos ativos
60	Requer assistência ocasional, mas consegue realizar a maioria dos seus cuidados pessoais
50	Requer considerável assistência e frequentes cuidados médicos
40	Incapacitado, requer cuidados pessoais e assistência. Autocuidado limitado. Permanece mais de 50% do horário vígil, sentado ou deitado
30	Severamente incapacitado, com necessidade de tratamento de suporte permanente, embora a morte não seja iminente
20	Paciente muito doente, completamente incapaz, com necessidade de tratamento de suporte permanente, confinado ao leito
10	Moribundo, processo de morte progredindo rapidamente

• Sistema Avaliação de Sintomas de Edmonton (ESAS) (**Quadro 2**)

- Lista 10 escalas numéricas que avaliam a intensidade dos sintomas;
- pontuação de 0 a 10: pede-se que o paciente selecione o número que melhor indique a intensidade de cada sintoma, sendo zero o mínimo sintoma e 10, o máximo;
- aplicabilidade em período de tempo determinado, de acordo com a rotina do serviço ou segundo a condição do paciente (diária, dias intercalados, semanal);
- escala aplicada por profissional médico ou enfermeiro^(4, 8, 19, 29, 33).

Quadro 2 – Sistema Avaliação de Sintomas de Edmonton

Mínimo sintoma	Intensidade	Máximo sintoma
Sem dor	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Máxima dor
Sem cansaço	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Máximo cansaço
Sem náuseas	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Máxima náusea
Sem depressão	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Máxima depressão
Sem ansiedade	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Máxima ansiedade
Sem sonolência	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Máxima sonolência
Bom apetite	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Sem apetite
Máximo bem-estar	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Máximo mal-estar
Sem dispneia	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Máxima dispneia
Sem insônia	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Máxima dificuldade para dormir

- Avaliação socioeconômica

- Instrumento que permite traçar o perfil socioeconômico de pacientes e seu núcleo familiar;

- para realizar os cuidados em ambiente domiciliar existe a necessidade de condições mínimas no domicílio, como água potável, energia elétrica e um leito para o paciente. A presença de um cuidador responsável também é imprescindível;

- inclui as seguintes informações: cor, escolaridade, renda familiar, cômodos da casa, quantidade de pessoas que residem no domicílio, condição profissional do paciente (atual e passada), qual o serviço de saúde que procura quando necessita de atendimento médico, cuidador principal;

- aplicada por profissional assistente social.

- Genograma

- O genograma (**Figura**) é uma representação gráfica da família e tem sido utilizado em diversos contextos;

- pode ser aplicado em Cuidados Paliativos, pois possibilita identificar a rede familiar, cultural e social mais ampliada dos pacientes, podendo, dessa forma, desfazer ou amenizar conflitos que estejam causando sofrimentos social, emocional ou espiritual, principalmente em situações de terminalidade⁽²³⁾;

- os cuidados em ambiente domiciliar facilitam a coleta das informações para a construção do genograma. À medida que confiança e cumplicidade com a equipe interdisciplinar se fortalecem, a comunicação acontece, resultando num gráfico bastante rico e facilitador para a abordagem dinâmica do núcleo familiar;

- o genograma pode ser construído em *softwares* específicos, pelos quais as informações do paciente são inseridas no sistema, gerando o gráfico final com ilustrações de cada situação referida, como, por exemplo, relações de proximidade, conflitos, distanciamentos, uso de drogas, nascimentos, doenças e óbitos etc.;

- escala aplicada por profissional médico, enfermeiro, assistente social ou psicólogo;

- as simbologias do genograma são inúmeras, sempre relacionando o paciente com a família e suas redes⁽³⁴⁾.

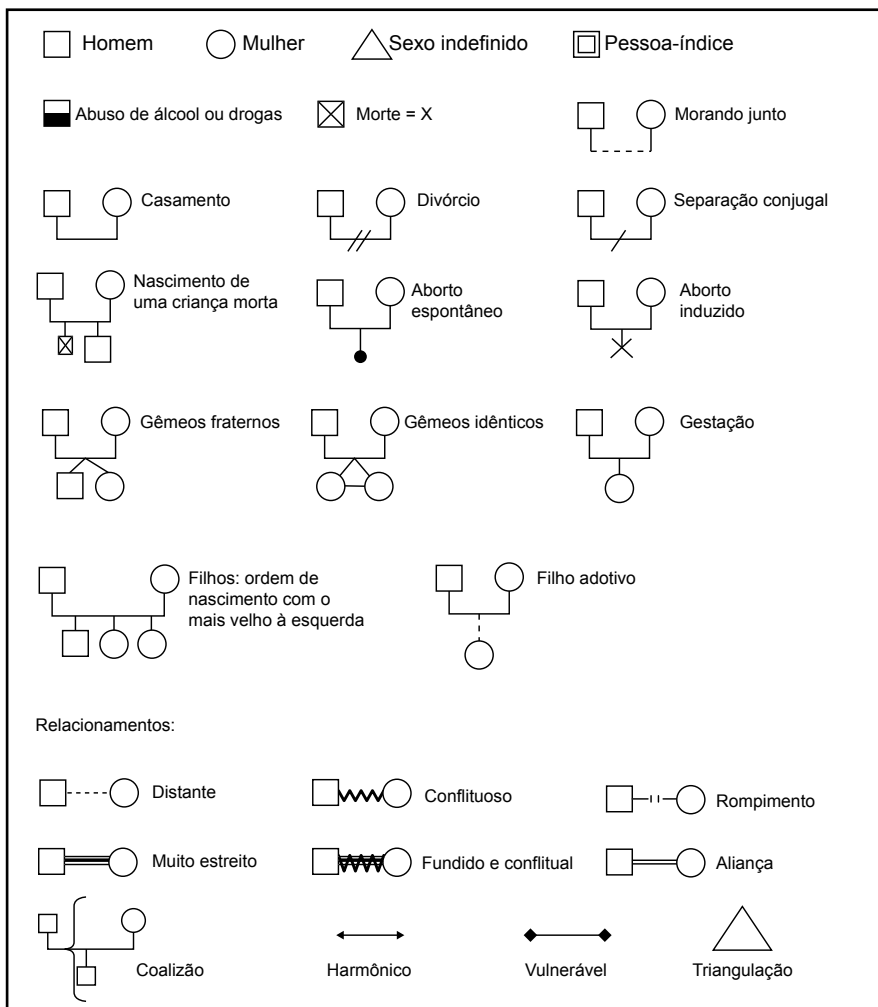


Figura – Exemplos de simbologias do genograma

• Escala de Zarit reduzida (**Quadro 3**)

– avaliação da claudicação familiar em Cuidados Paliativos, sendo definida como a situação de incapacidade dos elementos de uma família em oferecer uma resposta adequada às múltiplas necessidades e solicitações do doente. A escala de Zarit reduzida em Cuidados Paliativos é útil, fácil, rápida e confiável, apresentando sensibilidade e especificidade elevadas para medir a claudicação familiar⁽²⁰⁾;

- instrumento utilizado para avaliar a sobrecarga do cuidador principal;
- apresenta sete perguntas relacionando aspectos físicos e emocionais do cuidador associados a sua rotina diária com o paciente;
- classifica a sobrecarga do cuidador em leve, moderada e grave;
- escala aplicada por profissional assistente social ou psicólogo.

Quadro 3 – Escala de Zarit reduzida

1. Sente que, por causa do tempo que utiliza com o seu familiar/doente, já não tem tempo suficiente para você mesmo?				
Nunca (1)	Quase nunca (2)	Às vezes (3)	Frequentemente (4)	Quase sempre (5)
2. Sente-se estressado/angustiado por ter que cuidar do seu familiar/doente e ao mesmo tempo ser responsável por outras tarefas (p. ex.: cuidar de outros familiares, ter de trabalhar)?				
Nunca (1)	Quase nunca (2)	Às vezes (3)	Frequentemente (4)	Quase sempre (5)
3. Acha que a situação atual afeta a sua relação com amigos ou outros elementos da família de forma negativa?				
Nunca (1)	Quase nunca (2)	Às vezes (3)	Frequentemente (4)	Quase sempre (5)
4. Sente-se exausto quando tem de estar junto do seu familiar/doente?				
Nunca (1)	Quase nunca (2)	Às vezes (3)	Frequentemente (4)	Quase sempre (5)
5. Sente que sua saúde tem sido afetada por ter de cuidar do seu familiar/doente?				
Nunca (1)	Quase nunca (2)	Às vezes (3)	Frequentemente (4)	Quase sempre (5)
6. Sente que tem perdido o controle da sua vida desde que a doença do seu familiar/doente se manifestou?				
Nunca (1)	Quase nunca (2)	Às vezes (3)	Frequentemente (4)	Quase sempre (5)
7. No geral, sente-se muito sobrecarregado por ter de cuidar do seu familiar/doente?				
Nunca (1)	Quase nunca (2)	Às vezes (3)	Frequentemente (4)	Quase sempre (5)

Sobrecarga leve: até 14 pontos; sobrecarga moderada: 15-21 pontos; sobrecarga grave: acima de 22 pontos.

- Hipodermóclise e Cuidados Paliativos em domicílio
 - Consiste na administração de fluidos pela via subcutânea (SC)⁽⁹⁾;
 - tem grande aplicabilidade em pacientes internados em domicílio, pois permite o envolvimento mais seguro do cuidador capacitado em situações nas quais existe a necessidade de administrar medicamentos injetáveis em curtos intervalos de tempo;
 - via alternativa para pacientes com dificuldade de manter acesso venoso permanente e que necessitam receber drogas injetáveis⁽⁷⁾;

- garante a manutenção da hidratação em pacientes impedidos de recebê-la por via oral (VO), quando ainda não foi estabelecida uma via enteral mais segura;
- possibilita uma via segura para pacientes com necessidade de analgesia intermitente, principalmente com drogas opioides;
- garante a continuidade de tratamento em domicílio quando há necessidade de administrar antibióticos injetáveis;
- técnica: utilizar cateter agulhado (escalpe 21G ou 25G) ou não-agulhado (18G e 24G). Após os cuidados de assepsia, introduzir a agulha na pele em ângulo de 30 a 45 graus, em direção centrípeta, com o bisel voltado para cima;
- velocidade de infusão: a hidratação pode ser em bolo de 500 ml em 20 minutos, repetindo até três vezes em 24 horas. Em infusão contínua o volume diário não poderá ultrapassar 3.000 ml. Administração de volume em período noturno é mais confortável, garantindo mais autonomia dos pacientes durante o dia.
- zonas de punção: regiões deltóidea, infraclavicular, abdominal e face lateral da coxa;
- drogas administráveis por via SC⁽²⁹⁾.

As drogas e suas respectivas indicações encontram-se no **Quadro 4**.

Quadro 4 – Fármacos e suas indicações	
Fármaco	Indicações
Morfina	Dor, dispneia
Tramadol	Dor
Escopolamina	Estertores <i>pre-mortem</i> , sialorreia, secreções respiratórias, obstrução intestinal
Midazolam	Convulsões, sedação paliativa
Metoclopramida	Náuseas e vômitos
Haloperidol	Náuseas e vômitos por opioides, vômitos em obstrução intestinal, <i>delirium</i>
Levomepromazina	Ansiedade, agitação
Dexametazona	Múltiplas indicações em CP
Octreotida	Obstrução intestinal
Ceftriaxona, cefepima, ampicilina	Infecção
Furosemida	ICC, anasarca, IRA

CP: Cuidados Paliativos; ICC: insuficiência cardíaca congestiva; IRA: infecção respiratória aguda.

Conclusão

Internação domiciliar e Cuidados Paliativos, com enfoque interdisciplinar, obedecendo aos conceitos validados de melhor qualidade de vida aos pacientes e a seus familiares, caracterizam-se como excelentes estruturas para prestar acolhimento integral em situações de terminalidade, oferecendo suporte humanizado, com alívio facilitado dos sintomas físicos, emocionais, sociais e espirituais em ambiente domiciliar. Escalas de ava-

liação de sintomas em Cuidados Paliativos são perfeitamente aplicáveis em domicílio, facilitando sua pronta resolução pela equipe interdisciplinar, sempre com apoio do cuidador principal.

Referências

1. ANVISA (Agência nacional de Vigilância Sanitária). Resolução de Diretoria Colegiada. 11. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
2. BENÍTEZ DEL ROSARIO, M. A.; MARTÍN, A. S. Cuidados paliativos y atención primaria: aspectos de organización. Berlim: Springer, 2000.
3. BRUERA, E. et al. Hypodermoclysis for the administration of fluids and narcotics analgesics in patients with advanced cancer. *J Pain Symptom Manage*, v. 5, n. 218, p. 218-20, 1990.
4. BRUERA, E. et al. The Edmonton Symptom Assessment System (ESAS): a simple method for the assessment of palliative care patients. *J Palliat Care*, v. 7, n. 2, p. 6-9, 1991.
5. BRUMLEY, R. et al. Increased satisfaction with care and lower costs: results of a randomized trial of in-home palliative care. *J Am Geriatr Soc*, v. 55, n. 7, p. 993-1000, 2007.
6. CASTRO, M. M. C. et al. Validade da Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão em pacientes com dor crônica. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, v. 56, n. 5, p. 470-7, 2006.
7. COYLE, N.; CHERNY, N.; PORTENOY, R. Subcutaneous opioid infusion at home. *Oncology*, v. 8, p. 21-7, 1994.
8. DOYLE, D. et al. (eds.). *Oxford textbook of palliative medicine*. Oxford: New York, 2004.
9. DUMITRESCU, L.; HEUVEL-OLAROIU, M.; HEUVEL, W. J. Changes in symptoms and pain intensity of cancer patients after enrollment in palliative care at home. *J Pain Symptom Manage*, v. 34, n. 5, p. 488-96, 2007.
10. DUNLOP, R. Hospital based palliative care teams Oxford University Press. In: *Cancer: palliative care*. London: Springer-Verlag, 1998. p. 2.
11. ECHEVERRI, T. A. El cuidado paliativo en casa al paciente terminal. *MEDUNAB*, v. 4, n. 10, p. 1-11, 2001.
12. FINLAY, I. et al. Palliative care in hospital, hospice, at home: results from a systematic review. *European Society for Medical Oncology*, v. 13, n. 4, p. 257-64, 2002.
13. FLORIANI, C. A.; SCHRAMM, F. R. Atendimento domiciliar ao idoso: problema ou solução. *Cad Saúde Pública*, v. 20, n. 4, p. 986-94, 2004.
14. FLORIANI, C. A.; SCHRAMM, F. R. Desafios morais e operacionais da inclusão dos cuidados paliativos na rede de atenção básica. *Cad Saúde Pública*, v. 23, n. 9, p. 2072-80, 2007.
15. FLORIANI, C. A. Cuidados do idoso com câncer avançado: uma abordagem bioética. In: *Escola Nacional de Saúde Pública*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2004. p. 136.
16. FORNELLS, H. A. Cuidados paliativos en el domicilio. *Acta Bioethica*, v. 6, n. 1, p. 63-75, 2000.
17. FREIRE, H. M. F. Residência terapêutica: inventando novos lugares para se viver. *Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde*. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2006.
18. GLARE, P.; CHRISTAKIS, N. A. Prognosis in advanced cancer. Oxford: Oxford University Press, 2008. p. 439.
19. GLARE, P.; VIRIK, K.; JONES, M. A systematic review of physicians' survival predictions in terminally ill cancer patients. *BMJ*, v. 327, n. 26, 2003.
20. GORT, A. et al. Escala de Zarit reduzida em cuidados paliativos. *Medicina Clínica*, v. 124, v. 17, p. 651-3, 2005.
21. JORDHOY, M. S. et al. A palliative care intervention and death at home: a cluster randomised trial. *Lancet*, v. 356, n. 9233, p. 888-93, 2000.
22. KIRK, P.; KIRK, I.; KRISTJANSON, L. What do patients receiving palliative care for cancer and their families want to be told? A Canadian and Australian qualitative study. *BMJ*, v. 328, n. 7452, p. 1343, 2004.
23. KRUGER, L.; WERLANG, B. O genograma como recurso no espaço conversacional terapêutico. *Aval Psicol*, v. 7, n. 3, p. 415-26, 2008.
24. KURTZ, M. E. et al. A randomized, controlled trial of a patient/caregiver symptom control intervention: effects on depressive symptomatology of caregivers of cancer patients. *J Pain Symptom Manage*, v. 30, p. 112-22, 2007.

25. MALTONI, M. et al. Successful validation of the palliative prognostic score in terminally ill cancer patients. *Journal of Pain and Symptom Management*, v. 17, n. 4, p. 240-7, 1999.
26. MERHY, E. E. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. Rio de Janeiro: Hucitec, 2002. v. 1.
27. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 2529: institui a internação domiciliar no âmbito do SUS. Ministério da Saúde, 2006.
28. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Lei nº 10.424: do subsistema de atendimento e internação domiciliar, complemento da Lei nº 8.080. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
29. MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO. Guia de práctica clínica sobre cuidados paliativos, anexos. 2008, Vitoria-Gasteiz: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco.
30. PARKER, S. et al. A Systematic review of prognostic/end-of-life communication with adults in the advanced stages of a life-limiting illness: patient/caregiver preferences for the content, style and timing of information. *Journal of Pain and Symptom Management*, v. 34, n. 1, p. 81-93, 2007.
31. PIDI (Programa de Internação Domiciliar Interdisciplinar para pacientes oncológicos). Internação domiciliar e cuidados paliativos. 2009 Disponível em: <<http://www.fau.com.br/pidi>>. Acesso em: maio 2009.
32. REZENDE, V. L. et al. Depressão e ansiedade nos cuidadores de mulheres em fase terminal de câncer de mama e ginecológico. *Rev Bras Ginecol Obstet*, v. 27, p. 737-43, 2005.
33. VIGNAROLI, E. et al. The Edmonton Symptom Assessment System as a screening tool for depression and anxiety. *Journal of Palliative Medicine*, v. 9, n. 2, p. 296-303, 2006.
34. WENDT, N.; CREPALDI, M. A Utilização do genograma como instrumento de coleta de dados na pesquisa qualitativa. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, v. 21, n. 2, p. 302-10.
35. WHO (World health Organization). Cancer control: knowledge into action. WHO Guide for Effective Programmes. Geneva: WHO, 2007.
36. WHO (World Health Organization). National Cancer control Programmes: policies and managerial guidelines world, 2002.

Cuidados com feridas e curativos

RENATO RODRIGUES CAMARÃO

Introdução

A abordagem da ferida oncológica pelo profissional da saúde pode seguir duas linhas de ação. A primeira é a abordagem da lesão oncológica como um ente clínico isolado, que exige, por suas características e seu prognóstico ímpares, uma série de condutas e protocolos bem definidos. Essas condutas frequentemente diferem das ações preconizadas para todos os outros tipos de ferida. E elas devem estar bastante claras para todos os profissionais diretamente envolvidos no tratamento das lesões, de modo que os mesmos ofereçam cuidados que deem respostas prontas, efetivas e que atendam as necessidades do doente.

A segunda linha de ação é aquela que satisfaz mais plenamente os princípios gerais dos Cuidados Paliativos. Não se trata da abordagem focada na ferida oncológica, mas na pessoa portadora da lesão. E essa abordagem compreende as dimensões física, psicológica, social e espiritual.

Entre outros estados associados à presença da ferida oncológica, a pessoa portadora geralmente apresenta: sensação de mutilação, rejeição de si mesma, perda da autonomia e da autoestima, medo, tendência à automutilação, déficit de autocuidado, perda da esperança, diminuição da libido por fatores sistêmicos e por déficit de informação^(3, 7, 9).

A ferida determina discriminação e rejeição social desde o âmbito familiar até as atividades produtivas (humilhação, pena, medo, nojo, desagrado). Os pacientes sentem-se "podres por dentro"⁽³⁾, o que os afasta das outras pessoas para não se exporem a comentários desagradáveis, ou temendo rejeição.

O aparecimento da ferida oncológica também tem repercussões no âmbito familiar. É importante ao profissional da saúde considerar que, no câncer, em seu curso avançado, normalmente ocorre a transferência dos cuidados para a família. Esse aumento da sobrecarga tem consequências físicas, psíquicas, sociais e econômicas para cada familiar. Geralmente a atividade profissional do cuidador fica em segundo plano, levando ao desemprego e à desestruturação financeira da família^(13, 21).

Realizar os curativos em domicílio é considerado uma das principais dificuldades encontradas pelos cuidadores⁽¹²⁾.

Depois de analisar esses diferentes aspectos, inserindo paciente, família e sociedade, profissionais, instituições e serviços num funcionamento dinâmico, eficaz e justo, é possível vislumbrar uma resolubilidade maior ao problema da ferida oncológica.

Conceito

As feridas oncológicas são formadas pela infiltração das células malignas do tumor nas estruturas da pele. Ocorre quebra da integridade do tegumento em decorrência da proliferação celular descontrolada que o processo de oncogênese induz, levando à formação de uma ferida evolutivamente exofítica⁽¹⁵⁻¹⁷⁾.

Podem ocorrer por extensão do tumor primário, ou, ainda, por uma metástase; implantação acidental de células na pele durante um procedimento cirúrgico ou diagnóstico; ou invasão de linfonodos próximos ao tumor primário⁽⁶⁾.

O termo "ferida oncológica" não é consensual na literatura. Encontram-se ainda outros nomes, como lesões tumorais, úlceras neoplásicas, feridas malignas e lesões neoplásicas⁽⁶⁾.

Classificação

As feridas oncológicas se classificam:

- quanto à localização e à topografia;
- quanto à origem:
 - primária: origina-se no local do tumor primário;
 - metastática: tem como origem um local de metástase;
- quanto à aparência:
 - fungosa: aparência fungosa, semelhante à couve-flor;
 - ulcerativa: forma crateras;
 - fungosa maligna ulcerativa: apresenta ambos os aspectos;
- quanto ao estadiamento (**Quadro 1**).

Características

As principais características e sintomas locais da ferida são⁽¹⁶⁻¹⁸⁾:

- progressão rápida e inviabilidade de cicatrização;
- hemorragias;
- odor fétido;
- exsudato abundante;
- alto risco para infecção;
- alto risco para miíase;
- presença de necrose tecidual;
- dor;
- prurido;
- agressão do tecido saudável perilesional.

Conduitas

Alguns tratamentos não-específicos são sugeridos para o controle das feridas oncológicas:

- radioterapia: destrói células tumorais; diminui o tamanho da lesão, o exsudato e o sangramento^(4, 18);
- quimioterapia: reduz o tumor e melhora a dor;
- hormonoterapia: diminui a maior parte dos sintomas, quando indicada;
- *laser*: reduz a dor e a necrose tissular.

Quadro 1 – Estadiamento de feridas oncológicas segundo Haisfield-Wolfe e Baxendale-Cox (1999)⁽¹⁷⁾

Estádio 1	Pele íntegra. Tecido de coloração avermelhada e/ou violácea. Nódulo visível e delimitado. Encontra-se em estado assintomático
Estádio 1N	Feridas fechadas ou com abertura superficial por orifícios de drenagem de secreção límpida, amarelada ou de aspecto purulento. Tecido avermelhado ou violácea, lesão seca ou úmida. Pode haver dor e prurido. Não apresenta odor e configura-se sem tunelizações e/ou formação de crateras
Estádio 2	Feridas abertas, envolvendo derme e epiderme. Ulcerações superficiais podendo apresentar-se friáveis, sensíveis à manipulação, com secreção ausente (lesões secas) ou em pouca quantidade (lesões úmidas). Intenso processo inflamatório ao redor, em que o tecido exhibe coloração vermelha e/ou violácea e o leito da ferida configura-se com áreas secas e úmidas. Pode haver dor e odor. Não formam tunelizações, pois não ultrapassam o tecido subcutâneo
Estádio 3	Feridas que envolvem derme, epiderme e subcutâneo. Têm profundidade regular, mas com saliências e formação irregular. São friáveis, com áreas de ulcerações e tecido necrótico liquefeito ou sólido e aderido. Fétidas, secretivas, já com aspecto vegetativo, mas que não ultrapassam o subcutâneo. Podem apresentar lesões satélites em risco de ruptura iminente. Tecido de coloração avermelhada, violácea. O leito da lesão é predominantemente de coloração amarelada
Estádio 4	Feridas invadindo profundas estruturas anatômicas. Com profundidade expressiva, por vezes não se visualizam seus limites. Têm secreção abundante, odor fétido e dor. O tecido ao redor exhibe coloração avermelhada, violácea. O leito da lesão é predominantemente de coloração amarelada

No entanto a terapia tópica específica é a que traz melhores resultados no manejo da úlcera neoplásica.

A ferida oncológica é uma entidade clínica dinâmica e, por esse motivo, exige avaliação diária e preparo adequado da equipe para identificar os sinais presentes ou potenciais de complicação. O paciente, a família e os cuidadores devem ser treinados a identificar essas situações e reportá-las aos profissionais da saúde.

A conduta terapêutica deve ser ajustada às características da lesão, obedecendo aos princípios de cuidados com feridas. A meta principal dessas condutas deixa de ser a cicatrização – que é improvável – e passa a focar: a) o conforto do paciente com relação à ferida; b) a prevenção e o controle dos sintomas locais.

As condutas serão adequadas aos principais sintomas, conforme descrito a seguir.

Hemorragias

Estão relacionadas com o crescimento da rede neovascular na região do tumor, associada muitas vezes à presença de tecido friável, o que favorece o rompimento de vasos.

Os sangramentos podem ser espontâneos ou causados por atividades e procedimentos, como ações de vida diária (banho, cuidados pessoais, movimentação no leito, deambulação), movimentos bruscos, radioterapia local, compressão mecânica, traumatismos, utilização ou retirada dos curativos de forma inadequada, abrasão durante a técnica de curativo ou a realização de desbridamento.

Os principais sítios de sangramento são:

- feridas cutâneas (notadamente lesões de cabeça e pescoço);
- cavidade oral,
- útero/vagina;
- sangramentos gástricos.

Prevenção^(4, 5, 17, 18)

- Manter o meio úmido, evitando a aderência de gazes ao sítio ou à superfície e às bordas da lesão. Para isso pode-se utilizar gaze embebida em soro fisiológico ou gaze com petrolato. Contraindica-se o uso de óleos essenciais, como, por exemplo, os triglicérides de cadeia média (TCM), devido à sua propriedade de estimular a neoangiogênese;

- retirar coberturas de curativo cuidadosamente. Na ausência de sangramento ativo, inspecioná-las buscando sinais de sangramentos anteriores;

- evitar a abrasão do leito da ferida, quando potencialmente sangrante, durante o procedimento de curativo;

- na medida do possível, manter o local da ferida livre de compressões mecânicas;

- restringir os desbridamentos àqueles casos em que o benefício ao paciente seja maior que o risco de hemorragia, e apenas quando houver recursos disponíveis para controlá-la.

Tratamento^(18, 19)

- Avaliar intensidade, origem e causa do sangramento;

- aplicar pressão diretamente sobre os vasos sangrantes com o amparo de gazes ou compressas;

- a aplicação tópica de soro fisiológico gelado realiza hemostasia, principalmente em pequenos sangramentos;

- considerar a aplicação tópica de adrenalina, pela sua ação vasoconstritora;

- aplicar gel de alginato de cálcio com carboximetilcelulose na lesão, com gazes estéreis, ou placa de alginato de cálcio. Depois da aplicação, o curativo com alginato de cálcio deve ser mantido no local por no mínimo 24 horas, a não ser que haja necessidade de outra intervenção no local. Deve-se evitar o contato do alginato de cálcio com as bordas da lesão, devido ao risco de maceração da pele íntegra;

- avaliar a possibilidade de iniciar antifibrinolítico sistêmico, intervenção cirúrgica, sutura, cauterização ou radioterapia hemostática em casos de sangramento intenso;

- em hemorragias grandes ou frequentes, considerar a coleta de exames laboratoriais com vistas a hemotransfusões.

Em caso de sangramento de lesões intravaginais⁽¹⁸⁾:

- realizar irrigação intravaginal com soro fisiológico gelado. Utilizar sonda de nelaton nº 12 lubrificada com lidocaina gel e introduzida com cuidado para não aumentar o sangramento;
- em caso de refratariedade à irrigação vaginal com soro gelado, utilizar duas ampolas de adrenalina diluídas em um frasco de 250 ml de soro fisiológico gelado e realizar irrigação vaginal com essa solução;
- considerar a possibilidade de tratamento antifibrinolítico sistêmico.

Odor fétido

É considerado o sintoma mais castigador das feridas oncológicas em decorrência da sensação de enojamento imputada ao paciente⁽¹⁷⁾. Ocorre devido à colonização bacteriana, principalmente de anaeróbias, no sítio da ferida. As principais causas são a presença de necrose, exsudato abundante associado a curativos de baixa absorção, oclusão dos vasos sanguíneos locais e a consequente redução de oxigênio.

Prevenção

- Controlar o exsudato;
- considerar o risco/benefício de desbridamento.

Tratamento^(8, 17, 18)

A conduta é eleita, mantida ou alterada depois da quantificação do odor (**Quadro 2**).

A avaliação deve ser realizada diariamente. Devem-se sempre levar em conta os relatos e as queixas do paciente, da família e dos cuidadores. No caso de internação em enfermarias conjuntas (mais de um paciente por enfermaria), o relato dos outros pacientes e acompanhantes também é importante.

Quadro 2 – Classificação de odor⁽¹⁸⁾

Grau I	O odor fétido é sentido apenas ao se abrir o curativo
Grau II	O odor fétido é sentido ao se aproximar do paciente, sem abrir o curativo
Grau III	O odor fétido é sentido no ambiente, sem abrir o curativo, e caracteristicamente forte e/ou nauseante

O **Quadro 3** traz a conduta para controle do odor conforme o grau.

É importante cobrir o curativo primário com gaze embebida em petrolato, instalar curativo secundário com coxins ou gazes, a depender da quantidade de exsudato, e ocluir completamente com fita adesiva microporosa ou equivalente.

Recomenda-se observar o padrão alimentar do paciente e elaborar um plano de cuidados que evite a troca de curativos próximo aos horários das refeições.

Quadro 3 – Controle do odor conforme o grau

Odor grau I ⁽¹⁹⁾	<ul style="list-style-type: none">• Proceder à limpeza com solução fisiológica a 0,9%• Deixar gazes embebidas em hidróxido de alumínio ou metronidazol gel no leito da ferida
Odor grau II	<ul style="list-style-type: none">• Proceder à limpeza com solução fisiológica a 0,9%• Irrigar a ferida com solução de metronidazol. Podem-se usar: a) solução injetável diluída em solução fisiológica, na proporção 1:1; b) comprimido de 250 mg macerado e diluído em 50 ml de solução fisiológica• Verificar presença de tecido necrótico endurecido. Se houver, realizar escarotomia• Ocluir a ferida com curativo industrializado de carvão ativado• Na ausência ou impossibilidade do uso de carvão ativado, aplicar metronidazol comprimido de 250 mg macerado ou gel a 0,8% sobre a ferida• Na ausência de qualquer um desses anteriores, instalar gazes embebidas em solução injetável de metronidazol diluída em soro fisiológico na proporção 1:1
Odor grau III	<ul style="list-style-type: none">• Considerar emergência dermatológica• Seguir os passos conforme odor grau II• Associar o uso de metronidazol sistêmico ao tratamento local

Feridas oncológicas de cavidade oral e necrose de base de língua

- Prevenção ou odor grau I:
 - orientar o paciente a fazer bochecho com solução de bicarbonato de sódio no mínimo três vezes por dia;
 - na ausência da solução de bicarbonato, usar: a) metronidazol: solução injetável diluída em solução fisiológica na proporção 1:1; b) metronidazol: comprimido de 250 mg macerado e diluído em 50 ml de solução fisiológica, orientando o bochecho dessa solução no mínimo três vezes por dia.
 - Odor graus II e III, ou pacientes que não conseguem fazer bochecho:
 - utilizar metronidazol comprimido 250 mg;
 - preparar uma solução com um comprimido macerado a cada 50 ml de solução fisiológica;
 - adicionar, a cada 50 ml de solução, uma a duas colheres de sopa de sulfadiazina de prata + meia colher de óleo mineral;
 - misturar até formar uma papa. Aplicar com uma espátula sobre a ferida.
- Para assegurar e melhorar o conforto, devem-se tomar medidas que incluam o controle de odor ambiental, principalmente se houver odor grau III. Entre esses cuidados estão o aporte e a circulação de ar, seja por janelas ou sistema de condicionamento de ar.

Exsudato

A monitoração do exsudato diminui o odor, aumenta o conforto e melhora a autoestima do paciente.

O controle da infecção local e da quantidade de tecido necrótico pode diminuir o exsudato da ferida em alguns casos.

Tratamento^(17, 18)

- Aplicar curativos absorptivos, conforme a quantidade de exsudato. Indica-se gel de alginato de cálcio com carboximetilcelulose, ou a placa seca de alginato de cálcio, no leito da lesão. Deve-se evitar o contato do alginato de cálcio com as bordas íntegras da ferida;

- cobrir com gazes ou coxins (curativo secundário);
- manter a placa de alginato na lesão por no máximo 24 horas;
- trocar o curativo secundário sempre que necessário;
- na ausência de qualquer apresentação de alginato de cálcio, utilizar coberturas primária e secundária com gazes ou coxins, trocando-os sempre que se mostrarem saturados de secreção;

- é importante avaliar aumento na frequência de trocas. Deve-se ter cuidado com sangramento nesses casos;

- em caso de secreção purulenta em grande quantidade, principalmente quando associada a odor fétido, considerar a utilização de antibiótico sistêmico, de acordo com os protocolos institucionais e com as indicações para odor grau III.

Miíase

É uma dermatozoonose causada pela presença de larvas de insetos, mais comumente moscas, em órgãos e tecidos humanos^(5, 17, 18). Pode ser classificada, pela localização, em cutânea, subcutânea e cavitária⁽⁶⁾.

Prevenção

- Controle ambiental: utilização de sistemas de condicionamento de ar; instalação de telas protetoras em portas e janelas nos locais de exposição ao ar ambiente; protocolos e ações adequados de limpeza e higiene da unidade;

- controle do odor e do exsudato da ferida;
- na presença de ostomias, orientar a proteção do orifício com gaze ou outro tecido fino, ou com bolsas apropriadas para esse fim, no caso de risco de exposição aos insetos.

Tratamento^(5, 17, 18)

- Utilizar antiparasitário por via oral (VO). Recomenda-se ivermectina 6 mg, um comprimido por VO/30 kg de peso, em dose única;

- limpeza rigorosa da ferida;

- retirada mecânica das larvas, quando possível. Atenção ao risco de sangramento;

- troca de curativos com maior frequência, até que haja controle de odor e exsudato e a certeza de que todas as larvas foram eliminadas;
- detectar possível infecção secundária e necessidade de antibioticoterapia sistêmica.

Dor

A dor pode estar localizada na própria ferida oncológica, ou aparecer em decorrência dessa. Está relacionada com os seguintes fatores⁽²¹⁾:

- infiltração do tumor em áreas inervadas;
- compressão de tecidos e nervos devido ao crescimento do tumor;
- necrose tecidual localizada como resultado da invasão tumoral;
- exposição de terminações nervosas no local da lesão;
- procedimentos invasivos de diagnóstico e tratamento; realização de técnicas de curativo inadequadas;
- instalação de curativos compressivos ou inadequados no local;
- complicações ocasionadas pelo próprio tratamento, como infecções e inflamação tecidual;
- incapacidade de movimento ou alinhamento corporal inadequado determinados pela presença da ferida oncológica.

Há alguns desafios no controle da dor. Um deles é sua própria natureza complexa e pluricausal e suas expressões^(1, 4, 13). O outro é o convívio cotidiano e passivo dos profissionais da saúde com a dor do outro^(13, 19).

A dor terá tratamento adequado apenas quando for prioridade⁽¹³⁾.

Prevenção e tratamento^(17, 18)

- Monitorar a dor. Recomenda-se a escala visual analógica (EVA);
 - realizar analgesia prévia ao procedimento de curativos: 30 minutos em analgesia VO ou subcutânea (SC); 5 minutos para a via endovenosa (EV); início imediato para a via tópica;
 - irrigar o curativo com soro fisiológico a 0,9% antes da retirada do mesmo. Removê-lo delicadamente, com atenção às expressões de dor do paciente;
 - empregar técnica cautelosa, sem abrasão mecânica do leito ulcerado;
 - considerar a necessidade de aplicação de gel anestésico sobre o leito da ferida.
- Recomenda-se lidocaína gel a 4%;
- utilizar coberturas que mantenham a umidade no leito da ferida;
 - comunicar e discutir com a equipe os casos de sofrimento algíco que fogem ao controle da conduta preconizada.

Prurido

Algumas classificações e escalas de dor consideram o relato de prurido um grau de dor.

A dor e o prurido na ferida oncológica possuem várias causas em comum. Em alguns casos, a falta de proteção à pele íntegra perilesional pode levar a irritação e consequente prurido^(5, 17, 18).

PREVENÇÃO E TRATAMENTO^(18, 19)

- Investigar alergias prévias do paciente;
- pesquisar se a causa do prurido é decorrente de alergia aos produtos utilizados no curativo ou à fita adesiva. Nesse último caso, utilizar fita hipoalergênica microporosa^(2, 10, 11, 14);
- controlar o exsudato (que é potencialmente agressivo à pele íntegra);
- considerar o uso de dexametasona pomada a 0,1% no local referido, ou a necessidade de terapia sistêmica nos casos mais persistentes.

Necrose tecidual

O desbridamento da ferida oncológica deve ser considerado com muito bom senso, e essa possibilidade deve passar por rigorosa análise de cada caso pela equipe interdisciplinar. Levam-se em consideração a extensão da área a ser desbridada, a presença de infecções locais, a vascularização e neovascularização do local, os riscos para o paciente (cujo principal é o sangramento durante ou após o procedimento) e os benefícios (diminuição de volume de feridas fungosas, controle de odor refratário às terapias padronizadas)^(17, 18).

A presença de necrose tecidual é um fenômeno comum na ferida oncológica, sendo discutível se há alguma forma de preveni-la.

Tratamento^(17, 18)

- Proceder ao desbridamento enzimático primeiramente e, se necessário, ao cirúrgico posteriormente. Para se realizar o desbridamento enzimático é necessário determinar a área de necrose a ser desbridada em relação à área total da ferida;
- limpar a ferida com soro fisiológico a 0,9% em jato de alta pressão;
- se houver área de necrose seca, proceder à escarificação da mesma pela técnica de quadrículação;
- aplicar hidrogel sobre a área de necrose com o auxílio de gazes. O hidrogel facilitará o desbridamento autolítico no local;
- na ausência de hidrogel, utilizar papaína gel ou creme diretamente sobre o leito da ferida. A concentração da papaína será proporcional à área de necrose a ser retirada (**Quadro 4**);
- cobrir usando gazes ou coxins.

O processo de desbridamento enzimático exige acompanhamento atencioso e inspeção frequente por parte da equipe. Deve ser interrompido sempre que houver qualquer sinal de hemorragia na lesão.

Quadro 4 – Concentração de papaína com relação à área de necrose⁽¹⁸⁾

Papaína a 10% a 12%	Necrose na maior parte da lesão
Papaína a 6%	Necrose em 50% da lesão
Papaína a 2%	Necrose na menor parte da lesão

Cuidados com a pele perilesional^(18, 19)

A pele perilesional deve ser inspecionada diariamente, a cada troca de curativos^(2, 10, 11, 14, 17), limpa com soro fisiológico e seca cuidadosamente, sem abrasões. Em seguida, usa-se um dos produtos a seguir, dependendo da extensão de pele a ser protegida, das condições da ferida e da disponibilidade desses produtos.

- Hidrocoloide em placa ou gel:
 - pode-se usar curativo transparente para fixar a placa;
 - aplicar o gel com o auxílio de gases. Trocar diariamente, pois seca mais rápido.

 - Triglicérides de cadeia média:
 - aplicar gases embebidas em TCM, com cuidado para que o mínimo do produto escorra para o leito da ferida.

 - Vitamina A:
 - aplicar a vitamina A de forma semelhante ao TCM;
 - a vitamina A estimula a reepitelização rápida, devendo, portanto, ser usada com parcimônia.

 - Creme de sulfato de zinco:
 - aplicar em toda a borda da perilesão. Não oferece riscos se cair no leito da ferida. Além dos cuidados já propostos, deve-se fazer o controle da infecção e do exsudato, posto que interferem diretamente sobre a pele íntegra.
- Nas feridas ou fístulas cutâneas altamente exsudativas, considerar o uso de bolsas coletoras^(6, 17).

Referências

1. ARANTES, A. C. L. Q. A terapêutica da dor intratável no câncer terminal. Revista Einstein. São Paulo: Hospital Israelita Albert Einstein, 2005.
2. BORGES, E. L. et al. Feridas: como tratar. Belo Horizonte: Coopmed Editora Médica, 2001.
3. BRAGANÇA, A. T. N. M. O acolhimento como promoção da saúde entre pacientes com câncer. 2006. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Rio Grande do Norte, 2006.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Cuidados paliativos oncológicos: controle da dor. Rio de Janeiro: INCA, 2001.
5. CANDIDO, L. C. Nova abordagem no tratamento de feridas. São Paulo: Editora SENAC-SP, 2001.
6. CREMESP. Cuidado paliativo. Coordenação institucional de Reinaldo Ayer de Oliveira. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2008.
7. FEIJÓ, A. M. et al. Mudanças relacionadas à sexualidade nos pacientes oncológicos submetidos ao tratamento radioterápico. Projeto de Pesquisa. Rio Grande do Sul: Universidade Federal de Pelotas, 2007.
8. FIRMINO, F. et al. O controle do odor em feridas tumorais através do uso de metronidazol. Revista Prática Hospitalar, v. IV, n. 24, p. 30-3, 2002.
9. GUTIÉRRES, M. G. R. et al. Natureza e classificação das intervenções de enfermagem em ambulatório de quimioterapia de adultos. Revista Latino-Americana de Enfermagem, v. 8, n. 3, p. 33-9, 2000.
10. HESS, C. T. Tratamento de feridas e úlceras. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso Ed., 2002.
11. JORGE, S. A. et al. Abordagem multiprofissional no tratamento de feridas. São Paulo: Atheneu, 2003.
12. KALINKE, L. P. et al. As dificuldades apresentadas por cuidadores familiares de pacientes oncológicos em cuidados domiciliares: uma visão da enfermagem. Paraná: Universidade de Tuiuti, 2006.

13. LEÃO, E. R.; CHAVES, L. D. Dor: quinto sinal vital. 2. ed. Rio de Janeiro: Martinari, 2007.
14. MANUAL DE TRATAMENTO DE FERIDAS. Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP). Hospital das Clínicas. Grupo de Estudos de Feridas, 1999.
15. OTTO, S. E. Oncologia. Rio de Janeiro: Reichmann Et Affonso, 2002.
16. POLETTI, N. A. A. et al. Feridas malignas: uma revisão de literatura. Revista Brasileira de Cancerologia, n. 48, n. 3, p. 411-7, 2002.
17. PROTOCOLO DE ENFERMAGEM PARA O ATENDIMENTO DE FERIDAS TUMORAIS MALIGNAS CUTÂNEAS. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, Gerência de Atenção Domiciliar, Núcleo Regional de Atenção Domiciliar de Sobradinho (NRAD), Equipe de Cuidados Paliativos. Brasília-DF, 2009.
18. PROTOCOLO MULTIDISCIPLINAR DE TRATAMENTO DE FERIDAS E ESTOMIAS DO HOSPITAL DE APOIO DE BRASÍLIA. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, Hospital de Apoio de Brasília, Núcleo de Enfermagem, Comissão de Educação Permanente do Núcleo de Enfermagem. Brasília-DF, 2007.
19. SILVA, L. M. H.; ZAGO, M. M. F. O cuidado do paciente oncológico com dor crônica na ótica do enfermeiro. Revista Latino-Americana de Enfermagem, v. 9, n. 4, 2001.
20. STERN, T. A.; SEKERES, M. A. Facing cancer: a complete guide for people with cancer, their families and caregivers. New York: McGraw-Hill Companies, 2004.
21. TULLI, A. C. P.; PINHEIRO, C. S. C.; TEIXEIRA, S. Z. Dor oncológica: os cuidados de enfermagem. Revista da Sociedade Brasileira de Cancerologia, v. 7, n. 1, 1999.

Cuidado com ostomias

ANALICE ASSIS CUNHA

As palavras ostomia, ostoma, estoma e estomia, de origem grega, significam boca ou abertura e são utilizadas para indicar a exteriorização de qualquer víscera oca do corpo por meio de ato cirúrgico, ou seja, a abertura que passa ter contato com meio externo.

Segundo a Associação Brasileira de Ostomizados (ABRASO), estima-se que no Brasil há cerca de 50 mil ostomizados e 10 mil inscritos no Programa de Ostomizados do Sistema Único de Saúde (SUS).

As causas que levam à realização de uma ostomia são:

- neoplasias;
- traumas abdominais;
- doenças inflamatórias;
- doenças congênitas.

Dependendo da etiologia da doença, o cirurgião indica a realização de uma ostomia temporária ou definitiva. A realização desse procedimento acarreta uma série de mudanças na vida diária do paciente e da família, sendo necessário um cuidado de enfermagem.

O paciente terá de conviver com a mudança fisiológica e todas as implicações decorrentes dessa alteração.

Principais cuidados no pré-operatório:

- apoio psicológico;
- demarcação;
- preparação da área para cirurgia;
- conhecimento da indicação do dispositivo;
- realização de teste de sensibilidade com o dispositivo indicado.

Pós-operatório imediato:

- visualizar efluentes;
- não exercer pressão abdominal;
- primeira troca deve ser realizada pela equipe de enfermagem, com higiene criteriosa;
- realizar o corte do dispositivo (bolsa coletora) do tamanho exato do estoma.

Tipos de ostomias

Alimentação

- Gastrostomia – procedimento cirúrgico ou percutâneo que consiste na confecção de uma fístula entre o estômago e o exterior através da parede abdominal com colocação de um cateter;

- jejunostomia – inserção de um cateter com 20 a 30cm no duodeno-jejuno com finalidade descompressiva ou para alimentação, sendo a indicação mais usada.

Eliminação

- Colostomia – procedimento que promove desvio do trânsito intestinal, mediante a construção de um ânus artificial na parede abdominal, permitindo a eliminação de fezes e gases;

- ileostomia – exteriorização do íleo terminal, geralmente no quadrante inferior direito do abdome, para desvio do trânsito intestinal ou como porção terminal do tubo digestivo;

- urostomia – intervenção cirúrgica que consiste em desviar o curso normal da via urinária.



Figura 1 – Ostoma intestinal⁽¹⁾

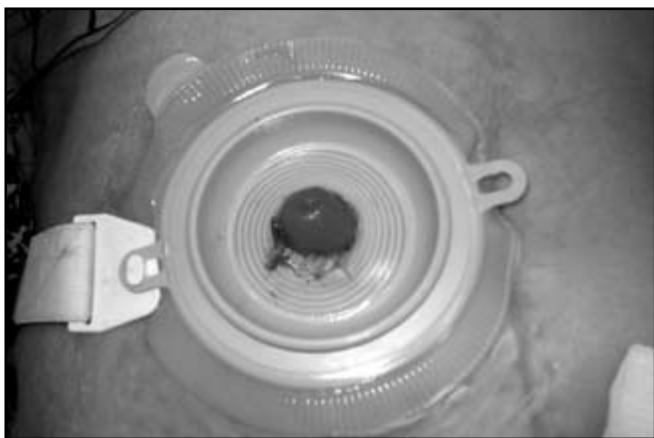


Figura 2 – Ostoma intestinal⁽¹⁾

Cuidados com o estoma

- Observar cor (vermelho-vivo), brilho, umidade, presença de muco, tamanho e forma, fazer a higiene do estoma durante o banho com água e sabão, sem esfregá-lo. Nunca usar substâncias agressivas à pele, como álcool, mertiolate, benzina, colônia, pomadas ou cremes, benjoim, pois podem favorecer o ressecamento da pele e o processo alérgico;
- tomar cuidado com insetos, que podem ter acesso ao estoma;
- evitar roupas apertadas e com elástico;
- caso ocorra alguma alteração, procurar serviço médico.
- sugerir que regularmente se esvazie e se limpe a bolsa, para maiores segurança e conforto nos momentos mais íntimos.

Independentemente de ser definitivo ou temporário, esse procedimento acarreta mudanças na vida do paciente e na imagem corporal, sendo necessária a intervenção da equipe de enfermagem.

O enfermeiro deverá fornecer informações que facilitem a adaptação à nova condição de vida, estimular o autocuidado e ser o elo de informação entre o ostomizado e a família ou cuidador, facilitando, assim, reabilitação, valores pessoais e autoestima do paciente.

O profissional de enfermagem deve trabalhar também crenças, medos e tabus, produzindo a manutenção dos convívios profissional, social e familiar e acompanhando a adaptação à nova condição de vida do doente.

Complicações em ostomias

- Hérnia: abaulamento ao redor do estoma;
- isquemia e necrose: alteração da cor do estoma, resultante da circulação sanguínea deficiente;
- sangramento ou hemorragia: pouco frequente, pode decorrer de hemostasia inadequada, tanto na parede abdominal como na mucosa da alça intestinal;
- edema: complicação comum, pode ser considerado pelo trauma cirúrgico ou manuseio da alça intestinal no trajeto aberto da parede abdominal;
- estenose: estreitamento do estoma, produzido por circulação sanguínea deficiente ou má cicatrização.
- prolapso: exteriorização ou protusão de segmento da alça intestinal que desliza na parede abdominal, ocorrendo falha na sua fixação.

Objetivos da intervenção da enfermagem

- Garantir o tratamento do ostomizado e de sua família;
- ajudá-lo no processo de adaptação;
- escolher e ajustar dispositivos de modo individualizado, evitando expor o cliente e a família;
- instruir o ostomizado sobre a utilização do material ou dieta;
- promover autoestima e autocuidado para facilitar a reabilitação;
- promover a participação ativa da família em todo processo desde o diagnóstico.

Os cuidados de enfermagem ao ostomizado, quando iniciados nos momentos do diagnóstico e da indicação cirúrgica, tendem a minimizar o sofrimento e facilitar a reabilitação do paciente.

O enfermeiro deve ter uma visão holística, de forma a criar capacidade para que o paciente desfrute de uma qualidade de vida igual ou melhor à de antes do estoma.

Existem três elementos fundamentais no cuidar de pacientes ostomizados:

- ter conhecimento teórico sobre doença, tratamentos e seus efeitos;
- empatia e autoconhecimento;
- habilidade, prática e experiência no cuidado.

Autoestima e autocuidado facilitam a reabilitação do paciente (**Figura 3**).

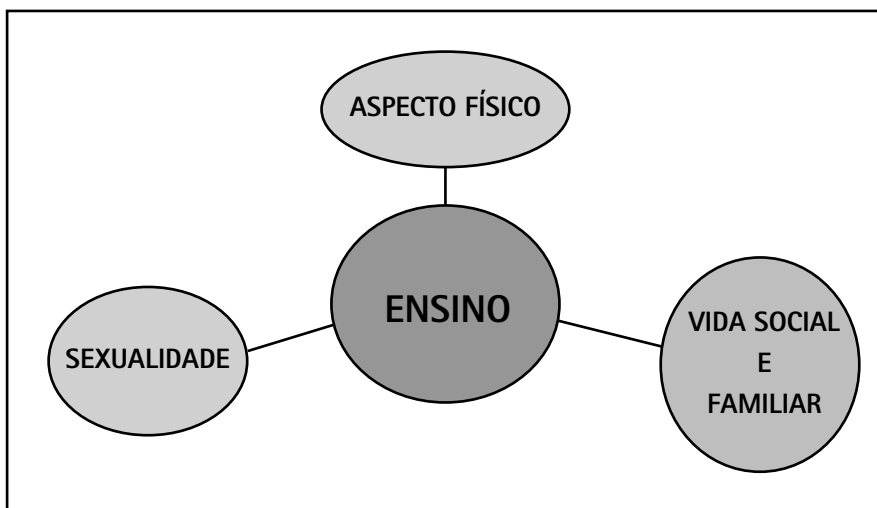


Figura 3 – Aspectos importantes a considerar na orientação do paciente ostomizado

TROCA DO DISPOSITIVO

- Limpar bem a pele periestoma, retirando o resíduo;
- medir o tamanho do estoma. A placa que é colada no abdome pode ser recortada e, como possui marcação de fábrica, permite escolher qual o tamanho compatível com o orifício do estoma;
- cortar o dispositivo sem deixar pele exposta, sempre três milímetros maior que o estoma;
- aderir o dispositivo à pele;
- a primeira troca deve ser realizada por um profissional de enfermagem e assistida por um cuidador ou familiar para esclarecer todas as dúvidas;
- incentivar o autocuidado, além do apoio emocional;
- orientar a família a retirar os dispositivos.



Figura 4 - Bolsa coletora adequadamente posicionada e fixada, material distribuído pelo SUS, permitindo a drenagem de resíduos
SUS: Sistema Único de Saúde.

Referências

1. FIGURAS E IMAGENS SOBRE ESTOMAS. Assistência em estomaterapia do Hospital do Servidor Público Estadual.
2. GEOVANINI, T.; OLIVEIRA JR., A. G. Manual de curativos. 2. ed. rev. e ampl. São Paulo: Corpus, 2008.
3. ORIENTAÇÕES SOBRE OSTOMIAS. Disponível em: <http://www.abraso.org.br/site>.
4. ORIENTAÇÕES SOBRE OSTOMIAS. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/publicações/ostomias.pdf>. Acesso em: 2009.
5. SANTOS, V. L. C. G.; CESARETTI, I. U. R. Assistência em estomaterapia:cuidando do ostomizado. São Paulo: Atheneu, 2001. p. 113-32.
6. SIMÕES, I. Cuidados de enfermagem ao doente ostomizado. Revista Referência. São Paulo, n. 9, nov. 2002.

Higiene e conforto

IVANYSE PEREIRA

Introdução

Falar sobre higiene em Cuidado Paliativo pode parecer redundante quando pensamos num contexto hospitalar. No entanto, se partirmos do princípio de que Cuidado Paliativo é uma filosofia de atendimento, muito mais do que o espaço físico que nos cerca, a higiene parecerá ter pertinência para ser abordada num capítulo que se propõe a abordar o conforto do paciente.

A palavra higiene origina-se do grego *hugieinós* ("que ajuda a manter a saúde"). Entende-se por higiene um conjunto de práticas de limpeza tanto com o corpo quanto com o ambiente em que se vive. Durante séculos, as normas de asseio inexistiram. Foram necessárias epidemias e consequentes perdas humanas para que boas práticas higiênicas fossem incorporadas ao cotidiano da humanidade (Silva, 2004). Ainda hoje há sociedades que vivem em condições precárias de salubridade e com grandes problemas de saúde pública.

Em Cuidados Paliativos, a tônica não é diferente quando se fala em higiene. O que muda nessa modalidade de atendimento é que os padrões higiênicos preconizados em saúde pública devem ser adaptados ao conjunto de valores socioculturais do paciente. Com a adequação dos conceitos de higiene (do científico e contemporâneo com o individual e cultural) surge o conforto do paciente.

A equipe que assiste o paciente e sua família deverá realizar análise sistemática e contínua do plano de cuidados, objetivando sempre um planejamento assistencial viável, inclusive economicamente.

Com o declínio clínico e/ou psicológico dos pacientes, os cuidados voltados para higiene e conforto físico vão obtendo dimensões cada vez maiores em consequência da perda de autonomia e dificuldade do autocuidado. Essa realidade faz com que os pacientes sob Cuidados Paliativos tenham grande demanda por ajuda, seja ela parcial ou integral, para a manutenção de higiene corpórea, integridade da pele, asseio pessoal, estética (necessária para assegurar a sua dignidade) e manutenção de seus papéis sociais ante si mesmo e a família. Lembrar que essa dignidade deve ser estendida também ao preparo do seu corpo depois do óbito.

As práticas que usualmente têm mais impacto na higiene e no conforto físico dos pacientes estão apresentadas no **Quadro**.

Higiene do ambiente

Como higiene do ambiente entende-se um conjunto de práticas que faça a manutenção da ventilação do ambiente, sua iluminação adequada e a limpeza do espaço físico sem desvinculá-lo da identidade do paciente. Os apontamentos descritos aqui podem ser

Quadro – Práticas mais comuns para higiene e conforto

- Higiene do ambiente
- Banho de aspersão (de chuveiro)
- Banho no leito
- Higiene do couro cabeludo
- Higiene oral e íntima
- Adequação da cama e sua arrumação
- Troca de fraldas
- Tricotomia facial
- Massagem de conforto
- Mudança de decúbito
- Readequação do vestuário

adaptados desde para instituições hospitalares com enfermaria de Cuidados Paliativos até hospedarias e domicílios; no entanto é importante lembrar que higiene do ambiente abrange todos os espaços por onde o paciente circula. O conjunto de práticas objetivando a redução do número de infecções hospitalares ou comunitárias não é fator secundário na execução da assistência ao paciente sob Cuidado Paliativo. O espaço físico onde o paciente está acomodado deve favorecer conforto, acolhimento e proteção de riscos externos à sua condição clínica atual.

Em uma instituição hospitalar, a flexibilidade nos horários de visitas, a companhia permanente no quarto com entrada de crianças e um espaço no qual as famílias possam relacionar-se umas com as outras são medidas importantes para que o Cuidado Paliativo aconteça de fato. O maior desafio das instituições hospitalares talvez seja criar normas que possibilitem a entrada de pertences pessoais e adaptações no quarto de acordo com os desejos do paciente, pois há barreiras legais a serem transpostas. A permissão para a colocação de plantas, fotografias e objetos pessoais de decoração são medidas possíveis e com implicações pequenas no controle das infecções hospitalares.

A liberação de animais para visita hospitalar é outra medida de conforto que também poderia ser oferecida aos pacientes em Cuidados Paliativos; no entanto ainda carece de regulamentação e reflexão dos profissionais da saúde sobre o assunto no Brasil. Nos EUA, a entrada de animais de estimação nos hospitais e *hospices* segue um protocolo específico, produzido pela American Veterinary Medical Association (AVMA)⁽⁴⁾. Animais saudáveis, vacinados e bem-cuidados não necessariamente transmitem doenças. Com bom senso e algumas precauções, os benefícios das atividades e terapias com animais de estimação geralmente superam os riscos, especialmente entre crianças e idosos.

No domicílio, a higiene do ambiente deve partir do valor cultural familiar e da agregação de novas práticas orientadas pelo enfermeiro que assiste o paciente sob Cuidado Paliativo. Reconhecer e entender as limitações da família não nos exige de promover uma mudança comportamental no núcleo familiar e em suas práticas de limpeza. Caberão aos profissionais as orientações sobre remoção da poeira com pano úmido e limpeza da cama

e dos utensílios utilizados com o paciente. Fazer junto com o cuidador familiar mostra que a mudança é possível.

Desde 2004, a Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) tem em seus protocolos de controle de qualidade um programa de vigilância em infecção para o atendimento domiciliário e *hospice*⁽⁴⁾. No estado de São Paulo, a Associação Paulista de Estudos e Controle de Infecção Hospitalar (APECIH) publicou, em 2004, um livro com orientações de prevenção e controle de infecções em assistência domiciliária, instituições de longa permanência e outras modalidades de atendimento à saúde⁽²⁾. Embora a modalidade *hospice* não tenha sido citada, as orientações para instituições de longa permanência são passíveis de adequação e utilização nesse modelo⁽²⁾.

Uma supervisão adequada dessa prática é demonstrada na **Figura 1**.

✓ Instituição <input type="checkbox"/>	✓ Animais: possui? <input type="checkbox"/>
✓ Domicílio <input type="checkbox"/>	tem contato com o paciente? <input type="checkbox"/>
	são vacinados? <input type="checkbox"/>
✓ Ventilação: possui janelas? <input type="checkbox"/>	✓ Visita hospitalar: foi liberado? <input type="checkbox"/>
elas se abrem facilmente? <input type="checkbox"/>	
✓ Iluminação: o paciente fecha os olhos para enxergar? <input type="checkbox"/>	
a luz incide diretamente sobre o paciente? <input type="checkbox"/>	
✓ Piso: possui tacos soltos? <input type="checkbox"/> É encerado? <input type="checkbox"/>	
é passível de limpeza com água e sabão? <input type="checkbox"/>	
✓ Limpeza: quem executa? _____	
realizada diariamente? <input type="checkbox"/>	
remove pó de móveis e utensílios? <input type="checkbox"/>	

Figura 1

Banho de aspersão

A execução do banho de aspersão demanda que o paciente tenha grau de sustentação corpórea condizente com as estruturas físicas do ambiente. Por exemplo: barras de sustentação, tapetes antiderrapantes, suporte para frascos de soros, entre outros acessórios que possam facilitar a permanência do paciente sob o chuveiro em posição ortostática. O banho de aspersão também possibilita que a higienização do couro cabeludo seja realizada com mais praticidade e conforto para o paciente.

Enquanto o banho no leito pode representar a oficialização do declínio das funções cognitivas ou funcionais do paciente, o de aspersão pode ser considerado por muitos pacientes uma prova de autonomia e enfrentamento da progressão das doenças degenerativas. Ele também pode ser um marcador do nível de independência do paciente. Dependendo do estágio de reconhecimento e enfrentamento da doença, ele poderá ser relutante ao banho no leito e optar pelo de aspersão em posição ortostática, ainda que seja desprovido de condições físicas que assegurem a execução dessa técnica.

Embora seja difícil para uma unidade de internação separar os pacientes segundo critérios de demanda de cuidados, não é boa prática deixar pacientes sob Cuidados Pali-

tivos dependentes junto daqueles mais independentes para as atividades de vida diária: invariavelmente um padrão de comparação se estabelece e os sentimentos de impotência e tristeza aumentam gradativamente.

Para a realização do banho de aspersão há que se ter a garantia de segurança da integridade física do paciente. Por isso é necessário checar a existência de barras de apoio e se no piso do banheiro existem falhas, descolamentos e superfícies cortantes. Os banhos de aspersão em posição ortostática com auxílio de uma ou duas pessoas, ou com o uso de chuveirinho ou em cadeira higiênica, são opções muito utilizadas para os pacientes sob Cuidados Paliativos.

As cadeiras higiênicas apresentam vários modelos e preços. Um modelo acessível é o com adaptador universal para os diversos assentos de vaso sanitário. Sempre que possível, opte por um assento almofadado para prevenção de dor no momento do banho. Pacientes emagrecidos têm mais dificuldade para adaptar-se aos assentos de polipropileno, com consequente dor e pontos de pressão na região trocantérica, portanto vale a pena improvisar com cadeiras de marfinito, fazendo furos na base para o escoamento da água, inclusive.

Nos idosos, por terem a pele mais fina, mais permeável e com menos pelos, portanto menos protegida contra infecções, o cuidado com a temperatura da água e o uso de hidratantes depois do banho são fundamentais. A secagem dos pés após o banho dificulta a proliferação de fungos e bactérias, causadores de odores desagradáveis e infecções.

O banho, antes de ser uma prática higiênica, deve ser prazeroso, relaxante e revigorante. Num banho de aspersão no qual o paciente se desgasta, sofre com dores e solavancos, vale refletir sobre a possibilidade de realizá-lo no leito. Afinal, Cuidado Paliativo é conforto.

Banho no leito

Habitualmente indicado para o paciente acamado, muitas vezes torna-se uma prática também utilizada para aqueles com sensação de extrema fadiga e/ou quadro de depressão. O medo de deambular, o esforço desencadeador de dor e o isolamento social também são situações em que o banho no leito tem indicação.

Em casa, o banho no leito muitas vezes é a única prática higiênica possível. Banheiros compartilhados e distantes da cama, bem como o seu difícil acesso, ainda são realidades da prática assistencial. E se considerarmos que nas construções atuais o espaço é cada vez mais otimizado, o cuidador tem dificuldades para transitar com a cadeira higiênica pelos cômodos da casa. Por esse motivo os profissionais da saúde deveriam ter menos restrição e/ou resistência à execução do banho no leito nos pacientes sob Cuidados Paliativos.

Conversar sobre o assunto com paciente e cuidador costuma eliminar problemas e possíveis medos. O paciente tem o direito de escolher a melhor prática para si. O profissional da saúde tem a obrigação de prestar as informações necessárias para uma escolha com melhores benefícios. A oferta de uma cadeira higiênica, a garantia de um suporte de oxigênio ou mesmo a presença de um familiar junto no banho, além do incentivo ao banho de aspersão (chuveiro), podem auxiliar o paciente na sua tomada de decisão.

O banho no leito, até pela sua adaptação ao mobiliário, consome mais tempo em sua execução. No entanto, pequenos detalhes fazem a diferença na extensão do procedimen-

to, como a avaliação da necessidade de mais de uma pessoa para realizá-lo e a organização do material (água quente, sabonete, toalhas etc.) previamente ao procedimento. Os pacientes queixam-se do procedimento quando existe manipulação prolongada de seu corpo, quando a água esfria e no modo como são tocados durante o processo, desencadeando dor no momento e perdurando por horas.



Figura 2

Bordim e Fonseca⁽¹⁾ verificaram que o banho no leito no paciente inconsciente, ou seja, com dependência total dos profissionais de enfermagem, gastou o tempo médio de 50 minutos quando realizado somente por um profissional. Quando, porém, conta-se com dois profissionais, este tempo médio foi reduzido para 14 minutos.

Embora o foco do trabalho citado seja economia de tempo, em Cuidado Paliativo, ter duas pessoas realizando o banho é importante para minimizar o desconforto do paciente. Em nossa experiência, quanto mais os minutos finais se aproximam, mais suavidade se faz necessária durante todo e qualquer procedimento. Na dependência do quadro clínico que se apresenta, procedimentos simples, como movimentar as articulações para a higienização do corpo, podem tornar-se demorados em função do tempo do paciente, e não da execução da técnica.

De modo geral, não se indica o uso de sabonetes perfumados, talcos e óleos perfumados, pois podem causar alergia, especialmente em pacientes que evoluem com quadro de caquexia. No entanto se, para o paciente, utilizá-los for importante, melhor negociar o uso e observar. Uma maneira de preservar a hidratação natural da pele durante o banho é acrescentar óleo de girassol ou de canola (ricos em ácidos graxos essenciais [AGE] insaturados) à água de enxágue, que é facilmente encontrado em supermercados, tem baixo custo e é inodoro. No mercado há grande oferta de AGEs insaturados com complementação de vitaminas. Esse seguimento, em franca expansão, ainda tem um custo considerável e que onera o orçamento das famílias com pacientes acamados no domicílio.

Higiene do couro cabeludo

A higiene do couro cabeludo promove maior conforto ao paciente e previne o acúmulo de escamas seborreicas, muito comuns quando se está acamado por tempo prolongado.

Para o paciente acamado, sem possibilidade de ser levado para o banho de aspersão, a higiene deve ser realizada duas vezes por semana e sempre com dois cuidadores para agilizar o procedimento. A lavagem frequente do couro cabeludo ajuda a evitar a ocorrência de piolhos, principalmente nos pacientes que moram em casas adaptadas, sem saneamento básico e espaço reduzido. O exame do couro cabeludo (pacientes acamados podem desenvolver úlceras por pressão no couro cabeludo) e a indicação de produtos especiais para tratamento de alterações do tecido epitelial são questões que não devem passar despercebidas pela equipe multiprofissional.

Existem dispositivos próprios para o procedimento no leito com um mínimo de manipulação. No entanto, são dispositivos que ainda têm custo elevado para uma parcela significativa da população brasileira. Os membros da equipe deverão orientar a adaptação do leito para o apoio de uma bacia plástica para o escoamento da água morna utilizada no procedimento.

A higiene do couro cabeludo exige treinamento do cuidador para que seja realizada no leito. O quarto deve estar fechado, a temperatura do ambiente, compatível com a corporal e a circulação de ar, contida.

Higiene oral

Comer é uma maneira de se conectar à vida. Então, cuidar da higiene oral é fundamental; é pelo paladar que se inicia essa conexão. Pacientes com dentes devem utilizar escova com cerdas macias e, preferencialmente, pequena ou infantil. A indicação do tamanho da escova justifica-se pelo fato de que nem sempre o paciente consegue expandir a musculatura facial, permitindo a higiene completa dos dentes molares. Escovas menores permitem maior alcance dentário sem muito esforço do paciente. Na presença de dentes amolecidos ou sangramento gengival, oriente o cuidador a

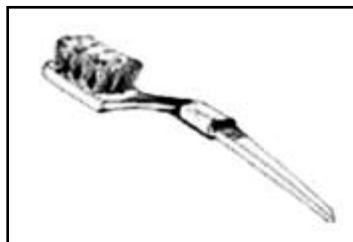
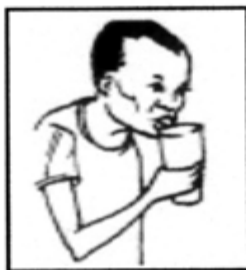


Figura 3



realizar a higiene delicadamente e sem pressão. A contenção de sangramentos pode ser feita com o uso de água gelada e compressa de gaze embebida em soro fisiológico (SF) a 0,9% gelado.

Pacientes que não se alimentam por via oral também devem ter a higiene oral realizada quatro vezes ao dia. Na ausência de dentes, uma gaze embebida em água bicarbonatada a 10% e enrolada no dedo indicador deve ser utilizada para a higiene da gengiva e da língua, de maneira suave.

Higiene íntima

A limpeza adequada das regiões genital e anal contribui para a prevenção de corrimentos e vulvovaginites. Nos pacientes acamados, especialmente do sexo feminino, devido à proximidade entre o ânus, a vagina e a uretra, a troca de fraldas deve ser frequente e a higienização da genitália, seguir os seguintes passos: afaste com os dedos polegar e indicador os grandes lábios e proceda à limpeza da vulva e do períneo, obedecendo ao sentido vagina-ânus. Isso previne problemas decorrentes do contato com fezes, urina e outros irritantes que podem provocar infecção. Para os pacientes acamados do sexo masculino, a higiene íntima deve contemplar tração do prepúcio, higiene local com água e sabonete e redução da membrana, a fim de evitar a balanopostite. No uso de fraldas descartáveis, deve-se realizar a troca a cada seis horas, no máximo, para prevenir as dermatites por fralda, também conhecidas por dermatite de contato⁽³⁾. As de algodão, embora mais trabalhosas para limpar, absorvem melhor a transpiração, com consequente redução das dermatites.

Arrumação da cama

Pacientes mais dependentes devem ter, sobre o colchão normal, um que favoreça maior circulação sanguínea e consequente prevenção de úlceras por pressão. No mercado há uma variedade de colchões que oferece boa relação entre conforto e prevenção de úlceras por pressão, no entanto há que se ter claro que o paciente é o usuário e ele é quem deve determinar se lhe é confortável ou não. Um colchão de última geração e com múltiplos benefícios tecnicamente descritos nem sempre é a melhor escolha. Com o paciente sob Cuidado Paliativo, a prioridade deve ser o conforto, o que necessariamente não está relacionado com melhor tecnologia reparadora.

De modo geral, os colchões terapêuticos de espuma lacunar ou perfilada, mais conhecidos como "colchão caixa de ovos", são mais acessíveis por conta do custo relativamente baixo e pela facilidade em encontrá-los em casas de colchões e hipermercados. Outro benefício é a lavagem da espuma, caso algum acidente ocorra com o paciente, e é importante que os profissionais da saúde saibam orientar a limpeza. Esses colchões têm prazo de validade de seis meses de uso.

Os lençóis devem estar perfeitamente esticados sobre a cama, livres de pregas e rugas que machucam a pele, além de ser trocados quando estiverem molhados. Sempre que possível, manter lençóis de algodão para melhor absorção da umidade. Se o paciente recebe sua alimentação no leito, eleve a cabeceira e, ao final, inspecione a

cama para remover quaisquer resíduos de alimento que, eventualmente, tenham caído durante a refeição.

Qualquer sinal de hiperemia na pele deve merecer maior atenção. Proteja a região avermelhada com hidratantes, faça massagens que irão ativar a circulação e, se possível, exponha a região ao calor. A higiene rigorosa da pele é a maior arma que se tem para se prevenir ou deter a evolução de uma escara. Por isso, em caso de pequena lesão aberta, essa deve ser lavada com água e sabão, e não sofrer pressão de nenhuma espécie.

Readequação do vestuário

As roupas devem ser confortáveis, simples de se vestir e adequadas ao clima e aos desejos do paciente. Sempre que possível, dê preferência aos tecidos de algodão, por serem macios e permitirem melhor movimentação. Resíduos de produtos químicos usados na lavagem das roupas podem ser causa de irritações na pele. O uso de tecidos sintéticos e inflamáveis e de colchetes, correntes e alfinetes deve ser abolido, evitando, com isso, possíveis acidentes e traumatismos.

É importante também que, para o paciente impossibilitado de manifestar sua sensibilidade à temperatura externa, o profissional esteja atento para a colocação ou retirada de agasalhos, orientando o cuidador familiar para que também esteja atento a essas necessidades no domicílio.

É importante que os cuidadores mantenham a calma no auxílio do vestuário. Pacientes sob Cuidado Paliativo se cansam com facilidade e, por isso mesmo, é importante manter vestimentas simples, com aberturas laterais ou frontais, e uso de velcro para fechamento. Quanto a pacientes limitados a cadeiras de rodas ou poltronas, optar por roupas confortáveis, largas, especialmente nos quadris. Para aqueles com lesões extensas de pele, independentemente da causa, as orientações dizem respeito a adaptações de roupas e camisolas: as mangas podem ser desmembradas do corpo da roupa e adaptadas ao corpo do paciente por meio dos dispositivos anteriormente citados.

Mudanças de decúbito

De maneira ideal, a mudança de decúbito deve ser realizada pelo menos a cada duas horas. No entanto, a mobilização no leito na fase final de vida deve ser criteriosa:

- observe as condições do colchão no qual o paciente repousa. Como elemento norteador para maior conforto do paciente, ouça o que ele próprio pensa sobre a sua acomodação;
- avalie a dor para a execução de movimentos simples. Se com movimentos simples houver dor, escolha outras maneiras de prevenção de maiores agravos;
- observe se os lençóis estão esticados e se não há excesso de cobertores na cama;
- verifique a pele do paciente, sua hidratação e quais os pontos de pressão; use coxins, apoios macios e hidrocoloides (ver capítulo sobre feridas) para proteger as áreas com risco aumentado para abertura de lesões. Pacientes com lesões ósseas, por exemplo, não serão mobilizados com essa frequência;

- para o Cuidado Paliativo no domicílio, orienta-se o cuidador a fazer uma tabela com horários para as mudanças de decúbito em associação a uma escala de avaliação de dor. O objetivo é sempre conciliar formas de prevenção de maiores agravos com o máximo conforto do paciente, incluindo aí a ausência de dor.

Considerações finais

A reflexão para os cuidados de higiene e conforto no Cuidado Paliativo deve partir de que planejamento do cuidar passa sempre pela questão do tempo do indivíduo e suas possibilidades de futuro. O tempo do nosso paciente é certamente diferente daquele de quem dele cuida. O desconforto e a dor no cuidado geralmente são entendidos como uma ponte para melhora e recuperação breve. E quando se fala em melhora, geralmente a ideia remetida é a perspectiva de cura. No entanto, para o paciente sob Cuidado Paliativo, fora de possibilidade de cura, mas com a realidade de viver intensamente o que o tempo lhe concede, geralmente a barganha não vale a pena. Cabe à equipe estabelecer um canal de comunicação com o paciente, mantendo bom vínculo de confiança para o estabelecimento de práticas de conforto, medidas reais e concretas. O mais importante é não conformar-se com o cuidado básico; é necessária a reavaliação diária e constante para que o conforto impere. Lembrar que no cuidado não cabe culpa; e se ela surgir, há que se ter uma reflexão da prática assistencial e uma escuta mais atenta para valores e desejos do paciente. Planejar para o outro o que o profissional deseja para si não pode ser a regra; e se houver regra, essa deve ser sempre a de respeitar o que o paciente deseja, o que ele julga melhor para si.

Um paciente nunca é igual ao outro, ainda que a manifestação da doença seja igual para a maioria. Enxergar a singularidade de cada paciente é o que nos guia para o seu conforto.

Referências

1. BORDIM, L .C.; FONSECA, A. Mensuração do tempo gasto para a realização dos cuidados de enfermagem no departamento de clínica cirúrgica de um hospital privado, 2005.
2. COUTINHO, A. P. et al. (coords.). Prevenção e controle de infecções associadas à assistência médica extra-hospitalar: ambulatórios, serviços, diagnósticos, assistência domiciliar e serviços de longa permanência. São Paulo: Associação Paulista de Estudos e Controle de Infecção Hospitalar, 2004.
3. HASHIMOTO, M. R. K. Estudo retrospectivo das condutas de enfermagem para assaduras na região abrangida pelas fraldas de recém-nascidos. 1997. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 1997.
4. RHINEHART, E.; MCGOLDRICK, M. Infection control in home care and hospice. 2. ed. London: Jones and Bartlett Publishers International, 2006.

Providências práticas para toda a família

LETÍCIA ANDRADE

Introdução

Em Cuidados Paliativos pressupõe-se que no final da vida equipe e família já tenham estabelecido um vínculo adequado e que os dois lados já tenham ciência das possibilidades e dos próprios limites. Porém esse vínculo nem sempre é possível, apenas se efetiva quando há tempo hábil, espaço e interesse de ambas as partes. Muito se fala de vínculos entre paciente e família ou entre paciente e cuidador, mas pouco da necessidade de confiança mútua entre paciente/família e equipe de cuidados.

O reconhecimento de limites e possibilidades de cuidado e atenção de todos os envolvidos na questão (paciente, família e equipe) é o ponto crucial para que a assistência proposta surta o efeito desejado. Afinal, esse reconhecimento traz a tranquilidade necessária para a equipe atuar adequadamente, não exigindo e solicitando demais ou de menos da família e do paciente, sem ir além do que cada um pode oferecer. A "justa medida" deve ser buscada e pode ser obtida, visto que em nenhum momento o cuidar pode representar uma imposição e o ser cuidado deve ser sempre uma possibilidade, e não uma tortura.

No que se refere à equipe, é imprescindível a clareza com relação ao que o serviço se compromete a oferecer. Dessa forma, é extremamente importante a abordagem junto à família sobre o tipo de atenção dispensada, horário de funcionamento, o que se espera do cuidador familiar, critérios de dispensação de medicamentos, frequência das consultas ou visitas domiciliares etc.

O reconhecimento de limites e possibilidades, o controle adequado da dor e do desconforto, a ciência do diagnóstico, a possibilidade de optar pelo local de sua própria morte, se assim desejar, e o tempo para realização dos últimos desejos e resolução de pendências legais podem garantir a tão almejada qualidade de vida nos momentos finais e uma morte digna.

Os estágios (ou fases) pelos quais supostamente passam os pacientes em processo de finalização de vida, tão bem exposto nos primeiros estudos sobre o tema por Klüber-Ross⁽³⁾, ainda nos oferecem nos dias atuais parâmetros para melhor cuidado e atenção aos pacientes. A surpresa, a negação, a barganha, a revolta e a aceitação são ainda passíveis de serem reconhecidas nos pacientes e, no nosso entender, nas famílias destes.

Não é necessário dizer que não há passagem obrigatória pelas fases citadas, mas a importância do conhecimento das mesmas se dá no intuito de compreendê-las para melhor atender paciente e família, já que nem sempre o "desconhecimento" a respeito da doença é uma realidade. Em algumas situações estamos lidando com a negação, e nem sempre a busca de uma segunda opinião ou o não-crédito com relação ao que é explicado pela equipe revela uma família difícil ou não-aderente, mas traduz a surpresa pelo diagnóstico e pelas afirmações de que o tratamento curativo não é mais possível. A não-aceitação do tratamento proposto e a recusa de medicação e medidas de conforto, que tanto angustiam familiares e equipe, podem ser apenas revolta pela finalização da vida, pela impossibilidade de cura e pela inexistência de tanto tempo de vida como cada um gostava

ria de determinar. E, finalmente, a tristeza, o recolhimento em si mesmo, a necessidade que alguns pacientes apresentam de ficarem sozinhos, em silêncio, de não participarem das atividades em família e de estarem mais consigo mesmos não necessariamente se caracterizam como sinais de depressão, mas sim de aceitação da situação que vivenciam e de desligamento progressivo da vida.

Com esse entendimento não há por que esperar ou incentivar uma participação mais ativa do paciente na rotina da casa e nas conversas familiares, pois é possível que não haja mais esse interesse; não há por que cobrar uma adesão cega ao tratamento. Em algumas situações, outras dores trazem preocupações ainda maiores do que as físicas, e não há motivo para se falar tanto e tantas vezes sobre diagnóstico e prognóstico, pois família e paciente já o sabem e, às vezes, já não querem mais ouvir sobre o assunto. É imprescindível lutar contra a conspiração do silêncio (atitude que nega ao paciente e às vezes à família a ciência do diagnóstico), mas também é necessário reconhecer quando parar de abordar o assunto.

É preciso perceber quando o excesso de detalhes e informações e a insistência no processo de finalização de vida passam a ser uma verdadeira tortura para quem ouve em vez de fonte de conhecimento e preparo para família e paciente.

Atualmente a conspiração do silêncio vem sendo substituída pelo que denominamos de ditadura da verdade: atitude marcada pela insistência dos profissionais em abordarem centenas de vezes junto a familiares e pacientes a proximidade da morte como se eles não soubessem o que os aguarda.

Cada família e paciente devem ser vistos como únicos e ter suas necessidades atendidas da forma mais adequada possível, mesmo quando essas não são condizentes com as da equipe de atendimento.

A grande preocupação e o foco do assistente social em Cuidados Paliativos nessa fase final de vida podem ser resumidos em garantia da qualidade de vida nos momentos finais, morte digna para o paciente e auxílio na manutenção do equilíbrio possível para a família.

Tal equilíbrio familiar refere-se ao respeito a tudo o que já foi mencionado e também ao trabalho efetivo junto às famílias de não somente entendê-las, mas, e principalmente, de junto a elas propor alternativas que amenizem o sofrimento e a preocupação enfrentados.

Pendências e providências legais

As orientações e providências tomadas junto ao paciente estão, obviamente, relacionadas com o grau de consciência e o poder de decisão mantidos por ele. Se consciente e lúcido, o paciente deve ser ouvido a respeito de últimos desejos, pendências e providências cuja resolução depende de sua vontade e anuência. Testamentos, registros de filhos, regularização de uniões, obtenção de tutelas e curatelas demandam tempo e profissionais tecnicamente preparados para orientações seguras e adequadas. Tais providências devem ser tomadas junto ao paciente e seu familiar mais próximo, e legalmente autorizadas, evitando-se que essas situações, que porventura não sejam adequadamente resolvidas, possam trazer preocupações e dificuldades nos momentos finais. Cabe ao assistente social propiciar essa abordagem a fim de que o paciente seja orientado na busca do profissional indicado.

São necessários cuidados especiais no que se refere a situações de famílias monoparentais (famílias compostas por um único indivíduo adulto acompanhado de seus filhos menores)⁽⁷⁾, quando é o adulto que está sob Cuidados Paliativos: a guarda dos filhos deve ser adequadamente trabalhada e decidida ouvindo-se o paciente em questão. O Conselho Tutelar da região e a Vara da Infância devem ser acionados em casos de conflito pela guarda ou inexistência de responsável.

Estresse do cuidador familiar ou informal

Denominamos cuidador^(4, 6) aquele familiar ou responsável pelo cuidado ao paciente, sendo o principal responsável por receber orientações e esclarecimentos da equipe, assim como se constituindo em elo entre paciente e equipe para algumas demandas. Em nossa prática cotidiana percebemos que o cuidador principal⁽²⁾ geralmente é o mais envolvido no cuidado, por isso o mais sujeito a estresse e sobrecarga. Por esse motivo reafirmamos sempre a necessidade, quando possível, da divisão de tarefas e responsabilidades entre os familiares mais próximos, evitando-se assim a sobrecarga de apenas um indivíduo.

Se para o paciente os cuidados com o controle da dor, do desconforto e demais sintomas são sempre presentes, nem sempre nos atentamos para algumas situações que parecem simples mas causam grande estresse para a família. Essas situações que podem ser, senão evitadas, contornadas pela atuação dos profissionais, referem-se a falta de sono do paciente à noite, delírios, desinformação sobre diagnóstico, preconceito com relação ao uso de determinados medicamentos e conflitos familiares anteriores à doença, que só tendem a ser exacerbados em situações de estresse.

No trabalho cotidiano com pacientes sob Cuidados Paliativos e suas respectivas famílias é quase rotina o relato de que os pacientes não dormem durante a noite, solicitam a presença do cuidador o tempo todo e parecem ter medo de permanecer sozinhos, considerando que alguns até relatam tal dificuldade. Como parece ser uma ocorrência que não diz respeito à equipe, mas sim somente à rotina da residência, nem sempre atentamos para o fato de que o descanso do cuidador é imprescindível para a manutenção da saúde física e mental e para a garantia do cuidado adequado ao paciente. Se não há possibilidade ou interesse de divisão de tarefas, o fato de o paciente não dormir à noite (seja pelos efeitos colaterais da medicação, pela forma como esta está distribuída nos horários noturnos ou por medo) representa também a impossibilidade de descanso para o familiar, que no decorrer do dia terá a seu cargo todas as tarefas que lhe competem e à noite será novamente impedido de descansar. Essa rotina, em pouquíssimo tempo, leva à exaustão do cuidador e à impossibilidade de manutenção dos cuidados adequados.

Reunião familiar

É sempre indicada a realização de uma reunião de família com o objetivo de clarificar os demais membros sobre a proximidade da morte e de uniformizar as informações, geralmente centralizadas no cuidador principal. Essa prática quase sempre traz tranquilidade para o indivíduo, que passa a não se ver como único detentor de informações e angustiado pela cobrança dos demais familiares pela cura que não

vem. A realização dessa reunião deve ser uma prática adotada pelas equipes de atenção em Cuidados Paliativos, principalmente nos âmbitos hospitalar, ambulatorial e de enfermaria, onde geralmente a presença de somente um ou dois familiares mais próximos ao paciente é possível, o que invariavelmente impossibilita a participação de outros interessados.

No domicílio é mais comum, principalmente nos dias finais, a presença de mais pessoas que se envolvem no cuidado, estando mais esclarecidas sobre o processo de doença ou de morte pelo qual passa o paciente.

As situações em que há mais de uma família envolvida, nos casos de uniões anteriores, o cuidado na abordagem é imprescindível. Nem sempre as separações ocorreram de forma consensual e há casos em que a mágoa ainda permanece em ambos os lados. Quando é desejo do paciente rever antigos companheiros ou filhos distantes pela separação anterior, tal providência deve ser tomada em consonância com a família atual, do contrário essa atitude poderá exacerbar conflitos antigos ou fazer surgir novas mágoas. Como já afirmado, cabe à equipe o auxílio na manutenção do equilíbrio familiar, na perspectiva de que este se mantenha após o falecimento do paciente.

Ocorrência da morte no domicílio

Se o foco é sempre a manutenção da qualidade de vida nos momentos finais, morte digna e garantia do equilíbrio familiar possível, a morte no domicílio do paciente sob Cuidados Paliativos hoje representa grande ponto de discussão.

Nem todo paciente tem condições de falecer em casa, nem todos optam por isso e nem todas as famílias podem aceitar tal desenlace. Se por um lado morrer no domicílio pode trazer conforto para o paciente por estar em um ambiente que lhe é familiar, respeitando seus desejos e estando próximo da família, por outro pode causar extrema angústia para os familiares que estarão mais perto, por trazer a sensação de impotência ou de não ter feito o suficiente, podendo acarretar complicações no processo de luto dos envolvidos⁽¹⁾.

Além disso, o significado de morte, o quadro clínico do paciente, a organização da família e as questões burocráticas devem ser bem avaliados pela equipe em conjunto com a família. A agonia respiratória, a dispneia, a possibilidade de sangramento e a dor incontrolável são sempre fatores que inviabilizam a morte em casa por causarem demasiado sofrimento para paciente e familiares. Quanto ao paciente, estar em casa pode proporcionar sofrimento maior do que o esperado e passível de ser controlado no ambiente hospitalar, e, com relação à família, a sensação de não ter evitado a dor ou de ter sido responsável por tamanha agonia é a causa do sofrimento.

Mesmo que tudo tenha sido minuciosamente explicado, a razão nesse momento não se sobrepõe à emoção de se presenciar tamanha dor. Por esse motivo, essa situação não deve ser imposta com a justificativa de que era um desejo do paciente; se esse desejo não for extensivo à família e se as situações citadas não forem adequadamente abordadas, a ocorrência da morte em casa constituir-se-á em violência para paciente e família e, a nosso ver, irresponsabilidade da equipe.

Além disso, as questões burocráticas que se apresentam devem ser antecipadamente solucionadas: a família deve ter informações precisas sobre o que fazer logo

após o óbito, a quem recorrer para a obtenção da declaração de óbito e os procedimentos de praxe (própria equipe, médico da família, ou, na impossibilidade desses, comunicar à delegacia mais próxima do bairro), serviços funerários disponíveis na região, documentos exigidos e todas as demais questões burocráticas que nem sempre são explicadas e que trazem tantos transtornos quando não encaminhadas da forma adequada. Sugere-se que o assistente social atuante na equipe elabore uma cartilha de orientações com as informações necessárias a ser distribuída na reunião de família ou em intervenções próximas ao falecimento do paciente. Nessa cartilha é importante constar as informações apresentadas no **Quadro**.

Quadro – Sugestão de informações que devem constar na cartilha de orientações sobre o óbito

		Observações
Documentos do paciente a serem apresentados na ocorrência do óbito para a obtenção do atestado de óbito	Cédula de identidade (RG), CPF, certidão de nascimento ou casamento e comprovante de residência (para que o endereço seja obtido de forma precisa)	O atestado de óbito deve ser fornecido pelo médico que vinha prestando assistência ao paciente, desde que não haja suspeita de morte violenta ou inesperada ⁽⁵⁾ . No caso de impossibilidade, outras alternativas devem ser criadas conjuntamente entre equipe e família
Documentos a serem apresentados no serviço funerário	Além dos documentos acima acrescidos do atestado de óbito, cartão do INSS (aposentadoria ou pensão) e documentos comprobatórios de posse de túmulo (se houver)	Lembrar que o familiar que irá providenciar a documentação e a compra do serviço para o sepultamento também deve estar de posse de sua documentação pessoal com foto (cédula de identidade)
Serviço funerário	Endereços e telefones das agências funerárias da região ou do município com horário de funcionamento	Atentar para o fato de que nem todas as agências atendem 24 horas e acrescentar informações de como realizar o sepultamento gratuito para os casos em que haja essa necessidade, lembrando-se sempre de que tal prerrogativa é um direito garantido por lei

RG: registro geral; CPF: cadastro de pessoa física; INSS: Instituto Nacional do Seguro Social.

Representações e significado da morte

Diante do exposto cabe aos profissionais entender e respeitar o significado da morte para paciente e família: questões religiosas devem ser sempre abordadas, e crenças, que em uma análise superficial parecem sem sentido, consideradas pela equipe na avaliação sobre o local onde ocorrerá o óbito. Por exemplo: resguardados os devidos cuidados e preparos, indica-se o domicílio como local mais indicado para o óbito nas situações em que a religião professada pelo paciente regulamenta que somente um membro designado pelo grupo religioso poderá tocar no corpo após o falecimento. Já nos casos em que se espera que não haja a ocorrência de autópsia para preservação do corpo e, tanto a equipe quanto a família não conseguirão garantir o fornecimento do atestado de óbito, o mais indicado é que o paciente faleça durante uma internação programada, em que a equipe tenha ciência do caso e possa auxiliar adequadamente nesses momentos finais.

Nas situações em que, apesar de todo o trabalho realizado pela equipe, o núcleo familiar não consegue perceber a morte daquele indivíduo como uma ocorrência natural, mas a vivencia como uma situação extremamente traumática, não há por que incentivar o óbito no domicílio, mesmo que seja esse o desejo do paciente. Deve-se abordar tal assunto demonstrando o quanto essa ocorrência pode ser traumática para esses familiares e o quanto isso pode representar um processo de luto complicado para os que ficam. Há que se respeitar a autonomia do paciente, mas essa autonomia é sempre relativa e partilhada quando se vive em família e principalmente quando se vive uma situação de dependência de outrem, como nos casos de doenças em fase final de cuidados.

Deve existir um cuidado especial por parte da equipe nas situações em que há envolvimento de crianças, e caso seja um dos pais que está sob Cuidados Paliativos. É um direito de o indivíduo deixar ou recusar a participação de seus filhos em seu processo de morte. Muitos adultos ainda optam por seus filhos pequenos não estarem próximos quando ocorrer o óbito, não com o intuito de negar a morte, mas de não forçá-los a presenciar esse desenlace. Essa participação nunca deve ser motivo de insistência da equipe com a justificativa de que é necessária a naturalização da morte: paciente e família são autônomos para decidir o que querem para si e para seus filhos e devem ter o direito de, até o final, definir qual a imagem que querem que seus filhos mantenham de si próprios.

Conclusão

Com as informações e orientações apresentadas é necessário que o assistente social tenha disponibilidade de oferecer sempre apoio e escuta. Tempo disponível e espaços adequados, físicos e emocionais, devem fazer parte da rotina desse profissional que atende em Cuidados Paliativos. Em algumas ocasiões só é necessário estarmos junto da família, ouvir, entender e esperar, não há mais o que ser dito, quando tudo já foi explicado, não há mais o que "cobrar" quando tudo já está sendo feito. E é essa a abordagem mais difícil: a necessidade que temos de nos mostrar ativos, em intervenções e atividades constantes, faz-nos esquecer de que às vezes só é necessário estarmos presentes, e o não fazer já é, por si só, uma ação.

Referências

1. COLIN, M. P. Luto: estudos sobre a perda na vida adulta. São Paulo: Summus Editorial, 1998.
2. DUARTE, Y. A. O.; DIOGO, M. J. D. Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico. São Paulo: Atheneu, 2000.
3. KLUBER-ROSS, E. Sobre a morte e o morrer. São Paulo: Martins Fontes, 1969.
4. LAHAN, C. F.; ANDRADE, L. O cuidador. In: JACOB FILHO, W. Avaliação global do idoso. São Paulo: Atheneu, 2005. p. 171-80.
5. LAURENTI, R.; MELLO J.; HELENA P. O atestado de óbito. São Paulo: Centro Brasileiro de Classificação de Doenças. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, 1996.
6. SANTOS, S. M. A. Idosos, família e cultura: um estudo sobre a construção do papel do cuidador. Campinas: Alínea, 2003.
7. VITALE, M. A. F. Famílias monoparentais: indagações. In: Rev. Serviço Social e Sociedade. São Paulo: Cortez, XXIII, n. 71, p. 45-62, 2002.

As últimas 48 horas de vida

ARIEL DE FREITAS QUINTÃO AMÉRICO

"Como é morrer?"

"a gente entra em coma? Dói?..."

"...como são as últimas horas?"

Introdução

Muitas questões envolvem os últimos momentos de vida. As incertezas são a absoluta verdade dos momentos que cercam a morte. Detalhes pequenos são questionados, ora devido ao humano desejo de controle, ora por questões espirituais, ora por questões desconhecidas da nossa consciência.

Ter controle da situação reduz a possibilidade de variação, o medo e a ansiedade. Questões pessoais antigas são redimensionadas e podem se dissolver pela proximidade do fim esperado.

As últimas horas costumam ser inundadas de tristeza, melancolia e saudade. Desejos de paz, boa partida e boa hora.

Assim como o nascimento, o momento da morte é único e sozinho. Cuidadores e familiares o descrevem de forma sucinta como um momento de muito sofrimento, mesmo quando os sintomas estão bem controlados.

A conceituação precisa do início das últimas horas não é exata na literatura. Entretanto, essa definição transcende a necessidade real, que é a identificação desse momento cercado de sintomas exacerbados e que exige alteração do planejamento de tratamento e cuidado contínuo.

As últimas horas do paciente em fase final de vida são a continuidade da evolução progressiva de sinais e sintomas. Entretanto, devemos estar preparados para o aparecimento de novas causas de sofrimento, tanto para o paciente quanto para a sua família.

O uso de recursos terapêuticos de forma fútil ou obstinada (repetição de exames, uso de respiradores, infusão de medicamentos vasoativos e outros procedimentos essenciais à manutenção de funções vitais) deve ser evitado, pois seus efeitos são nocivos e os benefícios são menores. Submete as pessoas a mais dor e sofrimento do que sua própria doença lhe provocaria. Isso acontece nos ambientes em que não se aceita a morte como evento natural e esperado, ou onde os profissionais têm medo de infundada responsabilização civil ou criminal⁽²⁾. O uso desmedido desses recursos pode resultar num número crescente de pessoas completamente dependentes do suporte hospitalar de última geração, sem possibilidade de contato com sua família e sem individualidade, como em situações de internação em centros de terapia intensiva.

A morte não deve ser antecipada nem adiada⁽¹⁾⁽²⁾.

Esses fatos vitimam qualquer sistema de saúde, com custos elevados e sofrimento da equipe. Esta, ao final de tudo, experimenta grande frustração por não poder alcançar o objetivo que lhe parece único: o da imortalidade.

Cuidados Paliativos das últimas horas

Compreendem o conjunto de condutas e cuidados com o paciente que se encontra em rápido declínio funcional, por causa irreversível, nos seus momentos finais. O objetivo que devemos ter nessa fase é promover o controle dos sintomas de forma completa, prevenir os agravos das últimas horas de vida, suavizar a agonia final, além de evitar tratamentos que possam ser considerados fúteis nessa fase. Devem-se evitar investigações clínicas e procedimentos que não se prestem exclusivamente a melhor compreensão e manejo dos sintomas.

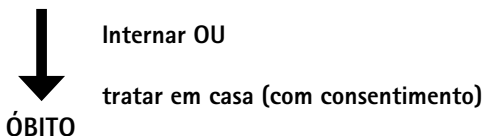
Reconhecer o processo de morte é uma das tarefas mais difíceis no campo da medicina. É perceber que, a partir de um determinado momento da evolução de um doente, as disfunções são irreversíveis e todo tratamento que tenta o prolongamento da vida implica prolongamento do sofrimento. As atitudes recomendadas são preservar a vida, sem tornar o tratamento mais sofrido que a própria doença, e atender prioritariamente às necessidades do doente em termos de alívio de sintomas⁽¹²⁾.

O quadro clínico do doente (**Quadro 1**) deve ser reavaliado, se possível duas ou mais vezes ao dia. Novas decisões devem ser consideradas sempre que necessário.

Nas últimas horas, o paciente se torna progressivamente mais "ausente" da vida. Não consegue mais se comunicar, alimentar-se ou movimentar-se. Até mesmo a expressão facial, muitas vezes sugestiva de dor ou sofrimento, torna-se difícil de ser interpretada. Os familiares percebem a gravidade e irreversibilidade do quadro. Quando esse momento é calmo, tanto pelos cuidados ao paciente, quanto pela resposta do mesmo aos tratamentos, a espiritualidade da família pode transformar o momento de partida. Então, a morte acontece com serenidade.

Quadro 1 – Quadro clínico das últimas horas

- | |
|---|
| • Fase final (últimas 48 horas) |
| • Anorexia e nenhuma ingestão de líquidos |
| • Imobilidade |
| • Alteração cognitiva e sonolência e/ou <i>delirium</i> |
| • Mioclônus |
| • Dor |
| • Colapso periférico, falências funcionais |
| • Ronco final |



Principais sinais, sintomas e tratamento das últimas horas da vida

Quando todos os sintomas que serão apresentados se exacerbam e começa a emergir quadro de morte próxima e irreversível, a sobrevida média do doente é de horas a dias.

Esse quadro é chamado de últimas 48 horas, processo ativo de morte, agonia terminal, ou simplesmente agonia⁽²⁾.

Os sintomas mais indicativos dessa fase e sua conduta são descritos a seguir.

Anorexia

Nas últimas 48 horas, as atividades metabólicas estão diminuídas, ocasionando uma anorexia fisiológica. O doente pode não ter nenhuma ingestão de alimentos, e a aceitação de líquidos se torna progressivamente mais difícil. Forçar a alimentação por meio do uso de sondas enterais pode ser considerado um procedimento iatrogênico, na medida em que provoca desconforto físico, tanto pela presença da sonda em si como por novos sintomas que podem surgir, como náuseas, vômitos, risco elevado de aspiração brônquica, sensação de plenitude e desconforto abdominal. A falta completa de aceitação de líquidos nas últimas horas é bem tolerada pelo paciente.

CONDUTA

A hidratação artificial nessa fase deve ser cuidadosa para evitar acúmulos e edemas desnecessários, assim como quadros de congestão pulmonar e desconforto respiratório. A via subcutânea (SC) pode ser a melhor escolha, principalmente em ambiente domiciliar. Suporta um volume de até 1.500 ml diários de soluções isotônicas num mesmo ponto de infusão⁽⁴⁾. Hidratar os lábios com gaze molhada ou cubos de gelo pode ser confortante⁽¹⁾.

Imobilidade

Característica muito comum aos doentes em final de vida. O doente não consegue mais se movimentar. Contudo, deve-se movimentá-lo cuidadosamente a fim de evitar desconfortos.

CONDUTA

A equipe e os cuidadores domiciliares devem ser muito bem treinados para realização da movimentação passiva do doente e auxílio ativo nas transferências, as quais devem ser evitadas por serem muito desconfortáveis e dolorosas nessa fase. Familiares devem ser orientados quanto à limitação desse momento. Insistências e tentativas desnecessárias devem ser evitadas.

Ordens explícitas sobre prevenção de úlceras de pressão, mobilização, cuidados com pele e mucosas, mobilização passiva não devem faltar às prescrições. Familiares devem ser estimulados a tocar no paciente como forma de expressar carinho, conversar ainda que o mesmo não esboce respostas, e evitar conversas desagradáveis no ambiente. Deve-se manter o quarto o mais calmo possível, estendendo-se também às atitudes de todos os membros da equipe de saúde. Todas as alterações de condutas, intercorrências e impressões do caso devem ser anotadas no prontuário.

Sonolência

No final, o doente dorme praticamente todo o tempo, embora continue sendo despertável em alguns raros momentos. Pode se comunicar precariamente, abre os olhos com muita dificuldade e momentaneamente, retornando ao sono a seguir.

CONDUTA

Esse sintoma é esperado nas últimas horas e não justifica redução ou suspensão das doses de sedativos. Entretanto, a avaliação dos medicamentos deve ser considerada se a sonolência surgir concomitante ao início do uso dos medicamentos.

Alterações da cognição

Sintoma frequente na maioria dos pacientes, variando em intensidade. Nessa fase, a memória e o raciocínio se deterioram. As respostas são demoradas e, por vezes, inadequadas ou inexistentes. Em alguns momentos, podem surgir visões, alucinações e experiências sensoriais diferentes. O doente fala com pessoas que não vemos, comunica-se com parentes mortos há muito tempo, sinais que podem ser avaliados do ponto de vista místico por familiares. Seu olhar se torna fixo e muito profundo.

Nas últimas horas, podem surgir quadro de *delirium* e agitação motora, ou simplesmente um rebaixamento progressivo do nível da consciência, caracterizando um semicoma e coma que antecedem a morte. O *delirium* terminal, frequente em 80% dos pacientes com câncer avançado na última semana, é sinal de deterioração funcional significativa e indica a proximidade da morte. O *delirium* da fase final pode estar relacionado com vários fatores como hipóxia, variações tóxico-metabólicas como uremia, encefalopatia hepática, infecções, desidratação, acúmulo de medicamentos como os opioides, anticolinérgicos e diazepínicos⁽³⁾.

CONDUTA

Alterações da cognição e pequenas alucinações devem ser toleradas. Intervenções medicamentosas são recomendadas quando o *delirium* se torna agitado e representa ameaça ao conforto e à segurança do doente. São elas:

- instituir uma hidratação de até 1.000 ml/dia pode prevenir a instalação do quadro. Pode-se optar em fazê-la no período noturno;
- reavaliar e ajustar dose dos opioides, em torno de 20% a 30% abaixo da dose anterior, nos casos de oligúria/anúria, dando preferência às infusões contínuas ou opioides de curta ação;
- utilizar medicamentos que devem ser ajustados de acordo com a necessidade. Neurolépticos em baixas doses são suficientes para controlar o *delirium*⁽⁴⁾ na maioria dos casos, podendo a dose ser ajustada de acordo com a demanda individual (**Quadro 2**). Os medicamentos podem ser usados por via parenteral contínua, controlada por bomba de infusão, isoladamente ou associados a outros fármacos. As constantes reavaliações possibilitarão a titulação das doses adequadas.

Quadro 2 – Neurolépticos mais usados^(1, 3)

Medicação	Forma de administração	Considerações
Haloperidol	1 mg via oral/subcutânea a cada 6 ou 8 horas	
	2 mg subcutânea	Em caso de urgência
Clorpromazina	12,5 mg a cada 12 horas	

Associar medicamentos. A conjugação de *delirium* mais agitação pode requerer a associação de um ansiolítico de curta ação em pequenas doses ou infusão contínua. O medicamento mais usado é o midazolam, por infusão contínua de 0,5 até 6 mg/hora ou SC em bolo de 2,5 a 5 mg, inicialmente^(3, 6).

Mioclônus

Os abalos musculares involuntários são frequentes e indicativos de neurotoxicidade. Podem ser secundários a medicamentos, distúrbios metabólicos (uremia), hipóxia, desidratação ou por edema do sistema nervoso central (SNC), no caso de tumores e metástases centrais. São precursores de convulsões e devem ser controlados o mais rápido possível. No domicílio, o cuidador deve ser minuciosamente orientado para reconhecer o sintoma e comunicar-se rapidamente com a equipe assistente^(1, 6).

CONDUTA

Nessas condições, a prevenção é fundamental e são utilizados anticonvulsivantes, como apresentado no **Quadro 3**.

Quadro 3		
Medicação	Forma de administração	Considerações
Midazolam	A partir de 1 mg/hora	Infusão contínua
	5 a 7,5 mg bolo SC ou EV	No momento da crise
Clonazepam	1 a 3 mg VO (gotas) 2 ou 3x/dia	Dose teto/dia: 20 mg
Fenitoína	300 mg/dia EV	Se já em uso anteriormente

SC: subcutânea; EV: endovenosa; VO: via oral.

Exacerbação da dor e da dispneia

Sintomas que estavam sendo razoavelmente controlados podem se exacerbar nos últimos dias de vida e tornarem-se refratários à terapêutica habitual. O tratamento de sintomas, como dor e dispneia, deve ser mantido até o final da vida, mesmo quando se instala um coma e não se conhece mais a dimensão do sintoma. A dor é um sintoma preponderante entre pacientes em Cuidados Paliativos, mas dificilmente surge nessa última fase se já não existisse previamente. A suspensão abrupta de sedativos e opioides pode levar à abstinência física e provocar desconforto desnecessário ao doente. Entretanto, a suspensão de fármacos coadjuvantes, como antidepressivos, pode ser necessária a fim de evitar efeitos adversos exacerbados e dificuldade de controle dos efeitos colaterais⁽⁶⁾.

CONDUTA

Para o controle da dispneia, afastadas as possíveis causas reversíveis como derrames pleurais, infecções respiratórias ou desconforto causado por ascite, por exemplo, o medicamento de escolha é a morfina em baixas doses, associada ou não a benzodiazepínicos, como o midazolam, ambos em infusão contínua e parenteral. A dose inicial da morfina

para alívio da dispneia em doentes em final de vida é de 10 mg/24 horas. No caso do midazolam, pode-se iniciar com infusão de 0,5 mg/hora a 1 mg/hora.

Quanto aos broncodilatadores, só devem ser indicados nos casos de comprovado broncoespasmo. Os corticoides, como hidrocortizona 300 a 500 mg IV, podem ser usados no broncoespasmo e também nas condições em que seu uso como anti-inflamatório pode ajudar a reduzir um edema peritumoral que provoca dispneia, como nas linfangiomas pulmonares, compressões de veia cava superior, compressões de traqueia por tumores extrínsecos^(4, 8). A eficácia dos corticoides é variável, e seu emprego deve ser seguido por avaliação contínua e descontinuado, se ineficaz⁽⁶⁾. O excesso de secreção brônquica pode ser aliviado pelo uso de anticolinérgicos, como indicado a seguir na conduta para ronco.

Para controle do quadro álgico, os analgésicos usados anteriormente devem ser mantidos em doses equipotentes, procedendo-se aos ajustes necessários para a via de administração escolhida. A via endovenosa (EV) só deve ser utilizada para as infusões contínuas. A via SC, porém, pode ser usada para infusão contínua ou intermitente de opioides. O controle do quadro álgico pode ser mantido por meio de opioides. O mais usado é a morfina, que permite ampla utilização devido ao fato de colaborar para o controle de outros sintomas (dispneia, fadiga e tosse), além da facilidade de administração por várias vias e ausência de dose teto⁽³⁾. O uso do fentanil transdérmico também deve ser considerado em relação à facilidade de administração e sua potência.

Colapso periférico

As perdas de função orgânica que se desencadeiam nesse processo levam ao colapso periférico, caracterizado por palidez cutânea, extremidades frias, pele marmórea e cianose periférica. São comuns as alterações de padrão respiratório, com irregularidades no ritmo e períodos cada vez mais prolongados de apneia.

CONDUTA

As vias de administração de medicamentos necessitam ser reavaliadas e adaptadas a cada caso. Os acessos venosos periféricos tornam-se difíceis, e as repetidas tentativas de punção podem ser bastante dolorosas. Acessos venosos centrais não devem ser instalados nessa fase pelo alto risco que representam e por não se encontrar justificativa diante do quadro clínico instalado.

É de grande valor nessa fase o manejo adequado da hipodermólise⁽⁷⁾, ou acesso subcutâneo. Por meio da instalação de um pequeno *scalp* do tipo *butterfly*, de calibre 25 ou 27 no tecido celular subcutâneo, preferencialmente abdominal, pode-se proceder à hidratação do doente e administrar fármacos diversos. A maioria dos medicamentos essenciais ao controle de sintomas nessa fase pode ser administrada por via SC com boa efetividade e sem efeitos colaterais indesejáveis (**Quadro 4**).

Ronco

É evento comum à maioria dos doentes e caracteriza-se por uma respiração ruidosa, plena de secreções. Tem como causa a incapacidade de deglutir saliva e outras

secreções. É um dos sintomas que mais incomodam os acompanhantes e a família, provocando sensação de sofrimento.

CONDUTA

O ronco deve ser prevenido ou minimizado. O emprego de anticolinérgicos em doses generosas como a hioscina 10 a 20 mg a cada 4 ou 6 horas é suficiente para atenuar o sintoma. Devem ser evitadas as repetidas aspirações de vias aéreas, pelo desconforto que causam ao doente. Na escolha de outros medicamentos nessa fase, considerar aqueles de maior efeito anticolinérgico. Por exemplo: na hora de optar por um neuroléptico, a clorpromazina é mais eficiente para diminuir secreções que o haloperidol e pode ser melhor indicada nas últimas horas de vida.

Momento da morte

As últimas incursões respiratórias podem ser longas e suspirosas ou muito superficiais e pausadas. A cessação da respiração normalmente precede a parada dos batimentos cardíacos. Após a morte, ocorre o relaxamento da expressão facial.

CONDUTA

O apoio e algum preparo espiritual tornam-se essenciais nesse momento. Não devem ser confundidos com os rituais religiosos. A religião do doente deve ser sempre respeitada e jamais o doente pode ser pressionado no final da vida a aceitar qualquer tipo de preceito religioso novo. Devem-se evitar atribuições de possíveis culpas, temores divinos ou qualquer outra situação que possa induzir medo no paciente⁽⁹⁾. A assistência espiritual deve ser essencialmente amorosa, livre, simples como um toque ou olhar. Escutar é mais importante que se fazer ouvir; transmitir ao outro a presença de um acolhimento constante e sincero é essencial.

Considerações

Nas últimas horas, caracteriza-se uma agonia final. Todos os sintomas devem ser minuciosamente tratados e antevistos sempre que possível. A prevenção é a melhor medida. Além da terapêutica específica, medidas de conforto, bem como de apoios espiritual e familiar, são fundamentais nessa fase.

A terapêutica dirigida a pacientes em final de vida tem que seguir a lógica da racionalidade terapêutica de forma muito cuidadosa. A maioria dos medicamentos usados para o tratamento de doenças crônicas como hipertensão e diabetes podem ser suspensos quando o paciente entra em perfil de últimas 48 horas, para evitar interações medicamentosas indesejáveis. Os sintomas desconfortáveis são prioridades absolutas e, muitas vezes, a terapêutica se dirige exclusivamente a eles⁽¹¹⁾. O uso de profiláticos contra trombozes, antidepressivos, diuréticos, protetores gástricos (a menos que se esteja em corticoterapia) também não se justificam nessa fase.

É importante que o paciente se sinta acolhido em seu ambiente, com presença contínua de alguém querido ao seu lado, suficientemente capaz de cuidar de deta-

lhes do conforto e, ao mesmo tempo, permitir partida serena e digna.

O ambiente do quarto deve ser individualizado, arejado e agradável, respeitando alguns hábitos do doente e de sua família. Luzes fortes, conversas indesejáveis e desrespeitosas devem ser evitadas. Em ambiente domiciliar, pode ser importante que a família esteja orientada e tenha à disposição pelo menos uma dose de medicamentos, como haloperidol, morfina ou midazolam.

Quadro 4 – Drogas que podem ser usadas por via subcutânea	
Grupo farmacológico	Medicamentos
• Hidratantes	Solução glicosada a 5%
	Solução glicosada 5% com eletrólitos
	Solução fisiológica a 0,9%,
	Solução de Ringer
• Analgésicos opiodes	Tramadol
	Sulfato de morfina
	Metadona
• Antieméticos	Metoclopramida
	Ondansetron
	Dimenidrinato
• Anticolinérgicos	Hioscina
• Esteroides	Dexametasona (uso isolado devido ao risco de precipitação)
• Diurético	Furosemida
• Antitérmicos	Dipirona (uso isolado)
• Protetores gástricos	Ranitidina
	Omeprazol (administração lenta e diluída)
• Anti-inflamatórios	Diclofenaco (uso diluído)
	Ketorolaco
• Neurolépticos	Haloperidol
	Clorpromazina (uso diluído)
• Sedativos	Midazolam
	Clonazepam
	Fenobarbital (uso isolado)

Fonte: Maciel, (2006).

Conclusão

Os cuidados dirigidos aos últimos momentos de vida requerem trabalho em equipe de forma sincronizada e detalhada, respeitando a racionalidade terapêutica e as singularidades de cada paciente e sua família. Medo, tristeza, saudade e angústia de familiares e membros da equipe não devem ser desconsiderados ou tratados apenas com medicamentos.

A decisão sobre o local da morte, seja em hospital ou em domicílio, deve ser feita em conjunto com a família, previamente discutida com a equipe e consideradas as condições e recursos de apoio, como estrutura domiciliar, familiar e do cuidador.

O auxílio de um assistente espiritual pode ser importante para o conforto da família, respeitando os preceitos religiosos, as crenças e a história de vida do doente.

Ainda que várias questões sobre o processo de morte sejam desconhecidas, muitos sintomas desconfortáveis podem ser controlados com carinho, interesse e técnicas médico-científicas. Cabe a nós perceber o doente como pessoa humana diante da sua maior limitação: o fim da vida. Esse confronto pelo qual todos nós passaremos requer humanidade, carinho e amor. Também exige de nós, profissionais em Cuidados Paliativos, o máximo possível de conhecimento acerca desse momento e a legítima habilidade de torná-lo mais sereno.

“É fundamental que o paciente se sinta seguro e acolhido em seu ambiente, com a presença contínua de alguém querido a seu lado. Alguém amoroso o suficiente para cuidar dos detalhes do seu conforto e, ao mesmo tempo, ter o desapego de permitir uma partida serena e digna”.

Maria Goretti S. Maciel

Referências

1. ADAM, J. ABC of palliative care: the last 48 hours. *BMJ*. London: British Medical Association, 1997. v. 315, p. 1600-3.
2. BARBOSA, A.; NETO, I. G. Manual de cuidados paliativos. Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa, 2006.
3. BONICA, J. J. The management of pain. 2. ed. London, 1990. v. 2.
4. BREITBART, W.; COLEN, K. Delirium in the terminally ill. In: CHOCHINOV, H. M.; BREITBART, W. Handbook of psychiatry in palliative medicine. Oxford: Oxford University Press, 2000. p. 75-90.
5. DOYLE, D.; WOODRUFF, R. The IAHPC manual of palliative care. 2. ed. London: IAHPC Press, 2004.
6. DOYLE, D.; GEOFFREY, H. Palliative medicine. Oxford: Oxford University Press, 2005.
7. FAINSINGER et al. The use of hypodermoclysis for rehydration in terminally ill cancer patients. *Journal of Pain and Symptom Management*, v. 9, p. 298-302, 1994.
8. HOLLAND-FREI. *Cancer Medicine* 6. American Cancer Society. BC Becker Inc. Hamilton. London, 2003. p. 1101-21.
9. PIMENTA, C. A. M. Dor e cuidados paliativos. *Enfermagem, medicina e psicologia*. São Paulo: Manole, 2003.
10. TORRES, J. H. R. Deixar morrer é matar? *Revista do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo*, ed. 43, 2008.
11. TWYXCROSS, R.; LITCHER, I (1998). The terminal phase. In: DOYLE, D.; HANKS, G. W. C.; MACDONALD, N. *Oxford Textbook of Palliative Medicine*, 3. ed. Oxford: Oxford University Press, 2005. p. 459-587.
12. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Câncer pain relief and palliative care report. Geneva: WHO, 1990.
13. WORLD HEALTH ORGANIZATION. National cancer control programmes: policies and managerial guidelines. 2. ed. Geneva: WHO, 2002.

Suporte a paciente e família na fase final da doença

IVONE BIANCHINI DE OLIVEIRA

Paralelamente a toda a angústia gerada pela incerteza e por outros sentimentos que existem quando se tem um familiar gravemente enfermo, com uma doença irreversível e em fase final, há outras questões que também trazem preocupações. São demandas de ordem prática que exigem providências, orientações e encaminhamentos, a fim de contribuir para a organização da família frente à difícil situação que se avizinha.

Faz parte também desse trabalho a preocupação com provisão de recursos financeiros que deem conta de suprir as necessidades do paciente nessa fase e garantir futuramente a manutenção de seus familiares.

Na prática diária, o profissional precisa ter discernimento para decidir o melhor momento de tomar providências e também percepção de que algumas propostas evidenciam, às vezes contundentemente, a fase em que o paciente se encontra. Isso pode ser muito problemático nos casos em que a família não está preparada para a ocorrência da morte, muitas vezes voltando-se contra a equipe que assiste o paciente.

Se não houver habilidade para condução, ou seja, percepção de que se deve tratar de cada assunto a seu tempo, as medidas que poderiam ser de grande auxílio e benefício poderão trazer mais transtornos. Um exemplo disso é a possibilidade de propiciar a quebra da confiança, truncando a relação entre profissionais, paciente e familiares.

Evidentemente, a percepção desse "tempo" que norteará as ações só pode ocorrer quando há participação efetiva dos profissionais envolvidos, agindo conjuntamente e sinalizando o momento adequado para cada abordagem.

Optou-se por dividir o foco da atenção em dois momentos para melhor organizar ações e intervenções. A identificação desses momentos depende do estágio de evolução da doença.

Primeiro momento: regularização de documentos, afastamento do trabalho e benefícios

O primeiro momento é quando o paciente tem o seu quadro agravado e necessita afastar-se do trabalho (esteja ele parcialmente dependente de cuidados e/ou sem perspectiva de recuperação). A reorganização da família vai requerer um aporte financeiro para o enfrentamento, pois, além de cuidados, serão necessários aquisição de medicamentos, material para curativos ou fraldas; dieta ou suplemento industrializado para alimentação e contratação de uma pessoa para auxiliar nos cuidados. Há, às vezes, necessidade de adquirir ou alugar cama hospitalar, cadeira de rodas e de banho, aparelho para inalação, aspirador e outros equipamentos, a fim de propiciar mais conforto ao paciente.

Dependendo da evolução da doença, esse período pode ser curto, mas nem por isso menos dispendioso, daí a necessidade imprescindível de orientações que permitam à família lançar mão de todas as alternativas possíveis para amenizar essas preocupações.

Documentação e regularização de estado civil

É importante orientar paciente e família quanto à necessidade de a documentação pessoal do paciente estar corretamente regularizada. Caso haja alguma pendência quanto à exatidão de dados ou divergência entre documentos, deve-se providenciar a retificação. Isso evita futuros problemas com a concessão de benefícios, inventário etc.

Deve-se atentar para a mudança do estado civil na documentação, pois é comum casar-se e não providenciar essa alteração, assim como se separar e não averbar os termos do divórcio na certidão de casamento, inclusive com a determinação de pensão alimentícia. É importante também regularização de estado civil, celebração de casamento ou declaração de união estável em cartório.

Para a comprovação da condição de companheira, por exemplo, a previdência exige três provas plenas. É necessária a orientação sobre a existência dessas provas e sobre como reunir os documentos comprobatórios referentes à convivência sob o mesmo teto: conta bancária conjunta, beneficiário em seguro de vida ou seguro saúde, bens adquiridos conjuntamente, comprovante de residência no mesmo endereço, filhos em comum e declaração firmada em cartório ou pelo próprio paciente a respeito da vida em comum.

O reconhecimento de filhos poderá ser feito por escritura pública ou escrito particular a ser arquivado em cartório, conforme dispõe o Código Civil⁽⁴⁾ em seu art. 1.609, lembrando sempre da importância dessas providências para a proteção da família.

Portanto, casar-se quando possível ou registrar em cartório a declaração de união estável é recomendável para se evitar transtornos futuros, assim como o reconhecimento dos filhos, para não deixá-los em desamparo. Em alguns casos, demora-se tanto para tomar essas providências que, com o agravamento do estado do paciente, isso já não é possível, quer pelo tempo exíguo ou pela impossibilidade de o paciente manifestar sua vontade.

Documentação de representação civil

Prevenindo-se dificuldades futuras, o paciente pode nomear entre os familiares um que o represente. Para isso é necessária procuração para fins definidos ou não.

Caso o paciente já não tenha mais condição, em função de comprometimentos cognitivos, poderá ser interditado, nomeando-se um curador. Isso visa evitar transtornos com, por exemplo, recebimento do benefício previdenciário e permite movimentar a conta bancária, evitando-se dificuldades com a própria manutenção dos cuidados e o sustento da família. Lembramos que a realização de procuração é um procedimento simples, pois requer somente que a pessoa manifeste a sua vontade, podendo ir ao cartório ou o tabelião ir até sua casa ou ao hospital para lavrar o documento.

Outro procedimento possível é a curatela, que exige tempo um pouco maior e é feito no judiciário, com a assessoria de um advogado. Para filhos menores de pacientes viúvos ou solteiros, já com a ausência de um dos pais, é recomendável pensar em quem será o

responsável por eles quando o paciente falecer. Se for possível, o paciente poderá manifestar essa vontade para facilitar o processo de tutela.

Abrir uma conta conjunta bancária com um familiar, normalmente o cônjuge, quando o paciente está lúcido é uma forma rápida de facilitar a movimentação bancária, garantindo a manutenção da família.

Documentação e regularização de bens

É também de grande importância que se regularizem imóveis com escrituras não registradas em cartório, prestações vencidas de financiamento, condomínios atrasados etc. No caso do financiamento da casa própria, são de suma importância regularização do imóvel, assim como documentação pessoal do mutuário e seus dependentes, pois, na aposentadoria por invalidez ou no caso de falecimento, quita-se a dívida do financiamento. Contudo, é necessário que a situação dos herdeiros esteja regular. Quando há intenção de deixar testamento ou doações, é necessária agilidade nessas providências para tornar a vida da família um pouco mais fácil após o falecimento.

Documentação de seguro

Familiares normalmente não tocam em assuntos que possam parecer ao paciente que eles preveem seu falecimento. Assim, por se tratar de um assunto complicado para a família, deixa-se de verificar quais são os beneficiários constantes em apólices de seguro. É mais comum, principalmente, em seguro feito há muito tempo, quando o paciente era ainda solteiro e tinha os pais como beneficiários, que por ocasião do casamento e nascimento dos filhos tenha deixado de fazer a alteração da apólice na seguradora. Para essa abordagem, é recomendável que se perceba o momento oportuno e se eleja a pessoa da família com maior habilidade para conduzir um assunto tão delicado. Essa incumbência pode ser também do assistente social que o atende, desde que as condições sejam propícias.

PIS/PASEP e FGTS^(1, 7)

Uma vez regularizada a documentação, é importante identificar quais alternativas irão viabilizar os recursos a que paciente e família têm direito. Se o paciente foi inscrito no PIS até 04 de outubro de 1988, mesmo que no momento esteja desempregado, ele pode sacar a cota do Plano de Integração Social/Programa de Formação do Patrimônio do Servidor Público (PIS/PASEP), conforme dispõem as Resoluções nºs 1, de 15/10/96 (neoplasia maligna), e 2, de 17/12/1992 (vírus da imunodeficiência humana [HIV]). Quanto ao Fundo de Garantia do Tempo de Serviço (FGTS), tratando-se de HIV, o saque tem como base a Lei nº 7.670/88 e a neoplasia maligna, a Lei nº 8.922/94, que permite levantar o total existente na conta vinculada, inclusive os saldos dos planos econômicos. É importante lembrar que há possibilidade de saque do PIS e do FGTS pelo titular das contas (**Quadros 1 e 2**) caso um de seus familiares adoença e esteja nas condições anteriormente citadas.

Afastamento do trabalho

As orientações quanto à necessidade de justificar a ausência no trabalho, por meio de relatórios médicos e realização de perícia para embasar afastamento, são pontos comuns

Quadro 1 – Para efetuar o saque do PIS/PASEP é necessário estar munido de:**Documentação pessoal do titular**

- Comprovante de inscrição PIS/PASEP
- Carteira de trabalho
- Cédula de identidade (RG)
- CPF

Documentação pessoal do dependente

- Cédula de identidade (RG)
- Certidão de casamento ou nascimento

Documentação médica comprobatória

- Atestado médico em papel timbrado contendo:
 - Diagnóstico expresso da doença
 - CID*
 - Estágio clínico atual da doença
 - Menção à Resolução n° 01/96 do Conselho Diretor do Fundo de Participação do PIS/PASEP
 - Carimbo que identifique nome e número do CRM do médico

*Mencionar no relatório médico: "Paciente encontra-se sintomático para a doença classificada na CID".
 PIS/PASEP: Plano de Integração Social/Programa de Formação do Patrimônio do Servidor Público;
 RG: registro geral; CPF: cadastro de pessoa física; CID: Classificação Internacional de Doenças; CRM: Conselho Regional de Medicina.

Quadro 2 – Para efetuar o saque do FGTS é necessário estar munido de:**Documentação pessoal do titular**

- Carteira de trabalho (original e fotocópia)
- Comprovante de inscrição PIS/PASEP
- Cédula de identidade (RG)
- CPF

Documentação pessoal do dependente

- Cédula de identidade (RG)
- Certidão de casamento ou nascimento

Documentação médica comprobatória

- Atestado médico em papel timbrado contendo:
 - Diagnóstico expresso da doença
 - CID*
 - Menção à Lei n° 8.922, de 25/07/94
 - Estágio clínico atual da doença e do paciente
 - Carimbo legível do médico com o número do CRM

*Mencionar no relatório médico "Paciente encontra-se sintomático para a doença classificada no CID".
 FGTS: Fundo de Garantia do Tempo de Serviço; PIS/PASEP: Plano de Integração Social/Programa de Formação do Patrimônio do Servidor Público; RG: registro geral; CPF: cadastro de pessoa física; CID: Classificação Internacional de Doenças; CRM: Conselho Regional de Medicina.

independente de instituições ou empresas. Com relação à concessão de benefícios, a normatização, no caso das instituições públicas, depende de cada estatuto. Os empregados de empresa, inclusive os domésticos e contribuintes individuais, são filiados ao Regime Geral da Previdência Social (RGPS).

Neste texto, nos deteremos nas orientações específicas para o afastamento do trabalho pela Previdência Social⁽⁸⁾.

Auxílio-doença

O paciente que contribui para a Previdência Social, filiado ao RGPS, estando incapaz para o trabalho por mais de 15 dias, tem direito de solicitar auxílio-doença após 12 contribuições.

Essa carência⁽⁸⁾ pode ser dispensada se o paciente for portador de alguma das seguintes doenças:

- doença profissional;
- esclerose múltipla;
- neoplasia maligna;
- tuberculose ativa;
- hanseníase;
- distúrbio mental;
- cegueira;
- paralisia irreversível e incapacitante;
- cardiopatia grave;
- doença de Parkinson;
- espondiloartrose anquilosante (artrose aguda nas vértebras);
- nefropatia grave;
- doença de Paget (inflamação deformante dos ossos) em estágio avançado;
- AIDS;
- contaminação por radiação (com base em conclusão da medicina especializada);
- hepatopatia grave.

Dispensa-se a carência, mas permanece a obrigatoriedade de estar vinculado à previdência.

Poderá ainda pedir benefício o paciente que estiver em período de graça, ou seja, tempo durante o qual o segurado está sem contribuir, mas que mantém a qualidade de segurado por ter contribuído por menos de 10 anos, durante 12 meses, e para os que contribuíram por mais de 10 anos, 24 meses. Em ambos os casos, acrescentam-se mais 12 meses ao período de graça, se houve o registro do desemprego no Ministério do Trabalho. Esse registro normalmente se dá pela solicitação do seguro-desemprego.

O paciente pode estar há algum tempo sem emprego, sem contribuição e com seu período de graça esgotado, porém, se a doença teve início quando ele ainda se encontrava na condição de segurado, existe possibilidade de solicitar auxílio-doença retroativo. Evidentemente haverá exigências de documentação da época, como relatórios médicos, declaração de internação hospitalar, exames etc. Quando isso ocorre, o auxílio é somente da data do início da doença, o que possibilita a concessão do benefício, porém sem retroação do pagamento.

É sempre bom reforçar que o pedido do auxílio-doença deve ser feito dentro de 30 dias da data do afastamento. Se isso não ocorreu, o início do auxílio-doença é considerado a partir da data do protocolo. Daí a importância de o profissional ter esse conhecimento e reforçar ao paciente ou a seus familiares sobre a necessidade de solicitar, a quem presta assistência, relatórios tanto para os empregadores, visando ao abono dos primeiros 15 dias, como para a perícia da Previdência Social. Se há dúvidas sobre a concessão do benefício, deve-se procurar uma agência do Instituto Nacional de Seguro Social (INSS).

Não é necessário intermediário e o próprio paciente ou familiar pode agendar a perícia pelo telefone 135. É importante ter em mãos cédula de identidade, cadastro de pessoa física (CPF), PIS, carteira profissional, carnês, comprovante de endereço e anotações corretas do dia, local e horário da perícia. Quando do comparecimento à perícia, acrescentar aos documentos os relatórios médicos, com validade por 30 dias, e os resultados de exames.

- Se o paciente estiver internado ou sem condições de comparecer à agência do INSS, pode-se solicitar perícia hospitalar ou domiciliar;
- o auxílio-doença é um benefício temporário⁽⁸⁾, devendo o segurado submeter-se periodicamente à perícia e, em todas elas, comprovar doença e tratamento por meio de relatórios médicos e exames.

Aposentadoria por invalidez

O auxílio-doença se converte em aposentadoria por invalidez quando a perícia médica da previdência⁽⁶⁾ conclui que a doença é irreversível, com incapacidade definitiva. Isso pode ser imediato, dependendo do estado do paciente, ou posterior a um período com o benefício de auxílio-doença. Pode ainda ser constatado que o paciente é também dependente para as atividades diárias, concedendo a aposentadoria já acrescida de 25% correspondente ao benefício de assistência permanente. Esse benefício só cabe aos aposentados por invalidez e poderá ser solicitado quando o paciente, que já se encontrava por algum tempo aposentado, tem seu estado de saúde agravado, tornando-se dependente dos cuidados de terceiros. Solicita-se na agência em que foi concedida a aposentadoria.

A aposentadoria por invalidez permite o saque do PIS e do FGTS, caso não tenha ocorrido anteriormente, e a quitação do financiamento da casa própria. Quanto a seguros pessoais, é preciso verificar se a invalidez faz parte dos sinistros contemplados nas cláusulas do contrato, inclusive o seguro em grupo de empresa.

Amparo assistencial: Lei Orgânica da Assistência Social

Ao paciente que não possui fonte de renda e se encontra totalmente dependente, é possível solicitar o amparo assistencial⁽³⁾, previsto na Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) (Lei nº 8.742/93), no valor de um salário mínimo. Para obtenção desse benefício, a renda familiar *per capita* deve ser menor que 1/4 do salário mínimo. O paciente deverá passar por perícia médica, por isso a necessidade de se elaborar relatório médico atestando o estágio da doença e a condição de dependência.

Embora seja um benefício assistencial, sua concessão é feita pelo INSS, que conta com infraestrutura e rede bancária para viabilizá-lo. Assim, para solicitar informações ou agendar perícia, usa-se o mesmo número de telefone (135).

Quadro 3 – Documentação necessária para recebimento do amparo assistencial, quando inválido

- | |
|---|
| • Cédula de identidade (RG) |
| • CPF |
| • Carteira de trabalho |
| • Comprovante de residência |
| • Relatório médico |
| • Resultados de exames |
| • Requerimento de solicitação do benefício* |
| • Declaração do requerente ou de seu representante* |

*Fonte: www.previdencia.gov.br.

RG: registro geral; CPF: cadastro de pessoa física.

Este benefício também cabe aos idosos maiores de 65 anos⁽⁶⁾, em igual condição econômica, ou seja, renda *per capita* menor que 1/4 do salário mínimo. É importante lembrar que esse benefício não se transforma em pensão, sendo extinto com o falecimento do paciente.

Segundo momento: reorganização familiar após o óbito

Em um segundo momento, após o falecimento do paciente e depois de um período normalmente difícil, a família procura novamente se reorganizar, agora em um novo formato, revendo todos os aspectos, inclusive o financeiro, pois a preocupação real passa a ser a manutenção da família. O conforto e a atenção dados aos familiares passa por essa compreensão e há de se achar uma forma de ajudá-los efetivamente. Uma abordagem cuidadosa, respeitando o período de luto, mas não se excedendo nesse tempo, procura orientar sobre providências a serem tomadas, principalmente aquelas nas quais os prazos se expiram: pensão, inventário, documentação do financiamento da casa própria e seguro de vida.

É preciso inventariar as fontes dos recursos possíveis, identificando as alternativas que redundarão em renda, de forma a normalizar o mais breve possível a rotina e o cotidiano da família.

Seguro de vida em grupo ou individual

Cabe às pessoas que o paciente designou como beneficiárias.

Se entre elas houver menores, o valor do prêmio que lhes cabe deverá ser depositado em caderneta de poupança e só poderá ser retirado com alvará judicial, sob assessoria de um advogado. O menor pode ser representado por um dos pais, um tutor natural ou, na falta desse, um tutor nomeado.

Pensão por morte

É o benefício pago aos dependentes habilitados após a morte do paciente, que mantinha sua qualidade de segurado como contribuinte da Previdência Social⁽⁸⁾ ou se encon-

trava em gozo de benefício. Para sua solicitação não é necessária carência, mas se exige vinculação à previdência. Normalmente é conversão de benefício que o paciente já estava recebendo. Os dependentes habilitados são aqueles considerados pela Previdência Social: cônjuge, companheira(o) e filhos menores de 21 anos, não emancipados ou inválidos. Esses são chamados de preferenciais e têm sua dependência econômica presumida. Há, porém, exigência de comprovação da condição de companheira(o), o que já foi mencionado anteriormente. Cabe aqui lembrar que a ex-esposa tem direito à pensão por morte, desde que conste o direito à pensão alimentícia na averbação da separação em certidão de casamento. Em tal situação, a pensão é rateada entre a ex-esposa e a companheira, assim como filhos de outras uniões, desde que menores ou inválidos.

O prazo para ser requerida a pensão é de 30 dias, depois do qual o início do benefício passa a ser a partir da data do protocolo, por isso a importância de agendar pelo telefone 135 da Previdência Social o mais rápido possível, sendo a forma mais simples de contato, inclusive para tirar dúvidas. É preciso comparecer no dia, na hora e no local onde deverá ser entregue a documentação necessária para a concessão da pensão. Os filhos menores serão representados por mãe ou pai, tutores naturais ou quem detiver guarda e tutela posteriormente⁽²⁾.

Quadro 4 – Documentação necessária para recebimento de pensão por morte (cópias e originais)

• Documento de identificação do segurado
• Título de eleitor
• Certidões de nascimento ou casamento
• Cédula de identidade (RG)
• CPF
• Carteira de trabalho ou outro documento que comprove a atividade
• Inscrição no PIS/PASEP
• Carnês de recolhimento quando for contribuinte individual
• Certidão de óbito
• Comprovante de residência

RG: registro geral; CPF: cadastro de pessoa física; PIS/PASEP: Plano de Integração Social/Programa de Formação do Patrimônio do Servidor Público.

No caso de companheira, acrescentar as provas plenas exigidas pelo INSS (ver item sobre regularização civil). Filhos inválidos deverão submeter-se à perícia médica.

Na ausência dos dependentes considerados preferenciais, outros que dependem economicamente do paciente, como pais, irmãos menores ou inválidos, terão de provar essa dependência quando da solicitação da pensão. É importante lembrar que o direito à pensão não prescreve, porém o pagamento não retroage, daí reforçar mais uma vez a importância de se protocolar o benefício o mais rápido possível.

- A pensão tem o mesmo valor da aposentadoria do segurado falecido;
- se o segurado ainda não estiver aposentado, calcula-se uma aposentadoria por invalidez com início na data do óbito;

- caso o viúvo ou a viúva volte a se casar, não perde o direito à pensão;
- caso o dependente já seja pensionista, poderá optar pela pensão de maior valor⁽⁵⁾.

Quadro 5 – Documentação necessária dos dependentes para recebimento da pensão por morte (cópias e originais)

• Cédula de identidade (RG)
• CPF
• Certidão de casamento
• Certidão de nascimento dos filhos menores ou inválidos
• Comprovante de residência

RG: registro geral; CPF: cadastro de pessoa física.

A pensão permite o saque de PIS e FGTS pelos dependentes por meio da certidão de dependentes, que acompanha a carta de concessão da pensão emitida pelo INSS. Permite também o recebimento de saldo de rescisão do contrato de trabalho do falecido. Se houver dependentes menores, todas as importâncias que a eles couberem são depositadas numa caderneta de poupança da Caixa Econômica Federal (CEF). Esses valores só podem ser liberados por meio de alvará judicial, com assessoria de advogado.

Caso não haja dependentes com direito a pensão, o INSS pode emitir uma certidão de inexistência de dependentes para fundamentar alvará judicial, que irá liberar as importâncias para os familiares por ordem de sucessão.

Conclusão

A Legislação é ampla e não seria possível colocá-la na íntegra, mesmo porque a intenção não é substituir os profissionais que dela têm competência, como os advogados, que devem sempre ser solicitados quando a situação exigir. A intenção, na verdade, é contribuir para que o assunto seja conhecido, possibilitar que o profissional que atende ao paciente e à família nessa condição reconheça quando e como encaminhar tais questões de forma adequada, evitando perda de tempo precioso para as resoluções que dizem respeito à manutenção da família.

Referências

1. BARBOSA, A. Câncer: direito e cidadania. Como a lei pode beneficiar os pacientes e seus familiares. São Paulo: Arx, 2003.
2. BRASIL. Lei n° 8.069, de 13 de julho de 1990. Estatuto da criança e do adolescente. Disponível em: <http://www.cress-sp.org.br/index.asp?fuseaction=leg_reg&tid_subsecao=9#>. Acesso em: 16 jun. 2009.
3. BRASIL. Lei n° 8.742, de 7 de dezembro de 1993. Lei orgânica da assistência social (LOAS). Dispõe sobre a organização da assistência social e dá outras providências. Disponível em: <http://www.cresssp.org.br/index.asp?fuseaction=leg_reg&tid_subsecao=9>. Acesso em: 16 jun. 2009.
4. BRASIL. Código Civil. Rio de Janeiro: editora Escala, 2007.

5. DIVISÃO DE SERVIÇO SOCIAL DO ICHC/FMUSP. Cartilha de Atualização de Previdência Social. São Paulo, 2008.
6. ESTATUTO DO IDOSO. Lei n° 10.741. São Paulo: editora Saraiva, 2006.
7. HOSPITAL DO CÂNCER A. C. CAMARGO. Câncer – Direitos do Paciente: manual de orientação sobre legislação e benefícios.
8. TUDO O QUE VOCÊ QUER SABER SOBRE A PREVIDÊNCIA SOCIAL. Brasília: Ministério da Previdência e Assistência Social, 2002.

Aspectos particulares e ritos de passagem nas diferentes religiões

LUIS ALBERTO SAPORETTI

ALINI MARIA ORATHES PONTE SILVA

Importância da abordagem religiosa e espiritual em Cuidados Paliativos

Muitas pessoas encontram em suas crenças religiosas a ajuda para entender sofrimento, significação e incerteza de sua vida. As religiões procuram, de algum modo, mitigar a agonia de nossa finitude e nosso sofrimento. Deus, segundo a formulação de várias culturas, não apenas suaviza a dor da mortalidade por meio da vida eterna, como também alivia um isolamento temível oferecendo Sua presença eterna e providenciando um projeto claro para que a vida seja significativa.

Não há mais dúvida quanto à importância dos aspectos religiosos e espirituais no cuidado dos pacientes, embora ainda haja muitos questionamentos a respeito de como acessar a dimensão espiritual do ser humano e quanto a em que consiste o bom "cuidado espiritual"^(19, 34). Noventa e cinco por cento dos americanos creem em alguma força superior^(12, 21) e 93% gostariam que seus médicos abordassem essas questões se ficassem gravemente enfermos^(6, 32). No Brasil, a maioria da população apresenta crenças religioso-espirituais e as considera uma questão muito importante⁽⁴⁾. Entre os idosos, a quase totalidade acredita em Deus e 95% consideram a religião importante⁽⁹⁾. Estudos com pacientes internados demonstram que 77% gostariam que seus valores espirituais fossem considerados pelos seus médicos e 48%, que seus médicos rezassem com eles⁽¹⁵⁾. Contraditoriamente, a maior parte dos pacientes disse que seus médicos jamais abordaram o tema⁽¹⁵⁾. Parece que o envolvimento religioso positivo e espiritual está associado a uma vida mais longa e saudável⁽²⁰⁾ e a um sistema imunológico mais eficaz⁽¹⁶⁾. Outros estudos também demonstram que o estresse religioso negativo pode piorar o estado de saúde⁽¹⁷⁾. A atenção aos aspectos espirituais em Cuidados Paliativos tem tanta relevância, que alguns autores ousam colocá-la como maior indicador de boa assistência ao paciente no final da vida⁽³⁴⁾.

Diante do desafio de cuidar do paciente no final da vida de maneira tão completa, devemos expandir nossa compreensão do ser humano para além de sua dimensão biológica. Na **Figura** podemos visualizar a representação esquemática das dimensões do ser humano⁽²⁹⁾. Trata-se apenas de uma representação didática das diferentes facetas do homem, uma vez que é totalmente impossível analisar uma sem a interferência da outra. A dimensão física ϕ representa nossa biologia, nosso corpo e os sofrimentos com ele relacionados, como dor, dispneia, náuseas, vômitos, astenia, caquexia, confusão mental, depressão, ansiedade etc. Exponho aqui os distúrbios mentais como diagnósticos médicos que fazem grande interface com a próxima esfera, a psíquica ψ . Nessa esfera encontram-

se nossos medos, raivas, mágoas, alegrias e tristezas, os quais têm suas particularidades no paciente terminal. Nas esferas social e cultural δ estão nossa etnia, nacionalidade, religião, escolaridade, classe social e os sofrimentos peculiares de cada uma. Existem religiões e etnias que lidam melhor com a morte, outras não. A família γ , como menor núcleo de subsistência do paciente, relaciona-se com a questão financeira e suas atribuições. A esfera existencial ε engloba todas as outras, dando significado e questionamentos a cada uma delas. Para cada um de nós, família, dinheiro, cultura, corpo, emoções e sentimentos são expressões de nós mesmos com maior ou menor importância e diferentes significados. Por fim, a dimensão espiritual ζ engloba a relação do indivíduo com o transcendente $\alpha\omega$, sendo necessário diferenciá-la das questões existenciais e religiosas. Alguns autores consideram a dimensão existencial sinônimo da espiritual, o que é uma verdade apenas em parte. Todas as coisas que dão significado à vida de uma pessoa (família, trabalho, religião etc.) podem apresentar clara relação com o transcendente (Deus, o metafísico, o sobrenatural ou o sagrado). A profissão pode ser, por exemplo, a manifestação desse sagrado na Terra. Chamamos essa dimensão entre o existencial e o transcendente de espiritual. A religião instituída, por exemplo, pertence às dimensões cultural e social e pode ser considerada espiritual se realmente relaciona o indivíduo com o seu sagrado ou transcendente. Cada religião expressa o espiritual de um povo conforme suas características sociais e culturais.

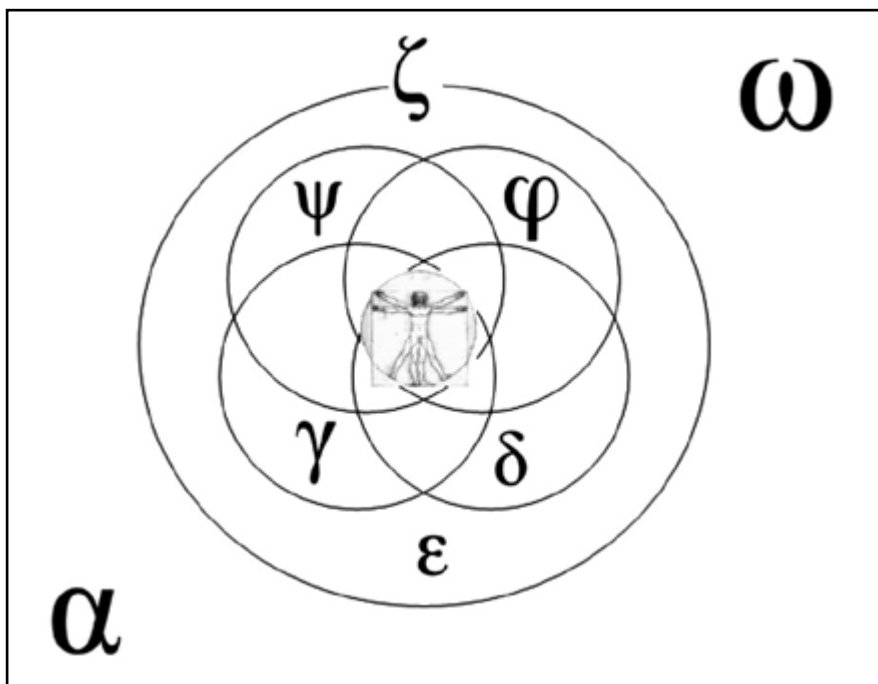


Figura – Dimensões do ser humano: ϕ física, ψ psíquica, γ familiar-financeira, δ sociocultural, ε existencial, ζ espiritual e $\alpha\omega$ transcendente. A dimensão espiritual relaciona o existencial com o transcendente, seja ele Deus, natureza, sobrenatural ou sagrado⁽³⁰⁾

O sofrimento humano pode nascer em qualquer dessas dimensões e é integrado pelos significado e sentido a ele associados. O sofrimento espiritual se alicerça na violação da essência do eu, o que se caracteriza frequentemente pela perda de sentido e identidade, assim como do prazer de viver seguido então pelo desejo de abreviar a vida^(13, 19, 33). O sofrimento religioso se caracteriza pela dor moral conduzida pela quebra de dogmas e preceitos daquela religião⁽¹³⁾. Embora alguns autores vejam a distinção entre religiosidade e espiritualidade como desnecessária, a espiritualidade move-se para além da ciência e da religião instituída. Ela é considerada mais primordial, mais pura e mais diretamente relacionada com a alma em sua relação com o divino. Já a religião é uma forma secundária, dogmática e frequentemente distorcida por forças socioeconômicas, culturais e políticas⁽³²⁾.

Como abordar as questões relativas a religiosidade e espiritualidade

Entre as dificuldades para abordar a questão espiritual no final da vida estão o próprio desconhecimento da equipe a respeito da sua espiritualidade/religiosidade e a ignorância do paciente com relação à sua finitude⁽²⁵⁾. Apesar de a maioria dos pacientes desejar saber a respeito da gravidade de seu prognóstico, a maior parte dos médicos não é favorável a fazê-lo⁽¹⁷⁾. Dados brasileiros demonstram que a maioria expressiva dos pacientes idosos (83%) gostaria de saber caso tivessem uma doença terminal e 77%, de participar das decisões médicas quando perto da morte⁽⁶⁾. Não é possível abordar as questões espirituais sem uma real percepção da morte. A morte é a última crise a ser enfrentada e a última oportunidade para o crescimento espiritual, sendo seu grande desafio manter íntegra a identidade da pessoa diante da possibilidade da desintegração⁽¹³⁾.

Ao se avaliar a história religiosa/espiritual, deve-se identificar sua importância na vida do paciente e de sua família, assim como isso pode ser incluído nos cuidados do paciente. Puchalski e Maugans sugerem uma abordagem inicial por meio das siglas FICA⁽²⁵⁾ e SPIRIT⁽¹⁸⁾, como mostram os **Quadros 1 e 2**.

Quadro 1 – FICA (Puchalski)	
• <i>Faith</i> (fé)	Você se considera uma pessoa religiosa ou espiritualizada?
	Tem alguma fé? Se não, o que dá sentido à sua vida?
• <i>Importance</i> (importância)	A fé é importante em sua vida? Quanto?
• <i>Community</i> (comunidade)	Você é membro de alguma igreja ou comunidade espiritual?
• <i>Address</i> (abordagem)	Como nós (equipe) podemos abordar e incluir essa questão no seu atendimento?

Na busca pelo alívio do sofrimento e pela morte digna e pacífica, a equipe deve ter como objetivo, no domínio religioso, que o paciente esteja em paz com o Criador, receba o perdão Dele e os ritos adequados da sua tradição durante e após a morte. Do ponto de

vista espiritual devem-se buscar o sentimento de continuidade/transcendência, a síntese de sabedoria e a percepção do legado espiritual.

Entre os aspectos a serem levantados durante a anamnese religiosa/espiritual estão possíveis conflitos com o Criador, religiosos, familiares, pendências com relação a ritos, sacramentos, obrigações e promessas, perda do significado maior da existência.

Quadro 2 – SPIRIT (Maugans)	
• <i>Spiritual belief system</i> (crença religiosa)	Qual é sua religião?
• <i>Personal spirituality</i> (espiritualidade pessoal)	Descreva as crenças e práticas de sua religião ou sistema espiritual que você aceita ou não.
• <i>Integration within spiritual community</i> (afiliação a comunidades espirituais ou religiosas)	Você pertence a alguma igreja, algum templo ou outra forma de comunidade espiritual? Que importância você dá a isso?
• <i>Ritualized practices and restrictions</i> (rituais e restrições)	Quais são as práticas específicas de sua religião ou comunidade espiritual (ex.: meditação ou reza)? Quais os significados e restrições dessas práticas?
• <i>Implications for medical care</i> (implicações médicas)	Qual desses aspectos espirituais/religiosos você gostaria que eu estivesse atento?

Os ritos de passagem

São celebrações que marcam mudanças na condição do indivíduo. As principais transições marcadas por esses ritos são nascimento, entrada na idade adulta, casamento e morte.

Sempre que a força de um ato é maior em seu significado simbólico do que no seu resultado prático, estamos falando de um gesto ritual. Os ritos constituem uma sequência de gestos que visam estabelecer uma conexão entre as realidades relativa do mundo consciente e absoluta ou imaterial do inconsciente coletivo⁽³⁾.

O mundo moderno é carente de rituais claros de passagem, o que frequentemente causa dificuldade na identificação de um momento para outro da vida. Muitos rituais cumprem apenas uma função social, o que não auxilia as pessoas a realmente transcenderem seu sofrimento. A tendência hoje é fazer tudo depressa, "o mais indolor possível", reduzindo-se a simbologia ao mínimo necessário⁽⁷⁾, ou melhor, ao mínimo suportável.

Características gerais dos ritos mortuários nas diferentes religiões

Os ritos mortuários se confundem com a própria história da humanidade. Cinco mil anos antes de nossa era, os homens neolíticos já realizavam ritos fúnebres e incineravam seus mortos. Todos os povos, cada um ao seu modo, e de acordo com sua cultura, ritualiza a morte e crê num tipo de existência pós-morte. Embora nossas culturas

sejam tão diversas, podemos notar como tais ritos e visões do além se assemelham de forma impressionante. Todas as culturas pretendem comunicar ao inconsciente uma mensagem. Assim, rito mortuário pretende mostrar um caminho, uma realidade simbólica, a qual o inconsciente reconhece e valida. Um ato que torna real o imaginário e conduz ao transcendente. O rito tranquiliza, pois se situa fora do tempo. Os atos de preparar o corpo, banhá-lo, ungi-lo e vesti-lo reafirmam ao falecido sua condição de pessoa e prolongam sua permanência com os que ficam, retardando a separação. A vigília, as orações e o fato de o morto dever estar sempre acompanhado "garantem" sua presença nesse mundo, assegurando sua identidade até a hora de sua partida para o além⁽³⁾.

Chega a hora da partida, a natureza reclama o corpo. Ele deve ser entregue Àquele que o criou. Cada povo, segundo suas tradições, encontra um modo de entregar a matéria à natureza e o espírito, ao Criador.

Alguns buscam o suave curso das águas: o corpo é colocado em uma balsa ou libertado livre no mar para encontrar-se com o berço da vida, as águas do líquido amniótico. É uma súplica para que o espírito encontre seu novo caminho e renasça em outro local, outro ventre, aqui ou no imaterial. A balsa se afasta e com ela afasta-se a morte. Podemos retornar à vida, o falecido já tem seu caminho no além...

Sob a terra, a grande estrutura que sustenta a vida, repousamos, enfim, nosso último sono. Buscamos a profundidade da mãe terra como crianças se enroscando em seu travesseiro. A terra nos acolhe, acolhe a todos. O corpo é coberto, cada nova porção de terra afasta-nos da morte, esconde nossa fragilidade, apaga nossa mortalidade. A terra encobre o falecido como se nada tivesse ocorrido. Do pó ao pó, nada, apenas uma porção de pó. Em breve novas vidas lá surgirão na eterna transformação que a terra propõe.

O fogo, princípio transformador e destruidor por excelência, liberta e purifica, seja dos micróbios, seja dos fantasmas que assombram a vida. A fumaça ascende aos céus, o que é imaterial retorna ao mundo dos espíritos. O que é denso permanece na terra, o pó. A Deus o que é de Deus, a César o que é de César.

Além de garantir ao falecido seu caminho no plano imaterial, os ritos pretendem dar aos entes que ficam o conforto e a possibilidade de vivenciar a morte numa dimensão transcendente.

Os ritos mortuários nas diferentes religiões

Cristianismo^(11, 26)

Na visão do cristianismo, a morte é o despertar para a vida eterna; é a ressurreição que leva à abertura da consciência para se alcançar uma realidade mais ampla e infinita. A morte é considerada um momento de passagem, isto é, a pessoa passa de uma vida finita para a vida eterna. Nessa visão é preciso considerar o conceito da alma, que é imortal. A morte é apenas a separação do corpo físico da alma. Há uma aceitação do mistério da morte para encontrar uma nova vida totalmente com Cristo.

Os rituais de morte e luto no cristianismo têm similaridades, incluindo unção, velório, enterro e orações (cultos e missas). A fé cristã tem certas orações, canções e rituais que

são realizadas em volta da cama da pessoa que está morrendo. Para os cristãos católicos, os sacramentos são um sinal da presença de Deus. Normalmente a unção dos enfermos acontece após a absolvição dos pecados. A unção se destina a dar aos doentes força espiritual e consolo durante a enfermidade. Após a morte, o corpo do cristão é velado no cemitério, em casa ou na igreja. Durante o velório podem-se entoar cantos religiosos, fazer orações e celebrar missa. Ao padre cabe efetuar a "encomendação do corpo", com leituras de textos sagrados do Novo Testamento. Sete dias depois do enterro, é celebrada uma missa pela alma do falecido, na qual se reúnem parentes e amigos. Os católicos adotam o 2 de novembro como dia de finados para reverenciar os mortos, mas nada impede que parentes e amigos visitem os túmulos em qualquer outra data, podendo acender velas, levar flores e rezar pela alma do falecido.

É importante ressaltar que, segundo o Papa João Paulo II, "a renúncia a meios extraordinários ou desproporcionais não equivale ao suicídio ou a eutanásia; exprime, antes, a aceitação da condição humana diante da morte". Assim como é lícito o uso de narcóticos para supressão da dor e da consciência, desde que o paciente não tenha deveres morais e religiosos a serem cumpridos. (Pio XII, 1957)⁽²³⁾.

O próprio Papa optou, no final de sua existência, por permanecer em seus aposentos e não ter sua vida estendida por outros recursos. Infelizmente, como em todas as religiões, as angústias pessoais com relação à morte são passionalmente misturadas aos desígnios do Criador e ao desconhecimento a respeito da premissas de cada religião, levando pessoas a opiniões e atitudes extremadas e fora dos princípios daquela religião⁽²³⁾. A crença em milagres e na imoralidade do "deixar morrer" levam frequentemente pacientes com câncer avançado a serem submetidos a terapias de suporte em unidades de terapia intensiva (UTIs) e reanimações cardiopulmonares desnecessárias⁽²⁵⁾.

Budismo^(8, 27)

No budismo, a morte é parte natural da vida, que todos terão de enfrentar um dia. Por meio da meditação os budistas se preparam para a morte, que possibilita a compreensão de que tudo é transitório e interligado. Segundo Dalai Lama, se quisermos morrer bem, devemos aprender a viver bem: se esperamos morrer em paz, devemos cultivar a paz em nossa mente e nosso modo de vida. O budismo crê na reencarnação, conceito segundo o qual após a morte a pessoa renasce. A maioria dos budistas adota a cremação. No budismo tibetano, quando alguém morre, a família chora a perda e começa a preparar o funeral. Os lamas locais ou monges se posicionam ao lado do corpo a fim de lerem o Livro Tibetano dos Mortos, que é uma descrição precisa do que cada um enfrentará na outra vida, uma experiência que os tibetanos chamam de "bardo". As palavras são destinadas a guiar o morto ao mundo do além. Depois de dias de orações ao lado do morto, o corpo está preparado para o funeral.

No Tibete, o corpo deverá voltar à posição fetal, ser envolvido em panos e levado a um local distante, ficando como oferenda aos abutres. Pode parecer triste e mórbido do ponto de vista ocidental, mas os tibetanos acreditam que o corpo sem vida é totalmente inútil, a menos que ele ofereça um último presente à terra: servir de alimento para outros seres vivos. Esse é o fim do corpo, mas não da alma. Durante 49 dias o espírito vagaria no além, até a reencarnação. Do ponto de vista do budismo tibetano, a verdadeira experiência da morte é muito importante. Embora como e onde renascer sejam condições

que, em geral, dependam de forças cármicas, o estado de espírito no momento da morte pode influir na qualidade do próximo renascimento. Assim, o modo como se morre é fundamental para um renascimento auspicioso. Desse modo vemos que, frequentemente, os adeptos do budismo aceitam a possibilidade da morte de modo mais tranquilo e desejam respeito e paz nessa hora.

Espiritismo⁽¹⁴⁾

Segundo o espiritismo, assim que ocorre a morte, a alma regressa ao mundo dos espíritos, de onde tinha saído momentaneamente para mais uma encarnação. A reencarnação é necessária para a purificação da alma, que busca a perfeição. A morte é um instante em meio a um caminho infinito. É uma transição, e não um ponto final. Segundo a doutrina espírita de Allan Kardec, só existe a morte do corpo físico, enquanto o espírito imortal retorna a sua verdadeira vida, que é a espiritual. A doutrina espírita acaba com o conceito da morte como algo mórbido e finito a partir do momento que a encara como processo de renovação e reconstrução para outra etapa.

O velório é dirigido ao espírito do falecido e são realizadas preces na intenção da alma, criando-se um clima de vibração positiva em favor do espírito desencarnado, inclusive utilizando música. Os espíritas não adotam o uso de velas nem a prática do luto. Após o enterro, eles não preveem cerimônia alguma. Sempre que desejam, e de acordo com o foro íntimo de cada um, fazem preces para pedir boas vibrações para os desencarnados. Segundo O Livro dos Espíritos, "a visita ao túmulo é uma maneira de mostrar que se pensa no espírito ausente: é a imagem. A prece é que santifica o ato da lembrança, pouco importa o lugar quando se ora com o coração".

Judaísmo^(2, 10)

O judaísmo crê que a morte é o fim do corpo material. A verdadeira pessoa, que é a alma, é eterna. A própria morte é considerada uma parte da criação. No pensamento judaico, vida e morte formam um todo, sendo aspectos diferentes da mesma realidade, complementares uma da outra. A morte não significa a extinção do ser, mas o começo de uma nova fase.

Não há, para o judaísmo, motivos para o prolongamento artificial da vida ou para deixar a pessoa em sofrimento, exceto por desejo do próprio doente⁽³¹⁾. Assim, o uso de analgésicos para alívio da dor e até mesmo a sedação para conforto são estratégias possíveis desde que com a concordância do paciente/família. Prolongar a agonia por meio de recursos artificiais também não é justificado, no entanto a suspensão de medidas já estabelecidas que causem a morte não é considerada adequada⁽³¹⁾.

O enterro ocorre logo após a morte. Adiar o sepultamento é visto como um desrespeito para com o morto e uma interferência nos planos do Criador (exceto no Shabat e no Yom Kipur). A cremação não é permitida, e o corpo do falecido é lavado, vestido com uma roupa branca e colocado num caixão de madeira simples. Os homens são enterrados com seu xale de oração. Não se usam flores nem música na cerimônia. O rabino faz um discurso em memória do morto, e os filhos homens, ou o parente mais próximo do sexo masculino, recitam cantos de louvor a Deus (o *kadish*). Após o funeral, a família fica de luto por uma semana (*shivá*), abstendo-se de quaisquer atividades profissionais ou de

lazer. Parentes e amigos fazem visitas de condolências à casa dos enlutados e três vezes por dia (de manhã, à tarde e à noite) realizam-se serviços religiosos.

A noção de "vida após a morte" é uma declaração da crença na vinda do Messias, que ressuscitará fisicamente os mortos. Por este motivo o judaísmo proíbe a mutilação do cadáver.

A instituição da *shivá* tem como finalidade dar à família folgas psicológicas e espirituais para continuar a vida depois da perda de um ente querido. O enlutado não está só, muito pelo contrário, ele faz parte da "comunidade dos enlutados de Sion". É essa consciência de grupo que lhe dá conforto, já que recebe apoio e consolo de familiares e amigos durante esses dias, o que lhe permite emergir fortalecido, preparado para enfrentar as vicissitudes da vida e pronto para reassumir suas responsabilidades perante o seu povo. No aniversário de falecimento (*yahrzeit*) costuma-se visitar o túmulo do falecido e mantém-se uma vela acesa durante 24 horas. Os filhos recitam o *kadish* na véspera (à noite) e no próprio dia do *yahrzeit* (de manhã e à tarde). Algumas pessoas jejuam no dia do *yahrzeit* de um parente chegado, em sinal de pesar. Os *chassidim*, entretanto, consideram o *yahrzeit* uma ocasião de júbilo – com base no conceito místico de que a cada ano que passa a alma do falecido ascende a um nível espiritual mais alto.

A comunidade judaica conta, em vários estados brasileiros, com a Chevra Kadisha, uma entidade que providencia os cuidados com o corpo e organiza o funeral de acordo com a tradição.

Islamismo^(11, 26)

O islamismo deixa claro aos muçulmanos que a morte e a vida são presentes de Deus. Desde a infância é passada a noção de que tudo que começa tem um fim. Estimulam a usar este mundo sabiamente e a fazer o bem, para preparar-se para a vida que está por vir. Os muçulmanos acreditam no dia do juízo final, na vida após a morte e em que o praticante da religião receberá sua recompensa ou punição pelo que fez na Terra. A morte humana é o ingresso para a vida eterna num outro mundo. Morrer não significa término da existência, mas o começo da eternidade.

Sendo a morte e a vida presentes de Deus, devem ser respeitadas como tais. O sofrimento humano deve ser aliviado, a eutanásia não é permitida e o uso de suporte artificial de vida deve ser desencorajado pela equipe médica. Cuidados especiais devem ser tomados com o corpo, em especial das mulheres. O uso de sedativos e opioides para fins médicos é permitido, sendo necessária uma explicação clara a respeito dos objetivos. A sedação para conforto pode prejudicar as práticas religiosas e, assim, só será aceita se realmente essencial para alívio do paciente^(1, 31).

Constatado o óbito, devem-se tirar os adornos (anéis, brincos, aliança, relógio, correntes etc.) e posicionar o corpo "olhando" em direção à Meca.

No cemitério o corpo é retirado do caixão e despido para que se realizem três banhos. Preces com a intenção de purificação serão recitadas, e então uma mortalha feita de tecido branco 100% natural cobrirá o corpo. Por considerar a morte uma coisa natural, não há ritual de luto. A primeira noite é vista como a mais difícil para o falecido, então se deve orar na intenção de sua alma. Nos segundo e sétimo dias, missas são celebradas na mesquita, sendo também costume celebrar nos 30º, 40º e 60º dias, bem como uma vez por ano. Visitas ao cemitério são importantes para não se esquecer do falecido. O islamismo

prega que os falecidos só conseguem um vínculo com esse mundo pelas obras de caridade que fizeram em benefício dos outros e por intermédio de seus filhos orando por eles.

Tradições afro-brasileiras⁽²⁸⁾

Nas tradições afro-brasileiras, as percepções da natureza e do mundo espiritual estão integradas, e seus ritos são de acordo com essa perspectiva. Ao contrário de tradições judaico-cristãs, não há uma separação nítida entre a vida e a morte, o céu e a terra, o material e o imaterial, o homem e a natureza, o bem e o mal. Tudo se encontra unido pela enorme teia da vida.

No candomblé, morrer é passar para outra dimensão e permanecer junto com os espíritos, orixás e guias. A morte é bem vista para os idosos, pois completaram seu destino e podem seguir seu caminho no *òrun* (plano espiritual ou imaterial) livres das amarras terrenas e adquirindo poderes que podem auxiliar seus descendentes na Terra. Já a morte de um jovem é vista como uma tragédia. Prematura, é entendida como uma consequência de infração grave contra os orixás, ou uma inobservância de suas obrigações com a comunidade, as quais os ancestrais resolvem disciplinar.

Os ritos fúnebres na tradição iorubá visam preparar a passagem do morto do *àyé* (mundo material) para o *òrun* (mundo do além), assim como restabelecer as relações sociais e espirituais causadas pela ausência do falecido. Quanto maior a posição social e religiosa do indivíduo, maiores serão os vínculos a serem cortados e os esforços para o reequilíbrio. Nada deve reter o morto no *àyé*! O falecido, após receber seus rituais, passa a ser um ancestral e poderá ser invocado como *égún*. Esse ritual, o *àsèsè*, ocorre por sete dias após a morte.

A umbanda, cujo nome deriva do termo quimbundo (angolense), quer dizer feiticeiro, xamã ou curandeiro. O termo umbanda, "u" + "mbanda", significa arte mágica da cura, ou simplesmente magia. É uma religião essencialmente brasileira, fruto da união entre candomblé, práticas ameríndias, catolicismo popular e conceitos espíritas kardecistas.

Segundo a umbanda, após a morte o ser desencarnado será encaminhado para uma esfera espiritual condizente com seus atos e vibração emocional acumulada durante a passagem no corpo físico, existindo a possibilidade da continuidade da vida no mundo espiritual ou na reencarnação. A umbanda reconhece também as forças naturais na forma dos orixás do culto africano, que frequentemente são sincretizado com santos católicos. O funeral umbandista é dividido em duas partes: purificação do corpo e do espírito, que acontece somente com a presença do sacerdote, um ajudante e um parente; e a cerimônia social para encomenda do espírito, realizada no velório e no túmulo. Esse ritual não deve ser envolvido de tristeza, e sim de alegria, pois o desencarnado está retornando para o plano eterno fora das ilusões e poderá retomar sua evolução de forma consciente, se assim estiver preparado.

Finalizando

Longe de querer esgotar o tema, este capítulo apenas abre as portas do tema àqueles que cuidam do ser humano no final da vida. Muitas são as religiões não descritas aqui,

maiores ainda as subdivisões e fragmentações de todas elas. No entanto, podemos perceber que em todas há relação de aceitação da morte e continuidade da existência junto ao Criador.

A natureza religiosa e espiritual do ser humano é uma área ainda pouco abordada pelos profissionais da saúde e torna-se vital nos cuidados com aqueles que estão partindo. Conhecer nossas próprias questões sobre finitude, religião e espiritualidade é o ponto de partida para auxiliarmos melhor nossos pacientes.

A equipe deve ser treinada para aceitar os diferentes valores religiosos e espirituais, não impondo conceitos próprios, mas respeitando e incentivando a participação do paciente em sua prática.

A abordagem das questões espirituais e religiosas dos pacientes deve ocorrer no início do acompanhamento para que as medidas necessárias sejam tomadas em direção à resolução de possíveis demandas de paciente, família e equipe.

Referências

1. AL-SHAHRI, M. Z.; AL-KHENAIZAN. A palliative care for muslim patients. *J Support Oncol*, v. 3, p. 432-6, 2005.
2. ASSOCIAÇÃO CEMITÉRIO ISRAELITA DE SÃO PAULO. Chevra Kadisha (ACISP). Disponível em: <<http://www.chevrakadisha.org.br>> ou <<http://www.chevrakadisha.com.br>>. Acesso em: 20 maio 2009.
3. BAYARD, J. P. Sentido oculto dos ritos mortuários. São Paulo: Ed Paulus, 1996.
4. DATAFOLHA. Disponível em: <http://datafolha.folha.uol.com.br/po/dossies_index.shtml>. Acesso em: 5 maio 2007.
5. DEL GIGLIO, A. Cuidados com o paciente terminal com câncer, segundo a tradição judaica. *Rev Bras de Cancerologia*, v. 4, n. 15, p. 6-9, 2001.
6. EHMAN, J. et al. Do patients want physicians to inquire about their spiritual or religious beliefs if they become gravely ill? *Arch Intern Med*, v. 159, p. 1803-6, 1999.
7. ELABORAÇÃO DO LUTO EXIGE RITOS DE PASSAGEM. *Jornal de psicologia*, v. 19, n. 130, 2001. Disponível em: <<http://www.crpsp.org.br>>. Acesso em: 25 maio 2009.
8. EWANS-WENTZ, W. Y. O livro tibetano dos mortos. Editora Pensamento, 2000.
9. GIL, L. A. J.; CURIATI, J. A. E.; SAPORETTI L. A. Influência da qualidade de vida nas expectativas e nas decisões de fim de vida em idosos. Monografia de conclusão do curso de especialização em geriatria, 2007.
10. GLASMAN, J. B. A morte no judaísmo. Disponível em: <<http://www.visaojudaica.com.br>>. Acesso em: 12 abr. 2009.
11. HELLERN, V.; NOTAKER, H.; GAARDER, J. O livro das religiões. Editora Companhia das Letras, 2001.
12. HINSHAW, D. B. Spiritual issues in surgical palliative care. *Surg Clin N Am*, v. 85, p. 257-72, 2005.
13. HINSHAW, D. B. Spiritual issues at the end of life. *Clinics in family practice*, v. 6, n. 2, 2004.
14. KARDEC, A. O livro dos espíritos. São Paulo: Editora Petit, 2001.
15. KING, D.; BUSHWICK, B. Beliefs and attitudes of hospital inpatients about faith healing and prayer. *J Fam Pract*, v. 39, p. 349-52, 1994.

16. KOENIG, H. G., et al. Attendance at religious services, interleukin-6, and other biological parameters of immune function in older adults. *Int J Psychiatry Med*, v. 27, n. 3, p. 233-50, 1997.
17. KOENIG, H. G.; PARGAMENT, K. I.; NIELSEN, J. Religious coping and health status in medically ill hospitalized older adults. *J Nerv Ment Dis*, v. 186, n. 9, p. 513-21, 1998.
18. MAUGANS, T. A. The spiritual history. *Arch Fam Med*, v. 5, p. 11-6, 1996.
19. MCCLAIN, C. S.; ROSENFELD, B.; BREITBART, W. Effect of spiritual well-being on end-of-life despair in terminally-ill cancer patients. *Lancet*, v. 361, p. 1603-7, 2003.
20. MUELLER, P. S.; PLEVAK, D. J.; RUMMANS, T. A. Religious involvement, spirituality, and medicine: implications for clinical practice. *Mayo Clin Proc*, v. 76, n. 12, p. 1225-35, 2001.
21. National Cancer Institute. Disponível em: <<http://cancer.gov/cancertopics/pdq/supportivecare/spirituality/HealthProfessional>>.
22. PARKER-OLIVER, D. Redefining hope for the terminally ill. *Am J Hospice Palliat Care*, v. 19, p. 115-20, 2002.
23. PESSINI, L. Distanásia, até quando prolongar a vida? Ed. Loyola, 2001. p. 237-60.
24. PHELPS, A. C.; NILSSON, M. Religious coping and use of intensive life-prolonging care near death in patients with advanced cancer. *JAMA*, v. 301, n. 11, p. 1140-7, 2009.
25. PUCHALSKI, C.; ROMER, A. L. Taking a spiritual history allows clinicians to understand patients more fully. *J Palliat Med*, v. 3, p. 129-37, 2000.
26. PUCHALSKI, C. M. Spirituality, religion and healing in palliative care. *Clinics in Geriatric Medicine*, v. 20, p. 689-714, 2004.
27. RINPOCHE, S. O livro tibetano do viver e do morrer. São Paulo: Editora Palas Athena, 1999.
28. SAPORETTI, L. A.; SCARTEZINI, S. N. Ritos de passagem e visão pós-morte nas tradições afro-brasileiras: candomblé e umbanda. In: SANTOS, F. S. (org.). *Arte de morrer: visões plurais (no prelo)*.
29. SAPORETTI, L. A.; SILVA, A. M. O. P. Finitude: aspectos éticos, religiosos e espirituais. In: *Geriatría e gerontologia básicas (no prelo)*.
30. SAPORETTI, L. A. Espiritualidade em cuidados paliativos. Cuidado paliativo. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2008.
31. Shahid, A. Information for health care providers when dealing with a muslim patient. Medical Ethics Committee. Disponível em: <<http://www.islam-usa.com/e40.html>>. Acesso em: 20 jun 2009.
32. STEINHAUSER, K. E. et al. Are you at peace? One item to probe spiritual concerns at the end of life. *Arch Intern Med*, v. 166, p. 101-5, 2006.
33. WASNER, M. et al. Effects of spiritual care training for palliative care professionals. *Palliative Medicine*, v. 19, p. 99-104, 2005.
34. WILLIAMS, A. L. Perspectives on spirituality at the end of life: a meta-summary. *Palliative and Supportive Care*, v. 4, p. 407-17, 2006.

Sites de interesse

- Associação Cemitério Israelita de São Paulo – Chevra Kadisha (ACISP): <<http://www.chevrakadisha.org.br>> ou <<http://www.chevrakadisha.com.br>>.

- Centro de Dharma da Paz Shi De Choe Tsog: <<http://www.centrodedharma.com.br/index.php>>.
- Federação Espírita Brasileira: <<http://www.febnet.org.br>>.
- Sociedade Beneficente Muçulmana do Rio de Janeiro: <<http://www.sbmj.org.br>>.
- Templo Guaracy do Brasil: <<http://www.templogaracy.org.br>>.
- Vaticano: <http://www.vatican.va/phome_po.htm>.

Assistência ao luto

DEBORA GENEZINI

*"Se perdem gestos,
cartas de amor, malas, parentes.
Se perdem vozes,
cidades, países, amigos.
Romances perdidos,
objetos perdidos, histórias se perdem.
Se perde o que fomos e o que queríamos ser.
Se perde o momento.
Mas não existe perda,
existe movimento."
Bruna Lombardi (2006)*

Perdas

Ao longo do ciclo vital nos deparamos com inúmeras perdas. A definição de perda nos dicionários populares refere-se à privação de algo que possuíamos.

Podemos passar por perdas, saindo ilesos da vivência, no entanto algumas delas nos são caras e significativas, mobilizando sentimentos conflitantes e dolorosos.

Quando falamos em perdas não nos referimos necessariamente à morte, mas perdas psíquicas, físicas, materiais, entre outras. Autores como Fonseca e Parkes^(4, 11) citam outros tipos de experiências que envolvem perdas, como a separação entre as pessoas vivas, a doença como parte da pessoa que morre, o próprio desenvolvimento humano como formas de evolução e morte, a morte psíquica, as amputações, a perda de uma casa, entre outras tantas possibilidades.

Desde o nascimento somos treinados por meio da vivência de perdas e mortes simbólicas a nos aproximarmos da noção de finitude. No entanto, o condicionamento pelo não-perder é imperativo: não podemos perder a hora, o controle da nossa rotina e não admitimos sequer deixar de ganhar uma competição.

Sabemos da vulnerabilidade humana e que existe adoecimento e fragilidade, mas no íntimo vivemos com a ilusão de que isso só ocorre a nossa distância. Contudo, somos forçados a olhar para o que tínhamos quando nós, algum familiar ou um amigo querido adoecer.

No caso do acometimento por uma doença que ameace a continuidade da vida, não perdemos só a saúde e a ilusão de imortalidade/onipotência, mas também papéis anteriormente exercidos nos contextos profissional, social, afetivo e econômico.

De acordo com Kovacs⁽⁸⁾, as perdas e suas elaborações fazem parte do cotidiano, já que ocorrem em todos os momentos do desenvolvimento humano e, embora sejam experiências universais, são vividas de forma particular por cada indivíduo.

Neste texto, especificamente, será abordada a atenção às situações de perdas por doença e morte e seus desdobramentos no cotidiano de pacientes, familiares e profissionais da saúde.

Adoecimento e morte anunciada

A partir do diagnóstico de uma doença potencialmente mortal seguido pela evolução da enfermidade, paciente e família deparam-se com rupturas, limitações e privações. A rotina anteriormente vivida é alterada, e situações pouco familiares, como exames, medicações e procedimentos, ganham espaço. Ao longo das hospitalizações e dos tratamentos, os membros que assumem os cuidados principais do doente necessitam conciliar papéis antigos ao novo papel de cuidador, vivenciando, portanto, não só sentimentos geradores de sofrimento frente às perdas relacionadas com o ente querido, como também às suas próprias.

Os arranjos familiares dos séculos XX e XXI sugerem escassez na rede de suporte familiar/social, uma vez que as famílias tornaram-se menos numerosas, as residências ficaram menores e as mulheres e os jovens passaram a trabalhar fora de casa. Como consequência, a situação comum é que apenas um componente da família assuma o cuidado principal, acarretando intensas sobrecargas física e emocional.

Sentimentos ambíguos podem permear a vivência, ou seja, além de compaixão, solidariedade e pesar, os familiares podem também sentir raiva e desejo de breve retorno à sua rotina de atividades. Com a piora clínica do doente, a ambiguidade de sentimentos pode tornar-se ainda mais evidente. O aumento das reais possibilidades de sofrimento e dor do paciente pode suscitar, em muitos familiares, o desejo de que tal sofrimento se finde ou, em oposição a isso, o apego a uma ilusão fervorosa de cura e melhora, mesmo que isso fuja totalmente das possibilidades viáveis.

Diante da ambiguidade, posturas de superproteção ou afastamento podem surgir. Carter e McGoldrick⁽³⁾ destacam que uma reação que ocorre na família quando da perda de um de seus elementos é com relação ao seu movimento, que pode ser de aproximação (centrípeto) ou de afastamento (centrífugo) entre seus membros.

Com a evolução da doença, caso o doente apresente-se debilitado física e emocionalmente, pode haver a necessidade de os familiares assumirem a responsabilidade pela tomada de decisões e fazer valer a autonomia do paciente pelo que compartilharam de sua biografia até o momento atual. Essa é uma das mais árduas tarefas para o sistema familiar que compreende um de seus membros gravemente enfermo.

Decidir por alguém, mesmo que tal decisão esteja pautada no desejo do paciente, reforça ao familiar uma representação de falta do ente querido. Há uma representação de "morte em vida". Nesses casos, o luto antecipatório, que será definido em breve neste texto, é vivenciado.

Pacientes afásicos, comatosos, demenciados, grandes sequelados neurológicos, extremamente debilitados pela doença e incapacitados de exprimir decisões, segundo Boss⁽¹⁾, entram na caracterização da perda ambígua, uma vez que estão vivos, mas psicológica e socialmente ausentes. Tal ausências podem desencadear a antecipação do processo de luto.

O familiar vivencia um estranhamento de si e do ente amado. O ato de cuidar visando ao conforto e à qualidade de vida, de acordo com o que permitir a situação, estreita e intimiza o contato com o doente. Isso possibilita ressignificações desse vínculo e faz, muitas vezes, com que as experiências sejam as mais intensas em comparação às de toda vida. Porém, as alterações físicas, a evolução da doença e a possibilidade de morte representam um choque de realidade ao familiar que, ora está intimamente e intensamente próximo

ao doente, ora tem que iniciar a aceitação de que essa pessoa em algum momento não estará mais com ele. Inicia-se o que muitos autores chamam de vivência ou elaboração do luto antecipatório, a exemplo de Fonseca⁽⁴⁾, que consiste na vivência de conjunto de sentimentos relacionados com a dor, da notícia da existência de uma doença em estágio avançado ou da perda iminente de algum membro do sistema familiar. Pode-se ter tal experiência nas esferas cognitiva, emocional e comportamental.

Segundo Rando in Franco⁽¹²⁾, o processo de luto é iniciado a partir do momento em que é recebido o diagnóstico de uma doença potencialmente mortal, pelas perdas concretas ou simbólicas que essa doença possa trazer para a pessoa e sua família.

Para Lindermann⁽¹⁰⁾, a ameaça de morte ou separação pode, por si própria, iniciar uma reação de luto. Pesquisadores sugerem que as intervenções realizadas durante o luto antecipatório podem prevenir o desenvolvimento de problemas no luto pós-morte⁽⁴⁾.

Aos profissionais de saúde que acompanharem o paciente na fase final de vida, portanto, durante a vivência do luto antecipatório, é importante levar em consideração a intensidade do valor afetivo do mesmo para cada familiar. Esse dado auxilia na compreensão das reações psíquicas e comportamentais e no entendimento de que há um tempo interno para aceitação e elaboração da perda, peculiar a cada membro da família.

Na mesma proporção, é necessário que também seja dada atenção aos profissionais de saúde envolvidos nos cuidados ao paciente, uma vez que juntamente vivenciam o luto antecipatório.

Processo do luto

Para o profissional que trabalha em contextos de perdas e morte, é imprescindível o conhecimento a respeito da definição de luto e das reações comuns suscitadas por ele, uma vez que esse evento causará muitas mudanças de comportamento nos familiares e no próprio doente.

Bromberg⁽²⁾ aponta o luto como um conjunto de reações a uma perda significativa e pontua que nenhum é igual ao outro, pois não existem relações significativas idênticas.

Engel *apud* Worden⁽¹⁷⁾ pontua que a perda de uma pessoa amada é psicologicamente traumática na mesma medida em que sofrer uma queimadura grave é fisiologicamente traumático. Ele refere que o luto representa uma saída do estado de saúde e bem-estar e, assim como a cura é necessária no campo fisiológico, um período de tempo é necessário para que o enlutado retorne ao estado similar de equilíbrio.

Worden⁽¹⁷⁾ lista categorias no processo de luto normal, dividindo-as em:

- sentimentos — tristeza, raiva, culpa, ansiedade, solidão, fadiga, desamparo, choque, anseio, emancipação, alívio e estarecimento;
- sensações físicas — vazio no estômago, aperto no peito, nó na garganta, hipersensibilidade ao barulho, sensação de despersonalização, falta de ar (respiração curta), fraqueza muscular, falta de energia e boca seca;
- cognições — descrença, confusão, preocupação, sensação de presença e alucinações;
- comportamentos — distúrbios de sono, distúrbios do apetite, comportamento aéreo, isolamento social, sonhos com a pessoa que morreu, evitar lembranças do falecido, procurar e chamar pela pessoa, suspiros, hiperatividade, choro, visitar lugares e carregar objetos que lembrem o falecido.

Seguindo a linha de sintomas físicos e psíquicos, vale destacar a necessidade de cautela quanto ao diagnóstico de depressão da pessoa enlutada. Tristeza não é depressão. Depressão reativa é esperada, mas a intensidade e a duração, se exacerbadas, podem indicar patologia. A medicação pode inibir ou adiar reações necessárias para a resolução do processo de luto.

Para fins didáticos, apresentamos as fases do luto descritas por Bromberg⁽²⁾, uma vez que o conhecimento dessas fases fornece bases para lidar produtivamente com os recursos disponíveis, respeitando as defesas necessárias a cada uma das fases. É fundamental ressaltar que as fases não ocorrem de maneira rígida e não constituem regra necessária no processo de luto, uma vez que existem a individualidade e a subjetividade do enlutado;

- entorpecimento — reação inicial à perda por morte, em que ocorre choque, entorpecimento e descrença. A duração pode ser de poucas horas ou de muitos dias. A pessoa recentemente enlutada se sente aturdida, atordoada, desamparada, imobilizada e perdida. Há também possíveis evidências de sintomas somáticos, como respiração curta e suspirante, rigidez no pescoço e sensação de vazio no estômago. A negação inicial da perda pode ser uma forma de defesa contra um evento de tão difícil aceitação, estando também presente nessa fase a tentativa de automaticamente continuar vivendo como antes;

- anseio e protesto — fase de emoções fortes, com muito sofrimento psicológico e agitação física. À medida que se desenvolve a consciência da perda, há muito anseio de reencontrar a pessoa morta, com crises de profunda dor e espasmos incontroláveis de choro. Apesar da consciência da perda irreversível, o desejo de recuperar a pessoa às vezes é insuperável. Há momentos em que o indivíduo tem a viva sensação da presença do falecido. Aquilo que não tem relação com o morto tem pouco significado. A pessoa se mostra afastada e introvertida. Também é comum que o enlutado sinta muita raiva, às vezes dirigida contra si mesmo, na forma de acusações com sentimentos de culpa por pequenas omissões e cuidados que possam ter acontecido. Às vezes a culpa é dirigida contra outras pessoas, principalmente aquelas que oferecerem ajuda e consolo ao enlutado; que também pode dirigir a raiva ao próprio morto por tê-lo abandonado. A pessoa enlutada vivencia inquietude, como em busca do morto (principal característica dessa fase) e mostra-se obsessivamente preocupada com lembranças, pensamentos e objetos do falecido. Ocorrem também sentimentos contrários ou incompatíveis, como esperança e desapontamento;

- desespero — nessa fase o enlutado deixa de procurar pela pessoa perdida e reconhece a imutabilidade da perda. O enlutado duvida de que qualquer coisa que valha a pena na vida possa ser preservada, assim podem surgir apatia e depressão. O processo de superação é lento e doloroso. É comum que ocorram afastamento das pessoas e das atividades, falta de interesse e inabilidade para se concentrar em funções rotineiras ou para iniciar atividades. Os sintomas somáticos persistem, incluindo falta de sono, perdas de apetite, peso e distúrbios gastrointestinais;

- recuperação e restituição — a depressão e a desesperança começam a se entrelaçar, com frequência cada vez maior, a sentimentos mais positivos e menos devastadores. A pessoa enlutada pode aceitar as mudanças em si e na situação. Vem daí uma nova identidade, que lhe permite desistir da ideia de recuperar a pessoa morta. Dá-se o retorno da independência e da iniciativa. Mesmo com o processo de recuperação ainda em andamento, é comum a volta de sintomas que haviam cedido, particularmente em datas que ativam lembranças, como dias de nascimento, morte e casamento.

A descrição das fases permite, inclusive, a identificação de alterações não-adaptativas frente ao processo de luto, ao que é chamado luto complicado, sendo muito útil o encaminhamento ao profissional especializado para acompanhamentos médico e psicológico.

Vale ressaltar novamente que o luto é um processo individual e subjetivo e que não existe uma regra rígida quando pensamos nas fases e no enfrentamento do mesmo. Elizabeth Kübler Ross⁽¹⁴⁾ descreve as fases de enfrentamento do luto como negação, revolta, barganha, depressão e aceitação, mas nem todo processo de enlutamento e resolução do luto compõe todas as etapas, que são válidas como um “norte” para os profissionais que assistem pacientes e familiares em situações de doença e morte.

Rando⁽¹³⁾ também é outro autor que divide as fases do luto em:

- reconhecer a perda;
- reagir à separação (expressividade emocional);
- recordar e reexperienciar a pessoa perdida/relacionamento (objetos, fotos);
- abandonar velhos apegos/elaboração;
- reajustar para se mover adaptativamente ao novo sem esquecer o velho;
- reinvestir.

Worden⁽¹⁷⁾ refere que, considerando o luto um processo, é adequado observá-lo em termos de estágio, embora nem todos os enlutados passem por estágios em série. O autor reforça que há risco de ignorar o individual e pensar de maneira literal, especialmente na interpretação de profissionais novatos.

Segundo Walsh⁽¹⁶⁾, o campo da saúde mental ainda prioriza a atenção individual nos processos de luto, não valorizando o impacto da perda na família como um sistema interacional. No entanto, entende-se que para haver um prognóstico favorável ao enfrentamento individual, é necessário que se levem em consideração os processos familiares que acompanham os efeitos imediatos e a longo prazo da morte e as cadeias transgeracionais.

Walsh⁽¹⁶⁾ estudou os efeitos da morte de um membro da família e aponta como resultados o aumento da vulnerabilidade à doença e a morte prematura de membros sobreviventes.

Atenção a detalhes e comunicação

Em Cuidados Paliativos, a comunicação é um dos principais aspectos determinantes de sucesso ou insucesso na construção de vínculo e condução do caso.

A comunicação é vital no curso do processo da perda. Embora existam particularidades de cada núcleo familiar quanto a cultura, crença, valores, modo de expressão de sentimentos e dúvidas, é fato que a comunicação clara facilita a adaptação.

A comunicação deve seguir o pressuposto da verdade lenta e progressivamente suportável. O tempo necessário para que essa comunicação seja suportável só pode ser determinado a partir da vinculação empática e do conhecimento de alguns dados familiares e individuais.

A boa comunicação deve ter início desde o diagnóstico e ser clara em cada etapa do processo de doença e evolução para a morte.

Existem algumas variáveis que podem agir como facilitadores ou afetar adversamente nos processos de luto das famílias. Franco⁽⁵⁾ descreve fatores que podem interferir significativamente no processo de morte e luto:

- natureza e significados relacionados com a perda;
- qualidade da relação que se finda;
- papel que a pessoa à morte ocupa no sistema familiar/social;
- recursos de enfrentamento do enlutado;
- experiências prévias com morte e perda;
- fundamentos culturais e religiosos do enlutado;
- idade do enlutado e da pessoa à morte;
- questões não-resolvidas entre a pessoa à morte e o enlutado;
- percepção individual sobre o quanto foi realizado em vida;
- perdas secundárias, circunstâncias da terminalidade.

Todos esses fatores oferecem ao profissional possibilidades de compreensão da dinâmica e relação do núcleo de cuidados e facilitam o estabelecimento do ritmo e tempo da comunicação.

Situações de crise tendem a exacerbar padrões de relacionamento tanto positivos quanto negativos. Esse dado deve ser considerado pelo profissional.

O padrão de comunicação da família deve receber uma atenção especial por parte da avaliação da equipe de cuidados. Comunicação bloqueada, permeada de segredos, mitos e tabus influencia na forma com que as informações circulam dentro do sistema familiar, levando a mal-entendidos e interferindo, muitas vezes, no processo de elaboração da perda. Quando o profissional não está atento a esses padrões de comunicação, pode acabar fazendo alianças com familiares, acobertando mentiras ou sustentando silêncios prejudiciais. Segundo Carter e McGoldrick⁽³⁾, os terapeutas, como também as equipes de saúde, devem ser modelos para as famílias, informando de forma factual e clara considerações sobre a morte, para que assim não haja má interpretação dos consulentes e se evite a transmissão de informações distorcidas a outros membros da família.

A proximidade com a morte, mesmo que não seja anunciada pelo médico e pela equipe, muitas vezes é clara para o doente, que chega mesmo a verbalizá-lo, gerando sentimentos de desconforto tanto para a família como para a equipe. Embora a eficiência da comunicação durante todo o processo de tratamento da doença até o desfecho da morte dependa da clareza com que informações e sentimentos são expressos, não exige de sofrimento para quem ouve e sente que o fim está próximo.

A equipe de cuidados que acompanha a família também pode ajudá-la a seguir em frente, esclarecendo possíveis reações normais de luto. Não são raros os relatos de familiares que dizem abertamente: "mas eu não tenho direito de estar sorrindo, sendo que eu perdi a pessoa mais importante da minha vida". Autorizar a família a seguir em frente, por meio de uma conversa acolhedora e franca, pode desmistificar possíveis inadequações em termos de comportamentos esperados diante do luto, como culpa e autorreprovação.

Com relação às famílias com crianças pequenas, é importante, segundo Walsh⁽¹⁶⁾, auxiliá-las a abordarem a questão da morte do familiar, ao invés de manterem-se os véus do segredo. As informações deverão ser abordadas levando em consideração as aptidões cognitivas para compreensão do fenômeno da morte conforme a idade, não as sobre-carregando nem as superprotegendo. Grupos de irmãos geralmente são negligenciados afetivamente quando os pais estão enlutados, uma vez que não estão disponíveis em recursos internos para acolher as crianças. Dessa forma, é importante que o profissional de saúde auxilie a identificar quem é a rede de apoio com que a família poderá contar e aponte para os membros do sistema familiar a possibilidade de acionar a rede para dar

conta dos cuidados básicos, como quem ficará com as crianças durante as providências de funeral, por exemplo.

A dificuldade dos pais em acolher crianças e adolescentes "sobreviventes" pode desencadear nestes culpa e persecutoriedade, o que só amplifica sofrimento e conflitos de toda a família. As intervenções terapêutica e educativa são necessárias no luto.

Idosos também costumam ser excluídos de alguns passos do processo da perda, pois são subestimados pela representação de fragilidade do velho, o que é bastante negativo e provoca a sensação de "falta de lugar", "ser um peso" e de que "ele é quem devia ter morrido".

Intervenções junto ao enlutado

Existem alguns princípios apontados por Worden⁽¹⁷⁾ referentes às tarefas que os membros da família vivenciam durante o processo de luto. A primeira diz respeito à necessidade de tornar-se mais ciente de que a perda realmente ocorreu, pois geralmente há a sensação de irrealidade e de que tudo permanece igual.

O segundo princípio consiste em auxiliar as pessoas que sobrevivem à morte a identificar e expressar seus sentimentos mais comuns nesse tipo de situação, como raiva, culpa, ansiedade, desamparo e tristeza. A maior parte dos enlutados procura ajuda para eliminar esses sentimentos e, de forma recorrente, por meio de medicação, o que não é absolutamente benéfico, já que não soluciona a fonte do problema. Para isso, é importante estimular os sobreviventes a falarem sobre os sentimentos evocados pela morte, bem como descrevê-la: como aconteceu, quem lhe contou, o que sentiu, onde estava quando ficou sabendo etc. O papel do terapeuta consiste em ajudar as pessoas a entenderem seus sentimentos, aceitá-los e, na maior parte das vezes, desmistificar muitos deles, uma vez que por meio da terapia podemos visitar com o paciente várias cenas vividas e entender que não há culpados.

O terceiro princípio baseia-se em ajudar o paciente a viver sem a pessoa falecida, facilitando a sua habilidade em tomar decisões de forma independente. Worden⁽¹⁷⁾ descreve como "ajustar-se a um ambiente onde está faltando a pessoa que faleceu".

Já o quarto princípio está relacionado com o fornecimento de tempo para o luto, pois a família geralmente tem dificuldades em entender e aceitar essa necessidade, e elucidá-la facilita o processo de elaboração; é como autorizar as famílias a se permitirem esperar o tempo necessário para que as coisas se encaixem no seu lugar. Outro ponto importante é identificar para as famílias o comportamento dito "normal" do luto (salvo que o curso do luto seja complicado), uma vez que, frente a uma perda importante, principalmente de um filho, muitas pessoas têm a sensação de que estão enlouquecendo ou vão enlouquecer. Clarificar reações normais desse processo traz maior segurança e noção de realidade às famílias e pode ser tarefa de um aconselhamento de luto.

Ainda com relação ao quarto princípio, Worden⁽¹⁷⁾ diz que "a tarefa do profissional não é a de ajudar o enlutado a desistir de sua relação com a pessoa que faleceu, mas a de ajudá-lo a encontrar um local adequado para o falecido em sua vida emocional". Ao longo de tarefas, estratégias e recursos (como linguagem evocativa, utilização de simbolismos e analogias, escrita, desenho, encenação, reestruturação cognitiva, evocação de memórias e imaginação dirigida) podem ser utilizados seguidos por resultados bastante positivos.

Outras intervenções relevantes no pós-morte

Com relação aos procedimentos pós-morte, é interessante que a equipe de cuidados possa encorajar a família a planejar e participar de rituais memoriais, funerais, visitas ao túmulo etc. O ritual funerário, de acordo com Walsh e McGoldrick⁽¹⁵⁾, tem o objetivo de colocar o ente querido em contato íntimo com os familiares e amigos sobreviventes, oferecendo possibilidades de despedida e de encerramento da relação para que possam, então, seguir em frente com suas vidas. O objetivo do funeral é atingido quando ele possibilita que as pessoas envolvidas na perda estejam no melhor contato funcional possível umas com as outras e com o fato da morte.

A intervenção da equipe de saúde responsável pelos cuidados pós-morte com a família sobrevivente poderá ser um telefonema de condolências, aproveitando para oferecer um momento de acolhida, podendo ser dentro ou fora do ambiente hospitalar. Para as famílias, esse é um momento que favorece o fechamento de um ciclo, composto muitas vezes por desgaste de energia psíquica e de longo tempo de suas vidas, carecendo de um ritual de passagem para o retorno à vida social. O envio de uma carta de condolências em torno de 15 dias após a morte também costuma ser bem recebido pelos familiares.

As equipes de saúde que trabalham amparadas na filosofia dos Cuidados Paliativos têm a possibilidade de encerrar suas intervenções no acompanhamento do processo de luto de familiares, tanto em atendimento individual como em grupo, sempre que possível e necessário. O tempo de duração da prestação desses serviços é variável e está intimamente relacionado com a disponibilidade da equipe em conjunção com a demanda do enlutado. Poderão ser feitos encaminhamentos para serviços especializados quando não for possível o acompanhamento a longo prazo.

Os objetivos específicos do trabalho do profissional no processo de luto familiar são correspondentes às quatro tarefas descritas por Worden⁽¹⁷⁾: aumentar a realidade da perda; ajudar a pessoa a lidar com afetos manifestos e latentes; ajudar a pessoa a superar obstáculos para se reajustar depois da morte e encorajar a pessoa a dizer “adeus” adequado e sentir conforto ao reinvestir novamente na vida.

Um fator que auxilia os profissionais de saúde a manejar com a dor das famílias é reconhecer a importância da espiritualidade para a manutenção da saúde mental em momentos de intensa dor. Conforme Walsh⁽¹⁶⁾, a capacidade de fundamentar-se dentro do sistema de crenças espirituais da família proporciona significado, consolo e conforto, podendo promover a aceitação tão necessária nessa fase do ciclo vital. Segundo Franco⁽⁶⁾, a fé é um instrumento importante para o restabelecimento daquele que enfrenta o processo do luto, pois traz a possibilidade de aproximação com o sagrado, confortando e atenuando os sentimentos de desamparo.

Diante desse aspecto, é relevante que o profissional esteja atento à existência de alguma religiosidade na família, incentivando a busca de amparo nessas crenças que, antes da perda, eram fonte de acalento, caso a pessoa verbalize tal importância.

Também poderá caber aos profissionais de saúde incentivar o engajamento da pessoa enlutada e do sistema familiar em redes potencialmente sustentadoras que, segundo Walsh⁽¹⁶⁾, podem ser grupos religiosos, sociais e comunitários. A falta de conexões comunitárias torna a dor mais difícil de suportar e, dentro da própria comunidade, pode haver pessoas passando pelo mesmo pesar do processo de luto.

Frente a tudo isso, o papel mais importante do profissional de saúde é a estimulação das competências familiares, para que o próprio sistema familiar seja capaz de promover a reestruturação tanto individual como familiar. Assim, a família poderá lançar mão de recursos próprios para enfrentar do processo do luto, não sendo necessária a intervenção sistemática.

Quando os desafios são identificados e trabalhados de forma adequada, tendem a promover adaptação imediata, e também a longo prazo, dos membros da família, tendo como resultado o fortalecimento desse grupo como uma unidade funcional. É necessário um investimento no compartilhamento da experiência da morte e, posteriormente, em uma reorganização da sistemática familiar sem a pessoa que morreu, para que se possa pensar em reinvestimentos em outros relacionamentos e em outras realizações na vida.

Kovacs⁽⁷⁾ acrescenta que o luto mal elaborado está se tornando um problema de saúde pública. É grande o número de pessoas doentes em função da excessiva carga de sofrimento sem possibilidade de elaboração, fenômeno que também acomete os profissionais de saúde que são cuidadores do sofrimento alheio, não tendo, muitas vezes, espaço para cuidar de sua própria dor. Também está em risco o profissional de saúde que não reconhece seu limite ao lidar com as perdas no ambiente de trabalho e na vida pessoal, tampouco busca uma rede de apoio para lidar com suas perdas, tanto reais como simbólicas, e tem grandes chances de adoecer, tanto psíquica como fisicamente.

Finalizando

O que se observa é que o ser humano não é preparado para a finitude. Fomos introduzidos ao universo da celebração dos nascimentos, mas não da morte. Os rituais de perda e morte da cultura ocidental elucidam o quanto é sofrida a vivência da morte. A morte do outro nos impõe o confronto com nossa vida e nossa própria morte, e isso gera desconforto, ansiedade e sofrimento. Somos forçados a olhar atentamente para a qualidade da nossa vida e de nossas relações, uma vez que a morte é a fase final do ciclo vital.

Os Cuidados Paliativos representam, nesse sentido, o resgate do valioso cuidar, abrindo espaço para o viver e o morrer com paciente e familiares, considerados agentes ativos no processo junto à equipe de saúde. Nesse cenário, é possível legitimar os desafios inerentes à fase final de vida, à morte e ao luto.

Sendo o luto a última etapa da intervenção da equipe, surge a dúvida a respeito de quando ele termina. Não há resposta pronta. Parkes⁽¹¹⁾ diz que o processo de luto está terminado quando uma pessoa completa a fase final do luto de restituição, em que uma pessoa pode reinvestir suas emoções na vida e no viver. Worden⁽¹⁷⁾ explica que o luto está terminado quando suas respectivas tarefas são completadas. Completa ainda com o fato de que uma pessoa, ao ser capaz de pensar em quem faleceu sem dor, está dando um sinal de reação de luto terminado. Existe sempre uma sensação de tristeza quando se pensa em alguém que se amou e se perdeu, mas é um tipo diferente de tristeza, sem a presença de manifestações físicas, como o choro intenso.

O recolhimento é um movimento essencial para a reorganização dos sentimentos que se confundem diante de uma perda significativa. É necessário um tempo para organizar um espaço para a dor, como também outros espaços para significar e re-significar essa perda. Reflexões sobre que parte do enlutado foi ferida e perdida junto com a pessoa que

morreu e sobre os caminhos possíveis de trilhar sem a pessoa amada revelam que a morte gera uma crise nos sistemas individual e familiar, sendo necessária uma reorganização.

"Não existe amor sem perda. E não existe a superação da perda sem alguma experiência de luto. Não ser capaz de vivenciá-la é ser incapaz de entrar no grande ciclo da vida humana de morte e renascimento – ser incapaz, isto é, de viver novamente."

Referências

1. BOSS, P. A perda ambígua. In: WALSH; MCGOLDRICK. Morte na família: sobrevivendo às perdas. Porto Alegre: Artmed, 1998.
2. BROMBERG, M. H. P. F. A psicoterapia em situações de perdas e luto. Campinas: Editorial Psy II, 2000.
3. CARTER, B.; MCGOLDRICK, M. As mudanças no ciclo de vida familiar: uma estrutura para a terapia familiar. Tradução de M. A. V. Veronese. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.
4. FONSECA, J. P. Luto antecipatório. Campinas: Editora Livro Pleno, 2004.
5. FRANCO, M. H. P. Luto em cuidados paliativos. In: Cuidado paliativo. São Paulo: CREMESP, 2008.
6. FRANCO, M. H. P. Nada sobre mim sem mim: estudos sobre a vida e morte. Campinas: Editora Livro Pleno, 2005.
7. KOVACS, M. J. Educação para a morte: temas e reflexões. São Paulo: FAPESP e Casa do Psicólogo, 2003.
8. KOVACS, M. J. Morte e desenvolvimento humano. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1992.
9. LINDER. Morte na família: sobrevivendo às perdas. Tradução de C. O. Dornelles. In: WALSH, F.; MCGOLDRICK, M. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.
10. LINDERMANN, E. Symptomatology and management of acute grief. American Journal of Psychiatry, 1944.
11. PARKES, C. M. Luto: estudos sobre a perda na vida adulta. São Paulo: Summus, 1998.
12. RANDO. Luto em cuidados paliativos. In: FRANCO, M. H. P. Cuidado paliativo. São Paulo: CREMESP, 2008.
13. RANDO, T. A. Treatment of complicated mourning. Illinois. Research Press, 1993.
14. ROSS, E. K. Sobre a morte e o morrer. 8. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2005.
15. WALSH, F.; MCGOLDRICK, M. Morte na família: sobrevivendo às perdas. (C. O. Dornelles, Trans.). Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.
16. WALSH, F. Fortalecendo a resiliência familiar. São Paulo: Roca, 2005.
17. WORDEN, W. W. Terapia do luto: um manual para o profissional de saúde mental. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.

Anexo

Quadro-síntese dos principais sintomas que não a dor presentes na fase final de vida e as condutas sugeridas a serem implementadas

Sintomas	Causas principais	Tratamento não-farmacológico	Tratamento farmacológico
Alteração de sono/vigília (insônia ocorre em 29% a 59% dos casos de câncer avançado)	<ul style="list-style-type: none">- Dor noturna- Depressão/ansiedade- Maior inatividade durante o dia- Cochiladas diurnas- Efeito colateral de medicações- Álcool e cafeína	<ul style="list-style-type: none">- Técnicas de relaxamento- Ouvir os medos do paciente- Diminuir as cochiladas diurnas- Incentivar exercícios e atividades moderadas durante o dia- Evitar álcool e cafeína	<ul style="list-style-type: none">- Tratar eficazmente a dor- Benzodiazepínicos: lorazepam 1-2 mg, 1-2x/dia), ou midazolam (15-30 mg)- Clorpromazina em doses baixas- Levomepromazina (4-6 gotas/noite)- Rever horário e administração de esteroides- Se delírio associado, haldol (2,5-5 mg/noite)
Anorexia/caquexia (tratamento polêmico)	<ul style="list-style-type: none">- Progressão da doença- Alteração do paladar- Vômitos- Dor intensa, dispneia ou depressão- Boca seca	<ul style="list-style-type: none">- Dieta fracionada em pequenas quantidades, várias vezes ao dia- Dietas coloridas com levantamento prévio do antigo cardápio alimentar (anamnese alimentar)- Se indicada, dieta por SNE em posição gástrica ou gastrostomia	<ul style="list-style-type: none">- Esteroides: prednisona (5-15 mg/dia) ou dexametasona (2-4 mg de 8/8 h)- Megestrol (160-1.600 mg/dia)- Suplementação vitamínica- Antidepressivos (tríclicos, ISRS etc.), s/n - dose usual- Uso experimental: ômega 3, canabinoides, pentoxifilina, GH, talidomida

Quadro-síntese dos principais sintomas que não a dor presentes na fase final de vida e as condutas sugeridas a serem implementadas

Sintomas	Causas principais	Tratamento não-farmacológico	Tratamento farmacológico
Astenia	<ul style="list-style-type: none"> - Progressão da doença -Anemia - Dor - Depressão - Insônia - Infecções crônicas e agudas - Má absorção 	<ul style="list-style-type: none"> - Apoio emocional - Conservar energia - Períodos de descanso mais frequentes - Se indicado, uso de equipamentos como andador e cadeira de rodas 	<ul style="list-style-type: none"> - Tratar as causas específicas - Transusão sanguínea para conforto, conforme o caso - Considerar uso de estimulantes do SNC: metilfenidato (Ritalina®) 5-20 mg/dia
Boca seca	<ul style="list-style-type: none"> - Efeito colateral de medicação - Desidratação - Respirar de boca aberta - Candidíase oral - Vômitos, anorexia - Depressão, ansiedade 	<ul style="list-style-type: none"> - Oferecer frequentes goles de água ou outro líquido - Umedecer os lábios - Oferecer líquidos cítricos e gelados (sucos, gelatina, iogurte) - Oferecer pedacinhos de gelo 	<ul style="list-style-type: none"> - Rever medicação anticolinérgica (hioscina, morfina, atropina, amitriptilina) e diuréticos - Saliva artificial, se disponível - Tratar candidíase (nistatina oral, fluconazol), se for o caso
Broncorreia (hipersecreção)	<ul style="list-style-type: none"> - Hipersecreção pela doença de base (DPOC, ICC, anasarca) - Incapacidade de tossir ou deglutir secreção 	<ul style="list-style-type: none"> - Posicionamento em decúbito lateral - Estado de hipohidratação - Se indicada, aspiração de vias aéreas com sonda 	<ul style="list-style-type: none"> - Tratar infecção, se presente ou se indicado - Diuréticos para diminuir edemas - Drogas anticolinérgicas (ver em "sororoca")

Quadro-síntese dos principais sintomas que não a dor presentes na fase final de vida e as condutas sugeridas a serem implementadas

Sintomas	Causas principais	Tratamento não-farmacológico	Tratamento farmacológico
Confusão mental (demência ou delírio)	<ul style="list-style-type: none"> - Encefalopatia, metástases cerebrais - Causas metabólicas: desidratação e distúrbios eletrolíticos - Efeito colateral de drogas anticolinérgicas e da morfina 	<ul style="list-style-type: none"> - Manter o paciente num ambiente seguro e familiar - Remover objetos perigosos - Usar frases simples - Diminuir sons (televisão, rádio) - Medicação deve ser supervisionada 	<ul style="list-style-type: none"> - Corrigir os distúrbios hidroeletrólíticos/ rever medicações - Tranquilizante: diazepam (2,5-5 mg 1-2x/dia) ou midazolam (15 mg/noite) - Haloperidol (5-10 mg/2,5 mg no idoso), se paranoia ou dificuldade em dormir à noite
Convulsões (10% dos pacientes na fase terminal podem apresentar convulsões)	<ul style="list-style-type: none"> - Hipertensão intracraniana - Tumor ou metástase em SNC - Pós-neurocirurgia - Distúrbios hidroeletrólíticos (Na, Ca, Mg, glicose) - Abstinência de anticonvulsivantes 	<ul style="list-style-type: none"> - Explicar em linguagem simples o que é convulsão e suas causas 	<ul style="list-style-type: none"> - Exame neurológico e FO - Se tumor, dexametasona (4 mg de 6/6 h) - Corrigir distúrbios hidroeletrólíticos - Drogas: benzodiazepínicos, anticonvulsivantes (doses habituais) - Manter anticonvulsivantes VR ou midazolam (5-10 mg SC) ou fenobarbital SC (deve ser diluído 1:10)

Quadro-síntese dos principais sintomas que não a dor presentes na fase final de vida e as condutas sugeridas a serem implementadas

Sintomas	Causas principais	Tratamento não-farmacológico	Tratamento farmacológico
Constipação	<ul style="list-style-type: none"> - Inatividade, fraqueza - Menor ingestão alimentar e de líquidos - Obstrução intestinal pelo tumor - Hipercalcemia - Confusão mental e depressão - Efeito colateral de medicações 	<ul style="list-style-type: none"> - Encorajar atividade física, se possível - Oferecer mais água - Dieta rica em fibras - Chá de sene - Movimentar os membros inferiores - Realizar massagem abdominal no sentido horário 	<ul style="list-style-type: none"> - Rever medicação: codeína (dose), morfina, antidepressivos tricíclicos - Óleo mineral (1 medida 2x/dia) - Bisacodil (5-10 mg até 2x/dia) - Lactulose (10 ml 2x/dia) (máximo de 30 ml 3x/dia) - Outros laxativos orais - Enteroclistas s/n
Delírio (mais de 40% dos pacientes apresentarão confusão mental ou delírio na fase final de vida)	<ul style="list-style-type: none"> - Fase terminal da doença - Alterações do nível de consciência - Encefalopatia metabólica - Distúrbios hidroeletrólíticos (Na, Ca, glicose) - Infecção - Efeito colateral da morfina 	<ul style="list-style-type: none"> - Suportes emocional e psicológico - Presença de familiares - Presença de calendário e relógio - Ambiente tranquilo - Música suave 	<ul style="list-style-type: none"> - Corrigir os distúrbios hidroeletrólíticos, se cabível - Neurolépticos em geral; olanzapina, risperidona e quetiapina - Haloperidol é a droga de escolha (5-10 mg/2,5 mg no idoso, até de 8/8 h) - Benzodiazepínicos: midazolam (15 mg/noite), lorazepam (1-2 mg/dia), diazepam (2,5-5 mg 1-2x/dia)

Quadro-síntese dos principais sintomas que não a dor presentes na fase final de vida e as condutas sugeridas a serem implementadas

Sintomas	Causas principais	Tratamento não-farmacológico	Tratamento farmacológico
Depressão	<ul style="list-style-type: none"> - Percepção da fase terminal da doença - Sensação de inutilidade - Sofrimento contínuo - Dor não adequadamente controlada 	<ul style="list-style-type: none"> - Suportes emocional e psicológico - Presença de familiares - Seguimento com psicologia/psiquiatria 	<ul style="list-style-type: none"> - Antidepressivos (várias classes): doses usuais e crescentes
Diarreia	<ul style="list-style-type: none"> - Medicação laxativa em "excesso" - Abstinência de opioides - Antibióticos, antiácidos - Infusão rápida da dieta por SNE - Gastroparesia (DM, hipertireoidismo, doença inflamatória intestinal etc.) 	<ul style="list-style-type: none"> - Aumentar a ingestão de líquidos: água, reidratantes orais, energéticos esportivos - oferecer líquidos em pequenas porções, várias vezes ao dia - Manter dieta, porém SEM fibras - Infundir dieta por SNE mais lentamente 	<ul style="list-style-type: none"> - Rever medicação: opioide - Drogas constipantes, se não for diarreia infecciosa, como codeína (10-30 mg 6/6 h VO) ou loperamida (4 mg VO dose única) - Antiespasmódicos s/n
Disfunção urinária (a prioridade é melhorar o desconforto da retenção urinária)	<ul style="list-style-type: none"> - Progressão da doença - Alterações do nível de consciência - Efeito colateral de medicações 	<ul style="list-style-type: none"> - Dispositivo urinário não-invasivo (Uripen®) + bolsa coletora ou garrafa plástica (homens) - Uso de comadre (mulheres) - Uso de fraldas descartáveis - Prevenção de dermatite 	<ul style="list-style-type: none"> - Se incontinência, introduzir s/n anticolinérgicos, antidepressivos tricíclicos - Se retenção, rever medicação constipante (codeína, morfina, antidepressivos tricíclicos) - Antibióticos, se infecção de trato urinário

Quadro-síntese dos principais sintomas que não a dor presentes na fase final de vida e as condutas sugeridas a serem implementadas

Sintomas	Causas principais	Tratamento não-farmacológico	Tratamento farmacológico
Dispneia: causas multifatoriais (avaliar sempre a causa base)	<ul style="list-style-type: none"> - Linfangite carcinomatosa/ metástases pulmonares - Ansiedade ou pânico - Progressão da doença pulmonar de base - Infecção pulmonar - Derrame pericárdico com tamponamento - Acidose metabólica com falência de múltiplos órgãos - Atmosfera muito seca - Derrame pleural - Anemia 	<ul style="list-style-type: none"> - Reposicionar o paciente na cama ou cadeira - Elevar o decúbito - Abrir janelas - Ventilar o paciente - Oferecer água - Fazer exercícios respiratórios - Oxigênio suplementar (CPAP, O₂ contínuo) 	<ul style="list-style-type: none"> - Corticoides nas linfangites, compressões tumorais - Broncodilatadores s/n - Se hipersecreção, hioscina (10 mg VO 8/8 h) - Se tosse seca, codeína (5-10 mg 6/6 h) - Se indicada, toracocentese de alívio - Morfina (iniciar com 2,5-5 mg 4/4 h VO ou 2 mg 4/4 SC) - Sedação paliativa, se dispneia incontrolável, midazolam associado a morfina como primeira opção
Mioclonias	<ul style="list-style-type: none"> - Efeito colateral de medicações: metoclopramida, opioides (dose alta), neurolépticos - Abstinência de álcool, benzodiazepínicos, barbitúricos, anticonvulsivantes - Por hipóxia do SNC 	<ul style="list-style-type: none"> - Explicar em linguagem simples o que é mioclonia e suas causas 	<ul style="list-style-type: none"> - Rever medicações - Rever dose de opioides - Sedar com midazolam (5-10 mg SC de hora em hora), até cessarem as mioclonias (depois, 20-30 mg/dia) - Alternativas: diazepam (10-20 mg VR de hora em hora)

Quadro-síntese dos principais sintomas que não a dor presentes na fase final de vida e as condutas sugeridas a serem implementadas

Sintomas	Causas principais	Tratamento não-farmacológico	Tratamento farmacológico
Náuseas e vômitos (não administrar gastrocinéticos se vômitos por obstrução TGI)	<ul style="list-style-type: none"> - Obstrução intestinal - Dismotilidade gástrica - Efeito colateral de medicações - Efeitos da QT - Distúrbios metabólicos (hipercalcemia, uremia, infecção) 	<ul style="list-style-type: none"> - Dieta fracionada e em pequenas porções - Alimentos e líquidos frios e azedos: gelatina, sorvetes, sorbets, pedaços de gelo, musses - Técnicas de relaxamento - Higiene oral pré e pós-prandial 	<ul style="list-style-type: none"> - Antieméticos: metoclopramida (10-30 mg 8/8-4/4 h) ou dramamine - Outras drogas: haloperidol (1-2 mg/dia), clorpromazina (25-50 mg a cada 6-12 h), diazepam (5 mg) - Ondansetrona (4-8 mg de 8/8 h), se pós-QT - Via de administração SC (preferencial) ou supositórios
Prurido	<ul style="list-style-type: none"> - Pele seca - Alergia - Dermatites - Infecção fúngica ou escabiose 	<ul style="list-style-type: none"> - Hidratação da pele (óleo com ácido graxo essencial: girassol ou canola) - Banho: água não muito quente 	<ul style="list-style-type: none"> - Checar medicação/alimentos - Tratar dermatites - Anti-histamínicos/corticoides s/n - Tratar infecção (fungo/parasita)
Ronco da morte ("sorroca", em inglês: <i>death rattle</i>). Ocorre em 25% a 92% na fase final de vida	<ul style="list-style-type: none"> - Secreção acumulada na garganta por não conseguir deglutir (geralmente paciente já inconsciente ou quase inconsciente) 	<ul style="list-style-type: none"> - Explicar o significado do ruído à família/cuidador - Eventualmente aspiração de VAS, procedimento que pode impressionar muito 	<ul style="list-style-type: none"> - Hioscina, homatropina ou escopolamina (30 gotas na boca até de 6/6 h ou 1 ampola de Buscopan® SC de 6/6 ou até de 4/4 h) - Atropina colírio a 1% VO (2-3 gotas [= 1-3 mg] a cada 6-8 h) (cuidado com taquicardia) - Se disponível, adesivo de escopolamina

Quadro-síntese dos principais sintomas que não a dor presentes na fase final de vida e as condutas sugeridas a serem implementadas

Sintomas	Causas principais	Tratamento não-farmacológico	Tratamento farmacológico
Soluços (checar a causa)	<ul style="list-style-type: none"> - Dispepsia - Tumor ou metástase do SNC - Irritação do nervo vago/frênico - Efeito colateral de medicações: corticoides, BCC, anticonvulsivantes 	<ul style="list-style-type: none"> - Dieta fracionada e líquidos frios - Esfregar com gaze o céu da boca - Xilocaina gel + uma colher de sopa de açúcar diluído em um pouco de suco de limão ou laranja 	<ul style="list-style-type: none"> - Checar medicação - Se distensão abdominal, dimeticona (30-60 gotas na boca) - Tratar dispepsia - Metoclopramida (10-20 mg VO ou SC 3 a 4x/dia) ou haloperidol (1-2,5 mg 1-3x/dia) - Baclofeno (10 mg VO a cada 8-12 h)
Sudorese (checar a causa)	<ul style="list-style-type: none"> - Febre, infecção - Por tumor, geralmente associado a linfoma de Hodgkins, tumores malignos e/ou metástase hepática - Distúrbio hormonal - Medicações - Suspensão abrupta de opioides 	<ul style="list-style-type: none"> - Secar sudorese com tecido absorvente - Diminuir a temperatura do ambiente - Propiciar fluxo de ar no ambiente - Evitar alimentos quentes e/ou picantes 	<ul style="list-style-type: none"> - Tratar a causa da febre, infecção - Descontinuar antipiréticos - Diminuir sudorese paraneoplásica: naproxeno (250-375 mg 2x/dia); cimetidina (400-800 mg 2-3x/dia); propranolol (10-20 mg 2-3x/dia); olanzapina 5 mg/dia; estudos com talidomida (100 mg/noite) - Trocar antidepressivos por venfalaxina (37,5-75 mg/dia VO) - Considerar rodízio de opioides

Autoria da Dra. Celia Maria Kira

SNE: sonda nasoenteral; GH: hormônio de crescimento; SNC: sistema nervoso central; DPOC: doença pulmonar obstrutiva crônica; ICC: insuficiência cardíaca congestiva; FO: fundo de olho; TGI: trato gastrointestinal; VR: via retal; SC: subcutâneo; DM: diabetes mellitus; VO: via oral; CPAP: sistema de pressão positiva contínua das vias aéreas; QT: quimioterapia; s/n: se necessário; VAS: vias aéreas superiores; BCC: bloqueador do canal de cálcio.

Referências

1. DOYLE, D. et al. Oxford textbook of palliative medicine. 3. ed. 2005.
2. GUIA FARMACOGERIÁTRICA. Disponível em: <<http://www.semer.es/docs/Farmacogeriatria.pdf>>.
3. INCA. Cuidados paliativos oncológicos: controle de sintomas. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/rbc/n_48/v02/pdf/conduitas3.pdf>.
4. SYMPTOMS AND SYMPTOMS MANAGEMENT FORUM IN ENCICLOPEDIA OF DEATH AND DYING: SY-VI. Disponível em: <<http://www.deathreference.com/Sy-Si/Symptoms-and-Symptom-Management.html>>.
5. WHO. Palliative care: symptom management and end-of-life care, 2004. Disponível em: <<http://www.who.int/3by5/publications/documents/en/genericpalliativecare082004.pdf>>.

