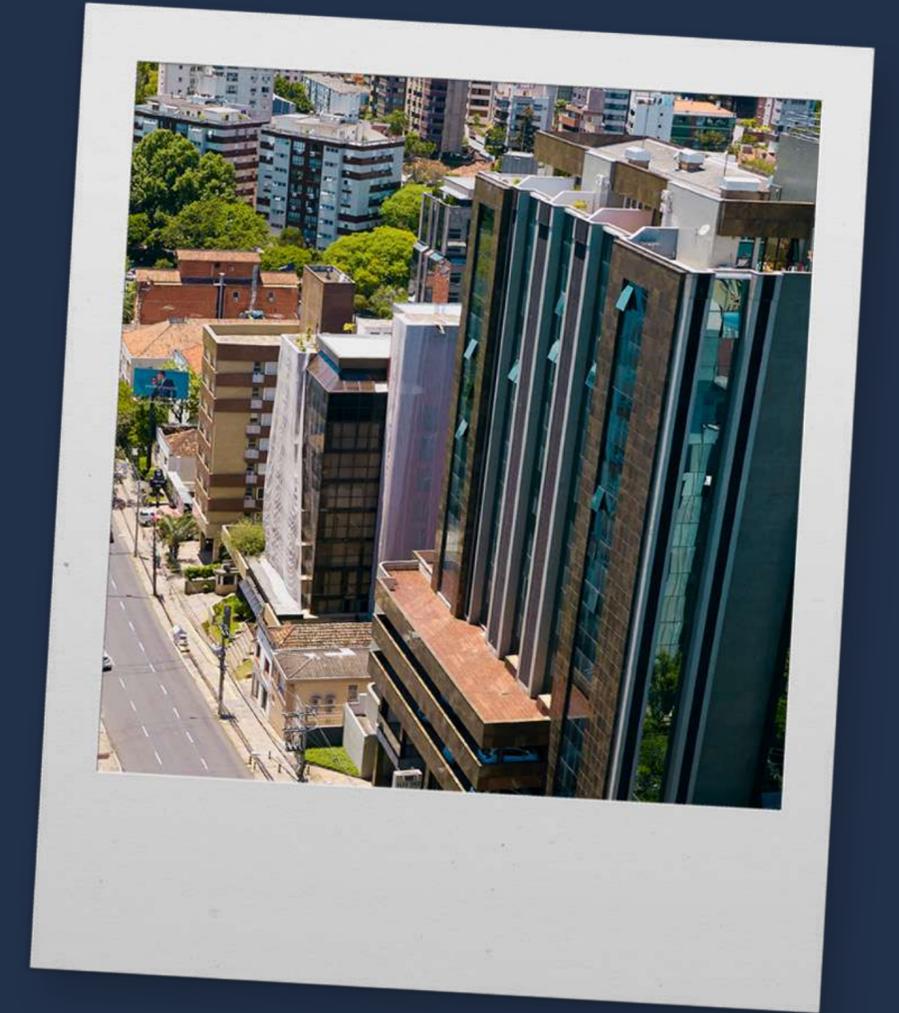




ecancer.org

Con el aval de
ALCP ASOCIACIÓN LATINOAMERICANA
DE CUIDADOS PALIATIVOS

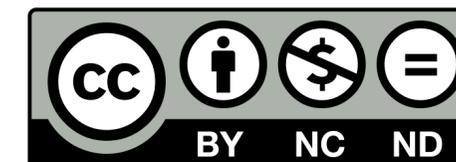
Manual básico de cuidados paliativos



February 2025



Este documento está licenciado conforme a licença Creative Commons Atribuição 4.0 internacional. É obrigatório o reconhecimento da autoria e a correta referência do trabalho. É proibida a sua utilização para fins comerciais, assim como a divulgação de qualquer trabalho derivado do original.



Original: Bunge S, Viana L, Agudelo J, y Pastrana T (2021) Curso básico de cuidados paliativos para Latinoamérica. Ginebra: City Cancer Challenge Press.

Versão ao português pela Academia Nacional De Cuidados Paliativos (ANCP): **João Batista Santos Garcia (Coordenador), Tania Pastrana (Coordenadora), Rodrigo Kappel Castilho, Carolina de Araújo Affonseca, Thaís Camille Alves Gonçalo, Ursula Bueno do Prado Guirro, Neulanio Francisco de Oliveira, Rudval Souza da Silva, Erika Aguiar Lara Pereira, Daniela Aceti.**

Direitos de autor © 2021 City Cancer Challenge
Todos os direitos reservados

Nenhuma parte deste livro pode ser copiada, reproduzida ou transmitida para fins comerciais. O City Cancer Challenge permite a utilização das informações apresentadas para fins científicos e educativos.

Prefácio

Este manual surgiu no âmbito do City Cancer Challenge (C/Can) para responder à necessidade de treinamento e formação em cuidados paliativos no primeiro nível de cuidados. Esta necessidade foi identificada como uma prioridade no diagnóstico situacional efetuado com o modelo C/Can em Assunção (Paraguai) e Cali (Colômbia).

O nosso objetivo é melhorar a qualidade dos cuidados prestados aos pacientes com doenças oncológicas. Através da formação de profissionais da atenção primária a saúde, visa oferecer cuidados paliativos, alívio da dor e o reforço das redes de cuidados com especialistas, articulando diferentes níveis de cuidados e otimizando assim os recursos.

Com este manual básico muito prático, pretendemos apoiar o pessoal da atenção primária a saúde nos tópicos centrais dos cuidados paliativos e convidá-los a aprofundar a literatura sugerida. Os temas foram escolhidos em consenso com os dirigentes de City Cancer Challenge nas cidades e o grupo de trabalho, tendo em conta: as práticas essenciais em cuidados paliativos, a relevância para os doentes com câncer avançado e as necessidades locais na atenção primária. Os princípios aqui descritos podem ser aplicados a pessoas que necessitem de cuidados paliativos não oncológicos. Estamos cientes de que muitos tópicos foram deixados de fora desta edição.

Ensinar cuidados paliativos é uma tarefa complexa e exigente, e adaptá-la a cada região ou localidade é ainda mais difícil. À medida que mais profissionais se juntarem à tarefa de ensinar e aprender sobre cuidados paliativos na sua localidade, receberemos feedback sobre frases/palavras que considerem confusas.

Em cada nova edição, o leitor experiente poderá notar pequenas alterações em alguns termos, sempre com o objetivo de reduzir ao máximo a ambiguidade de cada termo escolhido. Agradecemos os seus comentários para que possamos continuar a aperfeiçoar cada edição de forma dinâmica: latinamerica@citycancerchallenge.org

Os autores

Conteúdo

I. Princípios básicos dos cuidados paliativos

II. Avaliação do paciente e da família

III. Comunicação

IV. Dor

V. Sintomas respiratórios

VI. Náusea e vômito

VII. Constipação

VIII. Síndrome da anorexia caquexia

IX. Delirium

X. Urgências

XI. Via subcutânea

XII. Cuidados ao fim da vida

XIII. Considerações bioéticas/clínicas

XIV. Apêndice

Princípios básicos dos cuidados paliativos

OBJETIVOS DO APRENDIZAGEM

6

O QUE SÃO OS CUIDADOS PALIATIVOS?

6

QUEM DEVE FORNECÊ-LOS?

7

QUANDO INICIÁ-LOS?

8

PARA QUEM?

8

QUAIS SÃO OS SINTOMAS PREDOMINANTES EM PACIENTES COM NECESSIDADES PALIATIVAS? 9

LEMBRETE

9

SE QUISER SABER MAIS...

9

APLIQUE O QUE APRENDEU

10

Objetivos de aprendizagem

Esperamos que, ao final deste módulo, você possa:

- Definir o que são os cuidados paliativos.
- Descrever as principais características dos cuidados paliativos.
- Reconhecer os cinco sintomas mais comuns em pacientes com câncer avançado

“**Você é importante porque você é você, você é importante até o último momento da sua vida.**”

Cicely Saunders

O que são os cuidados paliativos?

Os cuidados paliativos são os cuidados integrais, ativos, ofertados a pessoas de todas as idades que se encontram em intenso sofrimento relacionados à sua saúde, proveniente de doença severa, especialmente aquelas que estão na fase de final de vida. O objetivo dos cuidados paliativos é, portanto, melhorar a qualidade de vida dos pacientes, de suas famílias e de seus cuidadores¹.

¹ Radbruch L, et al. Redefining Palliative Care – A New Consensus-Based Definition. J Pain Symptom Manage. 2020;60(4):754-64
Definição em português:
[https://hospicecare.com/uploads/2019/2/Palliative%20care%20definition%20-%20Portuguese%20\(Brazilian\).pdf](https://hospicecare.com/uploads/2019/2/Palliative%20care%20definition%20-%20Portuguese%20(Brazilian).pdf)

O que são os cuidados paliativos? (OMS)

Modificada de Organización Mundial de la Salud. 2016. Mejora del acceso a los cuidados paliativos.
Disponível em: https://www.who.int/ncds/management/palliative-care/Infographic_palliative_care_SP_final.pdf?ua=1

Cuidado de pacientes com doenças graves e aqueles que estão próximos ao fim da vida.

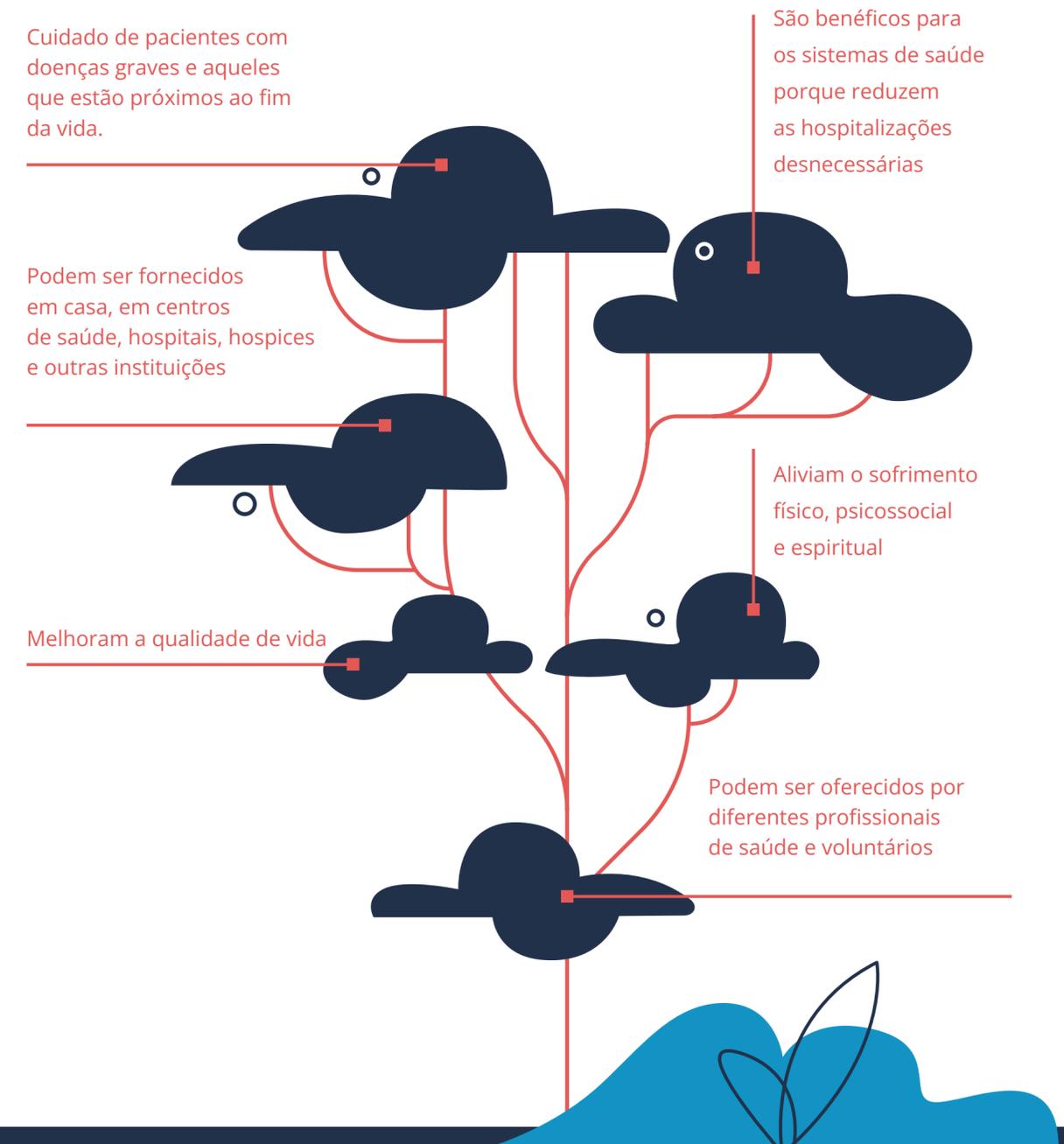
Podem ser fornecidos em casa, em centros de saúde, hospitais, hospícios e outras instituições

Melhoram a qualidade de vida

São benéficos para os sistemas de saúde porque reduzem as hospitalizações desnecessárias

Aliviam o sofrimento físico, psicossocial e espiritual

Podem ser oferecidos por diferentes profissionais de saúde e voluntários



Quem deve fornecê-los?

A **equipe de saúde** (clínicos gerais, médicos de família, profissionais da enfermagem, entre outros) com treinamento adequado pode oferecer um primeiro nível de atendimento (**cuidados paliativos básicos**) que atenda às necessidades de uma grande parte da população que deles precisam.

Há um segundo nível de atendimento, **cuidados paliativos gerais**, que podem ser prestados por profissionais que atendem esses pacientes com frequência: internista, pediatras, geriatras, oncologistas, cirurgiões. Para isto eles precisam de treinamentos mais específicos (intermediário).

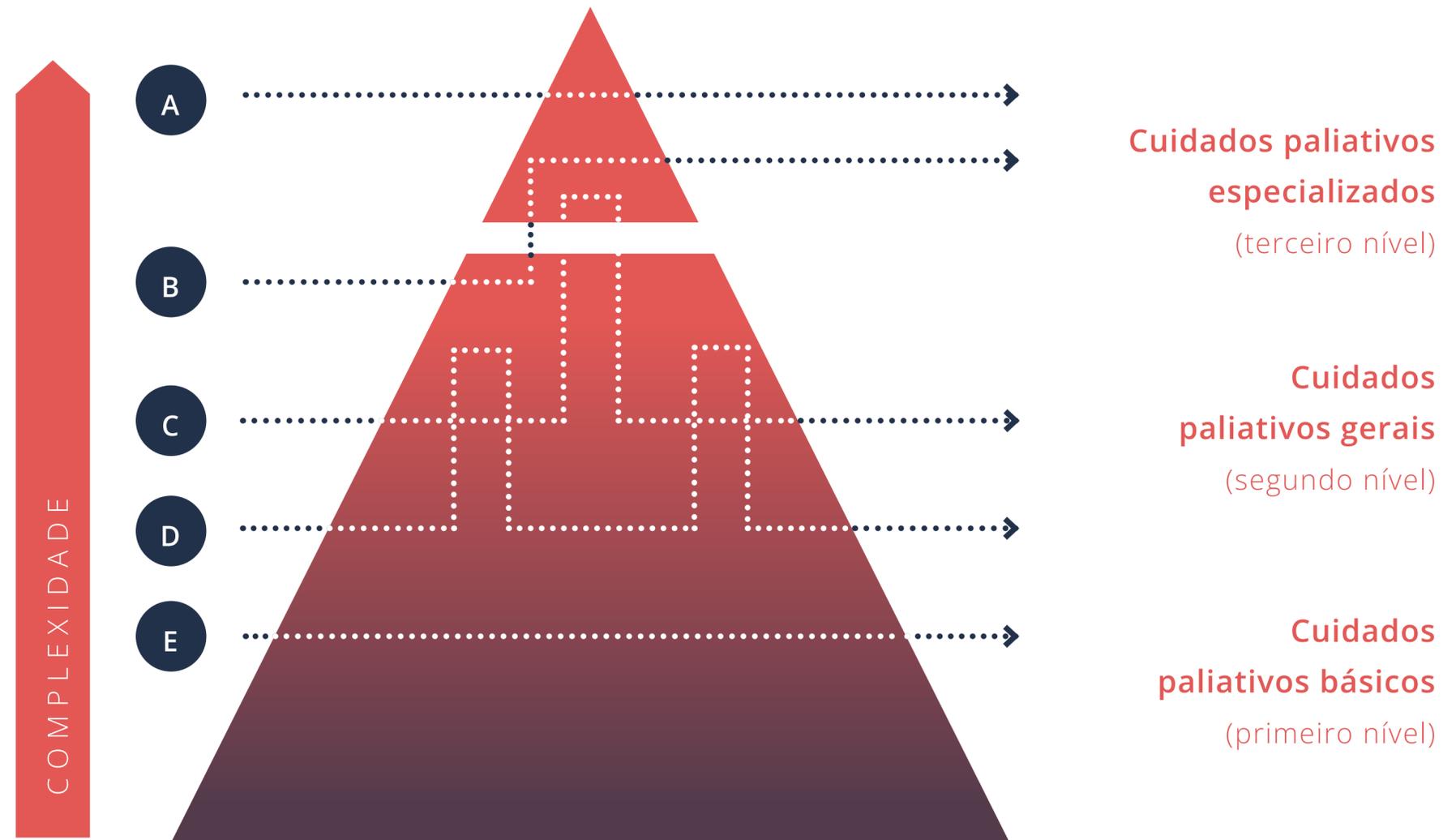
Um terceiro nível, o **nível especializado**, é oferecido por equipes com especialistas dedicados exclusivamente aos cuidados paliativos. Essas equipes são aquelas apropriadas para lidar com pacientes altamente complexos.

É necessário um sistema de referência e contrarreferência para oferecer um atendimento integrado e contínuo.

Provisão de cuidados paliativos por nível de complexidade

Modificada de Palliative Care Australia (PCA) Palliative Care Service Development Guidelines A population-based approach. 2005.
Disponível em: <https://palliativecare.org.au/wp-content/uploads/2015/05/A-guide-to-palliative-care-service-development-a-population-based-approach.pdf>

A, B, C, D e E são possíveis trajetórias dos pacientes dentro de diferentes níveis de complexidade.

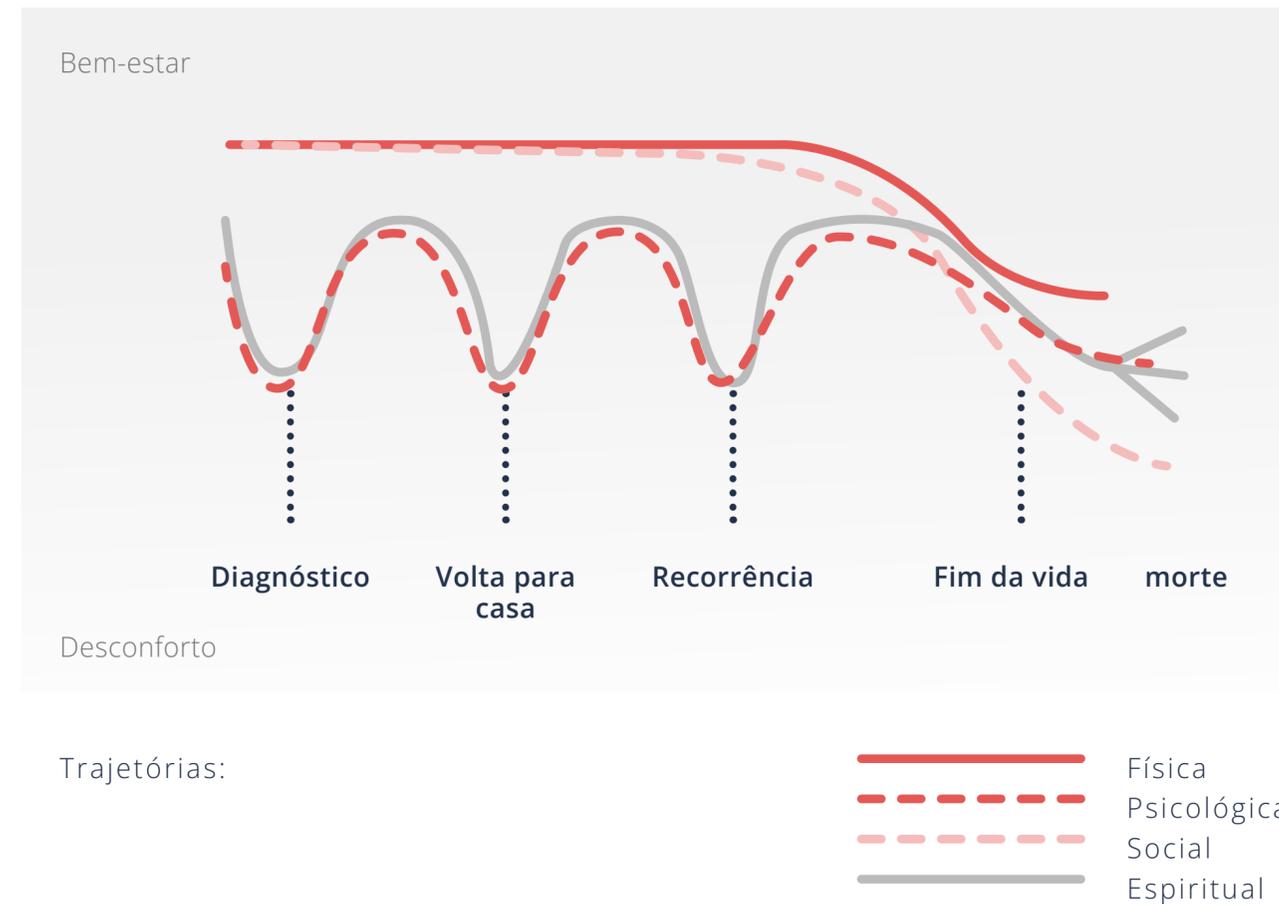


DIAGNÓSTICO > PROGRESSÃO > ESTADO AVANÇADO

Quando iniciá-los?

Os cuidados paliativos devem começar a partir do início da doença, com o diagnóstico (*integração precoce*) ou durante o acompanhamento de uma doença com prognóstico ruim. Sua importância e participação aumentam à medida que se aproxima do fim da vida e continua mesmo após a morte do paciente, com o apoio ao luto das pessoas que compõem o seu ambiente afetivo.

Trajectoria da doença, incluindo física, psicológica, social e espiritual²

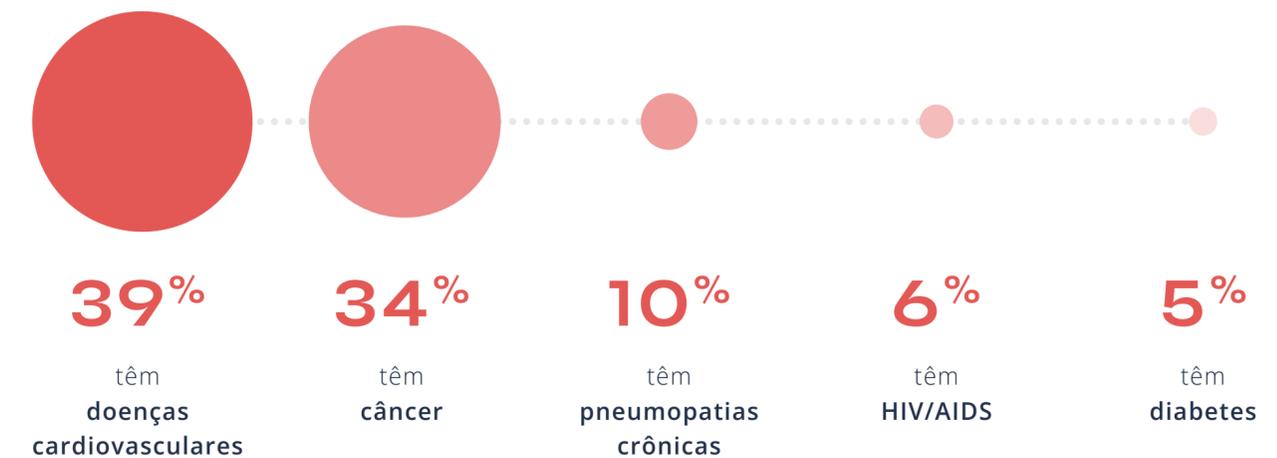


Para quem?

Os cuidados paliativos são benéficos para pessoas que sofrem de doenças ou condições graves ou potencialmente fatais como doenças avançadas crônicas (infecciosa e não infecciosa), mas também agudas com risco de vida, como COVID-19 ou sepse³. Existem ferramentas que ajudam a identificar pessoas que poderiam se beneficiar dos cuidados paliativos como as ferramentas SPICT ou NECPAL.

Necessidade de cuidados paliativos de acordo com a patologia

Modificada da Organização Mundial de Saúde. 2016. Melhorar o acesso aos cuidados paliativos. Disponível em: https://www.who.int/ncds/management/palliative-care/Infographic_palliative_care_SP_final.pdf?ua=1



² Murray SA, et al. Archetypal trajectories of social, psychological, and spiritual wellbeing and distress in family care givers of patients with lung cancer: secondary analysis of serial qualitative interviews. *BMJ*. 2010;340:c2581.

³ Weissman DE, Meier DE. Identifying patients in need of a palliative care assessment in the hospital setting: a consensus report from the Center to Advance Palliative Care. *J Palliat Med*. 2011;14(1):17-23.

Quais são os sintomas predominantes em pacientes com necessidades paliativas?

Pacientes com doença oncológica avançada apresentam uma média de 5 sintomas (variação de 0 a 17)⁴. **Os sintomas mais frequentes são fadiga, dor, anorexia, caquexia e dispneia** e na maioria dos casos, são de natureza multicausal, resultado do progresso da doença, tratamento antineoplásico, comorbidades e estressores psicossociais.

Esses sintomas causam deterioração na qualidade de vida e sofrimento. Eles devem ser investigados ativamente, pois muitas vezes não são mencionadas pelo paciente ou sua família.

⁴ Feyer P, et al. Frequency of side effects in outpatient cancer care and their influence on patient satisfaction -a prospective survey using the PASQOC questionnaire. Support Care Cancer. 2008, 16(6), 567-575.

⁵ Moens K, et al. Are There Differences in the Prevalence of Palliative Care-Related Problems in People Living With Advanced Cancer and Eight Non-Cancer Conditions? A Systematic Review. J Pain Symptom Manage. 2014;48(4):660-77.

Prevalência de sintomas em pacientes com doença oncológica avançada⁵

Domínio	Sintoma	Porcentagem
Físico	Fadiga	23-100%
	Anorexia	76-95%
	Dor	30-94%
	Náusea e vômito	2-78%
	Dispneia	16-77%
	Insônia	3-67%
	Confusão e delirium	2-68%
Psicológico	Constipação	4-64%
	Diarreia	1-25%
	Depressão	4-80%
Espiritual	Ansiedade	3-74%
	Preocupação	3-71%
Social	Senso de bem-estar	91%
	Dor espiritual	44%
	Suporte	49%

Lembrete

- Os cuidados paliativos previnem e aliviam o sofrimento causado por sintomas físicos, emocionais, sociais e espirituais relacionados à doença e busca melhorar a qualidade de vida dos pacientes e suas famílias.
- Você poderia fornecer cuidados paliativos em seu ambiente com treinamento básico - e em colaboração com os outros níveis de cuidado - cobrindo grande parte das necessidades das pessoas que deles precisam.
- Os cuidados paliativos ajudam a pessoa a viver ativamente até o último momento de vida e acompanham a família em luto.

Se quiser saber mais...

- Radbruch L et al. (2020). Redefining Palliative Care - a New Consensus-based Definition. J Pain Symptom Manage. doi:10.1016/j.jpainsymman.2020.04.027.
- Integrating palliative care and symptom relief into primary health care: a WHO guide for planners, implementers and managers. Genebra: WHO; 2018.
- Organización Mundial de la Salud. OMS divulga recursos para serviços de cuidados paliativos. Em: <https://brasil.un.org/pt-br/150287-oms-divulga-recursos-para-servi%C3%A7os-de-cuidados-paliativos>
- Organización Mundial de la Salud. Cuidados paliativos- Datos y cifras. 2020. Em: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>
- Kelley AS, Morrison RS. Palliative Care for the Seriously Ill. N Engl J Med. 2015;373 (8):747-55.

Aplique o que aprendeu

CASO CLÍNICO

Há 7 meses Maria José (30 anos) queixa-se de dor abdominal inespecífica e desconforto digestivo que a impede de continuar com suas atividades normais. Ela está muito cansada e não consegue se concentrar em seu trabalho. Maria José mora com seu marido, eles não tem filhos e trabalha como secretária de uma empresa de médio porte. Ela vai repetidamente para a clínica ginecológica e, na última consulta, foi diagnosticada com câncer de ovário avançado com infiltração peritoneal e metástases pulmonares (IV). Foi sugerida quimioterapia. Seu humor atual é depressivo, continua com muita dor (7/10) e cansaço (6/10), motivo pelo qual ela veio a consulta:

Assinale a(s) opção(ões) que você considera correta(s):

1. O que você pensa sobre a situação de Maria José?

- A. Que deve marcar uma consulta com um oncologista para que se encarregue dos cuidados dela.
- B. Que o seu prognóstico é ruim e que ela se beneficiaria muito com os cuidados paliativos.
- C. Que com um tratamento oncológico irá melhorar, pois ela é muito jovem.
- D. Que ela se beneficiaria de um tratamento multidisciplinar (médico responsável, oncologista e equipe paliativa).

2. Como você falaria com ela sobre cuidados paliativos? O que você diria?

- A. Que, como não há nada a fazer, ela precisa de cuidados paliativos.
- B. Que ela é muito jovem e por isso tem que continuar seu tratamento oncológico e não precisa pensar nos cuidados paliativos agora.
- C. Que ela tem uma doença grave e se beneficiaria muito dos cuidados paliativos.
- D. Que os cuidados paliativos são para o fim de sua vida. Eles ainda não são necessários.

3. Além dos sintomas que você ela já têm (dor, cansaço, humor deprimido), que outros sintomas você esperaria que Maria José tivesse durante o curso de sua doença?

(assinale as 3 opções mais prováveis)

- A. Náusea e vômito
- B. Constipação
- C. Febre
- D. Dispneia

RESPOSTAS

1. O que você pensa sobre a situação de Maria José?

B e D estão corretas.

O prognóstico de Maria José é ruim e se beneficiaria com o acompanhamento conjunto com um médico responsável de primeiro nível, em uma rede com o oncologista e a equipe de cuidados paliativos.

2. Como você falaria com ela sobre cuidados paliativos? O que você diria?

C está correta.

Maria José apresenta uma doença grave e potencialmente fatal e se beneficiará muito dos cuidados paliativos, melhorará sua qualidade de vida tanto para si quanto para sua família/cuidadores, por meio do controle da dor e de outros sintomas ao longo do curso da doença.

3. Além dos sintomas que ela já têm (dor, cansaço, humor deprimido), que outros sintomas você esperaria que Maria José tivesse durante o curso de sua doença?

A, B, D estão corretas.

Os pacientes em estágios avançados da doença frequentemente apresentam muitos sintomas. Os mais frequentes são náusea e vômito, dispneia, dor, constipação e fadiga. É importante pensar sobre eles e antecipar para informar a Maria José e sua família/cuidadores.



Avaliação integral do paciente e de sua família

OBJETIVOS DE APRENDIZAGEM

13

COMO SABER SE UM PACIENTE NECESSITA DE CUIDADOS PALIATIVOS?

13

QUAL É O OBJETIVO E EM QUE CONSISTE A AVALIAÇÃO INTEGRAL?

14

QUE INSTRUMENTOS EXISTEM PARA A AVALIAÇÃO?

16

LEMBRETE

17

SE QUISER SABER MAIS...

17

APLIQUE O QUE APRENDEU

18

Objetivos de aprendizagem

Esperamos que, ao final deste módulo, você possa:

- Reconhecer a importância de uma avaliação abrangente.
- Identificar quais são os principais aspectos a serem avaliados.
- Usar dos instrumentos-chave para uma avaliação integral.

“O sintoma é um construto multidimensional, e a inter-relação de todas as suas dimensões influencia a forma como ele se expressa a cada vez.

Eduardo Bruera

Como saber se uma pessoa necessita de cuidados paliativos?

Muitas pessoas beneficiam do acesso a cuidados paliativos no início da sua doença, não só quando têm um diagnóstico de câncer, mas também com outros problemas médicos complexos, como insuficiência cardíaca, doença renal ou diabetes, entre outros. Essas doenças graves são acompanhadas de problemas emocionais, espirituais e sociais que requerem cuidados paliativos.

Uma estratégia simples para identificar se uma pessoa necessita de cuidados paliativos é, na frente da pessoa, fazer a si mesmo a seguinte pergunta:

Você ficaria surpreso se esse paciente morresse no próximo ano?

Se a resposta for **não** - "não ficaria surpreso se ele/a morresse nos próximos 12 meses" - indica que essa pessoa poderia beneficiar de cuidados paliativos

Vários instrumentos foram desenvolvidos a partir dessa pergunta inicial. Convidamos você a consultá-los e tê-los à mão (versão impressa ou em seu celular) em formato de guia de bolso. Você pode baixá-los nestes links: [SPICT⁶](https://www.spict.org.uk/the-spict/spict-br/) o [NECPAL⁷](http://ico.gencat.cat/web/.content/minisite/ico/professionals/documents/qualy/arxius/INSTRUMENTO-NECPAL-3.1-2017-ESP_Completo-Final.pdf).

⁶ <https://www.spict.org.uk/the-spict/spict-br/>

⁷ http://ico.gencat.cat/web/.content/minisite/ico/professionals/documents/qualy/arxius/INSTRUMENTO-NECPAL-3.1-2017-ESP_Completo-Final.pdf

II. Avaliação do paciente e da família



I

III

IV

V

VI

VII

VIII

IX

X

XI

XII

XIII

XIV





Uma vez perguntei a um homem que estava prestes a morrer o que ele precisava das pessoas que cuidavam dele.

Ele disse: "alguém que olhe para mim como se estivesse tentando me entender".

De fato, é impossível entender completamente outra pessoa, mas nunca esqueci que ele não pediu sucesso, apenas que alguém tentasse se importar o suficiente.

Cicely Saunders

Qual é o objetivo e em que consiste a avaliação integral?

Os cuidados paliativos centram-se na pessoa e não na doença e procuram abordar as questões de maior preocupação para cada paciente.

A avaliação integral é fundamental para o bom manejo dos sintomas nos cuidados paliativos. É a forma de indagar sobre as necessidades do paciente e da família. Na abordagem holística, todos os aspectos da pessoa são avaliados: físico, psicológico, social e espiritual/existencial.

- Antecedentes (doença de base e comorbidade)
- Tratamento medicamentoso
- História dos sintomas:
 - Quais são as características do sintoma? Como se comporta ao longo do tempo?
 - Quão intenso é? Gravidade: ESAS (1-3= leve, 4-6=moderada, 7-10=grave) (Tabela anexa)
 - O que o torna melhor ou mais calmo?
- Avaliação do estado funcional: ECOG, Karnofsky (importante para a expectativa de vida, qualidade de vida, medidas terapêuticas) (Tabela anexa)
- Avaliação da função cognitiva: Mini mental de Folstein (MEEM), Confusion Assessment Method (CAM), Memorial Delirium Assessment Scale (MDAS), Test de Pfeiffer
- Descubra se há risco de uso indevido de substâncias: CAGE-AID⁸ o SOAPP⁹
- **Exame físico!**
- Exames complementares apenas para confirmar uma suspeita diagnóstica que definirá um comportamento terapêutico que beneficie o paciente e compense os esforços

⁸ <https://sites.usp.br/acolhe/avaliar-seu-consumo/questionario-cage/>

⁹ <https://emedmultispecialtygroup.com/wp-content/uploads/2020/06/Opioid-questionnaire-SOAPP-R-SPANISH.pdf>

Compreensão e valoração dos sintomas

- O que você acha que está causando esse sintoma?
- Como isso afeta você ou sua família?
- O que mais o preocupa?
- Que objetivos gerais devemos ter em mente para gerenciar o sintoma com você?
- Que nível de controle você considera aceitável em uma escala de 0 a 10?
- Há algo que você queira me dizer sobre esse sintoma como ele afeta você e sua família?



Avaliação psicossocial

- Como o paciente se adaptou a outros processos de doença, fracasso ou luto?
- Como é a reação de adaptação à doença (paciente e família)?
- Qual o grau de informação que o paciente apresenta?
- Há presença de psicopatologia (paciente e família)?
- Você identificou o cuidador principal, a estrutura familiar (familiograma)?
- Qual é o grau de sobrecarga física e mental?
- Existem fatores de risco para o transtorno de luto de longo prazo?
- Como é o padrão de comunicação?

Avaliação Espiritual¹⁰

- O que mais o preocupa?
- O que mais incomoda?
- O que mais ajuda?
- Em que ou em quem você confia em situações de crise?
- O que faz você se sentir seguro?
- O que as pessoas mais valorizam em você?

¹⁰ Galiana L et al. (2014). Recursos en evaluación y acompañamiento espiritual- Revisión de medidas y presentación del cuestionario GES. En: Benito et al. (Eds.) Espiritualidad en clínica (pp. 131-145). Madrid: SECPAL.

Que instrumentos existem para a avaliação?

A seguir, apresentamos a **ESAS¹¹** (avaliação dos sintomas) e a **ECOG¹²** (performance status).

Escala de Avaliação de sintomas de Edmonton, versão revisada ESAS-r, é:

Por favor, circule o número que melhor descreve como você está se sentindo AGORA

Sem dor 0 a 10	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10	0 a 10 Pior dor possível
Sem cansaço (cansaço = falta de energia)	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10	0 a 10 Pior cansaço possível
Sem sonolência (sonolência = sentir-se com sono)	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10	0 a 10 Pior sonolência possível
Sem náuseas	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10	0 a 10= Pior náusea possível
Com apetite	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10	0 a 10 = Pior falta de apetite possível
Sem falta de ar	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10	0 a 10= Pior falta de ar possível
Sem depressão	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10	0 a 10 = Pior depressão possível
Sem ansiedade ansiedade (ansiedade = sentir-se nervoso)	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10	0 a 10 Pior ansiedade possível
Com bem-estar (Bem-estar /mal-estar= como você se sente em geral)	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10	0 a 10 Pior mal-estar possível
Sem _____ Outro problema (por exemplo, boca seca ou prisão de ventre)	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10	0 a 10=Pior__ possível

¹¹ Monterio D, et al. Tradução e adaptação transcultural do instrumento Edmonton Symptom Assessment System para uso em cuidados paliativos. Rev. Gaúcha Enferm. 2013, 34 (2) <https://doi.org/10.1590/S1983-14472013000200021>.

ECOG (OMS)¹²

- 0** Completamente ativo; capaz de realizar todas as suas atividades sem restrição

- 1** Restrição a atividades físicas rigorosas; é capaz de trabalhos leves e de natureza sedentária

- 2** Capaz de realizar todos os autocuidados, mas incapaz de realizar qualquer atividade de trabalho; em pé aproximadamente 50% das horas em que o paciente está acordado.

- 3** Capaz de realizar somente autocuidados limitados, confinado ao leito ou cadeira mais de 50% das horas em que o paciente está acordado.

- 4** Completamente incapaz de realizar autocuidados básicos, totalmente confinado ao leito ou à cadeira

- 5** Morto.

¹² Eastern Cooperative Oncology Group Performance Status (ECOG PS) Oken et al. Toxicity and response criteria of the Eastern Cooperative Oncology Group. Am J Clin Oncol. 1982;5(6):649-55. http://itarget.com.br/newclients/sbpt.org.br/2011/downloads/temp/ESCALAS_DE_PERFORMANCE_DR_CABRAL.pdf

Lembrete

- Uma avaliação integral é a base para o bom manejo dos pacientes que necessitam de cuidados paliativos.
- Pergunte sobre os sintomas, qual deles afeta mais a qualidade de vida do paciente, e acredite nele.
- É importante não atribuir todos os sintomas ao câncer subjacente. O paciente é muito mais do que o câncer.
- Pense sempre em avaliar as dimensões física, psicológica, social e espiritual. O sintoma é a expressão de todas essas dimensões.
- Qualquer estudo ou procedimento deve ser considerado de acordo com o prognóstico do paciente, objetivo terapêutico e esforço relativo do paciente com o benefício associado à intervenção.

Se quiser saber mais...

- 📄 Daud M. Principios generales del control de síntomas. In: Jacob & Sánchez (eds.). Manual de cuidados paliativos para la atención primaria de la salud. Buenos Aires: Instituto Nacional de Cáncer; 2014. p. 85-98.
- 📄 Benítez del Rosario MA, Salinas Martín A, Martín Ortega JJ, Martínez del Castillo LP. La valoración multidimensional del paciente y de la familia. Aten Primaria. 2002;29(4):237-40.
- 📄 Garzón Rodríguez C, Martínez Losada E, Julia Torras J, González Barboteo J, Maté Méndez J, Ochoa Arnedo, et al. Herramientas para la evaluación multidimensional de uso para médicos de Cuidados Paliativos: Proyecto ICO-Tool Kit. Medicina Paliativa. 2010;17(6):348-59.
- 📄 Emanuel L, Ferris F, von Gunten C, Von Roenn J. Comprehensive Assessment. 2005. In: EPEC-O: Education in Palliative and End-of-life Care for Oncology © The EPEC Project™ [Internet]. Chicago.
- 📄 Dalal S, Bruera E. Avaliação da dor oncológica. Relatos atuais de dor e cefaleia. 2012;16(4):314-24.

II. Avaliação do paciente e da família

I

III

IV

V

VI

VII

VIII

IX

X

XI

XII

XIII

XIV



Aplique o que aprendeu

VOLTANDO AO CASO DE MARIA JOSÉ

Há 7 meses Maria José (30 anos) queixa-se de dor abdominal inespecífica e desconforto digestivo que a impede de continuar com suas atividades normais. Ela está muito cansada e não consegue se concentrar em seu trabalho. Maria José mora com Javier, eles não têm filhos e trabalha como secretária de uma empresa de médio porte. Ela vai repetidamente à clínica ginecológica e na última consulta foi diagnosticada com câncer de ovário avançado com infiltração peritoneal e metástases pulmonares (IVB). Foi sugerido que fizesse quimioterapia. Seu humor atual é depressivo, ela continua com muita dor (7/10) e cansaço (6/10), motivo pelo qual ela vai ao seu consultório:

Assinale a(s) opção(ões) que você considera correta(s):

- 1. Que fatores podem estar afetando a dor abdominal que Maria José sofre?**
 - A. Dano tecidual decorrente do crescimento e infiltração tumoral
 - B. Seu medo do diagnóstico e do prognóstico
 - C. A relação com Javier (seu parceiro), com quem tinha planos de ter filhos
 - D. Distensão abdominal e ascite
 - E. Constipação
- 2. Que perguntas você faria a Maria José para melhorar sua avaliação integral?**
 - A. Questões sobre intensidade, curso, duração da dor e os fatores adjacentes
 - B. Perguntas sobre sua compreensão da doença e como se sente em relação a ela
 - C. Perguntaria a ela o que mais o preocupa e o que o ajuda em situações de crise
 - D. Como ela se sente em sua família e se tem problemas não resolvidos
 - E. Perguntaria sobre o hábito intestinal e outros desconfortos associados
- 3. Quais exames/instrumentos você usaria inicialmente para avaliar a dor de Maria Jose?**
 - A. ECOG
 - B. ESAS
 - C. Exame físico
 - D. Albumina no sangue
 - E. Endoscopia digestiva alta

RESPOSTAS

II. Avaliação do paciente e da família

1. 1. Que fatores podem estar afetando a dor abdominal que Maria José sofre?

Estão todas corretas.

Todos esses fatores podem estar contribuindo para a dor abdominal em Maria José. Para investigar o(s) mais relevante(s) é importante fazer uma anamnese e um exame físico para iniciar o tratamento adequado.

2. 2. Que perguntas você faria a Maria José para melhorar sua avaliação integral? Estão todas corretas.

Estão todas corretas.

Todas essas perguntas são adequadas para explorar a origem da dor e a situação em que Maria José se encontra. Um sintoma é a expressão de muitas dimensões. Inicialmente é necessário explorar a dor e identificar possíveis causas físicas, que podem ou não estar diretamente relacionadas ao câncer. Por exemplo, constipação. Além disso, a dimensão psíquica (humor deprimido, medos, problemas não resolvidos...), espiritual (vulnerabilidade, relação consigo mesma, com seu ambiente e transcendência) e social (ambiente afetivo) deve ser explorada.

3. 3. Quais exames/instrumentos você usaria inicialmente para avaliar a dor de Maria José?

A, B e C estão corretas.

ECOG e ESAS fazem parte da avaliação de rotina, assim como uma boa anamnese e um bom exame físico que inclui palpação e ausculta abdominal.

Adicionalmente, raio-x seria indicado em caso de suspeita de constipação, embora uma ultrassonografia do abdome também pudesse ser usada.

I

III

IV

V

VI

VII

VIII

IX

X

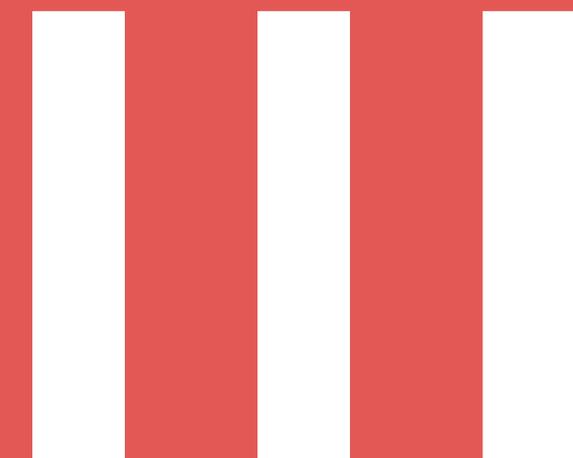
XI

XII

XIII

XIV





Comunicação

OBJETIVOS DE APRENDIZAGEM

21

O QUE É COMUNICAÇÃO?

21

POR QUE A COMUNICAÇÃO É IMPORTANTE?

22

O QUE CONSIDERAR AO SE COMUNICAR COM O PACIENTE OU FAMÍLIA?

22

COMO GARANTIR UMA BOA ENTREVISTA?

23

O QUE SE ENTENDE POR MÁ NOTÍCIA E COMUNICAÇÕES DIFÍCEIS?

24

COMO COMUNICAR MÁ NOTÍCIAS NO CAMPO DA SAÚDE?

24

QUE SITUAÇÕES EXIGEM UMA ABORDAGEM COM ESPECIALISTAS
ANTES DE DAR UMA MÁ NOTÍCIA?

27

O QUE FAZER QUANDO O IDIOMA É UMA BARREIRA?

27

LEMBRETE

27

SE QUISER SABER MAIS...

27

APLIQUE O QUE APRENDEU

28

Objetivos de aprendizagem

Esperamos que, ao final deste módulo, você possa:

- identificar a comunicação como uma das principais habilidades dos profissionais de saúde.
- Mencionar estratégias para otimizar a comunicação no campo da saúde.
- Descrever um protocolo eficaz de seis etapas para comunicar más notícias.

“**Todo mundo é diferente, então a única maneira universal de ajudar é ouvindo.**

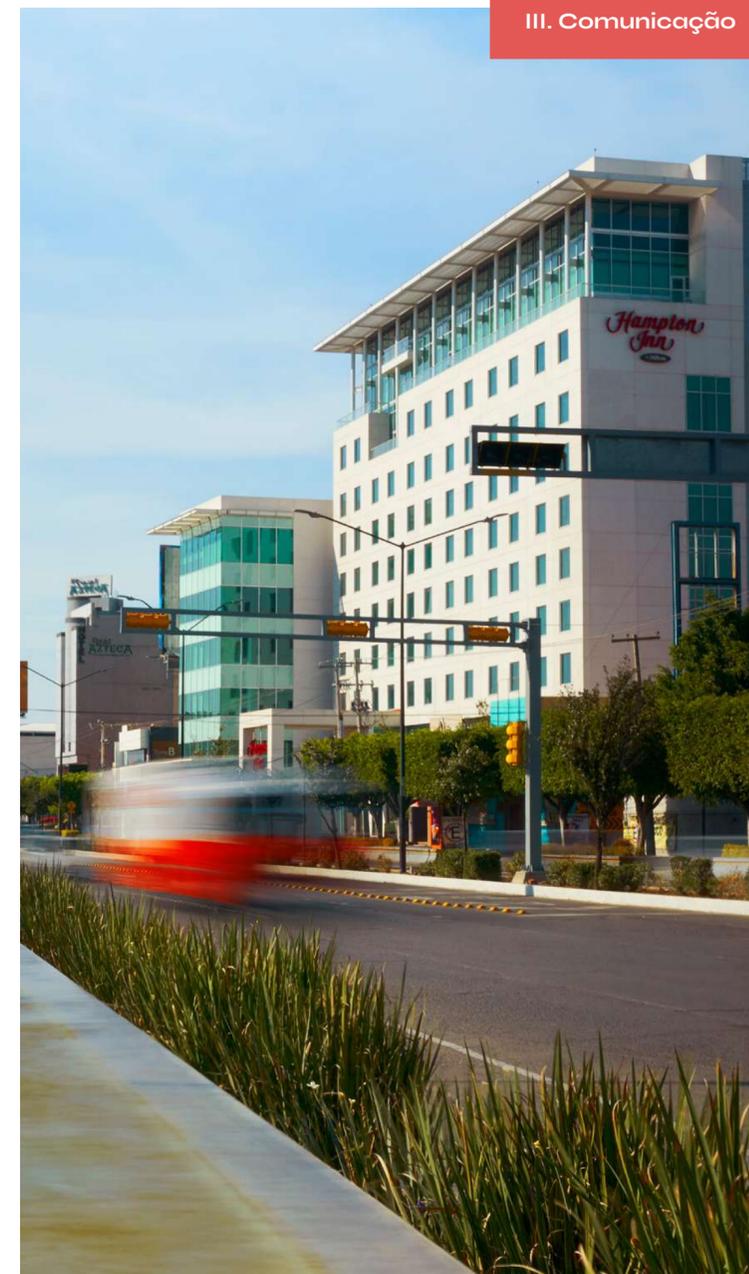
Ramón Bayés

O que é comunicação?¹⁵

- A comunicação é um processo de troca bi/multidirecionais de informações, ideias e emoções que envolve escuta ativa e compreensão da situação.
- É uma das ferramentas fundamentais nos cuidados paliativos para compartilhar informações, realizar diálogos terapêuticos e facilitar a tomada de decisões¹⁶.
- A comunicação eficaz é uma habilidade que pode ser ensinada e aprendida.

¹⁵ Charon R. The patient-physician relationship. Narrative medicine: a model for empathy, reflection, profession, and trust. JAMA. 2001;286(15):1897-902.

¹⁶ Ong LM, et al. Doctor-patient communication: a review of the literature. Soc Sci Med. 1995;40(7):903-18.



III. Comunicação

I

II

IV

V

VI

VII

VIII

IX

X

XI

XII

XIII

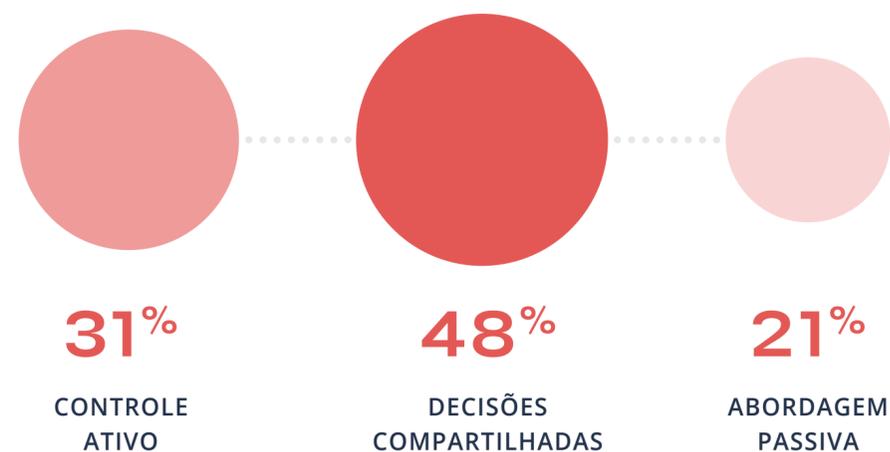
XIV



Por que a comunicação é importante?

- É um dos indicadores de qualidade dos cuidados paliativos.
- É essencial para uma avaliação abrangente. Cerca de 70-80% das informações necessárias para fazer um diagnóstico são obtidas com a anamnese da história clínica.
- Fortalece a relação médico-paciente. Ao contrário, a má comunicação tem sido associada a consultas bioéticas e ações judiciais.
- A maioria das pessoas na América Latina quer conhecer seu diagnóstico/prognóstico e participar da tomada de decisão¹⁷.

Preferência na tomada de decisão na América Latina



- A comunicação permite avaliar a percepção e o conhecimento que o paciente e sua família têm sobre sua situação atual.
- Permite que pacientes e familiares planejem, adaptem e enfrentem melhor o processo saúde-doença-cuidado.

O que considerar ao se comunicar com o paciente ou família?

- Utilizar a escuta ativa, permitindo e sustentando os silêncios do paciente e/ou família.
- Preste atenção na linguagem verbal e não verbal (postura, gestos, contato).
- Pense na comunicação como uma dança em que o ritmo é carregado pela outra pessoa. "O paciente e seu ente querido definem o caminho e o ritmo."
- Individualizar a forma de ter conversas difíceis de acordo com as necessidades e desejos de cada paciente.
- Lembre-se que o paciente tem o direito de saber todas as informações sobre sua saúde, mas não a obrigação. Tem também o direito de ter respeitado o seu desejo de não ser informado e de nomear um substituto a quem seja informado.
- É fundamental conhecer o sistema de crenças, valores, sentimentos, preocupações, percepções, dificuldades e recursos dos pacientes e seus familiares para enfrentar a situação de doença e tratamentos de forma funcional. Se eles não tiverem os recursos para lidar com isso, serão necessárias intervenções psicossociais especializadas.

¹⁷ Noguera A, et al. Decisional control preferences, disclosure of information preferences, and satisfaction among Hispanic patients with advanced cancer. J Pain Symptom Manage. 2014;47(5):896-905.

Como garantir uma boa entrevista?

Recomendações práticas para a realização da entrevista¹⁹:

- ✓ Evite usar linguagem médica técnica que impeça o paciente e a família de entender.
- ✓ Fornecer apenas informações essenciais e/ou frações delas em diferentes entrevistas.
- ✓ Se muitas informações forem dadas em um único momento, será difícil de lembrar e pode levar à confusão.
- ✓ Repita as informações principais. As reações emocionais diminuem a capacidade de ouvir e compreender.
- ✓ Use diagramas, gráficos ou cartilhas para o paciente levar para casa.
- ✓ Deixe o paciente falar sem ser interrompido e permita uma pausa antes de você falar. Caso contrário, o paciente pode acreditar que sua história não é importante.
- ✓ Incentive-os a se expressarem com frases como "*conte-me mais...*", "*entendo...*" e manter contato visual.
- ✓ Mantenha o silêncio de forma contida para facilitar uma reação emocional (choro, raiva, etc.).
- ✓ Se os silêncios se tornarem muito longos, você pode perguntar "*o que você está pensando?*".
- ✓ Termine a entrevista fazendo ou pedindo um breve resumo ou reflexão, para avaliar o que você entende

¹⁹ Terapéutica Racional en Atención Primaria de la Salud (TRAPS) - Cuidados Paliativos en el primer nivel de Atención Fascículo 1; 2019.

O que se entende por más notícias e comunicações difíceis?

Más notícias são todas as informações que **afetam negativamente o presente ou o futuro de uma pessoa**¹⁹, como questões que ameaçam a vida e/ou sua qualidade. Lidar com essas questões muitas vezes é um desafio devido ao impacto emocional que elas podem ter no paciente, sua família e nos profissionais da equipe de saúde²⁰.

Algumas questões difíceis são:

- Diagnóstico de uma doença grave, não curável ou avançada.
- Opções de tratamento com cargas e riscos significativos (como quimioterapia, radioterapia, algumas cirurgias ou início de opioide).
- Informações sobre progressão da doença ou recidiva após remissão.
- Complicações que afetam profundamente a qualidade de vida (compressão medular, síndrome da veia cava, sangramento, etc.).
- Proximidade do fim da vida.
- Preferências e decisões sobre cuidados nos últimos dias de vida (interrupção de tratamentos fúteis, escolha do local do cuidado, não iniciar ressuscitação cardiopulmonar, não ir à terapia intensiva, etc.).

III. Comunicação

²⁰ Barbero J, et al. Comunicación en Oncología Clínica. Madrid: Just in Time S.L.; 2005.

A **forma** como as más notícias são dadas **influencia a percepção do paciente sobre sua doença**, na relação médico-paciente e na satisfação de ambos, o paciente e o médico²¹. As más notícias produzem dor, mas a incerteza e o isolamento podem causar um sofrimento muito maior.

Quando os profissionais de saúde se sentem desconfortáveis em se envolver em comunicações difíceis, muitas vezes as evitam. Conhecer uma estratégia para explorar a interpretação da situação de saúde do paciente, suas expectativas, valores e desejos de participar da tomada de decisão, melhora a comunicação e ajuda a conter a angústia quando más notícias são fornecidas. Também tende a aumentar a confiança do profissional nessa tarefa.

²¹ Epner D. Giving Bad News. In: Bruera E, Dalal S (eds). The MD Anderson Supportive and Palliative Care Handbook. Houston: The University of Texas Health Science Center; 2015. p. 140-6..

Como comunicar más notícias no campo da saúde?

Existem várias ferramentas e modelos para conversas difíceis. Essas técnicas também podem ser usadas em conversas com a família (conferências familiares). São guias onde o protagonista é a pessoa e não os passos do protocolo.

“**A importância da comunicação e do apoio emocional não é uma questão retórica. O aparecimento, intensificação ou prevenção do sofrimento pode depender de sua qualidade.**

Pilar Arranz

Guia de seis passos (SPIKES),^{22,23}

O guia **SPIKES** é uma sigla que corresponde aos seis passos para dar uma má notícia ou ter uma conversa difícil. Eles não necessariamente seguem essa ordem.

S	Setting	A	Ambiente
P	Perception	P	Percepção
I	Invitation	I	Convite
K	Knowledge	C	Conhecimento
E	Empathy	E	Empatia
S	Strategy/Summary	E	Estratégia/Resumo

²² Baile WF et al. SPIKES-A six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. *Oncologist*. 2000;5(4):302-11.

²³ Buckman R. *How To Break Bad News: A Guide for Health Care Professionals* Baltimore: Johns Hopkins University Press; 1992..

PASSO 1: Ambiente (Prepare-se)

- Crie o ambiente certo para alcançar uma comunicação adequada.
- Pergunte previamente ao paciente se ele quer alguém de sua família ou pessoa próxima para acompanhá-lo.
- Escolha um local com privacidade, onde apenas o paciente e/ou familiares e membros necessários da equipe de atendimento estejam presentes. Evite comunicar a notícia em um local público, como em um corredor.
- O ideal é que todos estejam sentados e estabeleçam contato físico com o paciente e/ou família.
- Reserve tempo suficiente para responder às perguntas.
- Evite possíveis interrupções (por exemplo, telefone).
- Tenha e demonstre interesse e respeito.
- Evite ao máximo comunicar as notícias por telefone.

PASSO 2: Percepção do Paciente (Descubra o que o paciente sabe)

- Estabeleça o que se sabe sobre a situação com perguntas como: *"Até agora, o que lhe disseram que tem?"*, *"Lembra por que fizemos esse teste?"*. Isso permite corrigir informações errôneas e identificar o nível de compreensão, a fim de personalizar as informações.
- Estar atento ao grau de compreensão da situação de saúde/doença, características culturais e conteúdo emocional das palavras (considere o nível verbal e não verbal).

PASSO 3: Convite (Descubra o quanto o paciente quer saber)

- O tratamento das informações é individual. Cada pessoa tem o direito de receber ou recusar receber informações e pode designar alguém para receber a notícia em seu lugar.
- Descubra como e em que medida o paciente deseja receber informações, com perguntas como: *"Por favor, diga como você prefere receber informações sobre seu estado de saúde e tratamentos, você quer saber todos os detalhes da sua situação?"*, *"Se a condição for mais grave do que o inicialmente esperado, você gostaria que discutíssemos com você e sua família?"*
- Peça permissão para dar as informações.

PASSO 4: Conhecimento (Partilhar informação)

- Comunique informações de forma sensível e direta. Evite franqueza brusca e otimismo enganoso.
- Decida com antecedência quais informações você fornecerá (diagnóstico, plano de tratamento, prognóstico ou suporte), mas seja flexível de acordo com as necessidades identificadas ao longo da entrevista.
- Use uma frase antecipatória como "Não tenho boas notícias".
- A informação dada ao paciente tem que ser aquela que ele pode admitir, tolerar ou suportar sem criar mais problemas ou agravar aqueles que ele já sofre: **"verdade tolerável"**²⁴.
- Dê informação de forma fracionada e com palavras que possam ser compreendidas (evitando jargões médicos). Fale e depois pare e escute.
- Tenha em mente que os profissionais de saúde falam demais quando estão nervosos ou desconfortáveis.

²⁴ Rubiales et al. Información al enfermo oncológico: Los límites de la verdad tolerable. Cuadernos de Bioética. 1998;1:45-54.

III. Comunicação

I

II

IV

V

VI

VII

VIII

IX

X

XI

XII

XIII

XIV



PASSO 5: Empatia (Responder aos sentimentos do paciente e da família)

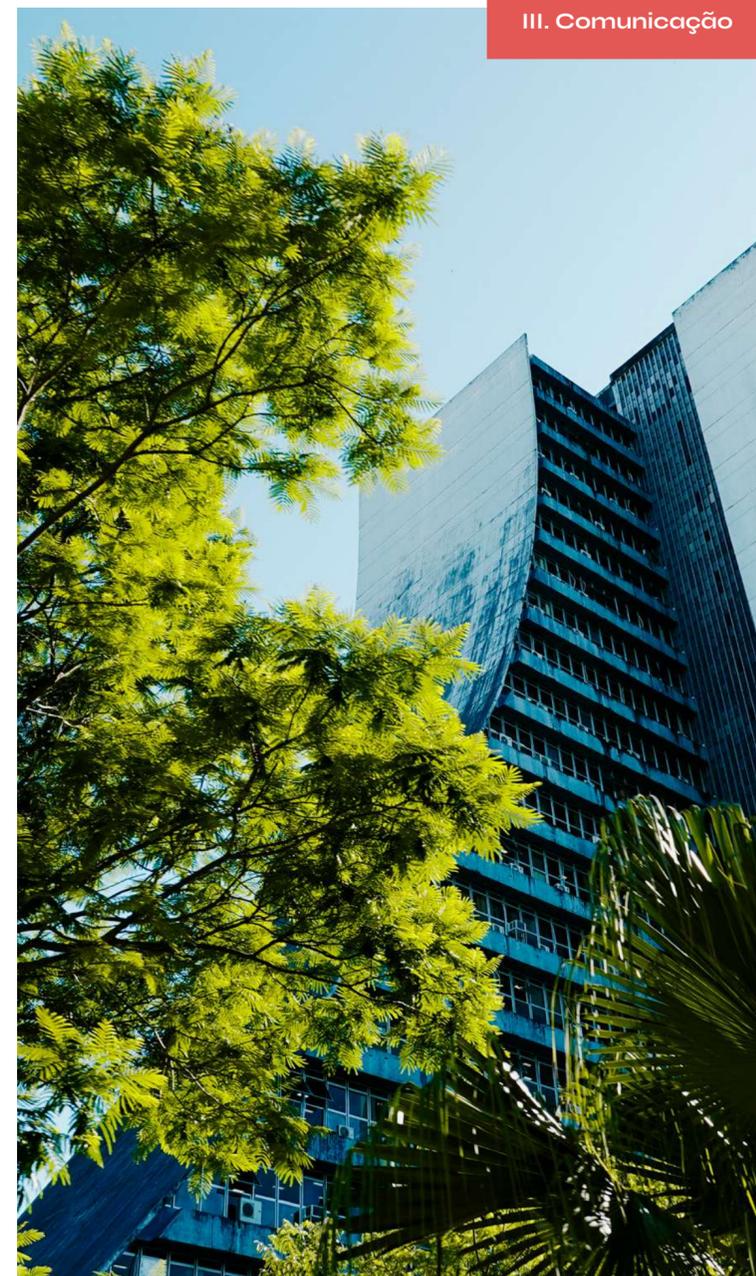
- Empatia é a capacidade de compartilhar o estado emocional de outra pessoa e, como consequência, compreendê-lo ²⁵.
- Pode haver manifestações de emoções fortes como parte do processo de divulgação de informações. Para lidar com emoções fortes:
 - Estimule a expressão emocional: *"Que sentimentos essa notícia provoca em você?"*
 - Expresse a emoção: *"Então você tem medo de..."*
 - Normalize: *"É normal ter esse tipo de sentimento..."*
 - Mostre respeito: *"Deve ser difícil para você..."*
 - Pergunte mais: *"Há mais alguma coisa que o preocupe?"*
 - Ofereça apoio: *"Vamos ver o que podemos fazer..."*
- Permita silêncios e choro (mantenha os lenços à mão).

ETAPA 6: Estratégia/Resumo (Planejamento, monitoramento)

- Resuma o que foi dito.
- Estabeleça um plano personalizado de tratamento e acompanhamento.
- Verifique o que foi entendido.
- Formule um plano de trabalho e acompanhamento.
- Certifique-se de que a equipe de atendimento esteja disponível para gerenciar os sintomas, responder a perguntas e abordar outras necessidades que o paciente ou a família possam ter.

²⁵ Bayés R. Psicología del sufrimiento y de la muerte. 2001. Barcelona. España. Ediciones Martínez Roca.

III. Comunicação



I

II

IV

V

VI

VII

VIII

IX

X

XI

XII

XIII

XIV



Quais situações devem ser tratadas com especialistas antes de dar uma má notícia?^{26,27}

- Pacientes com história de transtornos psiquiátricos não controlados.
- Paciente com demência.
- Pacientes com sintomas psicológicos graves indicativos de inadaptação, como raiva contínua e intensa, ansiedade generalizada, etc.
- Presença de ideação suicida ou história de tentativa de suicídio.

O que fazer quando o idioma é uma barreira?²⁸

- Certifique-se de que os intérpretes estejam treinados e confortáveis para traduzir as notícias que serão dadas.
- Se possível, evite que familiares sejam os intérpretes. Isso pode levar à confusão de papéis e comprometer a qualidade terapêutica da entrevista, bem como o desejo de confidencialidade do paciente.

Lembrete

- Uma boa comunicação aumenta a confiança e diminui a incerteza, tendo impacto físico e psíquico no bem-estar da pessoa e do profissional.
- As necessidades de informação de uma pessoa variam ao longo do tempo, pelo que é necessária uma verificação permanente das necessidades e expectativas.
- Use os seis passos para comunicar más notícias/notícias difíceis como um guia.
- O processo de comunicação pode ser melhorado com treinamento, reflexão e experiência clínica.

Se quiser saber mais...

- 📄 Terapéutica Racional en Atención Primaria de la Salud (TRAPS) - Cuidados Paliativos en el primer nivel de Atención. Fascículo 1. Buenos Aires: Ministerio de Salud y Desarrollo Social. Presidencia de la Nación; 2019.
- 📄 Baile WF, Buckman R, Lenzi R, Gliber G, Beale EA, Kudelka AP. SPIKES-A six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. *Oncologist*. 2000;5(4):302-11.
- 📄 Arranz P, Barbero J, Bayés R, & Barreto P. Comunicación en Oncología Clínica. Madrid: Editorial Just in Time S.L; 2005.

²⁶ Barbero J, et al. Comunicación en Oncología Clínica. Capítulo 3. No quiere saber, hasta adonde contarle? Ed. Just in Time S.L., Madrid, 2005.

²⁷ Back L and Arnold R M. Discussing Prognosis: "How Much Do You Want to Know?" Talking to Patients Who Do Not Want Information or Who Are Ambivalent. *Journal of Clinical Oncology*. Vol 24, N 25, Sep 1, 2006: 4214-417.

²⁸ Emanuel LL, et al. EPEC-O Educación en Cuidados Paliativos y Asistencia Tanatológica para Oncología © The EPEC Project, TM Chicago, IL, 2005 . ISBN: 0-9714180-9-8

III. Comunicação

I

II

IV

V

VI

VII

VIII

IX

X

XI

XII

XIII

XIV



Aplique o que aprendeu

CASO CLÍNICO

Joana tem 43 anos, é casada com Jorge. Eles têm 3 filhos, Luisa (7 anos), Mateo (5 anos), e Guadalupe (3 anos). Há vários meses ela em tem tido um desconforto inespecífico. Após várias consultas e estudos, foi diagnosticada com câncer de cólon.

Assinale a(s) opção(ões) que você acha correta(s):

1. Na primeira consulta, Joana pergunta: "O que tenho? Conte-me tudo." Qual estratégia inicial você escolhe?

- A. Aprofunde a entrevista com Juana para detectar o nível de informação que ela quer receber e traz.
- B. Comunique detalhadamente a Juana seu diagnóstico e prognóstico.
- C. Explique a Juana que sua situação é delicada e encaminhe-a ao psicólogo para prepará-la para receber o diagnóstico.

Joana recebeu radioterapia e quimioterapia, mas a doença continuou a progredir localmente. Ela está em tratamento conjunto com o departamento de oncologia e você, como seu médico de cuidados primários, para o manejo dos sintomas. Além disso, ele tem uma consulta com a psicologia. Joana conhece seu diagnóstico e prognóstico, embora não falou sobre seu futuro, nem sobre seus desejos e preferências em relação aos cuidados futuros de seus filhos.

O estado geral de Joana se deteriora, ela se queixa de aumento da dor e aumento da astenia. Você considera que deve ter uma conversa com ela sobre a progressão de sua doença e sugere um encontro com ela e seu marido.

2. Uma vez juntos, eles falam sobre a doença. Joana pede-lhe que explique por que se sente tão cansada e com aumento da dor. Qual você acha que é a forma mais adequada de agir?

- A. Comunicar rapidamente tudo a Joana sobre sua doença e suas implicações, porque ela deve planejar seu futuro imediato.
- B. Forneça informações básicas (frase antecipatória), espere e ouça Joana antes de continuar a falar.
- C. Tenha em mente que Joana não fala sobre sua doença ou suas preferências e evite falar sobre isso.
- D. Converse em particular com Jorge (seu marido) protegendo Joana de ser confrontada com más notícias e progressão da doença.

III. Comunicação

I

II

IV

V

VI

VII

VIII

IX

X

XI

XII

XIII

XIV



RESPOSTAS

III. Comunicação

1. Qual estratégia inicial você escolhe?**A está correta.**

É importante conhecer a percepção e o conhecimento que o paciente e sua família têm sobre sua situação atual.

Na etapa 2 do guia SPIKES ("Percepção"), recomenda-se abordar com perguntas abertas o que Joana sabe sobre sua situação.

2. Qual você acha que é a forma mais adequada de agir?**B está correta.**

Joana e o marido devem estar preparados para receber más notícias. Use uma frase antecipatória como "Não tenho boas notícias".

Comunicar informações de forma sensível e direta. Evite franqueza brusca e otimismo enganoso.

A informação dada ao paciente tem que ser aquela que ele possa admitir, tolerar ou suportar sem criar mais problemas ou agravar aqueles que já sofre, tanto psicológicos quanto somáticos: "verdade tolerável".

Transmitir informações de forma fracionada e com palavras que possam ser compreendidas (evitando jargões médicos). Fale e depois pare e escute.

IV

Dor

OBJETIVOS DE APRENDIZAGEM 31

COMO A DOR É DEFINIDA? 31

POR QUE É IMPORTANTE AVALIAR E TRATAR A DOR? 31

O QUE CAUSA A DOR DO CÂNCER E QUAIS SÃO OS MECANISMOS? 32

COMO AVALIAR A DOR? 33

COMO TRATAR UM PACIENTE COM DOR? 34

COMO FAÇO PARA INICIAR O TRATAMENTO COM OPIOIDES? (TITULAÇÃO) 37

COMO CALCULAR A DOSE SE TIVER DE MUDAR DE ORAL
PARA SUBCUTÂNEO, OU VICE-VERSA 39

COMO FAZER O MONITORAMENTO? 39

QUANDO ENCAMINHAR PARA OUTRO NÍVEL DE COMPLEXIDADE 40

QUE CRENÇAS/MITOS EXISTEM EM RELAÇÃO AO USO DE OPIOIDES
E COMO ESCLARECÊ-LOS? 40

LEMBRETE 45

SE QUISER SABER MAIS... 45

APLIQUE O QUE APRENDEU 46

Objetivos de aprendizagem

Esperamos que, ao final deste módulo, você possa:

- Definir e avaliar a dor em pacientes oncológicos.
- Propor um esquema inicial de manejo farmacológico e não-farmacológico para o manejo e acompanhamento da dor.
- Identificar motivos do encaminhamento para outro nível de complexidade.

Os profissionais de saúde têm a obrigação ética de aliviar a dor e o sofrimento, seja físico, psicossocial ou espiritual.

Resolução WHA67.19 Assembleia Mundial da Saúde 2014

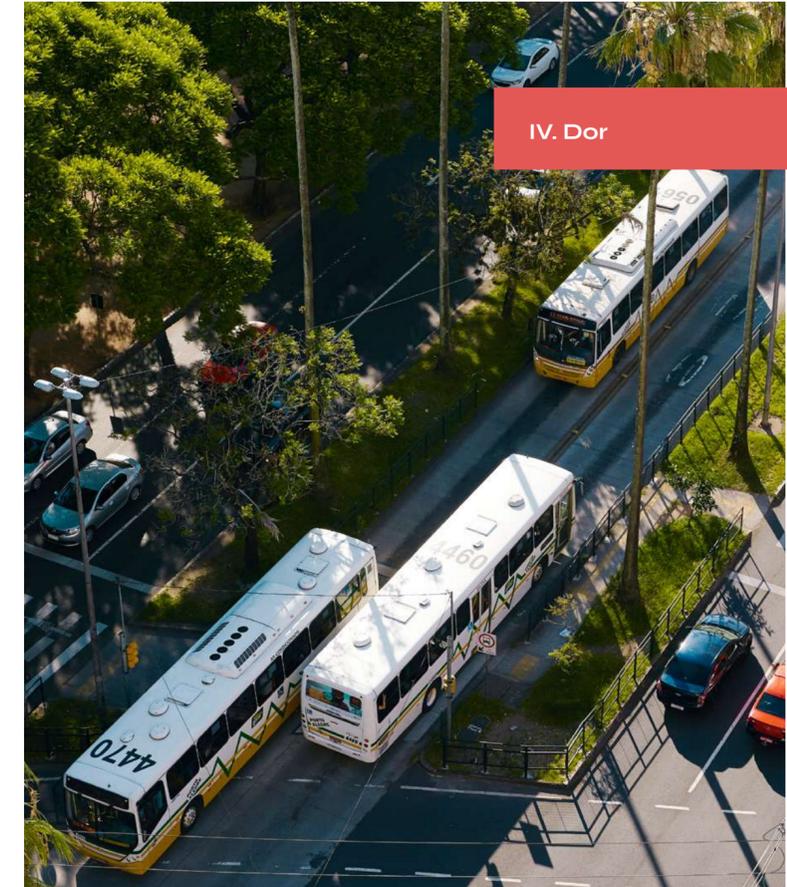
Como a dor é definida?

A Associação Internacional para o Estudo da Dor (IASP) define dor como "uma experiência sensitiva e emocional desagradável, associada, ou semelhante àquela associada, a uma lesão tecidual real ou potencial"²⁹.

"Dor total" é o conceito utilizado para caracterizar a natureza multidimensional da experiência dolorosa do paciente, que inclui os domínios físico, psicológico, social e espiritual³⁰.

Por que é importante avaliar e tratar a dor?

- A prevalência de dor no momento do diagnóstico do câncer (primeiro sintoma) e nos estágios iniciais da doença é de aproximadamente 50%, 55% dos pacientes em tratamento, 33% nos sobreviventes ao câncer e aumenta para 75% nos estágios avançados.
- Causa grande sofrimento e muitas vezes passa despercebido porque não é ativamente perguntado.
- Está associada a outros sintomas como anorexia, náuseas, constipação, dispneia, delírio, ansiedade, insônia.
- Afeta gravemente a qualidade de vida e reduz o estado funcional e a autonomia.



IV. Dor

²⁹ Raja SN, et al. The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises. Pain. 2020;161(9). DeSantana et al. Tradução para a língua portuguesa da definição revisada de dor pela Sociedade Brasileira para o Estudo da Dor. Jornal Dor, 74: 11-18. 2020. Disponível em : <https://sbed.org.br/wp-content/uploads/2020/09/Jornal-Dor-n-74.pdf>

³⁰ Saunders C. Introduction: history and challenge. In: Saunders C & Sykes N (eds). The Management of Terminal Malignant Disease. London: Hodder and Stoughton; 1993:1-14

O que causa a dor do câncer e quais são os mecanismos?

IV. Dor

A dor oncológica pode ser multifatorial.

- Relacionado ao tumor (primário metastático) (70-75%): tumor, pressão, inflamação (interleucinas, cininas, fator de necrose tumoral alfa (TNF- α), interferon-gama (INF- γ).
- Relacionados ao tratamento (20-25%): cirurgia, pós-quimioterapia e radioterapia, hormonioterapia.
- Não relacionados ao câncer (5-10%): condições pré-existentes e outras etiologias (não oncológicas) como infecções, imobilidade ou osteoporose.

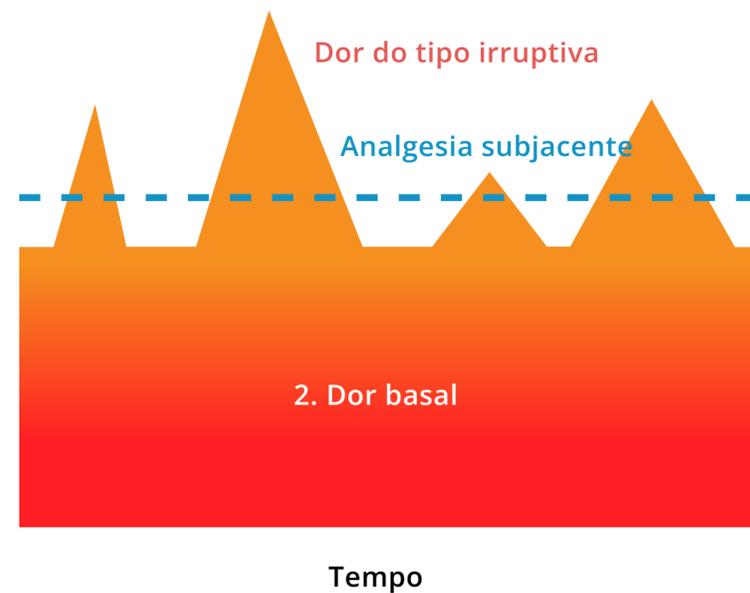
Tipos de dor

A dor é classificada de acordo com seu mecanismo fisiopatológico em nociceptiva e neuropática. Na realidade é muito comum encontrar formas mistas. Essa classificação orienta seu manejo.

Não nociceptivo (Neuropática)	Lancinante, queimação, facada, queimação, formigamento, picada, tais como choques elétricos, dormência, irradiação de dermatomo. Hiperalgisia e alodínia. Pode haver déficit motor. Distonias e espasticidade no SNC ou lesões periféricas (dor evocada por estímulos não dolorosos). Paroxismo: exacerbações frequentes e imprevisíveis. Sintomas autonômicos: alterações de cor, temperatura, edema, sudorese.
Nociceptiva	Visceral: tipo maçante, profundo ou com cólicas, que vai e vem, difícil de localizar. Somática: localizada, facada, pulsátil.
Misturado	Coexistência de dor neuropática e nociceptiva.

Dependendo do comportamento ao longo do tempo, a dor pode ser:

- Constante, também chamada de basal e que requer manuseio regular (de acordo com o relógio).
- Dor irruptiva oncológica (DIO), definida como exacerbação transitória, de alta intensidade e curto prazo (< 30 minutos) que aparece num quadro de dor estável e persistente, que foi reduzida a um nível tolerável. Requer uso de resgates (dose extra de medicação). Se forem necessários mais de três resgates diários, avalie com o especialista.
- A presença de dor irruptiva não significa necessariamente o aparecimento de um novo sintoma ou que a doença tenha piorado.



Escala de dor com faces



Como avaliar a dor?³¹

✓ História sintomática

A - Antecedentes, aparência ou antiguidade: *Desde quando dói?*

L - Localização: *Onde dói?*

I - Intensidade: *Quão intensa é a dor? Em uma escala de 0 a 10, quanto dói?*

ESAS (1-3= leve, 4-6=moderada, 7-10 = grave)

C - Características: descritores verbais de dor: É superficial? Profunda? É acompanhada de outros sintomas?

Padrão de tempo: Como ela se comporta ao longo do tempo? É contínua ou irruptiva?

I - Irradiação: *Para onde vai a dor?*

A - Fatores atenuantes ou agravantes: *O que a modifica? O que o torna melhor? O que piora?*

Como isso afeta sua vida? (Produz alterações na qualidade de vida, no sono...)

✓ História de tratamento

Tratamentos prévios e atuais (medicamentos, dosagem, resposta, efeitos indesejáveis, vias de administração)

Administração fixa ou sob demanda

Horário da medicação

Há quanto tempo você está tomando

Adesão ao tratamento

Motivo da suspensão

Opinião do paciente sobre sua eficácia

³¹ Terapéutica Racional en Atención Primaria de la Salud (TRAPS) Cuidados Paliativos en el primer nivel de Atención Fascículo 2. Buenos Aires: Ministerio de Salud y Desarrollo Social. Presidencia de la Nación; 2019.

IV. Dor

I

II

III

V

VI

VII

VIII

IX

X

XI

XII

XIII

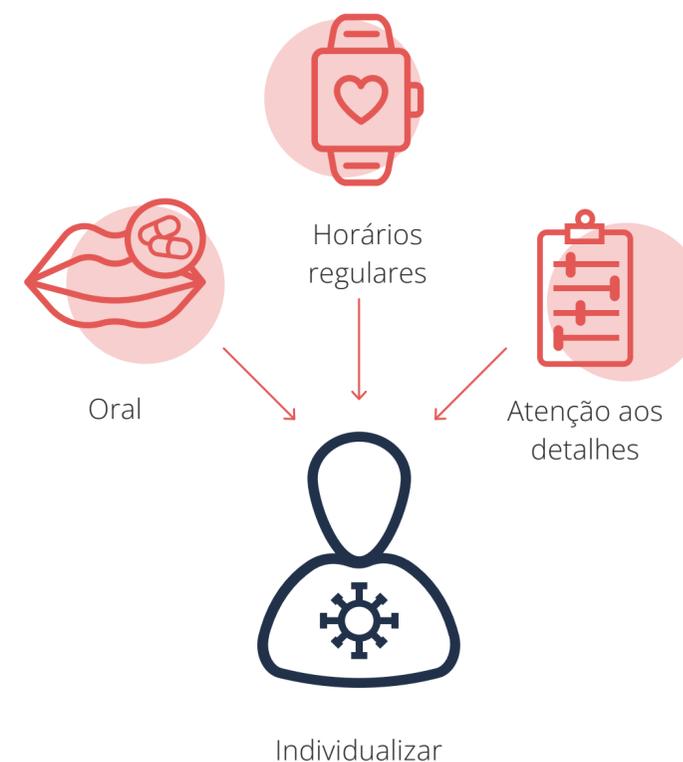
XIV

Como tratar um paciente com dor?^{32,33}

- O objetivo do manejo da dor é controlar o sintoma em um nível que permita uma qualidade de vida aceitável, minimizar os efeitos indesejáveis associados ao tratamento e promover lucidez/estado de alerta do paciente.
- Medidas seguras para que o uso de medicamentos que protejam os prescritores, pacientes, cuidadores e comunidade.
- Pacientes com câncer podem ter dor e precisar de alívio em todos os estágios do adoecimento e não apenas no final da vida.
- Use uma abordagem adaptada a cada indivíduo, juntamente com terapias modificadoras da doença.
- Princípios
 - Identificação, classificação e intensidade adequadas da dor.
 - Priorizar a medicação oral - é mais simples e confortável.
 - Administrar o tratamento em horários regulares, em intervalos determinados, especialmente na dor crônica. Além disso, resgates para dor episódica.
 - Tratamento individualizado, monitorização, supervisão e acompanhamento regular, ajustando as doses de acordo com a resposta analgésica, efeitos adversos, adesão terapêutica e funcionalidade de cada paciente (diminuindo, aumentando, combinando ou rotacionando medicamentos).
 - Tratamento desenhado de forma abrangente e multimodal incluindo, além do tratamento farmacológico do tipo analgésico e coanalgésico, medidas preventivas e terapias não farmacológicas (fisioterapia, meditação, relaxamento).

Administração de analgésicos

<https://www.who.int/ncds/management/palliative-care/Infographic-cancer-pain-lowres.pdf?ua=1>



IV. Dor

³² World Health Organization. WHO guidelines for the pharmacological and radiotherapeutic management of cancer pain in adults and adolescents. Ginebra: WHO; 2018. Disponível em: <https://www.who.int/ncds/management/palliative-care/cancer-pain-guidelines/en/>

³³ Terapéutica Racional en Atención Primaria de la Salud (TRAPS) - Cuidados Paliativos en el primer nivel de Atención. Fascículo 2. Buenos Aires: Ministerio de Salud y Desarrollo Social. Presidencia de la Nación; 2019.

Manejo farmacológico

A base do tratamento analgésico recomendado é farmacológica. A escada analgésica da Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda um esquema gradual de seleção de fármacos analgésicos no tratamento de pacientes com dor oncológica. Inicia-se considerando a intensidade do sintoma do paciente e baseia-se na combinação de diferentes medicamentos. Eficácia de 90% em pacientes tratados adequadamente.

Ao considerar o tratamento, pese sempre a sobrecarga e o benefício provável: o tratamento requer custos adicionais para a família?, é necessário treinamento para a rede de apoio?, o ambiente precisa ser modificado? afeta outros membros da família?, requer transferência para outro ambiente de cuidado?

Escada analgésica modificada da OMS³⁴

O tratamento da dor deve começar no degrau da escada correspondente à intensidade da dor que um paciente sofre (ESAS).



³⁴ WHO guidelines for the pharmacological and radiotherapeutic management of cancer pain in adults and adolescents. Ginebra: WHO; 2018. Disponível em: <https://www.who.int/ncds/management/palliative-care/cancer-pain-guidelines/en/>

Atenção:

- O tratamento da dor deve ser iniciado no degrau da escada correspondente à intensidade da dor.
- Em cada etapa, o analgésico pode ser combinado com adjuvantes.
- Se houver dor intensa, administrar diretamente um opioide forte (morfina).
- Verificar interações medicamentosas ou tolerância.
- Evite o uso prolongado de AINEs (sete dias) devido à toxicidade grave que eles podem produzir.
- Leve em conta doses diárias máximas de drogas com efeito teto. Agonistas puros (morfina, oxicodona, fentanil) não têm efeito teto.
- Não misture opioides fracos entre si (eles têm um teto analgésico), ou com opioides fortes.
- Metadona e fentanil devem ser usados por ou em colaboração com a equipe especializada.
- Prescrever sempre resgates (dose de 10% em 24 horas) para crises de dor (irruptiva).
- Prescreva sempre laxantes durante o tratamento com opioides (ver constipação) e antieméticos nas primeiras 72 horas (ver náuseas e vômitos).
- Realizar avaliação cognitiva com instrumentos como: CAM, MMT, MDAS.

Manejo não farmacológico

- Medidas para resolver ou aliviar problemas psicológicos e sociais.
- Meios físicos, fisioterapia, meditação, técnicas de relaxamento.
- Educar a família para o reconhecimento dos efeitos neurotóxicos (mioclonia, delirium).



A dor é o senhor da humanidade, mais terrível do que a própria morte.

Albert Schweitzer

IV. Dor

I

II

III

V

VI

VII

VIII

IX

X

XI

XII

XIII

XIV



Como faço para iniciar o tratamento de opioides? (Titulação)³⁵

Paciente com dor moderada, sem tratamento opioide prévio

1. Realizar uma avaliação integral.
2. Inicie o tratamento com uma destas alternativas:
 - **Codeína** 30-60 mg VO a cada 4-6/6 h
 - **Tramadol** 50-100 mg VO a cada 6-8 h
 - **Morfina de liberação imediata** 2,5 mg a cada 4-6 h (ou equivalente)
3. Indicar dose de resgate com drogas de liberação rápida (10-20% da dose diária total c / 60 min até 3 doses ao dia). Reavaliar e ajustar a dose. Se não houver melhora, consulte um especialista.
4. Indicar laxantes. Por exemplo, **bisacodil** VO 5-20 mg/d ou **senna** (dependendo da disponibilidade).
5. Prescrever antieméticos, se necessário:
 - **Metoclopramida** 10 mg VO a cada 4-6 h ou
 - **Domperidona:** 10 mg VO a cada 8-6 h (preferível em adultos mais velhos)
6. Monitorar a resposta e os efeitos adversos (como bradilialia, sedação).
7. Nova consulta em 72 horas e oferecer um contato para perguntas.

Paciente com dor intensa sim opioide ou a dor persistente com opioides fracos

1. Realizar avaliação integral (avaliar vulnerabilidade: renal, hepática, respiratória, arritmias, cognitiva e mental).
2. Iniciar o tratamento com
 - **Morfina de liberação imediata: 5 a 10 mg a cada 4 h VO (SC 2,5 a 5 mg cada 4 h)** (ou equivalente)
3. Indicar dose de resgate (10-20% da dose diária total a cada 60 min (VO e 20 min SC) até 3 doses).

Cálculo: 5 mg VO x 6 (a cada 4 h) = 30 mg/dia → 10 % é 3 mg.

Indicar que você deve entrar em contato com o pessoal de saúde se precisar de mais de 3 resgates por dia.
4. Indicar adjuvantes de acordo com o tipo de dor (corticosteroides, antidepressivos tricíclicos, anticonvulsivantes).
5. Indicar laxantes.
6. Prescrever antieméticos.
7. Monitorar a resposta e os efeitos adversos.
8. Se for eficaz, mantenha o regime tanto quanto possível.

O paciente está recebendo opioides fortes e a dor persiste

Recalcule de acordo com o número de resgates ou aumento de 30 a 50%.

Se forem necessários mais de três resgates diários:

1. Revisão das características dos resgates (dor basal não controlada, dor incidental, compensação química, delirium, medos noturnos)
2. Avaliar a situação (Dor incidental previsível? Fim da dose?).

Recalcule a dose se considerar que o tratamento da dor subjacente é insuficiente.

Ex. O paciente recebeu 30 mg/dia basal, e necessitou de 4 resgates de 3 mg (12 mg), então: 30 mg + 12 mg = 42 mg/dia à continuar com 7 mg a cada 4 h.

³⁵ Terapêutica Racional na Atenção Primária à Saúde (TRAPS) - Cuidados Paliativos no primeiro nível de Atenção. Fascículo 2. Buenos Aires: Ministério da Saúde e Desenvolvimento Social. Presidência da Nação; 2019.

IV. Dor

I

II

III

V

VI

VII

VIII

IX

X

XI

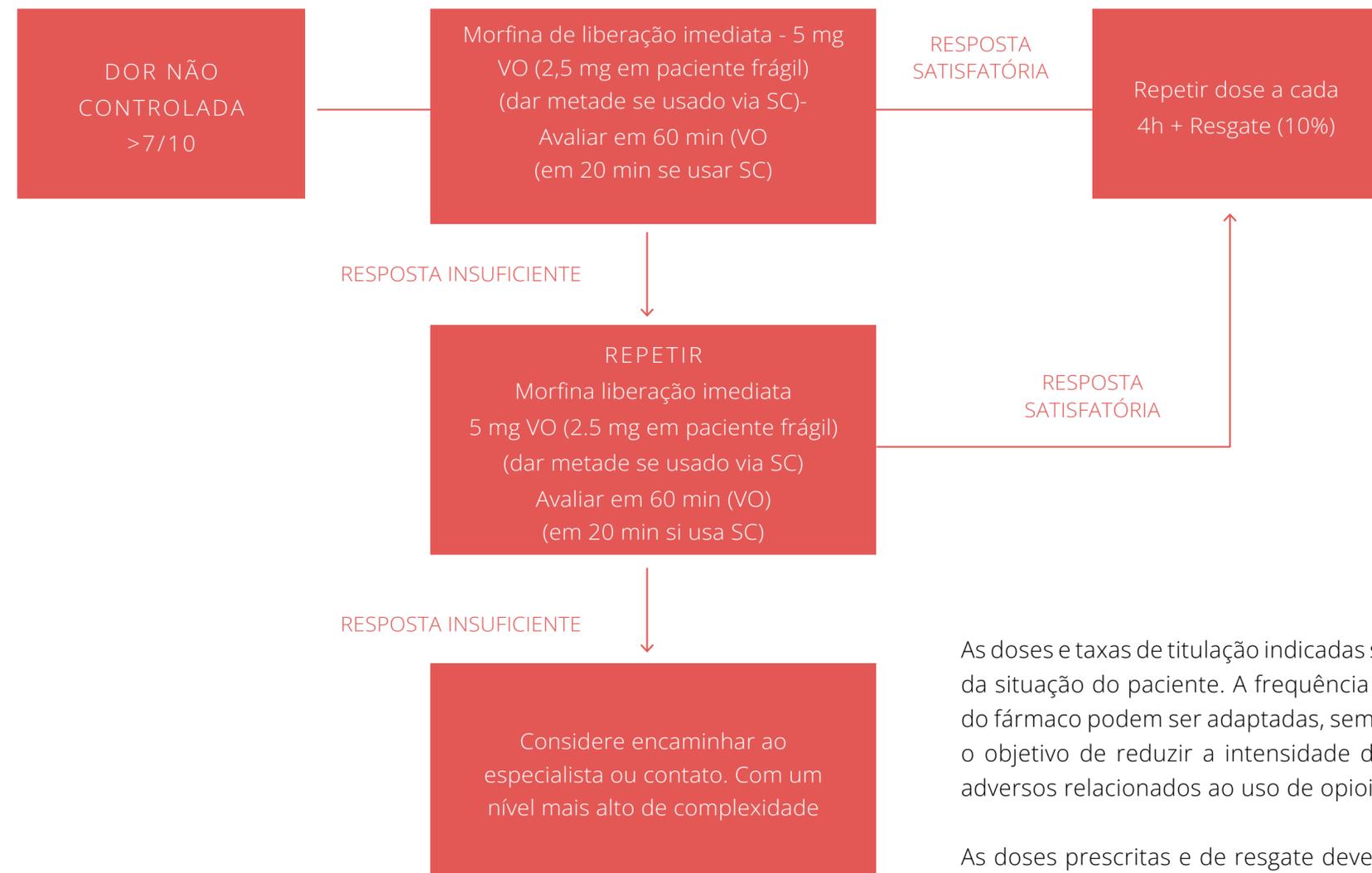
XII

XIII

XIV



Algoritmo de titulação na crise de dor



As doses e taxas de titulação indicadas são aproximadas e dependem da situação do paciente. A frequência de avaliação da dor e a dose do fármaco podem ser adaptadas, sempre levando em consideração o objetivo de reduzir a intensidade da dor e minimizar os efeitos adversos relacionados ao uso de opioides.

As doses prescritas e de resgate devem ser levadas em conta para calcular a dose diária total necessária pelo paciente.

IV. Dor

I

II

III

V

VI

VII

VIII

IX

X

XI

XII

XIII

XIV



Como calcular a dose se tiver de trocar de oral para subcutâneo, ou vice-versa?

A equivalência para a morfina é

- 2:1 de via oral a subcutânea)
- 3:1 de via oral a intravenosa

Isso significa que se o paciente está recebendo 30 mg/dia por via oral, ao trocar o para a via subcutânea receberá um terço (10 mg / dia SC).

Como fazer o monitoramento?

O monitoramento e a avaliação da resposta são realizados de acordo com os fatores de risco individuais, o medicamento administrado e a via de administração.

Monitorizar	
Titulação	Analgesia, lentificação, sedação, frequência respiratória (depressão respiratória: < 9 por min)
Manutenção	Avaliar o controle/alívio da dor (analgesia) Sintomas gastrointestinais: boca seca, náuseas e vômitos, constipação Sintomas neurológicos; mioclonias, sedação, hiperalgesia, delirium, alucinação Cansaço/fadiga

- Avaliar a resposta ao tratamento (controle/alívio da dor)
- Monitorar a adesão ao tratamento (Doses regulares e resgates utilizados)

- Monitoramento de efeitos adversos. É importante comunicar ao paciente e família os possíveis efeitos adversos, sua prevalência e seu manejo.
 - Constipação: É observada em aproximadamente 90% dos pacientes. SEMPRE prescrever laxantes junto com opioides. (**ver Constipação**).
 - Náuseas, vômitos: incidência de 10-30%. Desaparece com o tempo (**ver Náuseas e Vômitos**).
 - Neurotoxicidade: Alucinações (visuais, táteis), hiperalgesia, mioclonia, convulsões, delírio, sonolência. Sonolência pode ocorrer no início da terapia, mas não é uma indicação de redução gradual da medicação ou rotação de opioides.
 - Delirium: Profilaxia com medidas não farmacológicas (**ver Delirium**).
 - Boca seca, tontura, coceira, retenção urinária.
 - Cansaço/fadiga
 - Síndrome serotoninérgica induzida por opioide: Reação farmacológica adversa de início súbito de estado mental alterado, hiperatividade autonômica e excitabilidade neuromuscular (incidência de 0,23%).
- Avaliar se é necessário encaminhar, ou solicitar acompanhamento por equipe especializada ou em colaboração com ela, especialmente na presença de neurotoxicidade o delírio.

IV. Dor

- I
- II
- III
- IV. Dor
- V
- VI
- VII
- VIII
- IX
- X
- XI
- XII
- XIII
- XIV



Quando encaminhar para outro nível de complexidade?

Cada caso deve ser individualizado, pois a transferência produz sofrimento adicional. Devem ser avaliados:

- O estágio da doença e os objetivos terapêuticos e assistenciais.
- A disponibilidade de recursos terapêuticos adequados.
- Complicações clínicas detectadas ou potenciais.

É aconselhável recorrer a um segundo ou terceiro nível de assistência nos casos de

- Resposta inadequada ao tratamento: Dor não controlada.
- Suspeita de neurotoxicidade induzida por opioides (NIO): distúrbios cognitivos, sonolência grave, alucinações, mioclonia, convulsões, hiperalgesia.
- Sonolência pode ocorrer no início da terapia, mas não é uma indicação de redução gradual da medicação ou rotação de opioides.
- Pacientes com síndromes dolorosas complexas, que podem necessitar de intervenções especializadas.
- Presença de fatores de risco para dor de difícil manejo³⁶:
 - Uso indevido de substâncias controladas (CAGE-AID positivo)³⁷
 - Dor com componente neuropático
 - Grande sofrimento psicológico

³⁶ Fainsinger, et al., Sistema de Classificação de Edmonton para Dor no Câncer (ECS-CP). Guia Rápido do Usuário. 2019 (2014).

³⁷ <https://sites.usp.br/acolhe/avaliar-seu-consumo/questionario-cage/>

Que mitos existem em relação ao uso de opioides e como esclarecê-los?

Entendemos um mito como uma crença errônea que se baseia em experiências pessoais, é transmitida de geração em geração e é tomada como verdadeira, mas não é:

Diminui a sobrevida	Altas doses de morfina ou outros opioides não diminuem a sobrevida em pacientes com doença oncológica avançada.
Risco de uso indevido ou "dependência"	O risco de uso inadequado é baixo quando usado para controle sintomático, mas aumenta em pacientes com condições psiquiátricas.
Desenvolve tolerância	É verdade que a tolerância é uma característica desses medicamentos, mas não ter um teto terapêutico permite que eles sejam úteis durante todo o processo. No entanto, muitas vezes o aumento da necessidade se deve à progressão da doença.
Depressão respiratória	Isso não ocorre se forem devidamente titulados e houver adesão terapêutica.
Efeito no crescimento tumoral	Não foi ainda comprovado cientificamente.

Tabela de medicamentos³⁸

Analgésicos não opioides

Medicamento	Dose	Max. /dia	Comentários
Dipirona	500-100 mg c/4 h, VO	4 g	EA: sudorese, náuseas, controlar hemograma
Paracetamol/ cetamofén	500 mg -1 g c/4-6 h, VO	4000 mg	EA: função hepática
Ibuprofeno	300-600 mg c/6-8 h, VO	2400 mg	EA: efeitos gastrointestinais
Diclofenaco	25-50 mg c/8-12 h, VO	150 mg	EA: efeitos cardiovasculares e gastrointestinais
Celecoxib	200 - 400 mg c/12 - 24 h, VO	400 mg	EA: insuficiência renal, cardíaca
Etoricoxibe	60 mg c/12 - 24 h, VO	120 mg	EA: efeitos cardiovasculares e gastrointestinais
Meloxicam	7,5 mg c/12 - 24 h, VO	15 mg	EA: cardiovascular - hipertensão

EA: Efeito adverso

³⁸ World Health Organization. WHO guidelines for the pharmacological and radiotherapeutic management of cancer pain in adults and adolescents. Ginebra: WHO; 2018
Disponível em: <https://www.who.int/ncds/management/palliative-care/cancer-pain-guidelines/en/>

IV. Dor

I

II

III

V

VI

VII

VIII

IX

X

XI

XII

XIII

XIV



Adjuvantes

IV. Dor

Medicamento	Dose	Max. /dia	Comentários
<i>Antidepressivos</i>			
Amitriptilina	10-25 mg/noite, VO Aumentar progressivamente	100 mg	EA: boca seca e constipação, hipertensão, confusão
Doxepin	10 mg/noite, VO	75 mg	EA: arritmias, retenção urinária
Mirtazapina	15 a 30 mg/noite, VO	45 mg	Anorexia, astenia, depressão, insônia
Duloxetina	30-60 mg c/12 em 24 h, VO	60 mg	EA: náuseas, vômitos, diarreia
<i>Anticonvulsivante</i>			
Pregabalina	25-75 mg/dia, VO Aumentar as doses cada 3 a 7 dias	600 mg	Para dor neuropática EA: cansaço, sedação e risco de queda
Gabapentina	100-300 mg /dia, VO Aumentar as doses a cada 3 a 7 dias	900 mg	Para dor neuropática EA: cansaço, sedação e risco de queda
Carbamazepina	100 mg c/12 h, VO	800 mg	Para dor neuropática EA: sedação, tontura, náusea
Fenitoína	100 mg/dia, VO	300 mg	EA: sedação, tontura, náusea

I

II

III

V

VI

VII

VIII

IX

X

XI

XII

XIII

XIV



IV. Dor

Medicamento	Dose	Max. /dia	Comentários
<i>Esteróides</i>			
Prednisona	20-60 mg/dia, VO	60 mg	Anorexia, astenia, dor óssea ou neuropática 5-7 dias e avaliar removê-los se eles foram menos de 3 dias ou diminuir.
Dexametasona	4-32 mg/dia, VO	32 mg	
<i>Relaxantes musculares</i>			
Ciclobenzaprina	10 mg -30 mg/dia, VO	30 mg	EA: sonolência, fraqueza, confusão, alucinações, tonturas, dor de cabeça
<i>Espasmolíticos</i>			
Brometo de hioscina	10 mg c/ 8 a 6 hs, VO	100 mg	Para dor visceral
<i>Bisfosfonatos</i>			
Ácido Zoledrônico*	4 mg /mês, IV	4 mg / mês	Para dor óssea, prevenção de fraturas patológicas e hipercalcemia
Pamidromato	90 mg amp/mês, IV	90 mg / mês	Só se tem função renal normal

* Gestão por especialista ou em colaboração com ele.

EA= Efeito adverso

Opioides

IV. Dor

Medicamento	Dose	Max. /dia	Comentários
<i>Fraco</i>			
Tramadol	50-100 c/6-8 h, VO	400 mg	Atenção na titulação em idosos: sedação, tontura, náuseas, vômitos, constipação
Tilidina/naloxona	50-100 mg c/2-4 h, VO	600 mg	EA: sedação, náuseas, vômito, constipação
Codeína	30-60 mg c/4-6h, VO	360 mg	Prodroga EA: sedação, náuseas, vômito, constipação
<i>Potente (incluído na lista de medicamentos essenciais da OMS)</i>			
Morfina (oral, liberação imediata)	5-10 mg (inicial) c/4-6h, VO	Sem efeito teto/limitada pela toxicidade	EA: sedação, náuseas, vômito, constipação
Oxicodona (oral, liberação imediata)	2,5 - 5 mg c/4-6h, VO	Sem efeito teto/limitação da toxicidade	2 vezes mais forte que a morfina EA: sedação, náuseas, vômitos, constipação
Hidromorfona (oral, de liberação imediata)	1 mg c/4-6h, VO	Sem efeito teto/limitação da toxicidade	5-7 vezes mais forte que a morfina EA: sedação, náuseas, vômitos, constipação
Fentanil* (adesivos transdérmicos)	12-25 µg/h c/72 h TD	Sem efeito teto/limitação da toxicidade	EA: sedação, náuseas, vômitos, constipação
Metadona* (oral)	Gestão por especialista ou em colaboração com o mesmo	Sem efeito teto/limitação da toxicidade	A dose equianalgésica depende da dose do opioide prévio. 10 a 15 vezes mais potente que a morfina AE: sedação, náuseas, vômitos, constipação, dor de cabeça, boca seca, dor de estômago

* Gestão por especialista ou em colaboração com ele.

EA= Efeito adverso

C/ = a cada

Lembrete

- A dor é multidimensional e multicausal.
- Faça sempre uma boa avaliação.
- Acredite no paciente, mas não prescreva analgésicos para dor não física. Avalie sempre!
- Trate a causa quando possível e selecionar medicamentos em relação à causa. Use a escada analgésica da OMS.
- A administração de opioides deve seguir horários e, se possível, por via oral. Prescrever doses de resgate.
- Prescrever laxantes sempre que opioides forem formulados. Inicialmente alguns pacientes podem ter náuseas ou vômitos, prescrever antieméticos.
- Uma das razões para abandonar o tratamento da dor é a prescrição inadequada e os efeitos colaterais. Monitorar efeitos desejados e indesejados (observe a função cognitiva).
- Titular as doses de acordo com o balanço entre analgesia e efeitos adversos.
- Uma das razões para abandonar o tratamento da dor é a prescrição inadequada e os efeitos colaterais.
- Revise a tabela de equivalência antes de alterar a via do opioide. Informar, antecipar e lidar de forma rápida e eficaz.
- Educar o paciente e a família sobre o uso de morfina (e outros opioides), efeitos adversos, armazenamento e esclarecer falsas crenças.
- Os AINEs não devem ser usados por longos períodos.

IV. Dor

Se quiser saber mais...

- 
 Terapéutica Racional en Atención Primaria de la Salud (TRAPS) - Cuidados Paliativos en el primer nivel de Atención. Fascículo 2. Buenos Aires: Ministerio de Salud y Desarrollo Social. Presidencia de la Nación; 2019. p. 15-31
- 
 Mammana G, Bertolino M, Bunge S. Tratamiento de dolor por cáncer. In: Jacob & Sánchez (eds.). Manual de cuidados paliativos para la atención primaria de la salud. Buenos Aires: Instituto Nacional de Cáncer; 2014. p. 99-125. Disponible en: <http://bancos.salud.gob.ar/recurso/manual-de-cuidados-paliativos-para-la-atencion-primaria-de-la-salud>
- 
 World Health Organization. WHO guidelines for the pharmacological and radiotherapeutic management of cancer pain in adults and adolescents. Ginebra: WHO; 2018. Disponible en: <https://www.who.int/ncds/management/palliative-care/cancer-pain-guidelines/en/>
- 
 Heung Y, Reddy A, Reddy S. Introduction to pain and Pain Management (Chapter 3 and 4) In: Bruera E, Dalal S, editors. The MD Anderson Supportive and Palliative Care Handbook. Houston: The University of Texas Health Science Center; 2015. p. 11-37.
- 
 Chapman EJ, Edwards Z, Boland JW, Maddocks M, Fettes L, Malia C, Mulvey MR, & Bennett MI. Practice review: Evidence-based and effective management of pain in patients with advanced cancer. Palliat Med. 2020; 34(4): 444-453. <https://doi.org/10.1177/0269216319896955>

I

II

III

V

VI

VII

VIII

IX

X

XI

XII

XIII

XIV



Aplique o que aprendeu

CASO CLÍNICO

Beatriz, 50 anos, separada, tem diagnóstico de câncer de colo de útero IIIB e procura a unidade de saúde com dor intensa (7/10) na região lombar, ECOG II. Ela estava tomando morfina 20 mg VO a cada 6h. A quantidade de morfina que ela recebeu no hospital acabou mais cedo porque ela teve que usá-la mais vezes por causa das crises de dor (8-9/10) que vem tendo (uma ou dois por dia). Ela não consegue dormir por causa da dor, seu hábito intestinal está regular com o bisacodil.

Assinale a(s) opção(ões) que você considera correta(s):

1. **Qual a intervenção mais adequada?**
 - A. Fazer uma avaliação integral e exame físico para explorar possíveis causas de dor.
 - B. Suger que Beatriz consulte seu oncologista para formular opioides fortes para controlar a dor.
 - C. Adicionar tramadol 200 mg VO a cada 8 h ao tratamento.
 - D. Adicionar gabapentina como adjuvante.
2. **Na farmácia so estão disponíveis ampolas de morfina e não há comprimidos de opioides disponíveis no momento. A que dose corresponde?**
 - A. 2 ampolas 10 mg de morfina IV a cada 8 horas.
 - B. 1 ampola 10 mg de morfina SC a cada 8 horas.
 - C. 1 ampola 10 mg de morfina SC a cada 4 horas.
 - D. 1 ampola 10 mg de morfina IV a cada 6 horas.

IV. Dor

I

II

III

V

VI

VII

VIII

IX

X

XI

XII

XIII

XIV



Aplique o que aprendeu

CASO CLÍNICO

Beatriz, 50 anos, separada, tem diagnóstico de câncer de colo de útero IIIB e procura a unidade de saúde com dor intensa (7/10) na região lombar, ECOG II. Ela estava tomando morfina 20 mg VO a cada 6h. A quantidade de morfina que ela recebeu no hospital acabou mais cedo porque ela teve que usá-la mais vezes por causa das crises de dor (8-9/10) que vem tendo (uma ou dois por dia). Ela não consegue dormir por causa da dor, seu hábito intestinal está regular com o bisacodil.

Assinale a(s) opção(ões) que você considera correta(s):

3. Qual o melhor tratamento para a dor da crise desse paciente?
 - A. Morfina
 - B. Tramadol
 - C. Corticosteróides
 - D. Cetorolaco

4. Na entrevista, Beatriz diz que está triste e zangada porque foi despedida do trabalho quando souberam do seu diagnóstico. Ela está preocupada com os custos dos cuidados para sua família. Como essa situação pode afetar o curso da doença?:
 - A. É irrelevante para o manejo terapêutico.
 - B. Pode afetar a adesão terapêutica.
 - C. Pode exacerbar a dor.
 - D. Pode gerar desejos de morte antecipados.

IV. Dor

I

II

III

V

VI

VII

VIII

IX

X

XI

XII

XIII

XIV



RESPOSTAS

1. Qual a intervenção mais adequada?

A está correta.

Uma boa história médica e um exame físico minucioso são indispensáveis para uma suspeita diagnóstica das causas da dor. Neste caso, mais informações sobre possíveis causas são necessárias antes de tomar uma decisão sobre a terapia ou solicitar exames. Uma história médica fornece mais informações do que uma química do sangue.

2. Na farmácia so estão disponíveis ampolas de morfina e não há comprimidos de opioides disponíveis no momento. A que dose corresponde?

C está correta.

A conversão de morfina oral em SC é de 2:1. Beatriz está recebendo 120 mg por via oral/dia. Por via subcutânea equivale a 60 mg/dia, dividido em 6 (a cada 4 h) corresponde a 1 ampola de 10 mg de morfina SC a cada 4 h.

3. Qual o melhor tratamento para a crise de dor desse paciente?

A está correta.

O melhor tratamento para a crise de dor é com o mesmo opioide que vem recebendo. Neste caso, morfina. Em alguns casos especiais é possível usar outros opioides.

IV. Dor

I

II

III

V

VI

VII

VIII

IX

X

XI

XII

XIII

XIV

RESPOSTAS

4. Na entrevista, Beatriz diz que está triste e zangada porque foi despedida do trabalho quando souberam do seu diagnóstico. Ela está preocupada com os custos com o cuidado para sua família. Como essa situação pode afetar o curso da doença?:

B, C e D estão corretas.

Os custos gerados pelo cuidado podem interferir na adesão terapêutica. O aspecto social e emocional pode exacerbar a expressão do luto e você pode desejar morrer logo para não ser um fardo para sua família.

IV. Dor



Sintomas respiratórios

OBJECTIVOS DE APRENDIZAGEM

51

O QUE É DISPNEIA?

51

POR QUE É IMPORTANTE AVALIAR E CONTROLAR A DISPNEIA?

51

O QUE CAUSA A DISPNEIA?

52

COMO AVALIAR?

53

COMO TRATAR A DISPNEIA?

53

QUANDO ENCAMINHAR PARA OUTRO NÍVEL DE COMPLEXIDADE?

54

O QUE É HEMOPTISE?

55

QUAIS SÃO AS CAUSAS MAIS COMUNS DE HEMOPTISE EM CUIDADOS PALIATIVOS?

55

O QUE FAZER DIANTE DE UM PACIENTE COM HEMOPTISE?

55

O QUE É RESPIRAÇÃO ESTERTOROSA?

56

O QUE EU FAÇO NA FRENTE DE UM PACIENTE COM ESTERTORES?

56

LEMBRETE

57

SE QUISER SABER MAIS...

57

APLIQUE O QUE APRENDEU

58

Objetivos de aprendizagem

Esperamos que, ao final deste módulo, você possa:

- Identificar sintomas e avaliar as características clínicas de dispneia, hemoptise e respiração estertorosa.
- Propor um esquema de manejo farmacológico e não farmacológico dos sintomas respiratórios comum em cuidados paliativos.
- Identificar critérios de referência para o manejo da dispneia ou hemoptise.

“**Não é o corpo que sofre, mas todo o indivíduo.**

Cicely Saunders

O que é dispneia?

É a experiência **subjetiva** de desconforto ao respirar ou de falta de ar. O diagnóstico é baseado no relato do paciente.

- Pode ser contínua (20% dos casos), intermitente (episódica) em 60% ou mista.
- Os episódios podem ser desencadeados por esforço, emoções, ambiente ou comorbidade.
- Não se correlaciona com a presença de cianose ou alterações na saturação de oxigênio.

Assim como outros sintomas, a dispneia é multidimensional, afetando as dimensões física, emocional, social e espiritual.

Por que é importante avaliar e controlar a dispneia?

- A dispneia ocorre em 30-40% dos pacientes com cânceres avançados e em 65-70% com cânceres broncogênicos.
- Produz grande deterioração da qualidade de vida, gera medo, diminui o estado funcional e está associada ao desejo de morte precoce³⁹.
- A dispneia pode aparecer nos últimos dias ou semanas de evolução de diferentes doenças no contexto da falência de múltiplos órgãos, comportando-se como fator de mau prognóstico em curtíssimo prazo⁴⁰.

³⁹ Chochinov HM, Tataryn D, Clinch JJ, Dudgeon D. Will to live in the terminally ill. Lancet. 1999;354(9181):816-9.

⁴⁰ Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL). Guía de Cuidados Paliativos. ND. Disponível em: https://www.secpal.com/biblioteca_guia-cuidados-paliativos-1.

V. Sintomas respiratórios

I

II

III

IV

VI

VII

VIII

IX

X

XI

XII

XIII

XIV



O que causa a dispneia?

Diferentes mecanismos fisiopatológicos produzem a sensação de falta de ar.

Mecanismos fisiopatológicos

- Aumento do esforço respiratório (derrame pleural).
- Alterações nos músculos respiratórios (paralisia muscular).
- Aumento das necessidades ventilatórias (hipoxemia).

Causas

A dispneia em cuidados paliativos geralmente tem múltiplas causas. É importante não assumir que seja causada apenas por doença oncológica.

Possíveis causas de dispneia:^{42,43}

Relacionado	Exemplos
Câncer	Infiltração do parênquima pulmonar Obstrução das vias aéreas Linfangite carcinomatosa Derrame pleuro-pericárdico* Ascite por tensão* Hepatomegalia Síndrome da veia cava superior (VCS)*
Tratamento oncológico	Pneumectomia Fibrose pós-radioterapia Pneumonite induzida por quimioterapia
Complicações respiratórias agudas	Insuficiência cardíaca* Hipertensão pulmonar Tromboembolismo pulmonar* Atelectasia
Comorbidade	Infecção do trato respiratório* DPOC/reagudização* Broncoespasmo* Anemia* Caquexia Arritmia cardíaca* Doenças neuromusculares (ELA, EM)
Outro	Ansiedade* Dor não controlada*

* Causas potencialmente modificáveis

V. Sintomas respiratórios

⁴² Centeno C, et al. Manual de Medicina Paliativa. Pamplona: Ediciones Universidad de Navarra; 2009.

⁴³ Hui D. Dyspnea. In: Bruera E, Dalal S (ed.). The MD Anderson Supportive and Palliative Care Handbook. Houston: The University of Texas Health Science Center; 2015. p. 82-6.

Como avaliar?

- História sintomática
 - Quais as características?
 - Quando se apresenta e como é o curso?
 - Qual é a intensidade?
(ESAS 1-3= leve, 4-6=moderada, 7-10 = grave)
 - O que melhora e o que piora a dispnea (falta de ar)?
 - Quais sintomas acompanham?
 - Como isso afeta a qualidade de vida?
 - Como isso afeta sua família?
- Exame físico (frequência respiratória, cianose, taquicardia, sudorese, edema, percussão, ausculta).
- Exames complementares apenas para confirmar uma suspeita diagnóstica que defina um comportamento terapêutico que beneficie o paciente e compense os esforços.
- Faça um diagnóstico diferencial com intoxicação medicamentosa aguda e alterações respiratórias da fase agônica. Revise a funcionalidade antes do evento agudo.

Como tratar a dispneia?^{44,45}

- Iniciar o alívio dos sintomas concomitantemente à avaliação.
- Considere o estado geral do paciente e o estágio da doença.
- Discutir intervenções com o paciente e família.

Manejo não farmacológico

- Posição confortável (sentado, semisentado ou inclinado para a frente) e minimizar esforços.
- Ambiente ventilado e fresco (ventilador ou fluxo de ar sobre o rosto).
- Companhia tranquilizadora, roupas confortáveis.
- Exercícios respiratórios (respiração diafragmática e expiração com lábios semiocluidos).
- Fisioterapia ou cinesioterapia de acordo com a disponibilidade (ou contato corporal).
- Técnicas de relaxamento ou apoio psicoterápico quando necessário.
- Educar o paciente e a família.

V. Sintomas respiratórios

⁴² Thomas JR, von Gunten CF. Clinical management of dyspnoea. *The Lancet Oncology*. 2002;3(4):223-8.

⁴³ Thomas JR, von Gunten CF. Management of dyspnea. *J Support Oncol*. 2003;1(1):23-32; discussion -4.

Manejo farmacológico

- Iniciar ou adaptar o tratamento específico de acordo com as causas identificadas ou história pregressa do paciente (broncodilatadores, antibióticos, medicação cardiológica, etc.)
- Controle de sintomas associados como ansiedade (lorazepan 1 mg), tosse e secreções.
- **Opióides**
 - Em pacientes que não recebem opioides: Morfina = 2,5-5 mg VO ou 1-2,5 mg SC/IV a cada 4 a 6 h (ou equivalente) e resgates conforme necessário.
 - Em pacientes que já recebem um opioide potente, a dose diária usada é aumentada em 25-50%, dependendo da intensidade do sintoma e da avaliação geral do paciente.
 - Resgate: dose adicional (resgate) antes do esforço ou se não houver melhora dentro de 30 min (dose de resgate = 10% da dose de 24 horas).
- **Administração de oxigênio.**

A dispneia em pacientes com doença avançada não se correlaciona diretamente com a saturação sanguínea de oxigênio. Oxigênio é indicado em casos de hipoxemia ou dessaturação (saturação menor que 90%). Nos casos em que a saturação de O₂ é de 90-94%, recomenda-se testar com oxigênio e avaliar a resposta.

O oxigênio é um medicamento com custos associados. O uso de oxigênio pode levar à hipercapnia, especialmente em pacientes com DPOC.
- **Corticosteroides**

Eles podem ser usados em pacientes com DPOC exacerbada, síndrome da veia cava superior (ver **URGÊNCIAS**), neoplasias responsivas a corticosteroides (linfoma, timoma), obstrução tumoral das vias aéreas superiores, pneumonite por radiação, pneumonite induzida por QT e linfangite carcinomatosa.

Quando derivar para outro nível de complexidade?

Cada caso deve ser individualizado, pois o encaminhamento para outra instituição gera desconforto adicional. Devem ser avaliados:

- O estágio da doença e os objetivos terapêuticos.
- A disponibilidade de recursos terapêuticos adequados.
- Complicações clínicas detectadas ou potenciais.
- Situação familiar/rede de cuidados.

É aconselhável recorrer a um segundo ou terceiro nível de assistência nos casos de:

- Dispneia associada a febre, dor torácica, alteração súbita da consciência.
- Dispneia grave com sensação de sufocamento ou com hemoptise grave.
- Presença de complicações de possível tratamento, como síndrome da veia cava superior, suspeita de derrame pleural maciço (toracocentese), comprometimento hemodinâmico ou distúrbios da consciência.
- Dificuldade para familiares ou cuidadores continuarem o tratamento ambulatorial ou utilizarem a via subcutânea.
- Dispneia refratária. A refratariedade terapêutica é a falta de alívio quando o tratamento adequado é realizado em tempo razoável. Levantar a possibilidade de sedação paliativa.

V. Sintomas respiratórios

I

II

III

IV

VI

VII

VIII

IX

X

XI

XII

XIII

XIV



O que é hemoptise?

- Tosse com sangue da árvore brônquica ou pulmão.
- Classifica-se em:
 - leve a moderada < 200 ml em 24 h
 - grave ou maciço > 200 ml em 24 h **Ver Urgências**
- O diagnóstico é feito com visualização direta do escarro

Quais são as causas mais comuns de hemoptise em cuidados paliativos?

Causas	Exemplos
Inflamatório	DPOC, bronquite aguda, TB, bronquiectasias, pneumonia
Tumoral	Câncer de pulmão, adenoma brônquico
Outro	TEP, trauma traqueobrônquico, fístula broncoalveolar, diátese hemorrágica

O que fazer diante de um paciente com hemoptise?

O tratamento varia de acordo com a intensidade do sangramento e o estágio da doença. Na hemoptise leve a moderada, recomenda-se o seguinte manejo.

Medidas não farmacológicas:

- Mantenha a calma.
- Coloque o paciente em uma postura confortável (sentado).
- Use toalhas ou lençóis de cor escura (que reduzem o impacto visual do sangue).

Medidas farmacológicas:

- Remova AINEs e anticoagulantes (se houver).
- Tratamento da tosse (não use codeína se você já estiver usando morfina).
- Encaminhar para avaliação de radioterapia paliativa.
- Fármacos antifibrinolíticos (ácido tranexâmico, ácido aminocaproico).

Hemoptise grave

- É uma emergência em cuidados paliativos que pode levar o paciente à morte e produz grande impacto emocional.
- Avaliar transferência para um centro de maior complexidade, dependendo da condição do paciente.
- O objetivo do tratamento é reduzir o impacto do sangramento, facilitando a sedação do paciente e a manter o ambiente afetivo.
- Nos casos em que for previsível, coloque preferencialmente via IV ou SC.

V. Sintomas respiratórios

I

II

III

IV

VI

VII

VIII

IX

X

XI

XII

XIII

XIV



O que é respiração estertorosa?⁴⁶

- Respiração com ruído produzido pelo acúmulo nas vias aéreas de secreções salivares ou brônquicas.
- Incidência em 56-92% dos pacientes em situação de últimos dias.
- Provavelmente não incomoda o paciente devido à diminuição do estado de consciência, mas isso produz grande angústia nos familiares e profissionais de saúde devido à sensação de sufocamento iminente.
- O diagnóstico é clínico.

O que eu faço na frente de um paciente com estertores?

- Informação à família para diminuir o impacto: antecipar a possibilidade de estertores, informar que o ruído é devido ao acúmulo de secreções e dificuldade de deglutição e afirmar que o paciente não está sofrendo.
- Revisar o balanço hídrico e a quantidade de líquidos administrados.

Manejo não farmacológico

- Mudança de decúbito (decúbito lateral).
- Cuidados com a boca (boca seca).
- Avalie a aspiração de secreções altas, pois pode gerar desconforto e até causar mais secreções.
- Distração com outros ruídos (música).
- Se possível, alterne os plantões dos cuidadores, pois é uma situação que pode produzir ansiedade neles.

Manejo farmacológico

- Em casos muito previsíveis, como encefalopatia hepática, tumores cerebrais ou pulmonares.
- Reduza os líquidos.
- Hioscina (brometo de N-butil-hioscina) 20-60 mg/dia em intervalos regulares a cada 4h, 6h ou infusão contínua pela via SC.
- Escopolamina (N-metibromuro de escopolamina) 20 mg/6 h via sc.
- Eles não agem sobre secreções previamente acumuladas!

⁴⁶ Centeno C, et al. Manual de Medicina Paliativa. Pamplona: Ediciones Universidad de Navarra; 2009.



Lembrete

- A dispneia é um sintoma subjetivo e de alta prevalência em pacientes com doença oncológica avançada.
- O objetivo terapêutico é o alívio do sintoma percebido pelo paciente e não a alteração de sinais como taquipneia ou murmúrio vesicular audível.
- Os opioides (morfina) são eficazes no controle da falta de ar e da tosse, e podem ser usados em conjunto com outros tratamentos.

Se quiser saber mais...

- 📄 Terapéutica Racional en Atención Primaria de la Salud (TRAPS) - Cuidados Paliativos en el primer nivel de Atención. Fascículo 2. Buenos Aires: Ministerio de Salud y Desarrollo Social. Presidencia de la Nación; 2019.
- 📄 Pan CX, Palathra BC, Leo-To WF. Management of Respiratory Symptoms in Those with Serious Illness. Med Clin North Am. 2020;104(3):455-70.
- 📄 Thomas JR, von Gunten CF. Clinical management of dyspnoea. The Lancet Oncology. 2002;3(4):223-8. Thomas JR, von Gunten CF. Management of dyspnea. J Support Oncol. 2003;1(1):23-32; discussion -4.
- 📄 Lokker ME, van Zuylen L, van der Rijt CC, & van der Heide A. Prevalence, impact, and treatment of death rattle: a systematic review. J Pain Symptom Manage. 2014; 47(1): 105-122. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2013.03.011>

V. Sintomas respiratórios

I

II

III

IV

VI

VII

VIII

IX

X

XI

XII

XIII

XIV



Aplique o que aprendeu

CASO CLÍNICO

Rafael tem 60 anos e foi diagnosticado com câncer renal avançado, com metástases pulmonares. Atualmente em tratamento paliativo onco-específico. Ele chega ao seu consultório com uma sensação de falta de ar permanente 7/10, que aumenta com os esforços para 9/10. Refere-se que a dor é controlada com morfina 10 mg VO a cada 4 h, não refere efeitos adversos relacionados aos opioides. Ele não teve febre.

Ao exame físico: PA 110/70 mmHg, FC 82 bpm, FR 21 pm, T 36° C, 50 kg, altura 168 cm, O2 sentado de 95% em ar ambiente, consciente, orientado, cardiopulmonar: parede torácica sem deformidade, ausculta pulmonar normal, apresenta edema de membros inferiores, ECOG: 3. Os dados clínicos não se alteraram desde a última consulta (21 dias antes).

Estudos laboratoriais: hemograma relatando Hb 12 g/dl, repouso normal.

Causas concomitantes que possam estar causando essa situação são descartadas.

Assinale a(s) opção(ões) que você considera correta(s):

1. Rafael tem câncer avançado e você já havia dito a ele e à família que poderia ter dificuldade para respirar. Você acha que tem falta de ar grave porque:

- A. Rafael relata a experiência subjetiva de desconforto ao respirar e sensação subjetiva de falta de ar (7/10).
- B. Não apresenta dispneia, pois apresenta boa oxigenação (95%).
- C. Ele tem dispneia porque sua frequência respiratória é ligeiramente elevada, embora não haja tirages. Para o diagnóstico conclusivo, gasometria arterial é necessária.

2. Que indicação você faz ao Rafael?

- A. Diz para ele não se preocupar, pois a saturação está dentro dos limites normais. A dispneia faz parte da doença.
- B. Minimiza o sintoma para que ele não entre em pânico e explique que em poucos dias se sentirá melhor.
- C. Indica aumento da morfina em relação à dose que vinha recebendo e calcula uma nova dose de resgate.
- D. Ordena a suspensão da morfina – que ele está recebendo - porque pode causar depressão respiratória.

V. Sintomas respiratórios

I

II

III

IV

VI

VII

VIII

IX

X

XI

XII

XIII

XIV



Aplique o que aprendeu

CASO CLÍNICO

Rafael tem 60 anos e foi diagnosticado com câncer renal avançado, com metástases pulmonares. Atualmente em tratamento paliativo onco-específico. Ele chega ao seu consultório com uma sensação de falta de ar permanente 7/10, que aumenta com os esforços para 9/10. Refere-se que a dor é controlada com morfina 10 mg VO a cada 4 h, não refere efeitos adversos relacionados aos opioides. Ele não teve febre.

Ao exame físico: PA 110/70 mmHg, FC 82 bpm, FR 21 pm, T 36° C, 50 kg, altura 168 cm, O2 sentado de 95% em ar ambiente, consciente, orientado, cardiopulmonar: parede torácica sem deformidade, ausculta pulmonar normal, apresenta edema de membros inferiores, ECOG: 3. Os dados clínicos não se alteraram desde a última consulta (21 dias antes).

Estudos laboratoriais: hemograma relatando Hb 12 g/dl, repouso normal.

Causas concomitantes que possam estar causando essa situação são descartadas.

Assinale a(s) opção(ões) que você considera correta(s):

3. **A doença de Rafael progride. Atualmente apresenta ECOG 4 e continua relatando dispneia (4/10) com saturação de 95%. Foi planejada a continuidade dos cuidados no domicílio. Ao planejar e organizar o acompanhamento domiciliar, você avalia a necessidade de oxigênio em casa ou não. Qual afirmação é válida quanto à indicação para administração de oxigenoterapia?**
 - A. Não, pois sua saturação de oxigênio é superior a 90% (não há hipoxemia).
 - B. Sim, porque sua saturação é muito baixa.
 - C. Sempre, independentemente da presença ou não de hipoxemia.
 - D. Nunca, independentemente da presença ou não de hipoxemia.
 - A. Depende dos gases sanguíneos.

4. **Rafael continua com os cuidados domiciliares. Sua doença progride e seus sintomas estão controlados. Na fase de fim de vida, apresenta-se com respiração estertorosa. Ele parece calmo, mas seus familiares relatam que estão preocupados com a sensação de que Rafael parece estar se afogando. Você tranquiliza a família e explica que Rafael não está se afogando e que se trata da fraqueza de seus músculos de deglutição. Além de mudar a posição e os cuidados com a boca, considere um tratamento farmacológico. Qual é a droga para usar neste caso?**
 - A. Haloperidol.
 - B. Hioscina.
 - C. Morfina.
 - D. Dexametasona.

V. Sintomas respiratórios

I

II

III

IV

VI

VII

VIII

IX

X

XI

XII

XIII

XIV



RESPOSTAS

1. **Rafael tem câncer avançado e você já havia dito a ele e à família que ele poderia ter dificuldade para respirar. Você acha que tem falta de ar grave porque:**

A está correta.

Dispneia é a experiência subjetiva de desconforto ao respirar ou falta de ar. O diagnóstico é baseado no relato do paciente.

2. **Que indicações você faz ao Rafael?**

C está correta.

Rafael vinha recebendo morfina 10 mg via oral cada 4 h = 60 mg/dia. Nesse caso, a dose diária seria aumentada em 25 ou 50%, dependendo da intensidade do sintoma e da avaliação geral do paciente.

Além disso, o resgate é adequado: antes dos esforços (antecipar) ou se não houver melhora repetir em 30 min.

3. **Qual a afirmação válida quanto à indicação para administração de oxigenoterapia?**

A está correta.

O oxigênio é recomendado em casos de hipoxemia (saturação de O₂ <90%) ou quando produz melhora do sintoma.

4. **Qual é o medicamento para usar neste caso?**

B está correta.

Rafael tem respiração estertorosa.

Lembre-se que é importante informar a família (antecipar e informar que o paciente não sofre) e rever o balanço hídrico e a quantidade de líquidos administrados.

O objetivo é diminuir a formação de novas secreções, uma possível medicação para essa finalidade é a hioscina.

V. Sintomas respiratórios

I

II

III

IV

VI

VII

VIII

IX

X

XI

XII

XIII

XIV

V M

Náuseas e vômitos

OBJETIVOS DE APRENDIZAGEM

62

O QUE É NÁUSEA E VÔMITO?

62

POR QUE É IMPORTANTE AVALIAR E CONTROLAR NÁUSEAS E VÔMITOS?

62

O QUE CAUSA NÁUSEAS E VÔMITOS?

63

COMO AVALIAR?

63

COMO CONTROLAR NÁUSEAS E VÔMITOS?

64

QUANDO ENCAMINHAR PARA OUTRO NÍVEL DE COMPLEXIDADE

66

LEMBRETE

67

SE QUISER SABER MAIS...

67

APLIQUE O QUE APRENDEU

68

Objetivos de aprendizagem

Esperamos que, ao final deste módulo, você possa:

- Identificar e avaliar náuseas e vômitos
- Definir um esquema inicial de manejo farmacológico e não farmacológico.
- Identificar complicações associadas a vômitos e náuseas e motivos de referência.

O que é náusea e vômito?

A náusea é a sensação desagradável de vontade de vomitar, enquanto o vômito é a expulsão forçada do conteúdo gástrico.

As náuseas podem ocorrer isoladamente ou acompanhar vômitos e, menos comumente, os vômitos ocorrem sem náuseas. A náusea costuma ser mais incômoda e incapacitante do que o vômito. Pode ser acompanhada de dispepsia ou outros sintomas gastrointestinais.

Ao contrário do vômito, na náusea há ausência de expulsão do conteúdo gástrico⁴⁷.

Por que é importante avaliar e controlar náuseas e vômitos?

- A incidência desses sintomas em pacientes com doença oncológica avançada é de 40%-70%⁴⁸.
- Produzem uma grande deterioração da qualidade de vida, causam medo.
- Têm impacto no efeito e na aderência ao tratamento farmacológico.
- Eles levam a complicações como distúrbio eletrolítico, desidratação, inflamação gastrointestinal e aspiração.

VI. Náusea e vômito

⁴⁷ Singh P, et al. Nausea: a review of pathophysiology and therapeutics. Therap Adv Gastroenterol. 2016;9(1):98-112.

⁴⁸ Rhodes & McDaniel: Nausea, vomiting, and retching: complex problems in palliative care. CA Cancer J Clin 2001; 51(4): 232-48.2.

O que causa náuseas e vômitos?

As causas de náuseas e vômitos podem ser múltiplas:

Tabela 1: Possíveis causas de náuseas e vômitos⁴⁹

Relacionado	Exemplos
Gastrointestinal	Infecção por candida, tumores ulcerativos Irritação/inflamação (medicamentos, sangue) Pressão (ascite, hepatomegalia), constipação, estase gástrica.
Metabólico/tóxico	Medicamentos (analgésicos, quimioterápicos, antibióticos, digoxina ...) Hipercalcemia, hiponatremia, uremia, infecções, toxinas tumorais
SNC	Hipertensão intracraniana (tumor), meningite, vestibular
Psicológico	Medo, dor, estresse, antecipação

⁴⁹ Para revisar a fisiopatologia, consulte: Singh P, et al. Nausea: a review of pathophysiology and therapeutics. Therap Adv Gastroenterol. 2016;9(1):98-112.

Como avaliar?

- História sintomática
 - Experiência anterior ou períodos com náuseas ou vômitos recentes, (mudança de medicamentos, quimioterapia ou radioterapia)
 - Características: Quais as características do vômito? (quantidade, cheiro, restos de comida, presença de sangue)
 - Evolução: Quando surge e como evolui? Quando começou? Quanto tempo dura? Com que frequência ocorre? É persistente ou intermitente?
 - Frequência e intensidade: Qual a frequência? Intensidade? (ESAS 1-3= leve, 4-6=moderada, 7-10 = grave)
 - O que melhora e o que piora as náuseas e/ou vômitos?
 - Que sintomas os acompanham?
 - Dor (abdominal), alteração do hábito intestinal, febre, anorexia, disfagia, saciedade precoce, arrotos, regurgitação, abdome distendido, flatulência, constipação ou diarreia, sede, poliúria, tosse, soluços, tonturas, problemas auditivos, alterações neurológicas, dispnéia
 - Como esse sintoma afeta a qualidade de vida? Quais medicamentos você está tomando atualmente? Tratamentos sem receita, remédios fitoterápicos ou medicamentos alopáticos. E possível realizar os tratamentos indicados com a equipe que o trata na instituição?
- Exame físico (hidratação, exame da cavidade oral, abdominal e toque retal)
 - Geral: Estado nutricional, peso, hidratação, icterícia, sonolência, humor
 - Inspeção da cavidade oral e faringe (candidíase)
 - Abdome: Cicatrizes cirúrgicas, hérnias, peristaltismo (ruídos hidroaéreos, íleo paralítico), onda ascítica, distensão gástrica, hepatomegalia, tensão abdominal, dor, impactação fecal (toque retal).
- Exames complementares somente se forem necessários para adotar um comportamento terapêutico que beneficie o paciente (ex. creatinina, cálcio, sódio, potássio).

VI. Náusea e vômito

I

II

III

IV

V

VII

VIII

IX

X

XI

XII

XIII

XIV



Como controlar náuseas e vômitos?

- Muitas vezes o sintoma é apenas aliviado (diminuição da intensidade ou frequência).
- Informe essa possibilidade ao paciente e à família!
- Profilaxia (se possível). Por exemplo, ao iniciar a terapia com opioides
- Evite o estímulo de náuseas antecipatórias.
- Ao considerar o tratamento, pondere os potenciais riscos e o benefício provável: o tratamento requer custos adicionais para a família? Requer treinamento para a rede de apoio ou modificação do ambiente? Em que intensidade afeta os outros membros da família?

Manejo não farmacológico

- Intervenções não farmacológicas proporcionam melhor resultado para náuseas e vômitos de intensidade leve ou moderada. Em caso de sintomas graves, o tratamento farmacológico deve ser avaliado.
- Ajuste a ingestão, evitando o que possa causar ou acentuar as náuseas ou vômitos.
- Ofereça líquidos em pequenas quantidades de cada vez (suco, água, gelo).
- Restaurar a ingestão com dieta líquida/semi-líquida.
- Higiene e cuidados bucais.
- Elimine odores fortes ou nauseantes (odores de tumores ulcerativos ou úlceras de pressão). Permitir a circulação de ar fresco.
- Use a via subcutânea para hidratar ou dar medicações.
- Exercícios de relaxamento.
- Educar a família. Fornecer informações sobre:
 - O objetivo do tratamento, o efeito esperado, quando se espera que o tratamento tenha efeito e os fatores que podem levar a modificações do tratamento.
 - Possíveis efeitos colaterais do tratamento com antieméticos e a forma correta de tomar a medicação.
 - A (não) administração de fluidos parenterais.
 - A mudança no objetivo da alimentação e sua importância em relação ao prognóstico. Possíveis mudanças dietéticas
 - Exercícios de relaxamento e distração em situações em que a ansiedade desempenha um papel importante.

VI. Náusea e vômito

I

II

III

IV

V

VII

VIII

IX

X

XI

XII

XIII

XIV

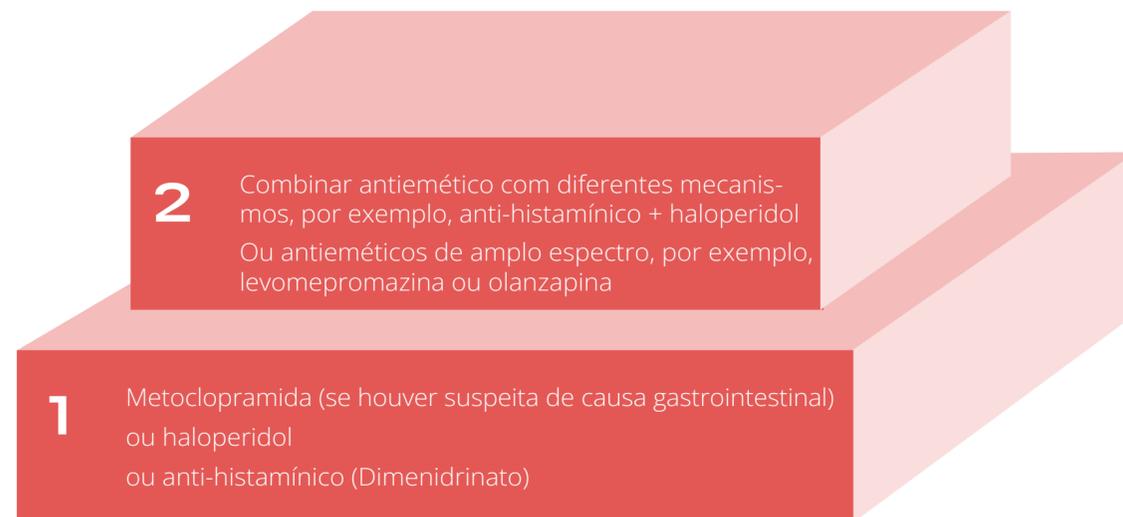


Manejo farmacológico^{50,51}

- Trate a causa (se possível)
 - Estabeleça um raciocínio etiológico com base na história clínica
 - Retire as medicações que pode causar o sintoma, quando possível.

Se não houver uma causa identificada, sugerimos:

- Comece com um antiemético de baixo espectro e avalie a resposta. Se a resposta for insuficiente, adicione outro antiemético com um mecanismo de ação diferente ou use um antiemético de amplo espectro, como a levomepromazina.



Escada de tratamento

⁵⁰ Terapéutica Racional en Atención Primaria de la Salud (TRAPS) - Cuidados Paliativos en el primer nivel de Atención. Fascículo 1. Buenos Aires: Ministerio de Salud y Desarrollo Social. Presidencia de la Nación; 2019.

⁵¹ Malec M, Shega JW. Management of Gastrointestinal Symptoms (Nausea, Anorexia and Cachexia, Constipation) in Advanced Illness. Med Clin North Am. 2020;104(3):439-54.

- Deixe um antiemético fixo e prescreva resgates (10% da dose diária).
- Em idosos, a domperidona é recomendada devido aos efeitos adversos da metoclopramida (efeitos extrapiramidais).
- Quando a etiologia é conhecida ver tabela.

Tratamento de náuseas e vômitos de acordo com a etiología

Etiología	1. Linha	2. Linha	3. Linha
Estase gástrica	Metoclopramida	Mirtazapina	Domperidona
Induzida por opioides	Haloperidol/ Metoclopramida	Anti-histamínicos (difenidramina, meclizina)	Olanzapina ou risperidona
Hipercalemia/ uremia	Haloperidol	Levomepromazina	
Quimioterapia	Ondansetrona	Dexametasona	Lorazepan (antecipatória)
Outro	Metoclopramida		Dexametasona

- O haloperidol é recomendado para o tratamento de náuseas e vômitos na fase paliativa como alternativa à metoclopramida ou domperidona, especialmente se houver outra indicação para esse medicamento (como alucinações ou delírio).
- A metoclopramida ou a domperidona não devem ser combinadas com agentes com efeitos anticolinérgicos (hioscina), pois neutraliza o efeito procinético.
- Dexametasona se houver náuseas devido à quimioterapia, em combinação com antagonista 5HT₃; no caso de metástases cerebrais com edema e, também, em casos de íleo parálítico.

VI. Náusea e vômito

I

II

III

IV

V

VII

VIII

IX

X

XI

XII

XIII

XIV



Quando encaminhar para outro nível de complexidade?

Cada caso deve ser individualizado, pois a transferência produz sofrimento adicional. Devem ser avaliados:

- A fase da doença, o prognóstico e os objetivos terapêuticos e assistenciais.
- A disponibilidade de recursos terapêuticos adequados.
- Complicações clínicas detectadas ou potenciais que causem sofrimento ao paciente e família.
- Desejo do paciente e família.
- Explicar e documentar os riscos.

É aconselhável recorrer a um segundo ou terceiro nível de assistência nos casos de:

- Resposta inadequada ao tratamento antiemético.
- Aumento do vômito.
- Suspeita de obstrução intestinal.
- Comprometimento hemodinâmico ou distúrbios da consciência.
- Dificuldade para familiares ou cuidadores continuarem o tratamento ambulatorial, ou quando for necessário o uso da via subcutânea.

Antieméticos utilizados em cuidados paliativos⁵²

Medicamento	Dose	Comentário
Metoclopramida	5 - 10 mg antes das refeições ou do sono 10-30 mg c/4-6-8 h VO, SC, IV (máx. 60 mg/dia)	Procinética EA: cuidados em idosos efeitos extrapiramidais (acatisia, distonia)
Domperidona	10 - 30 mg c/ 4-6-8 h VO	EA: Dor abdominal em cólica, efeitos extrapiramidais (acatisia, distonia)
Haloperidol	0,5 - 2 mg c/6-12 VO, SC (máx. 20 mg/dia)	EA: efeitos extrapiramidais Evitar o uso via IV
Dexametasona	4-20 mg c/8-12 h VO, SC, IV	EA: sintomas gástricos, miopatia, infecções, hiperglicemia, imunossupressão, psicose, delírio
Levomepromazina	3-5 mg c/8-12 h VO, SC, IV	Efeito anticolinérgico, hipotensão, efeitos extrapiramidais
Olanzapina	5mg/dia	Efeitos extrapiramidais
Clorpromazina	10 - 25 mg c/ 4 - 8 h VO 10 - 25 mg c/ 3 - 4 h IV, podem ser colocados. Em bolus (máx. 150 mg/dia)	Não aplicar SC EA: sonolência
Dimenidrinato	25 mg c/8 h	EA: sonolência, efeitos antimuscarínicos
Ondansetrona	4 - 8 mg c/6-8 h VO, IV	EA: cefaleia, constipação intestinal
Escopolamina hioscina	10 - 20 mg c/4-8 h SC, IV	EA: boca seca, retenção urinária, hipotensão
Alprazolam	0.5 - 1 mg/dia VO	EA: sonolência, hipotensão
Dronabinol	5 mg c/6-8 h, VO	EA: sedação, delírio

VI. Náusea e vômito

⁵² Terapéutica Racional en Atención Primaria de la Salud (TRAPS) - Cuidados Paliativos en el primer nivel de Atención. Fascículo 1. Buenos Aires: Ministerio de Salud y Desarrollo Social. Presidencia de la Nación; 2019.



Lembrete

- Avaliar as possíveis causas de náuseas e vômitos.
- Utilizar medidas farmacológicas e não farmacológicas.
- Avaliar a via de administração que garanta a eficácia do antiemético.
- Ajustar a dose ou combinar com outros antieméticos.
- Se houver persistência do sintoma, revisar o caso e avaliar a necessidade de encaminhamento.

Se quiser saber mais...

- 📄 Mercadante, S. Nausea/Vomiting. Em Textbook of Palliative Medicine and Supportive Care. Bruera B, Higginson, von Gunten C & Morita T. (Eds). 2021. p. 357-364.
- 📄 Malec M, Shega JW. Management of Gastrointestinal Symptoms (Nausea, Anorexia and Cachexia, Constipation) in Advanced Illness. Med Clin North Am. 2020;104(3):439-54.
- 📄 Davis M, Hui D, Davies A, Ripamonti C, Capela A, DeFeo G, Del Fabbro E, & Bruera E. MASCC antiemetics in advanced cancer updated guideline. Support Care Cancer. 2021. <https://doi.org/10.1007/s00520-021-06437-w>

VI. Náusea e vômito

I

II

III

IV

V

VII

VIII

IX

X

XI

XII

XIII

XIV



Aplique o que aprendeu

CASO CLÍNICO

Rosa tem 60 anos, é viúva e tem o diagnóstico de carcinoma de pulmão direito com metástase contralateral sem resposta à quimioterapia. Consulta com náuseas e vômitos de conteúdo alimentar há dois dias, sem a presença de material fecalóide ou bilioso. A náusea é tão intensa que mal aceita líquidos. Há 2 anos Rosa faz uso de piroxicam 20 mg/dia para o tratamento de osteoartrite e morfina 60 mg/dia por via oral.

- 1. Qual a intervenção mais adequada?**
 - A. Suspende a via oral e prescrever morfina 2 mg SC a cada hora.
 - B. Realizar uma história médica completa e exame físico.
 - C. Prescrever ondansetrona + dexametasona + lorazepam + metoclopramida.
 - D. Orientar o uso de supositórios de prometazina 25 mg a cada 4 h conforme necessidade.
- 2. Você descarta uma obstrução intestinal. Qual a intervenção mais adequada?**
 - A. Descontinuar piroxicam por causa do risco de gastrite.
 - B. Suspende a morfina oral e mudar para 5 mg c/4h SC.
 - C. Adicione o antiácido.
 - D. Prescrever dexametasona.
- 3. Você prescreveu inicialmente metoclopramida (10 mg a cada 8 h), mas o paciente não respondeu a essa medicação, que outra alternativa você poderia utilizar, considerando que Rosa continua com náuseas e vômitos?**
 - A. Adicionar a dexametasona.
 - B. Aumentar a dose de metoclopramida.
 - C. Adicionar o haloperidol.
 - D. Prescrever paracetamol.

VI. Náusea e vômito

I

II

III

IV

V

VII

VIII

IX

X

XI

XII

XIII

XIV



Aplique o que aprendeu

CASO CLÍNICO

Rosa tem 60 anos, é viúva e tem o diagnóstico de carcinoma de pulmão direito com metástase contralateral sem resposta à quimioterapia. Consulta com náuseas e vômitos de conteúdo alimentar há dois dias, sem a presença de material fecalóide ou bilioso. A náusea é tão intensa que mal aceita líquidos. Há 2 anos Rosa faz uso de piroxicam 20 mg/dia para o tratamento de osteoartrite e morfina 60 mg/dia por via oral.

4. Se Rosa tivesse 80 anos, com qual dessas drogas você teria mais cautela por causa dos efeitos extrapiramidais?

- A. Ondansetrona.
- B. Metoclopramida.
- C. Haloperidol.
- D. Domperidona.

VI. Náusea e vômito

I

II

III

IV

V

VII

VIII

IX

X

XI

XII

XIII

XIV



RESPOSTAS

1. Qual a intervenção mais adequada?

B está correta.

Mais informações são necessárias antes de tomar uma decisão e fazer prescrições de medicamentos ou exames laboratoriais. Uma história clínica completa causa o menor desconforto, risco e custos e fornecerá informações importantes sobre a estratégia terapêutica a seguir.

2. Você descarta uma obstrução intestinal. Qual a intervenção mais adequada?

A, B, C estão corretas.

Quando usados por longos períodos, os AINEs (piroxicam) provocam lesão gástrica e aumentam o risco de hemorragia digestiva alta. Pense em suspender e adicionar um antiácido.

Como a dor é controlada com morfina (60 mg/dia VO), é importante mudar para via SC (5 mg a cada 4h SC) para evitar recorrência da dor. Para conversão, lembre-se: 60 mg oral /2= 30 mg/dia SC distribuídos a cada 4h= 5 mg a cada 4h SC.

3. Você prescreveu inicialmente metoclopramida, mas o paciente não respondeu a essa medicação, que outra alternativa você poderia utilizar, considerando que Rosa continua com náuseas e vômitos?

B está correta.

Se você tiver doses adequadas de metoclopramida sem efeito satisfatório, você pode considerar a adição de um antiemético com um mecanismo de ação diferente, como haloperidol ou dexametasona.

VI. Náusea e vômito

RESPOSTAS

4. Se Rosa tivesse 80 anos, com qual dessas drogas você seria mais cauteloso por causa dos efeitos extrapiramidais?

B e C estão corretas.

Metoclopramida e haloperidol podem ter efeitos extrapiramidais, especialmente em adultos mais velhos (acima de 80 anos) ou jovens (menores de 18 anos). Se houver sintomas de Parkinson ou parkinsonismo, os efeitos serão exacerbados.

VI. Náusea e vômito

VIII

Constipação

OBJETIVOS DE APRENDIZAGEM

73

O QUE É A CONSTIPAÇÃO?

73

POR QUE É IMPORTANTE CONTROLAR A CONSTIPAÇÃO

73

O QUE CAUSA A CONSTIPAÇÃO?

74

COMO AVALIAR?

74

COMO TRATAR A CONSTIPAÇÃO?

75

QUANDO ENCAMINHAR PARA OUTRO NÍVEL DE COMPLEXIDADE

76

LEMBRETE

77

SE QUISER SABER MAIS...

77

APLIQUE O QUE APRENDEU

78

Objetivos de aprendizagem

Esperamos que, ao final deste módulo, você possa:

- Identificar e avaliar constipação intestinal em pacientes em cuidados paliativos.
- Propor um esquema inicial de manejo farmacológico e não farmacológico.
- Identificar complicações associadas à constipação e motivos de encaminhamento.



O que é a constipação?

É a diminuição da frequência da defecação (menos de 3 vezes por semana), de difícil expulsão, com fezes duras e secas.

Constipação induzida por opioides (CIO) ou disfunção intestinal induzida por opioide (DIOI) ocorre em 60% a 90% dos pacientes em uso desses medicamentos.

Por que é importante controlar a constipação?

- Produz uma deterioração da qualidade de vida e um grande sofrimento.
- Muitas vezes não é avaliada.
- Ela afeta a ingestão e a absorção de medicamentos e pode ser tão grave que, devido a esse efeito colateral, o controle adequado da dor com opioides seja preterido.
- Tentar evitar complicações associadas como:
 - Fecaloma (impactação fecal); ele obstrui a saída de fezes sólidas e frequentemente aparece com "diarreia paradoxal" com incontinência fecal por transbordamento (com água manchada por fezes e alguns vestígios de fezes duras).
 - Obstrução intestinal.
 - Distúrbio hidroeletrolítico, desidratação, aspiração, obstrução intestinal, confusão mental/delírio (idosos) e dispneia.

VII. Constipação

O que causa a constipação?

As causas da constipação podem ser multifatoriais:

Possíveis causas de constipação⁵⁴

Causas	Exemplos
Diretas	Massas, radioterapia, obstrução intestinal, fissuras
Metabólicas	Hipercalemia, hipocalemia, uremia Patologias como diabetes mellitus, hipotireoidismo
Medicamentosas	Opioides , anticolinérgicos, diuréticos, ferro, ondansetrona
Neurológicas	Medo, metástases cerebrais, acometimento da medula espinhal
Outras	Imobilidade, vergonha, anorexia, dieta pobre em fibras, desidratação

⁵⁴ Librán Oriol A. Síntomas digestivos: Estreñimiento. En: Porta J, Gómez-Batiste X, Tuca A. editores. Manual control de síntomas en pacientes con cáncer avanzado y terminal. Madrid: Arán, 2008; p.141-151.

Como avaliar?

- Anamnese
 - Pergunte ativamente sobre o hábito intestinal anterior e atual (regularidade, quantidade, consistência, esforço, mudanças de cor, odor).
 - Dieta (incl. bebida)
 - Que medicamentos utiliza incl. laxantes
 - Patologias associadas?
 - Como é a gravidade? (Escala de Bristol)
 - O que melhora e o que piora o sintoma
 - Sintomas associados, características (náuseas, vômitos, dor, distensão abdominal, tenesmo, dor com movimentos peristálticos, febre)
 - Significado/impacto na qualidade de vida
- Exame físico: hidratação, avaliação abdominal
- Exames complementares somente se forem necessários para adotar uma conduta terapêutica que beneficie o paciente.
- Para avaliar a extensão da massa fecal, bem como para excluir obstrução intestinal, uma radiografia ou ultrassonografia abdominal pode ser necessária.

Escala de Bristol

01		Pedaços duros separados (fezes de cabra)
02		Fragmentos unidos em forma de linguiça, duros ou secos
03		Forma de linguiça com fissuras na superfície
04		Forma de linguiça ou cobra com superfície lisa e macia
05		Pedaços moles com bordas definidas
06		Pedaços aerados, contornos esgarçados
07		Consistência aquosa, sem partes sólidas

CONSTIPAÇÃO

IDEAL

DIARRÉIA

VII. Constipação

I

II

III

IV

V

VI

VIII

IX

X

XI

XII

XIII

XIV



Como tratar a constipação?

Existem muitos tratamentos medicamentosos disponíveis, mas sua eficácia é variável e as evidências são inconclusivas⁵⁵.

- O objetivo é o equilíbrio entre o efeito desejado (evacuações sem dificuldade a cada 2-3 dias) e efeitos colaterais (dor, diarreia).
- Use laxantes profilaticamente com administração de opioides ou anticolinérgicos (a menos que haja contraindicações).
- Tratar as causas (se possível):
 - Retirar medicamentos que possam causar constipação, melhorar o equilíbrio hidroeletrólítico.
 - Controlar condições que interferem no funcionamento intestinal (hemorroidas ou fissuras).
 - Promover um ambiente adequado (tranquilo, íntimo).
- Respeitar os hábitos individuais.
- Massagens (não realizar em caso de ascite!).
- Cuidados com a região perianal.

Medidas não farmacológicas

- Aumento da ingestão de líquidos.
- Mobilização e exercício adaptados à condição clínica do paciente.
- Dieta rica em fibras (pão integral, frutas, verduras, cereais e leguminosas). Avaliar a conveniência de forma individualizada.

Medidas farmacológicas

- Administração de laxantes:
 - Comece com um laxante estimulante ou osmótico.
 - Se não houver melhora: combinar (estimulante + osmótico).
 - É mais eficaz combinar do que usar altas doses de um deles.
 - Não use osmóticos (como lactulose) em pacientes com insuficiência renal grave.
- Os laxantes atuam entre 12-48 h após a aplicação.
- Se houver suspeita de motilidade gastrointestinal reduzida, podem ser usados procinéticos como domperidona ou metoclopramida.
- Aplicação de enemas, se necessário, a partir de 3-4 dias de constipação.
- Em alguns países existem antagonistas periféricos dos receptores opioides, como metilnaltrexona ou naloxegol.

VII. Constipação

⁵⁵ Young J. An evidence review on managing constipation in palliative care. *Nursing Times* [online]. 2019;115(5):28-32.

Situações especiais

- **Colostomia**
 - Se necessário, administrar enemas sem agentes estimulantes.
- **Ampola retal sem fezes**
 - Polietilenoglicol diluído em água.
- **Compressão da medula espinhal ou síndrome da cauda equina**
 - A administração de supositórios em dias alternados deve ser considerada, além de uma revisão da terapia laxativa oral.
- **Impactação fecal/fecaloma/bolo fecal**
 - Enema de baixa pressão, baixo volume e baixa velocidade.
 - Extração manual do fecaloma sob sedação (alprazolam 0,25 a 0,50 mg SC ou midazolam 2,5 a 5 mg SC) e analgesia local.
 - Se a intervenção retal for necessária para o tratamento da constipação, as doses de laxante oral também devem ser aumentadas.
- **Fim da vida**
 - Na fase final da vida, o benefício do tratamento deve ser avaliado com relação ao desconforto.
 - Intervenha apenas se houver sintomas significativos.
 - Só tratar em caso de desconforto. A impactação fecal pode precipitar delírio.
 - Medidas retais simples (supositórios e enemas de baixo volume) são possíveis.
 - Se necessário, realizar extração manual com analgesia e sedação leve.

Quando encaminhar para outro nível de complexidade?

Cada caso deve ser individualizado, pois a transferência produz transtornos adicionais. Devem ser avaliados:

- O estágio da doença, o prognóstico e os objetivos terapêuticos e de cuidado.
- A disponibilidade de recursos terapêuticos adequados.
- Complicações clínicas detectadas ou potenciais.

Cada caso deve ser individualizado

- Constipação persistente apesar do tratamento.
- Constipação complicada com impactação fecal ou oclusão intestinal (distensão abdominal, vômitos persistentes).
- Sons abdominais reduzidos ou ausentes.
- Complicações locais: prolapso retal, fissura anal, hemorroidas.

VII. Constipação

I

II

III

IV

V

VI

VIII

IX

X

XI

XII

XIII

XIV



Laxantes e mecanismos de ação⁵⁶

Laxante	Dose	Latência
Agente formador de bolo fecal* (aceleram o trânsito intestinal) Farelo de trigo Psyllium Metilcelulose		12 - 48 h
Estimulantes Bisacodyl Picosulfato de Na Senna	5 - 20 mg 10 a 40 gotas/día 15 - 90 mg	6 - 12 h Supositórios: 30-60 min
Osmóticos* Lactulose Polietilenoglicol Sorbitol Leite de Magnésia	15-60 cc /día 15-30 ml/día diluido en 150 cc 15-60 cc/día 15-60 cc/día	8 - 24 h 1 - 6 h
Emolientes ou lubrificantes Óleo mineral, vaselina líquida, parafina	15-45 cc/día	6 h - 3 dias

*Aumentar a ingestão de líquidos

Mensagens-chave | Lembrar

- Pergunte ativamente sobre esse sintoma.
- Combine agentes com diferentes mecanismos de ação.
- A mão que prescreve o opioide, prescreve o laxante.
- A prevenção é mais fácil do que o tratamento.
- No manejo da constipação intestinal em cuidados paliativos, o foco deve ser a qualidade de vida.
- Lembre-se da dignidade do paciente, particularmente ao considerar a intervenção retal.

Se quiser saber mais...

- 📄 Terapéutica Racional en Atención Primaria de la Salud (TRAPS) - Cuidados Paliativos en el primer nivel de Atención. Fascículo 2. Buenos Aires: Ministerio de Salud y Desarrollo Social. Presidencia de la Nación; 2019.
- 📄 Malec M, Shega JW. Management of Gastrointestinal Symptoms (Nausea, Anorexia and Cachexia, Constipation) in Advanced Illness. Med Clin North Am. 2020;104(3):439-54.

VII. Constipação

⁵⁶ Librán Oriol A. Síntomas digestivos: Estreñimiento. En: Porta J, Gómez-Batiste X, Tuca A. editores. Manual control de síntomas en pacientes con cáncer avanzado y terminal. Madrid: Arán, 2008; p.141-151.

Aplique o que aprendeu

CASO CLÍNICO

Felipe, de 70 anos, é viúvo e mora com a filha. Ele tem uma história de mieloma múltiplo com 3 anos de evolução. Há 5 meses apresentou fratura patológica em L3 e L4 e foi submetido a tratamento cirúrgico. Ele está usando oxicodona 10 mg a cada 6 horas, com bom controle da dor (ESAS 3/10). Usa bisacodil 5 mg a cada 8 horas. Há 3 dias apresenta constipação - ele as descreve como "bolas de cabra", distensão abdominal, sensação de saciedade e falta de apetite.

Assinale a(s) opção(ões) que você considere correta(s):

1. Além das medidas não farmacológicas, qual medicação pode ser usada para controlar a constipação intestinal por opioides neste paciente?
 - A. Laxantes osmóticos adicionais: como lactulose ou polietilenoglicol (2 a 3 vezes ao dia).
 - B. Enema retal.
 - C. Remoção manual.
 - D. Derivação ao segundo nível de complexidade.
2. Felipe não melhorou com o tratamento instituído anteriormente e não compareceu à consulta de controle agendada. Agora são 7 dias com constipação. No toque retal, nota-se a presença de fecalomas na ampola reta, qual seria o plano de manejo agudo?
 - A. Retire os opioides para que eles não o deixem mais constipado.
 - B. Aumentar a dose de bisacodil.
 - C. Enema retal.
 - D. Extração manual sob sedação e analgésicos.

VII. Constipação

I

II

III

IV

V

VI

VIII

IX

X

XI

XII

XIII

XIV



RESPOSTAS

1. Qual medicação pode ser utilizada para o manejo da constipação intestinal por opioide nesse paciente?

A está correta.

Caso você esteja recebendo um laxante corretamente (bisacodil = estimulante), e a resposta seja insuficiente, recomenda-se o uso de um laxante com outro mecanismo de ação, como um laxante osmótico (lactulose ou polietilenoglicol 2 ou 3 vezes ao dia). Avalie após 24 h.

2. Qual seria o plano de manejo desse paciente?

D está correta.

Pacientes idosos, com uso prolongado de opioides e acamados podem acumular fezes na ampola retal que gradualmente endurecem e formam fecalomas, por isso o toque retal é importante para o diagnóstico. É inicialmente tratado com intervenções retais como: colocação de supositórios, enemas e, às vezes, desimpactação manual pode ser necessária. A remoção manual pode ser desconfortável e dolorosa e um anestésico local deve ser usado. Após a extração, medidas devem ser tomadas para evitar novos episódios.

Para avaliar a extensão da massa fecal, uma radiografia abdominal pode ser necessária.

Lembre: A prevenção é mais fácil do que o tratamento.

VII. Constipação

VIII

Síndrome de anorexia caquexia

OBJETIVOS DE APRENDIZAGEM

81

QUANDO FALAMOS DA SÍNDROME DE ANOREXIA CAQUEXIA?

81

POR QUE É IMPORTANTE RECONHECER A SÍNDROME DE ANOREXIA CAQUEXIA?

81

COMO SE APRESENTA?

82

COMO AVALIAR?

83

COMO TRATAR A SÍNDROME DE ANOREXIA CAQUEXIA?

83

QUANDO USAR SUPLEMENTAÇÃO NUTRICIONAL EM PACIENTES
COM CÂNCER AVANÇADO?

85

COMO CUIDAR DA BOCA EM PACIENTES COM SÍNDROME DE ANOREXIA CAQUEXIA?

85

QUANDO ENCAMINHAR PARA OUTRO NÍVEL DE COMPLEXIDADE

86

LEMBRETE

86

SE QUISER SABER MAIS...

86

APLIQUE O QUE APRENDEU

87

Objetivos de aprendizagem

Esperamos que, ao final deste módulo, você possa:

- Identificar e avaliar a síndrome de anorexia caquexia em cuidados paliativos.
- Definir um esquema inicial de manejo farmacológico e não farmacológico.
- Identificar os motivos do encaminhamento.

Quando falamos da síndrome de anorexia caquexia?

Anorexia é a falta ou perda de apetite. A caquexia do câncer é uma síndrome multifatorial definida por perda contínua de massa muscular esquelética (com ou sem perda de massa gorda) que não pode ser completamente revertida com suporte nutricional convencional e leva a comprometimento funcional progressivo.^{57,58,59} A caquexia é geralmente acompanhada de anorexia, e compartilham os mesmos fatores etiológicos.

Por que é importante reconhecer a síndrome de anorexia caquexia?

- Anorexia e caquexia estão entre os sintomas mais frequentes em pacientes com câncer avançado (50-80%).
- Causa deterioração da qualidade de vida, capacidade funcional, autoestima e expectativa de sobrevida
- Relacionado a 20% das mortes por câncer
- A alimentação tem uma dimensão psicossocial importante.
- Na família está relacionada a:
 - Culpa por alimentar mal o paciente.
 - Conflito entre paciente e família.⁵⁹
 - Impacto negativo nos hábitos alimentares e no preparo dos alimentos no domicílio do cuidador.⁶⁰
 - Associação da perda de peso com a falta de ingestão e recuperação: "Se você não comer, não vai melhorar".
 - Associação com a morte: "Deixar morrer de fome".
- No paciente:
 - Alterações da imagem corporal.
 - Falta de contato social.
 - Pressão da família para comer
 - Associação da perda de peso com a progressão do câncer.
 - Associação com falta de colaboração para melhorar.
 - Tudo isso gera ansiedade, culpa e frustração para o paciente e em seu ambiente familiar.⁶¹

⁵⁷ Evans WJ, et al. Cachexia: a new definition. Clin Nutr. 2008;27(6):793-9.

⁵⁸ Vanhoutte G, et al. Cachexia in cancer: what is in the definition? BMJ Open Gastroenterol. 2016;3(1):e000097-e.

⁵⁹ Reid J, McKenna H, Fitzsimons D, McCance T. The experience of cancer cachexia: a qualitative study of advanced cancer patients and their family members. Int J Nurs Stud. 2009;46(5):606-16.

⁶⁰ Hopkinson JB. Psychosocial impact of cancer cachexia. J Cachexia Sarcopenia Muscle. 2014;5(2):89-94.

⁶¹ Hawkins C. Anorexia and anxiety in advanced malignancy: the relative problem. Journal of Human Nutrition and Dietetics. 2000;13(2):113-7.

VIII. Síndrome da anorexia caquexia

I

II

III

IV

V

VI

VII

IX

X

XI

XII

XIII

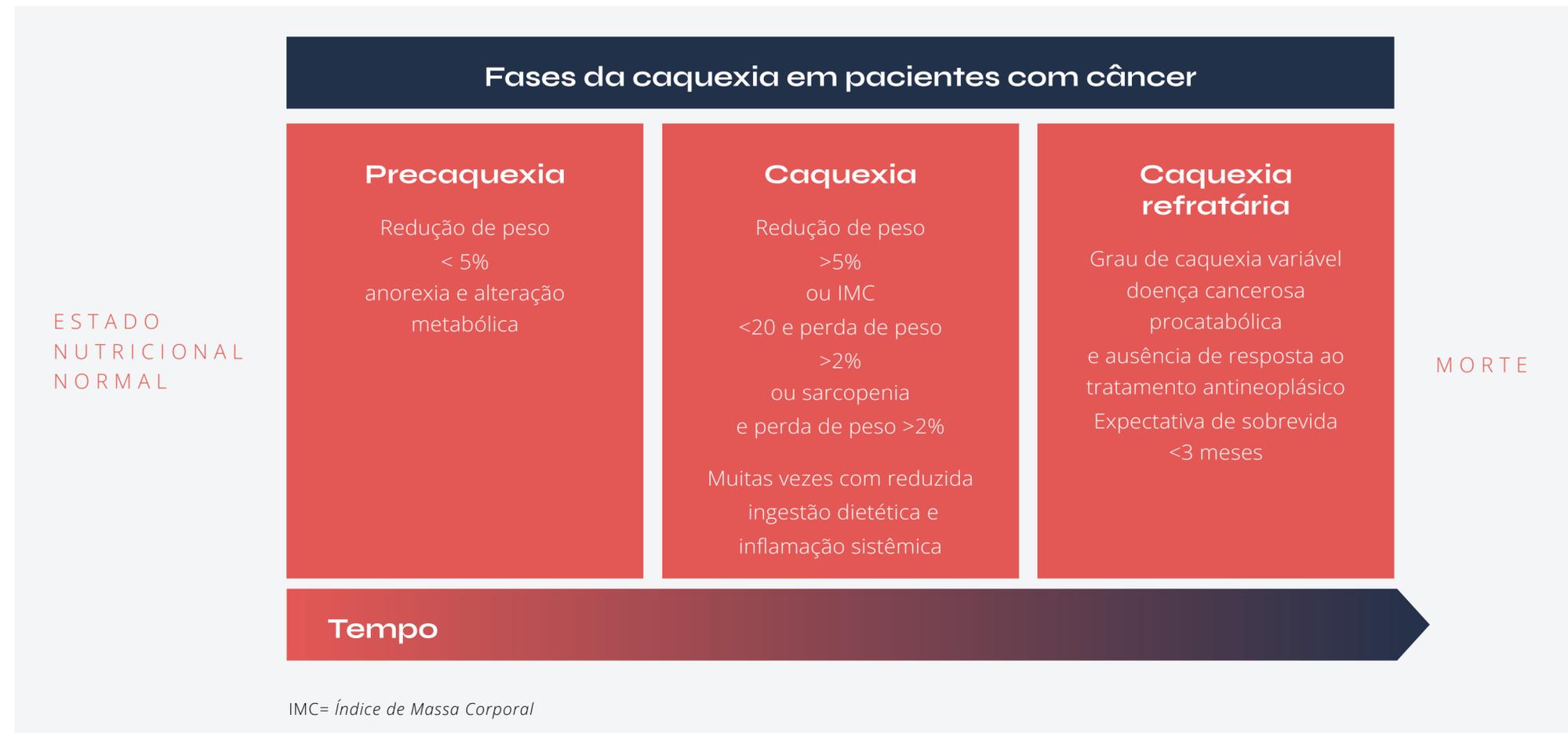
XIV



Como se apresenta?

Balanzo energético e proteico negativo impulsionado por uma combinação variável de ingestão alimentar reduzida e metabolismo anormal.⁶²

Fases da caquexia em pacientes com câncer



VIII. Síndrome da anorexia caquexia

⁶² Fearon K, et al. Definition and classification of cancer cachexia: an international consensus. The Lancet Oncology. 2011;12(5):489-95.

Como avaliar?

- História sintomática
 - Como é a intensidade da perda de apetite? (ESAS 1-3= leve, 4-6=moderada, 7-10 = grave)
 - Quanto peso foi perdido?
 - Que sintomas os acompanham? características? (náuseas, vômitos, obstipação, depressão)
 - Boca e sistema gastrointestinal
 - Alterações no sabor dos alimentos
 - Problemas dentais
 - Saciedade precoce
- Exame físico
 - Inspeção da boca
 - Gordura subcutânea, massa muscular, edema ou ascite
- Exames complementares somente se forem necessários para adotar um comportamento terapêutico que beneficie o paciente.
- Outros: Índice de Massa Corporal, instrumentos específicos: EORTC QLQ-CAX24, FAACT

Como tratar a síndrome de anorexia caquexia?⁶³

Tratamento não farmacológico

- **Comunicação**
 - A falta de apetite é comum e pode ser o resultado de sua doença subjacente. O paciente não está passando fome.
 - Forçar é contraproducente (produz náuseas, afeta relacionamentos, possibilidade de aspiração).
- **Aconselhamento nutricional (impacto psicossocial)**
 - Comer com outros membros da família.
 - Priorizar o sabor e o prazer em detrimento da quantidade/calorias.
 - Porções pequenas e frequentes de alto teor calórico (ovo) em horários flexíveis.
 - Eliminar restrições alimentares sem sentido (dieta com baixo teor de sódio, hepatoprotetor, dieta para diabético, etc.).
 - Desencorajar o uso de suplementos alimentares potencialmente nocivos e dietas extremas, não comprovadas ou da moda.
 - Alimentos bem apresentados, de fácil mastigação (alimentos semissólidos e frios como sorvete, flan, gelatina, purê ou iogurte).
 - Exercícios de repouso/relaxamento antes das refeições e descanso após as refeições.
 - Posição confortável para comer em um ambiente silencioso, ventilado, livre de odores e elementos irritantes do ambiente.
 - Usar louças leves adaptadas às limitações do paciente (pratos pequenos).
 - Evitar a presença do paciente ao cozinhar.
 - Evitar alimentos muito picantes, aromáticos ou gordurosos (alho, pimenta, manjeriço, chocolate, hortelã, etc.) ou muito quentes.
 - Verificar precocemente a condição dos dentes e próteses dentais.
 - Otimizar a analgesia na hora das refeições.

VIII. Síndrome da anorexia caquexia

⁶³ Bruera E, Dev R. Assessment and management of anorexia and cachexia in palliative care. Update: 15 Jul 2020 En: www.uptodate.com/contents/assessment-and-management-of-anorexia-and-cachexia-in-palliative-care.

Abordagem nutricional de acordo com a fase evolutiva.⁶⁵

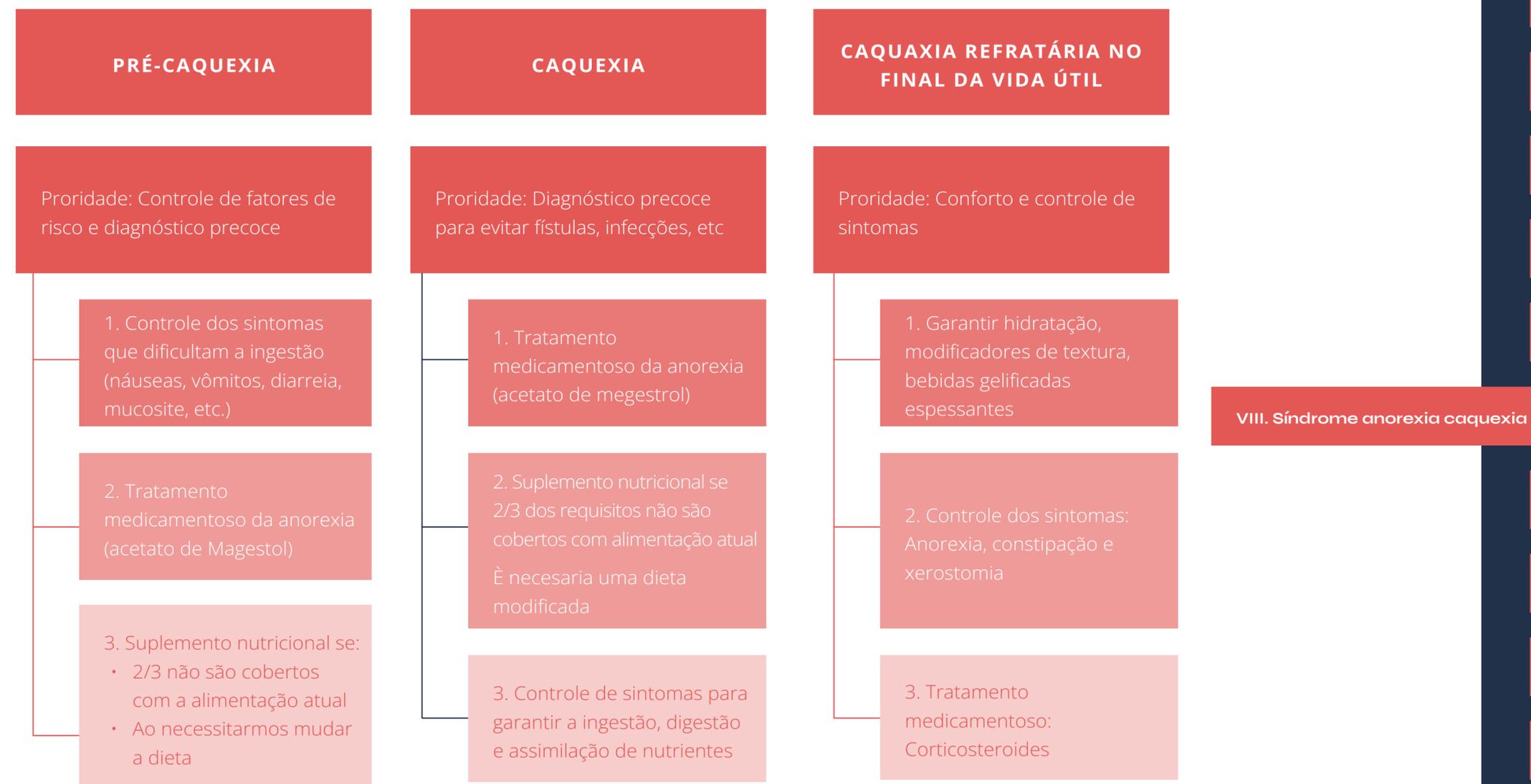
Tratamento farmacológico

- Tratar possíveis causas subjacentes (dor, mucosite, infecções,...)
 - Depressão (Mirtazapina)
 - Náusea, gastroparesia (Metoclopramida)
 - Constipação
- Estimulantes do apetite (orexigens)
 - Progestagênios: Acetato de Megestrol 160 e 800 mg/dia
 - Corticosteroides: Dexametasona 4 mg pela manhã
 - Canabinóides: Dronabinol (não há nenhuma recomendação clara sobre este tratamento)

Outros medicamentos têm sido propostos, mas no geral as evidências são escassas e com resultados conflitantes.⁶⁴

⁶⁴ Currow DC, Glare P, Louw S, Martin P, Clark K, Fazekas B, et al. A randomised, double blind, placebo-controlled trial of megestrol acetate or dexamethasone in treating symptomatic anorexia in people with advanced cancer. Sci Rep. 2021;11(1):2421.

⁶⁵ Jiménez Fonseca P, Carmona Bayonas A. Recomendaciones nutricionales para pacientes con cáncer. el farmacéutico. 2015;528.



É recomendada a suplementação nutricional em pacientes com câncer avançado?

- As evidências para apoiar o benefício da intervenção nutricional parenteral ou enteral em pacientes com câncer são limitadas.
- Para a maioria dos pacientes com câncer avançado e caquexia refratária, dar calorias extras por sondas de alimentação ou por via intravenosa não melhora os resultados.
- Não mostrou mudança no peso, na qualidade de vida ou nos parâmetros de expectativa de vida do paciente.
- Pode causar náuseas, vômitos e aspiração, encurtando a vida.
- Um teste de curto prazo de nutrição parenteral pode ser oferecido a um grupo muito seletivo de pacientes, como aqueles que têm obstrução intestinal reversível, síndrome do intestino curto ou outros problemas que contribuem para a má absorção, mas que estão razoavelmente aptos.
- Considerar em pacientes com doença potencialmente curável ou com um possível longo período livre de doença após o tratamento do câncer.

Como cuidar da boca em pacientes com síndrome de anorexia caquexia?

O objetivo terapêutico é o conforto e o controle dos sintomas, sendo os mais comuns a xerostomia, a desidratação e a constipação. Uma ingestão mínima de alimentos é suficiente para o conforto.

- Frequentemente tome pequenos goles de líquido frio, gelo esmagado ou sorvete de água/sucos (abacaxi)/sabores que o paciente goste
- Use goma sem açúcar ou balas azedas.
- Use saliva artificial, se disponível (metilcelulose), óleo bucal, ou mel.
- Atomizador com chá de camomila fria ou sabores que ele prefere umedecer a cavidade oral.
- Umedeça os lábios com manteiga de cacau ou hidratantes (não vaselina).
- Detectar e tratar aftas rotineiramente.
- Higiene bucal com antissépticos sem álcool ou bicarbonato de sódio e escovas de dentes macias ou gaze. Tenha cuidado para não machucar a mucosa.
- Use molhos, óleo ou líquidos para umedecer os alimentos.
- Pilocarpina 2,5 a 5 mg a cada 8 horas por via oral.
- Evitar ou reduzir doses de drogas anticolinérgicas (hioscina, escopolamina, antidepressivos tricíclicos, etc.).

VIII. Síndrome da anorexia caquexia

Quando encamimhar para outro nível de complexidade

Cada caso deve ser individualizado, pois a transferência produz sofrimento adicional. Devem ser avaliados:

- O estágio da doença, o prognóstico e os objetivos terapêuticos e de cuidado. Possível manipulação de causas modificáveis.
- A disponibilidade de recursos adequados.
- Complicações clínicas detectadas ou potenciais.

Critérios de referência:⁶⁶

- Incerteza sobre o estado e gravidade da caquexia.
- Claudicação familiar.
- Objetivos muito inadequados do paciente ou da família.
- Carga relacionada à caquexia desproporcional ao sintoma ou prognóstico
- Complicações associadas à síndrome de anorexia caquexia (úlceras profundas).

⁶⁶ Collaborative EPCR. Clinical practice guidelines on cancer cachexia in advanced cancer patients 2010.

Lembrete

- ↗ A perda de mais de 5% do peso pré-doença tem um impacto negativo no prognóstico
- ↗ O consumo calórico extra, a alimentação enteral ou parenteral não reverte a caquexia refratária ou impede a perda de peso, além de não ter impacto no bem-estar ou no tempo de sobrevivência.
- ↗ Identificar e gerenciar causas reversíveis.
- ↗ Promover a alimentação pelo prazer e bem-estar, não pelo seu valor nutricional.
- ↗ O componente social é muito importante. Converse com o paciente e familiares

Se quiser saber mais...

- 📄 Centeno C, Gómez Sancho M, Nabal M, Pascual A. Problemas generales: anorexia y caquexia (Cap. 9). In: Manual de Medicina Paliativa. Pamplona: Ediciones Universidad de Navarra; 2009. p. 111-25.
- 📄 Malec M, Shega JW. Management of Gastrointestinal Symptoms (Nausea, Anorexia and Cachexia, Constipation) in Advanced Illness. Med Clin North Am. 2020;104(3):439-54.
- 📄 Del Fabbro E, Dalal S. Anorexia and Cachexia. In: Bruera E, Dalal S, editors. The MD Anderson Supportive and Palliative Care Handbook. Houston: The University of Texas Health Science Center; 2015. p. 61-9.

VIII. Síndrome da anorexia caquexia

I

II

III

IV

V

VI

VII

IX

X

XI

XII

XIII

XIV



Aplique o que aprendeu

CASO CLÍNICO

Francisco (65 anos) tem câncer de próstata avançado com prognóstico vital inferior a 3 meses, perdeu 6% do peso nos últimos 30 dias e não tem apetite, ECOG=3. Após uma avaliação integral, você diagnostica anorexia e síndrome de caquexia.

Assinale a(s) opção(ões) que você considere correta(s):

- 1. Além das indicações nutricionais, indique qual tratamento farmacológico parece mais adequado para tratar esse sintoma:**
 - A. Acetato de megestrol.
 - B. Fluoxetina.
 - C. Coloque um PEG para dar uma dieta hipercalórica.
 - D. Encaminhar para nível 2 de complexidade para alimentação parenteral
- 2. A condição de Francisco se deteriora gradualmente e a resposta que ele teve ao tratamento não é tolerada, seu estado de consciência flutua e vestígios de comida são encontrados na cavidade oral. Francisco está no fim da vida. A família está preocupada porque ele não come mais e vai morrer se continuar assim. O que você faria nessa fase de fim de vida?**
 - A. Continuar com acetato de megestrol.
 - B. Adicionar dexametasona 8 mg a cada 24 horas SC ou IV.
 - C. Indicar cuidados bucais e medidas não farmacológicas.
 - D. Sugerir a colocação de sonda nasojunal endoscópica.
 - E. Explicar à família que a falta de apetite é típica do fim da vida.

VIII. Síndrome da anorexia caquexia

I

II

III

IV

V

VI

VII

IX

X

XI

XII

XIII

XIV



RESPOSTAS

1. Além das indicações nutricionais, indique qual tratamento farmacológico parece mais adequado para tratar esse sintoma:**A é correta.**

O acetato de megestrol pode ser tentado em doses de 160 mg/dia (dose máxima de 800 mg/dia). É indicado em situações avançadas não terminais cujo objetivo é o aumento do apetite e/ou peso. O efeito orexígeno é apreciado em 2 semanas e os efeitos colaterais são trombose venosa profunda, rubor, sufocamentos, metrorragia.

Os corticosteroides também podem ser usados para aumentar o apetite (não o peso!), mas o uso prolongado pode causar perda muscular.

2. Francisco está no fim da vida. A família está preocupada porque ele não come mais e vai morrer se continuar assim. O que você faria nessa fase de fim de vida?**C e E estão corretas.**

Cuidados bucais e medidas não farmacológicas são indicados no final da vida. Realizar medidas básicas como umedecer os lábios, lubrificá-los, fazer mudanças posturais e otimizar ao máximo a via oral (gelo ou spray com sucos ou sabores favoritos).

Deve-se considerar que a via oral também é restrita para medicamentos; neste caso. Um cateter subcutâneo deve ser colocado para administrar a medicação necessária (opioides) via subcutânea (ver capítulo sobre dor e cateter subcutâneo).

Às vezes, a perda da via oral causa preocupação e medidas desproporcionais, como o uso de sondas nasojejunais ou alimentação parenteral, que se traduz em obstinação terapêutica. Nesses casos, em que a família muitas vezes está angustiada, é muito importante gastar tempo explicando à família o que está acontecendo.

VIII. Síndrome da anorexia caquexia

IX

Delirium⁶⁷

OBJETIVOS DE APRENDIZAGEM

90

O QUE É DELIRIUM?

90

POR QUE É IMPORTANTE RECONHECER E ADMINISTRAR O DELIRIUM?

90

TODOS OS PACIENTES COM DELIRIUM APRESENTAM AGITAÇÃO PSICOMOTORA?

91

O QUE CAUSA O DELIRIUM?

91

COMO AVALIAR O DELIRIUM?

92

COMO TRATAR O DELIRIUM?

94

QUANDO ENCAMINHAR PARA OUTRO NÍVEL DE COMPLEXIDADE

97

LEMBRETE

97

SE QUISER SABER MAIS...

97

APLIQUE O QUE APRENDEU

98

⁶⁷ Este capítulo é baseado no vídeo ecancer de Guillermo Mammana (Argentina), com comentários de Alberto Pérez Medina (Colômbia).

Objetivos de aprendizagem

Esperamos que, ao final deste módulo, você possa:

- Identificar e avaliar delirium ou estado confusional agudo em cuidados paliativos.
- Definir um esquema inicial de manejo farmacológico e não farmacológico.
- Identificar motivos do encaminhamento.

“No final da vida vem a confusão com falha cognitiva, alucinações, sedação, agitação motora, movimentos e desinibição. Vai acontecer com quase todos nós antes de morrerem. Tem que ficar muito atento, porque se não acontecer é sorte

Eduardo Bruera⁶⁸

O que é delirium?

É um estado confusional agudo que resulta em uma síndrome cerebral orgânica global transitória de início agudo ou subagudo e curso flutuante com atenção e cognição prejudicadas, acompanhadas por distúrbios no comportamento psicomotor e percepção. A fisiopatologia é complexa.⁶⁹

Por que é importante reconhecer e administrar o delirium?

- O delirium gera grande sofrimento para o paciente, sua família e para a equipe de saúde.
- Ocorre frequentemente em pacientes com câncer avançado (68%) e muito mais no final da vida (80%).⁷⁰
- É subdiagnosticada em 22-50% e subtratada, apesar do fato de que em 30-50% dos casos é reversível.
- Relacionado à alta mortalidade.
- Aumenta o risco de quedas, internações em pronto-socorro e hospitalizações, agrava sintomas demenciais prévios, dificulta a avaliação e o controle dos sintomas e dificulta a comunicação.
- Está associado a vulnerabilidades irreversíveis como caquexia, alteração do estado funcional e insuficiência hepática. Geralmente relacionado à progressão da doença.

⁶⁸ Bruera, E. Unos poemas paliativos, simples y algo educativos. 2010. Buenos Aires,

⁶⁹ Wilson J.E. et al. Delirium. Nat Rev Dis Primers 2020 6 (1): 90 doi: 10.1038/s41572-020-00223-4

⁷⁰ de la Cruz M. Delirium and Palliative Sedation. In: Bruera E, Dalal S, ed. The MD Anderson Supportive and Palliative Care Handbook. Houston: The University of Texas Health Science Center; 2015. p. 70-77.

IX. Delirium

I

II

III

IV

V

VI

VII

VIII

X

XI

XII

XIII

XIV



Todos os pacientes com delirium apresentam agitação psicomotora?

O delirium nem sempre está associado à agitação psicomotora. O delirium pode ser:

Tipo de delirium	Características
Hiperativos (24%)	Agitação psicomotora, hiperatividade do sistema nervoso autônomo (taquicardia, pupilas dilatadas, injeção conjuntival)
Hipoativos (48%)	Hipoatividade psicomotora, lentificação, diminuição acentuada do estado de alerta e atenção, tendência ao sono, abstinência emocional, letárgico
Misto (36%)	Períodos de alternância

O que causa o delirium?

O delirium é geralmente multifatorial, geralmente é o produto de 2 a 6 causas combinadas.

Relacionado	Exemplos
Fatores predisponentes	Idade avançada, demência pré-existente, desnutrição, fragilidade, insuficiência renal crônica, polifarmácia, acidente vascular cerebral, Parkinson, intoxicação por álcool
Fatores precipitantes	Infecção ou sepse, desidratação ou hipovolemia, imobilidade, desnutrição, medicação psicoativa (opioides, esteroides, ansiolíticos, benzodiazepínicos), uso de cateter vesical
Outras causas	Síndrome paraneoplásica, quimio/toxicidade por radiação, citocinas pró-inflamatórias do câncer, abstinência, anemia, falência de órgãos, distúrbios hidroeletrólíticos (hipercalcemia), complicações intracranianas, deficiência de tiamina, insuficiência endócrina, cirurgias recentes, internação em terapia intensiva

IX. Delírium

I

II

III

IV

V

VI

VII

VIII

X

XI

XII

XIII

XIV



Como avaliar o delirium?

É preciso suspeitar dele. O diagnóstico é clínico e baseia-se no exame do estado mental, critérios diagnósticos padrão, uma história completa, exame físico dirigido e o uso de instrumentos:

- MDAS (Memorial Delirium Assessment Scale)⁷¹
- CAM (Método de Avaliação da Confusão)⁷²

⁷¹ Noguera et al. First Spanish version of the Memorial Delirium Assessment Scale: psychometric properties, responsiveness, and factor loadings. *J Pain Symptom Manage.* 2014;47(1):189-197.

⁷² Tobar et al. Método para la evaluación de la confusión en la unidad de cuidados intensivos para el diagnóstico de delirium: adaptación cultural y validación de la versión en idioma español. *Med. Intensiva.* 2010, 34,(1): 4-13.

1 INÍCIO AGUDO E CURSO FLUTUANTE

Há evidências de uma mudança aguda no estado mental em relação à linha de base? O comportamento oscilou (anormal) nas últimas 24 horas?

SIM

+

2 ALTERAÇÃO DA ATENÇÃO

Por exemplo, o paciente segue uma conversa

SIM

+

3 ALTERAÇÃO DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA

SE

○

4 PENSAMENTO DESORGANIZADO

Uma pedra poderia flutuar na água? / Há peixes no mar? / Um quilo pesa mais de dois quilos? / Pode ser usado martelo para grudar em prego?

Você tem algum pensamento confuso ou pouco claro?

Mostre esse número de dedos. (O examinador mostra dois dedos na frente do paciente.) Agora repita a mesma coisa com a outra mão. (Sem repetir o mesmo número de dedos)

SE

CAME

A presença dos critérios 1 e 2 e a presença de qualquer um dos critérios 3 ou 4 confirmam a presença de delirium.



DELIRIUM

IX. Delírium

As seguintes características são necessárias para o diagnóstico de delírium de acordo com os critérios do DSM-5:

- Transtorno de atenção (por exemplo, dificuldade de concentração ou seguir o que está sendo dito) e transtorno de alerta (orientação reduzida para o ambiente)
- A alteração ocorre em um curto período (mais de horas a dias) e tende a flutuar durante o dia.
- Alteração aguda na cognição (por exemplo, déficits de memória, linguagem, percepção, pensamento)

- A avaliação é semelhante ao trabalho de detetive.
- É preciso envolver todas as partes e principalmente a família: avaliar o funcionamento basal e quando ele começa a ser anormal.⁷³
- **A avaliação depende dos objetivos do cuidado.**
- No paciente claramente em processo de morte: não é razoável realizar procedimentos de pesquisa. Não é relevante identificar problemas, pois eles não serão tratados (delírio terminal).

⁷³ Noguera et al. First Spanish version of the Memorial Delirium Assessment Scale: psychometric properties, responsiveness, and factor loadings. J Pain Symptom Manage. 2014;47(1):189-197.

Como avaliar?

- História sintomática:
 - História patológica
 - Pergunte à família sobre novos sintomas (especialmente noturnos).
 - Pergunte por alucinações, ilusões, delírios.
 - Pródromos: distúrbios do sono, irritabilidade, inquietação, ansiedade.
 - Pergunte sobre fatores predisponentes ou precipitantes.
- Exame físico: Procure sinais de infecção ou sepse, toxicidade por opioides, desidratação, anormalidades metabólicas, hipoxemia, balão vesical, impactação fecal e outras causas potenciais de delírio.
- Exames complementares somente se forem necessários para adotar um comportamento terapêutico que beneficie o paciente. Por exemplo, hemograma, eletrólitos, perfil renal, perfil hepático, saturação de oxigênio, radiografia de tórax, cálcio.



IX. Delírium

O delirium é frequentemente confundido com demência e depressão. Embora não sejam exclusivos, podem ser diferenciados da seguinte forma:

Alteração de...	Delirium	Demência	Depressão
Consciência	++ (flutuante)	-	-
Memória	++	++	(+)
Orientação	++	++	-
Atenção	++	-	+
Alucinações	++ (ópticas, acústicas, etc.)	-	--
Pensamento delirante	+	(+)	-/+ (depressão psicótica)
Princípio	Aguda (horas/dias)	Insidioso (meses)	Variável, recorrência
Ritmo circadiano	Flutuando Os sintomas pioram à noite	-	Pior pela manhã

Outros diagnósticos diferenciais incluem dor não controlada, ansiedade ou insônia.

Como tratar o delirium?

Manejo não farmacológico

- O mais importante são as intervenções que se concentram no tratamento de condições precipitantes e desencadeantes, na revisão de medicamentos, no manejo dos sintomas e na consideração do ambiente.
- Medidas de suporte ao paciente.
 - Estabeleça um ambiente fisicamente seguro, minimizando a intensidade da luz e dos sons.
 - Certifique-se da presença de objetos reconhecíveis, um relógio visível e um calendário para ajudar na orientação.
 - Antecipe a intervenção (higiene, hipodermóclise).
 - Remova estímulos nocivos (cateteres que não estão sendo utilizados).
 - Mantenha hidratação adequada.
 - Não faça contenção.
 - Evite exames médicos sem consequências para o manejo.
 - Se o paciente estiver chateado com as visitas: diminua o número de pessoas por visita
- Envolver a família. Fornecer apoio emocional e relatar a situação (causas, frequência) e prognóstico (reversibilidade, cronicidade, morbidade).
 - Educar para o reconhecimento de sinais de alerta como confusão/desorientação, diminuição da atenção.
 - Manter a comunicação com a família e o paciente de forma simples evitando confrontos.

IX. Delírium

Manejo farmacológico

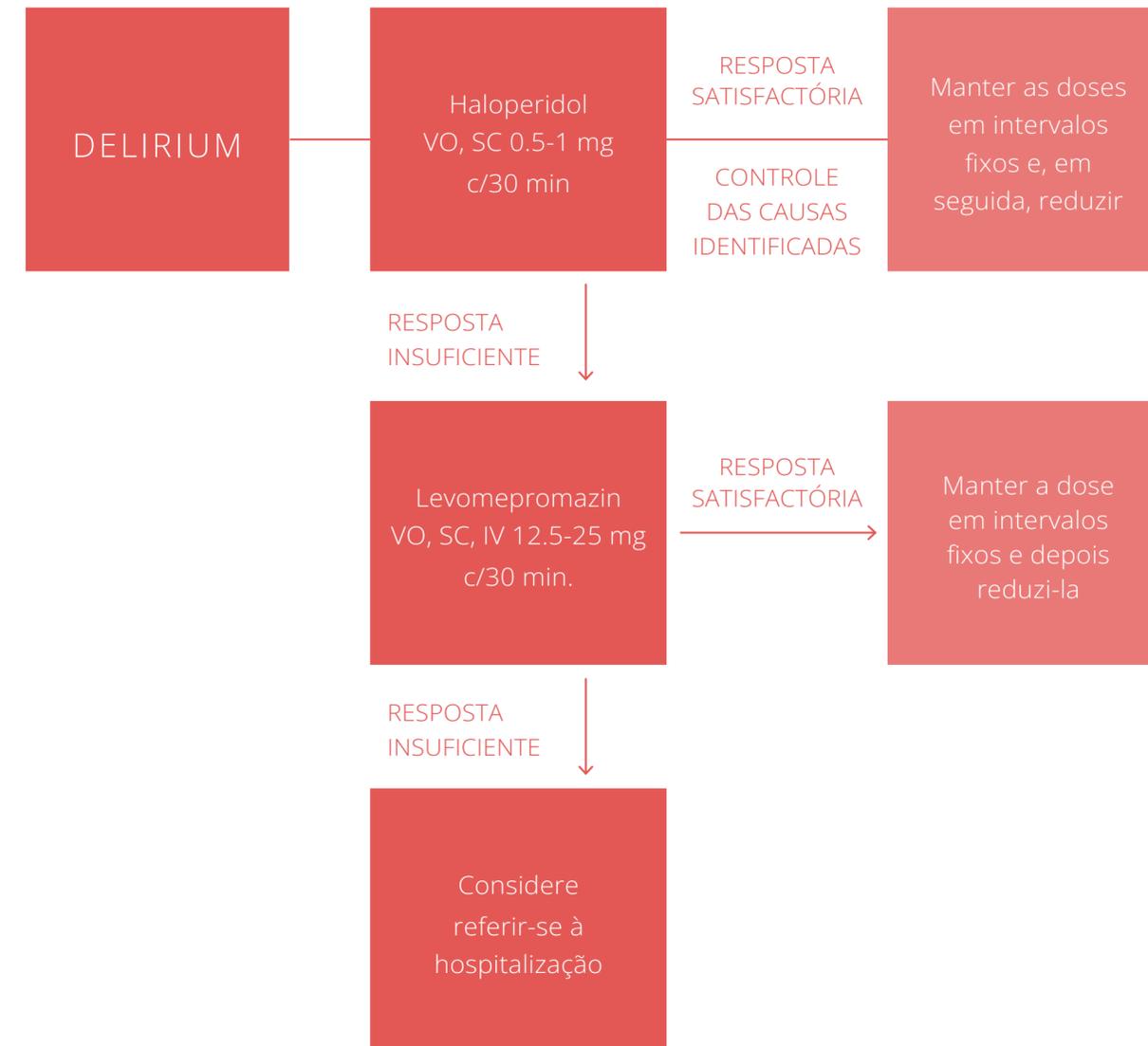
O tratamento deve ser rápido. A condição é reversível em 25-75% dos casos. A probabilidade de reverter o quadro diminui se o delirium for multicausal, for acompanhado de falência orgânica ou houver vulnerabilidade (cérebro danificado) ou episódios repetidos.

- A(s) situação(ões) que está(ão) causando delirium deve ser corrigida na medida do possível (infecções, hidratação, hipóxia, hipoglicemia, intoxicação por drogas...)
- Se a causa for medicação: suspender medicamentos desnecessários (prescrição adequada) ou diminuir/ajustar doses (também aconselhável em pacientes de risco).
- Avaliar a rotação de opioides.
- Avaliar rotineiramente o nível de hidratação, o ritmo intestinal e urinário e a dor do paciente.

Nos cuidados paliativos, os neurolépticos são usados em baixas doses e por um curto período de tempo (aprox. 3-5 dias). Quando os sintomas melhoram, comece a diminuir as doses para a dose eficaz mais baixa o mais rápido possível.

- Neuroléptico típico
 - Haloperidol (oral, sc, im) 0,5-2 mg (0,25-0,5 idoso) c/4-6-8-12 h de acordo com o grau de hiperatividade (média 2-10 mg/dia, máximo 20 mg/dia),
 - Resgate c/30-60 min (alucinações).
 - A levomepromazina é uma alternativa ao haloperidol em pacientes agitados ou angustiados, devido ao seu maior poder de sedação.
- Neurolépticos atípicos: não há evidência de superioridade sobre os neurolépticos típicos, contudo têm menos efeitos adversos extrapiramidais.
- Nos últimos anos, o uso de neurolépticos para o manejo do delirium tem sido questionado.

Algoritmo de manipulação de delirium hiperativo.



IX. Delírium

Medicamentos para o controle do delírio

Medicamento	Dose	Intervalo	Realimentação
Haloperidol	0,5-2 mg VO, SC, IV (0,25-0,5 idoso) (média 2-10 mg/dia) max. 20 mg/dia	C/4-6-8-12 h	EA: efeitos extrapiramidais
Clorpromazina	12,5-50 mg VO, SC, IV máx. 300 mg/dia	c/4-12 h	EA: sedação
Levomepromazina	12,5-150 mg VO, SC, IV máx. 300 mg/dia	c/4-8 h	EA: sedação
Risperidona (AT)	0,25-1 mg/dia VO máx. 6 mg/dia	Se necessário	
Quetiapina (AT)	25-400 mg VO	três vezes ao dia	Uso em pacientes com Parkinson, demência
Olanzapina (AT)	2,5-20 mg/dia VO		EA: sedativo
Lorazepam (BZ)	0,5-8 mg/dia VO		Uso em delirium por abstinência de álcool e benzodiazepínicos

AT= Atípico;

BZ= Benzodiazepínicos

Efeitos adversos dos neurolépticos

- Extrapiramidalismo. Aumento do risco em:
 - Adultos com mais ou menos de 30 anos
 - História de demência.
 - Altas doses (haloperidol >4,5 mg/dia, risperidona >6 mg/dia).
 - Titulação rápida.
- Cardiovasculares: prolongamento do intervalo QT (em caso de distúrbios hidroeletrólíticos, bradicardia, idosos).
- Convulsões (clorpromazina, levomepromazina).
- Síndrome neuroléptica maligna.
- Acidente vascular cerebral (demência, longos períodos >60 dias).

Usar benzodiazepínicos em caso de ausência de controle dos sintomas (não usar de rotina) ou em abstinência de álcool ou benzodiazepínicos.

Delirium no fim da vida

- Fale sobre irreversibilidade com a família.
- Intervenções fúteis.
- Ordem de não ressuscitação ou terapia intensiva.

IX. Delírium

I

II

III

IV

V

VI

VII

VIII

X

XI

XII

XIII

XIV



Quando encaminhar para outro nível de complexidade?

Cada caso deve ser individualizado, pois a transferência produz transtornos adicionais. Deve ser avaliado:

- O estágio da doença, o prognóstico e os objetivos terapêuticos e de cuidado.
- A disponibilidade de recursos terapêuticos
- Adequado
- Complicações clínicas detectadas ou potenciais.

O encaminhamento para serviços de maior complexidade deve ser considerado nos seguintes casos:

- Distúrbios metabólicos (hipercalcemia), septicemia, neurotoxicidade opioide suspeita.
- Em caso de delirium refratário para sedação paliativa

Lembrete

- O delirium é muito comum em pacientes idosos com doença avançada e está associado a grande sofrimento e alta mortalidade.
- Em pacientes jovens, geralmente é causada pelo uso de substâncias ou distúrbios sistêmicos com risco de vida.
- Use medidas de proteção/prevenção.
- Pense no delirium e avalie-o para iniciar o tratamento precoce e controlar possíveis causas.
- É a causa mais comum de sedação paliativa.

Se quiser saber mais...

- 📄 Terapéutica Racional en Atención Primaria de la Salud (TRAPS) - Cuidados Paliativos en el primer nivel de Atención. Fascículo 2. Buenos Aires: Ministerio de Salud y Desarrollo Social. Presidencia de la Nación; 2019.
- 📄 de la Cruz M. Delirium and Palliative Sedation. In: Bruera E, Dalal S, editors. The MD Anderson Supportive and Palliative Care Handbook. Houston: The University of Texas Health Science Center; 2015. p. 70-1.
- 📄 Irwin SA, Pirrello RD, Hirst JM, Buckholz GT, Ferris FD. Clarifying delirium management: practical, evidenced-based, expert recommendations for clinical practice. J Palliat Med. 2013;16(4):423-435. doi:10.1089/jpm.2012.0319
- 📄 Agar M, Bush SH. Delirium at the End of Life. Med Clin North Am. 2020;104(3):491-501. doi:10.1016/j.mcna.2020.01.
- 📄 Wilson, J.E., Mart, M.F., Cunningham, C. et al. Delirium. Nat Rev Dis Primers 6, 90 (2020). <https://doi.org/10.1038/s41572-020-00223-4>

IX. Delirium

I

II

III

IV

V

VI

VII

VIII

X

XI

XII

XIII

XIV



Aplique o que aprendeu

CASO CLÍNICO

Pablo (62 anos) com diagnóstico câncer de pulmão estágio IV, tem insuficiência respiratória moderada, desidratado, confuso e agitado. Ele é admitido no pronto-socorro acompanhado de seus filhos que relatam que há 3 dias Pablo bebe pouca água, às vezes fica agitado, desorientado, com dificuldade de direcionar e manter a atenção ao falar com ele, com distúrbios do sono (dorme de dia e à noite está acordado).

Há 24 horas ele se queixa de muita dor, para o que os filhos deram 3 doses de resgate com morfina (total 60 mg), mas a dor não diminui e eles decidem trazê-lo para a consulta.

Assinale a(s) opção(ões) que você considere correta(s):

- 1. Quais são os sintomas que podem indicar que Pablo está com delirium?**
 - A. Alterações no padrão de sono.
 - B. Flutuação dos sintomas.
 - C. Atenção prejudicada.
 - D. Desorientação, agitação.
- 2. Qual dessas causas poderia estar gerando o quadro?**
 - A. Neurotoxicidade farmacológica.
 - B. Depressão.
 - C. Infecção ou sepse.
 - D. Distúrbio hidroeletrólítico.
- 3. Além de medidas não farmacológicas e apoio à família, qual medicação você prescreve para o Pablo?**
 - A. Ansiolíticos como lorazepam.
 - B. Antidepressivos como a amitriptilina.
 - C. Analgésico opioide como a morfina.
 - D. Neuroléptico como haloperidol em baixas doses.

IX. Delírium

I

II

III

IV

V

VI

VII

VIII

X

XI

XII

XIII

XIV



RESPOSTAS

1. Quais são os sintomas que podem indicar que Paulo está com delirium?

Estão todos corretas.

Alterações na atenção, flutuação dos sintomas, irritabilidade, confusão são sintomas que sugerem delirium.

2. Qual dessas causas poderia estar gerando o quadro?

Estão todos corretas.

Muitas vezes é de etiologia multicausal. As informações fornecidas não são suficientes para descartar uma dessas causas. Seus sintomas podem ser devidos a polifarmácia, neurotoxicidade farmacológica (morfina que você está recebendo), depressão, infecção ou um distúrbio hidroeletrólítico. Uma avaliação integral, incluindo história e exame físico indicando a causa do delirium, é necessária.

3. Qual medicação você prescreve para Paulo?

D está correta.

Haloperidol (0,5 mg a cada 8 h). É importante avaliar os efeitos extrapiramidais, como parkinsonismo e distonias agudas, que são os mais evidentes. No entanto, a acatisia pode ser confundida com agitação do delirium e levar ao uso de mais doses de haloperidol ou outro antipsicótico.

Além disso, o prolongamento do intervalo QT deve ser monitorado, especialmente quando usado por via intravenosa.

IX. Delírium

X

Urgências

OBJETIVOS DE APRENDIZAGEM

101

O QUE É UMA URGÊNCIA EM CUIDADOS PALIATIVOS?

101

POR QUE IDENTIFICAR, AVALIAR E GERENCIAR URGÊNCIAS EM CUIDADOS PALIATIVOS?

101

O QUE FAZER DIANTE DE UMA URGÊNCIA EM CUIDADOS PALIATIVOS?

102

COMPRESSÃO MEDULAR AGUDA

103

SÍNDROME DA VEIA CAVA SUPERIOR DE ETIOLOGIA MALIGNA

104

HEMORRAGIA MACIÇA

105

HIPERCALCEMIA

106

LEMBRETE

107

SE QUISER SABER MAIS...

107

APLIQUE O QUE APRENDEU

108

Objetivos de aprendizagem

Esperamos que, ao final deste módulo, você possa:

- Identificar as urgências mais frequentes em cuidados paliativos.
- Desenvolver um quadro de referência para agir diante da urgência.
- Propor um esquema de gestão inicial e diretrizes de encaminhamento.



Rápido! Ainda não estou morto

Anon⁷⁴

⁷⁴ Currow & Clark. Emergencies in Palliative and Supportive Care, 2006

O que é uma urgência em cuidados paliativos?

A urgência é definida como qualquer processo inesperado ou mudança no quadro do paciente que exija ação imediata, que se não tratada a tempo e adequadamente pode ameaçar seriamente a qualidade de vida do paciente, família ou ambiente e pode causar grande sofrimento ao paciente ou família; mesmo no período de luto.

As urgências comuns em cuidados paliativos são: compressão medular aguda, síndrome da veia cava superior, hipercalcemia ou hemorragias. Outras situações clínicas, secundárias a tratamentos onco-específicos ou sintomas não controlados, entre outros, também podem ser consideradas urgências.

As urgências nem sempre são inesperadas, às vezes podem ser previstas devido ao curso da doença. Neste caso, você pode conversar com o paciente e família sobre seus objetivos, medos e desejos em caso de urgência ou emergência, avaliar sua capacidade de gerenciar em caso de crise e antecipar e organizar a medicação adequada em casa.

Por que identificar, avaliar e gerenciar urgências em cuidados paliativos?

- As urgências médicas muitas vezes alteram o prognóstico dos pacientes e, portanto, requerem explorar os objetivos do cuidado com o paciente e a família.
- Uma avaliação completa e um amplo diagnóstico diferencial ajudarão a identificar situações em que intervenções específicas podem ser úteis.
- A terapia adequada e oportuna visa minimizar o impacto físico e psicológico no paciente e sua família.

X. Urgências

I

II

III

IV

V

VI

VII

VIII

IX

XI

XII

XIII

XIV



O que fazer diante de uma urgência em cuidados paliativos?

- É importante manter e transmitir a calma.
- É preciso pensar rápido.
- Avalie rapidamente a situação, estabelecendo prioridades para melhor controle do problema.
- Agir com rapidez, mantendo o atendimento integral.
- Acompanhar e dar apoio emocional à família e ao paciente.

Ao tomar decisões para gestão e encaminhamento/transferência, considere:

- Qual o estado geral do paciente, estágio da doença e prognóstico?
- O problema é reversível?
- O quanto isso vai ajudar a controlar os sintomas do paciente?
- Quais são os desejos do paciente e da família?
- Qual o custo/benefício do tratamento planejado?
- Qual o tratamento adequado para esse paciente em particular, nessa situação?

As prioridades terapêuticas mudam gradualmente durante o curso da doença no final da vida, e se concentram na qualidade de vida, expectativas e desejos do paciente.

Na tomada de decisões terapêuticas, deve-se considerar:

- O local onde o paciente reside (zona rural ou urbana).
- O campo do cuidado (domicílio, centro de atenção primária, hospitalização).
- A possibilidade de reavaliações frequentes.
- A possibilidade de encaminhamento para um nível superior de atenção.

Em pacientes com sobrevida estimada curta, prostração física prévia ou condição clínica precária, deve-se ponderar o custo-benefício do encaminhamento a um centro e exames de imagem mais complexos.

O paciente provavelmente não se beneficiará e terá que suportar os inconvenientes da transferência ou do procedimento. Intervenções para alcançar conforto no final da vida devem ser priorizadas na tomada de decisões (ver [Final da vida](#)).

X. Urgências

I

II

III

IV

V

VI

VII

VIII

IX

XI

XII

XIII

XIV



Compressão medular aguda (MC)

O que é compressão aguda da medula espinhal?

É a compressão do saco dural e seu conteúdo (medula espinhal ou cauda equina) por uma massa no espaço peridural.

A localização da compressão é 60-80% torácica, 30% lombossacral e menos de 10% cervical.⁷⁵

Ocorre em 5% dos pacientes com câncer, secundária a metástases de pulmão, mama, próstata, linfomas e mieloma múltiplo, entre outros. Afetam negativamente a qualidade de vida.

Quando suspeitar de compressão medular?^{76,77}

A apresentação da compressão medular pode ser muito sutil nos estágios iniciais.

Dor: é o sintoma inicial em 90% dos pacientes, causado por expansão tumoral no osso, colapso ósseo ou lesão nervosa. A dor pode preceder o diagnóstico de compressão medular em dias ou meses. É referida como dor axial ou radicular progressiva, que piora com os movimentos, com palpação e/ou percussão na vértebra afetada ou com manobras de Valsalva.

Sintomas neurológicos: após o início da dor, 3 em cada 4 pacientes apresentam sintomas neurológicos, como perda de força nas extremidades ou alterações sensoriais ou no controle dos esfíncteres.

O que fazer com a suspeita de compressão medular?⁷⁸

O objetivo do tratamento é aliviar a dor, prevenir complicações e preservar a função neurológica.

- Iniciar o tratamento com dexametasona (8-10 mg 3 ou 4 vezes por dia) quando houver alta suspeita clínica ou quando o diagnóstico for confirmado.
- Encaminhar para um centro de maior complexidade para confirmar o diagnóstico (ressonância magnética ou TC) e iniciar tratamento específico (radioterapia, eventualmente cirurgia).

O prognóstico melhora se o tratamento for iniciado nas primeiras 24 horas do início do quadro e se o paciente mantiver um bom nível funcional. Se você sofre apenas de dor radicular ou paraparesia, a recuperação funcional é alcançada em 80% dos casos; uma vez estabelecida a paraplegia, a mobilidade só é recuperada em 10%.

⁷⁵ Schiff D. Spinal cord compression. *Neurol Clin.* 2003;21(1):67-86, viii.

⁷⁶ Koch & Sinclair. Management of Urgent Medical Conditions at the End of Life. *Medical Clinics.* 2020;104(3):525-38.

⁷⁷ Centeno C, et al. Situaciones urgentes en medicina paliativa. *Manual de Medicina Paliativa.* Pamplona: Ediciones Universidad de Navarra; 2009. p. 175-83.

⁷⁸ Abrahm J, Patchell R, Rades D., Personalized Treatment for Malignant Spinal Cord Compression: a Multidisciplinary Approach. *American Society of Clinical Oncology* 2009 <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/181514>

X. Urgências

I

II

III

IV

V

VI

VII

VIII

IX

X

XI

XII

XIII

XIV



Síndrome da veia cava superior (SVCS) de etiologia maligna

O que é a síndrome da veia cava superior?

A síndrome da veia cava superior é o conjunto de sinais e sintomas resultantes da obstrução da veia cava superior, retorno venoso ao átrio direito.

A origem pode ser:⁷⁹

- Extrínseca (80%). Por exemplo, compressão tumoral ou nodal
- Intrínseca (20%): por exemplo, devido a trombose, invasão tumoral direta do mediastino, fibrose após radioterapia.

As causas malignas mais frequentes são câncer de pulmão de células não pequenas (50%), câncer de pulmão de pequenas células (25%), linfomas e metástases (10%).

Quando suspeitar da síndrome da veia cava superior?

A manifestação típica é edema cérvico-facial e membros superiores, cianose, ingurgitamento jugular, dispneia e circulação colateral toracobraquial.

O edema pode causar comprometimento funcional da laringe, faringe, tosse, dispneia, rouquidão, disfagia, estridor e edema de laringe.

O edema cerebral pode levar a dor de cabeça, confusão e coma

A confirmação diagnóstica é feita com TC de tórax com contraste e/ou radiografia de tórax onde o mediastino alargado é observado.

O que fazer com a suspeita de síndrome da veia cava superior?⁸⁰

- Eleve a cabeça do paciente para 45° para reduzir a pressão hidrostática e o edema na parte superior do corpo.
- Iniciar dexametasona 16 mg/dia (8 mg a cada 6 horas) vo, sc ou iv.
- Tratar a dispneia, de acordo com a intensidade: oxigênio com máscara ou cânula (2 l/min), avaliar uso de opioides ou broncodilatadores. (ver [Sintomas respiratórios](#)).
- A combinação de diferentes medidas para o controle dos sintomas dependerá da condição do paciente, do diagnóstico e do estágio da doença.
- Referir a um nível de cuidado mais complexo para diagnóstico e tratamento (oncologia, quimioterapia, radioterapia, stent) em caso de edema cerebral, edema laríngeo ou comprometimento hemodinâmico.

A sobrevida média de um paciente com síndrome de veia cava superior secundária a neoplasia é de 6 meses. A presença da síndrome da veia cava superior não piora o prognóstico da doença de base, mas é um marcador de mau prognóstico em vários casos (como no câncer de pulmão de células não pequenas).

⁷⁹ McCurdy & Shanholtz. Oncologic emergencies. Crit Care Med. 2012;40(7):2212-22.

⁸⁰ Manthey D, Ellis L. Superior Vena Cava Syndrome (SVCS). In: Todd KH, Thomas CR (ed.). Oncology Emergency Medicine Principles and Practice. Springer 2016. p. 211-22.

Hemorragia maciça

O que é hemorragia maciça?⁸¹

Ocasionalmente, os tumores podem se infiltrar em grandes vasos e estruturas vasculares, resultando em sangramento maciço (> de 250 ml), que pode levar ao choque hipovolêmico e são potencialmente letais. Essa situação causa muita angústia ao paciente, aos cuidadores e à equipe de saúde.

A natureza do sangramento depende da localização do tumor (hemoptise, hematúria, sangramento retal ou vaginal, hematêmese, melena, sangramento cutâneo).

A incidência de sangramento em pacientes com câncer avançado é de aproximadamente 6 a 10%. Estes podem ser episódios crônicos de sangramento repetido de baixa intensidade ou sangramento maciço.

Quando suspeitar do risco de hemorragia maciça?

Há risco de sangramento em pacientes com:

- Trombocitopenia grave: devido à doença avançada, efeitos colaterais à quimioterapia.
- Tumores extensos de cabeça e pescoço envolvendo vasos do pescoço.
- Carcinoma pulmonar extenso localizado centralmente (hemoptise).
- Leucemia aguda ou crônica refratária ao tratamento.
- Distúrbios do fator de coagulação devido à doença hepática grave.
- Pacientes com câncer avançado tratados com anticoagulantes orais.
- Qualquer tumor exofítico na pele em estágios avançados, com vascularização local aumentada.
- Consumo de anti-inflamatórios não esteroides.

O que fazer com o risco de hemorragia maciça?

- Antecipar as medidas que serão tomadas durante um evento hemorrágico, incluindo a possibilidade de encaminhamento para 2º ou 3º nível de complexidade.
- Se possível e indicado, os fatores hemostáticos que contribuem para a tendência de sangramento devem ser corrigidos: remover AINs e considerar a descontinuação da anticoagulação ou a mudança para heparina de baixo peso molecular.
- Coloque uma linha IV de preferência ou por via subcutânea.
- Informar familiares e cuidadores sobre a possibilidade de sangramento.

Nesta situação:

- Coloque o paciente em uma postura confortável (sentado).
- Use toalhas ou lençóis de cor escura (reduzir o impacto visual do sangue).
- Drogas antifibrinolíticas (ácido tranexâmico, ácido aminocapróico).
- Avaliar a transferência para um centro de maior complexidade para manejo, dependendo da condição do paciente e disponibilidade de recursos
- Considerar a sedação paliativa (midazolam 2,5 mg SC ou IV) a fim de proporcionar o maior conforto possível ao paciente e sua família, e reduzir o impacto físico e psicológico do sangramento

⁸¹ Centeno C, et al. Situaciones urgentes en medicina paliativa. Manual de Medicina Paliativa. Pamplona: Ediciones Universidad de Navarra; 2009. p. 175-83.

Hipercalcemia⁸²

O que é hipercalcemia?

Hipercalcemia é quando a concentração de cálcio sérico total é > 10,5 mg/dl e a de cálcio iônico é > 5,2 mg/dl (com variações de acordo com os valores de referência de cada laboratório).

Dependendo do cálcio iônico, a hipercalcemia pode ser:

- leve: cálcio iônico < 6 mg/dL
- moderada: cálcio iônico 6 a 8 mg/dL
- grave: cálcio iônico > 8 mg/dL

Entre 20 e 30% dos pacientes com câncer sofrem dela em algum momento da evolução da doença. É a complicação metabólica com risco de vida mais comum em pacientes com câncer, especialmente no mieloma múltiplo e no câncer de mama. É um marcador de mau prognóstico.

Quando suspeitar de hipercalcemia?

Muitas vezes pode passar despercebido. A gravidade dos sintomas depende de sua magnitude e velocidade de instalação.

- Sintomas leves: fraqueza, anorexia, sede, náuseas, vômitos, constipação e poliúria.
- Sinais e sintomas graves: desidratação, sonolência, confusão, coma, distúrbios neurológicos e arritmia cardíaca.

Determinar os níveis de cálcio no sangue, de preferência cálcio iônico ou, na sua falta, cálcio sérico total e albumina, e calcular o cálcio livre plasmático

$$\text{Cálcio sérico mg/dL} + 4 - \text{albumina g/dL} \times 0.8 = \dots \text{ mg/dL}$$

O que fazer com a hipercalcemia?

- Reidratar (via subcutânea pode ser usada).
- Descartar causas de hipercalcemia, além de doença oncológica.
- Bifosfonatos (pamidronato ou ácido zoledrônico). Eles levam de 2 a 3 dias para agir, seu resultado é duradouro. Uma vez normalizado o cálcio, considere a terapia iv periódica com bifosfonatos.
- Tratamento da doença cancerígena subjacente, se possível.

X. Urgências



⁸² Stewart AF. Clinical practice. Hypercalcemia associated with cancer. N Engl J Med. 2005;352(4):373-9.



A vida é uma mudança constante

Dr. M. Broggi

Lembrete

- Diante da suspeita de compressão medular, o tratamento precoce é essencial para a recuperação do componente reversível da lesão.
- Em caso de risco de sangramento, informar e preparar os familiares e cuidadores dos pacientes (usar toalhas de cor escura para evitar que a família ou paciente fique impressionado com o sangramento e aplicar pressão e colocar o paciente em decúbito lateral).
- Prescrever medicação sedativa de ação rápida (midazolam SC, benzodiazepínicos sublinguais, etc.) para disponibilizá-la.
- Dê um telefone/contato para recorrer em caso de emergência.

Se quiser saber mais...

- 📄 Terapéutica Racional en Atención Primaria de la Salud (TRAPS) - Cuidados Paliativos en el primer nivel de Atención. Fascículo 1. Buenos Aires: Ministerio de Salud y Desarrollo Social. Presidencia de la Nación; 2019.
- 📄 Centeno C, Gómez Sancho M, Nabal M, Pascual A. Situaciones urgentes en medicina paliativa. En: Manual de Medicina Paliativa. Pamplona: Ediciones Universidad de Navarra; 2009. p. 175-83.

X. Urgências

I

II

III

IV

V

VI

VII

VIII

IX

X

XI

XII

XIII

XIV



Aplique o que aprendeu

CASO CLÍNICO

Rafael, tem 75 anos e mora com a esposa. Ele foi diagnosticado há 6 meses com câncer de próstata com metástases ósseas e hepáticas. A dor em ambos os quadris foi controlada com morfina 60 mg/dia por via oral e relatava ESAS 3/10. Além disso, ele toma bisacodil e tem tido evacuações diárias.

Ele diminuiu suas atividades diárias nas últimas semanas e passa mais tempo na cama. Durante vários dias relatou nova dor na coluna dorsal e fraqueza em ambos os membros inferiores.

Você o atende desde que o diagnóstico foi feito e sabe da situação do Rafael. A esposa dele o chama para uma visita domiciliar preocupada porque os sintomas de Rafael mudaram muito nas últimas semanas e, principalmente, nos últimos dias.

Assinale a(s) opção(ões) que você considere correta(s):

1. Como avalia a situação?

- A. Você faz uma avaliação integral com exame físico para descartar possíveis causas reversíveis da condição de Rafael
- B. Suspeita-se de compressão medular devido ao aumento da dor e diminuição da força nos membros inferiores.
- C. Rafael corre risco de morrer e precisa ser internado com urgência.
- D. Você explora a situação do Rafael e da família (medos, preocupações, aceitação...).

2. Qual dos seguintes comportamentos você seguiria?

- A. Conversar calmamente com Rafael e a família sobre a suspeita clínica de compressão medular e eles avaliam juntos a possibilidade de transferência ou não para realização de exames e eventual avaliação para radioterapia.
- B. Diante da suspeita clínica de compressão medular, indica o tratamento com dexametasona.
- C. Aumenta a dose de morfina.

X. Urgências

I

II

III

IV

V

VI

VII

VIII

IX

XI

XII

XIII

XIV



RESPOSTAS

1. Como avalia a situação?

A, B e D estão corretas.

Você deve sempre levar uma história médica / história com exame físico. É necessário descartar outras causas de sua condição, mas Rafael provavelmente apresenta um quadro clínico compatível com suspeita de compressão medular.

Em pacientes com sobrevida estimada curta ou com prostração física prévia e condição clínica precária, o custo-benefício do encaminhamento para um centro e exames de imagem mais complexos deve ser ponderado.

O paciente provavelmente não se beneficiará e terá que suportar os inconvenientes da transferência ou do procedimento. Na tomada de decisão, intervenções para alcançar conforto no final da vida devem ser priorizadas.

2. Qual dos seguintes comportamentos você seguiria?

A, B e C estão corretas.

Para suspeita de compressão medular, o objetivo do tratamento é aliviar a dor, prevenir complicações e preservar a função neurológica (se possível).

Recomenda-se iniciar o tratamento com dexametasona (8-10 mg 3 ou 4 vezes por dia) quando houver alta suspeita clínica ou quando o diagnóstico for confirmado.

Recomenda-se avaliar a possibilidade de consultar um centro de maior complexidade para confirmar o diagnóstico (ressonância magnética ou TC) e iniciar tratamento específico.

Lembre-se que o prognóstico melhora se o tratamento for iniciado nas primeiras 24 horas do início do quadro e se o paciente mantiver um bom nível funcional.

Neste caso, Rafael está em declínio em seu estado funcional há semanas e os sintomas estão presentes há mais de uma semana.

X. Urgências

XI

Via subcutânea⁸³

OBJETIVOS DE APRENDIZAGEM

111

O QUE É A VIA SUBCUTÂNEA?

111

QUAIS SÃO OS SISTEMAS DE ADMINISTRAÇÃO?

111

QUANDO USAR?

112

COMO FAZER E ONDE?

112

QUE MEDICAMENTOS PODEM SER ADMINISTRADOS DESTA FORMA?

113

HIPOPODERMÓCLISE

113

QUAIS CUIDADOS DEVEM SER TOMADOS?

114

QUAIS COMPLICAÇÕES PODEM OCORRER COM O USO DA VIA SUBCUTÂNEA?

114

CUIDADOS DOMICILIARES DA VIA SUBCUTÂNEA

115

LEMBRETE

115

SE QUISER SABER MAIS...

115

APLIQUE O QUE APRENDEU

116

Objetivos de aprendizagem

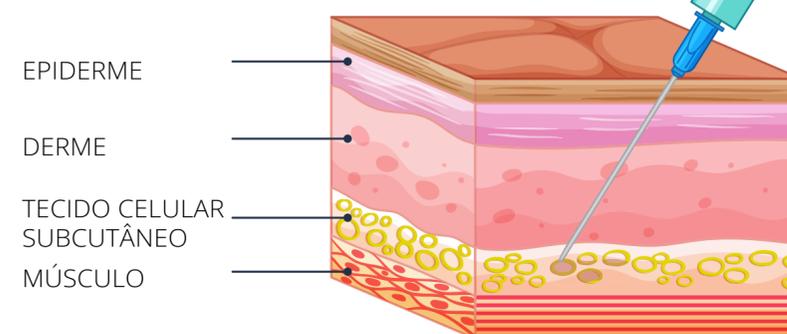
Esperamos que, ao final deste módulo, você possa:

- Identificar a via subcutânea como alternativa à via oral para administração de medicamentos e hidratação.
- Nomear medicamentos frequentemente usados em cuidados paliativos que podem ser usados por via subcutânea e outros que não podem.
- Conhecer princípios básicos do procedimento.
- Mencionar complicações frequentes.

O que é a via subcutânea?

Colocação de agulha ou cateter no tecido celular subcutâneo, com o objetivo de administrar fármacos ou hidratar (hipodermóclise), quando a via oral não for possível. Devido à facilidade de uso e às poucas complicações, é muito utilizado em casa. A mobilização do paciente não é afetada

Aplicação subcutânea



Que sistemas de existem?

- Bolus/infusão intermitente: pequenos volumes aplicados periodicamente (2-3 ml).
- Infusão contínua: utilizando um sistema de perfusão para liberação contínua do medicamento (2-5 ml/min) ou hidratação (500-1500 ml/dia).

Administrar em baixa velocidade para evitar dor

XI. Via subcutânea

I

II

III

IV

V

VI

VII

VIII

IX

X

XII

XIII

XIV

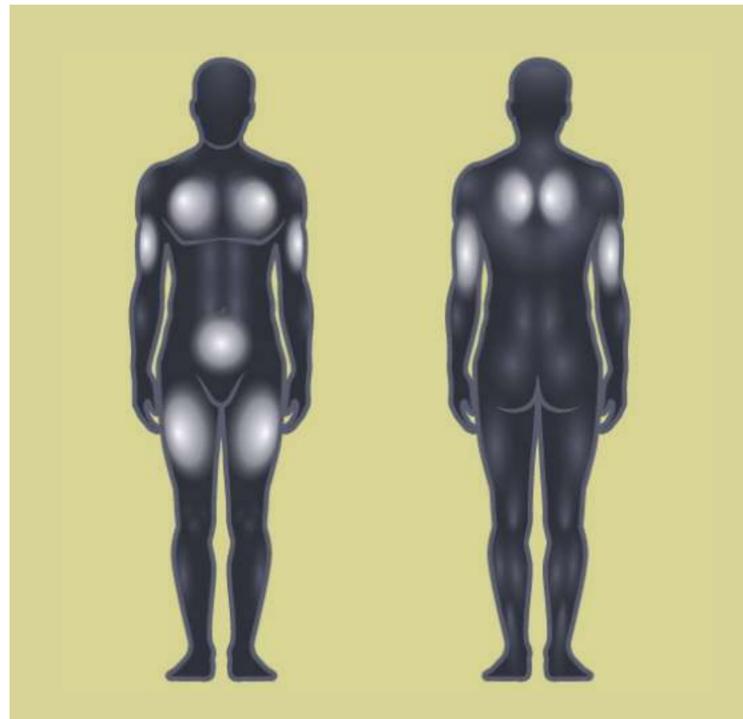


Quando usar?

É muito útil em caso de disfagia, náuseas / vômitos, obstrução intestinal, diarreia, confusão, dispneia grave, muita medicação oral, demência, delirium situação dos últimos dias.

Em doentes trombocitopénicos ou anticoagulados utilizar com precaução com monitorização rigorosas e consultando equipas treinadas.

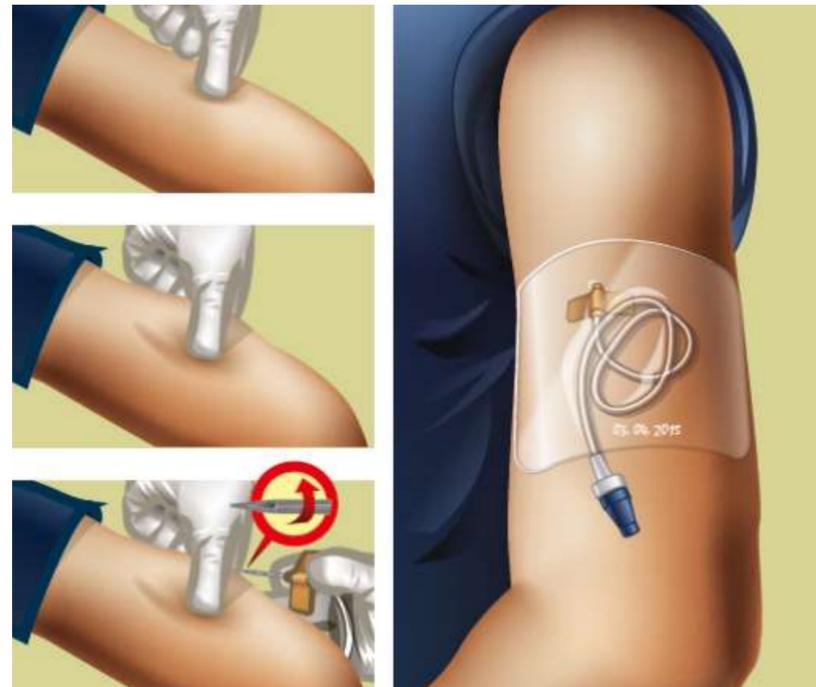
Locais adequados para via subcutânea



Como fazer e onde?^{84, 85, 86}

Antes de sua colocação é importante avaliar se a pessoa passa a maior parte do tempo na cama ou não. Se está acamado em que lado dorme mais, como a cama está localizada, se é fácil acessar à via.

A colocação da via subcutânea no braço é recomendada apenas para aplicação de medicamentos, não para hidratação (hipodermóclise). O volume do líquido infundido pode causar desconforto.



Imagens compartilhadas por López Saca

⁸⁴ López Saca et al. Guia para o uso do cateter subcutâneo em cuidados paliativos. 2016 https://cuidadospaliativos.org/uploads/2018/2/Guia_de_uso_del_Cateter_Subcutaneo_en_Cuidados%20Paliativos.pdf

⁸⁵ Gallardo & Gamboa. Uso da via subcutânea em cuidados paliativos. Monografía SECPAL 2013. <http://www.secpal.com///Documentos/Blog/via%20subcutanea.pdf>

⁸⁶ Vídeo com a técnica <https://www.youtube.com/watch?v=WNHg6qzt3Z8>

XI. Via subcutânea

I

II

III

IV

V

VI

VII

VIII

IX

X

XI

XII

XIII

XIV



Que medicamentos podem ser colocados desta forma?

Devem ser utilizados medicamentos que não irritam os tecidos, solúveis em água e com pH neutro.

Analgésico opioide	Neuroléptico	Antibióticos	Corticosteróides
Codeína Morfina Tramadol Hidromorfona Oxicodona	Haloperidol Levomepromazina	Ceftriazona** Cefepime Ampicilina Ertapenem	Dexametasona*
Antieméticos	Anticolinérgicos	Benzodiazepinas	Otros
Haloperidol Metoclopramida Ondansetrón	Bromuro de hioscina	Midazolam	Furosemida Octreótido

É possível colocar misturas de (não mais do que 4) medicamentos compatíveis, como morfina, butilescopolamina e midazolam. Mas é preciso sempre verificar para evitar precipitação.

Não combine dexamentasona com midazolam ou haloperidol!

* Dissolver em 50 ml

** Via independente, diluída em 100 ml e não misturar com outros medicamentos

Hipodermóclise

A desidratação pode induzir confusão no paciente e aumenta o risco de úlceras por pressão e constipação. Também aumenta o risco de insuficiência renal e o acúmulo de metabólitos opioides, aumentando a toxicidade.

A hipodermóclise é uma técnica adequada para reposição de fluidos, com poucos efeitos adversos e baixo custo.

A solução a ser infundida deve ser isotônica: solução salina 0,9% Ringer misturada ou com dextrose a 5%. **Nunca soluções hipotônicas ou hipertônicas!**

O volume de infusão pode variar de 500 ml/dia a 1.500 ml/dia.

Tipos de perfusão:

- Infusão contínua: a taxa não deve exceder 60 ml / hora (máximo de 3.000 ml através de dois locais).
- Infusão noturna por 12 h a 80 ml/h.
- Bolus de 500 ml em uma hora, 2 ou 3 vezes ao dia, são geralmente bem tolerados e são muito úteis para os pacientes mais ativos.

O problema secundário mais frequente derivado do uso da hipodermóclise é o desenvolvimento de edema local que demanda a mudança do local de perfusão.

XI. Via subcutânea

Que cuidados devem ser tomados?

- Documentar na historia clinica.
- Informar a família sobre os cuidados com o cateter e possíveis complicações.
- Monitorar diariamente o local da punção.
- Monitorar complicações.
- Monitore a duração (até 7 ou 12 dias).
- É importante deixar para a família um contato direto para dúvidas ou em caso de necessidade.

Quais complicações podem ocorrer com o uso da via subcutânea?

Hematoma,
Eritema
Endurecimento
Dor
Abscesso



Foto de Alberto Melendez

XI. Via subcutânea

Cuidados domiciliares da via subcutânea

O uso da via subcutânea em domicílios requer a colaboração essencial de seus cuidadores. Embora por vezes tenhamos subestimado a imensa capacidade destes, o nosso trabalho deve visar simplificar e facilitar ao máximo este cuidado.

Medicação

- É aconselhável o uso de poucos medicamentos com orientações simples e, se possível, espaçadas.
- Recomendamos deixar seringas pré-cheias com as doses exatas para cada dose.
- É útil deixá-los em recipientes diferentes, identificados com rótulos que indiquem qual medicamento as seringas têm, qual a dose e para que devem ser usadas dentro de 24 horas.
- Além disso, uma folha com a dose agendada de hora em hora e "resgate" deve permanecer em casa, em local conhecido da família.
- Mantenha os medicamentos armazenados em local seguro, especialmente fora do alcance das crianças.

Lembrete

- A via subcutânea é uma boa alternativa quando a via oral para administração de fluidos não é possível (hipodermoclise) e medicamentos.
- O procedimento é simples, apresenta poucas complicações e dá autonomia aos pacientes
- Pode ser muito bem manejada pelos próprios pacientes e/ou seus cuidadores.
- É importante rever os medicamentos (e possíveis combinações) que podem ser usados dessa forma (muitas vezes off-label).

Se quiser saber mais...

- 📄 Terapéutica Racional en Atención Primaria de la Salud (TRAPS) - Cuidados Paliativos en el primer nivel de Atención. Fascículo 1. Buenos Aires: Ministerio de Salud y Desarrollo Social. Presidencia de la Nación; 2019.
- 📄 Ruíz Márquez M, Alonso Prado M. Guía Clínica. Uso y recomendaciones de la Vía Subcutánea en Cuidados Paliativo. Madrid: SECPAL; 2014. Disponible en: https://saludextremadura.ses.es/filescms/paliex/uploaded_files/guia_subcutanea_PRCPEX.pdf
- 📄 López Saca J, Costa de Monterrosa M, Martínez Portillo J. Guía de uso del Catéter Subcutáneo en Cuidados Paliativos. Una opción para El Salvador. San Salvador: Universidad Dr. José Matías Delgado; 2016. Disponible en: https://cuidadospaliativos.org/uploads/2018/2/Guia_de_uso_del_Cateter_Subcutaneo_en_Cuidados%20Paliativos.pdf
- 📄 Gallardo Avilés RGA, F. Uso de la vía subcutánea en cuidados paliativos. Monografías SECPAL. Número 4. Madrid: SECPAL; 2013. Disponible en: <http://www.secpal.com///Documentos/Blog/via%20subcutanea.pdf>
- 📄 Video con la técnica <https://www.youtube.com/watch?v=WNHg6qzt3Z8>

XI. Via subcutânea

Aplique o que aprendeu

CASO CLÍNICO

Maria José (30 anos, diagnosticada com câncer de ovário avançado) está recebendo morfina oral (90 mg/dia) para dor, laxantes. Ela tem sido bem controlada em casa, mas chama a consulta porque desde a manhã ela está com dor abdominal (6/10). Nos últimos dois dias ele vinha vomitando (5/10) e nada sobrou em seu estômago.

Você vai até sua casa (visita domiciliar) e faz uma avaliação completa. Ela se encontra desidratada com hepatomegalia e ascite.

Assinale a(s) opção(ões) que você considere correta(s):

- 1. Qual a via de administração mais adequada para dar continuidade ao tratamento para controle de sintomas?**
 - A. Coloque uma via intravenosa.
 - B. Ela é encaminhada ao pronto-socorro para ser colocada em um port-a-cath.
 - C. Ela deve continuar como estava sendo tratada.
 - D. Coloca uma via subcutânea e explica a ela e seus cuidadores os cuidados que eles devem ter.
- 2. Em relação à medicação. Que comportamento você NÃO aprova?**
 - A. Confira a lista de medicamentos e resgates atuais.
 - B. Continuar o tratamento da dor com morfina 15 mg a cada 4h SC.
 - C. Maria José está muito ansiosa, por isso adiciona 2 mg de midazolam à infusão curta.
 - D. Calcule resgates.
- 3. No exame físico, percebe-se que Maria José está desidratada.**
 - A. Coloca 1500 ml de soro fisiológico em infusão contínua no trajeto subcutâneo na região subclávia, onde está colocando a morfina.
 - B. Coloca uma via subcutânea adicional no abdômen para hipodermólise
 - C. Encaminha a paciente ao pronto-socorro.

XI. Via subcutânea

I

II

III

IV

V

VI

VII

VIII

IX

X

XI

XII

XIII

XIV

XV



RESPOSTAS

1. Qual a via de administração mais adequada para continuar o controle dos sintomas?

D está correta.

Em casa, o controle intravenoso pode ser problemático. Provavelmente o vômito tenha impedido a absorção da morfina e a via oral não é mais a via de escolha, a melhor alternativa é a via subcutânea para continuar o tratamento da dor. É de fácil uso para a paciente e seus cuidadores.

2. Respecto a la medicación. ¿Qué conducta NO aprueba?

B está correta- Não é um comportamento correto

É necessário rever a medicação atual para fazer a mudança de oral para SC, se possível, e recalcular as doses dependendo da biodisponibilidade. É por isso que você não pode continuar com a mesma dose de morfina, mas você deve fazer a conversão para SC 1/3 por via oral.

3. No exame físico, percebe-se que Maria José está desidratada.

B está correta.

A hidratação é algo que pode ser controlado em casa com uma via subcutânea.

Às vezes, a mesma via pode ser usada para hipodermoclise e medicação, mas na área subclávia não é recomendado colocar líquidos em grandes quantidades, uma vez que o tecido se acumula muito. Neste caso, seria melhor colocar uma via no abdômen.

XI. Via subcutânea

XIII

Cuidados no final da vida⁸⁷

OBJETIVOS DE APRENDIZAGEM

119

POR QUE É NECESSÁRIO IDENTIFICAR O FIM DA VIDA?

119

QUANDO FALAR SOBRE O FIM?

120

COMO IDENTIFICAR O FIM DA VIDA?

120

REANIMO OU NÃO REANIMO?

121

O QUE FAZER? 10 PRINCÍPIOS PARA O MELHOR ATENDIMENTO

121

SITUAÇÕES FREQUENTES NOS ÚLTIMOS DIAS

122

E DEPOIS?... DUELO

122

LEMBRETE

123

SE QUISER SABER MAIS...

123

APLIQUE O QUE APRENDEU

124

Objetivos de aprendizagem

Esperamos que, ao final deste módulo, você possa:

- Descrever sinais e sintomas que indicam o fim da vida.
- Listar orientações para a elaboração de um plano de gestão.



Faremos tudo o que pudermos não só para acompanhá-lo a morrer em paz, mas também para viver até morrer.

Como as pessoas morrem permanece na memória de quem vive.

Cicely Saunders

Por que é necessário identificar o fim da vida?

- Os últimos dias e horas representam um período único na vida da pessoa, por isso merece atenção especial.
- É um período vulnerável com novas alterações físicas e emocionais para quem enfrenta doença avançada.
- Os planos de cuidados precisam se adaptar a essas mudanças.
- O atendimento ao paciente nos últimos dias ou horas de vida pode ser um atendimento de urgência e com situações de complexidade que necessitem da intervenção de uma equipe especializada.⁸⁸

Tabela 1: Alguns critérios de complexidade assistencial no final da vida

Média complexidade

- Dificuldade de compreensão da sedação.
- Conflito quanto à indicação de sedação entre paciente/família e equipe.

Alta complexidade

- Presença ou risco de ocorrência de sintomas traumáticos ou refratários.
- Situação dos últimos dias de longa duração (> 5 dias).
- Sedação refratária com necessidade de fármacos em altas doses e via intravenosa
- Demanda de internação institucional pelo paciente ou família.
- Expressão repetida da incapacidade familiar de assumir o fim da vida e da morte em casa

⁸⁸ Esteban-Pérez M, et al. Complejidad asistencial en la atención al final de la vida: criterios y niveles de intervención en atención comunitaria de salud. Medicina Paliativa. 2015;22(2):69-80.

Algumas considerações

- Um bom cuidado no final da vida começa com o reconhecimento da morte iminente. Diagnosticar essa etapa e prestar o melhor atendimento é fundamental. Você só terá uma chance de acertar e permitir uma lembrança positiva e duradoura para membros da família / cuidadores.
- Uma vez diagnosticado o final da vida, a equipe pode reorientar adequadamente o cuidado ao paciente, enfatizando o alívio dos sintomas e o conforto.
- Se a equipe de saúde considerar que o paciente está na fase agonizante (ou seja, que ele tem apenas horas ou dias de vida), o paciente e sua família devem ser comunicados.
- Pacientes nos últimos dias/horas de vida podem apresentar sofrimento físico, emocional, espiritual e social. Nessa fase, os pacientes necessitam de cuidadoso manejo dos sintomas, e as famílias muitas vezes precisam de apoio à medida que a morte de seu ente querido se aproxima.
- Intervenções fúteis resultam em pior qualidade de vida e sofrimento evitável para o paciente e família, além de maior uso de recursos e custos de saúde.
- O objetivo do manejo é um plano para manter o conforto físico e atender às necessidades emocionais, espirituais e sociais do paciente e da família.
- O cuidado continua com a comunicação da morte aos familiares e apoio ao luto.
- Uma situação especial pode surgir em pacientes com câncer com doença cardíaca com desfibrilador implantado. O agendamento de desativação (não marca-passo) deve ser avaliado com a equipe de cardiologia encarregada.⁸⁹

⁸⁹ Picco G, et al. Desactivar el desfibrilador automático implantable al final de la vida: la importancia de una comunicación proactiva. Medicina Paliativa. 2016;23(4):212-3.

Quando falar sobre o fim?

O ideal é discutir desejos/preferências de fim de vida antes do início do processo de adoecimento/morte (testamentos, diretivas antecipadas, conversas familiares, etc.). <http://www.espanol.prepareforyourcare.org/>

Como identificar o fim da vida?

Quando não é possível melhorar as causas reversíveis da condição do paciente e dois destes critérios são atendidos:

- Confinamento na cama.
- Só toma pequenos goles de líquido.
- Estupefato ou em coma.
- Dificuldade em engolir comprimidos, não recebe medicação oral.

Estudos têm mostrado que o pessoal médico é geralmente muito otimista sobre o prognóstico de sobrevivência de pacientes com câncer avançado.⁹⁰

⁹⁰ Cheon S, Agarwal A, Popovic M, Milakovic M, Lam M, Fu W, et al. The accuracy of clinicians' predictions of survival in advanced cancer: a review. Ann Palliat Med. 2016;5(1):22-9.

Reanimação ou não reanimação?

É importante que discussões sobre ressuscitação cardiopulmonar (RCP) tenham ocorrido previamente. Pacientes moribundos não devem ser submetidos a RCP, pois isso constitui um tratamento médico não benéfico e potencialmente prejudicial. No entanto, pode ser uma intervenção esperada pelos pacientes e seus familiares e, como tal, deve ser abordada por meio de comunicação proativa prévia (no melhor dos casos).

Verifique a legislação local e protocolos institucionais para ordens de não reanimação.

O que fazer? 10 princípios para o melhor atendimento?⁹¹

- 1 Reconhecer que a pessoa está nos últimos dias/horas de vida – Documentar na história clínica!
- 2 Comunicar a situação de fim de vida com o paciente ou familiares, se considerado apropriado
- 3 Discutir os desejos, sentimentos, crenças, fé e valores
- 4 Antecipar medicação para controlar sintomas comuns (dor, secreções respiratórias, agitação, náuseas, vômitos, dispneia)
- 5 Revisar todas as intervenções clínicas, considerando o melhor interesse do paciente
- 6 Revisar a hidratação artificial (início, continuidade ou cessação)
- 7 Revisar do suporte alimentar/nutricional (continuação ou cessação)
- 8 Comunicar e discutir o plano de cuidados com o paciente/família
- 9 Avaliação periódica. Documentar!
- 10 Ter cuidado com o corpo do paciente após a morte, garantindo dignidade e respeito

⁹¹ <https://bestcareforthedying.org/>

Tripodoro et al. 2019 Análisis de los resultados de un programa de calidad en cuidados paliativos para los últimos días de vida. diez años de experiencia. <http://www.medicinabuenosaires.com/PMID/31829949.pdf>

Situações frequentes nos últimos dias

É essencial antecipar situações no final da vida. Nesta fase podem aparecer novos sintomas, por exemplo dor, que pode estar relacionada a:

- Progressão da doença
- Processo de morrer
- Mudanças na via de administração
- Nova fratura patológica (movimentação do paciente)
- Lesões na boca, retenção urinária, constipação, úlceras por pressão

Portanto, deve ser realizados:

- Avaliação física cuidadosa: identificar novas fontes potenciais de dor.
- Reconhecimento de retenção urinária (palpação suprapúbica) ou constipação (abdome distendido).
- Avaliação da pele (descartar úlceras por pressão) e cavidade oral.

Para o tratamento da dor:

- Revisar as vias de administração disponíveis e as estratégias de conversão para o subcutâneo e ajustar as doses de acordo com as características dos sintomas.
- A analgesia controlada pelo paciente não é uma boa alternativa nesses pacientes.

E depois?.... Duelo?⁹²

O luto é uma reação adaptativa natural a qualquer tipo de perda significativa, embora geralmente seja mais intenso após a morte de uma pessoa querida. A resposta ao luto é individual e única em cada situação e tem vários componentes.

Existem diferentes modelos que tentaram explicar esse fenômeno completo.

A maioria das pessoas não necessita de intervenção de profissionais especializados em luto, sendo suficiente o apoio de familiares e amigos. O papel do profissional limita-se a fornecer informações sobre o processo de luto e sobre os recursos disponíveis. Deve ser normalizado, mas esteja atento a situações especiais que necessitem de intervenção. Por exemplo:

- Tipo de perda (houve despedida?)
- Vulnerabilidade pessoal (muito jovem, várias perdas em pouco tempo)
- Relação com a pessoa falecida (dependência econômica ou social)
- Ausência de sofrimento familiar ou social
- Perda não reconhecida

O luto prolongado é caracterizado por uma intensidade incomum de manifestações, no tempo ou na expressão.

⁹² Lopez de Ayala C, et al. Seguimiento del duelo. Badajoz: Observatorio Regional de Cuidados Paliativos de Extremadura; 2010.

Lembrete

- Pensar e reconhecer (diagnosticar e prever) o processo de morte iminente e comunicá-lo ao paciente/cuidadores (cuidando da forma de comunicar e avaliando qual é a verdade suportável naquele momento para cada um).
- É preciso falar sobre expectativas e preferências sobre o fim da vida antes que a situação chegue, e reavaliar se há mudanças.
- Revisar os 10 princípios para o melhor cuidado para permitir que o paciente morra sem sofrimento evitável, com sintomas controlados e diminuir o risco de luto complicado para seus familiares/cuidadores.

Se quiser saber mais...

- 📄 Terapéutica Racional en Atención Primaria de la Salud (TRAPS) - Cuidados Paliativos en el primer nivel de Atención. Fascículo 2. Buenos Aires: Ministerio de Salud y Desarrollo Social. Presidencia de la Nación; 2019.
- 📄 Tripodoro et al. 2019 Análisis de los resultados de un programa de calidad en cuidados paliativos para los últimos días de vida. diez años de experiencia. Disponible en: <http://www.medicinabuenosaires.com/PMID/31829949.pdf>.
- 📄 Rodrigues Gomes AM. El cuidador y el enfermo en el final de la vida -familia y/o persona significativa. Enfermería Global. 2010;0-. . Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412010000100022
- 📄 <https://bestcareforthedying.org/>
- 📄 Lopez de Ayala C, Galea Martin T, Campos Mendez R. Seguimiento del duelo. Badajoz: Observatorio Regional de Cuidados Paliativos de Extremadura; 2010. Disponible en: https://saludextremadura.ses.es/filescms/paliex/uploaded_files/guia_duelo_PRCPEX.pdf
- 📄 Lacasta Reverte M, Sanz Llorente B, Soler Saíz C, Yelamos Agua C, de Quadras Roca S, Gándara del Castillo A. Atención al Duelo en Cuidados Paliativos: Guía Clínica y Protocolo de Actuación. Monografías SECPAL. Número 5. Madrid: SECPAL; 2014. Disponible en: http://www.secpal.com/Documentos/Blog/01_MONOGRAFIA%205%20-%20OK-20140622%20Para%20imprensa%20final%20final.pdf
- 📄 Alday Munilla M, Mateu Gelabert M, Meléndez Gracia A, Miranda Flores E, Torrell Vallespín G. Atención en los últimos días de vida. Formación Médica Continuada en Atención Primaria. 2021 28 (3):1-47 <https://doi.org/10.1016/j.fmc.2021.04.003>.

Aplique o que aprendeu

CASO CLÍNICO

André tem 85 anos e mora com o filho. Ele foi diagnosticado há 6 meses com câncer de próstata com metástases ósseas, hepáticas e cerebrais.

A dor que ele tinha é controlada com morfina 60 mg/dia por via oral e agora relata ESAS 3/10. Além disso, ele toma bisacodil e tem tido evacuações diárias do Tipo 3; no entanto, ele não defeca há 2 dias. Há vários dias ele está muito exausto e não levanta mais da cama (ECOG 4) e dorme quase o tempo todo e mal recebe por via oral. Você cuida dele desde o diagnóstico e conhece a situação do André. O filho liga para uma visita domiciliar preocupado porque André mudou muito e está com maior deterioração geral.

Assinale a(s) opção(ões) que você acha correta(s):

1. Como avalia a situação?

- A. Você faz uma avaliação integral com exame físico para descartar possíveis causas reversíveis de sua condição, como infecções ou desidratação.
- B. Você suspeita do fim da vida já que ele tem diminuição da atividade, via oral deficiente e prostração.
- C. André corre risco de morrer e precisa ser internado com urgência
- D. Você explora a situação da família (medos, aceitação...).

2. Qual dos seguintes comportamentos você seguiria?

- A. Encaminha para o pronto-socorro para ser atendido lá para colocação de um cateter central para alimentação parenteral.
- B. Avalia a colocação de uma via subcutânea.
- C. Coloca uma sonda nasogástrica para alimentação, hidratação e medicação oral.
- D. Fala com calma com André e sua família sobre estar no processo de morrer
- E. Você sabe que ele é católico e pergunta sobre seus desejos espirituais/religiosos.

3. Quais sintomas você explica para a família que André pode apresentar nos próximos dias? O que é falso?:

- A. Secreções respiratórias (estertores de morte).
- B. Alterações no padrão respiratório.
- C. Pode tornar-se agitado - Delirium hiperativo.
- D. Risco de sangramento maciço e deve ser hospitalizado.

Aplique o que aprendeu

CASO CLÍNICO

André tem 85 anos e mora com o filho. Ele foi diagnosticado há 6 meses com câncer de próstata com metástases ósseas, hepáticas e cerebrais.

A dor que ele tinha é controlada com morfina 60 mg/dia por via oral e agora relata ESAS 3/10. Além disso, ele toma bisacodil e tem tido evacuações diárias do Tipo 3; no entanto, ele não defeca há 2 dias. Há vários dias ele está muito exausto e não levanta mais da cama (ECOG 4) e dorme quase o tempo todo e mal recebe por via oral. Você cuida dele desde o diagnóstico e conhece a situação do André. O filho liga para uma visita domiciliar preocupado porque André mudou muito e está com maior deterioração geral.

Assinale a(s) opção(ões) que você acha correta(s):

4. O que você diz aos cuidadores?

- A. Sugere aumentar os cuidados com a boca (gaze molhada e gordura nos lábios).
- B. Coloque um ventilador nas proximidades.
- C. Aplicar enemas diários para evacuar o intestino.
- D. Monitoramento rigoroso dos sinais vitais

RESPOSTAS

1. Como avalia a situação?**A. B e D estão corretas.**

No processo de morte todos esses sintomas podem aparecer, bem como dispneia, náuseas / vômitos, agitação. É importante deixar medicação de resgate para controlar esses sintomas caso eles apareçam. É importante se antecipar ao processo, para que eles estejam preparados e possam atuar de forma a beneficiar Andrés e sua família.

Neste caso específico não há nada que sugira risco de sangramento ou outra emergência que necessite de internação hospitalar e sofrer o desconforto da transferência no final da vida.

2. Qual dos seguintes comportamentos você seguiria?**B, D e E estão corretas.**

A via subcutânea irá ajudá-lo a dar medicação (fazer a conversão para morfina SC para evitar que tenha dor).

É possível que André esteja consciente, embora cansado, e é possível conversar com ele e/ou com a família sobre sua situação com cuidado (verdade tolerável) e perguntar sobre desejos/necessidades no momento: por exemplo, receber a visita de um sacerdote, respirar ar fresco, se despedir de sua família...

Uma sonda nasogástrica não é necessária para evacuações ou alimentação/hidratação. Ela só iria incomodá-lo.

XII. Cuidados ao fim da vida

RESPOSTAS

3. Quais sintomas você explica para a família que André pode apresentar nos próximos dias? O que é falso?:**D está correta.**

Você deve sempre fazer uma avaliação completa com anamnese e exame físico. É necessário descartar outras causas de sua condição, como desidratação, mas provavelmente André está em processo de morte ativa: confinamento no leito, diminuição da via oral, estupor.

Lembre-se que nos cuidados paliativos a unidade de cuidados é o paciente e a família, por isso é importante avaliar como eles estão encarando a morte iminente de André.

4. O que você diz aos cuidadores?:**A e B estão corretas.**

Certamente os cuidadores estão tristes e confusos com a situação e querem fazer algo. Tarefas como cuidados com a boca (gelo, limpeza de secreções, umidificação dos lábios), massagem suave nos pés ou colocação de creme no corpo podem ser sugeridas; são tarefas com as quais a família pode se sentir útil para proporcionar bem-estar a André. O ventilador também dá uma sensação de bem-estar, especialmente se aparecer desconforto respiratório.

Enquanto os movimentos intestinais regulares proporcionam conforto ao paciente, durante o processo de morte os enemas só são aplicados se o paciente for considerado agitado/ inquieto devido à necessidade de evacuação.

A verificação dos sinais vitais não é necessária neste momento, pois os dados obtidos não são relevantes para uma decisão terapêutica. Isso só causaria preocupação aos seus cuidadores.

XII. Cuidados ao fim da vida

XIII

Considerações bioéticas e clínicas na tomada de decisão⁹¹

⁹¹ Tomado em parte do vídeo ecancer de Gustavo de Simone (Argentina).

OBJETIVOS DE APRENDIZAGEM

129

O QUE É ÉTICA MÉDICA?

129

QUAL É O REFERENCIAL MAIS CONHECIDO EM BIOÉTICA?

129

QUAIS SÃO AS QUESTÕES/PROBLEMAS ÉTICOS MAIS COMUNS NO FINAL DA VIDA? (DE SIMONE)

130

QUANDO FALAR SOBRE ESSES ASSUNTOS?

131

QUANDO PARAR DE FAZER? QUANDO FAZER MAIS?

131

LEMBRETE

133

SE QUISER SABER MAIS...

133

APLIQUE O QUE APRENDEU

134

Objetivos de aprendizagem

Esperamos que, no final deste módulo, você possa:

- Reconhecer e listar alguns dos princípios éticos que norteiam a prática.
- Identificar um dilema ético e mencionar um modelo de resolução.



E eu me valerei, de acordo com minha capacidade e meu juízo, do regime que tende a beneficiar os doentes, mas me absterei de tudo o que leve consigo prejuízo ou desejo de causar dano

Hipócrates

O que é ética médica?

Trata-se do estudo sistemático, reflexão e análise dos atos no campo da saúde e do comportamento em saúde na perspectiva de princípios e valores.⁹² Existem modelos que auxiliam na reflexão de dilemas éticos e na tomada de decisões.

Qual é o referencial mais conhecido em bioética?

O referencial mais conhecido são os princípios da ética assistencial formulados por Tom L. Beauchamp e James F. Childress em 1979.⁹³



Autonomia

Garantir o direito do paciente informado de participar da tomada de decisões médicas.

Respeitar os valores e escolhas pessoais.



Beneficência

Agir ou recomendar no melhor interesse dos pacientes.



Não-maleficência

Não fazer mal.



Justiça

Tratar as pessoas bem e de forma justa e usar os recursos de saúde de forma equitativa.

⁹² Reich W, 1978 Encyclopedia of Bioethics, Schuster, New York

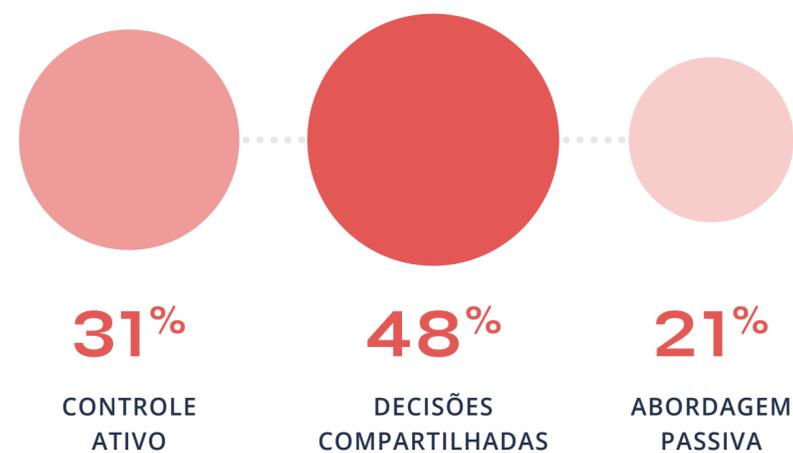
⁹³ Beauchamp T & Childress J Principles of Biomedical Ethics. Fourth Edition, Oxford University Press, Nueva York/Oxford 1994

Esses princípios podem servir de guia, mas às vezes são insuficientes e é necessário recorrer a outros referenciais teóricos para a tomada de decisão.

É importante investigar a preferência na tomada de decisão.

Na América Latina, grande parte da população quer participar da tomada de decisões.⁹⁴

Preferência na tomada de decisão na população Latino-americana



⁹⁴ Noguera A et al., preferências de controle de decisão, divulgação de preferências de informação e satisfação entre pacientes hispânicos com câncer avançado. J Pain Symptom Manag. 2014 47(5):896-905.

Quais são as questões/problemas éticos mais frequentes no final da vida?

Retirada/abstenção

Hidratação, alimentação, adequação do tratamento, DNR, retirada do suporte de vida

Local de atendimento e morte

Desejo versus o que é conveniente/possível

Manejo dos sintomas

Sedação paliativa, alívio da dor, sangramento, dispneia

Informação e comunicação

Decisão compartilhada, verdade tolerável

Aspectos sociais e de vínculo

Reconhecimento da morte iminente, afetos, conflitos

Organização do cuidado

Unificar critérios com outros profissionais de tratamento, papéis

Autonomia e autoderminação

Parar de beber e comer, diretivas antecipadas

Outras intervenções

Alimentação parenteral/PEG, antibióticos, oxigênio

Aspectos espirituais e religiosos

Necessidades espirituais do paciente/cuidador familiar

Após a morte

Cuidados post mortem

Desejo de morte precoce

Eutanásia, suicídio assistido

Outros

Em caso de dilemas éticos muito complexos, utilize sua rede de contatos para esclarecer dúvidas técnicas e, eventualmente, um comitê de ética para analisar o caso e sugerir alternativas.

Quando falar sobre esses assuntos?

Idealmente, os desejos/preferências de final de vida devem ser discutidos antes do início do processo de morte por meio de diretivas antecipadas, <http://www.espanol.prepareforyourcare.org/>, conversações familiares. No entanto, é preciso ter comunicação e diálogo contínuos na fase final para ser flexível e responsivo às mudanças de expectativas e preferências (ver fim de vida):

“**Curar raramente,
aliviar muitas vezes,
conforto sempre**

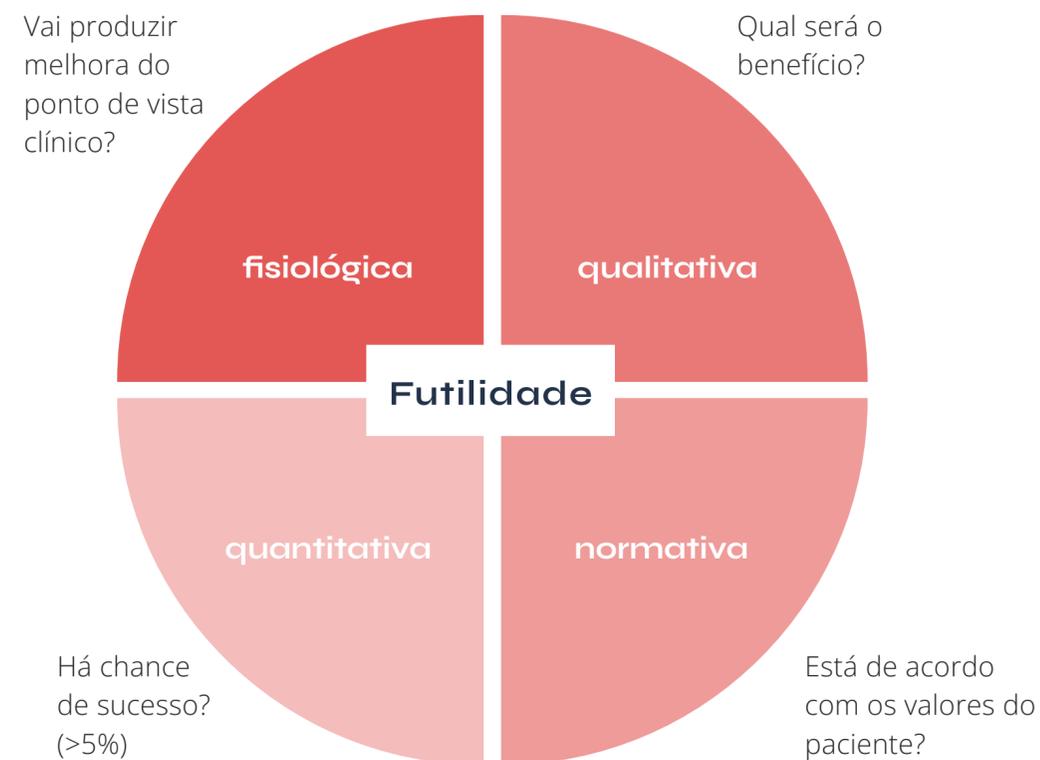
Atribuído a muitos autores

Quando parar? Quando fazer mais?

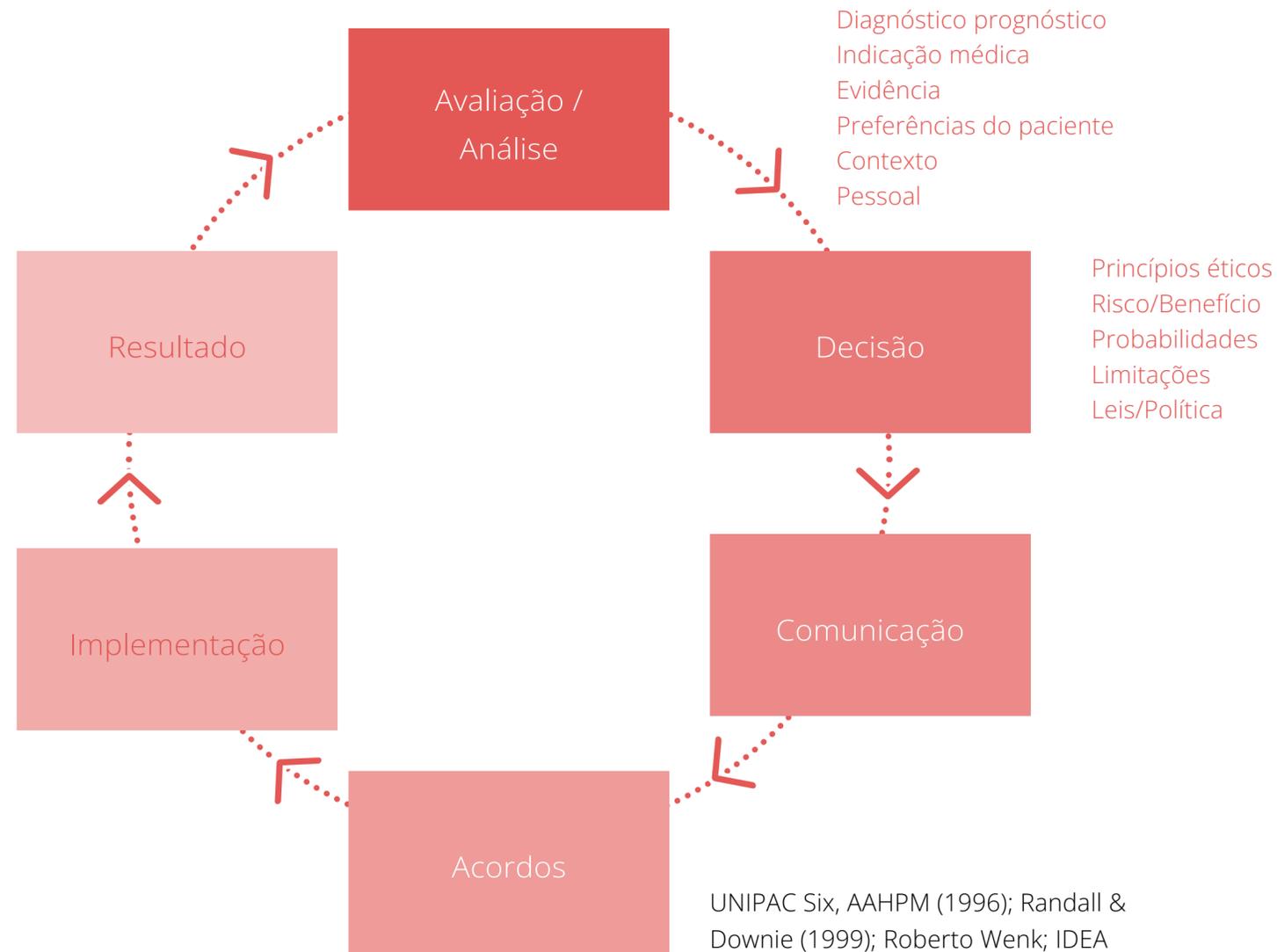
A palavra-chave é "futilidade", que se refere a algo impróprio, não indicado, inútil ou ineficaz.

As consequências são: sofrimento prolongado, expectativas não atendidas, custos enormes em meio à escassez de recursos, cansaço da equipe, desconfiança mútua entre profissionais de saúde e pacientes. O oposto é a adequação terapêutica.

Uma ajuda são as seguintes perguntas:



Outro modelo:



Esse modelo envolve dois pilares: o primeiro pilar (três mais escuros) representa a tomada de decisão dentro da equipe de saúde (é uma indicação médica? Qual a melhor solução técnica para o problema?).

O segundo pilar (mais claros) é o consenso com a família: é apropriado para esse paciente neste momento? O paciente ou responsável concorda?

XIII. Considerações bioéticas/clínicas

- I
- II
- III
- IV
- V
- VI
- VII
- VIII
- IX
- X
- XI
- XII
- XIII
- XIV

Exemplo de raciocínio ético clínico

1. Defina o problema.
2. Coletar e organizar dados.
 - A. Fatos médicos
 - B. Objetivos Médicos
 - C. Objetivos e preferências do paciente
 - D. Contexto
3. É um problema ético? Como definir que há um problema ético? Deve ficar claro que há um choque de valores e não que esses são problemas que não podem ser resolvidos.
4. Precisa de mais informações ou mais conversas?
5. Determine o melhor curso de ação e relacione-o com um dos seguintes valores:
 - A. Princípios éticos: Beneficência, não-maleficência, respeito à autonomia, justiça.
 - B. Direitos: proteção de direitos, para além das obrigações profissionais
 - C. Consequências: estimativa da bondade ou conveniência dos resultados prováveis
 - D. Casos comparáveis.
 - E. Prática da consciência. Preservar a integridade pessoal e profissional.
6. Confirmar a adequação e consistência da conclusão.

Lembrete

- A reflexão ética é um recurso que deve ajudá-lo a raciocinar e tomar decisões para o bem do paciente e de sua família. E isso é conseguido perguntando-nos a cada passo "por que fazemos o que fazemos? Que objetivos estamos perseguindo?"
- Existem diferentes modelos que podem ser utilizados e combinados em situações de dilemas éticos. Pense nos dois pilares: 1) indicação terapêutica e 2) desejo do paciente.
- É importante envolver a equipe na resolução de dilemas éticos.
- A escuta ativa e uma boa técnica de comunicação são essenciais em caso de dilemas éticos.

Se quiser saber mais...

- 📄 Bátiz J, Loncan P. Guía temática: Problemas éticos al final de la vida (ND) Disponible en: <https://www.secpal.com/problemas-eticos-al-final-de-la-vida>.
- 📄 Barbero J, Prados C, Gonzáles A. Hacia un modelo de toma de decisiones compartida para el final de la vida. Psicooncología. 2011;8(1):143-68.
- 📄 De Simone G. Los cuidados paliativos en el tercer milenio. Ciencia, alivio y esperanza en el confín de la vida. Boletín del Consejo Académico de Ética en Medicina [Internet]. 2014. Disponible en: <http://ppct.caicyt.gov.ar/index.php/bcaeem/article/view/4989>.
- 📄 De Simone G. El final de la vida: situaciones clínicas y cuestionamientos éticos. Acta Bioethica. 2000;VI(1).
- 📄 de los Reyes López M. Introducción a la Bioética. Metodología para tomar decisiones en Ética clínica. Pediatr Integral. 2007;XI(10):863-72.
- 📄 Júdez J. La deliberación moral: el método de la ética clínica. Medicina Clínica. 2001;117(1):18-23.
- 📄 Fontecha B, Navarri L. Adecuación del esfuerzo terapéutico. Un reto en camino. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2016;51(2):66-7.
- 📄 Pérez Pérez FM. Adecuación del esfuerzo terapéutico, una estrategia al final de la vida. SEMERGEN - Medicina de Familia. 2016;42(8):566-74.

Aplique o que aprendeu

CASO CLÍNICO

Ramiro (75 anos) é aposentado e mora há 40 anos em uma casa própria na companhia da esposa Laura. Ele tem câncer de próstata avançado e está sendo tratado para dor óssea secundária a metástase com opioides e bifosfonatos. Ramiro começa a ter sintomas neurológicos, suspeita de compressão medular e quer transferi-lo para a unidade de radioterapia para diagnóstico e tratamento. Ramiro não quer ser internado e quer morrer em casa. No entanto, a família está prestes a desistir por causa do grande esforço envolvido no cuidado de Ramiro.

Assinale a(s) opção(ões) que você considere correta(s):

1. Que dilema ético você vê nessa situação?

- A. Não há dilema: Ramiro precisa ser internado com urgência.
- B. Não há dilema: Ramiro fica em casa porque é uma decisão dele.
- C. O dilema é que há objetivos diferentes em relação ao futuro de Ramiro.
- D. O dilema é se o diagnóstico está correto ou não.

2. Ao conversar com Ramiro ele percebe que tem muito medo de ir para o hospital e morrer lá sozinho. Como enquadra a situação?

- A. Do ponto de vista médico, Ramiro pode atender com uma emergência paliativa que é manejável com radioterapia e, durante sua internação, a família pode ter uma pausa.
- B. Favorece e promove uma comunicação eficaz com Ramiro e sua família.
- C. Leva em conta as emoções de Ramiro, seu medo de deixar sua família e as da família em sua exaustão.
- D. Os valores em jogo devem ser identificados: desejo de autonomia e autodeterminação, desejo de morrer em casa, união familiar.

RESPOSTAS

1. Que dilema ético você vê nessa situação?

C está correta.

Usando o raciocínio ético:

- Fato médico: possível compressão medular.
- Objetivos médicos: gerenciar a emergência, evitar possíveis complicações e que Ramiro tenha uma melhor qualidade de vida (--> hospitalização).
- O objetivo e a preferência de Ramiro: ele quer ficar em casa para morrer.
- Contexto: A família: está prestes a desistir e necessitaria de um descanso (-> hospitalização).

Há um dilema ético devido à coexistência de expectativas contrárias.

2. Ao conversar com Ramiro ele percebe que tem muito medo de ir para o hospital e morrer lá sozinho. Como enquadra a situação?

Todas as opções são válidas para a análise da situação.

Do ponto de vista médico, Ramiro pode ter uma urgência paliativa que é manejável com radioterapia e, durante sua internação, a família pode ter uma pausa. Uma estadia curta seria benéfica para todos, tanto para Ramiro quanto para a família.

O mais importante é favorecer e promover uma comunicação eficaz com Ramiro e sua família, para que medos, emoções e expectativas possam ser discutidos entre todas as partes, com o objetivo comum do melhor bem-estar para Ramiro. Ao levar em conta as emoções de Ramiro, seu medo de deixar sua família e as da família em sua exaustão, é possível identificar os valores em jogo: desejo de autonomia e autodeterminação, desejo de morrer em casa, união familiar e, por fim, ajudá-los a tomar a decisão mais adequada para cada situação.

XIV

Apêndice

MEDICAMENTOS EM FIM DE VIDA

137

Medicamentos em fim de vida

Acompanhar pacientes paliativos é uma das tarefas dos profissionais da atenção primária a saúde.

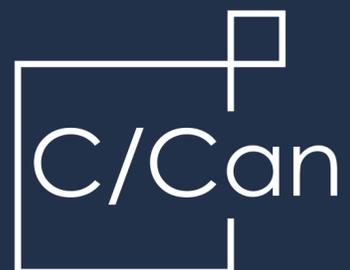
Quais medicamentos de ação rápida devo ter em mãos para controlar os sintomas mais comuns nos cuidados ao fim da vida?

Delirium e inquietação	<ul style="list-style-type: none"> • Haloperidol 0,5-2,0 mg a cada 2-12 horas, se necessário combinar com benzodiazepínicos* (delirium hiperativo) • Quetiapina* 12,5-150 mg (efeito indutor do sono)
Medo, Ansiedade	<ul style="list-style-type: none"> • Oxazepam 10-40 mg/dose única • Lorazepam 1.0-2.5 mg / dose única • Midazolam* 2.5-10 mg / dose única. Vida média curta. Usado em sedação paliativa.
Náuseas e vômitos	<ul style="list-style-type: none"> • Metoclopramida 10 mg / 6-8 h (náusea). Cuidado com a doença de Parkinson devido ao motor extrapiramidal! • Em adultos mais velhos: domperidona 10-20 mg / 6-8 h* por via oral • Haloperidol* 2,5-5 mg / 24 h s.c. (droga de escolha em caso de obstrução completa, se a administração de antieméticos procinéticos não for possível) • Em caso de resposta insuficiente a outros antieméticos: antipsicóticos de amplo espectro, como Levomepromazina* 1-5 mg/12 h • Dexametasona* 2-4 mg / 24 h (até 8 mg)
Dor	<ul style="list-style-type: none"> • Morfina subcutânea.
Dispneia	<ul style="list-style-type: none"> • Morfina subcutânea. • Adicione benzodiazepínicos se os opioides* não forem eficazes. • Permitir a entrada de ar fresco na sala, direcionar um fluxo de ar frio para o rosto (ventilador de mão), passar um tempo com o paciente, criar uma atmosfera segura, diminuir o medo.

* Off-Label

ALCP | ASOCIACIÓN LATINOAMERICANA
DE CUIDADOS PALIATIVOS

ecancer.org



<https://citycancerchallenge.org/>



<https://echo.unm.edu/>

Se você tiver comentários ou sugestões,
entre em contato com

tpastrana@ukaachen.de

