Manual de Cuidados Paliativos ANCP

Ampliado e atualizado
2ª edição

© ANCP (Academia Nacional de Cuidados Paliativos) 2012

Capa: Letícia Lampert

Trapiche abandonado

“Antigamente diante do trapiche se estendia o mistério do mar-oceano, as noites diante dele eram um verde-escuro, quase negras, daquela cor misteriosa que é a cor do mar à noite.”
Capitães de Areia, Jorge Amado

Projeto gráfico e editoração: Niura Fernanda Souza

Revisão: Gabriel Koza

Ficha catalográfica

Agosto/2012

Manual de Cuidados Paliativos ANCP

Ampliado e atualizado
2ª edição

Organizadores:
Ricardo Tavares de Carvalho
Henrique Afonseca Parsons

ANCP
ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS

Expediente

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

Organizadores
Dr. Ricardo Tavares de Carvalho – SP
Dr. Henrique Afonseca Parsons – SP

Coordenadora de Comunicação
Carla Dórea Bartz

Diretoria da ANCP – Gestão 2010 – 2013
Presidente
Dr. Robeto Bettega – PR
Vice-Presidente
Dr. Luiz Fernando Rodrigues – SP
Diretor Científico
Dr. Ricardo Tavares de Carvalho – SP
Tesoureira
Dra. Dalva Yukie Matsumoto – SP
Secretária Geral
Dra. Veruska Menegatti – SP
Conselho Consultivo
Dra. Cláudia Burlá – RJ
Dra. Maria Goretti Sales Maciel – SP
Dra. Maria Tereza Evangelista Schoeller – SC
Dra. Sílvia Maria de Macedo Barbosa – SP

Regional Sul – ANCP
Presidente
Dra. Julieta Fripp – RS
Regional Norte/Nordeste – ANCP
Presidente
Dra. Inês Tavares Vale e Melo – CE
Vice-presidente
Dra. Mirella Rebêlo – PE
Diretora científica
Dra. Jurema Telles de Oliveira Lima – PE
Tesoureira
Dra. Rita de Cássia Deway Guimarães – BA
Secretária Geral
Dra. Mirlane Guimarães de Melo Cardoso – AM

Academia Nacional de Cuidados Paliativos

Site: www.paliativo.org.br

Twitter: www.twitter.com/ancpaliativos

Facebook: facebook.com/pages/Academia-Nacional-de-Cuidados-Paliativos

Blog: www.cuidadospaliativos.wordpress.com

YouTube TV ANCP: www.youtube.com/tvancp

e-mail: contato@paliativo.org.br

A publicação deste livro contou com o apoio do

Grupo MAIS – Premier Hospital

Instituto Paliar

Agradecimentos

A diretoria da Academia Nacional de Cuidados Paliativos agradece a colaboração de todos os autores, cuja dedicação foi fundamental para a realização desta obra, e também a cada um de seus associados, cujo apoio tem sido essencial para a concretização dessas e outras atividades.

Sumário

Apresentação 11
Prefácio 13
Autores 15

Parte 1 – Introdução
1.1 Cuidados Paliativos: conceitos, fundamentos e princípios 23
Dalva Yukie Matsumoto
1.2 Avaliação do paciente em Cuidados Paliativos 31
Maria Goretti Sales Maciel
1.3 Diagnóstico e abordagem do sofrimento humano 42
Luis Alberto Saporetti, Letícia Andrade,
Maria de Fátima Abrantes Sachs, Tânia Vanucci Vaz Guimarães
1.4 Indicações de Cuidados Paliativos 56
Ana Cláudia de Lima Quintana Arantes
1.5 Comunicação em Cuidados Paliativos 75
Maria Júlia Paes da Silva e Mônica Martins Trovo de Araújo
1.6 Modalidades de atuação e modelos de assistência
em Cuidados Paliativos 86
Luís Fernando Rodrigues
1.7 Organização de serviços de Cuidados Paliativos 94
Maria Goretti Sales Maciel

Parte 2 – Controle de Sintomas
2.1 Classificação, fisiopatologia e avaliação da dor 113
Mirlane Guimarães de Melo Cardoso
2.2 Opioides – Farmacologia básica 123
Fabiola Peixoto Minson, João Batista Santos Garcia,
José Oswaldo de Oliveira Júnior, José Tadeu Tesseroli de Siqueira,
Levi Higino Jales Júnior e colaboradores
2.3 Analgésicos não opioides 143
Ariel de Freitas Quintão Américo e Inês Tavares Vale e Melo
2.4 Dispneia, tosse e hipersecreção de vias aéreas 151
Ricardo Tavares de Carvalho

2.5 Náusea e vômito 168
Maria Goretti Sales Maciel e Roberto Bettega
2.6 Obstipação e diarreia 176
Veruska Menegatti Anastácio Hatanaka
2.7 Delirium 184
Daniel Lima Azevedo
2.8 Ansiedade e depressão em Cuidados Paliativos: como tratar 191
Rita de Cássia Deway Guimarães
2.9 Fadiga, sudorese e prurido 202
Toshio Chiba e Luciana Regina Bertini Cabral

Parte 3 – Síndromes Clínicas
3.1 Caquexia e anorexia 213
Henrique Afonseca Parsons
3.2 Obstrução intestinal maligna 224
Cláudia Naylor
3.3 Síndrome da Veia Cava Superior 239
Mônica Cecília Bochetti Manna
3.4 Síndrome da Compressão Medular 243
Dalva Yukie Matsumoto e Mônica Cecília Bochetti Manna
3.5 Obstrução urinária em Cuidados Paliativos 246
Sara Krasilcic
3.7 Hemorragias 251
Sara Krasilcic

Parte 4 – Procedimentos em Cuidados Paliativos
4.1 Via subcutânea: a via parenteral de escolha para administração de medicamentos e soluções de reidratação em Cuidados Paliativos 259
Eliete Farias Azevedo e Maria Fernanda Barbosa
4.2 Procedimentos invasivos em Cuidados Paliativos 270
Teresa Cristina da Silva dos Reis
4.3 Cuidados com ostomias 286
Rita de Cássia Toledo Pinto
4.4 Cuidados com a cavidade oral em Cuidados Paliativos 293
Ednalda Maria Franck
4.5 Cuidados com feridas e curativos 306
Renato Rodrigues Camarão

4.6 Medidas de higiene e conforto 319
Ivanyse Pereira

Parte 5 – A Equipe Multiprofissional em Cuidados Paliativos
5.1 O papel do médico na equipe 333
Leonardo de Oliveira Consolim
5.2 O papel do enfermeiro na equipe 335
Flávia Firmino
5.3 O papel do psicólogo na equipe 337
Luana Viscardi Nunes
5.4 O papel do assistente social na equipe 341
Letícia Andrade
5.5 O papel do nutricionista na equipe 345
Elci Almeida Fernandes
5.6 O papel do fisioterapeuta na equipe 353
Bianca Azoubel de Andrade, Celisa Tiemi Nakagawa Sera, Samira Alencar Yasukawa
5.7 O papel do fonoaudiólogo na equipe 358
Adriana Colombani Pinto
5.8 O papel do terapeuta ocupacional na equipe 361
Marilia Bense Othero
5.9 O papel do assistente espiritual na equipe 364
Eleny Vassão de Paula Aitken
5.10 O papel do dentista na equipe 366
Sumatra Melo da Costa Pereira Jales e José Tadeu Tesseroli de Siqueira

Parte 6 – Cuidando do paciente e de sua família
6.1 Ação prática do paliativista na continuidade dos cuidados em domicílio 375
Julieta Carriconde Fripp
6.2 Plano de Cuidados: cuidados com o paciente e a família 392
Fabiana Tomie Becker de Carvalho Chino
6.3 Providências práticas para toda a Família 400
Letícia Andrade

Parte 7 – Tópicos especiais em Cuidados Paliativos
7.1 Aspectos éticos sobre a terminalidade da vida no Brasil 411
José Eduardo de Siqueira e Leocir Pessini

7.2 Ortotanásia não é homicício, nem eutanásia. Quando deixar morrer não é matar 415
José Henrique Rodrigues Torres
7.3 Procedimentos sustentadores de vida em UTI 439
Daniel Neves Forte
7.4 Cuidados Paliativos em pacientes com HIV/AIDS 450
Elisa Miranda Aires
7.5 Cuidado Paliativo em pediatria 461
Sílvia Maria de Macedo Barbosa
7.6 Cuidados Paliativos nas demências 474
Cláudia Burlá e Daniel Lima Azevedo
7.7 Nutrição em Cuidados Paliativos 483
Ricardo Tavares de Carvalho e Lais Yassue Taquemori
7.8 Reabilitação em Cuidados Paliativos: atuação do profissional e particularidades 500
Liliana Lourenço Jorge e Marília Bense Othero
7.9 Sedação paliativa 517
Célia Maria Kira

Parte 8 – Assistência ao fim da vida
8.1 As últimas quarenta e oito horas de vida 533
Ariel de Freitas Quintão Américo
8.2 Suporte ao paciente e à família na fase final da doença 544
Ivone Bianchini de Oliveira
8.3 Aspectos particulares e ritos de passagem nas diferentes religiões 556
Luís Alberto Saporetti e Alini Maria Orathes Ponte Silva
8.4 Assistência ao luto 569
Débora Genezini

Parte 9 – Anexos
9.1 Tabela de controle de outros sintomas não dor 585
Célia Maria Kira

Apresentação

Este livro é a segunda edição revista e melhorada do ***Manual de Cuidados Paliativos*** da Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP). É um conjunto de 56 capítulos, que sintetizam os principais temas da área, e destina-se ao profissional de saúde que precisa de conhecimentos práticos e de fácil aplicação no seu dia a dia.

Com esta edição, a ANCP realiza, com muita satisfação, um de seus principais objetivos: produzir uma publicação científica totalmente brasileira, que espelha a nossa realidade. É o esforço de mobilização e de pesquisa de mais de 40 autores, todos profissionais atuantes e dedicados aos **Cuidados Paliativos** em nosso país.

Este livro reforça também a continuidade de um trabalho que começou em 2009, com o lançamento da primeira edição, e o cumprimento da missão maior da ANCP que é promover o desenvolvimento dos **Cuidados Paliativos** no Brasil. É mais um passo em direção a uma assistência em saúde que alia rigor científico a uma resposta mais digna diante do sofrimento.

A obra é dividida em oito partes. A *Introdução* dedica-se aos conceitos fundamentais sobre **Cuidados Paliativos**, à organização de serviços, à avaliação do paciente e à importância da comunicação na assistência. Na segunda parte, o foco é o *Controle de Sintomas*, especialmente a dor. Na terceira, as principais *Síndromes Clínicas*, como a caquexia, a anorexia e as hemorragias, são abordadas.

O capítulo seguinte traz informações sobre os *Procedimentos em Cuidados Paliativos*, entre eles a hipodermóclise, a cirurgia paliativa e ostomias. Na sequência, o livro apresenta dez artigos sobre o papel de cada participante em uma equipe multiprofissional de **Cuidados Paliativos** para garantir uma assistência de qualidade a pacientes, cuidadores e familiares.

A sexta parte foca no planejamento do cuidado e na assistência em domicílio. A sétima apresenta *Tópicos Especiais* como **Cuidados Paliativos** em pediatria, sedação paliativa e abordagem de pacientes portadores de AIDS. Por fim, a última parte é voltada para a *Assistência ao Fim da Vida,* com artigos sobre luto e aspectos da espiritualidade.

O impecável controle dos sintomas somado a uma resposta sensível ao sofrimento são os objetivos de todos que querem se dedicar com seriedade aos **Cui-**

dados Paliativos. O desejo da diretoria da ANCP é que este livro ajude todos os seus leitores nesta tarefa.

Boa leitura!

Abraços PaliAtivistas,

Roberto Bettega
Presidente (2010 – 2013)
Academia Nacional de Cuidados Paliativos

Prefácio

Vivemos em um cenário onde há um progressivo envelhecimento populacional, associado a um predomínio de doenças crônico-degenerativas de evolução lenta, a um crescente e constante aumento de novos casos de câncer, a números também impressionantes de infecção pelo vírus HIV, que geram de forma direta, comprometimento funcional e dependência.

Além destes fatores, há uma nova reorganização familiar, com mais pessoas morando solitariamente, que acompanham algumas mudanças sociais dos nossos tempos, onde permeiam o individualismo, racionalismo e falta de espiritualidade. Desta forma, ter uma doença que ameaça a vida pode resultar em um morrer lento, com muito sofrimento físico, mental, social e emocional.

Dentro deste contexto, os Cuidados Paliativos se inserem como uma medida extremamente necessária, com a certeira abordagem de promover a qualidade de vida, de prevenir e aliviar o sofrimento de indivíduos e de seus familiares diante de doenças que ameaçam a continuidade da existência. Entretanto, ainda pouco se educa em nosso país sobre estes cuidados. Muitos profissionais de saúde desconhecem técnicas de paliação e são escassas as publicações dirigidas para esta área de atuação.

Com a missão de garantir à nossa comunidade o acesso à compreensão a protocolos e orientações escritas por profissionais de muita experiência em paliativismo, a Academia Nacional de Cuidados Paliativos preparou este livro, que contribuirá como resultante final em um melhor cuidado de muitos indivíduos.

A Sociedade Brasileira para o Estudo da Dor sente-se honrada de ser parceira desta iniciativa, onde se preza a multidisciplinaridade e a integração de todos envolvidos na arte de cuidar.

João Batista Santos Garcia
Presidente (2011 – 2012)
Sociedade Brasileira para o Estudo da Dor

Autores

Adriana Colombani Pinto
Fonoaudióloga; membro da equipe multidisciplinar de Cuidados Paliativos da Santa Helena Assistência Médica do ABC; professora do Instituto de Estudos Avançados da Audição (IEAA).

Alini Maria Orathes Ponte Silva
Médica geriatra e de família e comunidade; especialização em geriatria pelo Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HC-FMUSP).

Ana Cláudia de Lima Quintana Arantes
Médica geriatra; presidente da Associação Casa do Cuidar; formação em Cuidados Paliativos pelo Instituto Pallium e pela Universidade de Oxford (Inglaterra).

Ariel de Freitas Quintão Américo
Médica anestesiologista; especialização em Acupuntura e Dor; formação em Cuidados Paliativos; membro da equipe dos Hospitais Mater Dei, Vera Cruz e Oncomed (MG).

Bianca Azoubel de Andrade
Fisioterapeuta; membro da equipe do Instituto da Criança do Hospital das Clínicas (FMUSP).

Célia Maria Kira
Médica; membro da equipe do Hospital Universitário (HU-USP); doutora pela FMUSP; formação em Cuidados Paliativos pelo Instituto Pallium Latinoamerica.

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

Cláudia Burlá
Médica geriatra; membro do Conselho Consultivo da Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP); membro da Câmara Técnica sobre a Terminalidade da Vida e Cuidados Paliativos do Conselho Federal de Medicina (CFM); membro da Academia de Medicina do Rio de Janeiro.

Cláudia Naylor
Médica e cirurgiã oncológica; diretora da Unidade de Cuidados Paliativos do Instituto Nacional do Câncer (INCA/HC IV); formação em Cuidados Paliativos no *St. Christopher's Hospice* (Inglaterra); *fellow* em Oncologia pela *Eisenhower Fellowships Program* (EUA).

Dalva Yukie Matsumoto
Médica oncologista; diretora da Academia Nacional de Cuidados Paliativos (2010-2013); coordenadora da Hospedaria de Cuidados Paliativos do Hospital do Servidor Público Municipal de São Paulo (HSPM-SP); diretora do Instituto Paliar.

Daniel Lima Azevedo
Médico geriatra; presidente da Comissão Permanente de Cuidados Paliativos da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (2012-2014); geriatra do Comando da Aeronáutica.

Daniel Neves Forte
Médico intensivista e clínico geral; doutor em Cuidados Paliativos em UTI pela FMUSP; médico assistente da UTI de Clínica Médica do Hospital das Clínicas (FMUSP); coordenador médico da equipe de Cuidados Paliativos do Hospital Sírio-Libanês.

Débora Genezini
Psicóloga; especialista em Psicologia Hospitalar; mestre em Gerontologia pela PUC-SP; membro do serviço de Cuidados Paliativos do Hospital Samaritano e docente do Instituto Paliar (SP).

Ednalda Maria Franck
Enfermeira; especialização em Gestão de Serviços, Enfermagem em Urgência e Emergência e Estomaterapia; membro do Grupo de Cuidados Paliativos do Hospital das Clínicas (FMUSP).

Elci Almeida Fernandes
Nutricionista e gerontóloga; mestre em Nutrição Humana Aplicada; membro da Divisão de Nutrição do Hospital das Clínicas (FMUSP); membro da equipe de Cuidados Paliativos do Serviço de Geriatria e Gerontologia da FMUSP.

Eleny Vassão de Paula Aitken
Capelã hospitalar; titular do Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo (HSPE/SP) e do Instituto de Infectologia Emílio Ribas; presidente da Associação das Capelanias Evangélicas Hospitalares (ACEH).

Eliete Farias Azevedo
Enfermeira da Unidade de Cuidados Paliativos do INCA/HC IV; especialista em Enfermagem em Oncologia pelo INCA; mestre em Ciências da Saúde pela EERP/USP.

Elisa Miranda Aires
Médica infectologista; ex-coordenadora da Equipe de Cuidados Paliativos do Instituto de Infectologia Emilio Ribas; formação em Dor e Cuidados Paliativos pela Santa Casa de Misericórdia de São Paulo.

Fabiana Tomie Becker de Carvalho Chino
Enfermeira; coordenadora de Enfermagem do Serviço de Cuidados Paliativos e Dor do Instituto do Câncer do Estado de São Paulo (ICESP); formação em Cuidados Paliativos pelo Instituto Pallium e pela Universidade de Oxford (Inglaterra).

Fabiola Peixoto Minson
Médica anestesiologista; diretora da Sociedade Brasileira para o Estudo da Dor (SBED); coordenadora da Equipe de Tratamento da Dor do Hospital Albert Einstein (SP).

Flávia Firmino
Enfermeira oncologista; membro da Unidade de Cuidados Paliativos do INCA/HC IV; professora assistente da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO).

Henrique Afonseca Parsons
Médico generalista e sanitarista; membro do Serviço de Cuidados Paliativos do Hospital Alvorada (SP); diretor do SABER MAIS Centro de Ensino e Pesquisa em Cuidados Paliativos do Grupo MAIS (SP).

Inês Tavares Vale e Melo
Médica anestesiologista; presidente da Regional Norte-Nordeste da Academia Nacional de Cuidados Paliativos; especialização na área de atuação em Dor; coordenadora do Serviço de Cuidados Paliativos do Hospital Regional UNIMED Fortaleza.

Ivanyse Pereira
Enfermeira; especialista em Assistência Domiciliar; coordenadora do Programa de Saúde da Família da Irmandade do Hospital da Santa Casa de Poços de Caldas (MG).

Ivone Bianchini de Oliveira
Assistente social; membro do Núcleo de Assistência Domiciliar Interdisciplinar (NADI) do Hospital das Clínicas (FMUSP).

João Batista Santos Garcia
Médico anestesiologista; presidente da Sociedade Brasileira para o Estudo da Dor (SBED – 2011-2012); professor doutor da Disciplina de Anestesiologia, Dor e Cuidados Paliativos da Universidade Federal do Maranhão (UFMA); responsável pelo Serviço de Dor do Hospital Universitário da UFMA e pelo Serviço de Dor do Instituto Maranhense de Oncologia.

José Eduardo de Siqueira
Médico; doutor em Medicina; presidente da Sociedade Brasileira de Bioética (2005-2007); membro do board de Diretores da International Association of Bioethics (IAB).

José Henrique Rodrigues Torres
Juiz de Direito; titular da Vara do Júri de Campinas; diretor da Escola Paulista de Magistratura (EPM); presidente do Conselho Executivo da Associação de Juízes para a Democracia (AJD); professor titular da Faculdade de Direito da PUC-Campinas.

José Oswaldo de Oliveira Júnior
Médico anestesiologista; diretor da SBED; professor adjunto da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Maranhão (UFMA); responsável pelo Ambulatório de Dor do Hospital Universitário (UFMA).

José Tadeu Tesseroli de Siqueira
Cirurgião-dentista; coordenador da Residência em Odontologia Hospitalar, área de Dor Orofacial, do HC-FMUSP; vice-presidente da Sociedade Brasileira para o Estudo da Dor (SBED).

Julieta Carriconde Fripp
Médica intensivista; presidente da Regional Sul da Academia Nacional de Cuidados Paliativos; mestre em Saúde Pública; coordenadora do Programa de Internação Domiciliar Interdisciplinar para Pacientes Oncológicos da Universidade Federal de Pelotas (PIDI/UFPel).

Lais Yassue Taquemori

Fonoaudióloga; membro da equipe do Programa de Atendimento Domiciliar do Hospital Universitário (HU-USP); aprimoramento em Neurolinguística em Fonoaudiologia pelo HC-FMUSP.

Leocir Pessini

Padre; presidente e provincial das Entidades Camilianas Brasileiras; professor de Pós-Graduação de Bioética do Centro Universitário São Camilo; membro da Câmara Técnica sobre a Terminalidade da Vida e Cuidados Paliativos do Conselho Federal de Medicina (CFM).

Leonardo de Oliveira Consolim

Médico geriatra; médico assistente do Núcleo Avançado de Cuidados Especiais do Instituto do Câncer do Estado de São Paulo (ICESP); diretor de ensino da Casa do Cuidar.

Letícia Andrade

Assistente social; membro da equipe do Ambulatório de Cuidados Paliativos e do Núcleo de Assistência Domiciliar Interdisciplinar (NADI), ambos do HC-FMUSP; especialista em Serviço Social Médico pelo HC-FMUSP; mestre e doutora em Serviço Social pela PUC-SP.

Levi Higino Jales Júnior

Médico clínico geral e acupunturista; presidente da Sociedade Norte Riograndense para o Estudo da Dor (Sonredrn/SBED).

Liliana Lourenço Jorge

Médica fisiatra; especialização em Acupuntura; membro da Equipe Multiprofissional do Hospital Premier; médica no Hospital Israelita Albert Einstein e do Instituto de Reabilitação Lucy Montoro.

Luana Viscardi Nunes

Psicóloga; psicanalista pelo Departamento de Formação em Psicanálise do Instituto Sedes Sapientiae; membro da equipe de Cuidados Paliativos do Hospital Samaritano (SP).

Luciana Regina Bertini Cabral

Médica geriatra; membro da equipe do Serviço de Cuidados Paliativos do Instituto do Câncer do Estado de São Paulo (ICESP).

Luis Alberto Saporetti

Médico geriatra; médico assistente do Serviço de Geriatria e Gerontologia e membro do Grupo de Cuidados Paliativos do HC-FMUSP; membro da Comissão Científica do Curso de Aperfeiçoamento em Cuidados Paliativos do Hospital Sírio-Libanês.

Luís Fernando Rodrigues

Médico; vice-presidente da Academia Nacional de Cuidados Paliativos (2010-2013); coordenador médico do Hospital São Judas Tadeu (Unidade de Cuidados Paliativos do Hospital do Câncer de Barretos/SP); membro da Comissão Diretiva da Associação Latino-Americana de Cuidados Paliativos (ALCP); doutorando do Programa de Cuidados Paliativos da Universidade de Lancaster (Inglaterra).

Maria de Fátima Abrantes Sachs

Psicóloga; membro do Centro de Desenvolvimento para Promoção do Envelhecimento Saudável (CEDPES/FMUSP).

Maria Fernanda Barbosa

Farmacêutica da Unidade de Cuidados Paliativos do INCA/HC IV; especialista em Farmácia Hospitalar em Oncologia pelo INCA; mestre em Saúde Pública pela ENSP/FIOCRUZ.

Maria Goretti Sales Maciel

Médica de família e comunidade; membro do Conselho Consultivo da ANCP; diretora do Serviço de Cuidados Paliativos do Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo (HSPE-SP); membro da Câmara Técnica sobre a Terminalidade da Vida e Cuidados Paliativos do Conselho Federal de Medicina (CFM); diretora do Instituto Paliar.

Maria Júlia Paes da Silva

Enfermeira psiquiátrica; professora titular da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (USP); membro do Grupo de Apoio ao Profissional e Paciente em Cuidados Paliativos (GRAPPACP/USP); coordenadora do Grupo de Práticas Alternativas e Complementares de Saúde (USP).

Marilia Bense Othero

Terapeuta ocupacional; membro do Conselho Executivo e coordenadora da Equipe de Saúde Mental do Grupo MAIS; coordenadora do Comitê de Terapia Ocupacional da Associação Brasileira de Linfoma e Leucemia (ABRALE); professora do Instituto Paliar.

Mirlane Guimarães de Melo Cardoso

Médica anestesiologista; diretora da Regional Norte-Nordeste da Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP); chefe do Serviço de Terapia da Dor e Cuidados Paliativos da Fundação Centro de Controle de Oncologia do Amazonas; professora adjunta de Farmacologia da Universidade Federal do Amazonas.

Mônica Cecília Bochetti Manna

Médica cirurgiã de Cabeça e Pescoço; mestre em Técnica Operatória e Cirurgia Experimental pela UNIFESP-EPM; médica da Hospedaria de Cuidados Paliativos do Hospital do Servidor Público Municipal de São Paulo (HSPM-SP); médica do Núcleo Avançado de Cuidados Especiais do ICESP.

Mônica Martins Trovo de Araújo

Enfermeira; doutora em Ciências pela Escola de Enfermagem da USP; docente do Centro Universitário São Camilo; pesquisadora na área de Cuidados Paliativos e comunicação.

Renato Rodrigues Camarão

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

Ricardo Tavares de Carvalho

Médico cardiologista e intensivista; diretor científico da Academia Nacional de Cuidados Paliativos (2010-2013); doutor em Ciências pela FMUSP; coordenador do Grupo de Cuidados Paliativos do HC/FMUSP; diretor do Instituto Paliar.

Rita de Cássia Deway Guimarães

Médica clínica geral; diretora da Regional Norte/Nordeste da ANCP; diretora do Núcleo Assistencial para Pessoas com Câncer (NASPEC/Salvador); médica da Assistência Multidisciplinar em Oncologia (AMO/Salvador).

Rita de Cássia Toledo Pinto

Enfermeira chefe do HC-FMUSP; mestre em Ciências pela FMUSP; especialização em Estomaterapia e em Cuidados Paliativos.

Roberto Bettega

Médico oncologista; presidente da Academia Nacional de Cuidados Paliativos (2010-2013); membro da Comissão Diretiva da Associação Latino-Americana de Cuidados Paliativos (ALCP); coordenador do Serviço de Oncologia Clínica e Medicina Paliativa do Hospital das Nações (PR).

Samira Alencar Yasukawa

Fisioterapeuta; membro da equipe do Instituto da Criança do Hospital das Clínicas (FMUSP); formação em Cuidados Paliativos pelo Instituto Pallium Latinoamerica.

Sara Krasilcic

Médica clínica geral; assistente do Serviço de Cuidados Paliativos do Hospital do Servidor Público Estadual (HSPE/SP); doutorado em Nefrologia pelo Hospital das Clínicas (FMUSP).

Sílvia Maria de Macedo Barbosa

Médica pediatra; membro do Conselho Consultivo da Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP); chefe da Unidade de Dor e Cuidados Paliativos do Instituto da Criança do HC-FMUSP; membro do Departamento de Medicina Paliativa da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP).

Sumatra Melo da Costa Pereira Jales

Cirurgiã-dentista; pós-graduação em Odontologia Hospitalar, área de Dor Orofacial, pelo HC-FMUSP; doutora em Ciências pela FMUSP; membro da Equipe de Dor Orofacial e da Divisão de Odontologia das Unidades Médicas e de Apoio do Instituto Central do HC-FMUSP.

Tânia Vannucci Vaz Guimarães

Médica geriatra e clínica geral; colaboradora do Serviço de Geriatria e Gerontologia do HC-FMUSP; membro da equipe de Cuidados Paliativos do Instituto do Câncer do Estado de São Paulo (ICESP).

Teresa Cristina da Silva dos Reis

Médica e cirurgiã oncológica; chefe da Divisão Técnico-Assistencial da Unidade de Cuidados Paliativos do INCA-HC IV.

Toshio Chiba

Médico geriatra; coordenador do Serviço de Cuidados Paliativos do ICESP; doutor em Patologia; formação em Cuidados Paliativos pela Oxford International Center for Palliative Care; diretor da Casa do Cuidar.

Veruska Menegatti Anastácio Hatanaka

Médica clínica geral; secretária-geral da Academia Nacional de Cuidados Paliativos (2010-2013); coordenadora, em São Paulo, dos cursos do Pallium Latinoamerica; médica assistente do Centro de Atendimento de Intercorrências Oncológicas do ICESP; médica assistente do Master Nursing Homecare (SP).

Parte 1

Introdução

Cuidados Paliativos: conceito, fundamentos e princípios

Dalva Yukie Matsumoto

Introdução

Temos assistido nas últimas décadas a um envelhecimento progressivo da população, assim como o aumento da prevalência do câncer e de outras doenças crônicas[1]. Em contrapartida, o avanço tecnológico alcançado principalmente a partir da segunda metade do século XX, associado ao desenvolvimento da terapêutica, fez com que muitas doenças mortais se transformassem em doenças crônicas, levando a longevidade dos portadores dessas doenças. No entanto, apesar dos esforços dos pesquisadores e do conhecimento acumulado, a morte continua sendo uma certeza, ameaçando o ideal de cura e preservação da vida, para o qual nós, profissionais da saúde, somos treinados.

Os pacientes "fora de possibilidade de cura" acumulam-se nos hospitais, recebendo invariavelmente assistência inadequada, quase sempre focada na tentativa de cura, utilizando métodos invasivos e de alta tecnologia. Essas abordagens, ora insuficientes, ora exageradas e desnecessárias, quase sempre ignoram o sofrimento e são incapazes, por falta de conhecimento adequado, de tratar os sintomas mais prevalentes, sendo o principal sintoma e o mais dramático, a dor. Não se trata de cultivar uma postura contrária à medicina tecnológica, mas questionar a "tecnolatria"[2] e refletirmos sobre a nossa conduta, diante da mortalidade humana, tentando o equilíbrio necessário entre o conhecimento científico e o humanismo, para resgatar a dignidade da vida e a possibilidade de se morrer em paz.

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

Breve história dos Cuidados Paliativos

O Cuidado Paliativo se confunde historicamente com o termo Hospice. Esta palavra data dos primórdios da era cristã quando estas instituições fizeram parte da disseminação do cristianismo pela Europa[4]. Hospices eram abrigos (hospedarias) destinados a receber e cuidar de peregrinos e viajantes, cujo relato mais antigo remonta ao século V, onde Fabíola, discípula de São Jerônimo, cuidava de viajantes vindos da Ásia, África e dos países do leste, no Hospício do Porto de Roma[5].

Várias instituições de caridade surgiram na Europa no século XVII abrigando pobres, órfãos e doentes. Esta prática se propagou com organizações religiosas católicas e protestantes, e no século XIX passaram a ter características de hospitais. As Irmãs de Caridade Irlandesas fundaram o "Our Lady's Hospice of Dying" em Dublin em 1879 e a Ordem de Irmã Mary Aikenheads abriu o "St Joseph's Hospice" em Londres em 1905[4].

O Movimento Hospice Moderno foi introduzido por uma inglesa com formação humanista e que se tornou médica, Dame Cicely Saunders. Em 1947 Cicely Saunders, formada recentemente como Assistente Social e em formação como enfermeira, conheceu um paciente judeu de 40 anos chamado David Tasma, proveniente do Gueto de Varsóvia. David recebera uma colostomia paliativa devido a um carcinoma retal inoperável. Cicely o visitou até sua morte, tendo com ele longas conversas. David Tasma deixou-lhe uma pequena quantia como herança, dizendo: "Eu serei uma janela na sua Casa". Este foi, segundo Cicely Saunders, o ponto de partida para o compromisso com uma nova forma de cuidar[4]. Dessa forma, em 1967 funda o "St. Christopher's Hospice", cuja estrutura não só permitiu a assistência aos doentes, mas o desenvolvimento de ensino e pesquisa, recebendo bolsistas de vários países[6]. Logo à sua entrada podemos ver a janela de David Tasma.

Cicely Saunders relata que a origem do Cuidado Paliativo moderno inclui o primeiro estudo sistemático de 1.100 pacientes com câncer avançado cuidados no St. Joseph's Hospice entre 1958 e 1965. Um estudo descritivo, qualitativo foi baseado em anotações clínicas e gravações de relatos de pacientes. Este estudo mostrou o efetivo alívio da dor quando os pacientes foram submetidos a esquema de administração regular de drogas analgésicas em contrapartida de quando recebiam analgésicos "se necessário". Este trabalho publicado por Robert Twycross nos anos 1970 põe por terra mitos sobre os opiáceos. Foram mostradas evidências que os opiáceos não causavam adição nos pacientes com câncer avançado e que a oferta regular destes medicamentos não causavam maiores problemas de tolerância. O que se ouvia nos relatos dos pacientes era alívio real da dor[4].

Profissionais de outros países, principalmente dos Estados Unidos e Canadá após período de experiência no St. Christopher's Hospice, levaram a prática dos

Cuidados Paliativos para seus países de origem. Na década de 1970, o encontro de Cicely Saunders com Elisabeth Klüber-Ross nos Estados Unidos fez com que o movimento Hospice também crescesse naquele país.

Em 1982 o Comitê de Câncer da Organização Mundial de Saúde-OMS criou um grupo de trabalho para definir políticas para o alívio da dor e cuidados do tipo Hospice para pacientes com câncer, e que fossem recomendados em todos os países. O termo Cuidados Paliativos, já utilizado no Canadá, passou a ser adotado pela OMS devido à dificuldade de tradução adequada do termo Hospice em alguns idiomas[7].

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

Filosofia e fundamentos éticos dos Cuidados Paliativos

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

Dr. Robert Twycross fala sobre a dificuldade do médico em dizer a verdade ao paciente, quando esta verdade *desnuda a terminalidade da vida e a ausência de perspectiva de cura. Coloca-se em jogo o seu próprio medo da morte e as pressões culturais associadas*. Fica a ideia de que, *com a verdade dolorosa, podemos destruir a esperança e levar o paciente irreversivelmente ao desespero e à depressão*. Conclui que *a mentira e a evasão são o que realmente isolam o paciente atrás de um muro de palavras ou no silêncio que impede a adesão terapêutica e de compartilhar seus medos, angústias e preocupações*. Enfatiza que *devemos ter o compromisso da abertura e da honestidade e que o primeiro desafio ético do médico seria equipar a si mesmo de boas habilidades de comunicação e sensibilidade*[8].

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

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

Conceito de Cuidado Paliativo

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

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

Princípios dos Cuidados Paliativos

Os Cuidados Paliativos baseiam-se em conhecimentos inerentes às diversas especialidades, possibilidades de intervenção clínica e terapêutica nas diversas áreas de conhecimento da ciência médica[6] e de conhecimentos específicos. A OMS em 1986 publicou princípios que regem a atuação da equipe multiprofissional de Cuidados Paliativos. Estes princípios foram reafirmados na sua revisão em 2002:

1. Promover o alívio da dor e outros sintomas desagradáveis

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

2. Afirmar a vida e considerar a morte como um processo normal da vida

Bernard Lown em seu livro "A arte perdida de curar" afirma: "As escolas de medicina e o estágio nos hospitais os preparam (os futuros médicos) para tornarem-se oficiais-maiores da Ciência e gerentes de biotecnologias complexas. Muito pouco se ensina sobre a arte de ser médico. Os médicos aprendem pouquíssimo a lidar com moribundos... A realidade mais fundamental é que houve uma revolução biotecnológica que possibilita o prolongamento interminável do morrer"[9].

O Cuidado Paliativo resgata a possibilidade da morte como um evento natural e esperado na presença de doença ameaçadora da vida, colocando ênfase na vida que ainda pode ser vivida.

3. Não acelerar nem adiar a morte

Enfatiza-se desta forma que Cuidado Paliativo nada tem a ver com eutanásia, como muitos ainda querem entender. Esta relação ainda causa decisões equivocadas quanto à realização de intervenções desnecessárias e a enorme dificuldade em prognosticar paciente portador de doença progressiva e incurável e definir a linha tênue e delicada do *fazer* e do *não fazer*. Um diagnóstico objetivo e bem embasado, o conhecimento da história natural da doença, um acompanhamento ativo, acolhedor e respeitoso e uma relação empática com o paciente e seus familiares nos ajudarão nas decisões. Desta forma erraremos menos e nos sentiremos mais seguros.

4. Integrar os aspectos psicológicos e espirituais no cuidado ao paciente

A doença, principalmente aquela que ameaça a continuidade da vida, costuma trazer uma série de perdas, com as quais o paciente e família são obrigados a conviver, quase sempre sem estarem preparados para isto. As perdas da autonomia, da autoimagem, da segurança, da capacidade física, do respeito, sem falar das perdas concretas, materiais, como de emprego, de poder aquisitivo e consequentemente de *status* social, podem trazer angústia, depressão e desesperança, interferindo objetivamente na evolução da doença, na intensidade e frequência dos sintomas que podem apresentar maior dificuldade de controle. A abordagem desses aspectos sob a ótica da psicologia se faz fundamental. A novidade é a possibilidade de abordá-los também sob o ponto de vista da espiritualidade, que se confundem e se sobrepõem invariavelmente à questão religiosa. Noventa e cinco por cento dos americanos creem numa *força superior* e 93% gostariam que seus médicos abordassem essas questões, se ficassem gravemente enfermos[10]. Segundo Saporetti[10], "espírito, do latim 'spiritus' significa sopro e se refere a algo que

dá ao corpo sua dimensão imaterial, oculta, divina ou sobrenatural que anima a matéria. O espírito conecta o ser humano à sua dimensão divina ou transcendente". É mais este aspecto, o da transcendência, do significado da vida, aliado ou não à religião, que devemos estar preparados para abordar. Sempre lembrando que o sujeito é o paciente, sua crença, seus princípios.

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

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

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

Nunca estamos completamente sós. O ser humano é por natureza um ser gregário. Todo o núcleo familiar e social do paciente também "adoece". Segundo Dra. Maria Helena Pereira Franco[11], "a unidade de cuidados paciente-família se coloca como una e específica ao mesmo tempo. A célula de identidade do ser humano é a família, respeitadas todas as condições que fazem dela um universo cultural próprio, muitas vezes distante ou até mesmo alheio ao universo cultural dos profissionais da saúde". A família, tanto a biológica como a adquirida (amigos, parceiros, etc.), pode e deve ser nossa parceira e colaboradora. Essas pessoas conhecem melhor do que nós o paciente, suas necessidades, suas peculiaridades, seus desejos e angústias, muitas vezes não verbalizados pelo próprio paciente. Da mesma forma, essas pessoas também sofrem e seu sofrimento deve ser acolhido e paliado.

7. Abordagem multiprofissional para focar as necessidades dos pacientes e seus familiares, incluindo acompanhamento no luto

Na prática do cuidado ao paciente, frequentemente iremos nos deparar com inúmeros fatores que atuarão concomitantemente na modificação da resposta terapêutica medicamentosa, na evolução da própria doença e na relação com o paciente e a família. A integração sugerida pelo Cuidado Paliativo é uma forma de

observarmos o paciente sob todas as suas dimensões e a importância de todos estes aspectos na composição do seu perfil para elaborarmos uma proposta de abordagem. Ignorar qualquer dessas dimensões significará uma avaliação incompleta e consequentemente uma abordagem menos efetiva e eficaz dos sintomas. O sujeito da ação é sempre o paciente, respeitado na sua autonomia. Incluir a família no processo do cuidar compreende estender o cuidado no luto, que pode e deve ser realizado por toda a equipe e não somente pelo psicólogo. A equipe multiprofissional com seus múltiplos "olhares" e percepção individual pode realizar este trabalho de forma abragente.

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

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

9. Deve ser iniciado o mais precocemente possível, juntamente com outras medidas de prolongamento da vida, como a quimioterapia e a radioterapia e incluir todas as investigações necessárias para melhor compreender e controlar situações clínicas estressantes

Pela própria definição de Cuidados Paliativos da OMS, esses devem ser iniciados desde o diagnóstico da doença potencialmente mortal. Desta forma iremos cuidar do paciente em diferentes momentos da evolução da sua doença, portanto não devemos privá-lo dos recursos diagnósticos e terapêuticos que o conhecimento médico pode oferecer. Devemos utilizá-los de forma hierarquizada, levando-se em consideração os benefícios que podem trazer e os malefícios que devem ser evitados[7].

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

O Cuidado Paliativo no Brasil

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

Referências

1. MONTEIRO, M. G. F. *Transição demográfica e seus efeitos sobre a saúde da população*. In. BARATA, R. B., BARRETO, M. L., ALMEIDA FILHO, N.,VERAS, R. P. Equidade e Saúde: *Contribuições da Epidemiologia*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/ABRASCO, 1997.

2. PESSINI, L. Distanásia: *até quando investir sem agredir*? Bioética 4, p. 31-43, 1996.

3. GALRIÇA NETO I. *Pequeno Manual Básico de Cuidados Paliativos* – Região de Saúde de Lisboa.

4. SAUNDERS, D. C. Introduction Sykes N., Edmonds P.,Wiles J. "Management of Advanced Disease" 2004, p. 3-8.

5. CORTES, C. C. *Historia y desarrollo de los cuidados paliativos*. In: Marcos G. S., ed. Cuidados paliativos e intervención psicossocial em enfermos com câncer. Las palmas: ICEPS; 1988.

6. PESSINI, L. Cuidados paliativos: *alguns aspectos conceituais, biográficos e éticos*. Prática Hospitalar, 2005; (41), p. 107-112.

7. MACIEL, M. G. S. *Definições e princípios*. Cuidado paliativo, CREMESP, 2008; (1-I), p. 18-21.

8. TWYCROSS, R. Medicina Paliativa: *Filosofia e considerações éticas*. Acta bioética, ano VI, nº 1.2000.

9. SIQUEIRA, J. E. *Doente terminal*. Cadernos de bioética do CREMESP. Ano 1 vol. 1. 2005.

10. SAPORETTI, L. A. *Espiritualidade em Cuidados Paliativos*. Cuidado paliativo, CREMESP, 2008; (4-I), p. 522-523.

11. FRANCO, M. H. P. *Multidisciplinaridade e interdisciplinaridade-psicologia*. Cuidado paliativo, CREMESP, 2008(1-III) 74-76.

Avaliação do paciente em Cuidados Paliativos

Maria Goretti Sales Maciel

Introdução

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

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

É por esta questão que há necessidade de uma prática altamente individualizada. Medicina Paliativa não é Medicina de Protocolos Clínicos, mas uma Medicina de Princípios.

E como tal deve partir do princípio que a melhor ferramenta para a boa paliação de sintomas é a avaliação do paciente.

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

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

A conclusão do caso clínico deve resumir os principais fatos da internação quando for o caso, estabelecer um plano de cuidados que contemple as necessida-

des do doente nas próximas semanas, até a próxima visita ou consulta. No caso do óbito, deve constar o relato sucinto das últimas horas de vida.

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

Dados biográficos

Deve conter:

- Nome e forma como gosta de ser chamado.
- Sexo e idade.
- Estado marital, filhos e netos, se os tiver.
- Trabalho que realizou por mais tempo ou com o qual mais se identificou.
- Local de nascimento e região de moradia.
- Com quem mora e quem cuida a maior parte do tempo.
- Religião e crenças.
- O que gosta de fazer.
- O que sabe sobre sua doença – e o quanto quer saber.

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

Exemplo:

Maria de Fátima (Fátima), 56 anos, casada por 25 anos e divorciada há 5. Três filhas (29, 25 e 20 anos) e duas netas (5 e 3 anos). Professora do ensino fundamental, aposentada há 2 anos. Gosta de cozinhar e cuidar das netas. Nasceu em Minas, mora na Aclimação com as duas filhas mais novas, é católica praticante e muito religiosa. Sabe de sua doença e da gravidade, mas tem fé na possibilidade de cura.

Cronologia da doença atual e tratamentos realizados

Trata-se do registro da doença de base, com a época (mês e ano) do diagnóstico e tratamento realizado na mesma época.

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

Registrar também outras complicações relacionadas ao quadro principal da mesma forma e os diagnósticos não relacionados à doença em questão ou preexistentes.

Exemplo:

- Câncer de Mama – outubro/1998 – Mastectomia + Radioterapia + Quimioterapia.

- Metástase óssea – maio/2007 – Radioterapia.
- Metástase pulmonar e pleural – setembro/2008 – Quimioterapia, pleurodese.
- Metástase SNC atual – Neurocirurgia + Radioterapia finalizada há 1 semana.
- Trombose Venosa Profunda de MID – janeiro 2009 – anticoagulantes.
- Outros: Hipertensão leve, controlada.

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

Avaliação funcional

Avaliação funcional em Cuidados Paliativos é fundamental para a vigilância da curva evolutiva da doença e se constitui em elemento valioso na tomada de decisões, previsão de prognóstico e diagnóstico da terminalidade.

Existem algumas escalas de avaliação funcional que podem ser usadas em Cuidados Paliativos. Os serviços de oncologia costumam usar a escala de Karnofsky, elaborada nos anos de 1940. A escala de Karnofsky ainda é muito usada em Oncologia para a tomada de decisões[1, 2].

Em 1996 o Victoria Hospice, no Canadá, desenvolveu um instrumento de avaliação de performance, baseado no Karnofsky e adaptado aos Cuidados Paliativos. Trata-se da "*Palliative Performance Scale"* – PPS. Em 2002, aperfeiçoou a escala, agregando um texto de instruções e definições[3,4].

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

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

A tradução oficial para o português está sendo desenvolvida por profissionais da ANCP, em São Paulo. A figura 1 mostra a tradução preliminar Brasileira.

O PPS tem sido usado na tomada de decisões em Cuidados Paliativos e parece ter algum valor prognóstico, quando associado a outros sintomas como edema, *delirium*, dispneia e baixa ingesta alimentar[5, 6, 7, 8].

Figura 1 - Palliative Performance Scale - PPS:

%	**Deambulação**	**Atividade e evidência da doença**	**Autocuidado**	**Ingesta**	**Nível da Consciência**
100	Completa	Atividade normal e trabalho; sem evidência de doença	Completo	Normal	Completa

90	Completa	Atividade normal e trabalho; alguma evidência de doença	Completo	Normal	Completa
80	Completa	Atividade normal com esforço; alguma evidência de doença	Completo	Normal ou reduzida	Completa
70	Reduzida	Incapaz para o trabalho; Doença significativa	Completo	Normal ou reduzida	Completa
60	Reduzida	Incapaz para os hobbies/ trabalho doméstico. Doença significativa	Assistência ocasional.	Normal ou reduzida	Completa ou períodos de confusão
50	Maior parte do tempo sentado ou deitado	Incapacitado para qualquer trabalho. Doença extensa	Assistência considerável	Normal ou reduzida	Completa ou períodos de confusão
40	Maior parte do tempo acamado	Incapaz para a maioria das atividades. Doença extensa	Assistência quase completa	Normal ou reduzida	Completa ou sonolência. +/- confusão
30	Totalmente acamado	Incapaz para qualquer atividade. Doença extensa	Dependência completa	Normal ou Reduzida	Completa ou sonolência. +/- confusão
20	Totalmente acamado	Incapaz para qualquer atividade. Doença extensa	Dependência completa	Mínima a pequenos goles	Completa ou sonolência. +/- confusão
10	Totalmente acamado	Incapaz para qualquer atividade. Doença extensa	Dependência completa	Cuidados com a boca	Sonolência ou coma. +/- confusão
0	Morte	-	-	-	-

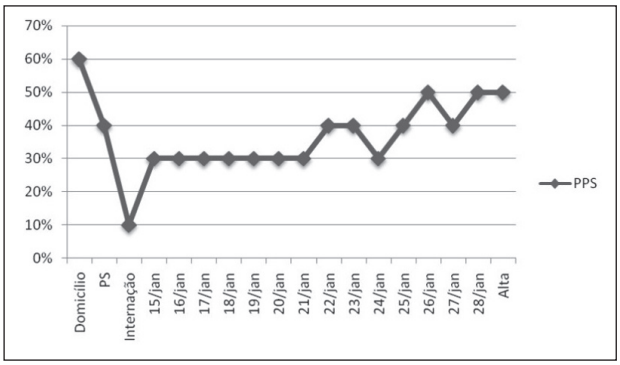
Fonte: Victoria Hospice Society. J Pall Care 9 (4): 26-32. Tradução oficial, com referência no link: http:www.victoriahospice.org/sites/default/files/pps_portuguese.pd.pdf.

A construção de um gráfico diário a partir dos registros do PPS tem ajudado na compreensão da evolução da doença em pacientes internados na Enfermaria de Cuidados Paliativos do HSPE desde o início de janeiro de 2009.

Exemplo:

O Sr. AS, 89 anos, com diagnóstico de Carcinoma Espinocelular de esôfago, era acompanhado no domicílio e o último registro de PPS era de 60% em 4 de janeiro, uma semana antes da internação hospitalar, que durou 19 dias. No pronto-socorro, em 12/01, a queixa inicial era de confusão e sonolência e PPS de 40%, atribuído inicialmente à infecção do trato urinário. No primeiro dia na enfermaria, fez quadro de *delirium* agitado, seguido de torpor, caindo o PPS para 10%. O diagnóstico definitivo foi de hipercalcemia. Iniciado o tratamento, houve resposta razoável, elevando o PPS a 30%. Após 7 dias de tratamento e ajustes terapêuticos, começa a recuperar desempenho funcional e retorna a 50%, patamar ideal para alta hospitalar, em 29 de janeiro. Ver gráfico 1.

Gráfico 1 - PPS diário, paciente AS, 89 anos, CEC esôfago.



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

Avaliações de sintomas

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

A escala de avaliação de sintomas desenvolvida em Edmonton no Canadá – ESAS é um instrumento valioso nesta tarefa. Consiste num pequeno questionário com nove sintomas determinados e um décimo, de livre escolha do paciente, que passará a ser registrado diariamente. A cada sintoma solicita-se ao paciente que atribua uma nota de zero a dez, sendo zero a ausência do sintoma e dez a sua maior intensidade. O profissional deve se manter imparcial e permitir que o paciente expresse a sua própria avaliação. O ESAS inclui sintomas objetivos e subjetivos. Na impossibilidade de o paciente estabelecer uma comunicação coerente

(dementados, por exemplo), a ESAS pode ser preenchida por seu cuidador com base na observação cuidadosa do seu comportamento e, neste caso, os sintomas subjetivos (cansaço, depressão, ansiedade e bem-estar) devem ser deixados em branco[9,10,11,12].

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

O ESAS deve ser avaliado criteriosamente todos os dias e ser usado como plataforma para as ações necessárias para o alívio de sintomas, usando-se todos os recursos necessários para este fim. Figura 2.

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

Figura 2 - Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton – ESAS

Avaliação de sintomas	
Paciente:	Registro:
Preenchido por:	Data:
Por favor circule o nº. que melhor descreve a intensidade dos seguintes sintomas neste momento. (Também se pode perguntar a média durante as últimas 24 horas)	
Sem DOR =	0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10 = Pior dor possível
Sem Cansaço =	0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10 = Pior cansaço possível
Sem Náusea =	0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10 = Pior náusea possível
Sem Depressão =	0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10 = Pior depressão possível
Sem Ansiedade =	0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10 = Pior ansiedade possível
Sem Sonolência =	0 –1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10 = Pior sonolência possível
Muito Bom Apetite =	0 –1 – 2 –3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10 = Pior apetite possível
Sem Falta de Ar =	0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10 = Pior falta de ar possível
Melhor sensação de =	0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10 = Pior sensação de bem estar possível
Outro problema =	0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10 =

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

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

Exame físico, exames complementares e avaliações de especialistas

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

Significa que nenhum exame clínico, coleta de exames ou outra forma de investigação deve ser realizada se não tiver por objetivo a compreensão necessária ao alívio de um sintoma ou ao controle de situação potencialmente reversível.

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

Decisões terapêuticas

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

- Medicamentos e doses.
- Início ou suspensão de medidas.
- Solicitações de exames e avaliações.
- Necessidades de intervenções psíquicas.
- Necessidades sociais.
- Intervenções realizadas ou solicitadas com a família.
- Necessidades espirituais.
- Efeito esperado das ações.

Impressão e prognóstico

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

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

- Horas a dias (pacientes com perfil de últimas 48 horas)
- Dias a semanas (perfil de últimas semanas de vida)
- Semanas a meses (habitualmente até 6 meses de expectativa)
- Meses a anos (para expectativas superiores a seis meses).

Plano de cuidados

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

O plano de cuidados deve ser claro o bastante para que o tratamento proposto possa ser continuado por toda a rede assistencial, inclusive em unidades de emergência e hospitais gerais onde o paciente poderá ser atendido por outras equipes.

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

Exemplo:

- Manter curativos das feridas com metronidazol tópico;
- Vigiar capacidade de degluitição;
- Vigiar sintomas de hipercalcemia;
- Atenção à filha mais nova e netas;
- Providenciar isenção de transporte para a filha cuid adora.

Figura 3 - Plano de Cuidados

SERVIÇO DE CUIDADOS PALIATIVOS	**PLANO DE CUIDADOS**
NOME:	Idade: Sexo: Prontuário:
Cuidador:	
Médico: CRM:	Nº CP: Data:
Diagnósticos:	PPS inicial: PPS atual:
1	
2	
3	
4	
5	
6	
ESAS: Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton	Medicamentos:
DOR = 0.1.2.3.4.5.6.7.8.9.10	1.
FADIGA = 0.1.2.3.4.5.6.7.8.9.10	2.
NÁUSEA = 0.1.2.3.4.5.6.7.8.9.10	3.
DEPRESSÃO = 0.1.2.3.4.5.6.7.8.9.10	4.
ANSIEDADE = 0.1.2.3.4.5.6.7.8.9.10	5.
SONOLÊNCIA = 0.1.2.3.4.5.6.7.8.9.10	6.
FALTA de APETITE = 0.1.2.3.4.5.6.7.8.9.10	7.
FALTA de AR = 0.1.2.3.4.5.6.7.8.9.10	8.
MAL-ESTAR = 0.1.2.3.4.5.6.7.8.9.10	9.
Outro sintoma = 0.1.2.3.4.5.6.7.8.9.10	10.

Recomendações:	
Retorno: Profissional:	

Sugestão de impressos

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

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

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

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

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

Referências

1. O'TOOLE, D.M., GOLDEN, A.M. *Evaluating cancer patients for rehabilitation potential*. West J Med.1991;155:384-387.Oxford Textbook of Palliative Medicine, Oxford University Press.1993, p. 109.

2. SCHAG, C.C., HEINRICH, R.L., GANZ, P.A. Karnofsky performance status revisited: *Reliability, validity, and guidelines*. J Clin Oncology. 1984; 2:187-193.

3. ANDERSON, F., DOWNING, M.G., HILL, J., CASORSO, L. Lerch N. Palliative performance scale (PPS): *a new tool*. J Palliat Care, 1996;12(1):5e11.

4. VICTORIA HOSPICE SOCIETY. Palliative Performance Scale (PPSv2). Vol. 2004: Victoria Hospice Society; 2001.

5. HEAD, B., RITCHIE, C. S., SMOOT, T. N. Prognostication in Hospice Care: *Can the Palliative Performance Scale Help*? Journal of palliative Medicine, Volume 8, Number 3, 2005; p. 492-502.

6. LAU, F. et all. *Using the Palliative performance Scale to Provide Meaningful Survival Estimates*. Journal of Pain and Symptom Manegement, in press, 2009.

7. MORITA, T., TSUNODA, J., INOUE, S., CHIHARA, S. *Validity of the palliative performance scale from a performance scale from a survival perspective*. J Pain Symptom Manage 1999; 18 (1):2–3 [letter].

8. VIRIK, K., GLARE, P. *Validation of the palliative performance scale for inpatients admitted to a palliative care unit in Sydney, Australia*. J Pain Symptom Manage 2002; 23 (6):455–457.

9. BRUERA, E., KUEHN, N., MILLER, M.J., SELMSER, P., MACMILLAN, K. The Edmonton Symptom Assessment System (ESAS): a simple method of the assessment of palliative care patients. *Journal of Palliative Care* 1991; 7:6-9.

10. BRUERA, E., MACDONALD, S. Audit methods: *the Edmonton symptom assessment*. In: Higginson I, editor. Clinical Audit in Palliative Care. Oxford: Radcliffe Medical Press, 1993, p. 61-77.

11. Capital Health.Guidelines for using Edmonton Symptom Assessment System – ESAS. Capital Health, PDF, 2001.

12. CHANG, V. T., HWANG, S. S., FEUERRMAN, M. Validation of the Edmonton Symptom Assessment Scale. *Cancer* 2000 May 1; 88 (9): 2164-71.

Diagnóstico e abordagem do sofrimento humano

Luis Alberto Saporetti
Letícia Andrade
Maria de Fátima Abrantes Sachs
Tânia Vanucci Vaz Guimarães

Introdução

O objetivo principal do Cuidado Paliativo é "a melhora da qualidade de vida de pacientes e familiares" e é realizado através "da prevenção e alívio de sofrimento físico, psíquico, social e espiritual"[1]. Desse modo, um diagnóstico adequado do sofrimento e suas causas é imprescindível para o adequado manejo no Cuidado Paliativo. Mesmo profissionais treinados na área percebem a dificuldade de analisar, abordar e integrar as diferentes facetas do ser humano, em especial diante da finitude. Considerando a complexidade das demandas apresentadas por pacientes e familiares em situações de fim de vida, torna-se necessária a definição de uma estratégia completa e focada no alívio e prevenção do sofrimento em suas diversas dimensões. O presente capítulo discutirá a abordagem desse tema através de um modelo didático de discussão multidisciplinar de casos, desenvolvido em nosso serviço, abordando as esferas física, social, psíquica e espiritual.

O diagrama de abordagem multidimensional (DAM)[2]

Diante do desafio de abordar os vários aspectos do sofrimento humano e manter o foco em objetivos claros que possam aliviar e preparar o paciente e sua família durante o processo de morte, nasceu a proposta de um diagrama capaz de sistematizar o raciocínio da equipe. Assim, no final de 2008 nossa equipe reuniu-se por diversas vezes na busca de um esquema que facilitasse o raciocínio, aprendizado e o ensino em Cuidados Paliativos. Na época, o Ambulatório de Cuidados Paliativos corria risco de desaparecer e muitas inseguranças surgiam a respeito da evolução do nosso trabalho. Desse modo a necessidade de um fruto que tornasse aqueles anos de trabalho significativo era imperiosa. Foi nessa terra fértil da insegurança diante do fim que surgiu o DAM. (figura 1)

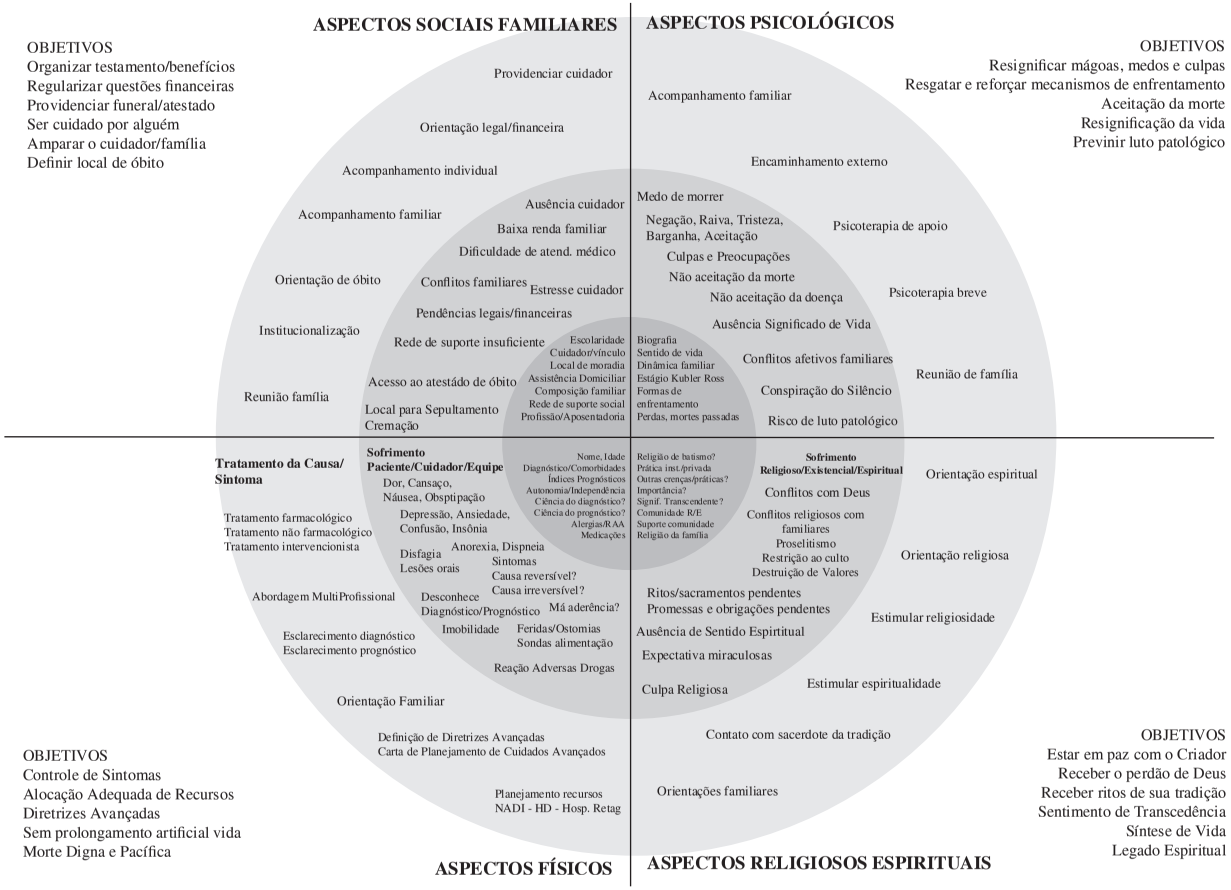


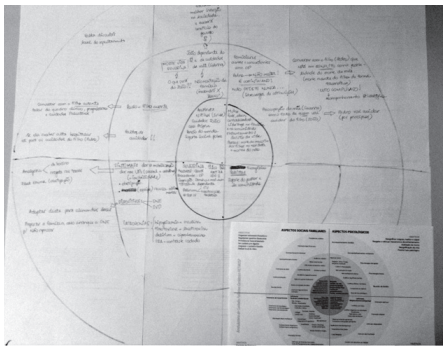
Figura 1 - Diagrama de Avaliação Multidimensional

Percebemos o Ser Humano como uma unidade indivisível, mas que para nosso melhor entendimento pode ser analisado em várias dimensões, a saber: a dimensão física, familiar/social, psíquica e espiritual. O Diagrama está dividido em quatro quadrantes, onde no centro estão as características do paciente nas respectivas dimensões. O centro de nossa análise é o paciente e a esfera a ser percebida a seguir é a do seu sofrimento. Nesse momento é importante notar que o sofrimento pode ser atual, devendo ser aliviado; ou futuro, devendo ser prevenido. Outro aspecto a ser ressaltado é que nem sempre o sofrimento é do paciente, mas sim projeção do sofrimento da família e até mesmo da equipe. A esfera a seguir compreende as atitudes a serem tomadas diante dos sofrimentos identificados. Usamos o termo "atitudes", pois não são, necessariamente, condutas ativas a serem realizadas, mas atitudes ativas e passivas que facilitam o alívio. Por exemplo, a simples presença tranquila do profissional junto ao leito de morte é uma atitude que pode aliviar o sofrimento de todos. Na parte externa do diagrama encontram-se objetivos a serem perseguidos, os quais nem sempre poderão ser atingidos devido a uma série de circunstâncias. Nossa equipe considerou esses objetivos como mais importantes, no entanto uma análise crítica do significado de cada item deve ser realizada. Por exemplo, um dos objetivos da dimensão física é atingir uma Morte Digna e Pacífica, o que não necessariamente significa morrer em casa. A morte digna será aquela que traz ao paciente e sua família uma noção de sentido e ela será pacífica toda vez que for aceita. Desse modo, os objetivos projetam-se para além das esferas por se tratarem de sonhos daquilo que consideramos uma boa morte. O DAM não é um protocolo a ser preenchido, mas sim uma forma de raciocínio sujeito a constantes aprimoramentos e ajustes.

Durante uma discussão multiprofissional de caso, definimos inicialmente nosso paciente preenchendo a esfera central com seus dados, a segunda esfera com seus respectivos sofrimentos e por fim as atitudes da equipe. Dessa forma podemos notar facilmente o quanto determinados sofrimentos se refletem em outras dimensões e diferenciar aspectos que ficam "misturados" levando a equipe a atitudes não produtivas. Tratar a "dor da alma" com antidepressivos e/ou neurolépticos pode não ser uma estratégia adequada e inclusive causar dano ao paciente, do mesmo modo que introduzir alimentação artificial baseado nas angústias da família e/ou do profissional sem dúvida alguma poderá causar sofrimento.

O DAM é uma ferramenta que amplia a dimensão das discussões em Cuidados Paliativos por ser uma forma visual e interativa. Em nossas discussões utilizamos uma folha grande de papel com os círculos e quadrantes em branco sobre uma mesa. A equipe interdisciplinar permanece ao redor e os espaços são preenchidos ao longo da discussão, (Fig. 2).

Figura 2 - Preenchimento dos campos durante discussão de caso.



DAM (dimensão física)

No quadrante físico, traçamos um projeto terapêutico para o acompanhamento clínico do paciente e sua família durante o processo de adoecimento e morte. Os objetivos deste quadrante são: controle de sintomas, manutenção de funcionalidade, alocação adequada de recursos, definição de diretrizes avançadas, não prolongamento artificial de vida, além de uma morte digna e pacífica. Antes de discutir o processo para se alcançar tais objetivos, deve-se salientar que estes devem ser buscados à luz das necessidades e desejos do paciente e seus familiares. Ou seja, o que se considera alocação adequada de recursos, bem como a definição de morte digna e pacífica pode ser completamente diferente de um paciente para o outro, sendo imprescindível a individualização de cada caso. Após comunicação adequada entre paciente, família e equipe, deve-se, em conjunto, traçar quais os objetivos do tratamento proposto.

A comunicação é um aspecto extremamente relevante na abordagem em Cuidados Paliativos, já que pode auxiliar em um desfecho tranquilo para paciente e família. Sugere-se que os passos dados em cada consulta sejam bem documentados em prontuário médico, para facilitar o acesso de toda a equipe e garantir a segurança das informações.

Esfera central: identificação do paciente

De acordo com a proposta do Diagrama de Avaliação Multidimensional, inicia-se sempre na esfera central, com a anamnese, identificação do paciente, diagnósticos e comorbidades, funcionalidade (Escala de Karnofsky – KPS; ECOG) autonomia, índices prognósticos (Palliative Prognostic Index – PPI), ciência do diagnóstico e do prognóstico pelo paciente e sua família, uso de medicações e antecedente de alergias e reações adversas a drogas.

Esfera de reconhecimento dos sofrimentos

Na esfera seguinte, buscam-se os sofrimentos presentes e futuros do paciente/família/equipe e suas possíveis causas. Este é um passo fundamental da abordagem de Cuidados Paliativos: toda atitude a ser tomada tem o objetivo de controlar ou prevenir algum sofrimento. Cabe ressaltar a pergunta: "QUEM ESTÁ SOFRENDO?", pois a não separação dos sofrimentos do paciente, dos sofrimentos da família e da equipe geram atitudes que podem prejudicar, prolongar e aumentar o sofrimento do paciente e até mesmo de todos. Os profissionais "projetam" sobre o caso suas inseguranças e angústias, assim como a família.

A conduta da equipe nesta esfera é de **busca ativa** de sinais e sintomas, já que muitos pacientes e familiares acreditam que alguns sofrimentos são inerentes à doença ou idade e não podem ser aliviados ou resolvidos. Sinais e sintomas como dor, náusea/vômito, obstipação, anorexia, dispneia, ansiedade, depressão, agitação, insônia, confusão, fadiga, disfagia, lesões orais, úlceras de pressão, e imobilidade devem ser avaliados quanto a possíveis causas, se são primários a doença em questão ou secundários a outros fatores, se são reversíveis ou não. Muitas vezes, necessitaremos de investigação laboratorial ou radiológica para melhor elucidação. Ao contrário do que habitualmente se pensa, em Cuidados Paliativos o diagnóstico adequado é, na maioria das vezes, a melhor forma de conduzir um sintoma.

Esfera das atitudes da equipe

A última esfera foca nas condutas frente aos problemas levantados anteriormente. Uma vez que existam causas identificadas para o sofrimento, elas devem ser tratadas e revertidas sempre que tal conduta seja viável e não traga mais sofrimento e risco ao paciente. Se não houver causas identificáveis ou o seu tratamento seja inadequado frente a uma condição de priorização de conforto, buscam-se todas as medidas para o controle deste sintoma. A proporcionalidade dos tratamentos deve ser avaliada em conjunto com paciente e/ou família, levando-se em conta a fase da doença, status funcional do paciente e busca de qualidade de vida. A abordagem multiprofissional, através de técnicas não farmacológicas, são atitudes eficazes e de baixo risco a serem utilizadas.

Em momento oportuno, é fundamental a discussão com paciente e/ou família sobre diretrizes avançadas, que são medidas de suporte avançado de manutenção de vida, como intubação orotraqueal, reanimação, diálise, UTI. Devem-se abordar estas medidas na intenção de esclarecer ao paciente e/ou família as indicações dos procedimentos, possíveis sofrimentos causados pelos mesmos, além da possibilidade de prolongamento da vida sem qualidade. Após discussão das medidas avan-

çadas com paciente e/ou família e equipe, sugere-se a realização de um relatório médico contendo diagnóstico e prognóstico, ciência destes pelo paciente/família e a opção por tratamento que priorize alívio de sintomas e conforto. Essa carta é denominada, no Ambulatório de Cuidados Paliativos Geriátrico do HC-FMUSP, Carta de Planejamento de Cuidados Avançados (CPCA) (anexo 1) e auxilia a família e o paciente diante de complicações agudas que necessitem intervenção médica e até mesmo no preenchimento da declaração de óbito. Tomar como objetivo a redação dessa carta também auxilia a equipe a não perder o foco dessa conversa tão difícil e torna-se um instrumento para melhorar a comunicação entre o paciente e a equipe de saúde[3].

Somado a isso, na nossa experiência, a confecção da carta após uma adequada abordagem do tema traz para a família tranquilidade quanto ao diagnóstico, o que fazer e o que não fazer.

DAM (dimensão social e familiar)

Esfera central: identificação do paciente e sua família

Na dimensão social e familiar, a análise enfoca sempre o binômio paciente e família, sendo estes considerados como foco de atenção e cuidados durante todo o atendimento. É importante ressaltar que nesta perspectiva não consideramos obrigatória a presença da família ou do cuidador em todas as intervenções; em algumas situações o paciente, apesar do diagnóstico de doença incurável e já em atenção paliativa, ainda se mantém autônomo e comparece às primeiras consultas, desacompanhado. Esse exercício de autonomia do sujeito pode ser mantido e deve ser incentivado, desde que isto não coloque em risco sua integridade física e emocional.

Em uma primeira abordagem, a avaliação social assemelha-se a tantas outras anamneses sociais, tendo como objetivo a obtenção de dados socioeconômicos sobre paciente e família no que se refere a composição familiar, escolaridade, profissão e situação previdenciária (se aposentado, pensionista ou em auxílio-doença) e local de moradia. Estes dados nos dão base para a análise que se segue em relação ao modelo de família[4] (se extensa, nuclear ou monoparental), suficiência ou insuficiência da rede de suporte social, incluindo serviços de atenção domiciliar e transporte e existência ou não de cuidador, isto é: dentre os familiares ou amigos/vizinhos, quem se disponibilizará a cuidar do paciente nos casos de dependência parcial ou total. Em alguns casos é imprescindível que abordagens mais delicadas sejam feitas em um primeiro atendimento; em outros é mais produtivo esperar o momento propício, o que depende exclusivamente da experiência e *feeling* do profissional. Não orientar é tão improdutivo e ineficaz quanto orientar no momen-

to inadequado quando paciente e/ou familiares não estão preparados para ouvir e muito menos para assimilar determinadas informações.

Esfera de reconhecimento dos sofrimentos e atitudes da equipe

Com esses dados caminhamos para o entendimento do que se reflete em sofrimento atual ou futuro para paciente e família. Pendências legais e previdenciárias, inexistência de rede de suporte social e conflitos familiares são invariavelmente o que mais trazem sofrimento durante o cuidado podendo repercutir, se não resolvidos ou amenizados, em uma morte também com sofrimento. Nessa perspectiva é de extrema importância buscar soluções para o que se apresenta: agilizar formulação de relatórios e organização de documentos com vistas à obtenção de benefícios condizentes aos direitos adquiridos[5,6] pelo paciente (auxílio-doença, aposentadoria, Benefício de Prestação Continuada, isenção tarifária, isenção de Imposto de Renda, saque de Fundo de Garantia e PIS, etc.) e abordar questões ainda não resolvidas e que, aparentemente, causam angústia para paciente e/ou familiares (testamentos, guarda de filhos, formalização de uniões, etc.). É importante dizer o quão delicada ainda é esta abordagem, visto que essas resoluções, invariavelmente, dependerão do entendimento e aceitação sobre a gravidade da doença e sobre a proximidade da morte; entendimento este do paciente quando lúcido ou do seu representante legal[5,6] quando este não mais responder pelos atos da vida civil.

Conflitos familiares[4] e ausência de cuidador são pontos críticos na abordagem demandando ações específicas por parte da equipe, seja no intuito de auxiliar na resolução ou amenização das crises familiares que interferem no tratamento ao paciente e no seu bem-estar, seja na sugestão e providências quanto à institucionalização nos casos extremos. As abordagens individuais e as reuniões de família com o intuito de uniformizar informações, criar espaço para o diálogo e propiciar consenso são eficazes nos conflitos familiares quando o grupo envolvido se dispõe a tal intervenção. É importante lembrar que, às vezes, o sofrimento pelo conflito não é do núcleo familiar envolvido, mas sim da equipe que idealiza um modelo de família e de cuidados.

Se o foco é sempre a manutenção da qualidade de vida até os momentos finais e uma morte digna, a morte em domicílio se constitui como grande ponto de discussão. Nem todo paciente tem condições de falecer em casa, nem todos optam por isso e nem todas as famílias podem aceitar tal desenlace. Morrer em domicílio, se por um lado pode trazer conforto para o paciente por estar em um ambiente que lhe é familiar, respeito aos seus desejos e proximidade da família, por outro pode causar extrema angústia para os familiares que mais próximo estarão, pode

trazer a sensação de impotência ou de não ter feito o suficiente, o que poderá acarretar em complicações no processo de luto dos envolvidos[7].

Além disso, a família deve ter informações precisas a respeito do que fazer assim que ocorre o óbito, a quem recorrer para a obtenção da declaração de óbito (a própria equipe, médico da família ou na impossibilidade destes a comunicação à delegacia mais próxima do bairro e os procedimentos de praxe), serviços funerários disponíveis na região, documentos exigidos e todas as demais questões burocráticas que nem sempre são explicadas e que trazem tantos transtornos quando não encaminhadas da forma adequada.

Em nossa prática cotidiana reafirmamos sempre: a necessidade, quando possível, da divisão de tarefas e responsabilidades entre os familiares mais próximos, evitando-se assim a sobrecarga de alguns; o fornecimento de informações, por parte do profissional, sempre que necessário, a disponibilidade para auxiliar na resolução de pendências e providências legais que demandam o consentimento do paciente em questão e a capacidade e disponibilidade imprescindíveis de oferecer apoio e escuta sempre. Em algumas ocasiões só é necessário estarmos junto da família, ouvir, entender e esperar; não há mais o que ser dito, quando tudo já foi explicado, não há mais o que "cobrar" quando tudo já está sendo feito, e é esta a abordagem mais difícil: a necessidade que temos de nos mostrar ativos, em abordagem e atividade constantes nos faz esquecer de que às vezes só é necessário estarmos presentes, e o não fazer já é, por si só, uma ação.

DAM (dimensão psíquica)

Descobrir-se portador de uma doença grave e incurável é disparador de angústias e incertezas que muitas vezes excedem os recursos internos do ser humano. Quanto maior a percepção de ameaça que esta situação acarreta e menor a percepção individual destes recursos, maior será o sofrimento do indivíduo[8]. Os sentimentos envolvidos neste sofrimento têm origem não somente em sintomas físicos, mas sim no significado que paciente e familiares atribuem a todas as vivências decorrentes deste momento de vida e vinculadas às experiências emocionais anteriores.

Cabe ao psicólogo da equipe o papel de aproximar-se da dimensão afetiva do paciente, oferecendo-lhe um lugar de escuta em que possa ressignificar sua vida, transformada pela presença da doença, proximidade da morte e consequente sofrimento, na busca pela adaptação possível, tendo como principais objetivos: resgatar e reforçar mecanismos de enfrentamento (*coping*), ressignificar mágoas, medos e culpas, possibilitar a aceitação e atribuição do significado pessoal ao adoecimento e morte, bem como identificar e atuar sobre fatores de risco patológico.

Esfera central: identificação do paciente

A avaliação e intervenção psicológica se fundamentam no conhecimento da estrutura egoica do paciente que é apreendida por meio do conteúdo de suas falas (complementadas pela linguagem não verbal) em que se considera o que é dito e sentido não somente em relação ao adoecimento e finitude, mas também a rotina de vida, razão de viver, valores pessoais, experiências anteriores de perdas sofridas e formas de superação, buscando-se acima de tudo, a compreensão do sentido existencial atribuído às experiências de sofrimento e à própria vida, a despeito de valores e julgamentos.

Esfera de reconhecimento dos sofrimentos

Percebe-se que as fontes mais comuns de sofrimento são: a conspiração do silêncio (a verdade sobre a doença é omitida num acordo silencioso entre paciente e familiares como forma de proteção mútua e defesa contra a desestruturação emocional), não aceitação do diagnóstico ou do prognóstico da doença, culpas e preocupações, medo de morrer, ausência de significado de vida, abandono dos planos e sonhos, ansiedade e depressão. Kóvacs[9] refere também o medo da solidão, da dor, da separação das pessoas próximas, da degeneração, do isolamento, dependência e de ser abandonado.

A tristeza e a ansiedade são esperadas neste tipo de trabalho, sendo indicativas do impacto emocional do adoecimento da estrutura psicológica e familiar. Kübler-Ross[10] afirma que a depressão diante da aproximação da morte não necessariamente tem conteúdo patológico. Estes sofrimentos surgem diante da impossibilidade de cura que traz a dificuldade de realização de sonhos e planos, ou seja, frustrações que podem determinar um quadro depressivo. Por outro lado, a ansiedade pode estar ligada ao futuro incerto, à ameaça de mais sofrimento e à não aceitação da finitude.

Esfera das atitudes da equipe

É primordial que o psicólogo trabalhe próximo à equipe sinalizando a dinâmica afetivo-emocional do paciente e familiar em cada momento do processo de adoecimento. Neste sentido, um recurso funcional e muito utilizado em Cuidados Paliativos consiste em localizá-lo em relação aos estágios descritos por Klübler-Ross: negação, raiva, depressão, barganha e aceitação[10].

As intervenções psicológicas são feitas em diferentes formatos, de maneira dinâmica, a partir das necessidades de quem precisa ser cuidado do ponto de vista emocional: paciente, cuidador e equipe. Como modalidades de intervenção se utilizam em geral: reuniões familiares, grupo de apoio a cuidadores, psicoterapia

breve, acompanhamento familiar, apoio à equipe e em alguns casos o encaminhamento externo à equipe.

Vale dizer que nem todos os pacientes e familiares necessariamente desejam e beneficiam-se do atendimento psicológico todo o tempo. Não conversar sobre o adoecimento e finitude pode ser uma forma legítima de enfrentamento e deve ser respeitada e compreendida. Em alguns casos, o trabalho indireto de suporte à equipe para que esta seja capaz de gerenciar conteúdos afetivos junto ao paciente colabora para que a intervenção psicológica seja possível em outro momento.

Por seu lado, os profissionais da equipe podem ter, em alguns momentos, a sua capacidade de acolhimento comprometida pela constante frustração e desgaste emocional decorrentes do lidar com a finitude, cabendo ao psicólogo o apoio e compartilhamento destas angústias, o que favorece um maior fortalecimento da equipe e melhor atendimento aos pacientes e familiares.

Dimensão espiritual e religiosa

A natureza religiosa e espiritual do ser humano é uma área ainda pouco abordada pelos profissionais da saúde e torna-se vital nos cuidados com aqueles que estão partindo. A espiritualidade é considerada no Cuidado Paliativo uma dimensão vital e o sofrimento espiritual uma questão médica que deve ser abordada como qualquer outra[11].

Um dos primeiros desafios diante dessa abordagem é o conceito de espiritualidade, o qual deve transcender a religiosidade e abordar as questões existenciais e transcendentes de modo equivalente. A espiritualidade pode ser definida como: "Um aspecto da humanidade que se refere ao modo como as pessoas buscam e expressam significado e sentido, assim como o modo pelo qual elas experimentam sua conexão com o momento, o si mesmo, os outros, a natureza, o que é significativo ou sagrado[11]".

Outro desafio importante é a falta de treinamento para abordar o tema e a falta de compreensão da própria espiritualidade[12]. Nossas próprias questões sobre finitude, religião e espiritualidade são o ponto de partida para auxiliarmos melhor nossos pacientes. A equipe deve ser treinada para aceitar os diferentes valores religiosos e espirituais, não impondo conceitos próprios, mas respeitando e incentivando a participação do paciente em sua prática.

A abordagem das questões espirituais e religiosas dos pacientes deve ocorrer no início do acompanhamento para que as medidas necessárias sejam tomadas em direção à resolução de possíveis demandas do paciente, família e equipe.

Esfera central: identificação do paciente

São objetivos dessa dimensão: estar em paz com o Criador, receber o perdão de Deus, receber os ritos de sua tradição, encontrar uma síntese espiritual de vida e o sentimento de transcendência. Durante a anamnese religiosa/espiritual, é importante diferenciar a religião de batismo, geralmente católica em nosso país, das várias práticas e religiões que realmente são importantes para o paciente. A importância da fé em sua vida pode ser explorada de modo simples através da pergunta: "Você se considera uma pessoa espiritualizada? Ou religiosa? Quão importante é isso em sua vida?". A participação em comunidades espirituais e templos são importantes aspectos espirituais e sociais que podem auxiliar no processo de morte[12]. Durante a entrevista, é importante saber a religião dos familiares envolvidos nos cuidados e qual o grau de compatibilidade entre elas. A biografia, embora pertencente à dimensão psíquica, pode nos auxiliar a identificar as características espirituais relevantes, em especial naqueles pacientes sem uma religião definida.

Esfera de reconhecimento dos sofrimentos e atitudes da equipe

Muitos pacientes sofrem violências religiosas devido ao seu estado de fragilidade e dependência. Proselitismo, restrição ao culto, destruição de valores sagrados são formas de violência que podem ser adequadamente conduzidas se identificadas precocemente. A inclusão dos valores espirituais do paciente pode ser realizada identificando necessidades específicas, ritos e promessas pendentes. A culpa religiosa e a expectativa de milagres é muito frequente e pode ser aliviada pela adequada ação da equipe de psicologia, assistente espiritual e/ou sacerdote habilitado[12].

Precisamos diferenciar o Sofrimento Espiritual, Existencial e Religioso para uma adequada abordagem dos mesmos. O sofrimento existencial se caracteriza pela ausência de significado para a vida terrena, enquanto o sofrimento espiritual caracteriza-se pela ausência de percepção de uma realidade transcendente à vida material. Já o sofrimento religioso ocorre pelo descumprimento de obrigações para com a religião ou ao "Deus" professado por essa religião. Diferenciar tais sofrimentos pode nos ajudar a entender melhor qual é a verdadeira necessidade do paciente e auxiliá-lo.

Talvez as características mais importantes da anamnese espiritual sejam a capacidade de fazer perguntas claras e coerentes com o momento atual da doença e a capacidade de escutar ativamente sem julgamentos. A anamnese espiritual permite na maioria das vezes identificar questões de outras dimensões que estão "encobertas" pelo discurso religioso e reforça o vínculo equipe/paciente-cuidador. Pacientes e familiares mostram-se muito receptivos a essa abordagem, sempre que realizada em momento oportuno.

Conclusão

A abordagem em Cuidados Paliativos deve ser realizada preferencialmente em equipe multiprofissional, adequadamente treinada e com foco no sofrimento do paciente, sua família e equipe responsável pelo caso. Longe de esgotar o tema, esse capítulo demonstra através do Diagrama de Abordagem Multidmensional (DAM) uma forma racional de lidar com as diferentes esferas do sofrimento humano mantendo o foco em objetivos bem definidos.

Agradecimentos

Nosso agradecimento aos demais profissionais do Ambulatório de Cuidados Paliativos do HCFMUSP que contribuíram para o desenvolvimento do DAM: Alini Maria Orathes Ponte Silva, Keite Priscila Paiá, Mary Helen Lessi dos Santos, Marcelo Altona, Silvia Massue Irya, Solange Bricola, Sumatra da Costa Pereira Jales, Tiago Pugliese Branco e Thiago Resende.

Anexo 1 – Carta de Planejamento de Cuidados Avançados (CPCA)

INSTITUTO CENTRAL
HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA
FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
AV. DR. ENÉAS DE CARVALHO AGUIAR, 255
CEP 05403-900 SÃO PAULO - BRASIL

AMBULATÓRIO DE CUIDADOS PALIATIVOS GERIÁTRICO

RELATÓRIO MÉDICO

O Sr(a) _____ de _____ anos é portador dos seguintes diagnósticos:_____ não havendo mais propostas de tratamento ativo de suas doenças. Está em acompanhamento no Ambulatório de Cuidados Paliativos Geriátrico, estando o paciente e seus familiares(_____, _____, _____) cientes do diagnóstico e prognóstico e de acordo com a proposta de alívio de sintomas e conforto em detrimento de medidas de suporte avançado de vida como intubação orotraqueal, ventilação mecânica, hemodiálise e reanimação cardiopulmonar .

São Paulo, ___ de _____ de 2011

_____ _____

Médico Responsavel / CRM **Coordenador ACPG / CRM**

Código de Ética Médica 2009
Capitulo I –Principios Fundamentais
XXII - Nas situações clínicas irreversíveis e terminais, o médico evitará a realização de procedimentos diagnósticos e terapêuticos desnecessários e propiciará aos pacientes sob sua atenção todos os cuidados paliativos apropriados.

Capitulo V – É vedado ao medico:
Art. 36. § 2º Salvo por motivo justo, comunicado ao paciente ou aos seus familiares, o médico não abandonará o paciente por sereste portador de moléstia crônica ou incurável e continuará a assisti-lo ainda que para cuidados paliativos.
Art. 41. Abreviar a vida do paciente, ainda que a pedido deste ou de seu representante legal. Parágrafo único. Nos casos de doença incurável e terminal, deve o médico oferecer todos os cuidados paliativos disponíveis sem empreender ações diagnósticas ou terapêuticas inúteis ou obstinadas, levando sempre em consideração a vontade expressa do paciente ou, na sua impossibilidade, a de seu representante legal.

Referências

1. WHO Definition of Palliative Care http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/, acessado em 1 de setembro de 2010.

2. Livro Geriatria.

3. VOLTZ, R.; AKABAYASHI, A.; REESE, C.; OHI, G.; SASS, H. M. Endo-of-life decisions and advance directives in palliative care: A cross-cultural survey of patients and health-care professionals. J Pain Sympt Manag, 1998: 16(3) 153-162).

4. ACOSTA, A. R.; VITALE, M. A. F. (org.) *Família: redes, laços e Políticas Públicas*. São Paulo: Cortez, Instituto de Estudos Especiais – PUC/SP, 2005.

5. *Código Civil Brasileiro*. Rio de Janeiro: Escala, 2007.

6. SIMÕES, C. *Curso de Direito do Serviço Social.* São Paulo: Cortez, 2007.

7. COLIN, M. P. Luto: *Estudos sobre a Perda na vida Adulta*. São Paulo: Summus Editorial, 1998.

8. BAYES, R. Afrontando la vida, esperando la muerte. Espanha: Alianza Editorial, 2006. 63-88.

9. KOVÁCS, M. J. Espiritualidade e psicologia: cuidados compartilhados. O Mundo da Saúde. São Paulo, 2007; abr/jun 31 (2): 246-255:

10. KLUBER-ROSS, E. Sobre a morte e o morrer. São Paulo: Martins Fontes, 1992. 51-150.

11. Improving the Quality of Spiritual Care as a Dimensionof Palliative Care: The Report of the Consensus Conference JOURNAL OF PALLIATIVE MEDICINE Volume 12, Number 10, 2009).

12. SAPORETTI, L. A. Espiritualidade em Cuidados Paliativos. In: Cuidado Paliativo. CREMESP. São Paulo 2008.

Indicações de Cuidados Paliativos

Ana Claudia de Lima Quintana Arantes

Introdução

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

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

Tabela 1

Mortalidade - Brasil						
Óbitos p/ Residência por Capítulo CID-10 e Região						
Período:2006						
Capítulo CID-10	**Norte**	**Nordeste**	**Sudeste**	**Sul**	**C.Oeste**	**Total**
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	3271	12735	21171	6158	3173	46508
II. Neoplasias (tumores)	6439	31803	77260	31238	9056	155796
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitários	390	1665	2517	624	300	5496
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	2659	17923	26790	8374	3158	58904
V. Transtornos mentais e comportamentais	270	3040	4802	1444	700	10256
VI. Doenças do sistema nervoso	686	3620	10262	3448	1150	19166
VII. Doenças do olho e anexos	4	12	7	3	2	28
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastoide	9	43	67	18	8	145

IX. Doenças do aparelho circulatório	11795	75711	147933	49073	18305	302817
X. Doenças do aparelho respiratório	4627	20166	53983	18215	5875	102866
XI. Doenças do aparelho digestivo	2389	12473	25830	8073	3159	51924
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	104	629	1401	217	115	2466
XIII. Doenças sist osteomuscular e tecido conjuntivo	199	716	1851	579	252	3597
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	774	3715	9468	2497	967	17421
XV. Gravidez parto e puerpério	178	567	521	237	134	1637
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	3414	10212	9838	2932	1940	28336
XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	966	2950	4069	1543	869	10397
XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	8391	24275	40372	9424	3081	85543
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	9307	33884	55708	19291	10198	128388
Total	**55872**	**256139**	**493850**	**163388**	**62442**	**1031691**

Tabela 2

Mortalidade - Brasil		
Período: 2006		
Local ocorrência:	**Hospital**	**Domicílio**
Região Norte	33658	14222
Região Nordeste	144946	82682
Região Sudeste	358906	78740
Região Sul	110765	35648
Região Centro-Oeste	42581	12147
Total	690856	223439

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

Um dos critérios mais discutidos é o que se refere ao prognóstico de tempo de vida do paciente. O limite designado em seis meses de expectativa de vida poderia ser utilizado para indicação de Cuidados Paliativos exclusivos, uma vez

que este critério foi importado do MEDICARE americano (2), que estabelece o tempo de sobrevida esperado como um dos critérios de indicação para assistência de HOSPICE. São os critérios do MEDICARE:

1. A expectativa de vida avaliada é menor ou igual a seis meses;
2. O paciente deve fazer a opção por Cuidados Paliativos exclusivos e abrir mão dos tratamentos de prolongamento da vida
3. O paciente deve ser beneficiário do MEDICARE.

Avaliação de prognóstico

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

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

Em geral, a avaliação prognóstica de pacientes em fases avançadas de doenças graves ainda apresenta erro otimista considerável, principalmente quando avaliamos pacientes com doenças não neoplásicas. Um estudo em 2000, por Christakis e colegas[3] demonstrou que a acurácia de prognóstico geralmente apresenta erro para o lado do otimismo. Apenas 20% dos médicos têm acurácia de prognóstico de 33% dos pacientes dentro do período atual de sobrevida, sendo que 63% são muito otimistas e 17% subestimam o tempo de sobrevida. Uma conclusão interessante foi que à medida que aumenta o tempo de relação médico-paciente, a acurácia de prognóstico diminui, demonstrando que o vínculo que se estabelece entre o médico e seu paciente determina um "desejo" do médico de prever uma condição que implica menor capacidade de avaliar a realidade. Este resultado nos permitiria iniciar uma discussão pertinente de o quanto os desejos e expectativas do próprio médico não poderiam interferir na avaliação do prognóstico de seu paciente.

Uma das ferramentas que temos disponíveis na avaliação de prognóstico diz respeito à capacidade funcional do paciente. Entretanto, sabemos que a capacidade funcional pode estar diretamente relacionada com uma condição de sofrimento intensa, não avaliada ou não tratada adequadamente e que deforma a avaliação de prognóstico. Por exemplo, um paciente com câncer de próstata pode estar comprometido em sua funcionalidade por causa de uma dor óssea intensa não tratada e não por deterioração sistêmica causada por sua doença de base. Neste caso, a deterioração sistêmica se deve ao sofrimento e não ao avanço da doença para órgãos vitais. Quanto à avaliação de capacidade para as atividades da vida diária, temos as recomendações de Cuidados Paliativos para pacientes dependentes em determinadas atividades como incapacidade para se locomover, alimentar-se e incontinências (tabela 3).

Tabela 3

Principais dependências funcionais: Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD)
• Incontinência urinária e fecal.
• Alimentação por tubos enterais ou incapaz de alimentar-se / hidratar-se sem auxílio.
• Imobilização permanente no leito ou poltrona.

Como medir o declínio funcional e clínico

A escala de performance status de Karnofsky (tabela 4) foi desenvolvida para pacientes com câncer como um meio objetivo de documentar o declínio clínico do paciente, avaliando a capacidade de realizar determinadas atividades básicas. A maioria dos pacientes com uma escala Karnofsky inferior a 70% tem indicação precoce de assistência de Cuidados Paliativos. Performance de 50% nesta escala é um indicador de terminalidade, reafirmando que estes são pacientes elegíveis para Cuidados Paliativos, a menos que exista um ganho previsivelmente benéfico em sustentar terapia para a doença de base, que seja simultaneamente disponível e possam ser tolerados. Outro instrumento útil para medir a condição clínica do paciente é a Escala de Performance Paliativa (PPS) que foi desenvolvida em 1996, em Victoria, British Columbia, e revisto em 2001.

Tabela 4

Escala de Performance de Karnofsky	
100 %	Sem sinais ou queixas, sem evidência de doença.
90 %	Mínimos sinais e sintomas, capaz de realizar suas atividades com esforço.
80 %	Sinais e sintomas maiores, realiza suas atividades com esforço.

70 %	Cuida de si mesmo, não é capaz de trabalhar.
60 %	Necessita de assistência ocasional, capaz de trabalhar.
50 %	Necessita de assistência considerável e cuidados médicos frequentes.
40 %	Necessita de cuidados médicos especiais.
30 %	Extremamente incapacitado, necessita de hospitalização, mas sem iminência de morte.
20 %	Muito doente, necessita de suporte.
10 %	Moribundo, morte iminente.

Para contornar a dificuldade de avaliação prognóstica, foram estabelecidos alguns critérios clínicos para cada doença ou para cada condição clínica, que auxiliam nesta decisão de encaminhar aos Cuidados Paliativos. Alguns destes critérios dizem respeito a condições mórbidas específicas, como Insuficiência Cardíaca Congestiva, Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica, Câncer, Esclerose Lateral Amiotrófica, Demência e outras doenças degenerativas progressivas. Indicadores não específicos, como perda ponderal progressiva, declínio de proteínas plasmáticas, perda funcional também são utilizados.

Doença Cardíaca

Nos Estados Unidos, 58% das mortes foram causadas primária ou secundariamente pelas doenças cardiovasculares[4]. No Brasil, em 2005, mais de 302 mil brasileiros faleceram por causa de uma doença cardiovascular (29%). A doença cardiovascular é a principal causa de morte em todos os anos do século 20, exceto 1918. Embora as doenças cardiovasculares sejam mais comuns com a idade avançada, principalmente a insuficiência cardíaca, elas não se restringem aos idosos. Mais de 152.000 americanos com idade inferior a 65 anos morrem de doenças cardiovasculares por ano[5]. A morte de causa cardiovascular mais característica é a morte súbita.

Pacientes com Insuficiência Cardíaca (IC) representam um desafio adicional na arte do prognóstico, pois cerca de 60% deles (Classe Funcional II – NYHA) morrem subitamente. Se incluirmos os pacientes com classe funcional IV, este número representa 25% dos pacientes, levando a média de 35%. Os critérios para previsão de morte súbita nestes pacientes ainda permanecem controversos[6,7]. Os estudos mais recentes sobre estes fatores prognósticos incluem o peptídeo natriurético do tipo B (BNP), a fração de ejeção, diâmetro diastólico final, presença de taquicardia ventricular não sustentada, Diabetes Mellitus[8,9]. A presença de fenômenos tromboembólicos, PCR prévia, diagnóstico de AIDS e outras arritmias ventriculares complexas também contribuem para a avaliação de prognóstico reservado. A avaliação precisa da incidência de morte súbita tem sido mais com-

plexa por causa do aumento da prevalência de uso do cardioversor-desfibrilador interno automático[10,11].

Vale ressaltar que todos os pacientes com indicação de transplante de órgãos sólidos, inclusive transplante cardíaco, são candidatos formais para Cuidados Paliativos, pois têm doença avançada e podem ter alcançado sintomas de grande intensidade e de desconforto. A persistência da incerteza sobre o prognóstico, torna a discussão com o paciente sobre as suas preferências de cuidados um momento muito difícil, na melhor das hipóteses. Um trabalho realizado com pacientes que têm câncer sugere que, mesmo com 10% de probabilidade de não sobreviver aos próximos seis meses, os pacientes ponderam sobre diferentes opções de tratamento[12]. Em parte, por causa destes prognósticos de incerteza, os pacientes que morrem de IC têm sido considerados como os que têm a menor compreensão de sua condição e o menor envolvimento no processo de tomada de decisões relativas aos seus cuidados[14].

Um estudo de 274 óbitos, 26% por doenças cardiovasculares, concluiu que alguns tratamentos foram suspensos ou retirados em 84% dos pacientes. No entanto, apenas 35% desses pacientes foram capazes de participar no processo de tomada de decisão[15]. Os doentes que morrem de IC, não repentinamente, apresentam um processo gradual de deterioração. Este processo pode ser interrompido por episódios agudos que frequentemente aumentam o risco de morte súbita, o que torna a previsão de riscos ainda mais difícil.

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

Em 2000, os pacientes com doença cardiovascular foram responsáveis por cerca de 20% de todos os encaminhamentos para Cuidados Paliativos exclusivos, enquanto que os pacientes com câncer constituem mais de 70% dos usuários de Hospices americanos[13]. Em uma estimativa, apenas 4% dos pacientes com IC recebem Cuidados Paliativos[10].

A incerteza quanto ao prognóstico e a trajetória da fase final da vida de pacientes com IC pode induzir ao que foi denominado de “paralisia prognóstica”. Isso atrasa o início da discussão sobre os Cuidados Paliativos e sobre a real efetividade dos tratamentos propostos até então[16].

Um dos autores deste artigo sugeriu que os pacientes que têm IC devam ser considerados candidatos para os Cuidados Paliativos, caso algum médico responda “não” à pergunta “Você se surpreenderia se esse paciente morresse nos próximos 12 meses?”[17].

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

Outro algoritmo sugerido daria início aos Cuidados Paliativos durante ou logo após a recuperação de uma exacerbação aguda da IC[18]. O que parece claro a partir da experiência de muitos serviços é a de que os Cuidados Paliativos precisam ser considerados muito mais cedo no decurso do processo da doença cardiovascular.

Doença Pulmonar

Assim como a maior parte das doenças crônicas, determinar o prognóstico ou ainda a esperança de vida em pacientes que tenham Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) é um campo cheio de incertezas. Em todos os grupos, a idade, tabagismo, perda da função pulmonar e baixo IMC são importantes preditores de mortalidade[19, 20, 21, 22, 23].

Em pacientes idosos, os preditores de mortalidade em DPOC incluem VEF1, a gravidade da debilidade física, idade avançada, e o uso de oxigênio a longo prazo. Tabagismo, depressão, qualidade de vida e presença de comorbidades, bem como a frequência das internações por qualquer outra causa parecem não predizer mortalidade[24]. Se analisarmos as internações decorrentes de um aumento da frequência de exacerbações da DPOC, observamos que correlaciona-se com o aumento da mortalidade, sendo então um preditor independente de mau prognóstico[25]. Em pacientes com 65 anos ou mais, a mortalidade após uma internação em unidade de terapia intensiva, por exacerbação de DPOC, pode ser elevada, chegando a 30% em cerca de 30 dias após a alta hospitalar. Cinquenta e nove por cento falecem em um ano[26].

O mesmo estudo mostrou que a mortalidade hospitalar e a de longo prazo estiveram fortemente correlacionadas com o comprometimento de outros órgãos e aumento da gravidade da doença pulmonar, mas não com a necessidade de ventilação mecânica[26].

Na evolução de uma internação por exacerbação da DPOC em idosos, a presença de comorbidades, depressão maior, estado civil e índice de qualidade de vida demonstraram ser fortes preditores de mortalidade[27]. Mesmo assim, pode ser difícil identificar quando um paciente que tem DPOC esteja entrando na fase final da evolução da sua doença. Além disso, grande parte do tratamento habitual DPOC é relacionado aos sintomas e de baixo risco. Estes fatores limitam a utilidade de uma distinção nítida entre tratamento ativo da doença e o tratamento paliativo, principalmente em pacientes que apresentam períodos de relativa estabilidade.

Cerca de 20% a 25% dos pacientes que apresentam DPOC grave experimentam dor, depressão, ansiedade e dispneia intensa no fim da sua vida[28, 29, 30]. A intervenção de Cuidados Paliativos pode oferecer a oportunidade de discussão de escolhas no fim de vida, como renunciar a intubação e ventilação mecânica, limitar a duração destas intervenções ou, até mesmo, recusar internação hospitalar. Porém, como são pouco referidos para Cuidados Paliativos, essas discussões são infrequentes.

Doença Renal

Sabe-se que quase 20% dos pacientes com Insuficiência Renal sob tratamento dialítico param a diálise antes da morte. Provavelmente, quase todos os nefrologistas estão envolvidos nos cuidados de fim de vida destes pacientes com doença renal terminal (DRT)[31]. No entanto, os médicos são mal treinados em Cuidados Paliativos e, muitas vezes, se sentem desconfortáveis com o cuidado de pacientes que morrem[32, 33]. Em um estudo com médicos americanos e canadenses, por exemplo, apenas cerca de 40% dos 360 nefrologistas entrevistados afirmaram que sentiam-se muito bem preparados para discutir decisões de fim de vida com seus pacientes[33].

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

Com a progressão da doença renal, os Cuidados Paliativos assumem uma grande importância, levando a um gerenciamento mais adequado do controle de sintomas e discussão sobre as diretrizes avançadas, considerando a possibilidade de interrupção do tratamento dialítico por escolha do paciente e de sua família. Os principais critérios de terminalidade para Insuficiência Renal são descritos na tabela 7.

Doença Hepática

Nos Estados Unidos, a Doença Hepática crônica determina mais de um milhão de visitas médicas e mais de 300 000 internações por ano[35]. A progressão da doença hepática leva os pacientes a experimentarem complicações clínicas, tais como encefalopatia, desnutrição, perda muscular, ascite, hemorragia de varizes esofagogástricas, peritonite bacteriana espontânea, fadiga e depressão.

O transplante de fígado, uma opção válida de tratamento, aumenta o tempo de vida e reduz muitos sintomas, mas, com a atual escassez de órgãos, 10% a 15% desses pacientes morrem sem receber um órgão. Muitos pacientes também não são candidatos a transplante devido à presença de comorbidades. Além disso, alguns pacientes transplantados sucumbem diante das complicações do transplante

em si. Tais pacientes e suas famílias enfrentam o dilema de uma doença potencialmente tratável, mas ainda frequentemente fatal[35].

A atuação dos Cuidados Paliativos se propõe a oferecer ao paciente o controle dos sintomas, tanto na espera do transplante como nos cuidados após o procedimento. Os critérios de indicação para Cuidados Paliativos são os mesmos da indicação do transplante, mas direcionada para os pacientes que não podem realizar o transplante (tabela 7). A interface mais intensa se apresenta na condição de falha do transplante ou detecção de condições mórbidas que agravem o quadro do paciente, como, por exemplo, o câncer hepático. Deve-se observar o compromisso de maximizar a qualidade e, se possível, o tempo de vida.

Indicações de Cuidados Paliativos em Unidade de Terapia Intensiva

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

Infelizmente, ainda existem muitas barreiras para prestar Cuidados Paliativos eficazes nesta área da saúde. Porém, graças à boa prática médica, medicina baseada em evidências e bom-senso, a ciência está ao lado dos Cuidados Paliativos[36].

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

Entre os dilemas de comunicação temos[37, 38]:

1. Comunicação insuficiente sobre as decisões de fim de vida;
2. Incapacidade de pacientes de participar nas discussões sobre seu tratamento;
3. Expectativas não realistas por parte dos pacientes e de seus familiares sobre o prognóstico ou eficácia do tratamento na UTI;
4. Falta de oportunidades para discussão sobre a forma como eles desejam receber os cuidados no final da vida.

Podemos considerar algumas situações encontradas em Terapia Intensiva que nos auxiliam a identificar pacientes que teriam benefício em receber atenção de Cuidados Paliativos (tabela 5).

Tabela 5 - Critérios de indicação para Cuidados Paliativos em Unidade de Terapia Intensiva[37]

Admissão proveniente de Instituição de Longa permanência de paciente portador de uma ou mais condições crônicas limitantes (por exemplo, demência)
Duas ou mais admissões na UTI na mesma internação
Tempo prolongado de ventilação mecânica ou falha na tentativa de desmame
Falência de múltiplos órgãos
Paciente candidato à retirada de suporte ventilatório com possibilidade de óbito
Câncer metastático
Encefalopatia anóxica
Sofrimento familiar que comprometa a tomada de decisões

HIV/SIDA

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

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

Os pacientes com SIDA estarão na fase terminal da sua doença se: (2)

1. CD4 + <25 células / mcl
2. Carga viral persistente > 100.000 cópias / ml

Associado com qualquer uma das situações abaixo

- Linfoma de SNC;
- Perda de 33% de massa corporal magra;
- Bacteremia por Mycobacterium avium (não tratada, que não responde ao tratamento, ou tratamento recusado);
- Leucoencefalopatia progressiva multifocal;
- Linfoma sistêmico, com doença avançada pelo HIV e resposta parcial a quimioterapia;
- Sarcoma de Kaposi visceral não responsivo à terapia;
- Insuficiência renal que não é elegível ou não deseja diálise;

- Infeccção por Cryptosporidium;
- Toxoplasmose que não responde à terapêutica;
- Baixa performance status – Karnofsky menor que 50%.

Paciente com SIDA, sem critérios de terminalidade como os descritos acima, devem receber recomendação para Cuidados Paliativos quando[2]:

1. Diarreia persistente por um ano;
2. Albumina sérica menor do 2,5;
3. Uso persistente de drogas ilícitas;
4. Idade > 50 anos;
5. Ausência de terapia retroviral, quimioterapia e outras medicações relacionadas à profilaxia da doença por HIV;
6. Demência avançada por SIDA;
7. Toxoplasmose e Insuficiência Cardíaca Congestiva sintomática ao repouso.

Doença Neurológica de Longa Duração

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

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

O lugar dos Cuidados Paliativos não oncológicos está sendo progressivamente reconhecido[39,40,41,42], especialmente em condições neurológicas rapidamente fatais, como a Doença do Neurônio Motor (DNM)[43,44]. Muitos "guidelines" agora recomendam a indicação precoce de Cuidados Paliativos nesses casos[45,46].

Pacientes com essas doenças possuem necessidades diferentes dos pacientes portadores de câncer[40,46,47] e podem ser caracterizados como portadores de sintomas de desconforto relacionados à sua condição neurológica, com duração e intensidade muito variáveis. Devido ao comprometimento cognitivo, muitas vezes os sintomas são avaliados indiretamente, através da percepção de familiares e cuidadores.

Isso traz, para a equipe de Cuidados Paliativos, algumas dificuldades no manejo adequado de sintomas:

1. Em geral, as condições neurológicas apresentam um curso de evolução longo

e raramente conseguimos identificar claramente quando se inicia a fase final da doença.

2. Os sintomas são variados, e muitos destes pacientes apresentam disfunção cognitiva, comportamental ou de comunicação além de seus déficits físicos.

Nesta realidade, fica muito difícil avaliar a diferença entre disfasia e déficit cognitivo, levando a equipe de Cuidados Paliativos a procurar por constante atualização e treinamento no manejo destes pacientes.

É comum a crença de que a reabilitação é uma intervenção de curta duração e relacionada a um evento pontual. Entretanto, o manejo da condição crônica de disfuncionalidade é um fator central no sucesso dos cuidados dispensados a estes pacientes, determinando a qualidade de assistência oferecida no final de vida[48,49]. Na doença neurológica de longa duração, a interface entre o neurologista, o fisiatra e o Cuidado Paliativo encontra uma rara clareza de papéis e que pode ser transportada para outras condições clínicas, facilitando até a discussão entre os serviços provedores dos cuidados (convênios, seguros e serviço público).

Uma renomada instituição inglesa, o Royal College of Physicians publicou um excelente "guideline" de cuidados aos pacientes com doenças neurológicas da longa duração[50]. Um dos propósitos do trabalho foi explorar a interação entre estas especialidades médicas e definir o papel de cada uma delas nos cuidados dos pacientes nestas condições. A pesquisa mostrou um alinhamento sobre as contribuições oferecidas por cada especialidade, embora não tenha foco na atuação multiprofissional que se desencadeia a partir da atuação médica. O neurologista se envolve na avaliação, diagnóstico e manejo da doença neurológica. O fisiatra coordena a terapia, o equipamento e as ações de suporte social e psicológico durante a fase entre diagnóstico e a morte, sem o intuito de realizar o trabalho dos profissionais específicos. Os médicos de Cuidados Paliativos são os responsáveis pelas recomendações dos cuidados terminais, manejo do processo de morte e luto, que é realizado por ele e por todos os profissionais da equipe.

Deficiência Mental

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

Acidente Vascular Encefálico

Os principais critérios para indicação de Cuidados Paliativos para pacientes que sofreram um Acidente Vascular Encefálico contemplam a avaliação nutricional e capacidade funcional:

1. Escala de Performance Paliativa – PPS (vide capítulo de avaliação do paciente) menor ou igual a 40% como descrito abaixo, nos itens 2 a 6;
2. Grau de deambulação: permanece principalmente na cama;
3. Atividade / extensão da doença: incapaz de trabalhar;
4. Incapacidade para autocuidado;
5. Ingesta alimentar e hídrica diminuída;
6. Estado de consciência: sonolento / confuso;
7. Perda de peso > 10% durante 6 meses anteriores;
8. Perda de peso > 7,5% nos últimos 3 meses;
9. Albumina sérica < 2,5 g / dl;
10. História atual de aspiração pulmonar, sem resposta efetiva das intervenções fonoaudiológicas.

Demência

Para a doença de Alzheimer e outras doenças relacionadas, a identificação de determinadas alterações estruturais e comprometimentos funcionais, além das frequentes comorbidades, devem servir como base para intervenções e planejamento dos Cuidados Paliativos. Em última instância, na fase terminal de doença, os efeitos combinados da doença de Alzheimer (FAST estádio 7)[51] e qualquer outro estado de comorbidade ou condição secundária (*delirium*, úlceras de pressão, pneumonia aspirativa) devem ser tais que caracterizem um prognóstico de 6 meses ou menos[2].

Esclerose Lateral Amiotrófica (ELA)

A Esclerose Lateral Amiotrófica (ELA) é um distúrbio neurodegenerativo de origem desconhecida, progressivo e associado à morte do paciente em um tempo médio entre 3 e 4 anos. Sua incidência estimada é de 1 a 2,5 indivíduos portadores para cada 100.000 habitantes/ano, com uma prevalência de 2,5 a 8,5 por 100.000 habitantes.

A Esclerose Lateral Amiotrófica (ELA) tende a progredir de forma linear ao longo do tempo, de modo que a taxa global de redução funcional em cada paciente é bastante constante e previsível. Embora geralmente se apresente em uma área anatomicamente localizada, a identificação do local de apresentação inicial não

tem relação com o tempo de sobrevida. Em sua fase final de ELA, dois fatores são cruciais para determinar o prognóstico: a capacidade de respirar e, em menor medida, a capacidade de deglutição[2].

Na tabela 6 encontramos as indicações de Cuidados Paliativos para ELA. O paciente é considerado como estando em fase terminal de ELA se apresentar uma das seguintes situações ocorridas dentro dos últimos 12 meses.

Tabela 6 - Indicações de Cuidados Paliativos para pacientes com Esclerose Lateral Amiotrófica

A. Capacidade respiratória diminuída conforme critérios:
1. Capacidade vital inferior a 30% do normal;
2. Significativa dispneia em repouso;
3. Necessidade de oxigênio suplementar em repouso; e
4. Paciente recusa ventilação artificial.

B. Outros critérios para indicação de Cuidados Paliativos:
1. Progressão para deambulação dependente de cadeira de rodas;
2. Dificuldade para falar: discurso pouco inteligível ou ininteligível;
3. Progressão da dieta normal para pastosa;
4. Progressão de dependência na maioria ou em todas as principais Atividades da Vida Diária (AVD) ou necessidade de assistência para todas as AVDs.

C. Comprometimento nutricional crítico:
1. Ingestão de nutrientes e fluidos insuficientes para sustentar a vida;
2. Perda de peso continuada;
3. Desidratação ou hipovolemia; e
4. Ausência de métodos de alimentação artificial.

D. Complicações com risco de vida:
1. Pneumonia aspirativa recorrente;
2. Infecção do trato urinário superior;
3. Sepse;
4. Febre recorrente após a terapia antibiótica.

Considerações especiais

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

Para esses pacientes, a indicação de Cuidados Paliativos é importante com o objetivo de atingir a condição de bem-estar global. Indicações não convencionais para Cuidados Paliativos como a Síndrome da Fragilidade incluem indivíduos idosos com comprometimento funcional progressivo, perda de peso progressiva e que podem ter várias doenças crônicas simultâneas (por exemplo, hipertensão arterial, doença coronariana, diabetes), mas sem nenhuma condição fatal iminente.

Eles podem ter tido uma aceleração recente do declínio cognitivo e funcional ou ter tomado uma decisão de não prosseguir tratamento agressivo devido à idade avançada, à má saúde geral, estado cognitivo, ou custos excessivos.

Em pacientes idosos, um dos mais sensíveis nestas condições da Síndrome da Fragilidade, a perda de peso inexplicável de 10% ao longo de um período de 6 meses, ou um índice de massa corporal (IMC) <22 kg/m^2 indica Cuidados Paliativos.

A combinação de perda de peso progressiva e dificuldades com as atividades da vida diária (AVDs) são um importante preditor de mortalidade em 6 meses, geralmente mais importantes do que o diagnóstico, estado mental, ou admissão em unidade de Cuidados Intensivos[2]. Se estas condições estiverem presentes, a comunicação adequada com estes pacientes e suas famílias pode facilitar o planejamento das diretrizes avançadas. Isso reduz muito o estresse causado pelas condições de agudização e intercorrências clínicas nesses pacientes.

As tabelas 7 e 8 resumem as indicações de Cuidados Paliativos

Tabela 7 - Indicações de Cuidados Paliativos segundo as condições do paciente:

Paciente não é candidato à terapia curativa
Paciente tem uma doença grave e prefere não ser submetido a tratamento de prolongamento da vida
Nível inaceitável de dor por mais de 24 horas
Sintomas não controlados (náusea, dispneia, vômitos, etc.)
Sofrimento psicossocial e/ou espiritual não controlado
Visitas frequentes ao atendimento de emergência (mais de 1 vez no mês pelo mesmo diagnóstico)
Mais do que uma admissão hospitalar pelo mesmo diagnóstico nos últimos 30 dias
Internação prolongada sem evidência de melhora
Internação prolongada em UTI
Prognóstico reservado documentado pela equipe médica

Tabela 7 – Considerar a consulta sobre Cuidados Paliativos para pacientes com critérios de terminalidade de suas doenças de base:[52]

Câncer	Qualquer paciente com câncer metastático ou inoperável
Doenças Cardíacas	Sintomas de insuficiência cardíaca congênita durante o repouso FE <20% Uma nova disritmia Ataque cardíaco, síncope ou AVC Idas frequentes ao PS devido aos sintomas

Doenças Pulmonares	Dispneia durante o repouso Sinais ou sintomas de insuficiência cardíaca direita Saturação de O_2 < 88% P CO_2 > 50 Perda de peso não intencional
Demência	Incapacidade para andar Incontinência Menos de seis palavras inteligíveis Albumina < 2,5 ou menor ingestão por via oral Idas frequentes ao PS
Doenças Hepáticas	TP > 5 segundos Albumina < 2,5 Ascite refratária Peritonite bacteriana espontânea Icterícia Desnutrição ou perda de massa muscular
Doenças Renais	Não candidato à diálise Depuração da creatinina < 15 ml/minuto Creatinina sérica > 6,0
Síndrome da Fragilidade	Idas frequentes ao PS Albumina < 2,5 Perda de peso não intencional Úlceras de decúbito Confinamento ao leito/ ao domicílio

Referências:

1. Dados de mortalidade Brasil: http://w3.datasus.gov.br/datasus/datasus.

2. FINE, P. Hospice Referral and Care: Practical Guidance for Clinicians http://cme.medscape.com/viewarticle/487401.

3. CHRISTAKIS, N. A.; LAMONT, E.B. Extent and determinants of error in doctors' prognoses in terminally ill patients: prospective cohort study. BMJ. 2000;320:469-472.

4. EMANUEL, L. L.; BONOW, R. O. Libby: Braunwald's Heart Disease: A Textbook of Cardiovascular Medicine, 8th ed. CHAPTER 30 – Care of Patients with End-Stage Heart Disease.

5. American Heart Association: *Heart and Stroke Statistics—2006 Update*, Dallas, American Heart Association, 2005. (http://www.americanheart.org).

6. COHN, J.N.; JOHNSON, G.; ZIESCHE, S., et al. A comparison of enalapril with hydralazine-isosorbide dinitrate in the treatment of chronic congestive heart failure. NEngl JMed 1991;325:303-10.

7. MAISEL, A. B-type natriuretic peptide levels: diagnostic and prognostic in congestive heart failure. Circulation 2002;105:2328-31.

8. BERGER, R.; HUELSMAN, M.; STRECKER, K. et al. B-type natriuretic peptide predicts sudden death in patients with chronic heart failure. Circulation 2002;105:2392-7.

9. WATANABE, J.; SHINOZAKI, T.; SHIBA, N. et al. Accumulation of risk markers predicts the incidence of sudden death in patients with chronic heart failure. Eur J Heart Fail 2006;8:237-42.

10. BARDY, G. H.; LEE, K. L.; MARK, D. B. et al. Amiodarone or an implantable cardioverter-defibrillator for congestive heart failure. N Engl J Med 2005;352:225-37.

11. DAUBERT, J. P.; ZAREBA, W.; HALL, W. J. et al. Predictive value of ventricular arrhythmia inducibility for subsequent ventricular tachycardia or ventricular fibrillation in multicenter automatic defibrillator implantation trial (MADIT) II patients. J Am Coll Cardiol 2006;47:98-107.

12. WEEKS, J. C.; COOK, E. F.; O'DAY, S. J. et al. Relationship between cancer patients' predictions of prognosis and their treatment preferences. JAMA 998;279:1709-14.

13. BOUVY, M. L.; HEERDINK, E. R.; LEUFKENS, H. G. M. et al. Predicting mortality in patients with heart failure: a pragmatic approach. Heart 2003;89:605-9.

14. MURRAY, S. A.; BOYD, K.; KENDALL, M. et al. Dying of lung cancer or cardiac failure: prospective qualitative interview study of patients and their carers in the community. BMJ 2002;325: 929-33.

15. FABER-LANGENDOEN, K. A multi-institutional study of care given to patients dying in hospitals: ethical and practice implications. Arc Intern Med 996;156:2130-6.

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

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

18. HAUPTMAN, P. J.; HAVRANEK, E. P. Integrating palliative care into heart failure care. Arch Intern Med 2005;165:374-8.

19. LANDBO, C.; PRESCOTT, E.; LANGE, P.; et al. Prognostic value of nutritional status in chronic obstructive pulmonary disease. Am J Respir Crit Care Med 1999;160(6):1856-61.

20. ANTHONISEN, N. R.; WRIGHT, E. C.; HODGKIN, J. E. Prognosisin chronic obstructive pulmonary disease. Am Rev Respir Dis 1986;133(1):14-20.

21. KANNER, R. E.; RENZETTI, A. D. JR.; STANISH, W. M. et al.Predictors of survival in subjects with chronic air- flow limitation. Am J Med 1983;74(2):249-55.

22. POSTMA, D. S.; GIMENO, F.; VAN DER WEELE, L. T. et al. Assessment of ventilatory variables in survival prediction of patients with chronic airflow obstruction: the importance of reversibility. Eur J Respir Dis 1985;67(5):360-8.

23. BURROWS, B.; EARLE, R. H. Prediction of survival in patients with chronic airway obstruction. Am Rev Respir Dis 1969;99(6):865-71.

24. YOHANNES, A. M.; BALDWIN, R. C.; CONNOLLY, M. Mortality predictors in disabling chronic obstructive pulmonary disease in old age. Age Ageing 2002; 31(2):137-40.

25. SOLER-CATALUNA, J. J.; MARTINEZ-GARCIA, M. A.; ROMAN SANCHEZ, P. et al. Severe acute exacerbations and mortality in patients with chronic obstructive pulmonary disease. Thorax 2005;60(11):925-31.

26. SENEFF, M. G.; WAGNER, D. P.; WAGNER, R. P. et al. Hospital and 1-year survival of patients admitted to intensive care units with acute exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease. JAMA 1995;274(23):1852-7.

27. ALMAGRO, P.; CALBO, E.; OCHOA DE ECHAGUEN, A. et al. Mortality after hospitalization for COPD. Chest 2002;121(5):1441-8.

28. CLAESSENS, M. T.; LYNN, J.; ZHONG, Z. et al. Dying with lung cancer or chronic obstructive pulmonary disease: insights from SUPPORT. Study to Understand Prognoses and Preferences for Outcomes and Risks of Treatments. J Am Geriatr Soc 2000; 48(5 Suppl): S146-53.

29. LYNN, J.; ELY, E. W.; ZHONG, Z. et al. Living and dying with chronic obstructive pulmonary disease. J Am Geriatr Soc 2000;48(5 Suppl):S91-S100.

30. ELKINGTON, H.; WHITE, P.; ADDINGTON-HALL, J. et al. Thelast year of life of COPD: a qualitative study of symptoms and services. Respir Med 2004;98(5): 439-45.

31. HOLLEY, J. L. - Up to date Palliative care in end-stage renal disease http://www.uptodate.com/patients/content/topic.do

32. HOLLEY, J. L.; CARMODY, S. S.; MOSS, A. H.; SULLIVAN, A. M. The need for end-of-life care training in nephrology: National survey results of nephrology fellows. Am J Kidney Dis 2003; 42:813.

33. DAVISON, S. N.; JHANGRI, G. S.; HOLLEY, J. L.; MOSS, A. H. Nephrologists'reported preparedness for end-of-life decision-making. Clin J Am Soc Nephrol 2006; 1:1256.

34. GUNDA, S.; THOMAS, M.; SMITH, S. National survey of palliative care in end-stage renal disease in the UK. Nephrol Dial Transplant 2005; 20:392.

35. LARSON, A. M.; CURTIS, J. R. Integrating Palliative Care for Liver Transplant Candidates "Too Well for Transplant, Too Sick for Life" JAMA 2006;295(18):2168-2176 (doi:10.1001/jama.295.18.2168)

36. Critical Care Medicine November 2006, Volume 34, Issue 11 Suppl

37. NELSON, J. E.; MEIER, D. E. Palliative care in the intensive care unit: Part I. Journal of Intensive Care Medicine 1999; 14(3):130-139.

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

39. ADDINGTON-HALL, J.; FAKHOURY, W.; MCCARTHY, M. Specialist palliative care in nonmalignant disease. *Palliat Med* 1998;12:417–27.

40. O'BRIEN, T. Neurodegenerative disease. In: Addington-HallJM, Higgonson IJ (eds), *Palliative care for non-cancerpatients*. Oxford: Oxford University Press, 2001:44-53.

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

42. Royal College of Physicians. *Palliative care services: meeting the needs of patients*. Report of a working party. London: RCP, 2007 7 O'Brien T, Kelly M, Saunders C. Motor neurone disease: a hospice perspective. *BMJ* 1992;304:471–3.

43. LEIGH, P. N.; ABRAHAMS, S.; AL CHALABI, A. *et al*. The management of motor neurone disease. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2003;74:Suppl4:32-47.

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

45. National Institute for Clinical Excellence. *Multiple sclerosis: national clinical guidelines for diagnosis and management in primary and secondary care*. London: Royal College of Physicians, 2003.

46. National Institute for Clinical Excellence. *Guidance on cancer services: improving supportive and palliative care for adults with cancer. The manual*. London: NICE, 2004.

47. VOLTZ, R.; BORASIO, G. D. Palliative therapy in the terminal stage of neurological disease. *J Neurol* 1997;244:Suppl 4:S2-10.

48. MILLER, R. G.; ROSENBERG, J. A.; GELINAS, D. F. *et al*. Practice parameter: the care of the patient with amyotrophic lateral sclerosis (an evidence-based review): report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology: ALS Practice Parameters Task Force. *Neurology* 1999;52:1311-23.

49. JOHNSON, J.; SMITH, P.; GOLDSTONE, L. Executive summary. *Evaluation of MS specialist nurses: a review and development of the role*. London and Letchworth: South Bank University and MS Research Trust, 2001.

50. TURNER-STOKES, L.; SYKES, N.; SILBER, E.; SUTTON, L. - Long-term neurological conditions: management at the interface between neurology, rehabilitation and palliative care NATIONAL GUIDELINES March 2008 - http://www.rcplondon.ac.uk/pubs/contents/55a60dba-3ba6-429c-8d2d-b1f178513b2b.pdf

51. REISBERG, B. Functional assessment staging (FAST). Psychopharmacol Bull. 1998;24:653-659.

52. KINZBRUNNER, B. M. Predicting Prognosis: How to Decide when End-of-Life Care is Needed. Chapter 1 in: Kinzbrunner BM, Weinreb NJ, Policzer J: 20 Common Problems in End-of-Life Care. New York, McGraw Hill, 2001.

Comunicação em Cuidados Paliativos

Maria Júlia Paes da Silva
Mônica Martins Trovo de Araújo

O sentido da comunicação em Cuidados Paliativos

Uma vez que se relacionar é estar com o outro, fazendo uso de habilidades de comunicação verbal e não verbal para emitir e receber mensagens[1], a comunicação é um elemento fundamental na relação humana e um componente essencial do cuidado. O emprego adequado de técnicas e estratégias de comunicação interpessoal pelos profissionais de saúde é medida terapêutica comprovadamente eficaz, permitindo ao paciente compartilhar seus medos, dúvidas e sofrimento, contribuindo para a diminuição do estresse psicológico e garantindo a manifestação da autonomia do paciente[2,3].

Para os pacientes sob Cuidados Paliativos, a comunicação interpessoal e o relacionamento humano são ressignificados, representando a essência do cuidado que sustenta a fé e a esperança nos momentos mais difíceis de enfrentamento[4].

O paciente sob Cuidados Paliativos deseja ser compreendido como um ser humano que sofre porque, além da dor física, possui conflitos existenciais e necessidades que os fármacos ou os aparelhos de alta tecnologia não podem suprir. Assim, além de compartilhar seus medos e anseios relacionando-se com seus pares, estes pacientes necessitam sentir-se cuidados, amparados, confortados, compreendidos pelos profissionais de saúde que deles cuidam. Expressões de compaixão e afeto na relação com o paciente trazem a certeza de que ele é parte importante de um conjunto, o que ocasiona sensação de proteção e consolo, além de paz interior[5].

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

O quadro 1 evidencia o sentido da comunicação interpessoal no cuidado ao final da vida:

Quadro 1 - Metas para a comunicação ao final da vida.

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

O que precisamos entender sobre comunicação?

Independentemente da área de formação básica ou da categoria profissional, os profissionais de saúde têm como base de seu trabalho as relações humanas e, por isso, precisam aprimorar suas habilidades de comunicação. Médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, psicólogos e outros especialistas que trabalham com seres humanos em situação de doença e sofrimento e, principalmente, com aqueles que vivenciam a terminalidade necessitam saber não apenas o quê, mas quando e como falar. Precisam saber até mesmo quando calar, substituindo a frase por um toque afetivo ou como potencializar o efeito de um ansiolítico com um bom par de ouvidos, estando mais próximos e acessíveis às reais necessidades dos pacientes.

Comunicação interpessoal não se resume à troca de mensagens entre duas ou mais pessoas, tampouco à mera transmissão de informações. Trata-se de um processo complexo que envolve a percepção, a compreensão e a transmissão de mensagens por parte de cada sujeito envolvido na interação, considerando-se o contexto, a cultura, os valores individuais, as experiências, interesses e expectativas próprios de cada um[6].

Todo processo de comunicação é constituído por duas dimensões, a verbal e a não verbal. A comunicação verbal é aquela que ocorre por meio de palavras, com o objetivo de expressar um pensamento, clarificar um fato ou validar a compreensão de algo[1]. Porém, ela é insuficiente para caracterizar a complexa interação que ocorre no relacionamento humano. É necessário qualificá-la, oferecer-lhe emoções, sentimentos e adjetivos, para que seja possível perceber e compreender não só o que significam as palavras, mas também os sentimentos implícitos na mensagem.

É a dimensão não verbal do processo de comunicação que permite a demonstração e compreensão dos sentimentos nos relacionamentos interpessoais. A linguagem verbal é qualificada pelo jeito e tom de voz com que as palavras são ditas, por gestos que acompanham o discurso, por olhares e expressões faciais, pela postura corporal, pela distância física que as pessoas mantêm umas das outras, e até mesmo por suas roupas, acessórios e características físicas.

Propõe-se uma classificação para a comunicação não verbal[1] que facilita seu estudo: paralinguagem, cinésica, proxêmica, características físicas, fatores do meio ambiente e tacêsica. A paralinguagem refere-se a qualquer som produzido pelo aparelho fonador e utilizado no processo de comunicação, ou seja, o modo como falamos. Representam-na os ruídos, a entonação da voz, o ritmo do discurso, a velocidade com que as palavras são ditas, o suspiro, o pigarrear, o riso e o choro. É também chamado paraverbal e confere emoção às informações transmitidas verbalmente.

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

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

O toque e todas as características que o envolvem são estudados pela cinésica. O contato físico é capaz de provocar, por meio de seus elementos sensoriais, alterações neuromusculares, glandulares e mentais. Não apenas em seu caráter técnico e instrumental, mas também como forma de oferecer apoio e demonstrar afeto, o toque é um instrumento terapêutico valioso na área da saúde[1].

A comunicação não verbal é fundamental para o estabelecimento do vínculo que embasa o relacionamento interpessoal, imprescindível na relação entre profissionais de saúde e pacientes[4,7,8]. Com frequência, mesmo antes que a interação

direta com o paciente aconteça, este já faz um julgamento prévio a respeito do profissional, com base na análise de seu comportamento e características não verbais, expressos nos corredores do hospital ou na interação com os outros colegas! E pode até ser neste momento que o paciente decida se o profissional é ou não digno de sua confiança e se quer ou não ser cuidado por ele, sem que nenhuma palavra seja trocada entre ambos.

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

Quadro 2 - Elementos essenciais do comportamento empático:

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

Ao cuidar do paciente em processo de morrer, uma das principais habilidades de comunicação necessária ao profissional é a escuta. A escuta atenta e reflexiva é um dos principais instrumentos do profissional de saúde que atua em Cuidados Paliativos, à medida que permite identificar as reais demandas dos pacientes. Sentar-se ao lado do paciente, mostrando-se interessado por sua história e disponível para ouvi-lo e compreendê-lo é uma maneira comprovadamente eficaz de assisti-lo emocional e espiritualmente. Ser ouvido é uma importante demanda de quem vivencia a terminalidade[8].

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

Quadro 3 - Estratégias para a adequada comunicação ao final da vida.

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

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

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

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

Os profissionais e familiares evitam falar sobre terminalidade e morte para poupar o paciente, por achar que poderão aumentar seu sofrimento e deprimi-lo. Por sua vez, o paciente, visando proteger suas pessoas queridas, também evita abordar o assunto. Cria-se, assim, uma espécie de isolamento emocional, de um lado o paciente e de outro a família, todos com sentimentos, dúvidas e anseios semelhantes, mas não compartilhados.

Receber boas informações (honestas, claras e compassivas) é um desejo universal dos pacientes em estado avançado da doença, conforme evidencia a literatura[10-14]. Em estudo realizado no Brasil, com 363 pacientes, identificou-se que mais de 90% dos entrevistados desejam ser informados sobre suas condições de saúde, incluindo eventuais diagnósticos de doenças graves[13].

Outro estudo europeu[14], realizado com 128 pacientes que tiveram o diagnóstico de câncer incurável, revelou que grande parte destes doentes gostaria de ser informado sobre opções de tratamento, efeitos colaterais, sintomas físicos, sobre como e onde encontrar ajuda e aconselhamento, a respeito de dietoterapia, cuidados psicossociais e complementares.

Embora a maioria dos pacientes queira saber a respeito de sua condição de saúde, os mesmos também têm o direito de não querer receber informações a este respeito. Neste caso, seu desejo precisa ser respeitado e torna-se necessário identificar um familiar ou alguém próximo a ele que possa receber as informações e ser seu interlocutor.

A comunicação de notícias difíceis ou más notícias é uma das mais penosas tarefas do profissional de saúde. Isto porque os mesmos aprendem nos bancos da academia a salvar vidas e buscar a saúde, e não a lidar com situações de perdas de saúde, vitalidade, esperança e morte. Assim, uma das dimensões na qual o profissional de saúde mais almeja desenvolver habilidades é a comunicação de notícias difíceis, tais como informar o diagnóstico de uma doença sem possibili-

dades de cura, a piora irreversível do quadro ou mesmo comunicar a morte para os familiares.

Uma questão muito frequente é: "Devo ou não contar ao paciente?". E, à medida que respostas não são encontradas para este questionamento, utiliza-se a mentira piedosa ou o silêncio cheio de significados dúbios. Contudo, há alternativas para este tipo de situação: o uso de habilidades de comunicação pode auxiliar o profissional a modificar o foco da questão de "contar ou não" para "como informar".

Ao invés da mentira piedosa, pode-se utilizar a sinceridade prudente e progressiva, transmitindo ao paciente as informações de acordo com suas condições emocionais, de modo gradual e suportável. E, neste contexto, é essencial a adequada percepção e interpretação dos sinais não verbais do paciente, pois são eles que vão permitir a identificação do estado emocional do paciente e permitir ao profissional perceber até onde ir naquele momento.

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

Quadro 4 - Estratégias para a comunicação progressiva de notícias difíceis.

Etapas	Estratégias
Prepare-se para comunicar	Escolha o local, de preferência onde haja acomodações para sentar. Cuide da privacidade. Reserve tempo para a conversa.
Descubra o quanto o paciente sabe, o quanto quer ou aguenta saber	Utilize perguntas abertas: O que você sabe sobre sua doença? O que você teme sobre sua condição? Atente aos sinais não verbais do paciente durante suas respostas. Identifique sinais de ansiedade extrema ou sofrimento exacerbado, avaliando as condições emocionais do paciente.
Compartilhe a informação	Informe com tom de voz suave, porém firme, utilizando vocabulário adequado à compreensão do outro. Seja claro e faça pausas para que o paciente tenha oportunidade de falar. Valide a compreensão, fazendo perguntas curtas. Utilize o toque afetivo e a proximidade física. Verbalize compaixão e solidariedade ao sofrimento do outro.

Acolha os sentimentos	Permaneça junto do paciente. Permita e estimule a expressão de sentimentos (de modo verbal e/ou não verbal). Verbalize disponibilidade para ouvi-lo.
Planeje o seguimento	Fale concisamente sobre os sintomas, possibilidades de tratamento e prognósticos. Estabeleça, junto com o paciente, metas a curto e médio prazo e ações para atingi-las. Verbalize a disponibilidade para o cuidado e o não abandono. Deixe claro como e onde encontrá-lo, se necessário.

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

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

Se o paciente ainda é capaz de verbalizar, pode haver o desejo de compartilhar com alguém da equipe de saúde ou com familiares seus sentimentos e anseios. E mesmo quando já não é mais possível falar sobre seus anseios, o paciente que vivencia a terminalidade demonstra de maneira nãoerbal e fisiológica seu sofrimento. Neste contexto, as palavras mostram-se secundárias e a comunicação não-verbal a 5 e 6 evidenciam necessidades espirituais e emocionais ao final da vida e apontam estratégias úteis de comunicação para abordar estas necessidades:

Quadro 5 - Necessidades espirituais expressas de modo verbal e/ou não verbal e estratégias de comunicação úteis para o cuidado ao fim da vida.

Aspectos espirituais identificados	Necessidades relacionadas	Estratégias de comunicação
Reflexões ou questionamentos sobre o significado da vida.	Construir um sentido para vida e a própria existência.	Ouvir atentamente. Estimular reflexão e expressão de sentimentos (perguntas abertas).
Preocupações com o legado. Resgate dos relacionamentos.	Agradecer e demonstrar amor a quem lhe é importante. Perdoar e ser perdoado. Despedir-se.	Estimular, permitir e promover reencontros. Conversar com familiares, flexibilizando horários de visita. Promover ambiente agradável para estas interações familiares (disponibilizar cadeiras, ambiente privativo).

Questionamentos acerca da morte ou o que vem depois dela. Ressignificação da dor e sofrimento	Estreitar relação com o Ser Supremo. Reafirmar crenças.	Ouvir atentamente. Utilizar toque afetivo para demonstração de compreensão e apoio. Respeitar momentos de silêncio do outro.

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

Aspectos emocionais identificados	Necessidades relacionadas	Estratégias possíveis de comunicação
Sentimentos de tristeza. Autoimagem e autoestima alteradas. Medo de incapacidade e deterioração física. Medo de ter dor. Medo de estar sozinho no momento da morte. Luto pelas perdas antecipadas (vida, relacionamentos, etc.).	Ser ouvido Ser aceito. Ser confortado. Ser valorizado. Sentir-se seguro. Exercer sua autonomia. Estar sempre acompanhado. Ter valores e crenças respeitados.	Ouvir. Utilizar toque afetivo. Estar mais presente junto ao paciente. Verbalizar não abandono. Verbalizar disponibilidade e interesse. Estimular visitas e permanência de cuidador/acompanhante.

Ações comunicativas eficazes para a família na terminalidade

É praticamente impossível cuidar do indivíduo de forma completa sem considerar seu contexto, dinâmica e relacionamento familiar. A informação contínua e acessível aos familiares é o elemento essencial que permitirá uma vivência mais serena e tranquila do processo de morrer do doente, sem gerar expectativas que não podem ser atendidas. Os familiares necessitam ser mantidos informados sobre o que acontece e sobre o que esperar do processo de morrer de seus entes. Deste modo, uma das necessidades mais proeminentes da família é o estabelecimento de uma comunicação clara, honesta e mais frequente com os membros da equipe que cuidam do paciente[15].

A metanálise de vários estudos sobre as necessidades dos familiares de pacientes gravemente enfermos, em iminência de morte, aponta que os familiares desejam sentir-se úteis no cuidado de seu ente, entender o que está sendo feito por ele e o porquê, ser informados acerca de mudanças nas condições clínicas e proximidade de morte, ser assegurados do conforto do paciente, poder expressar suas emoções, ter seus sentimentos compreendidos e ser confortados, encontrar algum significado na perda da pessoa amada[16].

Assim, informações e orientações simples e claras neste momento são extremamente benéficas aos membros da família, assim como o estímulo para a verbalização de sentimentos e a escuta, como pode ser conferido no quadro 7:

Quadro 7 - Ações comunicativas no apoio ao familiar na terminalidade.

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

Considerações finais

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

Referências

1. SILVA, M. J. P. *Comunicação tem remédio*: a comunicação nas relações interpessoais em saúde. São Paulo: Gente, 1996.

2. HIGGINSON, I.; CONSTANTINI, M. Communication in end-of-life cancer care: a comparison of team assessment in three European countries. *Journal of Clinical Oncology*, v. 17, n. 20, p. 3674-3682, 2002.

3. ARAÚJO, M. M. T; SILVA, M. J. P. Comunicando-se com o paciente terminal. *Rev Soc Bras Cancer*, v. 6, n. 23, p. 16-20, 2003.

4. ARAÚJO, M. M. T. *Quando uma palavra de carinho conforta mais que um medicamento*: necessidades e expectativas de pacientes sob cuidados paliativos. Dissertação - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

5. HAWTHORNE, D. L.; YURKOVICH, N. J. Human relationship: the forgotten dynamic in palliative care. *Palliative & Support Care*, v. 1, n. 3, p. 261-2650, 2003.

6. LITTLEJOHN, S. W. *Fundamentos teóricos da comunicação humana*. Rio de Janeiro: Guanabara, 1988.

7. SILVA, M. J. P. Comunicação com pacientes fora de possibilidades terapêuticas: reflexões. *Mundo Saúde*, v. 27, n. 1, p. 64-70, 2003.

8. CARVALHO, M. V. B. *O cuidar no processo de morrer na percepção das mulheres com câncer*: uma atitude fenomenológica. Tese – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.

9. KÓVACS, M. J. Comunicação nos programas de Cuidados Paliativos. In: PESSINI, L; BERTACHINI, L. *Humanização e cuidados paliativos*. São Paulo: Loyola, 2004.

10. STEINHAUSER, K. E.; CHUSTAKIS, N. A.; CLIPP, E. C.; MCNEILLY, M.; MCINTYRE, L.; TULSKY, J. Á. Factors considered important at the end of life by patients, family, physicians and other care providers. *JAMA*, v. 284, n. 19, p. 2476-2482, 2000A.

11. STEINHAUSER, K. E.; CLIPP, E. C.; MCNEILLY, M.; CHRISTAKIS, N. A.; MCINTYRE, L. M.; TULSKY, J. A. In search of a good death: observations of patients, families and providers. *Annals of Internal Medicine*, v. 132, n. 10, p. 825-832, 2000B.

12. ASPINAL, F.; HUGHES, R.; DUNCKLEY, M.; ADDINGTON-HALL, J. What is important to measure in the last months and weeks of life?: a modified nominal group study. *International Journal of Nursing Studies*, v. 43, n. 4, p. 393-403, 2006.

13. GULINELLI, A.; AISAWARA, R. K.; KONNO, S. N.; MORINAGA, C. V.; COSTARDI, W. L.; ANTONIO, R. O.; *et al*. Desejo de informação e participação nas decisões terapêuticas em caso de doenças graves em pacientes atendidos em um hospital universitário. *Rev Assoc Med Bras*, v. 50, n. 1, p. 41-47, 2004.

14. VOOGT, E.; LEEUWEN, A. F.; VISSER, A. P.; HEIDE, A.; MAAS, P. J. Information needs of patients with incurable cancer. *Support Care Cancer*, v. 13, n. 11, p. 943-948, 2005.

15. KIRCHHOFF, K. T.; SONG, M. K.; KEHL, K. Caring for the family of the critically ill patient. *Critical Care Clinics*, v. 20, 453-466, 2004.

16. TROUG, R. D. *et al*. Recommendations for end-of-life care in the Intensive Care Unit: The Ethics Committee of the Society of Critical Care Medicine. *Critical Care Medicine,* v. 29, n. 12, p. 2332-2348, 2001.

Modalidades de atuação e modelos de assistência em Cuidados Paliativos

Luís Fernando Rodrigues

Introdução

A primeira publicação sobre implantação de um serviço de Cuidados Paliativos no Brasil data de 1993, na Revista Brasileira de Cancerologia[1], onde Dra. Magda Cortes Rodrigues Rezende, oncologista do Instituto Nacional de Câncer, ao lado de outros colegas, descreve a implantação do CSTO – Centro de Suporte Terapêutico Oncológico naquela instituição. Embora tenhamos informações não publicadas sobre outros hospitais e grupos com iniciativas semelhantes, entendemos ter sido esse o primeiro serviço implantado em uma Instituição. Desde então temos assistido a um forte crescimento no movimento dos profissionais de saúde em torno dos Cuidados Paliativos no nosso país, principalmente de meados da primeira década de 2000 até os dias de hoje, seguindo uma tendência mundial. O contraste que observamos, no entanto, diz respeito justamente aos modelos de assistência empregados nos diversos países para atender à necessidade dos cuidados em fim de vida. Na Europa, a referência aos hospices como locais de cuidado intensivo na terminalidade (entendendo intensivo como presença intensa junto ao paciente visando à execução de reavaliações e ajustes constantes de medidas para alívio de sofrimento e não emprego de maquinário de tecnologia avançada) evidencia o quão diferente a organização dos serviços pode ser.

Desde o Cuidado de Nível 1, executado por equipes de Saúde da Família para necessidades mais básicas, até os de Nível 3, com equipes capacitadas para resolução de problemas complexos, os cenários de atuação são diversificados[2]. O objetivo deste texto é explorar cada um desses cenários, suas vantagens e dificuldades para execução de cuidados.

Modelos de assistência

A) Hospital

Historicamente, quando falamos em cuidado de saúde, e principalmente quando falamos em cuidados em etapa terminal de enfermidade, imediatamente nossa mente nos remete ao cuidado hospitalar, já que quem está muito doente, em

nossa cultura, deve procurar por um hospital. E é nesse ambiente que temos visto se desenvolver alguns dos principais serviços de Cuidados Paliativos no Brasil – Hospital Emílio Ribas de São Paulo – SP, Instituto Nacional do Câncer no Rio de Janeiro – RJ, Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo – SP, Hospedaria do Hospital do Servidor Público Municipal de São Paulo – SP, Hospice do Instituto de Câncer de São Paulo em Cotia – SP, NASPEC (Núcleo Assistencial para Pessoas com Câncer) de Salvador – BA, GISTO (Grupo Interdisciplinar de Suporte Terapêutico Oncológico) do Hospital Erasto Gaertner em Curitiba – PR, Centro de Estudos e Pesquisas Oncológicas (CEPON) de Florianópolis – SC, Hospital São Judas Tadeu – Fundação PIO XII do Hospital de Câncer de Barretos – SP, Hospital Costa Cavalcanti de Foz do Iguaçu – PR, EICPO (Equipe Interdisciplinar de Cuidados Paliativos Oncológicos) do Hospital de Câncer de Londrina – PR, IMIP (Instituto de Medicina Materno Infantil) de Recife – PE, Programa de Internação Domiciliar Interdisciplinar de Pelotas – RS, que apesar de ser um programa de atenção domiciliar está ligado ao Hospital Universitário da Universidade Federal de Pelotas, GAPPO (Grupo de Apoio Paliativo ao Paciente Oncológico) do Hospital Araújo Jorge da Associação de Combate ao Câncer de Goiás na cidade de Goiânia – GO, Hospital Regional da UNIMED de Fortaleza – CE, Serviço de Terapia da Dor e Cuidados Paliativos da Fundação Centro de Controle de Oncologia do Amazonas STDCP/FCECON de Manaus – AM, entre tantos outros serviços que se multiplicam pelo nosso país. Na América do Norte (EUA e Canadá), os Cuidados Paliativos são realizados preferencialmente em dois cenários: Hospitais e Domicílio[3]. A estrutura tipo "hospice", por sua vez, está profundamente arraigada na cultura europeia de forma natural. Os registros mostram presença dessas instalações dirigidas a "...ajudar e confortar os pobres, doentes, cegos, idosos e pessoas incapazes de se autocuidar e sem ter um lugar onde possam ser alojados, protegidos ou recuperados" nas palavras de Sir Thomas Vicary, cirurgião inglês do século XVI descrevendo a função paliativa do Hospital São Bartolomeu de Londres para o rei Henrique VIII[4]. Em uma recente revisão não sistematizada sobre fatores que influenciam o óbito no domicílio, todos os estudos revisados mostraram que, embora a preferência do lugar para morrer da maioria das pessoas seja o domicílio, o ambiente Hospitalar, com suas peculiaridades, aparece como o lugar onde a maioria das mortes ocorrem[5, 6, 7, 8, 9, 10, 11]. Por conta dessa realidade, a tendência de criação de equipes de Cuidados Paliativos ainda se concentra nos Hospitais, como resposta à pressão crescente por demandas de cuidados e como consequência de uma política de cuidados domiciliares ainda incipiente no nosso país.

Uma das maiores desvantagens do ambiente hospitalar é o fato de o paciente estabelecer associação com procedimentos invasivos e por vezes dolorosos, como

punções venosas ou arteriais, sondagens (urinárias, nasogástricas, etc.), drenagens e entubação. Os pacientes portadores de doenças graves têm necessidade de controle de sintomas especializados, suporte para comunicação e tomada de decisão e cuidado coordenado[12].

O Cuidado Paliativo em ambiente hospitalar pode ser feito de três maneiras[13]:

a) Uma Unidade de Cuidados Paliativos – Implica um conjunto de leitos em uma determinada área do Hospital onde se trabalha dentro da filosofia dos Cuidados Paliativos. Existe uma equipe treinada e capacitada para trabalhar nessa unidade com foco em alívio de sintomas físicos e resolução de problemas psico-sócio-espirituais, bem como entender a morte como um processo natural da vida. Essa unidade pode estar inserida no corpo do Hospital, como por exemplo no Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo ou na Unidade IV do INCA, Rio de Janeiro, ou pode ser uma Unidade Separada e a uma certa distância da Unidade Central como o Hospital São Judas Tadeu que é a Unidade de Cuidados Palitivos do Hospital de Câncer de Barretos que fica afastado da Unidade Principal. Entre as vantagens de se ter uma unidade específica para Cuidados Paliativos, observa-se a oportunidade de a equipe trabalhar de forma mais coesa, com expertise e com probabilidade maior de atingir as metas do cuidado. Entre as desvantagens estão a estigmatização da unidade como "o lugar que mandam para morrer", a percepção equivocada dos referenciadores que é uma Unidade para cuidado de final de vida exclusivamente ou o oposto disso, pacientes que são elegíveis para Cuidados Paliativos mas que têm prognóstico de vida prolongado (acima de 6 meses), tornando-se pacientes de longa permanência.
b) Equipe Consultora ou Volante – Não existem leitos específicos para Cuidados Paliativos. Existe uma Equipe Interdisciplinar Mínima que é acionada conforme a percepção do médico assistente, e que se dirige até onde o paciente está. Geralmente, a equipe consultora não assume a coordenação dos cuidados, servindo como um grupo de suporte que orienta condutas. A vantagem dessa equipe é que se torna uma rápida disseminadora da filosofia de cuidado de final de vida, pois está em contato frequente com várias alas e equipes do hospital, contribuindo para o papel educador dos profissionais da assistência. A desvantagem é ter que trabalhar com equipes não preparadas e que podem ter dificuldades em aceitar alguns aspectos do Cuidados Paliativos de forma pronta, necessitando de um certo tempo para essa adaptação.
c) Equipe Itinerante – Também é acionada conforme a percepção do médico assistente, mas, nesse caso, assume os cuidados, sendo uma prerrogativa do médico assistente continuar acompanhando o caso em conjunto ou não. Não

há leitos específicos. Os pacientes elegíveis para Cuidados Paliativos estão inseridos em enfermarias Gerais, junto a outros pacientes. É o modelo da EICPO do Hospital de Câncer de Londrina. Como vantagem, tem a mesma possibilidade de disseminação de conhecimento como na equipe volante, sendo as desvantagens as mesmas.

Uma desvantagem adicional, em qualquer dos três aspectos que envolvem o cuidado hospitalar é que a presença de uma equipe especializada nas unidades de Cuidados Paliativos cria uma zona de conforto para as outras equipes das outras unidades, e acabam não tendo a oportunidade de se envolver de maneira mais intensa com o cuidado de final de vida, esquivando-se, dessa forma, dessa tarefa.

B) Domicílio

Como afirmado no item anterior, a maioria das mortes ocorrem nos hospitais a despeito da preferência das pessoas por morrer em casa. Um viés dessa afirmação é que, na metodologia utilizada para averiguar essa preferência, os autores partiram de entrevistas feitas com os parentes que cuidaram desses pacientes no final da vida, sendo uma opinião, portanto, deduzida e não declarada pelos pacientes.

A maior causa de óbito de pacientes em hospitais nos países desenvolvidos está relacionada com controle de sintomas inadequados[14]. Em nosso país, tanto no âmbito do SUS como no da Saúde Suplementar, e mesmo na rede privada, existe carência de informações sobre o número, a localização, a conformação e a qualificação das equipes interdisicplinares de atenção domiciliar, o que não permite a difusão das técnicas de Cuidados Paliativos pelas Equipes de Saúde da Família e outras de Atenção Domiciliar.

No entanto, quando os profissionais conseguem conduzir seu mister (de tratar dos pacientes fora de possibilidade terapêutica de cura dentro da ótica dos Cuidados Paliativos) de maneira ótima, abordando de forma franca, honesta e verdadeira as questões relativas ao diagnóstico, prognóstico e planejamento de cuidados, por vezes o paciente faz um movimento de solicitar os cuidados em sua própria residência.

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

Tabela 1 - Vantagens e Desvantagens do Cuidado Domiciliar

A. Vantagens
Atender as necessidades na medida da preferência do paciente
Maior sensação de conforto e proteção
Disponibilidade dos cuidadores é direcionada totalmente ao paciente
B. Desvantagens
Dependendo da forma como está estruturado o serviço, a disponibilização de drogas pode não ser imediata.
Para pacientes que residem a grande distância de recursos complementares de saúde, como a zona rural.
Para pacientes que optam por morrer em casa, a declaração de óbito pode ser difícil de conseguir

Uma das grandes vantagens observadas é o fato de permitir ao indivíduo ter as suas necessidades atendidas na medida de suas preferências, sem a necessidade de seguir a rigidez das regras e horários do hospital. Simbolicamente, o domicílio representa o retorno ao ventre materno, local de aconchego, calor e proteção, situações que são buscadas pelas pessoas portadoras de doença ameaçadora da vida e que se encontram em situação de vulnerabilidade. Como diz Rubem Alves, "...a morte é o parto ao contrário...", e, para se fazer o caminho inverso, é necessário retornar ao útero. Como isso é fisicamente impossível, a busca do refúgio do lar cria a sensação de proteção almejada pelo paciente.

No entanto, para atingirmos o sucesso no atendimento domiciliar com o enfoque paliativo, é necessário reunir uma série de condições que irão propiciar um cuidado eficaz, como podemos verificar na Tabela 2. É importante destacar que, para esta modalidade de atenção, a anuência do paciente e/ou família é extremamente importante e que, apesar de ser possível que o óbito aconteça em casa, é necessário checar se paciente e família conseguirão desenvolver a capacidade de lidar com essa situação durante a evolução do período de cuidado.

Tabela 2 - Critérios para Inclusão no Atendimento Domiciliar

1. Ter diagnóstico definido
2. Ter um plano terapêutico definido e registrado
3. Residir em domicílio que ofereça as condições mínimas para higiene (luz e água encanada)
4. Ter cuidador responsável e capaz de compreender as orientações dadas pela equipe

5. Desejo e/ou permissão expressa para permanecer no domicílio dado pelo paciente ou familiar no impedimento deste.

Obs.: De acordo com RDC 11 da Anvisa de 28/01/2006 e portaria MS2529 de 19/10/2006[15].

Ambulatório

Há pouca matéria escrita sobre os Cuidados Paliativos em nível ambulatorial, muito menos sobre Cuidado Paliativo na Atenção Primária[16,17]. Seria desejável que, a exemplo do que ocorre no Reino Unido ou na Espanha (países onde a rede de Cuidados Paliativos está bem estabelecida), a atenção básica do nosso Sistema Único de Saúde estivesse apta a ofertar Cuidados Paliativos de qualidade, de acordo com o que esse nível de atenção permite realizar. Em uma consulta de Cuidados Paliativos em nível ambulatorial, não apenas os aspectos físicos são passíveis de ser abordados, mas é inerente a esse tipo de consulta que tenham que ser dadas más notícias, discutir a morte, explorar emoções profundas e explicar as opções complexas de manejo[17]. Isso pode ser particularmente difícil e complicado em uma estrutura como as de nossas unidades de saúde que convivem com a realidade de agendas saturadas, má remuneração dos profissionais da saúde pública e oferta precária de recursos humanos e materiais. No entanto, o gestor público ou o administrador privado que intencione ofertar Cuidados Paliativos no nível primário não pode, em hipótese alguma, sacrificar o aspecto de comunicação e os aspectos subjetivos da consulta em detrimento de melhorar a produtividade.

Uma única consulta ambulatorial pode mesmo não ser suficiente para abordar todos os aspectos envolvidos no planejamento dos cuidados. Assim, uma sequência de consultas por períodos de semanas ou meses deve ser planejada a fim de se permitir que as dimensões psíquicas, emocionais, sociais e espirituais possam ser avaliadas adequadamente. As perguntas abertas – "Como você está?" ou "Como você tem enfrentado esta situação?" – seguidas de escuta atenta, não devem ser economizadas[17].

O papel da Unidades Básicas de Saúde, ou mais contemporaneamente falando, da Unidades de Saúde da Família, no âmbito dos Cuidados Paliativos, tem que ser entendido dentro de um modelo de atenção à saúde que pode ser descrito como um modelo de atenção compartilhada[16], ou, na linguagem brasileira, o modelo de atenção em rede e linhas de cuidado. Desta forma, as unidades de Cuidados Paliativos devem compartilhar a responsabilização pelo cuidado dos pacientes em etapa final de enfermidade, oferecendo suporte do nível II ou III, com equipes especializadas em resolução de problemas difíceis. No modelo de atenção compartilhada, a estrutura de comunicação bem como a presença

de protocolos terapêuticos e diretrizes clínicas, além dos procedimentos padrões para a dimensão administrativa do serviço são vitais para o bom funcionamento e oferta de assistência adequada para o paciente e sua família[16].

Outro problema que não pode deixar de ser abordado na organização de serviço no nível ambulatorial é a dispensação de analgésicos, principalmente os opioides. É um desafio a ser enfrentado no nosso país, dada a legislação fortemente controladora do armazenamento, prescrição e dispensação desses medicamentos no território brasileiro conforme determina a Portaria 344 da ANVISA que normatiza e regula o tema. Na atenção básica, a tarefa de prescrever e dispensar os opioides ainda permanece uma situação de difícil desfecho. Programas estaduais, como o Programa Paraná sem Dor, tentam minimizar a dificuldade de acesso aos opioides mediante cadastramento de precritores, usuários e unidades dispensadoras, descentralizando a disponibilidade dessas drogas[18].

Referências

1. TEIXEIRA, M. A.; REZENDE, M. R. C.; LAVOR, M. F.; BELÉM, R. N.; CARRULLO, M. A. G. Implantando um serviço de suporte terapêutico oncológico STO/Implantation of a service of support oncologic therapy STO Rev. bras. cancerol; 39(2):65-87, abr.-jun. 1993.

2. MACIEL, M. G. S.; RODRIGUES, L. F.; NAYLOR, C.; BETTEGA, R.; BARBOSA, S. M. M.; BURLÁ, C.; MELO, I. T. V. Critérios de Qualidade para os Cuidados Paliativos no Brasil – Academia Nacional de Cuidados Paliativos – 2007.

3. CINTRON, A.; MEIER, D. E. Palliative Care Services and Programs, in Palliative Care – Core Skills and Clinical Competences, Librach L, Saunders Elsevier, 2007. Cap 7, p. 567.

4. DUNLOP, R. J.; HOCKLEY, J. M. The Need for Palliative Care Teams, in Hospital Based Palliative Care Teams, Oxford University Press, 2nd Edition, 1998 p. 3.

5. McW, I. R.; BASS, M. J. Orr V Factors associated with location of death (home or hospital) of patients referred to a palliative care team. Can Med Assoc J Feb. 1, 1995, 152 (3).

6. GRANDE, G. E.; TODD, C. J.; BARCLAY, S. I. G.; FARQUHAR, M. C. Does hospital at home for palliative care facilitate death at home? Randomised controlled trial BMJ Dec 1999, 319: 472-5.

7. BURGE, F.; LAWSON, B.; JOHNSTON, G. Trends in the place of death of cancer patients. Can Med Assoc J Feb. 4, 2003;168 (3).

8. HIGGINSON, I. J.; GOMES, B. Factors influencing death at home in terminally ill patients with cancer: systematic review. BMJ Feb. 2006, 332(7540): 515-521.

9. BECCCARO, M.; CONSTANTINI, M.; ROSSI, P. G. et AL Actual and preferred place of death of cancer patients. Results from the Italian survey of the dying of cancer. J Epidemiol Community Health 2006; 60: 412-416.

10. PINZON, L. C. E.; WEBER, M.; MATTHIAS, Claus; FISCHBECK, S.; UNRATH, M.; MARTINI, T. Eva M€unster Factors Inûuencing Place of Death in Germany. Journal of Pain and Symptom Management Vol 41 Nº 5 May 2011.

11. HOWELL et al., Destined to die in hospital? Systematic review and meta-analysis of place of death in haematological malignancy BMC Palliative Care 2010, 9:9.

12. CINTRON, A.; MEIER, D. E. Palliative Care Services and Programs, in Palliative Care – Core Skills and Clinical Competences, Emanuel L, Librach L, Saunders Elsevier, 2007. Cap 7, p. 569.

13. DUNLOP, R.; HOCKLEY, G. M. Hospital Based Palliative Care Teams – Oxford University Press, 1998 – 2nd Edition – p. 21-28.

14. DOYLE, D. Palliative Medicine in the Home: an overview in The Oxford Textbook of Palliative Medicine – Oxford University Press – 3rd Edition – 2004. – p. 1098.

15. RDC 11 de 26 de Janeiro de 2006 – ANVISA – Publicada no D.O.U. de 30/01/2006.

16. ROSARIA, M. A. B. del, MARTIN, A. S. – organizadores - Cuidados paliativos y atención primaria – Aspectos de Organización – Springer – Verlag Ibérica – 2000 – ISBN 84-07-00228-3.

17. PALMER, E.; HOWART, J. – organizadores – Palliative Care for de Primary Care Team – Quay Books – 2005 – ISBN 1 85642 229 1.

18. Secretaria de Saúde do Estado do Paraná – www.sesa.pr.gov.br/programaparanasemdor

Organização de serviços de Cuidados Paliativos

Maria Goretti Sales Maciel

Introdução

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

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

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

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

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

No Brasil, a prática dos Cuidados Paliativos é relativamente recente. A maioria dos grupos atuais iniciou suas atividades por volta de 2000, com acentuado progresso nos últimos 4 anos[2].

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

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

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

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

O documento de recomendações denominado Getting Started: Guidelines and suggestions for those Starting a Hospice/Palliative Care Services, elaborado pelo Dr. Derek Doyle, que atua em Cuidados Paliativos na Escócia há mais de trinta anos, serve como ponto de partida para a análise e considerações a seguir. Este documento foi publicado e é divulgado pela Associação Internacional de Hospice e Cuidado Paliativo – IAHPC[3].

Princípios da atuação

Qualquer que seja o modelo de prestação de serviços, o que há de comum no trabalho das equipes de Cuidados Paliativos é[3]:

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

Equipes de Cuidados Paliativos habituam-se a considerar que sempre há muito sofrimento envolvido no processo de adoecimento e morte, e que o ensino da medicina não capacita o profissional de forma adequada para a compreensão e alívio deste sofrimento nos últimos anos e meses de vida.

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

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

O sofrimento existencial inclui questões como o significado da vida, da morte e do sofrimento, questões de cunho religioso, culpas, necessidade de perdão, entre outras questões muito particulares[3].

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

Que serviço pretende construir?

Na estruturação de um serviço de Cuidados Paliativos, as questões fundamentais a serem respondidas neste período inicial de planejamento são as seguintes[3]:

Quais os objetivos do serviço?

Um serviço de Cuidados Paliativos pode ter por objetivo[3]:

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

Qual a demanda de necessidades de Cuidados Paliativos?

É fundamental conhecer:

a) Diagnósticos mais frequentes.
b) Principais necessidades de doentes e familiares.
c) Possibilidade de inserção do serviço de Cuidados Paliativos na cadeia da assistência existente.

Esta pergunta responde à primeira: baseado na necessidade local, define-se o objetivo do serviço.

Que recursos já existem – materiais e humanos?

Qual o modelo que mais se enquadra ao objetivo proposto?

Qual o investimento proposto para este projeto?

Quais os obstáculos e resistências que envolvem as equipes profissionais?

Qual a necessidade de treinamento das equipes locais?

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

O Cuidado Paliativo nunca pode estar isolado da cadeia de serviços de saúde que caracterizam a atenção global ao paciente. O fluxo de pacientes para internação numa Unidade de Cuidados Paliativos, as necessidades de investigação diagnóstica e o seguimento do doente durante sua estadia no domicílio devem ser parte de uma rede integrada e muito bem articulada de modo a oferecer segurança ao doente e sua família em todas as etapas do adoecimento, no respeito às decisões previamente acordadas para o final da vida. A figura 1 mostra exemplo de rede de atenção em Cuidados Paliativos:

Figura 1 - Modelo de rede integrada em Cuidados Paliativos:

Unidades de internação em Cuidados Paliativos

Enfermaria de Cuidados Paliativos

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

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

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

No Brasil, um exemplo de enfermaria de Cuidados Paliativos é o Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo, com uma ala de 10 quartos individuais para o paciente e família. O hospital tem complexidade terciária e possui 700 leitos ativos. A enfermaria trabalha em consonância com o ambulatório de Cuidados Paliativos e atendimento domiciliar[4].

Vantagens

- Integração dos Cuidados Paliativos com todas as especialidades do hospital.
- Acesso de pacientes à internação pode ser facilitado nas 24 horas.
- Facilidade de acesso aos profissionais das equipes que até então o acompanhavam.
- Menor sensação de abandono.
- Respostas rápidas ao doente e maior segurança à família.
- Facilidade para o ensino de Cuidados Paliativos.
- Disseminação de uma cultura de Cuidados Paliativos de forma científica e controlada dentro de um grande hospital, o que contribui para a desmistificação de conceitos inadequados sobre a questão.

Desvantagens

O ambiente hospitalar é um fator limitante. As internações devem sempre ser curtas pelas dificuldades relativas a:

- Acesso do paciente a áreas verdes e jardins e facilidades de reabilitação.

- Ambiente hospitalar como fator de agravo ao humor, em especial para pacientes idosos.
- Em hospitais pequenos o custo de uma unidade menor que dez leitos pode ser demasiadamente elevado pela necessidade da equipe treinada em período integral.

Necessidades

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

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

Grupo consultor em Cuidados Paliativos

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

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

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

Necessidades

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

- Um médico em período parcial de trabalho.
- Uma enfermeira treinada e que atua em consonância com a enfermeira da clínica de origem.
- Uma psicóloga muito bem treinada na prática de Cuidados Paliativos.
- Uma assistente social, de acordo com a demanda local.
- Outros profissionais não vinculados diretamente à equipe, mas que atuem em consonância com os princípios dos Cuidados Paliativos e que possam prestar assistência ocasional em situações selecionadas pelo grupo (Nutricionista, Fisioterapeuta, Terapeuta Ocupacional, Farmacêutica, ou outro)
- Uma sala para guardar material da equipe e para a realização de reuniões regulares do grupo para a discussão dos casos visitados.
- Treinamento da equipe e educação continuada, pois todos precisam ter muita segurança nos conhecimentos inerentes à prática proposta.

Vantagens

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

Desvantagens

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

Unidade hospitalar especializada em Cuidados Paliativos

Este é o equivalente ao termo inglês Hospice. Consiste numa unidade de saúde com complexidade mediana, apta a dar respostas rápidas a necessidades mais complexas dos doentes. Diferencia-se do hospital geral pelo espaço desti-

nado a atividades diversas e convivência, inclusive para familiares, flexibilidade e atuação contínua de equipes multiprofissionais, além de programação distinta e de caráter holístico[3].

A Unidade Hospitalar especializada em Cuidados Paliativos pode atender também a diferentes necessidades, desde pacientes em fase final da vida e em crises de necessidades, com perfil de internação curto (média de 14 dias) ou pode abrigar doentes com necessidades de internação prolongada (média de 2 a 3 meses) em perfil de recuperação neurológica, doença crônica avançada como doença pulmonar, cardíaca ou renal com descompensações de repetição em curto período e fase avançada das demências com alto grau de incapacidade.

Precisam ser equipadas para atender ocorrências clínicas e para isso necessitam da presença médica 24 horas, exames laboratoriais e radiologia, contando com referência para exames mais complexos como ressonância magnética e procedimentos paliativos como inserção de catéteres urinários, stents, radioterapia paliativa e outros.

Podem localizar-se na área de um hospital de referência, em prédio isolado ou, quando distantes, contarem com rápido sistema de referência e transporte quando houver necessidade de intervenção mais complexa do que a oferecida na unidade[3].

No Brasil existem poucas unidades nesta modalidade, sendo exemplo o Hospital do Câncer IV do Instituto Nacional do Câncer, a Unidade de Cuidados Paliativos do Hospital do Câncer de Barretos e, em São Paulo, o Hospital Local de Sapopemba, que atende à clientela do SUS, e o Hospital Premier, que atende convênios de saúde.

Vantagens

A unidade hospitalar de Cuidados Paliativos permite a prática especializada em Cuidados Paliativos em toda sua plenitude, com abordagem impecável aos sintomas físicos, psicossociais e espirutuais.

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

Desvantagens

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

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

Necessidades

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

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

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

Deve contar com equipe multiprofissional completa com formação em Cuidados Paliativos, que inclui médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, musicoterapeutas, fonoaudiólogos, nutricionistas, farmacêuticos, odontólogos, assitentes espirituais e voluntários.

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

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

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

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

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

Unidades de atendimento a pacientes externos

Ambulatório de Cuidados Paliativos

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

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

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

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

Há a possibilidade de conciliar no mesmo espaço físico o atendimento ambulatorial com uma unidade de atendimento dia em Cuidados Paliativos, descrita

a seguir, o que facilita a integração de uma equipe multiprofissional completa ao ambulatório.

Necessidades

Para o funcionamento de uma unidade ambulatorial básica, é necessário:

- Equipe composta por um médico em período parcial, uma enfermeira assistencial e uma psicóloga, todos com formação específica na área.
- Uma assistente social pode participar em um ou mais períodos/semana como referência.
- Recepção e sala de espera, com recepcionista/secretária.
- Um técnico de enfermagem para a organização de material e auxílio em procedimentos, curativos e coleta de exames.
- Consultórios.
- Uma sala adequada para a realização de reunião de família, aproveitada também para reuniões de equipe.
- Uma sala para realização de procedimentos simples como paracenteses, curativos complexos, enteroclismas, etc.
- Salas de limpeza e preparo de material para esterilização em local conveniente.

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

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

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

Unidade de Cuidados Paliativos

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

Inclui: fisioterapia, terapia ocupacional, musicoterapia, arteterapia, cuidados com a aparência, nutrição e o encontro com outros doentes e familiares, numa possibilidade de troca de experiências, de forma dirigida por profissionais muito bem qualificados para a tarefa.

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

- Atividade de terapia ocupacional.
- Pequeno núcleo de reabilitação.
- Refeição supervisionada.
- Descanso de pacientes em poltronas confortáveis.
- Amenidades (leitura, música, cuidados com a aparência).
- Área verde e de jardinagem, com possibilidade de utilizar-se da presença de animais treinados (pet terapia).

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

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

De modo geral, as Unidades Dia de Cuidados Paliativos funcionam de cinco a seis horas durante o dia. Permanências mais longas só se justificam por necessidade clínica. A equipe precisa de tempo antes e depois para se organizar, e permanências longas podem ser cansativas para o doente[3].

Atendimento domiciliar em Cuidados Paliativos

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

As visitas podem ser realizadas por médico ou enfermeira treinados para este fim e atentos às especificidades dos Cuidados Paliativos. Porém, o paciente deve ser referenciado para ambulatório ou unidade especializada que elabora o seu Plano de Cuidados, que consiste em uma série de ações determinadas para aquele paciente de forma individualizada.

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

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

Vantagens

A permanência do doente em sua residência e ao lado de sua família é sem dúvida a condição ideal que assegura a melhor qualidade de vida para o mesmo.

Seja como for, a casa do doente é seu local de maior identidade e onde as suas relações de vida se mostram mais presentes.

O acompanhamento do doente pela equipe primária de saúde ajuda a desmistificar a complexidade de sua doença, os medos com relação aos medicamentos, sobretudo os opioides, e o faz sentir-se inserido em sua história de vida e adoecimento.

O controle de medicamentos e insumos tende a ser mais eficiente, assim como a adesão aos tratamentos propostos. O maior envolvimento da comunidade ajuda no apoio ao doente e à família.

No caso do paciente optar pela morte no domicílio, aumenta a segurança quanto aos trâmites legais a serem seguidos, quando se tem uma equipe presente e atuante, próxima da residência.

Desvantagens

Há necessidade de cuidador familiar atento e bem preparado para acionar a rede de apoio em caso de surgimento de novas necessidades, sintomas mal controlados e mudanças no quadro clínico.

As visitas a pacientes em Cuidados Paliativos tendem a ser demoradas, com duração mínima de 45 a 50 minutos, exigem atenção a detalhes e tempo despendido com repetidas orientações.

O treinamento das equipes de atenção primária precisa ter qualidade ótima e, ainda assim, várias ocorrências podem passar despercebidas e serem negligenciadas. Normalmente as equipes da atenção comunitária atendem a demandas diversas de saúde e não se sentem preparadas para a complexidade dos Cuidados Paliativos. A estrutura ideal inclui uma equipe específica só para as visitas a pacientes em Cuidados Paliativos.

Necessidades

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

Enfermeiras muito bem treinadas podem monitorar as necessidades do doente e sua família e alertar para possíveis mudanças nas prescrições, novas orientações, outras necessidades de assistência.

É necessário a compreensão de gestores de saúde no sentido de prover uma equipe exclusiva para os Cuidados Paliativos no domicílio, o que em

muito facilita o trabalho e possibilita de fato a boa paliação no nível da atenção primária.

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

As equipes necessitam de um núcleo ou base e de um sistema de comunicação 24 horas/dia, 7 dias da semana para o atendimento imediato de situações de emergência. Nestas situações, deve ser garantido o transporte do doente para o hospital de referência em Cuidados Paliativos.

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

A referência do Programa de Internação Domiciliar criado pela Portaria Ministerial nº 2.529 de 19 de outubro de 2006 é de 30 pacientes/mês por equipe e permanência máxima de 30 dias de internação. Deve haver uma equipe para 100.000 habitantes. No entanto, mesmo prevendo a internação em Cuidados Palitivos, a portaria necessita de revisão no tocante aos Cuidados Paliativos, pois, em média, os doentes têm sobrevida de dois a três meses, podendo prolongar-se. E o perfil de necessidades é diferenciado. A questão dos Cuidados Paliativos está contemplada na Portaria que cria as diretrizes nacionais de Cuidados Paliativos elaborada pela Câmara Técnica de Dor e Cuidados Paliativos do Ministério de Saúde (criada pela Portaria GM/MS 3150 de 12 /12/2006) e que aguarda aprovação.

Hospedarias de Cuidados Paliativos:

Concebidas com base no que os americanos chamam de "Nursing Homes", são unidades destinadas a pacientes relativamente estáveis, com grau variado de dependência funcional e sintomas bem controlados ou de intensidade leve a moderada[3].

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

Um exemplo de Hospedaria pioneiro no Brasil é a Hospedaria de Cuidados Paliativos do Hospital do Servidor Público Municipal de São Paulo. Trata-se de uma casa adaptada para receber até dez pacientes com um acompanhante, que funciona de forma independente, mas muito próxima ao hospital de referência.

Na hospedaria, uma equipe multiprofissional composta por médicos, enfermeiras, técnicos de enfermagem, assistente social, psicóloga e assistente espiritual, todos com treinamento em Cuidados Paliaitivos, assistem os doentes por um período variável com permanência média na casa em torno de seis meses[5].

Recebem visitas médicas periódicas, duas a três vezes/semana e atendimento nas intercorrências. Dois médicos permanecem disponíveis a distância 24 horas/7 dias. O Hospital fornece todos os medicamentos e insumos para o provimento das necessidades do serviço[5].

Considerações gerais

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

O quadro 1 abaixo sugere parâmetros a serem considerados e os diferentes modelos sugeridos acima. Ele foi originalmente construído pelo Dr. Derek Doyle. Foi necessário adaptar algumas situações à realidade nacional, além de transformar as indicações de leve, moderada e severa em: +, ++ ou +++, respectivamente.

Quadro 1 - Parâmetros de inserção de pacientes em diferentes modelos.

Parâmetro do Cuidado	**Enfermaria em Hospital Geral**	**Equipe Consultora Hospitalar**	**Unidade Hospitalar Especializada**	**Ambulatório e Unidade Dia**	**Serviço Domiciliar**	**Hospedaria**
Sintomas	+++	++/+++	++/+++	+	+/++	+/++
Instabilidade Psicossocial	++/+++	+/++	++/+++	+/++	+/++	+/++
Instabilidade Clínica	+++	+++	+++	+	+/++	+/++
Dependência Funcional	+ /+++	+ /+++	+/+++	+	+/+++	+/+++
Necessidade de Médico Contínuo	+++	+++	++/+++	+	+	+
Necessidade de Estrutura Social	+ a +++	+ a +++	+ a +++	+	+	+++
Necessidade de Cuidados de Enfermagem	+++	+++	+++	+	+/++	+++

Fonte: Doyle D., Getting Started. 2008. Adaptado por Maciel M.G., 2009.

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

Segundo a Organização Mundial de Saúde, a necessidade de Cuidados Paliativos pode ser tomada com base no perfil de mortalidade de uma população. Considera-se que, entre as mortes ocorridas por causa natural, 50% a 80% são passíveis de necessidades de Cuidados Paliativos, considerando-se todos os diagnósticos. No caso do Câncer e HIV/SIDA, a porcentagem de pessoas com necessidade de Cuidados Paliativos por ano é de 80% das mortes por Câncer ou HIV/SIDA naquele ano, acrescido de seus cuidadores[6].

A Associação Europeia de Cuidados Paliativos através de documento elaborado para a União Europeia classifica como ideal a proporção de leitos hoje existente no Reino Unido, onde existe cerca de 50 leitos de Cuidados Paliativos para cada 1.000.000 de habitantes[7].

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

Nas diretrizes elaboradas pela Câmara Técnica de Cuidados Paliativos do Ministério da Saúde, ficam estabelecidos quatro níveis de atenção em Cuidados Paliativos, baseados em documento elaborado pela Academia Nacional de Cuidados Paliativos – ANCP[8]:

• Ação Paliativa: Cuidado dispensado em nível comunitário por equipe vinculada ao Programa de Saúde da Família, treinada para tal finalidade.

Cuidados Paliativos de Grau I: Cuidado dispensado por equipe especializada em Cuidados Paliativos em nível hospitalar, ambulatorial ou domiciliar, porém sem leito próprio. Exemplo da equipe consultora em Cuidados Paliativos.

Cuidado Paliativo de Grau II: Cuidado dispensado por equipe especializada em Cuidados Paliativos em nível hospitalar, ambulatorial ou domiciliar que atua com leitos próprios de internação. Equivale tanto às enfermarias em hospitais gerais quanto às Unidades Hospitalares independentes.

Cuidado Paliativo de Grau III: Mesma característica do cuidado de grau II acrescida de capacidade para a formação de profissionais em Cuidados Paliativos.

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

Referências

1. CORTES, C. C. *História e desarrollo de los cuidados paliativos. In Marcos GS, ed. Cuidados Paliativos e intervencion psicosocial en enfermos de cáncer.* Las Palmas: ICEPS; 1988.

2. MACIEL, M. G. S. A terminalidade da Vida e os Cuidados Paliativos no Brasil: *considerações e perspectivas*. Prática Hospitalar 2006; (47):46-9.

3. DOYLE, D. Getting Started: *Guidelines and suggestions for those Starting a Hospice/ Palliative Care Services*. Second edition. IAHPC Press; Houston 2009.

4. MACIEL, M. G. S. Modelos de assistência em Cuidados Paliativos: *Enfermaria. Em Cuidado Paliativo*. Cadernos CREMESP: São Paulo, 2008.

5. MATSUMOTO, D. Y. Modelos de Assistência em Cuidados Paliativos: *Hospedaria. Em Cuidado Paliativo*. Cadernos CREMESP. São Paulo, 2008.

6. World health organization, Who Guides for efective programs: Palliative Care. Geneve, 2007.

7. MORENO, J. M. M., et al. Palliative Care in the European Union. *Document requested by European Parliament's Committee on the Environment, Public Health and Food Safety*. (Ref.. IP/A/ENVI/IC/2007-123). 2008. Consultado em 13 de junho de 2009 e disponível em http://www.europarl.europa.eu/activities/committees/studies/download.do?file=21421

8. Critérios de Qualidade para os Cuidados Paliativos no Brasil. Documento elaborado pela Academia Nacional de Cuidados Paliativos, Brasil, 2007.

Bibliografia recomendada

1. DOYLE, D. *The provision of palliative care, in Oxford textbook of Palliative Medicine, second edition*. Oxford University Press, 1998.

2. DOYLE, D. *Jeffrey D. Palliative Care in the Home*. Oxford University Press, 2000.

3. World Health Organization. Better Palliative Care for Older People. Geneve, WHO, 2004.

4. White KR. Nonclinical Outcomes of Hospital-Based Palliative Care in Journal of HealthCare Management 51:4 jul/aug 2006.

Parte 2

Controle de Sintomas

Classificação, fisiopatologia e avaliação da dor

Mirlane Guimarães de Melo Cardoso

1. Classificação da dor

Tradicionalmente existem muitas maneiras de se classificar a dor, e distinções claras nem sempre são possíveis. Classificações simples invariavelmente resultam em algumas omissões e sobreposições. Frequentemente essas discussões nos direcionam a três tipos de dor: (a) Aguda com uma duração previsível, sendo autolimitada e facilmente diagnosticada (ex.: dor pós-operatória e trauma), (b) Crônica Oncológica e (c) Crônica Não Oncológica caracterizada por uma duração indeterminada e não autolimitada associada à inflamação tecidual persistente (ex.: dor por osteoartrite), perda tecidual (ex.: dor por amputação e remoção cirúrgica) e/ou lesão neuropática (ex.: neuralgia pós-herpética, lesão actínica pós-radioterapia e neuropatia diabética) que induzem a alterações persistentes no sistema nervoso periférico (SNP) e central (SNC).

A dor pode ser ainda classificada quanto aos mecanismos fisiopatológicos em dor nociceptiva, neuropática e mista. Na nociceptiva, as vias nociceptivas se encontram preservadas, sendo ativadas pelos nociceptores de tecidos cutâneos (Dor somática) ou profundos (Dor visceral). Já na neuropática, as vias nociceptivas apresentam alterações na estrutura e ou função, resultante de lesão seletiva do trato neoespinotalâmico (Dor central) ou resultante de lesões no sistema nervoso periférico (Dor periférica)[1]. Em alguns casos, a lesão original ocorre nos nervos periféricos (ex.: amputação), mas o mecanismo de dor (dor de membro fantasma) parece ser primariamente no SNC (Tabela 1)[2].

Alguns pacientes apresentam ambos tipos de dor, por exemplo, dor nociceptiva resultante do crescimento do tumor e das metástases e dor neuropática resultante da compressão do tumor em estruturas neurais. Sendo assim, a dor oncológica é frequentemente considerada uma dor mista. Nos pacientes com câncer, a dor neuropática apresenta uma prevalência mais baixa (33%) em relação à dor nociceptiva (72%). Nesta última, a dor músculo-esquelética é a mais frequente, sendo um importante preditor de mortalidade, especialmente quando localizado nos membros inferiores e nas costas[3,4].

Adicionalmente à dor oncológica, diferentemente de outras síndromes álgicas, pode estar associada em 64% a 93% dos pacientes em cuidados paliativos a uma dor intensa, de início súbito com pico em cinco minutos, conhecida como

dor incidental ou tipo "breakthrough" (DTB). Essa prevalência parece aumentar com o avanço da doença e com a intensidade da dor basal. Ocorre em situações voluntárias (movimentação ou mudança de decúbito) e em situações involuntárias (defecar e urinar), portanto, é pouco tolerada pelos pacientes. Apesar disso, é pobremente avaliada e dimensionada[5] .

2. Base neural da dor e fisiopatologia

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

Considerando a dor como um sistema complexo, didaticamente pode ser dividido em quatro componentes: nociceptores, tratos nociceptivos ascendentes, centros mais elevados no SNC e sistemas inibitórios descendentes da dor.

Tabela 1 - Tipos, subtipos e características da dor, adaptado de: Pasero & McCaffery (2011)[2].

TIPO	SUBTIPOS	CARACTERÍSTICAS	EXEMPLOS
Nociceptiva	**Somática**	Constante, muito bem localizada, que se exacerba com movimentos e alivia com o repouso	Osteoartrose, artralgias, metástase óssea, infiltração de tecidos moles
	Visceral	(1) Em aperto ou com sensação de pressão. Frequentemente mal localizada e referida	Câncer ou metástases abdominais. Infiltração visceral pós-quimioterapia (cistite hemorrágica, mucosite)
		2) Intermitente, cólica associada a reações autonômicas (náuseas, sudorese) pobremente localizada	Tumores que cursam com obstrução de vísceras ocas do TGI
Neuropática	**Central**	(1) Deaferentação	Dor do membro-fantasma
		(2) Disfunção Autonômica	Síndrome Complexa Regional tipo I e II
	Periférica	(1) Polineuropatias	Neuropatia diabética, neuropatia pós-quimioterapia e radioterapia
		(2) Mononeuropatias.	Invasão de plexo braquial, neuralgia trigeminal.

O termo nociceptor é empregado para descrever terminações livres de fibras aferentes primárias que respondem a estímulos de uma ampla variedade de tecidos, como as vísceras, polpa dentária, músculos, articulações, além da pele. As fibras aferentes nociceptivas primárias, normalmente fibras A-delta (A-d) e C, transmitem sinais químicos (ácidos, prostaglandinas, bradicinina), mecânicos (pressão e vibração) e térmicos (calor, frio e aquecimento) através do trato de Lissauer, fazendo sinapse com neurônios do corno posterior da medula espinhal (CPME).

Em condições normais, a informação sensitiva captada é transmitida para unidades do SNC, onde é decodificada e interpretada. Dependendo da interação entre as unidades excitatórias e inibitórias, das condições ambientais, dos traços constitucionais, da experiência de vida pregressa e a presença de anormalidades orgânicas ou funcionais do indivíduo, essa informação é ou não transferida para o SNC que participa da percepção ou das reações reflexas frente à ocorrência da dor.

Na sequência, numerosos neurotransmissores e mediadores bioquímicos excitatórios (glutamato, substância P, fatores de crescimento) e inibitórios (opioides, ác. gama-aminobutírico/GABA e glicina) são liberados no CPME provenientes de três fontes principais: fibra aferenre primária, interneurônios e sistema de fibras descendente. As células do CPME posuem receptores específicos para essas substâncias. Portanto, essa sinapse no CPME seria o ponto no qual as informações dolorosas são conduzidas através do trato espinotalâmico e espino-hipotalâmico aos centros superiores ou são inibidas por ativação do sistema analgésico descendente, proveniente de três componentes principais inter-relacionados funcionalmente: o sistema opioide, noradrenérgico e serotoninérgico.

Os centros mais elevados do SNC estão envolvidos na discriminação da dor, incluindo componente afetivo da dor, componentes relacionados à memória e controle motor relacionado à resposta imediata aversiva aos estímulos dolorosos[5,7].

2.1. Dor nociceptiva

A sensibilidade do nociceptor não é fixa, e sua ativação, seja por estimulação repetida ou pela presença de mediadores inflamatórios (prostagrandina, bradicinina), gera modificações na cinética dos canais iônicos com aumento da excitabilidade da membrana do nociceptor e diminuição do limiar de iniciação de um potencial de ação no neurônio sensorial primário. Este fenômeno de sensibilização dos neurônios periféricos é denominado hiperalgesia primária e é acompanhado de alodínea termomecânica, ou seja, dor no local da lesão evocada por estímulos térmicos ou mecânicos que não são suficientes para desencadear a sensação dolorosa nos locais sadios. Portanto, o nociceptor passa a um estado de sensibilização/

facilitação para os estímulos ativadores subsequentes na área afetada[7,8]. Quando a estimulação é intensa e prolongada, ocorre sensibilização dos neurônios centrais, que a partir deste momento passam a reagir intensamente tanto à estimulação nociceptiva como não nociceptiva. Como resultado, os estímulos mecânicos não dolorosos, como o toque, por exemplo, passam a ser dolorosos (alodínia mecânica secundária) e os estímulos nociceptivos interpretados como mais intensos (hiperalgesia secundária)[7,8].

As anormalidades neuroplásticas adaptativas segmentares e suprassegmentares, as anormalidades comportamentais psíquicas primárias ou secundárias e a adoção de comportamentos anormais pelo reforço da condição de mal-estar contribuem para sua cronificação

2.2 Dor neuropática

Na ocorrência de lesão das estruturas do SNP, os nociceptores modificam-se lentamente, e potenciais ectópicos surgem ao longo das fibras dos troncos nervosos, nas raízes nervosas e nos gânglios sensitivos aferentes do SNP. Na fase aguda, citocinas pró-inflamatórias (TNF; IL-1 e IL-6) e fatores de crescimento liberados pelos macrófagos, células de Schwann e glias geram hipersensibilidade e atividade neural aberrante espontânea a uma variedade de estímulos (mecânicos, isquemia tecidual, adrenalina, noradrenalina, prostanoides e citocinas). Os cotos proximais dos axônios seccionados são selados e degeneram, assim como a bainha de mielina. A seguir, grupos de axônios emergem e, sob condições adequadas, alcançam as terminações nervosas dos tecidos. A membrana celular dos troncos nervosos em regeneração contém canais latentes de cálcio que passam a ser atuantes no processo de geração da dor. Quando esse crescimento é bloqueado, formam-se os neuromas que juntamente com as modificações nos núcleos dos neurônios dos gânglios sensitivos aumentam a atividade neuronal espontânea.

As unidades neuronais do CPME passam a reagir também a estímulos de baixa intensidade, fenômeno esse relacionado ao mecanismo de brotamento devido ao aumento da distribuição espacial das terminações dos aferentes, com consequente aumento dos campos receptivos nos neurônios do CPME e hiperreatividade neuronal[9,10]. Os mecanismos distintos da dor neuropática periférica e central estão descritos na figura 2.

3. Avaliação estratégica para o controle da dor

A dor é uma experiência única e individual, modificada pelo conhecimento prévio de um dano que pode ser existente ou presumido, portanto, em qualquer situação, a dor é o que o paciente refere e descreve.

Na prática clínica, a falta de sistematização na avaliação da dor frequentemente leva a um subtratamento apesar dos avanços terapêuticos. A elucidação das possíveis causas e dos efeitos da dor na vida do paciente, investigando fatores desencadeantes e atenuantes além dos fatores psicossociais que possam estar influenciando o seu impacto são frequentemente negligenciados. Portanto, na avaliação da dor, a possibilidade de o paciente discorrer sobre ela mediante a um autorrelato, é o ponto de partida para o diagnóstico, implementação terapêutica e posterior avaliação de sua eficácia. Nesse sentido, as equipes multiprofissionais dedicadas aos Cuidados Paliativos devem estabelecer precocemente vias de comunicação clara para esta avaliação, dado o caráter progressivo, individual e multidimensional (sensitivo-descriminativo; afetivo-emocional e comportamental) da dor crônica.

Figura 2 - Mecanismos periféricos e centrais da Dor Neuropática adaptados[2].

MECANISMOS PERIFÉRICOS	MECANISMOS CENTRAIS
Sensibilização periférica por substâncias algogênicas liberadas pelas células do tecido lesado (ex.: prostaglandina, norepinefrina, substância P)	Sensibilização central por liberação prolongada de neurotransmissores (ex.: glutamato e substância P)
Alteração na expressão de canais iônicos	Ativação do receptor MNDA e influxo intracelular de cálcio
Brotamento colateral	Baixo limiar de condução nervosa
Recrutamento de nociceptores "silenciosos"	Aumento da resposta ao estímulo
Correntes efáticas nos neuromas e fibras nervosas em degeneração que podem despolarizar fibras nervosas vizinhas	Aumento do campo receptivo por brotamento colateral Sensibilização central
Sinais clínicos: hiperalgesia primária, dor em queimação, disestesias, parestesias e alodínea termomecânica	Sinais clínicos: hiperalgesia secundária, alodínea e "dor mantida pelo simpático"

A estratégia de base científica em Cuidados Paliativos, segundo Twycross[11], para a avaliação e controle adequado da dor se resume na sigla "EEMMA": **E**volução, **E**xplicação da causa, **M**anejo terapêutico, **M**onitorização do tratamento e **A**tenção aos detalhes. Alguns aspectos relacionados à evolução e à avaliação da dor serão detalhados neste capítulo.

3.1. Evolução da dor

Estrategicamente, devem-se identificar quatro aspectos básicos na evolução: (1) a causa da dor, (2) o mecanismo da dor, (3) os fatores não físicos envolvidos com a expressão de dor, e (4) a discriminação detalhada da dor.

Partindo-se do princípio de que a doença terminal é progressiva, com grande variabilidade individual associada a múltiplos sintomas intensos e oscilantes, cada indivíduo tem suas próprias vivências que induzem a uma subjetividade de resposta diante da expressão de dor, envolvendo respostas afetivas e cognitivas. Portanto, é necessário se reconhecer o termo "Dor total" introduzido por Cicely Saunders e explicado através de um esquema por Twycross[11] (Figura 03). Este conceito mostra a importância de todas as dimensões indissociáveis do sofrimento humano (físico, mental, social e espiritual), que devem ser igualmente investigadas e avaliadas.

A explicação através de uma linguagem simples para o paciente e sua família das causas de dor, dos mecanismos envolvidos e dos fatores que podem modificar a sua intensidade, habitualmente contribui para aumentar confiança e a qualidade de avaliação da dor. O envolvimento direto pelo tumor é a causa mais frequente de dor nos pacientes oncológicos (70%), porém em 17% dos pacientes a dor está relacionada ao próprio tratamento antitumoral. O uso do antineoplásico paclitaxel (Taxol®) no tratamento de tumores refratários a quimioterapia convencional está relacionado ao aparecimento de artralgias, mialgias e neuropatias periféricas incapacitantes e limitantes do tratamento[12].

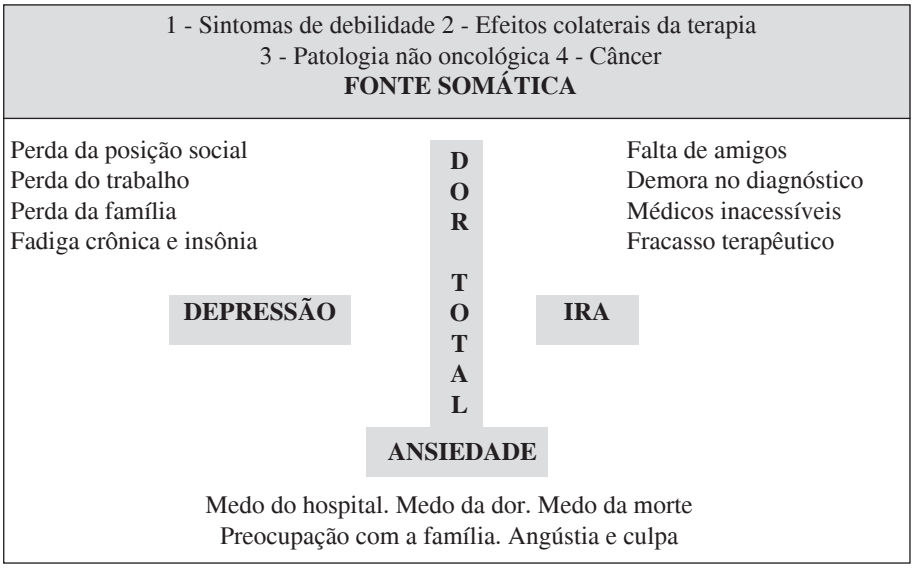
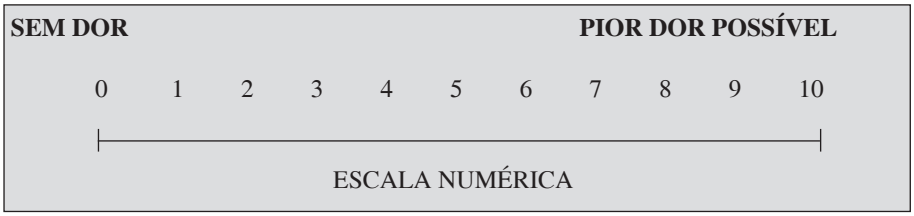


Figura 02. Esquema de TWYCROSS[4,5]
Figura 03. Esquema de TWYCROSS[11]

3.1. Avaliação clínica da dor

Objetivamente durante a anamnese e o exame físico, deve-se buscar a discriminação detalhada da dor, como: localização, duração, irradiação, intensidade, fatores temporais, fatores de agravamento e alívio, grau de interferência nas atividades diárias (sono e relação interpessoal) e na capacidade funcional, além da resposta prévia a fármacos. Isto facilitará a caracterização das principais síndromes dolorosas através do reconhecimento de seus descritores: alfinetada, queimor, formigamento, choque, ardência (dor neuropática); cólica (dor nociceptiva visceral); dor difusa ou irradiada de difícil discriminação pelo paciente (disfunção miofascial)[13].

Com base no que o próprio paciente refere para avaliação da intensidade da dor, se sugere como instrumento de avaliação as escalas unidimensionais e as multidimensionais. Destaca-se a escala visual analógica (EVA) por ser considerada sensível, simples, reproduzível e universal, podendo ser compreendida em distintas situações onde há diferenças culturais, intelectuais ou mesmo de linguagem do avaliador. É um método de autoavaliação representado por uma linha reta de 10cm, onde em um dos extremos descrimina a ausência de dor e o outro a dor insuportável, como representado abaixo[14]:



Sobre esta linha o paciente deve marcar a posição mais aproximada à intensidade da sua dor. Podemos utilizar a escala numérica para qualificar a dor. A dor é considerada leve quando a intensidade é de 1-3 na EVA, a intensidade de 4-7 é considerada dor moderada e 8-10 dor severa. O registro da intensidade deve incluir não somente o momento da dor, mas também quando a mesma é aliviada ou exacerbada. Por esta razão o médico deve ensinar os pacientes e familiares a utilizar as escalas de avaliação da intensidade da dor[15].

As escalas multidimensionais servem para medir e avaliar o efeito da dor no humor, nas atividades diárias e na qualidade de vida. Algumas já são validadas e traduzidas para o português, como: Questionário McGill de Dor (multissensitivo) é o mais conhecido de todos e também mede a localização da dor. Inventário Breve de Dor, que mede a interferência da dor na qualidade e vida do doente. Escala de Ansiedade e Depressão, que avalia alteração de humor relacionada com a intensidade da dor[16,17].

Atenção especial deve ser dada ao paciente idoso e aos portadores de demência em qualquer grau. Nestes, as alterações de humor e de comportamento podem ser interpretados como dor e modificam se adequadamente tratados. De maneira geral, os idosos são mais lentos para descrever seu sintoma e alguns têm dificuldades para entender e lidar com escalas.

3.2. Exame físico e exames complementares

O exame físico tradicional deve ser direcionado, salientando a avaliação osteomuscular e funcional, onde os principais grupamentos musculares e articulações serão avaliados sistematicamente quanto à amplitude de movimentos, força e presença de sinais patológicos.

Os exames provocativos de dor devem der feitos no final da avaliação buscando a correlação entre as queixas, fatores de melhora e de piora da dor e os achados clínicos. A investigação da sensibilidade é fundamental pois, a presença de fenômenos positivos (alodínea mecânica e térmica ao frio, hiperpatia, hiperalgesia mecânica e sinais de irritação radicular) ou negativos (hipoparestesia, hipoalgesia e hipoestesia tátil e térmica ao frio) sobre a área de dor, em território topograficamente relacionado a uma lesão do sistema somatossensitivo é à base do diagnóstico da dor neuropática e deve der pesquisado em todos os pacientes com dor[19].

A avaliação funcional visa avaliar a capacidade de os pacientes realizarem tarefas no seu dia a dia, como higiene, alimentação, transferência e vestuário, e também nas atividades instrumentais (preparar refeições, fazer compras e executar tarefas domésticas), que auxilia na detecção do impacto funcional da doença, como também da sua evolução. Existem alguns questionários para avaliação da capacidade mecânica funcional validada para diferentes populações, como pacientes com dor miofascial e pacientes oncológicos[19,20]. Em Cuidados Paliativos essa avaliação é um elemento importante na tomada de decisões, na previsão de prognóstico e no diagnóstico de terminalidade.

Os exames de imagem e neurofisiológicos no paciente com dor servem para evidenciar o comprometimento do sistema somatos-sensitivo, fundamental para diagnóstico de dor neuropática, assim como a cintilografia óssea é essencial para o diagnóstico de dor óssea nociceptiva. Tanto a dor neuropática como a óssea frequentemente tornam-se refratárias à terapêutica farmacológica, em parte pela inadequada avaliação e diagnóstico precoce.

De uma forma geral, a avaliação do paciente com dor deve ser ampla no sentido de abordar todas as causas potenciais de dor e detalhada para identificar peculiaridades das diferentes populações que sofrem com dor. Ressaltando que a

sequência da solicitação de exames laboratoriais, de imagem e neurofisiológicos é um critério médico que deverá se adequar às prioridades desses doentes, visando à sobrevida e qualidade de vida remanescente.

4. Referências

1. TURK, D. C.; RUDY, T. E. Classification logic and strategies in chronic pain. In TURk, D C., MELZAK, R. eds: Handbook of Pain Assessment. New York, The Guilford press, 1992.

2. PASERO, C & McCARFFERY. M. Neurophysiology of pain and analgesia and the pathophysiology of neuropathic pain. In: Pain Assessment and Pharmacologic Management.St. Louis. 1ª Ed. Elsevier, p. 1-12,2011.

3. CERACENI, A.; PORTENO,Y. R. An International survey of cancer pain characteristics and syndromes. IASP Task force on Cancer Pain. IASP. Pain. Sep;82(3): 263-274, 1999.

4. JORDAN, K. P.; CROFT, P. Mortality and cancer in patients with new musculoskeletal episodes: a cohort study. Br J Gen Pract., Mar; 60(572): 105-111, 2010.

5. PORTENOY, R. K.; BRUNS, D.; SHOEMAKER, B.; SHOEMAKER, S. A. Breakthough pain in community-dwlling patients with cancer pain and noncancer pain, part 1: prevalence and characteristics. J Opioid Manag. Mar-Apr;6(2): 97-108, 2010.

6. BALLANTYNE, J.; FISHMAN, S. M.; ABDI, S. The Massachusetts General Hospital Handbook of Pain Management. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; Cap. 01, p. 3-29, 2004.

7. TEIXEIRA. M. J. Fisiopatologia da Dor. In: Alves N.O;Costa C.M.C; Siqueira J.T.T; Teixeira, M.J.. Dor Princípios e Práticas; Artmed. 12:145-175, 2009.

8. CAMPHELL, J. N.; RAJA, S. N.; COHEN, R. H. et al. Peripheral neural mechanismos of nocicept. In: Wall PD, Melzack R. Textbook of Pain, Edimburgh: Churchill Linvingstone. 22-45, 1989.

9. BARON, R.; BLINDER, A.; WASNER, G. Neuropathic Pain: diagnosis, pathophysiological mechanisms, and treatment. Lancer Neurology. 9:807-819, 2010.

10. TREED, R. D.; JENSEN, T. S.; CAMPBELL, J. N. et al., Neuropathic Pain: redefinition and a grading system for clinical and research purpose. Neurology. 70:1630-1635, 2008.

11. TWYCROSS, R. Introducing Palliative Care. 4° Ed Radcliff Med Press,p.4-8, 2003.

12. CARDOSO, M. G. M. Efeito potencializador do antineoplásico paclitaxel (taxol®) na hiperalgesia inflamatória experimental induzida pelo zymosan. Dissertação de Mestrado apresentada ao Depto. de Fisiologia e Farmacologia – UFC, 2003.

13. CARDOSO, M. G. M. Cuidados Paliativos em Dor. In: Alves Neto, O.; Castro Costa, C. M.; Siqueira, J. T. T.; Teixeira, M. J., Dor. Princípios e Prática. Porto Alegre: Artmed Ed. 2009, p. 335-343.

14. SOUZA, F. F.; SILVA, J. A. A métrica da dor: problemas teóricos e metodológicos. Revista Dor, 6:1, 469-513, 2005.

15. McCARFFERY, M. Using the 0-to- pain rating scale. AM J Nurs., 10, p.81-82, 2001.16.

16. MELZACK, R. The short-form McGill Pain Questionaire.Pain,v.30,n2,p.191-7, 1987.

17. MORENO, R. A.; MORENO, D. H. Escalas de Avaliação para Depressão de Hamilton

(HAM-D) e Montgomery-asberg (MADRS). In: Gorenstein C, Andrade LHSG, Zuardi AW. Escalas de Avaliação Clínica em Psiquiatria e Psicofarmacologia. SP: Lemos Editorial, p.71-87, 2000.

18. SANTOS, J. G.; BRITO, J. O.; DE ANDRADE, D. C.; KAZIYAMA, V. M.; FERREIRA, K. A.; SOUZA, I.; TEIXEIRA, M. J.; BOUHASSIRA, D.; BAPTISTA, A. F. Translation to Portuguese and validation of the douleur neuropathique 4 questionnaire. J Pain.11(5):484-490,2010.

19. FERNANDES, M. M.; YENG, L. T. Avaliação biomecânica funcional na dor crônica musculoesquelética. Rev Centro de Estudos da Dor/HC-FMUSP, 6(1):5-9, 2006.

20. ARAÚJO, V. M. C.; FERREIRA, V. C. B.; SANTOS, E. A.; COSTA, J. G. F.; MENEZES, V. L.; CARDOSO, M. G. M. Avaliação biomecânica funcional em pacientes do Ambulatório de Dor da Fundação Centro de Controle de Oncologia. Rev Dor; 11(2):105-120, 2010.

Opioides - Farmacologia básica

Fabiola Peixoto Minson, João Batista Santos Garcia,
José Oswaldo de Oliveira Júnior, José Tadeu Tesseroli de Siqueira,
Levi Higino Jales Júnior e colaboradores

1. Introdução

Este capítulo é uma adaptação feita a partir do II Consenso Nacional de Dor Oncológica, iniciativa da Sociedade Brasileira para Estudo da Dor (2011), com autoria do próprio corpo editorial[1].

Os opioides permanecem como os fármacos mais efetivos e mais comumente utilizados no tratamento da dor moderada a intensa, especialmente no câncer. O uso dos opioides é mais benéfico para o paciente com câncer quando usado como um dos componentes da terapia multimodal. As diferenças de respostas ao uso dos opioides são aceitas, atualmente, como devidas a polimorfismos genéticos relacionados aos receptores opioides[1].

Analgésicos são referidos como o grupo de fármacos que alivia a dor. Opiáceo é qualquer agente derivado do ópio. Opioide é qualquer componente, endógeno ou exógeno, que se liga ao receptor opioide[2].

São designados receptores opioides: mu (μ), delta (ä) e kappa (ê). Fármacos que se ligam ao receptor mu são a maioria dos atualmente disponíveis; poucos fármacos se ligam ao receptor kappa, com farmacologia clínica desconhecida, e não existe nenhum fármaco em uso clínico que se liga ao receptor delta[2].

Os receptores opioides são parte do sistema endógeno que inclui um grande número de peptídeos ligantes opioides endógenos, das quais três famílias distintas de peptídeos endógenos são descritos: as encefalinas (originárias da pró-encefalina); as endorfinas (da pró-opiomelano-cortina); e as dinorfinas (da pró-dinorfina). A fisiologia completa destes pepíteos opioides endógenos não é completamente esclarecida, parecendo funcionar como neurotransmissores, neuromoduladores e, em alguns casos, como neuro-hormônios[2].

Os receptores estão dispostos em todo o Sistema Nervoso Central (SNC) (encéfalo e medula espinhal) e no Sistema Nervoso periférico (SNP). Na medula, os receptores são mais concentrados na lâmina II de Rexed da substância gelatinosa; estão presentes no sistema simpático, monócitos, linfócitos e macrófagos. Os genes de receptores opioides do tipo MOR existem em tecidos periféricos após ativação por lesão ou inflamação, assim como na medula espinhal, no tálamo, sistema límbico e no córtex somatossensitivo[3].

A atividade agonista ou antagonista é uma propriedade farmacodinâmica muito utilizada para classificar os opioides. Fármacos agonistas, como a morfina, se ligam ao receptor opioide, produzindo analgesia. Os chamados agonistas parciais (buprenorfina) produzem menos efeitos que a resposta máxima, tendo atividade intrínseca baixa. A ligação de antagonistas aos receptores não é seguida de atividade farmacológica (naloxona)[3].

2. Principais efeitos dos opioides[2,3]

O alívio da dor pela morfina é relativamente seletivo. Diferentemente dos anti-inflamatórios, não existe dose máxima (dose-teto) para os efeitos analgésicos dos opioides. O aumento da dose é associado com efeitos adversos que incluem sedação, confusão mental, náuseas e vômitos e depressão respiratória. A dose necessária para analgesia varia muito, dependendo do tipo de dor e de vários fatores relacionados ao paciente.

O principio básico de sua utilização clínica é a titulação da dose para cada paciente, até se atingir um nível aceitável de analgesia limitado pelos efeitos adversos concomitantes. Opioides produzem alterações do humor, incluindo alívio da ansiedade, euforia (sentimentos agradáveis) e disforia (sentimentos desagradáveis). Pacientes com dor crônica utilizando opioides referem alívio inicial da depressão, que pode ser exacerbada com o seu uso por dias ou semanas. Tontura e sedação (que pode ser útil em algumas situações, como na medicação pré-anestésica) são usuais.

Os efeitos depressores do SNC podem ser acentuados em usuários de álcool, arbitúricos ou benzodiazepínicos. Reduzir a dose e usar intervalos maiores para sua administração reduz a concentração plasmática dos opioides e pode evitar a sedação excessiva.

Náuseas e vômitos são efeitos dos opioides pela estimulação da "trigger zone" na medula. Sua incidência é maior em pacientes ambulatoriais, sugerindo alteração vestibular pelos opioides.

Depressão respiratória é o efeito adverso mais sério. Opioides podem levar a depressão dos centros respiratórios, dose-dependente. Doses terapêuticas de morfina deprimem todas as fases da atividade respiratória (frequência, volume minuto e volume total). Cuidados devem ser redobrados em pacientes asmáticos, portadores de apneia obstrutiva do sono e em idosos e crianças.

Opioides estimulam o núcleo de Edinger Wesphal (parassimpático) do nervo oculomotor, produzindo miose. Pupilas puntiformes, depressão respiratória e perda da consciência são sinais patognomônicos de sobredose de opioides. Estes efeitos são rapidamente antagonizados pela naloxona. Se ocorrer anóxia, pode resultar em midríase.

Agem nos centros da tosse, deprimindo, por sua vez, os seus reflexos. Produzem queda da temperatura, por efeito hipotalâmico. Ocorre uma deficiência androgênica induzida pelo uso de opioides. Convulsões, dose-dependentes, são comuns em pequenos animais, mas raras em seres humanos. No entanto, normeperidina, o principal metabólito da meperidina, produz ansiedade, tremores, mioclonia e convulsões generalizadas, quando acumulada por doses repetidas. A naloxona não reverte, mas pode até exacerbar esta excitabilidade pela normeperidina.

3. Fármacos opioides[3-11]

3.1. Morfina

É o fármaco de escolha para dor intensa. A dose analgésica varia de 5mg até mais de 200mg, a cada 4 horas. Na maioria dos casos, a dor é controlada com doses de 10 a 30mg, de 4/4 horas. A dose adequada é a dose que alivia a dor com mínimos efeitos adversos.

O uso da morfina deve ser decidido com base na avaliação da dor do paciente. É errado aguardar os últimos dias de vida do paciente para administrá-la apenas pelo risco de dependência psíquica, ocorrência rara em doentes com dor. Deve ser usada de 4/4 horas. O paciente deve ser orientado para usar doses de resgate, caso haja dor nos intervalos da medicação. Atualmente é disponível a morfina de eliminação prolongada, que pode ser utilizada, após sua titulação com a morfina simples, num intervalo de 12/12 horas. Após administração oral, o pico de concentração plasmática é atingido em aproximadamente 60 minutos. A alimentação não altera a biodisponibilidade da morfina.

Os comprimidos de liberação prolongada não devem ser fracionados (quebrados, macerados ou cortados) ou mastigados, pelo risco de liberação imediata de dose excessiva.

A morfina é metabolizada formando: morfina-3-glicuronídeo e morfina-6-glicuronídeo, tendo o último ação analgésica significativa. O primeiro é inativo, mas liga-se aos receptores, impedindo a ligação da morfina. Os metabólitos se acumulam em pacientes com insuficiência renal. É bem tolerada em pacientes com hepatopatias, sendo que, nestes pacientes, a sua meia-vida pode aumentar e a dose deve ser espaçada para três a quatro vezes ao dia. Na maioria dos casos, a dor é controlada com doses de 10mg a 30mg, de 4/4 horas, devendo ser aumentada gradativamente, sendo que a dose noturna pode ser dobrada a fim de evitar dor ao despertar.

Cuidados especiais devem ser adotados em pacientes com comprometimento pulmonar, asma, aumento da pressão intracraniana, insuficiência renal e hepática.

3.2. Codeína

É o opioide de escolha em dor leve a moderada, não controlada com antiinflamatórios. Possui baixa afinidade com os receptores opioides. É utilizada sob a forma pura em doses de 30 a 60mg, de 4/4 horas ou em associações em intervalos mais prolongados, com dose máxima diária de até 360mg. Acima desta dose, deve-se avaliar a indicação da morfina, para evitar efeitos adversos com doses mais altas de codeína.

Sua biodisponibilidade é de 40% a 60%. É metabolizada no fígado e pela desmetilação forma norcodeína e morfina. Aproximadamente, 10% da codeína é transformada em morfina, que é responsável pela sua ação analgésica. Sua potência analgésica é 1/10 em relação à morfina. Porque cerca de 10% da população não possui a isoforma da enzima hepática citocromo P-450 necessária para o seu metabolismo, muitos pacientes não têm ou têm uma analgesia fraca com a codeína. O efeito analgésico ocorre em 20 minutos após administração oral, com efeito máximo em 1-2 horas. Tem bom efeito antitussígeno, semelhante à morfina. Não é recomendada por via venosa, pelo efeito de apneia e hipotensão arterial intensa pela liberação de histamina. Constipação, náuseas e vômitos, tontura e sonolência são seus principais efeitos colaterais. A constipação é mais prevalente com codeína do que com outros opioides.

3.3. Tramadol

É estruturalmente relacionado à codeína e à morfina, possuindo dois enantiômeros que contribuem para o seu efeito analgésico. Aumenta a liberação de serotonina e inibe a recaptação de noradrenalina. Não classificado como opioide por alguns por causa de suas características e mecanismos de ação. Causa menos constipação intestinal, depressão respiratória e dependência do que outros opioides em doses analgésicas equipotentes.

A absorção do tramadol é rápida e completa após administração oral, com biodisponibilidade de 90%. Possui meia-vida plasmática de 6-7 horas. Excreção é quase totalmente feita pelos rins (90%). Não provoca imunossupressão e o risco de dependência é baixo. Sua potência analgésica é 1/6 a 1/10 da morfina. O tramadol é indicado para dor pós-operatória, traumática, cólica biliar ou renal, trabalho de parto e dor crônica oncológica ou não oncológica, particularmente a dor do tipo neuropática.

A dose usual é de 50 a 100mg, de 4/4 ou 6/6 horas ou de 100 a 200mg a cada 12 horas para o tramadol de liberação prolongada. A dose diária máxima recomendada é até 400mg.

3.4. Metadona

É opioide agonista sintético, potente, agonista opioide mu, antagonista dos receptores N-metil-D-aspartato (NMDA). É uma alternativa à morfina, sendo cada vez mais utilizado na "rotação" dos opioides, no tratamento de retirada da dependência dos opioides e em pacientes que necessitam de tratamento prolongado. Causa menos dependência, menos euforia e sedação do que a maioria dos outros opioides. É bem absorvido por via oral, com biodisponibilidade de 80% a 90%. Apresenta redistribuição extensa para músculo e gordura.

Sua prescrição deve ser cautelosa, devido à sua longa e imprevisível meia-vida de eliminação e seus efeitos cumulativos, necessitando-se de avaliações frequentes para se conhecer a dose eficaz. A duração prolongada é decorrente da ligação proteica com liberação lenta e da pequena capacidade do fígado em metabolizá-la. Não produz metabólitos ativos, podendo ocorrer acúmulo, já que o tempo para se atingir a concentração plasmática eficaz é longo (dias para a metadona e horas para a morfina).

Com o início do tratamento ou o aumento da dose, os sintomas de superdosagem podem demorar vários dias para surgir, exigindo observação e monitorização pelo prescritor. Como não apresenta metabólito ativo conhecido, é o mais indicado em pacientes com insuficiência renal que apresentam sonolência ou delírio com a morfina, devido à ação da morfina-6-glucuronídea. Sua excreção é essencialmente fecal, sendo eliminada em pequena quantidade pela urina.

É opioide de baixo custo, mas deve ser adequadamente titulado. Existe variação na dose necessária para o alívio da dor. Para dor oncológica, deve-se usar de 5 a 10mg, a cada 12 horas por 3 a 5 dias, até se atingir o efeito desejado, devendo-se adequar a dose e os intervalos para sua administração. Dose de resgate com morfina de liberação rápida deve ser utilizada com intervalos não menores de 3 horas. Seu baixo custo e a menor frequência de tomadas diárias fazem com que a metadona seja indicada quando altas doses de morfina estão sendo utilizadas, especialmente nos pacientes que apresentam um componente de dor neuropática, devido à sua ação anti-NMDA.

Existem complicações relacionadas a sobredoses não intencionais de metadona, interações medicamentosas e toxicidade cardíaca (como o prolongamento de QT ao ECG e Torsade de Pointes).

3.5. Hidromorfona

Disponível desde 1920, só recentemente foi liberada para utilização no Brasil. É um congênere semissintético da morfina, com meia-vida de 4 horas. É aproximadamente 5 vezes mais potente do que a morfina e sua dose usual é de 2 a 4mg, a cada 4 ou 6 horas.

A formulação disponível no Brasil utiliza uma tecnologia chamada OROS (*osmotic-controlled release oral delivery*) para liberação monofásica prolongada e manutenção de uma analgesia prolongada.

É disponível em comprimidos de 8, 16 e 32mg, para uso de um comprimido a cada 24 horas.

3.6. Oxicodona

É um agonista mu, com atividade como agonista kappa. Por sua ação nos receptores kappa, tem vantagens na dor de origem visceral como na cólica biliar ou doenças do pâncreas. É um derivado da tebaína.

Biodisponibilidade oral de 60% a 87%, duas vezes maior do que a morfina (20% a 25%). A ingestão de alimento não altera a farmacocinética da oxicodona. É metabolizada no fígado.

É mais potente que a morfina por via oral e a relação da sua dose com a morfina varia entre 1:2 e 3:4. No Brasil, a oxicodona só é disponível em formulação prolongada. Dos seus metabólitos, apenas a oximorfona tem demonstrado atividade opioide agonista significativa em humanos, com potência estimada em quatro vezes a da oxicodona. Devido à sua baixa concentração plasmática, a oximorfona promove pequeno ou nenhum efeito analgésico. A noroxicodona é o principal metabólito circulante, com atividade analgésica mais fraca que a oxicodona (1/100) e não contribui para o seu efeito.

A oxicodona de liberação cronogramada é caracterizada por mecanismo de absorção bifásico, isto é, inicialmente o princípio ativo é rapidamente liberado e absorvido, seguido de uma fase de liberação prolongada apresentando meia-vida de absorção de aproximadamente 0,6 hora na primeira fase (38% da dose disponível) e 6,9 horas na segunda fase (62% da dose disponível). Atua, então, com rápido início de ação e duração prolongada, permitindo a administração a cada 12 horas.

O perfil farmacodinâmico é previsível e o alívio da dor ocorre após uma hora, persistindo por cerca de 12 horas na formulação de liberação cronogramada. Os efeitos adversos são os mesmos dos outros opioides. É disponível no Brasil em comprimidos de 10, 20 e 40mg.

3.7. Meperidina

É aproximadamente 10 vezes menos potente que a morfina por via parenteral. Apresenta biodisponibilidade de 30% a 50%, devido à grande extração hepática na primeira passagem e à baixa absorção após uso oral.

Após injeção IM, a absorção é bastante variável. Após injeção EV, a meperidina é rápida e extensivamente distribuída para os tecidos, se completando após 30, 45 minutos. Possui tempo de ação muito curto, tornando-a inadequada para o alívio da dor que, somado ao fato da sua neurotoxicidade, torna-a não recomendável para tratamento da dor.

Seu principal metabólito, a normeperidina, é extremamente neurotóxico, podendo levar a convulsões generalizadas. Pela maior meia-vida do seu metabólito, pode acumular-se rapidamente. A maioria dos hospitais e centros de saúde descontinuou o seu uso por esta razão.

Na insuficiência renal e hepática, há acúmulo de metabólitos da meperidina. Seu uso com IMAO é catastrófico, causando aumento da temperatura, delírio e convulsão. Causa taquicardia, redução da contratilidade do miocárdio e diminui o débito cardíaco em 20%. Deprime mais o volume-corrente do que a frequência respiratória. Causa midríase, enquanto os outros opioides causam miose. A meperidina sistêmica causa anestesia da córnea, mas, apesar de seu efeito anestésico local, causa irritação tissular.

Recomendação: a meperidina não deve ser usada para tratamento de dor aguda e muito menos para a dor crônica, pois causa vício. O desenvolvimento de tolerância é muito rápido, podendo ocorrer mesmo com o uso de dose única.

3.8. Fentanil transdérmico

É um potente agonista com meia-vida longa, que não deve ser usado para titulação rápida. O fentanil transdérmico deve ser considerado quando o paciente já está em terapia com opioide, com dor constante, mas com pouca dor episódica.

É indicado em pacientes impossibilitados de usar a via oral (odinofagia e/ou disfagia), em casos de náuseas e vômitos persistentes, em situações que podem levar à broncoaspiração (delírio), em casos de intolerância à morfina e aos outros opioides e por sua facilidade de uso.

Pode ser usado em pacientes com insuficiência renal e nos pacientes em diálise, com cuidado quanto à titulação de sua dose. É o opioide que menos provoca constipação intestinal.

Como ocorre com todos os outros opioides de ação longa, a dose-resgate deve ser feita com opioide de ação curta (preferencialmente morfina oral de ação

rápida), pois ainda não existe disponível no mercado brasileiro fentanil oral de ação rápida. Pode levar até 24 horas, após a colocação do adesivo para proporcionar uma analgesia eficaz; logo, deve-se fazer analgesia com morfina de ação rápida até que seu efeito comece. Cada adesivo tem ação por 72 horas, ação que se mantém até 18 horas após sua retirada. Os adesivos estão disponíveis no mercado nas doses de 12, 25, 50 e 100μg.

As orientações para aplicação do fentanil transdérmico são as seguintes:

1. A pele deve estar limpa, seca, sem lesões e sem pelos (não raspá-los, apenas cortá-los);
2. O local deve ser limpo preferencialmente apenas com água, evitando-se o uso de sabões, degermantes, loções ou óleos;
3. O local a ser escolhido deve ser o mais plano e onde não haja muito atrito (parte superior do tronco anterior ou posterior);
4. Os locais de aplicação devem ser alternados;
5. A exposição ao calor aumenta a absorção do adesivo (exemplos: febre, sol etc.).

3.9. Restrições

De todos os opioides, o que não deve ser utilizado, especialmente em dor crônica, é a meperidina, pelos riscos acima mencionados.

Opioides agonista-antagonistas, como a nalbufina, e os parcialmente agonistas, como a buprenorfina, devem ser evitados – em especial nas situações de dor de grande intensidade. Eles não apresentam qualquer vantagem sobre os opioides agonistas puros e apresentam efeito-teto, o que torna o seu uso limitado para dores intensas. Apresentam, ainda, a desvantagem de, quando associados a um opioide agonista puro, poder resultar em dor aguda ou, ainda mais grave, em síndrome de abstinência quando o paciente é usuário crônico.

4. Complicações e efeitos adversos dos opioides[12-16]

Os efeitos adversos comuns dos opioides incluem sedação, náuseas, vômitos, constipação, tontura, depressão respiratória, dependência física e tolerância. A constipação e a náusea, os dois efeitos mais comuns do uso dos opioides, podem ser difíceis de tratar e podem ser importantes o suficiente para levar à descontinuidade do tratamento com determinado opioide e contribuir com analgesia inadequada por redução da dose da medicação.

Os efeitos menos comuns são hiperalgesia, lentificação do esvaziamento gástrico, disfunção imunológica e hormonal, rigidez muscular e mioclonia.

A troca do opioide e/ou de sua via de administração pode beneficiar doentes que apresentem efeitos adversos. Para maximizar a efetividade do tratamento analgésico e reduzir esses efeitos, é importante selecionar os doentes, orientá-los e tratar antecipadamente os possíveis efeitos adversos.

4.1. Tolerância, dependência física e vício com uso de opioides

A redução de eficácia analgésica é chamada de tolerância e é um fenômeno previsível, que leva ao aumento das doses necessárias para analgesia efetiva. Essa tolerância resulta de mudanças celulares, moleculares e ação da medicação após administrações repetidas. A tolerância ocorre primariamente para os efeitos secundários e posteriormente para os efeitos analgésicos.

Dependência física é um fenômeno neurofarmacológico em que a suspensão do opioide ou o uso de antagonistas provoca efeitos de síndrome de abstinência com a retirada súbita da medicação, com hiperatividade somática e autonômica (taquicardia, diaforese, náusea, vômito, dores pelo corpo, etc.). A dependência física não é sinônimo de vício.

O vício é uma doença neurobiológica crônica, e os fatores genéticos, psicossociais e ambientais influenciam seu desenvolvimento e manifestação.

É composto de quatro elementos principais: uso compulsivo, inabilidade para controlar a quantidade do uso, busca pelo efeito psicológico da substância e manutenção do uso mesmo quando apresenta efeitos adversos. O doente pode apresentar um ou mais desses comportamentos. Doentes com esse comportamento usam a medicação pela sensação que ela proporciona, e não para alívio da dor, que é bastante raro em paciente com dor crônica.

4.2. Sedação

Os efeitos sedativos dos opioides em doentes virgens de tratamento com essas medicações são bem conhecidos. A sedação e tontura induzidas por opioides é relacionada com seu efeito anticolinérgico. Esse efeito costuma desaparecer, e o doente desenvolve tolerância. Porém, uma dose maior de início ou aumento rápido na dosagem do opioide pode resultar em sedação e levar à não adesão do tratamento ou à redução da qualidade de vida do doente.

Recomendação: redução da dose ou troca do opioide, e o uso de psicoestimulantes (p.ex.: metilfenidato, modafinil) podem ser tentados para tratar a sonolência e a tontura.

4.3. Constipação

Os opioides ativam os receptores mu periféricos, do sistema nervoso entérico, responsáveis pelo peristaltismo. E agem também no sistema nervoso central, alterando o sistema autonômico intestinal.

Constipação é um efeito adverso comum e ocorre em 40% a 95% dos doentes que recebem analgesia com opioide. Esse problema pode, a longo prazo, resultar em aumento da morbidade e mortalidade, com efeito significativo na qualidade de vida desses doentes. Constipação grave pode causar o surgimento de hemorroida, dor retal, obstrução intestinal e possível abdome agudo e morte.

Diferentemente dos outros efeitos adversos dos opioides (sedação, vômitos, etc.), a constipação não melhora com o tempo, e, dessa forma precisa ser prevenida, tratada e investigada durante o tratamento com medicações opioides.

Além das medicações laxativas já bem conhecidas, surgiu uma nova proposta para tratar a constipação induzida pelos opioides, que envolve o bloqueio dos receptores opioides periféricos no trato intestinal, o recente antagonista de receptores um, a metilnaltrexona, que após um breve período de comercialização, agora está indisponível no Brasil.

Outras medidas que podem ser tomadas para melhor controle do hábito intestinal são:

1. Ingestão líquida de 1,5L a 2L de água por dia;
2. Ingestão de fibras de 25 a 35g/dia doentes maiores de 20 anos e 10 a 13g por 1.000Kcal para idosos;
3. Ingestão de alimentos funcionais: prebióticos e probióticos;
4. Exercício físico aeróbico, caminhada, ou movimentação passiva em pacientes muito debilitados fisicamente;
5. Massagem abdominal por 10 minutos;
6. Acupuntura.

4.4. Náuseas e vômitos

Náuseas e vômitos relacionados aos opioides resultam da interação da medicação com os receptores localizados na zona de gatilho para vômito (área postrema). A sensibilização do sistema vestibular e redução do esvaziamento gástrico também podem contribuir para o desenvolvimento das náuseas e vômitos.

Recomendação: sintomas gerados principalmente pela sensibilização vestibular costumam melhorar com o uso de prometazina ou escopolamina. Os sintomas causados por redução do esvaziamento gástrico e constipação podem ser aliviados com metoclorpramida, medicações laxativas. As náuseas e os vômitos relacionados à ativação da zona de gatilho para vômito respondem ao droperidol,

hidroxizine. Alguns doentes podem necessitar de mais de um tipo de medicação antiemética para controle da sintomatologia.

4.5. Prurido

O prurido é um efeito adverso muito comum associado à administração de opioide espinal. Geralmente está localizado na face, pescoço e tórax superior, mas também pode ser generalizado. Na maioria das vezes, o prurido é fraco.

A interação do opioide com a substância gelatinosa pode iniciar o "reflexo da coceira" na administração do opioide espinal. Além disso, os opioides podem aumentar a liberação de histamina pelos mastócitos, pela ativação dos receptores H1, em fibras C.

Recomendação: anti-histamínicos podem ser úteis no tratamento do prurido induzido por opioides. Pode ser tratado, também com titulação de antagonista mu, naloxona.

4.6. Disfunção urinária

O mecanismo ainda não foi totalmente desvendado, porém sabe-se que os opioides reduzem o tônus do músculo detrusor e sua força de contração, reduz também a sensação de plenitude vesical, urgência e reflexo miccional. Não aumenta o tônus do esfíncter da bexiga.

No pós-operatório, a disfunção urinária induzida por opioides (dificuldade ou retenção urinária franca) pode ser um grande problema. É mais comum após injeção espinal de opioide em idosos, pelo seu efeito central, em relação às outras vias.

Recomendação: esses efeitos são controlados com sondagem vesical e reversíveis com uso da naloxona.

4.7. Depressão respiratória

Apesar de serem geralmente seguros, os opioides podem causar depressão respiratória, com consequências potencialmente fatais. Isso se dá pela inibição dos centros de controle respiratório medulares. Acredita-se hoje, ainda, que existe um mecanismo consciente da respiração que também influencia no seu controle. O controle respiratório é gerado no tronco cerebral e é modulado por impulsos vindos do córtex, do tronco e dos quimiorreceptores dos corpos carotídeos e aórticos. A ação dos opioides nos centros respiratórios faz com que a respiração fique lenta e irregular, levando à hipercapnia e hipóxia. Nos casos de depressão respiratória, não existe sensação de desconforto. Lembrar que álcool e benzodiazepínicos potencializam os efeitos de depressão respiratória.

Recomendação: dose titulada de naloxona pode reverter os feitos de depressão dos opioides agonistas puros, porém, geralmente seu efeito é mais curto que o efeito da medicação opioide que está causando a alteração respiratória, e, dessa forma, o doente pode apresentar insuficiência respiratória quando passar o efeito do antagonista opioide. Manter avaliação constante é de extrema importância.

4.8. Efeitos cardiovasculares

Os efeitos cardiovasculares dos opioides não são muito comuns. A morfina pode causar a liberação de histamina, que, por sua vez, pode causar vasodilatação e hipotensão. Recentemente, com o uso crescente da metadona para tratamento de dor crônica, uma síndrome de alargamento do intervalo QT e "torsade des pointes" tem chamado a atenção. Essa alteração pode levar a uma mortalidade de até 17%, e, portanto, recomenda-se monitorar o ECG e o aparecimento de prolongamento do intervalo QT nos doentes em tratamento com metadona. Doses diárias de 30mg ou mais de metadona já estão sendo relacionadas com aumento do QT. Aumentos de mais de 30mg do intervalo QT de base são considerados clinicamente significativos, e aumentos de 60ms do intervalo de base já são fatores de risco para desenvolvimento de "torsade des pointes".

Esse efeito pode ser potencializado em doentes que recebem outras medicações como os inibidores da CYP3A4 (fluoxetina, claritromicina, fluconazol, valproato), em vigência de hipocalemia, ou redução da função hepática. Antidepressivos tricíclicos, haloperidol, droperidol, cocaína, também já foram implicados no aumento do intervalo QT no ECG em doentes tratados com metadona.

Recomendação: os efeitos dopaminérgicos podem ser revertidos com a naloxona. Monitorar o ECG de doentes em uso de metadona, que são tratados com inibidores da CYP3A4, hipocalêmicos ou hepatopatas. Para pacientes idosos e em uso crônico, diminuir a dose e aumentar os intervalos da administração de metadona.

4.9. Efeitos imunológicos

É sabido que o uso agudo e crônico de opioides pode causar efeitos inibitórios nos anticorpos e na imunidade celular, na atividade celular dos "natural killers", expressão da citocina, e atividade fagocitária. Esses efeitos imunológicos dos opioides são mediados por mecanismos centrais e periféricos. O possível mecanismo pelo qual os receptores opioides centrais promovem imunossupressão periférica pode envolver o eixo hipotálamo-hipofisário-adrenal e o sistema nervoso autonômico. Apesar de os opioides exógenos poderem causar imunossupressão, seus semelhantes endógenos (p.ex.: endorfinas) produzem imunoativação.

O papel dos diferentes receptores opioides na modulação da imunidade é variável. A ativação dos receptores kappa e delta podem estimular a resposta celular imune, enquanto os efeitos dos receptores mu podem estar mais relacionados à atividade do "natural killer", secreção de citocina e fagocitose dos macrófagos.

Na prática clínica, nem todos os opioides têm efeitos semelhantes no sistema imune, e é também importante ressaltar que a dor forte por si própria tem um efeito imunossupressor significante. A relação entre dor, analgesia e imunossupressão causada por opioides ainda não foi bem esclarecida.

4.10. Alterações hormonais

O efeito dos compostos opioides sobre a função hormonal é denominada endocrinopatia por opioide. Os efeitos do uso dos opioides afetam homens e mulheres. Estudos já demonstraram os efeitos dos opioides sobre vários hormônios, como a testosterona, estrogênio, cortisol, hormônio da liberação de gonadotrofina, dehidroepiandrosterona e sulfato de dehidroepiandrosterona. A maioria dos trabalhos foca as alterações dos hormônios androgênicos, devido a sua relação com efeitos adversos bastante sintomáticos.

Muitos homens que fazem uso de opioides, lícitos ou ilícitos apresentam vários efeitos, como disfunção sexual (disfunção erétil e diminuição da libido), depressão e redução do nível de energia. Os níveis de testosterona caem após administração de opioides e voltam ao normal após suspensão da medicação. Importante ressaltar que ainda não está completamente claro que níveis reduzidos de testosterona contribuem diretamente com disfunção sexual. Mulheres também apresentam efeitos hormonais relacionados ao uso de opioides, como depressão, dismenorreia, disfunção sexual, potencial redução na densidade mineral óssea. A redução do estrogênio pode ter implicações em osteoporose e fraturas ósseas nas populações idosas. Porém, ainda não existe relação causal dos efeitos hormonais do uso de opioides à redução da densidade mineral óssea.

4.11. Hiperalgesia

Hiperalgesia é geralmente descrita como um aumento da sensibilidade à dor. Essa sensibilização se apresenta como um aumento da dor, apesar do aumento da dose do opioide. O uso de opioides pode estar relacionado ao desenvolvimento de hiperalgesia, e pode estar ligado aos metabólitos dos opioides, como a morfina 3-glucoronídeo. A apoptose celular induzida por opioide também pode estar envolvida com a hiperalgesia.

Os receptores NMDA (N-metil-D-aspartato) e neurotransmissores excitatórios também têm um importante papel no desenvolvimento da hiperalgesia. Exis-

tem estudos sugerindo que a glia possa estar envolvida também no desenvolvimento da hiperalgesia.

Recomendação: o tratamento da hiperalgesia é ainda limitado, existem evidências de que a cetamina possa prevenir a hiperalgesia induzida por opioides.

4.12. Distúrbios do sono

Distúrbio do sono é comum em doentes oncológicos. Pode ser atribuído à dor. Geralmente acredita-se que opioides melhoram o sono, mas isso não está determinado. O sono e o despertar são regulados por diversos neurotransmissores (noradrenalina, serotonina, acetilcolina, dopamina, histamina, GABA, hormônios hipofisários, melatonina), e qualquer droga que altere o equilíbrio desses neurotransmissores pode afetar o sono. A maneira como os opioides prejudicam o sono REM ainda não foi completamente estabelecida.

4.13. Performance psicomotora

No início do uso com opioides para o tratamento de dor, a habilidade do doente de operar equipamento pesado ou dirigir pode estar diminuída e, portanto, não deveria poder exercer essas atividades.

5. Rotação dos opioides[17-24]

5.1. Definições

A mudança ou troca de um opioide por outro, mesmo sem a previsão de retornar ao seu uso, é chamada de rotação de opioide (termo que passou a ser utilizado como substituição), de um opioide por outro de mesma potência, utilizando uma tabela de equivalência analgésica para obter melhor resposta analgésica, e menos efeitos adversos.

A rotação é baseada na observação clínica que a resposta individual varia de opioide para opioide, e a mudança de opioide pode levar a um melhor balanço entre a analgesia obtida e seus efeitos adversos. É importante observar que este grupo de medicamentos leva ao aparecimento de efeitos adversos comuns, podendo desaparecer com a continuação do seu uso, e ser controlado no início de sua utilização com drogas adjuvantes, como os antieméticos, laxantes, ansiolíticos, entre outras. A experiência do profissional que prescreve esta medicação é fundamental para a indicação da rotação do opioide, procurando analisar se os efeitos adversos apresentados poderão ser diminuídos ou mesmo eliminados com a rotação do opioide.

Existem várias tabelas de equivalência analgésica de doses para a rotação de opioides, e são utilizadas para reduzir o risco de uma overdose ou de dosagem insuficiente. Estas tabelas se apresentam como um guia de orientação, devido às variabilidades individuais, situações clínicas, diferenças de respostas analgésicas e dos efeitos adversos, que dificulta o surgimento de uma tabela única de uso universal. A titulação da dose deve ser individual, com aumento progressivo e reavaliações frequentes. Nos doentes que não têm o quadro de dor aliviado, ou apresentam efeitos adversos incontroláveis ou inaceitáveis, é necessário as tomadas de medidas como a redução da dose do opioide, o tratamento específico dos efeitos adversos, e uso de uma medicação adjuvante. Se estas medidas não surtirem efeitos, a mudança ou troca do opioide que está sendo utilizado por outro de mesma potência equianalgésica ou uma troca da via de administração está indicada.

5.2. Indicações

5.2.1. Analgesia insuficiente

Os opioides apresentam diferentes atividades nos receptores, levando a diferentes respostas na analgesia ou nos efeitos adversos em seu uso clínico. O seu uso pode levar ao desenvolvimento da tolerância, definida farmacologicamente como a redução do efeito analgésico depois de repetidas administrações, com a necessidade de utilizar doses maiores para manter a analgesia, com aumento dos efeitos adversos, algumas vezes devido aos metabólitos ativos tóxicos.

A resposta variável dos diferentes opioides na apresentação da analgesia e dos efeitos adversos é relativamente comum, provavelmente devido a uma tolerância cruzada parcial entre os opioides.

O mecanismo da dor pode influenciar o padrão de respostas produzido por diferentes opioides. Fatores comuns em dor neuropática e tolerância têm sido encontrados. A metadona tem demonstrado uma atividade anti-NMDA (responsável pelo desenvolvimento da hiperalgesia do opioide), e pode ser efetiva em casos de tolerância ou na presença de dor neuropática. Os opioides podem apresentar uma resposta analgésica dependente do seu metabólito. A morfina-6-glucoronídeo é um metabólito ativo da morfina que apresenta ação analgésica. A morfina-3-glucoronídeo que é o metabólito principal da morfina e estaria envolvida no aparecimento da neuroexcitabilidade e de um efeito antianalgésico. O uso do opioide de forma contínua, comum nos pacientes oncológicos, pode levar à acumulação de metabólitos tóxicos e ao aparecimento de efeitos adversos incontroláveis, e nesta situação a rotação do opioide, ou a mudança de sua via de administração, pode proporcionar um melhor resultado.

5.2.2. Efeitos adversos dos opioides

A prevenção e o tratamento dos efeitos adversos deve ser realizado desde o início da prescrição do opioide, principalmente em relação à constipação intestinal, náuseas e vômitos. A avaliação da situação clínica do doente, seu estado de hidratação e da característica da dor são importantes critérios para o tratamento dos efeitos adversos. A diminuição da dose do opioide, com o aumento progressivo mais lento, pode permitir esta adaptação. A mudança da via de administração pode levar a uma diminuição dos metabólitos tóxicos.

5.2.3. Progressão da doença

Muitos fatores vão interferir na resposta analgésica no curso de uma doença, que podem levar a uma diminuição da efetividade do opioide. A progressão da doença, comum nos pacientes oncológicos com o agravamento de seus sintomas e o aparecimento de novos, e muitas vezes de mais graves sintomas, faz com que o opioide apresente menor resposta analgésica frente a esta nova situação clínica. Pode ocorrer o aparecimento de uma dor que não apresente resposta ao opioide utilizado. Nesta situação, a utilização de um adjuvante, a realização de bloqueios analgésicos ou outras técnicas podem aliviar esta situação; se impossível, a rotação do opioide deve ser avaliada.

5.2.4. Recomendações

A rotação de opioides está indicada quando o paciente apresenta:

- Analgesia insuficiente, apesar do aumento de doses;
- Efeitos adversos intoleráveis (mesmo com dor controlada).

A rotação de opioides deve ser realizada por profissional que tenha experiência no manejo dos opioides e tenha condições de fazer reavaliações frequentes para um adequado seguimento do paciente.

5.2.5. Troca da via de administração

A troca da via de administração dos opioides poderia ser considerada também uma forma de rotação. Alguns doentes vão se beneficiar com esta mudança e isso deve ser considerado, principalmente nos doentes oncológicos em fase mais avançada, quando cerca de 30% têm necessidade de utilizar outra via de administração. Quando o doente apresenta na evolução da doença dificuldade para deglutição, na absorção gastrointestinal, declínio da consciência, a mudança para uma via transdérmica ou subcutânea é necessária. Não esquecer das técnicas de analgesia espinhal com quantidades menores do opioide.

5.3. Como fazer a rotação de opioides

Após avaliação da condição clínica do doente, da analgesia obtida com o uso do opioide, e se as medidas tomadas não forem efetivas, a rotação de opioide é indicada e deve ser realizada seguindo alguns parâmetros.

As tabelas de doses equianalgésicas fornecem uma orientação para calcular a dose inicial; não constituindo uma escala que deva ser seguida rigorosamente; devemos avaliar esta dose inicial pela condição clínica que o paciente apresenta. Cuidado para evitar dose analgésica insuficiente ou uma superdosagem, com suas complicações. As doses deverão ser tituladas cuidadosamente na evolução do tratamento. As doses apresentadas na tabela são equivalentes em efeito analgésico a 10mg da morfina parenteral[23].

Tabela 3 - Tabelas de dose equianalgésicas

Opioide	Via oral	Via parenteral
Morfina	30mg	10mg
Codeína	200mg	-
Metadona	20mg	10mg
Oxicodona	20-30mg	10-15mg
Hidromorfona	7,5mg	1,5mg

Tabela 4 - Dose de fentanil transdérmico recomendada, com base na dose diária de morfina oral

Dose de morfina/ 24h (mg/dia)	Dose de fentanil transdérmico (mg/hora)
< 135 (adulto)	25
45 - 134 (crianças)*	12 - 25
135 - 224	50
225 - 314	75
315 - 404	100
405 - 494	125
495 - 584	150
585 - 674	175
675 - 764	200
765 - 854	225
855 - 944	250

* A conversão para dose de fentanil transdérmico maior que 25mcg/h é a mesma para pacientes adultos e pediátricos.

Faz-se em média uma redução da dose equianalgésica em 25% a 50%. Quando pela metadona deve-se reduzir a dose em 75% a 90%. Para fentanil TD, não há necessidade de reduzir a dose equianalgésica.

Considerar que a dose equianalgésica deve ser baseada na condição clínica do doente, na idade, nas funções hepáticas, renais, cardiopulmonares. Quando o doente apresenta uma dor de forte intensidade, devemos considerar uma menor redução da dose inicial. Calcular uma dose de resgate de 5% a 15% da dose total diária e orientar para administração nos intervalos quando necessário. A titulação ideal deve ser baseada no alívio da dor, nos efeitos adversos e no número de resgates.

5.3.1. Rotação para metadona

Protocolos de rotação de outros opioides para metadona têm sido publicados por grupos de médicos no EUA, Itália, Inglaterra, Alemanha, China e Canadá, mostrando a dificuldade em ter um tabela única e totalmente segura para a rotação. Todos os protocolos concordam que a dose da metadona deve ser baseada na do opioide que está sendo utilizada, e considerar a situação clínica e característica do doente, como a idade, função renal, hepática e pulmonar e o estado mental. Tem sua indicação em pacientes com dor neuropática, pela sua ação anti-NMDA, e quando altas doses de morfina são necessárias.

A dose de metadona deve ser calculada na razão da dose total diária da morfina e utilizando esta escala de conversão:

Dose de morfina/dia	Morfina: metadona
< 100mg	4:1
101 a 299mg	8:1
> 300mg	12:1

Se o paciente está fazendo uso de morfina 180mg/dia, a razão de equivalência é de 8:1, o que daria 25mg de metadona/dia, dividida em intervalo de 8 horas. São necessárias doses de resgate nos intervalos de 5% a 15% da dose total diária, conforme a evolução do doente. Na rotação, algumas vezes deve ser utilizada a morfina como dose de resgate, pela sua ação mais rápida que a metadona.

Este cuidado especial deve-se à tolerância cruzada parcial que é observada entre todos os opioides, e é de particular importância em relação à metadona.

5.3.2. Resultados da rotação do opioide

Diversos trabalhos científicos mostram que a rotação de opioide pode melhorar a neurotoxicidade em 60% a 70%, e a dor em 50%. Numerosos fatores influen-

ciam a segurança e a tolerabilidade da rotação com a metadona: idade, sexo, tipo da dor, doenças associadas, medicação em uso, genética.

A rotação (troca) de opioides, quando necessária, contribui para melhorar a qualidade de vida nos pacientes oncológicos. Os medicamentos atualmente disponíveis e suas várias vias de administração possibilitam aos profissionais de saúde a realização da rotação de opioide para melhor controle da dor.

5.3.3. Recomendações para a rotação

1. Avaliação clínica do paciente;
2. Efeitos adversos podem não ser devido ao uso do opioide;
3. Evitar rotação frequente de opioides;
4. Fármacos adjuvantes devem ser utilizados;
5. Aumentar a dose gradativamente;
6. Avaliar adesão ao tratamento com opioides de ação curta;
7. Analisar custo econômico na rotação do opiode;
8. Não predeterminar tempo para rotação do opioide.

6. Conclusão

Os opioides são analgésicos considerados como âncoras no tratamento da dor tanto aguda como crônica. O conhecimento de seus princípios farmacocinéticos e farmacodinâmicos aplicado à prática clínica é de fundamental importância para que mais e mais pacientes possam ser beneficiados com o alívio da dor que proporcionam.

Referências

1. II Consenso Nacional de Dor Oncológica. Grupo Editorial Moreira Júnior, São Paulo, 2011, 68-83.

2. SAKATA, R. K.; ISSY, A.M. Opioides. Em: Sakata RK e Issy AM – Fármacos para tratamento da dor. Manole, São Paulo, 2008, 45-80.

3. GUTSTEIN, H. B.; AKIL, H. Opioid analgesics. In: Bruton LL, Lazo JS, Parker KL eds. Goodman & Gilman's The Pharmacological Basis of Therapeutics. New York, McGrawHill, 2006, 547-590.

4. Inturrisi CE – Clinical pharmacology of opioids for pain. Clin J Pain 2000; 18:S3-S13.

5. BARROS, G. A. M.; FERRIS, F. K. Analgésicos opioides sistêmicos.In: Alves-Neto O, Costa CMC, Siqueira TT e Teixeira MJ. Dor – Princípios e prática. Artmed, Porto Alegre, 2009, 1074-1083.

6. KRAUSE, L. H.; SPIEGEL, P. Utilização racional dos opioides em dor. In: Alves-Neto O, Costa CMC, Siqueira TT e Teixeira MJ. Dor - Princípios e Prática. Artmed, Porto Alegre, 2009, 1084-1100.

7. INTURRISI, C. E.; LIPMAN, A. G. opioid analgesics. In: Fishman SM, Ballantyne JC e Rathmell JP. Bonica's Management of Pain. 4ª ed. Lippincott, Philadelphia, 2010, 1172-1186.

8. VASCELLO, L.; MCQUILLAN, R. J. Opioid analgesics and routes of administration. In: Leon-Casasola OA – Cancer pain – Pharmacological, interventional and palliative approaches. Saunders, Philadelphia, 2006, 171-193.

9. KING, T.; PORRECA, F. Opioids in cancer pain: new considerations. Pain Clinical Updates, IASP, February, 2010, 1-5.

10. LÖTSCH, J.; GEISSLINGER, G. Current evidence for a genetic modulation of the response to analgesics. Pain Physician, 2006; 121:1-5.

11. World Health Organization/International Association for the Study of Pain – Cancer pain relief and palliative care in children. WHO, Geneva, 1998.

12. BENYAMIN, R.; TRESCOT, A. M.; DATTA, S.; BUENAVENTURA, R.; ADLAKA, R.; SEHGAL, N.; GLASER, S. E.; VALLEJO, R. Opioid complications and side effects. Pain Physician, 2008: Opioid Special Issues: 11:S105-S120 – ISSN 1533-3159.

13. PATTINSON, K. T. S. Opioids and the control of respiration. British Journal of anaesthesia 100 (6): 747-58 (2008).

14. MOSS, J.; ROSOW, C. E. Development of peripheral opioid antagonist: new insights into opioid effects. Mayo Clin Proc, 2008; 83 (10):1116-1130.

15. RUAN, X. Drug-related side effects of long-term intrathecal morphine therapy. Pain Physician, 2007; 10:357-365.

16. Consenso Brasileiro de Constipação Intestinal Induzida por Opioides. Revista Brasileira de Cuidados Paliativos, 2009; 2 (3 - suplemento 1).

17. MERCADANTE, S. Opioid rotation for cancer pain: Rationale and Clinical Aspects. Cancer, 1999; 86: 1856-66.

18. BRUERA, E.; PERERA, J.; WATANABE, S.; BELZILE, M.; KUEHN, N.; HANSON, J. Opiod Rotation in patients with cancer pain. Cancer, 1996; 78: 852-7.

19. INDELICATO, R. A. Portenoy RK: Opiod rotation in the management of refractory cancer pain. J Clinic Oncol, 2002; 20: 348-352.

20. GIUBLIN, M. L. Tratamento farmacológico. 1º Consenso nacional de dor oncológica. Sociedade Brasileira do Estudo da Dor. Editora de Projetos Médicos. São Paulo, 2002; 51-66.

21. RIPAMONTI, C.; GROFF, L.; BRUNELLI, C. et al. Switching from morphine to oral methadone in treating cancer pain: what is the equianalgesic dose ratio? J Clin Oncol, 1998;16: 3216-21.

22. WESCHULES, D. J.; BAIN, K. T. A systematic review of opioid conversion ratios used with 5 metahadone for the treatment of pain. Pain Medicine, 2006; 9 (5) 595-612.

23. MULLER-BUSCH, H. C.; LINDENA, G.; TIETZE, K.; WOSKANJANM, S. Opioid switch in palliative care, opioid choise by clinical need and opioid availability. European Journal of Pain, 2005; 9: 571-9.

24. BENITEZ-ROSARIO, M. A.; FERIA, M.; MARTIN, A. S.; CASTILHO, L. P. M.; ORTEGA, J. J. M. Opioid switching from transdermal fentanyl to oral methadone in patients with cancer pain. Cancer. 2004; 101(12):2866-73.

Analgésicos não opioides

Ariel de Freitas Quintão Américo
Inês Tavares Vale e Melo

Os analgésicos não opioides têm importante papel no tratamento da dor, seja aguda ou crônica, e seguindo os preceitos da escada analgésica da Organização Mundial de Saúde (OMS) estão indicados em qualquer degrau.

1. Coadjuvantes

Os analgésicos coadjuvantes pertencem às seguintes classes: antidepressivos, anticonvulsivantes, anestésicos locais, neurolépticos, bloqueadores de receptores NMDA (N-Metil-D- Aspartato), Alfa 2 adrenérgicos agonistas, corticoides, relaxantes musculares, ansiolíticos (benzodiazepínicos), bisfosfonatos e radiofármacos.

O uso de analgésicos coadjuvantes pode ser indicado com o objetivo de aumentar o controle da dor, tratar dor refratária a outros medicamentos, reduzir a dose de analgésicos e de efeitos adversos dos fármacos associados[1].

A escolha do coadjuvante requer conhecimento prévio sobre o paciente e sua dor, como características, funções hepática e renal, susceptibilidades individuais, patologias concomitantes, predominância da dor e seu impacto na qualidade de vida. Ao utilizarmos estes fármacos, é necessário maior contato com o paciente a fim de observar e manejar o aparecimento de possíveis efeitos adversos. Estes pacientes comumente utilizam mais de um medicamento e por isso tem maior possibilidade de experimentar efeitos indesejáveis devido a possíveis interações medicamentosas.

A dose inicial deve ser sempre baixa com possíveis aumentos escalonados de acordo com a evolução do paciente. Podem ser iniciados a qualquer momento, ou seja em qualquer degrau da escada analgésica sugerida pela Organização Mundial de Saúde[2,3].

A descrição minuciosa de cada classe de coadjuvantes foge do objetivo deste manual. Entretanto apresentamos as doses recomendadas e algumas considerações dos principais fármacos coadjuvantes: antidepressivos – Quadro 1, anticonvulsivantes – Quadro 2, e outros coadjuvantes – Quadro 3.

Os antidepressivos são importantes e indicados no controle de várias síndromes de dor crônica e dor neuropática. Os tricíclicos e os inibidores seletivos de recaptação de serotonina e noradrenalina são citados como fármacos de primeira

linha para vários tipos diferentes de dor neuropatica[4]. A escolha do antidepressivo deve privilegiar as características de cada paciente, a presença de comorbidades e de fatores importantes associados, como a ansiedade e a insônia. A descontinuidade destes medicamentos deve ser realizada lenta e gradualmente.

Quadro 1 - Antidepressivos

Antidepressivos tricíclicos	• Amitriptilina: 25mg a 75mg/dia VO [1,2,4] (iniciar com 10mg no idoso, como cautela). Não recomendado para o paciente com glaucoma de ângulo estreito e arritmias cardíacas Particularmente eficaz na neuropatia diabética e neuralgia pós-herpética • Nortriptilina: iniciar 25mg a 150mg/dia VO[4] • Imipramina: 10, 25 e 75mg/dia VO Obs.: muita cautela com os pacientes idosos e efeitos adversos (boca seca, hipotensão ortostática, sonolência, constipação, retenção urinária e outros)[4]
Antidepressivos inibidores da recaptação de serotonina	• Sertralina: 50 a 200mg/dia VO • Paroxetina: 10mg (idoso) a 20mg/dia VO • Citalopram: 10mg (idoso) a 20mg/dia VO • Escitalopram 10 a 20mg/dia VO • Fluoxetina: 10-80mg/dia VO Obs.: bom efeito ansiolítico.
Antidepressivos inibidores da recaptação de serotonina e noradrenalina	• Venlafaxina: 150mg a 225mg/dia VO[4] (Idoso: 37,5mg a 75mg/dia como dose inicial[1]) Eficaz na neuropatia periférica diabética e polineuropatias. • Desvenlafaxina: 50 e 100mg/dia VO • Duloxetina: 30mg a 120mg/dia VO (agonista –alfa 2 adrenérgico) Eficaz na neuropatia periférica diabética. Obs.: menores efeitos anticolinérgicos e risco cardiovascular que os tricíclicos[4].
Antidepressivos que atuam na recaptação de norepinefrina e dopamina	• Bupropiona: 100mg a 1 50mg/dia Obs.: menor risco de sonolência e pouco interfere na libido. Bons resultados com fadiga.

Os anticonvulsivantes são amplamente utilizados no manejo da dor neuropática caracterizada como lancinante, paroxística, em queimação, agulhada, choque ou formigamento. Geralmente, inicia-se com dose baixa, principalmente em idosos, com aumentos progressivos de acordo com a evolução do paciente. Pode estar ou não associado a outros coadjuvantes como antidepressivos[1].

Quadro 2 - Anticonvulsivantes

Gabapentina	300mg a 900mg/dia VO inicialmente, até no máximo 3600mg/dia. Primeira linha para tratamento de dor neuropática[4].
Carbamazepina	100-200mg/dia VO inicialmente até 1600mg/dia, divididos em 2 a 4 tomadas ao dia. Primeira linha para tratamento de neuralgia do trigêmeo[4].
Pregabalina	150mg a 300mg/dia inicialmente, até no máximo 600mg/dia. Primeira linha para tratamento de dor neuropática[4].
Lamotrigina	25- 50mg/dia até 200-500mg/dia
Fenitoína	300mg/dia até 500mg/dia
Topiramato	25mg/dia até 600mg/dia em 2 tomadas

Outros medicamentos utilizados podem ser eficazes no alívio da dor. Nenhum destes fármacos, citados no quadro 3, é recomendável isoladamente ou sem acompanhamento especializado. Incluem-se, ainda: capsaicina, canabinoides, anti-histamínicos e psicoestimulantes.

Quadro 3 - Outros coadjuvantes

Corticoides	Dexametasona: 4 mg/dia a 20mg/dia VO indicada para dor e outros sintomas 100mg/dia para dor intensa associada a plexopatia, dor por compressão. Metilpredinisolona: 30mg a 50mg/dia[1] Obs.: indicados em vários tipos de câncer com infiltração de estruturas nervosas (compressão epidural e intracraniana), metástases ósseas, obstrução intestinal, além de favorecer o controle de náuseas, melhora do apetite e qualidade de vida por curto prazo.
Alfa 2 adrenérgicos agonistas	Clonidina espinhal ou sistêmica Dexmedetomidina (Obs: disponíveis no Brasil apenas para uso parenteral.)
Neurolépticos	Haloperidol: 2-5mg via oral 2 a 3 vezes ao dia Clorpromazina 4% gotas ou comp 25mg VO
Ansiolíticos	Clonazepam: 2,5%, 0,5mg, 2mg VO – Max = 6 mg/dia Alprazolam: 0,25mg, 0,5mg, 1mg, VO – Max= 4,5mg
Anestésicos locais	Lidocaína local para dor bem localizada[1,4] Lidocaína infusão: 2-5 mg/kg endovenosa Devem ser administrados com cautela e cuidados específicos devido aos efeitos adversos
Agonista GABA	Baclofeno: 30-90mg/dia[1]

Bloqueador de NMDA	Cetamina: 0,1-0,15mg/kg via subcutâneo em bolus ou 0,1 – 0,15mg/kg/h por infusão contínua
Bisfosfonatos	Alendronato Pamidronato Ácido Zoledrômico

Conclusão

A utilização de novos fármacos coadjuvantes vem aumentar o leque de opções farmacológicas para o tratamento adequado da dor aguda e crônica, nociceptiva ou neuropática, propiciando uma melhora significativa na qualidade de vida dos pacientes.

2. Analgésicos anti-inflamatórios não hormonais

Os analgésicos anti-inflamatórios não hormonais (AINHs) estão entre os agentes farmacológicos mais utilizados na prática médica, pertencem a um grupo farmacológico que possui uma estrutura química variada, exercendo ações analgésica, anti-inflamatória, antipirética, uricosúrica, antitrombótica arterial e venosa, profilática do câncer colorretal e da doença de Alzheimer[6].

Possuem excelente eficácia terapêutica e portanto indicação clínica nas dores de leve a moderada intensidade, de origem visceral (dismenorreia, cólica intestinal e renal), tegumentar, óssea (metástases), muscular e/ou articular resultante de afecções inflamatórias, traumáticas, discinéticas e câncer.

Os AINHs apresentam diferenças entre si quanto a sua farmacocinética, potência anti-inflamatória e efeitos adversos. Este grupo terapêutico possui mecanismos de ação comum, caracterizados pela inibição da ciclo-oxigenase (COX), seguido da inibição de síntese de endoperóxidos cíclicos, de prostaglandinas (PG) e de reação inflamatória PG-dependente, tanto nos tecidos periféricos quanto no sistema nervoso central[5].

Segundo a sua seletividade pela COX, os AINHS classificam-se em dois grupos: inibidores não seletivos (COX-1 e COX-2) e inibidores seletivos de COX-2 (Coxibes) (Quadro 4).

Durante a utilização dos AINHs, devemos levar em consideração os fatores de riscos que aumentam a incidência para ocorrência de úlcera péptica e suas complicações, tais como: pacientes com idade superior a 65 anos, em uso de corticoterapia, em uso concomitante de anticoagulantes, associação com mais de um AINHs, presença de infecção por *Helicobacter Pylori* e pacientes com antecedentes de úlcera. Pesquisar a presença *Helicobacter Pylori,* e, caso positivo, tratar

antes de iniciar terapia com AINHs, pois diminui o risco de úlceras e hemorragias digestivas[8]

Lesões agudas gastrointestinais estão entre os efeitos colaterais mais frequentes e graves associados com AINHs convencionais. O risco de perfuração intestinal e ulceração gástrica é 3 a 4 vezes maior em usuários de AINHs[7]. Na tentativa de reduzir o dano gastrointestinal induzido por AINHs, devemos prescrever doses mais baixas de AINHs, lançar mão sempre que possível de outra classe de analgésicos, administrar tratamento concomitante com inibidores de bomba de prótons e utilizar AINHs menos tóxicos, como os inibidores seletivos de COX-2 por períodos curtos. Isto é, inferior a duas semanas[7].

O fato do avançar da idade ser associado com o declínio progressivo da função renal gera sérias implicações para a segurança do uso de AINHs em pacientes idosos. Já nos adultos jovens, sem história prévia de alterações renais, os AINHs não parecem interferir na função renal.

Nos pacientes com insuficiência cardíaca, hipertensão arterial, hepatopatas, nefropatas, gestantes, ou histórico de reação alérgica aos AINHs, devem-se adotar cuidados especiais. Atenção especial aos pacientes que apresentam alterações da coagulação. Avaliar riscos e benefícios nestes pacientes ao administrar os AINHs.

Nos pacientes que necessitam fazer uso prolongado de AINHs, recomenda-se realizar pesquisa de sangue oculto nas fezes e monitorização hematológica, hepática e renal (dosagem de creatinina e de eletrólitos séricos, exame de urina) a cada quatro ou oito semanas[9].

Os efeitos colaterais mais comuns são citados no quadro 5. As doses recomendadas podem ser vistas no quadro 6.

Quadro 4 - Principais derivados analgésicos anti-inflamatórios não hormonais

INIBIDORES NÃO SELETIVOS (COX-1 e COX-2)
Salicilatos: Ácido acetilsalicílico (Aspirina) e Diflunisal Pirazolônicos: Dipirona (metamizol) Indóis: Indometacina Ácido propiônico: Ibuprofeno, Naproxeno, Cetoprofeno, Cetorolaco Ácido fenilacético: Diclofenaco Ácido antranílico: Ácido mefenâmico Oxicans: Piroxicam, Tenoxicam
INIBIDORES SELETIVOS de COX-2 (Coxibes)
Rofecoxibe, Celecoxibe, Etoricoxibe, Parecoxibe, Valdecoxibe, Lumiracoxibe

Fonte: Dor – Princípios e Prática, 2009.

Quadro 5 - Efeitos Colaterais dos AINHs

DIGESTIVOS
Epigastralgia, náuseas e vômitos (agudos) Ulceração e sangramento digestivo (tardios)
RENAIS
Retenção de água e sal: edema Nefrite intersticial
CARDIOVASCULARES
Agravam HAS e ICC
HEMATOLÓGICOS
Leucopenia, anemia aplástica e agranulocitose
NEUROLÓGICOS
Síndrome de Reye (AAS)
REAÇÕES ANAFILATCOIDES
Dermatológicas: eritema cutâneo, prurido, vasculite, epidermólise, Síndrome de Stevens-Jonhson Cardiorespiratórias: broncoespasmo, edema de Quincke (lábio e glote), choque anafilático

Fonte: Dor – Princípios e Prática, 2009.

Quadro 6 - AINHs – Doses e vias de administração recomendados [10,11]

Paracetamol	Adulto:500-1000mg VO a cada 4-6h Dose Máx:4g/dia Criança:10-15 mg/kg a cada 4-6h Dose Máx: 100mg/kg/dia
Dipirona	Adulto: 500-2000mg VO a cada 6h ou 1 a 2g IV a cada 6h Criança: 20-30mg/kg VO a cada 6h
Cetorolac	Adulto: 10mg VO a cada 6h; 15 a 30mg IV ou IM a cada 6h
Cetoprofeno	Adulto: 50-75mg VO a cada 6-8h, 100mg IV ou IM a cada 12h Dose máxima diária: 300mg Não recomendado para crianças < 15 anos
Diclofenaco	Adulto: 50-75mg. VO 8/8h ou 75mg IM a cada 12h Dose máxima diária: 200mg
Ibuprofeno	Adulto: 400-800mg VO a cada 6-8h. Dose Máx diária 2400mg Pediátrica: a partir de 6 meses 4-10 mg/kg a cada 6-8 h Dose máxima diária: 40 mg/kg dia
Meloxican	Adulto: 7,5-15mg/dia VO
Naproxeno	Adulto: 250-500mg VO a cada 12h. Dose máx diária 1250mg Pediátrica: 5mg/kg a cada 12h
Nimesulida	Adulto: 50-100mg VO a cada 12h
Piroxican	Adulto: 10-30mg/dia VO
Celecoxibe	Adulto: 200-400mg/dia VO 12/12h
Etoricoxibe	Adulto: 60-120mg/dia VO a cada 24h
Parecoxibe (composto ativo valdecoxibe)	Adulto: 40mg, Dose máx. diária: 80mg/dia VO único Coxibe com formulação parenteral que pode ser administrado IV ou IM

Conclusão

Os AINHS são analgésicos que possuem ação predominantemente periférica, porém já tendo sido demonstrado sua ação no Sistema Nervoso Central por inibição da reação inflamatória espinhal que é mediada pela micróglia. São bastante utilizados apresentando excelente eficácia analgésica, podendo ser prescritos como monoterapia para dores leves a moderada. Ao serem prescritos, deve-se ter conhecimento dos seus efeitos colaterais e de como preveni-los, pois ocasionalmente poderão ser catastróficos.

Referências

1. DOYLE, D. HANKS, G. *Oxford textbook of Palliative Medicine*. 3rd ed. Oxford: Oxford University Press, 2005.

2. EPEC Project, The Robert Wood Johnson Foundation, 1999. Module 4. Pain Manengement.

3. SIMONE, Gustavo G. et al. Farmacos co – analgésicos. Curso Avanzado de Medicina y Cuidados Paliativos, Buenos Ayres 2006.

4. KRAYCHETE, D. C., SAKATA, R. K. – Neuropatias Periféricas Dolorosas. Ver Anestesiol Bras, 2011;61:5:641-658.

5. Dor, Princípios e Prática, Onofre Alves Neto, Carlos Maurício de Castro Costa, José Tadeu de Siqueira, Manoel Jacobsen Teixeira e Colaboradores, Ed. Artmed, 2009.

6. Dor, Síndrome Dolorosa Miofascial e Dor Músculo-Esquelética, Manoel Jacobsen Teixeira, Lin Tchia Yeng, Helena Hideko Seguchi Kaziyama, SP. Ed. Roca 2006.

7. ROSTOM, A. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 5:818-25, 2007.

8. Role of Helicobacter pylori infection and non-steroidal anti-inflammatory drugs in peptic-ulcer disease: a meta-analysis.Huang JQ, Sridhar S, Hunt RH-Lancet 2002:359:14.

9. OMOIGUI, S. *The Pain Drugs Handbook*. St. Louis: Mosby, 1995, p. 603.

10. Oxford Textbook of Palliative Medicine, 4 ED 2010, p.700.

11. II Consenso Nacional de Dor Oncológica, 1ª Edição, Grupo Editorial Moreira Jr., São Paulo, 2011.

12. Massachusetts General Hospital, Manual de Controle da Dor, Jane Ballantyne, 2 Ed., 2004, Ed. Guanabara, p. 140.

Dispneia, tosse e hipersecreção de vias aéreas

Ricardo Tavares de Carvalho

A abordagem dos Sintomas Respiratórios em Cuidados Paliativos é complexa e envolve não apenas o controle ou alívio dos sintomas envolvidos (principalmente dispneia, mas também a tosse e a hipersecreção brônquica – broncorreia), mas também o conhecimento de nuances na apresentação clínica e o fato de que o significado do sintoma para o paciente pode ser diferente a depender do diagnóstico[1] (DPOC, ICC, Câncer, Doença do Neurônio Motor, etc.). Além disso, há aspectos emocionais que envolvem não apenas o paciente e sua família, mas também toda a equipe de saúde.

A abordagem do assunto exige conhecimento clínico para compreensão da fisiopatologia, boa compreensão das bases farmacológicas para o uso de medicação opioide, benzodiazepínicos, além do racional para o uso apropriado do oxigênio e terapêuticas não farmacológicas que podem auxiliar o controle dos sintomas.

Dispneia

Dentre os sintomas presentes nesse contexto, sem dúvida o mais comum é a dispneia.

Trata-se de uma sensação eminentemente subjetiva caracterizada pela percepção desconfortável da respiração, ou receio de não conseguir respirar, ou, ainda, "sensação de avidez por ar".

É um sintoma muito frequente, acometendo cerca de 21 a 90% dos pacientes com câncer com ou sem envolvimento pulmonar[2]. É importante ter em mente que 24% dos pacientes que apresentam dispneia não apresentam nenhuma patologia cardiopulmonar. Isso se explica pela complexidade do sintoma e as diversas possibilidades de etiologias, além do componente emocional, que deve ser cuidadosamente avaliado.

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

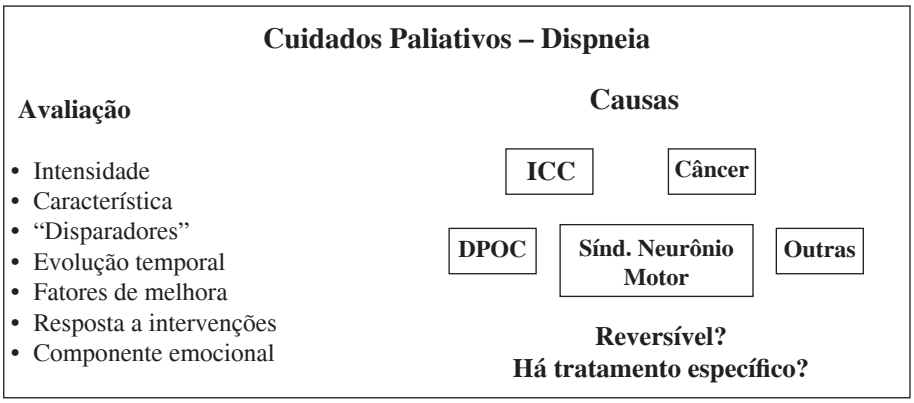
Nesse contexto, a avaliação da dispneia apresenta uma particularidade: não existe uma forma ainda padronizada de se abordar este sintoma em todos os seus aspectos: físico, emocional, comportamental e circunstancial. Dessa forma, a avaliação apropriada e, portanto, a conduta a ser tomada, depende de uma

percepção muito acurada da equipe toda e principalmente do médico que acompanha o paciente.

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

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

Figura 1 - Avaliação da Dispneia



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

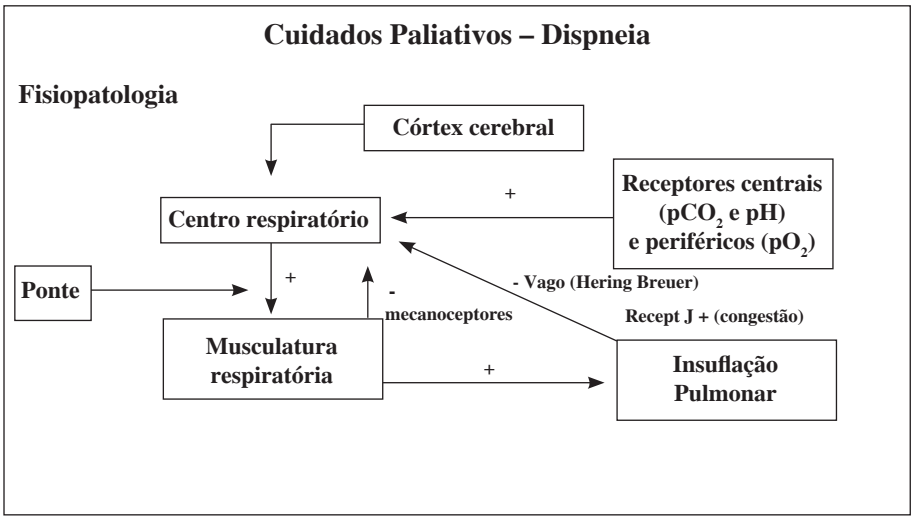
É fundamental ter em mente que a abordagem do paciente deverá ser sempre individualizada. Assim, nos parece difícil a definição de protocolos específicos para controle de dispneia em diferentes situações clínicas.

Pela natureza angustiante do sintoma para o paciente e a equipe levando em conta um contexto de doença avançada, às vezes terminal, é comum a ideia de que a sedação acabe sempre por ser a via final comum e alternativa à intubação orotraqueal, frequentemente contraindicada. A comunicação para o paciente, família e equipe assistente de que o sintoma pode ser controlado desde que abordado precocemente, de forma técnica e minuciosa, é fundamental para a tranquilidade de todos.

A fisiopatologia da dispneia se caracteriza por uma interação bastante complexa entre receptores sensíveis a estímulos químicos – pressões parciais de gás carbônico e oxigênio no sangue e mecanorreceptores sensíveis ao grau de expansão da caixa torácica. Os impulsos aferentes a partir desses receptores integram-se no Sistema Nervoso Central, sofrem influência de estruturas pontinas e geram uma resposta eferente que se traduz em expansibilidade torácica e aumento da frequência respiratória.

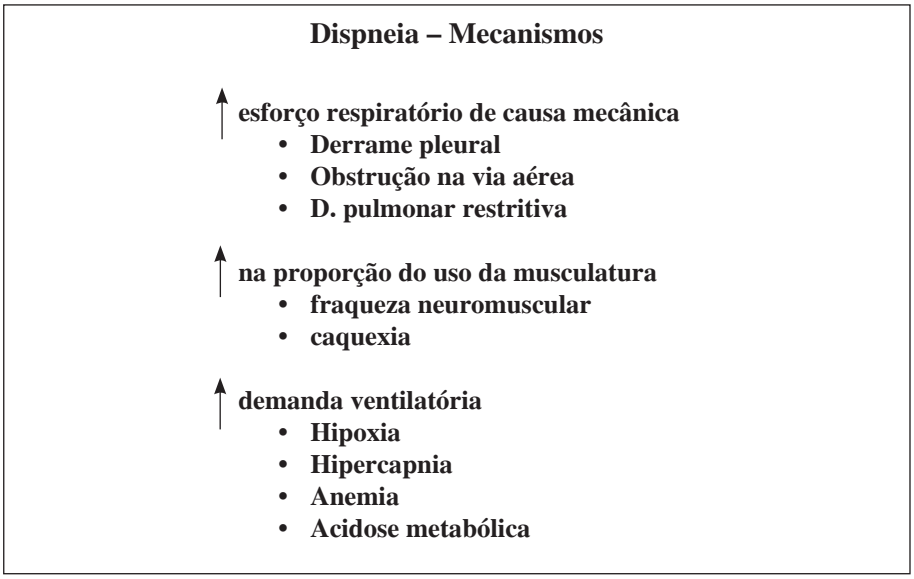
Realizada a insuflação pulmonar, existe um reflexo, Hering Breuer, que faz um "feedback"negativo para com o centro respiratório, enviando sinais para que se interrompam os estímulos para a musculatura respiratória. Isso tem também influência direta do córtex cerebral, e é por isso que as questões emocionais são importantes componentes dessa sintomatologia[4] (Figura 2).

Figura 2 - Fisiopatologia da Dispneia



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

Figura 3 - Mecanismos de gênese da dispneia



A próxima etapa, depois de tentar avaliar e explicar de forma apropriada e de conhecer a fisiopatologia, é tentar **corrigir o que é passível de ser corrigido**.

Em havendo causas corrigíveis, é possível controlar de forma mais fácil e rápida a dispneia. Quando há, por exemplo, derrame pleural, uma punção, drenagem e eventualmente uma pleurodese (em caso de derrame pleural de repetição) podem ser condutas extremamente úteis. Além disso, pode-se lançar mão de anticoagulação no caso de tromboembolismo pulmonar, radioterapia, laser, "stents" de vias aéreas no caso de obstrução mecânica não removível, corticosteroides no caso de linfangite carcinomatosa, diuréticos em caso de congestão pulmonar, etc (Figura 4).

Figura 4 - Algumas causas corrigíveis de dispneia e possíveis condutas

Manejo da Dispneia

Causas	Manejo
Congestão	- Diuréticos, VNI
Derrame Pleural	- Punção, drenagem pleurodese - Anticoagulação
TEP	- Radioterapia
Obstrução na via aérea	- Laser - Stents
Linfangite carcinomatosa	- Corticoides (dexa 8-12mg/d) - Antibióticos
Infecção respiratória	- Sangue
Anemia	

O último princípio na atenção aos sintomas em Cuidados Paliativos é a **atenção aos detalhes**.

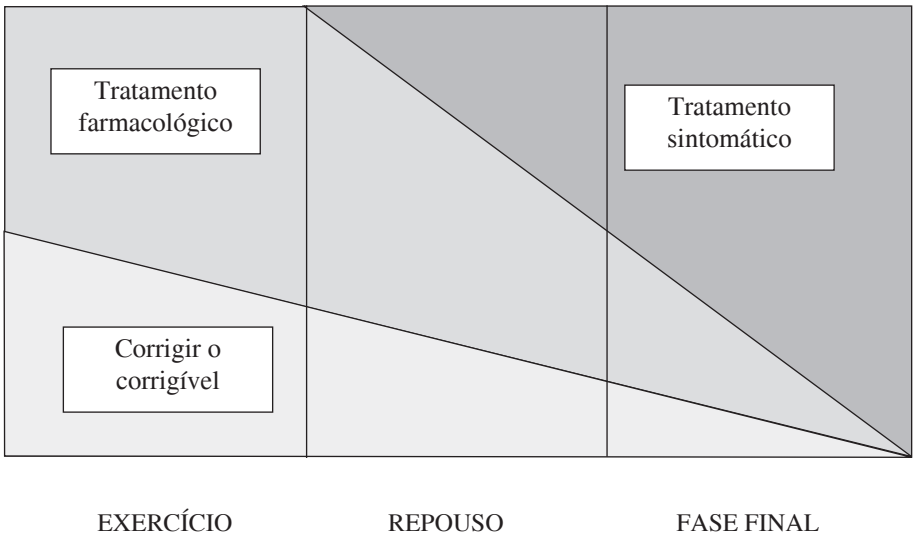
Os detalhes são sempre o diferencial que evidencia, na prática, quem é a equipe e quem é principalmente o médico que está cuidando do paciente. Nesse sentido, é importante, também, como princípio em Cuidados Paliativos, a lembrança de que cada paciente é individual.

Além disso, também é importante atentar para qual etapa da doença o seu paciente está, tentar entender o que podemos e devemos fazer para que nossa atitude seja pertinente com o diagnóstico e prognóstico e observar necessidades individuais sempre. Nesse sentido, sempre é importante entender que a história natural de diferentes doenças é também variável: o câncer, por exemplo, tem uma evolução bastante mais previsível, com a fase final mais bem marcada.

Um perfil de evolução diferente é o dos pacientes com falências orgânicas que evoluem com descompensações repetidas, como cardiopatas e pneumopatas. Nesses casos, é difícil saber se a agudização atual culminará com a morte ou se vai ocorrer recuperação. Além disso, existe a possibilidade de ocorrência de morte súbita, o que é um evento relativamente frequente nessa população.

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

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



Desta forma, de maneira didática é possível sistematizar de forma objetiva quais devem ser as prioridades e o foco no atendimento para controle de dispneia em etapas distintas da doença.

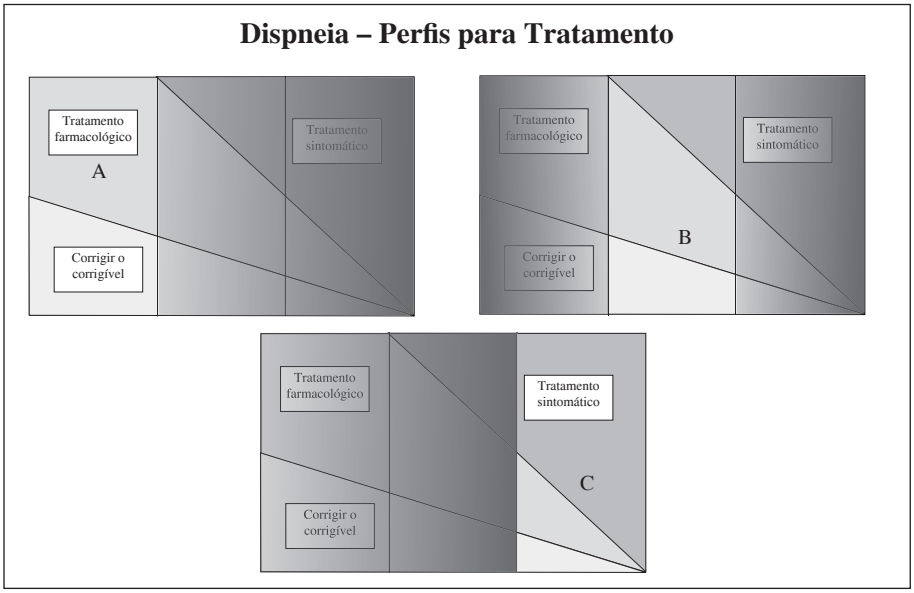
A - Sintomas predominantemente aos esforços. Essa situação denota menor tempo de evolução ou menor gravidade do quadro. Em geral, o mais importante são medidas específicas para o tratamento da doença de base e a remoção de causas reverssíveis. O uso de medidas paliativas exclusivas nesse caso assume importância relativa menor.

B - Sintomas predominantes ao repouso. Nessa situação, o contexto em geral é de doença já em processo de evolução na qual a funcionalidade do paciente em geral já é comprometida. Nessa situação, tanto as condutas voltadas para o tratamento da doença de base como a existência de causas reversíveis passam a ter importância menor, dando lugar a um significativo aumento da importância das medidas paliativas na composição das ações destinadas ao controle dos sintomas.

C - Doença em fase de terminalidade. Nessa situação, a funcionalidade do paciente é bem diminuída, em geral já restrito ao leito. Existe pequena chance de resposta a medidas específicas para a doença de base e a ocorrência de fatores reversíveis. Nesse caso, toma importância vital as medidas de caráter puramente paliativo que passarão a ser discutidas a seguir.

Na figura 6 é possível identificar visualmente o impacto relativo de cada tipo de medida (modificadora da doença tratamento, abordagem de causas reversíveis e medidas paliativas sintomáticas exclusivas) no conjunto de ações para controle sintomático da dispneia.

Figura 6 - Perfis didáticos para avaliação das possibilidades de tratamento da dispneia em CP e importância relativa das diferentes medidas possíveis



Em 2007[6], a American College of Chest Physicians redefiniu diretrizes para o tratamento da dispneia sob o ponto de vista estritamente paliativo envolvendo o uso de opioides, ansiolíticos, oxigênio e também tratamento não farmacológico.

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

Opioides

O mecanismo de ação dos opioides no controle da dispneia é relativamente desconhecido. Sabe-se que existem receptores opioides no Sistema Nervoso Central, em toda árvore respiratória e principalmente nos alvéolos.

Existe um potencial efeito de depressão respiratória advinda dos opioides e que faz com que seu uso seja temido. Entretanto, esse efeito é infrequente, apresenta desenvolvimento rápido de tolerância quando a droga é usada de uma forma apropriada, e tende a ocorrer somente em pacientes que não são usuários crônicos de opioides.

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

Assim, o que se recomenda para tratamento da dispneia em casos leves e em pacientes virgens de tratamento é o uso de codeína na dose de 30mg via oral a cada 4 horas. Frequentemente a dose pode ser menor do que isso, mas deve-se sempre respeitar a posologia a cada 4 horas para que o paciente não fique períodos sem a ação do medicamento. A prescrição em intervalo posológico diferente é inadequada.

Para pacientes com dispneia grave e virgens de tratamento, as doses eficazes são extremamente individuais. Sugere-se: sulfato de morfina 5mg VO 4-4 horas[3], doses baixas (10 a 30mg) de morfina de liberação lenta 1x/d[11] ou até outros opioides (Fentanyl).

Apesar de recomendada na literatura internacional para uso a cada 4h, a oxicodona em nosso meio existe sob a forma de liberação lenta e pode ser usada a cada 12 horas. A ressalva é que ela é uma medicação cara e acaba por não ser vantajosa, principalmente em serviços públicos.

Vale lembrar que podem ser dadas doses de resgate nos intervalos entre as tomadas programadas e deve-se titular as doses totais diárias cuidadosamente, com aumentos de 50% a cada 24 horas.

Pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica e cardiopatas são mais sensíveis e devem ter início do seu tratamento com metade da dose usual[3]. Em pacientes tolerantes ao opioide, o manuseio das doses pode ser mais liberal, sempre lembrando dos resgates. Esses ajustes de dose para cada tipo de paciente é um detalhe importante (Figura 7).

Figura 7 - Uso de opioides na dispneia.

Uso de Opioides

Dispneia leve
- Pacientes "virgens" de tratamento
  - Codeína 30mg vo 4-4 horas
  - Resgastes S/N
  - Titular doses (50 - 100% a cada 24 horas)
  - Para DPOC e cardiopatas - 1/2 dose
- Pacientes tolerantes a opioide
  - Dose inicial 25 - 50% maior
  - Resgastes S/N

Dispneia grave
- Pacientes "virgens" de tratamento
  - Sulfato morfina 5mg 4-4 horas
  - Oxicodona 5mg vo 4-4 horas

Do acordo com as evidências na literatura, os opioides por via oral ou parenteral são medicações de uso reconhecidamente aprovado em controle de sintomas respiratórios, inclusive se refratários a medidas clínicas voltadas para a causa de base[12].

O uso de opioides por via inalatória é controverso na literatura.

Com relação aos efeitos adversos, esses tendem a ser iguais àqueles observados no tratamento de dor e não existe uma evidência forte, muito pelo contrario, de que o uso de opioides possa trazer algum tipo de alteração na saturação de oxigênio por conta do potencial efeito de depressão respiratória. Isso demonstra que os opioides são, portanto, uma medicação segura para o controle de dispneia mesmo em pacientes em fase avançada de doença[13].

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

Benzodiazepínicos

Em revisão sistemática recente, não foi possível demonstrar o benefício do uso de benzodiazepínicos para alívio da dispneia em pacientes portadores de câncer avançado e DPOC[9]. O uso desse tipo de medicação se justifica pela presença de componente emocional importante nos sintomas de natureza respiratória. Quando este componente é marcante, o uso de benzodiazepínicos tem papel mais claro.

A droga mais estudada para esse fim, nesse contexto, é o midazolan. As doses utilizadas são baixas, em torno de 5 a 10mg em 24 horas. É frequente o uso em associação com o opioide, tanto por via oral, intravenosa ou subcutânea. Apesar de alguns estudos mostrarem que o efeito da associação no controle da dispneia é semelhante ao uso do opioide isolado, a experiência mostra que, quando o componente emocional, afetivo, é marcante, existe melhora adicional expressiva. Além do uso do midazolan, descreve-se também o uso de lorazepan em doses de até 0,5 a 1mg VO por hora e também diazepan. A manutenção se faz com doses tituladas, ministradas a cada 6 ou 8h[11].

Oxigênio

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

Dessa forma, existe uma preocupação em se identificar um ponto de equilíbrio para a indicação de um artefato nem sempre benéfico por um lado e de custo bastante elevado, por outro.

Em revisão bibliográfica sobre o uso de oxigênio em Cuidados Paliativos[12] (1996 a 2006), classificando somente artigos envolvendo população adulta, de língua inglesa e estudos randomizados e placebo controlados, identificamos 29 artigos.

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

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

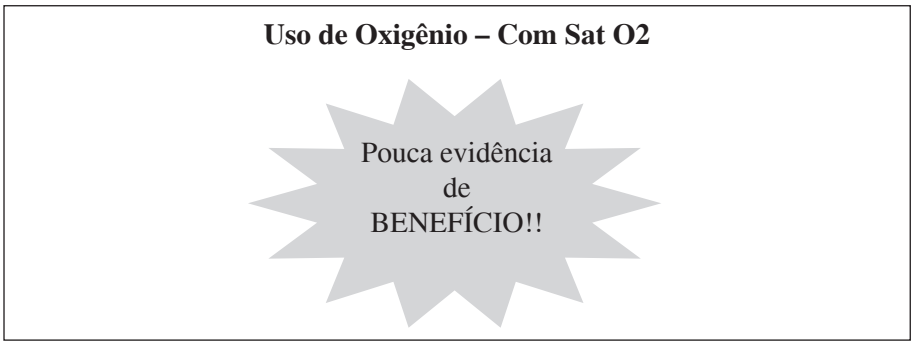
Em pacientes com doença pulmonar crônica, que representa a maior população analisada (21 artigos), existem estudos em situações diferentes (repouso e durante atividade física) e os resultados são controversos. Excetuando-se aqueles que já apresentem indicação clara para oxigenioterapia contínua, o uso de oxigênio acaba sendo preconizado para as agudizações não responsivas a outros tratamentos e nas quais a saturação de oxigênio fica abaixo de 90%.

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

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

Assim, do ponto de vista geral, existe ainda pouca evidência do benefício concreto do uso indiscriminado de oxigênio em Cuidados Paliativos. Recomenda-se a realização de estudos randomizados para estabelecer se há uma indicação mais geral para a oxigenioterapia em Cuidados Palaitivos[13]. A indicação é precisa em subgrupos e situações especiais[14] (Figura 8).

Figura 8 - Uso de oxigênio para paliação da dispneia.



Ventilação não invasiva e medidas não farmacológicas

A grande polêmica da utilização da ventilação não invasiva no contexto paliativo está no fato de que este foi que um aparato terapêutico criado para tratamento de insuficiência respiratória aguda, e com benefício comprovado em alguns subgrupos de pacientes, com impacto positivo na evolução do quadro agudo. Porém, não é estabelecida sua eficácia no controle da dispneia como sintoma em si[15].

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

Dois estudos interessantes, em pacientes de UTI que possuíam documentação de ordens de não intubar, podem trazer uma visão um pouco diferente do assunto [16,17].

Nesse tipo de paciente surgiu a dúvida sobre se incluir a ventilação não invasiva como opção para um controle de uma eventual agudização; seria efetivo e até ético. Existia uma tendência a se achar que isso poderia ser útil para subgrupos de pacientes com DPOC e ICC, a exemplo do que já acontece em situações que não caracterizam terminalidade. A conclusão geral é que pacientes com DPOC e ICC, que apresentem condições clínicas gerais melhores (mais conscientes, menos desnutridos, com escores de prognóstico melhores, que entendam e aceitem o procedimento, etc.) têm uma mortalidade relacionada ao evento agudo, tratado com

ventilação não invasiva, modalidade BIPAP, bem menor que outros pacientes com insuficiência respiratória hipoxêmica, como no caso do câncer, por exemplo. A taxa de complicações descrita foi relativamente pequena (5%).

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

Além disso, uma série de medidas não farmacológicas podem ser instituídas para proporcionar conforto e bem-estar ao paciente e família. Nesse sentido o trabalho do fisioterapeuta pode ser de grande valor, através de técnicas e posicionamento que ajudem a manutenção da via aérea pérvia, relaxamento da musculatura acessória, diminuindo o trabalho respiratório, além de exercícios para combater o imobilismo e o uso de técnicas de contenção de energia e controle da ansiedade.

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

O uso de acupuntura e presso-acupuntura foi descrito como positivo na melhora da dispneia em pacientes com DPOC avançado, com impacto na melhora da qualidade de vida[18] (Figura 9).

Um outro aspecto importante a ser lembrado é que, quando tomamos todas as medidas possíveis e pertinentes em cada situação, temos os elementos necessários para nos tranquilizarmos e para que possamos dar apoio, mais de perto, à família.

Uma das coisas mais conflitantes para a família é notar que a equipe não está coesa ou se encontra tão ou mais ansiosa que a própria família no controle da situação. A equipe e fundamentalmente o médico devem estar seguros para transmitir isso para a família e acolhê-los.

Figura 9 - Tratamento não farmacológico da dispneia

Tratamento não farmacológico

- Avaliar o doente..... e ficar calmo
- Apoio psíquico, social e espiritual
- Exercícios respiratórios
- Planejamento de atividades
- Planejamento de contenção de energia
- Técnicas de relaxamento
- Posicionamento no leito
- Decúbito elevado
- Acupuntura
- Atenção e escuta ativa
- Aspiração???
- VNI - situações específicas!

Tosse

A tosse afeta cerca de 37% dos pacientes com câncer avançado (principalmente pulmão), 38% destes, com sintomas moderados ou intensos. Ocorre mais de 10 vezes por dia em cerca de 2/3 dos pacientes, interferindo na respiração, sono

e às vezes dificultando a fala[19]. Chega a ser prevalente em 29 a 83% dos pacientes em Cuidados Paliativos.

Além do câncer em si, suas complicações e até mesmo o seu tratamento, o uso concomitante de outras drogas podem participar na gênese do sintoma[19] (Figuras 10 e 11).

Figura 10 - Causas de tosse

Causas de Tosse

	Relacionadas ao câncer	Outras causas
Sistema Respiratório	Envolvimento da via aérea Quimioterapia Derrame pleural Infiltração pleural Envolvimento pulmonar Radioterapia Fístula traqueoesofágica	Asma DPOC/bronquiectasia Infecções D. pulmonar intersticial Sinusopatia TEP Sarcoidose
Outros Sistemas	Linfangite carcinomatosa Envolvimento mediastinal Derrame pericárdio Síndrome da Veia Cava Superior	ICC Refluxo gastroesofágico Irritação timpânica

Figura 11 - Drogas que podem causar tosse

Tosse induzida por drogas

Classe	Droga específica
Inibidor de enzima conversora	Todos
Benzodiazepínicos	Midazolan
Meios de contraste	
Agentes citotóxicos	Bleomicina Metotrexate
Agentes inalatórios	Ipatrópio Salbutamol Cromoglicato de sódio Corticosteroides
Anti-Inflamatórios não hormonais	

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

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

Os opioides são as drogas que apresentam melhor efeito antitussígeno no câncer. Porém, devido aos potenciais efeitos colaterais, outras medicações têm sido aventadas como de primeira linha para o tratamento[20] (Figura 12,13 e 14). Entretanto, por não estarem disponíveis, em sua maioria, no Brasil, os opioides acabam ocupando papel de destaque no controle desse sintoma. Podem também ser usados anestésicos locais, de forma inalatória.

Figura 12 - Fluxograma do tratamento da tosse

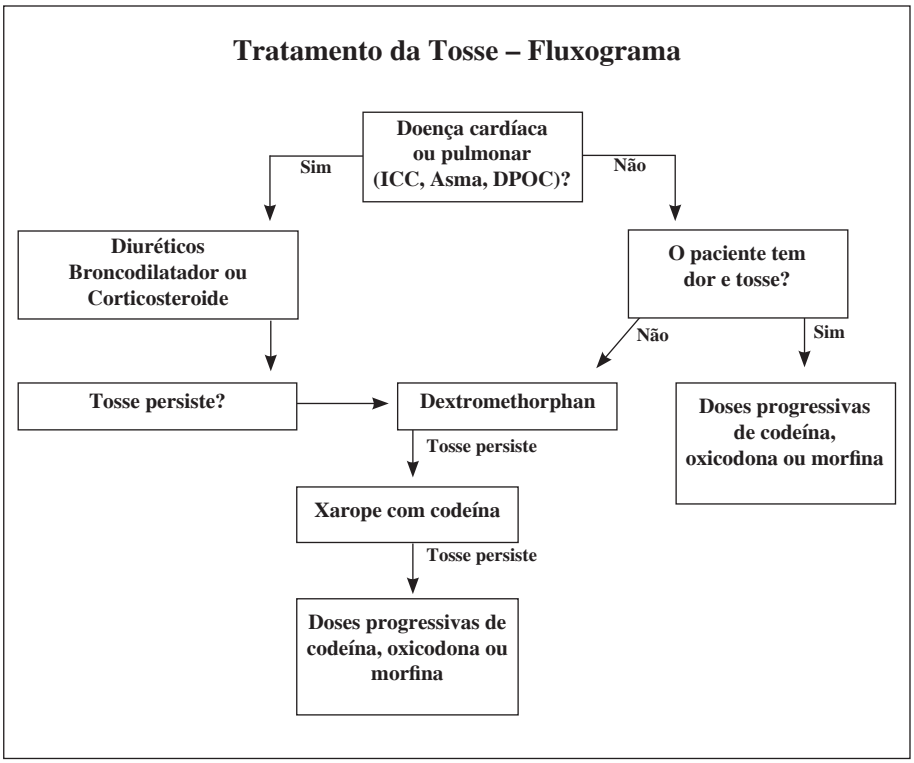


Figura 13 - Opioides e não opioides no tratamento da tosse

Tratamento da Tosse

Opioides
- **Codeína é o mais comum – 02-20mg 4-4h**
- **Inibição do receptor u no pulmão e via aérea**
- **Suspressão do centro da tosse**
- **↓ Produção de muco e á clearance ciliar**
- **Morfina – 5mg 4-4h ou Oxicodona 10mg 12/12h**

Não Opioides – Sinergismo com opioides

Dextrometorfan
- **Potência = Codeína**
- **Comum nos xaropes - EUA**
- **Ação NMDA!!**
- **10-20 mg 4-4 ou 6-6h**
- **Risco - alucinações**

Figura 14 - Anestésicos locais no tratamento da tosse

Tratamento da Tosse

Não Opioides

Anestésicos locais
- **Nebulização**
- **Bipuvacaína**
  - 5ml (solução 0,25%) 8-8h
- **Xilocaína**
  - 5ml (solução 2%) 6-6h

- **Risco - Broncoespasmo**
  - Aspiração alimentar até 1h após

Hipersecreção de vias aéreas

É importante lembrar que sempre há uma forma de trazer algum conforto. Do ponto de vista não farmacológico, é possível um trabalho integrado com o fisioterapeuta com o uso de técnicas para adequar o posicionamento da cabeça e da via aérea para facilitar drenagem de secreções, evitando acúmulo e consequente piora do desconforto além de respiração ruidosa ("sororoca"), muito angustiante para os familiares. O controle apropriado de secreções pesando sempre se o uso de aspiração de vias aéreas é apropriado já que se trata de procedimento doloroso e que traz, em geral, um desconforto muito grande. Pode-se conseguir redução da quantidade de secreções com o uso de corticosteroides, cuja ação é melhor nos pacientes com asma do que com câncer, antibióticos macrolídeos como eritromicina (dimunuição de secreção mediada por macrófagos), anticolinéticos como

Hioscina na dose de 10mg a cada 4 horas ou a cada 6 horas (VO, IV ou SC), ou mesmo colírio de atropina na própria cavidade oral, na dose de 2 gotas a cada 6 ou até 12 horas (conforme resposta).

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

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

A identificação do paciente que possa se beneficiar de cada um desses procedimentos e do momento correto para utilizá-los constitui-se um dos grandes desafios do médico na paliação de sintomas respiratórios.

Referências

1. GYSELS, M. H.; HIGGINSON, I. J. The lived experience of breathlessness and its implications for care: a qualitative comparison in cancer, COPD, heart failure and MND. BMC Palliat Care Out 17 (10) :15, 2011.

2. THOMAS, J. R.; VON, GUNTEN C. F. Clinical management of dyspnoea. Lancet Oncol. Apr;3(4):223-8,2002.

3. DORMAN, S.; BYRNE, A.; EDWARDS, A. Which measurement scales should we use to measure breathlessness in palliative care? A systematic review. Palliat Med. Apr;21(3):177-91, 2007.

4. LE GRAND, S. B.; KHAWAM, E. A.; WALSH, D.; RIVERA, N. I. opioids, respiratory function, and dyspnea. Am J Hospice & Pallliat Care; 20 (1):57-61,2003.

5. WILCOCK, A. Respiratory Symptoms. In: Twycross, R, Wilcock A, Stark-Toller C Symptom Management in Advanced Cancer. 4th Edition. 2009. EditorsPalliativedrugs.com Ltd. Nottingham, UK.

6. KVALE, P. A.; SELECK, P. A.; PRAKASH, U. B. S. Palliative care in lung cancer. ACCP evidence-based clinical practice guidelines (2nd edition). Chest;132: 368S- 403S,2007.

7. CURROW, D. C.; MCDONALD, C.; OATEN, S. et al . Once-daily opioids for chronic dyspnea: a dose increment and pharmacovigilance study. J Pain Symptom Manage. Sep;42(3):388-99, 2011.

8. VARKEY, B. Opioids for palliation of refractory dyspnea in chronic obstructive pulmonary disease patients. Curr Opin Pulm Med. Mar;16(2):150-4, 2010.

9. CLEMENS, K. E.; KLASCHIK, E. Symptomatic therapy of dyspnea with strong opioids and its effect on ventilation in palliative care patients. J Pain Symptom Manage. Apr;33(4):473-81,2007.

10. SIMON, S. T.; HIGGINSON, I. J.; BOOTH, S. et al. Benzodiazepines for the relief of breathlessness in advanced malignant and non-malignant diseases adults. Cochrane Databases Syst. Rev, Jan;20(1): CD007354, 2010.

11. NAVIGANTE, A. H.; CERCHIETTI, L. C.; CASTRO, M. A.; LUTTERAL, M. A.; CABALAR, M. E. Midazolam as adjunct therapy to morphine in the alleviation of severe dyspnea perception in patients with advanced cancer. J Pain Symptom Manage. Jan;31(1):38-47,2006.

12. BOOTH, S.; WADE, R.; JOHNSON, M.; KITE, S.; SWANNICK, M.; ANDERSON, H. Expert Working Group of the Scientific Committee of the Association of Palliative Medicine. The use of oxygen in the palliation of breathlessness. A report of the expert working group of the Scientific Committee of the Association of Palliative Medicine. Respir Med. Jan;98(1):66-77,2004. Review. Erratum in: Respir Med. May;98(5):476,2004.

13. URONIS, H. E.; ABERNETHY, A. P. Oxygen for relief of dyspnea: what is the evidence? Curr Opin Support Palliat Care. Jun;2(2):89-94, 2008.

14. DAVIDSON, P. M.; JOHNSON, M. J. Update on the role of palliative oxygen. Curr Opin Support Palliat Care. Jun;5(2): 87-91, 2011.

15. SMITH, T. A.; DAVIDSON, P. M.; LAM, L. T. at al. The use oh non-invasive ventilation fpr the relief of duspnea in exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease; a systematic review. Respirology. Feb;17(2):300-307, 2012.

16. LEVY, M.; TANIOS, M. A., Nelson D. et al Outcomes of patients with do-not-intubate orders treated with noninvasive ventilation. Crit Care Med; 32: 2002-2007,2004.

17. SCHETTINO, G.; ALTOBELLI, N.; KACMAREK, R. M. Noninvasive positive pressure ventilation reverses acute respiratory failure in select “do-not-intubate”patients. Crit Care Med; 33: 1976-1982, 2005.

18. PAN, C. X.; MORRISON, R. S.; NESS, J. et al. Complementary and alternative medicine in the management of pain, dyspnea and nausea and vomiting near the end of life: a systematic review. J Pain Symp Manag; 20 (5): 374-387, 2000.

19. HOMSI, J.; WALSH D, NELSON, K. A. Important drugs for cough in advanced cancer. Support Care Cancer; 9: 565- 574, 2001.

20. HAAS, A. R. Recent advances in the palliative management of respiratory symptoms in advanced-stage oncology patients. Am J Hosp Palliat Care Apr-May;24(2):144-51, 2007.

Náusea e vômito

Maria Goretti Sales Maciel
Roberto Bettega

Introdução

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

São particularmente frequentes em pacientes com câncer, em especial nos tumores gástricos, ginecológicos e intestinais. Um terço dos pacientes com câncer avançado têm vômitos e até 60% dos mesmos têm náuseas[1].

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

Descreve-se a náusea como a sensação subjetiva e desagradável em epigástrio e orofaringe associada à urgente necessidade de vomitar. O vômito consiste no esvaziamento forçado do conteúdo gástrico pela boca, ocasionado pela contração espasmódica do diafragma, parede gástrica, musculatura respiratória e parede torácica[1].

Fisiopatologia

Para que o vômito ocorra, um complexo mecanismo pecisa ser acionado e nem todas as etapas deste mecanismo estão esclarecidas. As ações incluem desde a salivação que precede a expulsão do conteúdo gástrico até o fechamento da epiglote para proteger as vias respiratórias e abertura da glote, sem a qual o aumento da pressão em esôfago pode levar a sangramento da mucosa gastroesofágica (síndrome de Mallory-Weiss) ou a rotura da parede esofágica[1,2,3].

O centro controlador deste mecanismo localiza-se em área primitiva do encéfalo, próximo dos centros de controle da respiração e outras funções vitais. O que faz crer na náusea e vômito como proteção da vida em situações como envenenamentos, por exemplo[1].

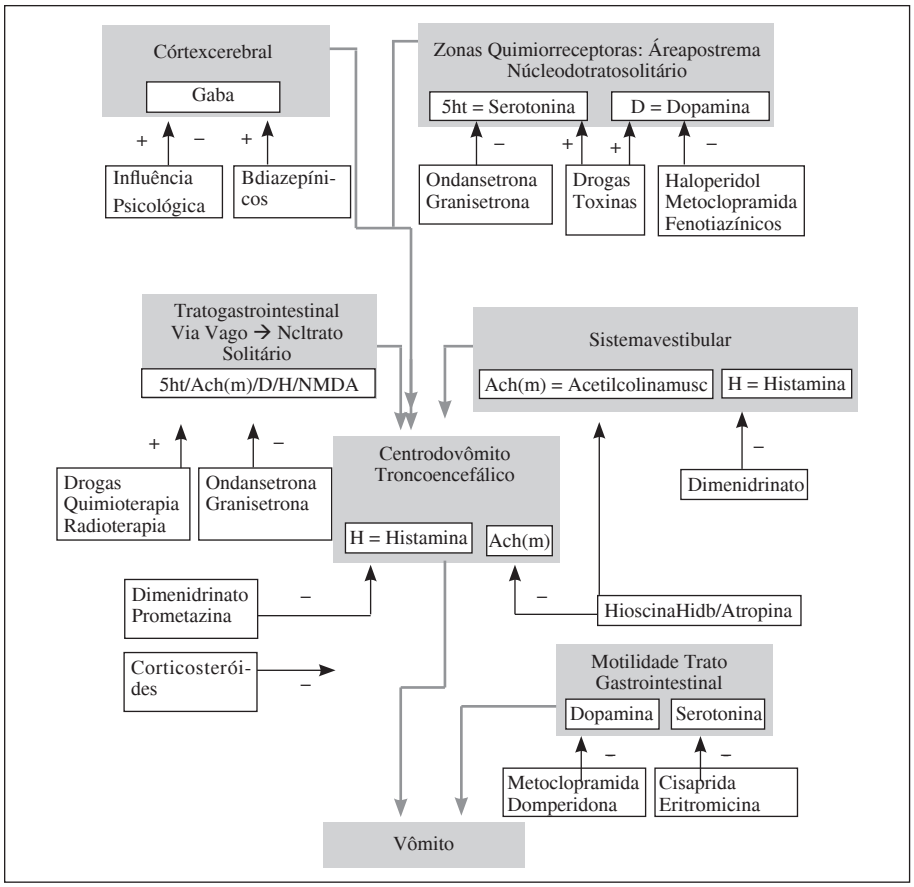
Importância deve ser dada também a náusea e vômito desencadeados por fatores ligados à emoção. Vomitar não deixa de ser uma forma de tentar eliminar emoções e sentimentos desagradáveis, muitas vezes relacionadas à presença da

doença em si, o contato com a possibilidade da própria morte e outros sentimentos angustiantes.

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

Para compreender o mecanismo da náusea/vômito e melhor aplicar os recursos terapêuticos existentes, faz-se necessário entender quais as principais áreas envolvidas, quais os mediadores identificados em cada mecanismo, como agem os principais recursos terapêuticos. A figura 1, ilustra o conteúdo.

Figura 1 - Náusea – Vômito: Fisiopatologia



Fonte: adaptado por Maciel, MGS de Fallon, M; Welsh, J.[2]
5TH: serotonina; ACTH(m): acetilcolina muscarínica; D: dopamina; H: histamina; NMDA: receptor n-metil-D-aspartato.

Centro do vômito

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

Os pricipais mediadores envolvidos no centro do vômito são: acetilcolina muscarínica (acth-m) e histamina (H1). Drogas que bloqueiam estes mediadores, como hioscina hidrobromide, atropina e anti-histamínicos podem prevenir náuseas e vômitos mediadas pelo centro do vômito[1, 2].

Zonas quimiorreceptoras

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

Os principais mediadores químicos na área postrema são: Dopamina (D2) e Serotonina (5HT3).

Os estímulos químicos podem ser desencadeados por:

1. Medicamentos:
    a. Opioides
    b. Antidepressivos tricíclicos e inibidores seletivos da serotonina
    c. Anti-inflamatórios
    d. Quimioterápicos
2. Toxinas:
    a. Infecções
    b. Insuficiência hepática e renal
    c. Fatores tumorais
3. Metabólicas:
    a. Hipercalcemia
    b. Hiponatremia

Os medicamentos com ação antidopaminérgica como a metoclopramida e o haloperidol e os fenotiazínicos de modo geral (levemopromazina, clorpromazina) são portanto excelentes antieméticos de ação na zona quimiorreceptora. Na falência destes, pode-se lançar mão de antisserotoninérgicos, que são medicamentos mais recentes e de custo muito mais elevado. Sua melhor indicação ainda reside no vômito induzido por quimioterapia e pós-radioterapia, pela presença de media-

dores 5HT3 no trato gastrointestinal. Antagonistas da serotonina podem agir em sinergia com o haloperidol em alguns casos[1,2,3].

Sistema vestibular

Relacionado ao vômito por discinesia e outras alterações vestibulares propriamente ditas como compressão tumoral e hipertensão craniana.

Os principais mediadores no sistema vestibular são a histamina e a acetilcolina muscarínica. Nesse caso, o dimenidrinato é a medicação com melhor indicação, em especial na prevenção do vômito relacionado à discinesia[1].

Córtex cerebral e sistema límbico

Fortemente influenciado por ansiedade, medo e outros sentimentos, o sintoma de náusea/vômito induzido pelo córtex cerebral e modulado pelo sistema límbico parece ser influenciado pelo sistema GABA agonista (Ácido Gama Aminobutírico). É o vômito "aprendido" após associação negativa, desencadeado pelo odor e presença de alimentos. Responde a psicoterapia, técnicas de relaxamento e benzodiazepínicos[1].

Trato gastrointestinal

Vários mecanismos envolvem o trato gastrointestinal – TGI, no desencadeamento da náusea/vômito.

1. Quimiorreceptores em parede do TGI: serotonina e neurocininas sensíveis particularmente aos quimioterápicos.
2. Estímulo vagal mediado por neurotransmissores ao Núcleo do Trato Solitário: envolve serotonina, dopamina, histamina, acetilcolina muscarínica, histamina e possivelmente o sistema NMDA (N-Metil Dietil Aspartato). O estímulo pode ser desencadeado na orofaringe, obstrução intestinal, estímulo mecânico na obstrução intestinal e na carcinomatose peritoneal.
3. Motilidade do TGI: esvaziamento gástrico lentificado e motilidade intestinal prejudicada por tumores (compressão extrínseca), distúrbio metabólico, drogas como opioides e anticolinérgicos, distúrbio autonômico, gastrites e úlceras pépticas, ascite. Envolve como mediadores principalmente a dopamina e a serotonina[1,2,3,4].

Manejo dos sintomas

Os princípios do controle de sintomas devem sempre ser aplicados[5]:

1. Investigação criteriosa;
2. Explicação do sintoma;
3. Tratamento de causas reversíveis;
4. Terapia medicamentosa criteriosa e individualizada;
5. Reavaliação contínua dos resultados.

Investigação

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

Avaliar início, intensidade do sintoma em escala de zero a dez (preferencialmente usando o ESAS), fatores desencadeantes, características do vômito (fecaloide, biliar, alimentar, característica de líquido de estase), presença ou não de sintomas prodrômicos. O vômito desencadeado por hipertensão intracraniama e meningismo, por exemplo, aparece sem pródromos e tem característica de jato.

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

Avaliação complementar inicial deve constar de hemograma, urinálise e raio X de tórax para afastar foco infeccioso, avaliação bioquímica de função hepática e renal e eletrólitos como cálcio, sódio e potássio.

Na suspeita de obstrução de TGI, o raio X simples de abdome em pé e decúbito horizontal são exames importantes e acessíveis. Sinais de falência renal devem ser investigados com USG de vias urinárias especialmente nos portadores de tumores pélvicos.

Explicação

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

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

Tratamento de causas reversíveis

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

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

Manejo medicamentoso

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

Náusea/vômito quimicamente induzido

a. Metoclopramida por ação antidopaminérgica e gastrocinética, quando não houver quadro obstrutivo, 30 a 80mg/dia em até 4 tomadas via subcutânea – SC ou infusão contínua.
b. Haloperidol na impossibilidade do uso de gastrocinética: 1 a 2mg SC em 2 a 3 doses diárias.
c. Ondansetrona na falência de ambos. Tem ação mais específica no vômito desencadeado por quimioterapia e radioterapia. Usar 4 a 8mg SC a cada 8 horas.

Outras opções como a levemopromazina e a clorpromazina têm indicação secundária pela potencial sonolência e frequente hipotensão postural, especialmente na primeira.

Estase gástrica

d. Considerar sondagem nasogástrica de alívio se distenção abdominal e sintoma muito intenso. Retirar a sonda após melhora identificável.
e. Usar inibidores de bomba de próton ou antagonista H2.
f. Preferir gastrocinéticos: metoclopramida, bromoprida, domperidona e eritromicina nos casos não responsivos.

Hipertensão intracraniana e meningismo

g. Corticosteroides em dose elevada (16 a 20mg/dia). Pode ser usado por via EV ou subcutânea.

h. Considerar dimenidrinato se alteração vestibular/discinesia como sintoma associado.

Irritação peritoneal

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

Obstrução intestinal

l. Usar haloperidol como primeira escolha, em dose de até 15mg/24 horas.
m. Ondansetrona e dimenidrinato podem ser ambos úteis como segunda escolha.
n. Restringir volume de hidratação.
o. Usar antissecretores como hioscina butilbromida ou octeotride.
p. Usar SNG até melhora da distensão e redução do volume de drenagem. Retirar se o paciente concordar com o jejun.
q. Corticosteroides podem diminuir edema de alça e de massa tumoral, reduzindo o fator de compressão além de fatores inflamatórios locais.

Náusea associada a ansiedade/emoções

r. Abordagem psicoterápica correta.
s. Tratar com benzodiazepínicos os casos refratários.

Reavaliação do sintoma e planejamento do cuidado

A abordagem ideal da náusea/vômito inclui reavaliação periódica do sintoma através da atribuição do valor de zero a dez deste sintoma e de outros associados como pirose, boca seca, dor, perda do apetite, fadiga, etc.

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

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

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

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

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

Referências

1. PACE, V. Nausea and Vomiting, in SYKES, N., EDMOND, P.: Management of Advanced Disease. Arnold 4th ed, London, 2004.

2. WATSON, M., LUCAS, C., HOY, A., WELLS, J. *Oxford Handbook of Palliative Care*. Oxford University Press, 2 ed, Oxford, 2009.

3. FALLON, M., WELSH, J. Management of Gastrointestinal Symptoms in Faull C, Carter Y, Woof R. Handbook of Palliative Care. Blakweel Science, London, 1998.

4. ELSAYEM, A., DRIVER, L., BRUERA, E. *The MD Anderson Symptom Control and Palliative Care Handbook*. MD Anderson Cancer Center, 2 ed, Houston, 2003.

5. TWYCROSS, R. *Cuidados Paliativos*. Climepsi editores, 2 ed, Lisboa, 2003.

Obstipação e diarreia

Veruska Menegatti Anastácio Hatanaka

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

Obstipação

Caracterizada por episódios de evacuações difíceis ou dolorosas, associados à diminuição da frequência das evacuações e/ou presença de fezes endurecidas, a obstipação assume natureza multifatorial em pacientes em Cuidados Paliativos (quadro 1)[1, 2], podendo determinar complicações como as listadas no quadro 2[3]. Opioides interferem diretamente com a motilidade do trato gastrointestinal, através da redução da atividade neural e diminuição da atividade propulsora, determinando retardo do trânsito do conteúdo intestinal e aumento da capacidade absortiva de fluidos.

Quadro 1 - Causas de obstipação em Cuidados Paliativos

Neoplasia	
Diretamente devido ao tumor	Obstrução intestinal Dano à medula espinal, cauda equina Hipercalcemia Diminuição do apetite Dieta pobre em fibras
Devido aos efeitos secundários da doença	Desidratação Fraqueza Inatividade Confusão mental Depressão Alterações dos hábitos de *toillete*

Drogas	
Opioides Drogas com efeitos anticolinérgicos Antiácidos contendo cálcio e alumínio Diuréticos Anticonvulsivantes Ferro Agentes anti-hipertensivos Vincristina	
Doenças concomitantes	
Diabetes Hipotireoidismo Hipocalemia Hérnia Doença diverticular Retocele Fissura ou estenose anal Prolapso mucoso anterior Hemorroidas Colite	

Modificado de Sykes *et al*[2].

Quadro 2 - Possíveis complicações da obstipação

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

O manuseio efetivo da obstipação em Cuidados Paliativos exige que se proceda atentando para o que se segue:

- Antecipar-se a este problema comum.
- Questionar o paciente sobre sua função intestinal habitual.
- Iniciar laxantes profiláticos em concomitância ao início do uso de opioides.
- Dar preferência a laxantes orais aos retais.
- Combinar laxantes se necessário.
- Titular o tratamento visando atingir evacuações confortáveis.
- Considerar, sempre que possível, medidas não farmacológicas como aumento da ingestão de líquidos e fibras na dieta, aumento da atividade física e

respeito à privacidade do paciente no uso do *toilette*, evitando, por exemplo, o uso de fraldas.

A terapêutica farmacológica baseia-se em drogas com efeitos laxantes, ou seja, capazes de determinar aumento do número de deposições de matéria fecal com diminuição de sua consistência. O efeito purgante ou catártico se apresenta quando as fezes se tornam líquidas. A diferença entre ambos os efeitos quase sempre é apenas uma questão de dose. Os laxantes podem ser classificados em grupos (quadro 3).

Quadro 3 - Tipos de laxantes

1. Laxantes que aumentam o volume das fezes
• Não osmóticos (formadores de bolo). Ex.: carboximetilcelulose, metilcelulose e psyllium.
• Osmóticos. Ex.: sorbitol, glicerina, lactulona e laxantes salinos (hidróxido de magnésio, sulfato de sódio).
2. Laxantes que facilitam o deslizamento das fezes
• Lubrificantes. Ex.: parafina líquida.
• Surfactantes. Ex.: docusato de sódio.
3. Laxantes estimulantes da mucosa colônica
• Sena, dantron e bisacodil.

A escolha do laxante deverá ser pautada em alguns princípios:

1. Diversas combinações poderão ser igualmente efetivas;
2. A preferência do paciente poderá ditar a escolha;
3. Combinações fixas de laxantes reduzem o número de comprimidos necessários ao dia;
4. Laxantes administrados separadamente permitem melhor titulação de seus componentes;
5. Comparativamente ao dantron, sena traduz-se em maior tendência a causar cólica.

Laxantes que aumentam o volume das fezes

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

Laxantes osmóticos atuam gerando um meio hiperosmótico que atrai água, aumentando o volume das fezes e diminuindo sua consistência. Assim, lactulose, por exemplo, na dose de 15ml é capaz de drenar para o lúmen intestinal de 500 a 600ml de água. Isso, por si só, pode desencadear desidratação e distúrbios hidroeletrolíticos em pacientes debilitados. Seu uso em Cuidados Paliativos mostra-se inapropriado visto a necessidade de adequada ingestão hídrica, a evolução com presença de distensão abdominal, flatulência e cólicas, além da aderência prejudicada pelo gosto adocicado de alguns agentes. Na constipação de difícil controle e impactação fecal, no entanto, polietilenoglicol pode exercer papel efetivo[4]. Diluído em água (o volume pode ser um problema para alguns pacientes), pode ser administrado inclusive em dose única noturna sem que se observe efeitos colaterais como distúrbios hidroeletrolíticos, incontinência, cólica ou diarreia[5].

Laxantes que facilitam o deslizamento das fezes

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

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

Laxantes estimulantes da mucosa colônica

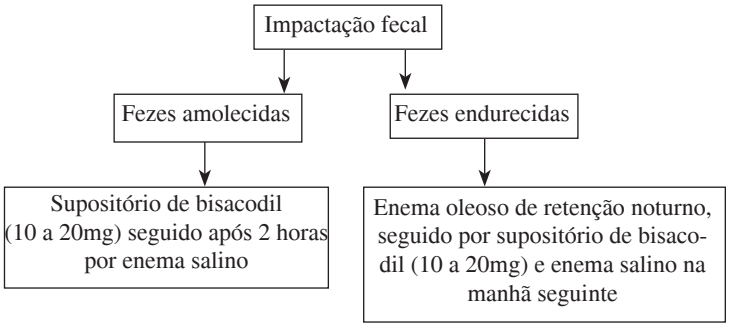
Agem estimulando diretamente o plexo mioentérico, induzindo peristalse e redução da absorção de água e eletrólitos no cólon, daí sua efetividade para obstipação decorrente de opioides, constituindo-se em droga de escolha nestes casos.

Laxantes retais

Estão indicados em situações específicas: [1] para o tratamento da impactação fecal; [2] como tratamento adicional em pacientes cuja constipação não responde adequadamente aos laxantes orais; [3] como tratamento alternativo para pacientes que não toleram laxantes orais e [4] para o esvaziamento retal em pacientes com compressão da medula espinal.

O quadro 4 sugere tratamento para pacientes com impactação fecal[6].

Quadro 4 - Tratamento da impactação fecal

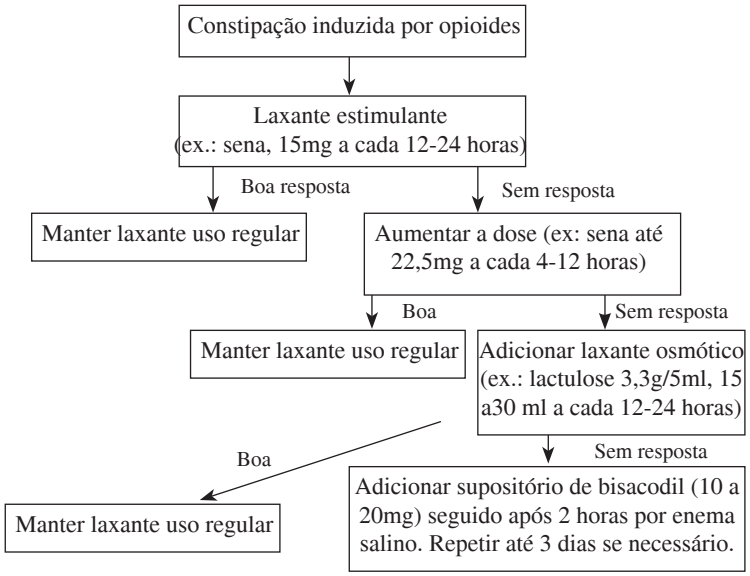


O quadro 5 sugere sequência terapêutica para pacientes com constipação induzida por opioides. Embora o bloqueio do receptor opioide com antagonistas específicos constitua-se em uma intervenção racional, as experiências iniciais com antagonistas opioides tradicionais não corresponderam às expectativas. Novas terapias abordam o uso de antagonistas opioides com absorção sistêmica limitada (naloxone) e antagonistas do receptor μ de ação restrita à periferia (metilnaltrexone e alvimopan). Naloxone pode reverter a constipação induzida por opioides, porém predispõe à reversão da analgesia e à presença de sintomas de abstinência, mesmo em doses insuficientes para promover evacuação[7].

Metilnaltrexone, por sua vez, não atravessa a barreira hematoencefálica e, portanto, não antagoniza os efeitos centrais da morfina ou precipita síndrome de abstinência. Sua administração por via subcutânea rapidamente induz evacuação em pacientes com doença avançada e constipação induzida por opioides, na dose de 0,15 mg/kg[8].

Alvimopan é um antagonista seletivo do receptor opioide μ que não sofre absorção gastrointestinal ou cruza a barreira hematoencefálica. Seu uso está aprovado especificamente para acelerar a recuperação gastrointestinal após ressecção intestinal. Sua disponibilidade é restrita visto aumento da incidência de infartos do miocárdio em estudo de longo-prazo envolvendo pacientes em terapia crônica com opioides[9].

Quadro 5 - Tratamento da constipação induzida por opioides



O quadro 6 especifica o tempo para início da ação de alguns laxantes.

Quadro 6 - Início de ação de alguns laxantes

Bisacodil comprimido	10-12h
Bisacodil supositório	20-60min
Dantron	6-12h
Docusato	24-48h
Glicerina sup	1-6h
Lactulose	48h
Sena	8-12h

O tratamento da obstipação em Cuidados Paliativos baseia-se ainda em inadequada evidência, com poucos estudos controlados e randomizados disponíveis, incluindo estudos que permitam comparações diretas entre classes distintas de laxantes. Persiste, portanto, dúvidas acerca do melhor manuseio terapêutico da constipação neste grupo de pacientes[10].

Diarreia

Define-se pela passagem de três ou mais fezes não formadas em um período de 24 horas. O quadro 7 delineia causas de diarreia em pacientes em Cuidados Paliativos[3].

Quadro 7 - Causas mais frequentes de diarreia em Cuidados Paliativos

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

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

Agentes absorventes

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

Agentes adsorventes

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

Inibidores de prostaglandinas

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

Agentes opioides

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

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

Considerações finais

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

Referências

1. REDDY, S. K.; RAJAGOPAL, A.; GOVIDRAJ, N. *Pain Practice*. 2002; 2(1): 56-64.

2. SKYPES, N. P. Constipation and diarrhea. In: Doyle D. Hanks GW. Mac Donald N, editors. *Oxford Textbook of Palliative Medicine*, 2ª edição. Oxford: University Press, 2001; 513-526.

3. WATSON, M.; LUCAS, C.; HOY, A.; BACK, I. In: Oxford Handbook of Palliative Care. Oxford: University Press, 2005; 254-257.

4. CULBERT, P.; GILLETT, H.; FERGUSON, A. Highly effective new oral therapy for faecal impaction. *British J of General Practice*. 1998; 48: 1599-1600.

5. SIEGEL, J. D.; DI PALMA, J. A. Medical treatment of constipation. *Clinics in Colon and Rectal Surgery*. 2005; 18(2):76-80.

6. WHO. *Symptom Relief in Terminal Illness*. Genova; 1998.

7. CULPEPPER-MORGAN, J. A.; INTURRISSSI, C. E.; PORTENOY, R. K. *et al*. Treatment of opioid-induced constipation with oral naloxone: a pilot study. *Clin Pharmacol Ther* 1992; 52:90-5.

8. KEVIN, C.; SLATKIN, N.E.; STAMBLER, N. M. S. *et al*. Methylnaltrexone for opioid-induced constipation in advanced illness. *NEJM*. 2008; 358(22):2332-2343.

9. CADA, D.; LEVIEN, T. L.; BAKER, D. E. Alvimopan. *Hospital Pharmacy*. 2008; 43(10):819-829.

10. MILES, C. L.; FELLOWES, D.; GOODMAN, M. L.; WILKINSON, S. Laxatives for the management of constipation in palliative care patients. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006, Issue 4. Art. No.: CD003448. DOI: 10.1002/14651858.CD003448.pub2.

Delirium

Daniel Azevedo

Definição

Delirium é um diagnóstico comum na prática dos Cuidados Paliativos, sobretudo em pacientes idosos portadores de doença terminal associada a múltiplas doenças crônicas. Toda a equipe de saúde precisa estar capacitada para reconhecê-lo.

De acordo com os critérios da quarta revisão do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM IV-TR), *delirium* consiste em uma alteração do nível de consciência de instalação aguda (horas ou dias) e curso flutuante, acompanhada de déficit de atenção e alteração da cognição, como déficit de memória ou desorientação. Deve existir evidência na história, no exame físico ou nos exames laboratoriais de que a alteração seja causada por uma condição orgânica subjacente ou consequência direta de uma condição médica geral ou de seu tratamento.

A apresentação do *delirium* pode assumir duas formas: hiperativa ou hipoativa. Na forma hiperativa, que é a mais diagnosticada, ocorrem agitação, hipervigilância e alucinações. O paciente encontra-se inquieto, com discurso incoerente e até agressividade física, o que leva os familiares ou a enfermagem a solicitar de imediato uma avaliação médica. Por outro lado, na forma hipoativa, o paciente parece confuso e sedado, com retardo no funcionamento motor, olhar fixo e apatia[1]. O *delirium* hipoativo ocorre em até 85% dos pacientes idosos internados em unidades de terapia intensiva[2] e geralmente passa despercebido, possuindo prognóstico pior. A abordagem do paciente não é diferente daquela usada para o *delirium* hiperativo. Os pacientes podem alternar as duas formas, caracterizando um *delirium* misto.

Em pacientes portadores de doença em fase terminal, o *delirium* costuma ser um preditor confiável de morte em dias a semanas[3]. Pode ser irreversível quando a correção das causas subjacentes não é possível ou quando o paciente morre antes que ela aconteça[4].

Para o diagnóstico, emprega-se o Confusion Assessment Method (CAM), que é uma ferramenta simples e validada em língua portuguesa[5,6], cuja versão curta pode ser aplicada em poucos minutos (Quadro 1). O *delirium* traz desconforto para o paciente e interfere na avaliação de seus sintomas, provocando ansie-

dade em familiares e cuidadores. Assim, naqueles pacientes com risco aumentado de desenvolver *delirium*, são fundamentais as medidas preventivas para reduzir sua ocorrência. Além disso, a aplicação periódica do CAM durante uma internação contribui para identificar precocemente a instalação do quadro, permitindo a pronta adoção de medidas de tratamento.

Fatores de risco

Um dos objetivos dos cuidados deve ser a prevenção do *delirium*. Para isso, o profissional precisa ficar atento aos principais fatores de risco (Quadro 2) e procurar limitá-los. Uma revisão sistemática da prescrição é vital para reduzir a incidência de iatrogenias medicamentosas, evitando-se o uso regular de benzodiazepínicos de meia-vida longa ou de anticolinérgicos sempre que possível. A identificação dos fatores de risco e medidas preventivas voltadas para os mesmos resultam na redução de 40% do *delirium* em idosos hospitalizados[7].

Causas

O *delirium* é uma alteração classicamente multifatorial em que um paciente já vulnerável, portador de fatores de risco, desenvolve o quadro após exposição a uma série de fatores precipitantes. As principais causas de *delirium* encontram-se no Quadro 3. A lista de drogas que podem induzir *delirium* é longa, com destaque para antidepressivos anticolinérgicos, benzodiazepínicos, bloqueadores H2 e anti-histamínicos. Processos infecciosos de qualquer sítio podem ser responsáveis pelo *delirium* e a equipe precisa estar apta a reconhecer manifestações atípicas em idosos, que nem sempre apresentam leucocitose ou resposta febril. Uma idosa que habitualmente consegue comer sem ajuda e caminhar com apoio em bengala e que desenvolve em poucos dias dificuldade para se alimentar e leve confusão mental, seguidas de uma queda da própria altura, pode ter uma infecção oculta. Nesse caso, é obrigatório investigar em caráter de emergência as hipóteses de infecção urinária ou pneumonia, mesmo que a anamnese não evidencie disúria, dor lombar, tosse ou dispneia.

Constipação intestinal secundária a imobilidade ou uso de opioides é outra causa comum, assim como dor e distúrbios hidroeletrolíticos. A simples mudança de um ambiente com o qual o paciente encontra-se familiarizado, como o de sua casa, para um ambiente novo, onde ele é assistido por pessoas desconhecidas, como um quarto de hospital, pode ser suficiente para desencadear *delirium*.

Tratamento

A abordagem de um paciente em *delirium* começa necessariamente pela identificação das causas prováveis, que costumam ser múltiplas. O tratamento envolve a correção dessas causas, quando possível, e o controle dos sintomas[8].

Toda avaliação de *delirium* começa com a revisão criteriosa da prescrição atual, buscando identificar se existe algum fármaco que possa ser responsável pelo quadro agudo de desorientação. Quando possível, os fármacos potencialmente indutores de *delirium* devem ser suspensos ou trocados por outros que não apresentem esse risco. Ao mesmo tempo, o ambiente em que o paciente se encontra precisa ser analisado de forma crítica: existe algum fator que possa estar contribuindo para causar desconforto ou agitação no momento da avaliação? Muitas vezes, a mudança de pequenos detalhes do ambiente será suficiente para o sucesso no controle do *delirium*.

As medidas de tratamento mais importantes são as não farmacológicas (Quadro 4), que buscam otimizar a orientação do paciente. A presença constante de um familiar ou cuidador contribui para melhorar a comunicação, que deve ser feita com instruções pausadas e claras. É importante estimular o uso de relógios, calendários e crachás dos profissionais com nomes bem visíveis. Um quarto com janela contribui para a organização do ciclo sono-vigília. Com frequência, pacientes idosos em *delirium* são contidos no leito, principalmente em terapia intensiva, o que costuma representar um atestado de insuficiência de pessoal de enfermagem ou má prática, tendendo a agravar a agitação. A imobilização deve ser evitada sempre que possível, retirando contenções e sondas vesicais e encorajando o paciente a manter a independência e caminhar precocemente. A privação de sono pode ser tratada com estratégias para redução de ruídos ambientais e através da adoção de horários de medicação que não interrompam o descanso noturno do paciente. A correção de déficits sensoriais é crucial para o tratamento do *delirium*. Portanto, portadores de déficit visual ou auditivo devem permanecer em uso de óculos ou de prótese auditiva para manter a orientação em relação ao ambiente, cuja iluminação precisa ser adequada. Recomenda-se luz natural durante o dia e suave durante o período noturno. Por último, a desidratação deve ser reconhecida para imediata reposição de volume, que pode ser feita com segurança e conforto por hipodermóclise[9], mesmo em indivíduos muito idosos.

O tratamento farmacológico do *delirium* (Quadro 5) serve para o controle dos sintomas enquanto as causas básicas ainda não foram revertidas e deve ser instituído sempre que as medidas não farmacológicas não forem suficientes[10]. A droga mais estudada para o tratamento do *delirium* é o haloperidol, feito por via oral ou subcutânea em dose inicial de 0,5 a 1mg, que pode ser repetida a cada 30

minutos até que seja alcançada a sedação do paciente[11,12]. Em geral, a dose necessária fica entre 3 a 5mg. Nos dias subsequentes, a prescrição deve incluir 50% dessa dose de maneira regular, com redução progressiva após resolução dos sintomas. A prática de prescrever 5mg de haloperidol intravenoso ou intramuscular como dose inicial para tratamento deve ser evitada: não somente não está descrita em referências clássicas sobre o tema como também costuma induzir sedação excessiva com risco de broncoaspiração e, em curto prazo, tende inclusive a ter efeito contrário ao desejado, criando novas situações que aumentam o risco de cronificação do *delirium*. Além disso, uso de haloperidol intravenoso tem risco de causar alterações eletrocardiográficas como prolongamento do intervalo QTc e torsades de pointes.

O tratamento com outros medicamentos, como benzodiazepínicos e antipsicóticos atípicos, encontra respaldo cada vez maior na literatura[13]. Em casos de *delirium* refratário, com agitação incontrolável que causa grande desconforto para pacientes e familiares, pode ser indicada a sedação paliativa.

Conclusão

Um número expressivo de pacientes em Cuidados Paliativos (cerca de 25-75%) desenvolvem algum tipo de *delirium* ao longo da evolução da doença[14]. O quadro é geralmente multifatorial e prejudica a comunicação do paciente, podendo ser impactante para a família. Os profissionais de saúde precisam identificar os fatores de risco, procurando adotar medidas preventivas sempre que possível. Em caso de *delirium* já instalado, é importante reavaliar a prescrição e enfatizar a adoção de medidas não farmacológicas para revertê-lo. Quando isso não é suficiente, podem ser usadas algumas medicações para controle dos sintomas, principalmente o haloperidol, respeitando-se o aumento progressivo das doses para minimizar o risco de efeitos colaterais.

Quadro 1

Versão em português do Confusion Assessment Method (CAM)	
(Presença dos 3 itens do primeiro bloco + 1 ou 2 itens do segundo sugere delirium)	
1) Início agudo e curso flutuante Há evidência de mudança aguda do estado mental de base do paciente? Esse comportamento (anormal) variou durante o dia, isto é, tendeu a surgir e desaparecer ou aumentar e diminuir de gravidade?	( ) ( )
2) Distúrbio de atenção O paciente teve dificuldade em focalizar sua atenção, isto é, distraiu-se facilmente ou teve dificuldade em acompanhar o que estava sendo dito?	( )
3) Pensamento desorganizado O pensamento do paciente era desorganizado ou incoerente, com conversação dispersiva ou irrelevante, fluxo de ideias pouco claro ou ilógico, ou mudança imprevisível de assunto?	( )
4) Alteração do nível de consciência O paciente encontra-se hiperalerta (hipersensível a estímulos ambientais, assustando-se facilmente), letárgico, em estupor ou coma?	( )

Quadro 2

Fatores de risco para *delirium*
Déficit cognitivo
Uso de psicofármacos
Imobilidade
Desidratação
Desnutrição
Idade avançada
Déficit auditivo ou visual

Quadro 3

Principais causas de *delirium*	
Medicações	Desidratação
Dor	Hipóxia
Infecção	Infarto agudo do miocárdio
Distúrbios metabólicos	Impactação fecal
Mudança de ambiente	Retenção urinária
Imobilidade	Privação sensorial
Uso de cateteres venosos ou urinários	Procedimentos cirúrgicos
Contenção física	Privação de sono

Quadro 4

Tratamento não farmacológico do *delirium*
Suspensão de medicamentos potencialmente causadores de *delirium*
Reorientação para o ambiente
Permanência de pessoas conhecidas com o paciente
Remoção de causas de incômodo (sondas, acessos venosos)
Preservação do sono noturno
Retirada de contenções físicas
Estímulo a caminhadas
Hidratação adequada

Quadro 5

Tratamento farmacológico do *delirium*		
Medicamento	Dose	Comentários
Antipsicóticos típicos		
Haloperidol	0,5-2mg a cada 2-12h	Tratamento de escolha Efeitos extrapiramidais com doses > 4,5mg/dia Risco de arritmia se uso intravenoso
Clorpromazina	12,5-50mg a cada 4-6h	Maior sedação que haloperidol Risco de hipotensão
Antipsicóticos atípicos		
Olanzapina	2,5-5mg a cada 12-24h	Risco de sedação
Quetiapina	12,5-100mg a cada 12-24h	Tratamento de escolha em pacientes com doença de Parkinson pela menor incidência de efeitos extrapiramidais
Risperidona	0,25-1mg a cada 12-24h	Melhor resultado no *delirium* hipoativo
Benzodiazepínicos		
Lorazepam	0,5-1mg a cada 4h	Risco de sedação Uso em abstinência de benzodiazepínicos ou álcool

Referências

1. CUNHA, U. G. V.; GIACOMIN, K. C. Delirium no idoso. In FORLENZA, O. V.; CARAMELLI, P. eds. Neuropsiquiatria Geriátrica. São Paulo, Atheneu, 2001; 641-58.

2. OUIMET, S.; KAVANAGH, B. P.; GOTTFRIED, S. B.; SKROBIK, Y. Incidence, risk factos and consequences of ICU delirium. Intensive Care Med. 2007;33:66-73.

3. CASARETT, D. J.; INOUYE, S. K. American College of Physicians-American Society of Internal Medicine End-of-Life Care Consensus Panel. Diagnosis and management of delirium near the end of life. Ann Intern Med. 135(1):32-40,2001.

4. BREITBART, W.; FRIEDLANDER, M. Confusion/delirium. In: BRUERA, E.; HIGGINSON, I.; RIPAMONTI, C.; VON GUNTEN, C. eds. Palliative Medicine. London, UK, Hodder Press, 2006:688-700.

5. INOUYE, S. K. et al. Clarifying confusion: The confusion assessment method. A new method for detection of delirium. Ann Intern Med 113:941, 1990.

6. FABBRI, R. M. A.; MOREIRA, M. A.; GARRIDO, R. et al. Validação e confiabilidade da versão em língua portuguesa do confusion assessment method (CAM) para detecção de delirium no idoso. Arq Neuro-Psiquiatr 59(2A):175-179, 2001.

7. INOUYE, S. K. et al. A clinical trial of a multicomponent intervention to prevent delirium in hospitalized older patients. N Engl J Med 340:669, 1999.

8. FABBRI, R. M. A. Delirium. In FREITAS, E. V.; PY, L.; CANÇADO, F. A. X.; DOLL, J.; GOZONI, M. L. eds. Tratado de Geriatria e Gerontologia. 3ª ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 2011; 256-263.

9. REMINGTON, R.; HULTMAN, T. Hypodermoclysis to treat dehydration: a review of the evidence. JAGS 55:2051-2055, 2007.

10. BREITBART, W.; ALICI, Y. Agitation and delirium at the end of life. In JCPHEE, S. J.; WINKER, M. A.; RABO, M. V.; PANTILAT, S. Z.; MARKOWITZ, A. J. eds. Care at the Close of Life. New York, McGraw-Hill, 2011; 129-144.

11. AGOSTINI, J. V.; INOUYE, S. K. Delirium. In HAZZARD, W. R.; BLASS, J. P.; HALTER, J. B.; OUSLANDER, J. G.; TINETTI, M. E. eds. Principles of Geriatric Medicine and Gerontology. 5th ed. New York, McGraw-Hill, 2003; 1503-15.

12. BREITBART, W.; CHOCHINOV, H. M.; PASSIK, S. D. Psychiatric symptoms in palliative medicine. In HANKS, G.; CHERNY, N. I.; CHRISTAKIS, N. A.; FALLON, M.; KAASA, S.; PORTENOY, R. K. eds. Oxford Textbook of Palliative Medicine. 4th ed. Oxford, Oxford University Press, 2010; 1453-1482.

13. JACKSON, K. C.; LIPMAN, A. G. Drug therapy for delirium in terminally ill patients. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2004, Issue 2. Art. No.: CD004770. DOI: 10.1002/14651858.CD004770.

14. BYOCK, I. R.; HEFFNER, J. E. Palliative and end-of-life pearls. 1st ed. Philadelphia, Hanley & Belfus, 2002.

Ansiedade e depressão em Cuidados Paliativos: como tratar

Rita de Cássia Deway Guimarães

1. Introdução

Ansiedade e depressão podem ser caracterizadas como enfermidades médicas com sinais e sintomas específicos, frequentes na prática clínica, mas nem sempre reconhecidas e tratadas de forma correta.

Atualmente a depressão é considerada problema de saúde pública. Os custos da assistência médica, o tempo de trabalho perdido e a diminuição da qualidade de vida geram prejuízos sociais e funcionais importantes.

Os transtornos de ansiedade precisam ser diferenciados da ansiedade fisiológica, necessária para a realização das atividades do dia a dia. A ansiedade patológica se manifesta como uma reação exagerada a diversos estímulos, levando a sintomas físicos incapacitantes e tal qual a depressão gera encargos para toda a sociedade.

Dentro deste contexto há um grupo de indivíduos que merece atenção e tratamento especial: pacientes em Cuidados Paliativos. A medicina paliativa nasceu da necessidade de melhorar a qualidade de vida dos pacientes para os quais a cura não é mais possível e a qualidade de vida está ou estará em breve deteriorada. Nesses indivíduos, o fator desencadeante do seu transtorno, ansiedade ou depressão é justamente o de ser colocado no limite da sua existência, na incerteza de quanto tempo permanecerá vivo, o quanto terá que lutar para aumentar a sobrevida, passando por perdas reais, sejam elas emocionais, sociais, financeiras e afetivas.

Neste capítulo, tentaremos definir a melhor estratégia terapêutica para os pacientes em Cuidados Paliativos que desenvolvem depressão e transtornos de ansiedade, visando minimizar o sofrimento e desenvolver condições pessoais de enfrentamento.

2. Depressão

As doenças crônicas são sabidamente associadas ao maior risco de ocorrência de quadros depressivos. Os pacientes portadores de doenças crônico-degenerativas costumam criar estratégias de enfrentamento de situações que os levarão à terminalidade, sem necessariamente cursar com depressão. No entanto, a queda na qualidade de vida com comprometimento social e afetivo dita o grau de impacto na vida de cada um.

Apesar de não ser o objetivo desse capítulo, sabemos que os principais sinais e sintomas que levam a um correto diagnóstico de depressão são a persistência por um período maior ou igual a duas semanas de: distúrbios alimentares como inapetência ou compulsão levando a perda ou ganho de peso excessivo, distúrbios do sono, disfunção sexual com perda acentuada da libido, perda da criatividade, perda do prazer, recorrência de ideias negativas e catastróficas, tendência à ociosidade e isolamento e até, quando mais grave, a ideação suicida. Uma vez diagnosticada e corretamente classificada a depressão, deve-se iniciar o tratamento e acompanhamento desse indivíduo.

2.1. Tratamento

- A primeira etapa é estabelecer junto a uma equipe multidisciplinar a fase evolutiva da doença, respeitando o princípio da beneficência e da proporcionalidade terapêutica.
- Manter o princípio da veracidade e do não abandono. A equipe deve manter seu acompanhamento regular, sabendo passar as informações de maneira que respeite seus limites e condições de receptividade.
- Cuidar do ambiente doméstico, manter boa iluminação, tentar estimular o apetite, estímulo à crença espiritual.
- Controle de sintomas, principalmente a dor, que é um fator de piora do quadro depressivo ou amplificação do mesmo.
- A psicoterapia é fundamental para que o paciente consiga expor suas dúvidas, medos, vivências complicadas. O psicólogo julgará cada caso e definirá a técnica a ser adotada, objetivando a compreensão do processo.
- A acupuntura é uma especialidade reconhecida pelos reais benefícios, empregando técnicas bem estabelecidas para redução dos sintomas de ansiedade com bloqueio de pontos específicos, além de coadjuvante nos sintomas físicos, especialmente do trato digestivo e álgicos.
- Massoterapia, musicoterapia e técnicas de relaxamento.
- A terapia ocupacional representa um apoio importante ao paciente, resgatando habilidades e melhorando a autoestima.
- A terapia farmacológica fundamenta-se no uso de antidepressivos podendo ou não estar associado a ansiolíticos.

A ação terapêutica das drogas antidepressivas tem lugar no *sistema límbico*, o principal centro das emoções. Esse efeito terapêutico é consequência de um aumento funcional dos neurotransmissores na fenda sináptica, principalmente da *noradrenalina, serotonina e dopamina;* bem como alteração no número e sensibilidade dos *neurorreceptores*.

2.2. Antidepressivos Tricíclicos (ADT) e Tetracíclicos

Os ADT aumentam a noradrenalina e a serotonina na fenda sináptica através da inibição na recaptação destas aminas pelos receptores pré-sinápticos. Parece haver também, com o uso prolongado dos ADT, uma diminuição do número de receptores pré-sinápticos do tipo alfa-2, que inibem a liberação da NE.

Droga	Dose inicial	Dose máxima
Amitriptilina (Tryptanol, Amytril)	25 a 50mg	100 a 300mg
Clomipramina (Anafranil)	25mg	100 a 250mg
Mianserina (Tolvon)	30mg	30 a 90mg
Doxepin (Sinequan)	25 a 50mg	100 a 300mg
Imipramina (Tofranil)	25 a 50mg	100 a 300mg
Maprotilina (Ludiomil)	50mg	100 a 225mg
Nortriptilina (Pamelor)	25mg	50 a 200mg
Mirtazapina (Remeron)	15mg	15 a 45mg

2.3. Inibidores Seletivos da Recaptação de Serotonina

Os ISRS atuam no neurônio pré-sináptico inibindo especificamente a recaptação desse neurotransmissor, sendo vantagem ausência de efeitos anticolinérgicos

Neste grupo, a Fluoxetina, Paroxetina e a Fluvoxamina são potentes inibidores do sistema enzimático do citocromo P-450(CYP), mais especificamente da CYP2D6 e CYP3A/34. É importante que ao escolher esquema de tratamento do paciente em Cuidados Paliativos tenha especial atenção para checar drogas que sejam metabolizadas por este sistema enzimático (bupropriona, teofilina, amiodarona, verapamil, diltiazen, fluconazol, cetoconazol, ritonavir, itraconazol, eritromicina, claritromicina, opioides, anticonvulsivantes, cimetidina, alprazolam e midazolam e outros) pelo risco de elevação do nível sérico da droga eleita e interações farmacológicas indesejáveis. As demais drogas deste grupo têm ação inibitória deste sistema enzimático, porém significativamente menos expressiva, portanto com menor ocorrência de interações farmacológicas, sendo recomendado como primeira linha de escolha deste grupo o Citalopram ou Escitalopram e em sequência Sertralina.

Droga	Dose inicial	Dose máxima
Citalopram (Cipramil, Procimax)	10 a 20mg	20 a 60mg
Escitalopram (Lexapro)	10mg	10 a 20mg
Fluoxetina (Daforin, Fluxene, Prozac, Eufor)	10 a mg20	20 a 60mg
Fluvoxamine (Luvox)	50mg	50 a 300mg
Paroxetina (Paxil, Aropax, Pondera, Cebrilim)	10 a 20mg	20 a 60mg
Paroxetina CR	12,5a 25mg	25 a 75mg
Sertralina (Tolrest, Zoloft, Novativ, Sertrax)	50mg	50 a 200mg

2.4. Inibidor de recaptação de serotonina-noradrenalina (IRSN)

Inibidores potentes da recaptação neuronal de serotonina e noradrenalina. Tem fraca ação inibitória do CYP2D6 com baixa incidência de interações medicamentosas, exceto quando paciente em uso de IMAO. Em caso de modificação de antidepressivos como fluoxetina e paroxetina por IRSN, atenção para ajuste das doses e controle rigoroso na detecção de efeitos indesejáveis, justificado pela intensa ação inibitória da fluoxetina e paroxetina no CYP2D6 e CYP3A/34.

Droga	Dose inicial	Dose máxima
Venlafaxina (Efexor, Alenthus, Venlift)	37,5mg	75 a 300mg
Venlafaxina XR (Efexor XR)	37,5mg	75 a 300mg
Desvenlafaxina (Pristiq)	50mg	50mg
Duloxetina (Cymbalta)	30mg	60 a 120mg

2.5. Inibidor de Recaptação de Dopamina-Noradrenalina (IRDN)

A bupropiona é um IRDN, relativamente seletivo, com mínimo efeito na recaptação de indolaminas (serotonina) e não inibindo a monoaminoxidase.

Droga	Dose inicial	Dose máxima
Bupropriona (Wellbutrin, Bup)	75 a 150mg	300 a 450mg
Bupropriona (WellbutrinSR, Zyban)	100/150mg	300 a 400mg

2.6. Inibidores da monoaminoxidase (IMAO):

A monoaminoxidase é uma enzima envolvida no metabolismo da serotonina e das catecolaminas. Os IMAO promovem um aumento da concentração destes

neurotransmissores nos locais de armazenamento, no sistema nervoso central e no sistema nervoso simpático. Tem ação inibitória no sistema enzimático do citocromo P450. Incompatível com betabloqueadores e outras drogas que sejam metabolizadas principalmente pelo CYP2D6 e CYP3A/34 já citadas acima.

Droga	Dose inicial	Dose máxima
Tanilcipromina (Parnate, Stelapar)	10mg	10 a 60mg
Selegilina (Elepril, Jumexil)	10mg	5 a 10mg
Moclobemida (Aurorix)	150mg	150 a 600mg

2.7. Antagonista serotoninérgico/Inibidor de recaptação de serotonina

Droga	Dose inicial	Dose máxima
Nefazodona (Serzone)	50mg	300 a 600mg
Trazodona (Donaren)	50mg	150 a 400mg

2.8. Fases do tratamento

- Fase aguda: a resposta inicial do tratamento antidepressivo ocorre entre duas e quatro semanas após o início da medicação e a fase aguda contempla os primeiros três meses. O objetivo dessa fase é a diminuição ou remissão completa dos sintomas com obtenção da dose ideal de tratamento.
- Fase de continuidade: até seis meses. O objetivo dessa fase é a completa remissão dos sintomas.
- Fase de manutenção: até o 1º ano, exceto se já tenha relato de três ou mais episódios prévios de depressão, o que leva o tratamento para cinco anos. O objetivo dessa fase é a descontinuação progressiva da droga ao longo de quatro semanas. Se houver sinais de recorrência, deverá retornar o uso na dose anteriormente utilizada.

2.9. Escolha do medicamento antidepressivo

O American College of Physicians (ACP), após extensa revisão de estudos comparando os grupos antidepressivos, suas variáveis clínicas e efeitos colaterais, custos, aderência, tratamento correto e ocorrência de recidivas, recomenda o uso de um entre doze fármacos da segunda geração ISRS, IRNS, IRND (citalopram, bupropriona, duloxetina, escitalopran, fluoxetina, fluvoxamina, mirtazapina, nefazodona, paroxetina, sertralina, trazodona ou venlafaxina) e ADT[5, 13-15], porém o grupo mais bem tolerado, com melhor perfil para menor índice de efeitos cola-

terais e menor complicação em casos de doses muito elevadas foi o grupo ISRS, ficando como recomendação de primeira escolha para iniciar o tratamento, com destaque para citalopram, escitalopram e sertralina. O ACP enfatiza, entretanto, que os demais grupos têm eficácia comprovada, a maioria com respostas equivalentes, e que a escolha deverá ser individualizada, de acordo com o grau de comprometimento de funções sistêmicas, dos efeitos colaterais e das limitações que cada antidepressivo apresentem para a patologia de base e comorbidades associadas[10, 11].

O paciente em Cuidados Paliativos geralmente faz uso de várias medicações, portanto se faz necessário:

- Checar medicações de uso regular e avaliar os riscos de interações medicamentosas que contraindiquem determinado antidepressivo.
- Deve ser iniciado tratamento com doses baixas mínimas preconizadas.
- Cuidado especial com doses de antidepressivo no idoso. A desvenlafaxina mostra um perfil ideal nesta faixa etária, não necessitando ajuste de dose, não necessária titulação. Demais grupos, exceto os que tenham contraindicação ou restrições por comorbidades, devem ter sua dose ajustada para metade da dose mínima preconizada.
- Pacientes com dor de difícil controle e depressão se beneficiam com o uso da duloxetina e venlafaxina. Caso a característica da dor seja neuropática, antidepressivo tricíclico tem resposta excelente para ambas as condições.

2.10. Resposta ao tratamento

Se não houver melhora dos sintomas depressivos nas seis primeiras semanas do tratamento, preconiza-se aumento da dose gradativamente até obter sinais de resposta, podendo-se também associar ansiolíticos[8]. A mudança do fármaco está indicada se ocorrerem efeitos colaterais indesejáveis graves ou intoleráveis ou ausência de resposta terapêutica após as modificações.

2.11. Contraindicações para grupos especiais

- IMAO: portadores de asma, hipertensos, usuários de anticonvulsivantes.
- ADT: portadores de cardiopatias com distúrbios de condução, epilepsia, hipertensão, glaucoma de ângulo fechado e prostatismo. Contraindicação relativa para uso em idosos.
- Evitar dose elevada de ISRS em pacientes com alterações plaquetárias, exceção para o citalopram.
- Duloxetina e nefazodona: evitar em portadores de doença hepática.

3. Transtornos de Ansiedade

A ansiedade é definida como um estado de humor desconfortável vivenciado como sentimento difuso de medo e apreensão. Nos pacientes em Cuidados Paliativos, o estímulo desencadeador costuma ser o diagnóstico de uma doença grave sem proposta curativa ou mesmo a percepção de que sua doença evolui de forma refratária. Diante de um estímulo tão intenso, o paciente tem uma tendência a evoluir com ansiedade que comumente evolui para um estado patológico. Essa ansiedade patológica deve ser reconhecida precocemente para que se possa iniciar a terapia adequada.

Após um correto diagnóstico, os transtornos de ansiedade devem ser ainda classificados em: transtorno de ansiedade generalizada, transtornos de pânico e fobia social, que merecem abordagens diferenciadas.

3.1. Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG)

Os sintomas característicos do TAG podem ser agrupados em três categorias: tensão motora, hipervigilância e hiperatividade autonômica.

3.1.1. Tratamento:

- A Terapia Cognitiva Comportamental (TCC) tem eficácia comprovada no tratamento do TAG, particularmente em pacientes na fase intermediária de Cuidados Paliativos.
- A atividade física deve ser indicada para pacientes com condições físicas adequadas. Quando o paciente está restrito ao leito, recomenda-se fisioterapia de conforto.
- A acupuntura possui técnicas bem estabelecidas para redução dos sintomas de ansiedade com bloqueio de pontos específicos.
- Massoterapia, cromoterapia e outras técnicas de relaxamento.
- Terapia Farmacológica:

3.1.1.1. Benzodiazepínicos (BZD)

É o grupo de escolha para o tratamento do TAG. Os BZD possuem boa absorção oral, atingem concentração plasmática máxima em uma hora com forte ligação proteica e alta solubilidade lipídica. Os seus efeitos principais são exercidos no sistema nervoso central com redução da ansiedade, sedação e indução de sono. Os seus principais efeitos colaterais são sonolência, confusão, amnésia e déficit de coordenação motora, acentuados nos idosos.

Preconiza-se que o seu uso deva ser iniciado com a menor dose que promova alívio da ansiedade, e o uso de doses fracionadas diminuem a ocorrência de efeitos colaterais. O diazepan, por possuir a meia-vida mais longa, é considerado uma droga mais fácil de ser retirada.

BZD	Equivalência com 5mg de diazepan	Dose média-ansiedade	Dose geriátrica
Alprazolam	0,5	1-2	0,25-0,5
Clordiazepóxido	10	15-75	5-30
Clonazepan	0,25	0,5-1,5	0,25-1,0
Clorazepato	7,5	15-67,5	15-60
Cloxazolam	01	2-8	2-8
Lorazepan	01	2-6	0,5-1,5
Oxazepam	15	30-60	10-30

3.1.1.2. Buspirona

É um composto ansiolítico do grupo das azapironas, diferindo dos BZD por não apresentar efeitos miorrelaxantes, anticonvulsivantes ou hipnóticos. É agonista parcial de receptores serotoninérgicos. Possui uma boa absorção oral, sendo metabolizado pelo fígado. Uma característica interessante dessa classe é que não provoca sintomas de abstinência na retirada e não possui efeitos colaterais graves, podendo ser usado em longo prazo. Os efeitos adversos mais comuns são cefaleia, fadiga, náuseas, insônia e tontura. A dose inicial é de 15mg divididas em três doses, com dose máxima de 30-40mg/dia. A buspirona é indicada quando não se consegue o efeito desejado com os BZD, especialmente quando há necessidade de uso em longo prazo.

3.1.1.3. Antidepressivos

Os fármacos antidepressivos podem ser usados para controle do TAG, principalmente quando os BZD são necessários em longo prazo e/ou não apresentam resposta satisfatória[8]. O grupo de escolha é dos ISRS, podem ser usados em segunda escolha a venlafaxina ou imipramina (ver doses em 2.3, 2.4 e 2.6). É importante ressaltar que o efeito terapêutico somente se inicia a partir do décimo dia, com ação plena após quatro semanas.

3.2. Transtorno de Pânico (TP)

O TP caracteriza-se pela ocorrência de repetidos ataques de ansiedade, conhecidos como crises de pânico. Se o paciente encontra-se em Cuidados Paliativos, a morte representa o alvo fixo, e nestas crises experimentam a sensação de morte iminente, sendo em geral uma vivência bastante traumática.

3.2.1. Tratamento:

- A psicoterapia está inserida na esfera da TCC.
- A acupuntura possui técnicas bem estabelecidas para redução dos sintomas de ansiedade com bloqueio de pontos específicos.
- Tratamento farmacológico.

3.2.1.1. Antidepressivos:

Os ISRS são os fármacos de primeira escolha no tratamento da TP. É preconizado iniciar com dose mínima e fazer aumento gradual após a primeira semana de tratamento (ver doses em 2.3). Os ADT são drogas de segunda linha e tem seu uso limitado em idosos (contraindicação relativa) e contraindicação para pacientes portadores de doença cardiovascular.

3.2.1.2. Benzodiazepínicos

Os BZD mais recomendados no tratamento do TP são: alprazolam, dose inicial de 0,25 a 0,5mg, 3 vezes ao dia, com dose máxima de 6mg/dia e clonazepam, dose inicial de 0,25 a 0,5mg, 2 vezes ao dia, com dose máxima de 6mg/dia.

3.3. Fobia Social

A fobia social se caracteriza pelo desenvolvimento de ansiedade exagerada em situações com exposição pessoal. Geralmente o paciente em Cuidados Paliativos tem uma alteração importante da imagem corporal decorrente de acentuada perda ponderal, alopecia, limitação de movimentos e alterações de pele. Essas mudanças físicas causam uma redução da autoestima, deixando o paciente vulnerável e extremamente ansioso pela exposição e análise alheia.

3.3.1. Tratamento:

- A psicoterapia é importante instrumento para o tratamento. Em geral é recomendado TCC, porém a definição fica a critério da psicóloga responsável.
- A acupuntura possui técnicas bem estabelecidas para redução dos sintomas

de ansiedade com bloqueio de pontos específicos.

- Tratamento farmacológico.

  3.3.1.1. Betabloqueadores: Propranolol: dose de 20 a 80mg/dia, ou Atenolol: 50 a 100mg/dia;

  3.3.1.2. Antidepressivos: A indicação de primeira linha são os ISRS, com destaque para citalopram 20 a 80mg/dia, fluoxetina 5 a 80mg/dia, paro xetina 20 a 80mg/dia, sertralina 50 a 150mg/dia.

O tratamento de manutenção deve ser mantido entre seis e doze meses após melhora dos sintomas, porém em casos de evolução para terminalidade e piora da imagem corporal e das atividades gerais a descontinuação pode não se fazer necessário. Em fase intermediária, havendo resposta, a descontinuação deve ser gradativa em quatro semanas para evitar efeitos colaterais e recidivas. Psicoterapia deverá ser mantida.

Referências

1. World Health Organization. The World Health Report 22: Reducing Risks, Promoting Healthy Life. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2002.

2. BABYAK, M.; J. A. BLUMENTHAL, et al. Exercise treatment for major depression: maintenance of therapeutic benefit at 10 months. Psychosom Med, v.62, n.5, Sep-Oct, p. 633-8. 2000.

3. BERTON, O. E E. J. NESTLER. New approaches to antidepressant drug discovery: beyond monoamines. Nat Rev Neurosci, v.7, n.2, Feb, p. 137-51. 2006.

4. BULL, S. A., X. H. Hu, et al. Discontinuation of use and switching of antidepressants: influence of patient-physician communication. Jama, v.288, n.11, Sep 18, p. 1403-9. 2002.

5. CIPRIANI, A.; T. A. FURUKAWA, et al. Comparative efficacy and acceptability of 12 new-generation antidepressants: a multiple-treatments meta-analysis. Lancet, v.373, n.9665, Feb 28, p. 746-58. 2009.

6. DOBSCHA, S. K.; K. CORSON, et al. Depression decision support in primary care: a cluster randomized trial. Ann Intern Med, v.145, n.7, Oct 3, p. 477-87. 2006.

7. EBMEIER, K. P.; C. DONAGHEY, et al. Recent developments and current controversies in depression. Lancet, v.367, n.9505, Jan 14, p. 153-67. 2006.

8. FURUKAWA, T.; D. L. STREINER, et al. Antidepressant plus benzodiazepine for major depression. Cochrane Database Syst Rev, n.4, p.CD001026. 2000.

9. FURUKAWA, T. A.; H. MCGUIRE, et al. Meta-analysis of effects and side effects of low dosage tricyclic antidepressants in depression: systematic review. Bmj, v.325, n.7371, Nov 2, p. 991. 2002.

10. GARTLEHNER, G.; B. N. GAYNES, et al. Comparative benefits and harms of second-generation antidepressants: background paper for the American College of Physicians. Ann Intern Med, v.149, n.10, Nov 18, p. 734-50. 2008.

11. GILBODY, S., P. BOWER, et al. Collaborative care for depression: a cumulative meta-analysis and review of longer-term outcomes. Arch Intern Med, v.166, n.21, Nov 27, p. 2314-21. 2006.

12. KROENKE, K.; R. L. SPITZER, et al. Anxiety disorders in primary care: prevalence, impairment, comorbidity, and detection. Ann Intern Med, v.146, n.5, Mar 6, p. 317-25. 2007.

13. MANN, J. J. The medical management of depression. N Engl J Med, v.353, n.17, Oct 27, p. 1819-34. 2005.

14. Practice guideline for the treatment of patients with major depressive disorder (revision). American Psychiatric Association. Am J Psychiatry, v.157, n.4 Suppl, Apr, p. 1-45. 2000.

15. QASEEM, A.; V. SNOW, et al. Using second-generation antidepressants to treat depressive disorders: a clinical practice guideline from the American College of Physicians. Ann Intern Med, v. 149, n. 10, Nov 18, p. 725-33. 2008.

16. RAY, W. A.; S. MEREDITH, et al. Cyclic antidepressants and the risk of sudden cardiac death. Clin Pharmacol Ther, v.75, n.3, Mar, p. 234-41. 2004.

17. ROWBOTHAM, M. C.; V. GOLI, et al. Venlafaxine extended release in the treatment of painful diabetic neuropathy: a double-blind, placebo-controlled study. Pain, v.110, n.3, Aug, p. 697-706. 2004.

18. RUSH, A. J.; M. H. TRIVEDI, et al. Acute and longer-term outcomes in depressed outpatients requiring one or several treatment steps: a STAR*D report. Am J Psychiatry, v.163, n.11, Nov, p. 1905-17. 2006.

19. SEMENCHUK, M. R.; S. SHERMAN, et al. Double-blind, randomized trial of bupropion SR for the treatment of neuropathic pain. Neurology, v.57, n.9, Nov 13, p. 1583-8. 2001.

20. TAYLOR, M. J.; N. FREEMANTLE, et al. Early onset of selective serotonin reuptake inhibitor antidepressant action: systematic review and meta-analysis. Arch Gen Psychiatry, v.63, n.11, Nov, p. 1217-23. 2006.

21. TURNER, E. H.; A. M. MATTHEWS, et al. Selective publication of antidepressant trials and its influence on apparent efficacy. N Engl J Med, v.358, n.3, Jan 17, p. 252-60. 2008.

22. TYRER, P. E D. BALDWIN. Generalised anxiety disorder. Lancet, v.368, n.9553, Dec 16, p. 2156-66. 2006.

23. VOS, T.; M. M. HABY, et al. The burden of major depression avoidable by longer-term treatment strategies. Arch Gen Psychiatry, v.61, n.11, Nov, p. 1097-103. 2004.

24. WELLS, K. B., C. Sherbourne, et al. Impact of disseminating quality improvement programs for depression in managed primary care: a randomized controlled trial. Jama, v.283, n.2, Jan 12, p. 212-20. 2000.

25. WILLIAMS, J. W.; JR., C. D. MULROW, et al. A systematic review of newer pharmacotherapies for depression in adults: evidence report summary. Ann Intern Med, v.132, n.9, May 2, p. 743-56. 2000.

Fadiga, sudorese e prurido

Toshio Chiba
Luciana Regina Bertini Cabral

Os sintomas fadiga, sudorese e prurido têm em comum o fato de serem pouco reconhecidos, valorizados ou tratados pelos médicos. De fato, sintomas como dor, náuseas e vômitos ou dispneia, quando não controlados, em geral, são mais dramáticos e necessitam ser paliados prioritariamente. Mas após o controle inicial desses sintomas, as queixas de fadiga, sudorese ou prurido muitas vezes assumem uma grande proporção do sofrimento sentido pelos pacientes em Cuidados Paliativos, e por isso devem receber a mesma atenção por parte dos médicos e de toda a equipe multidisciplinar, ainda que as opções terapêuticas sejam mais escassas ou menos efetivas. A maioria das publicações no assunto são relativas a pacientes oncológicos. São necessários mais estudos para definir se existem de condutas específicas e diferentes destas, para pacientes com outras doenças.

Fadiga

Fadiga relacionada ao câncer é definida como uma perturbadora sensação subjetiva e persistente de cansaço e exaustão física, emocional e/ou cognitiva, desproporcional ao nível de atividade física e que interfere no status funcional do paciente[1]. Diferencia-se da fadiga do dia a dia que é temporária e aliviada com o repouso. É um dos sintomas mais prevalentes e mais desgastantes para o paciente com câncer, com impacto negativo na qualidade de vida[2,3]. Sua prevalência pode chegar a 95%, sendo que há grande variabilidade nos estudos a depender do critério diagnóstico utilizado. Apesar da alta prevalência e do alto impacto para o paciente, dados de literatura mostram que a fadiga é pouco diagnosticada e tratada pelos médicos[4].

A fisiopatologia da fadiga relacionada ao câncer é pouco compreendida, mas várias causas podem sobrepor-se e contribuir para o agravamento deste sintoma. As principais causas de fadiga estão relacionadas na tabela 1.

Tabela 1 - Causas relacionadas à fadiga

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

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

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

264 pacientes, o metilfenidato (5 a 20mg/dia VO) mostrou-se superior ao placebo no tratamento da fadiga relacionada ao câncer[5], entretanto ainda são necessários dados de maior valor científico. O modafinil também tem sido estudado, com bons resultados em pequenos estudos, entretanto esses dados também são escassos e carecem de maior comprovação científica[6]. Progestágenos (acetato de megestrol) e antidepressivos (paroxetina) não se mostraram efetivos no tratamento sintomático da fadiga[5].

As medidas não farmacológicas, com intervenções de toda a equipe interdisciplinar, também são muito importantes na abordagem dos pacientes com fadiga, principalmente levando-se em consideração as poucas opções de tratamento medicamentoso. Programas de exercícios físicos podem trazer benefícios na funcionalidade e nos índices de qualidade de vida mesmo em pacientes com doença oncológica avançada[7]. Além disso, terapias psicossociais, atividades de lazer, orientações quanto à adaptação do ambiente e das atividades cotidianas, medidas para higiene do sono, suporte psicológico e familiar, e o suporte nutricional são úteis no atendimento global destes pacientes.

Sudorese

Sudorese excessiva pode ser um sintoma muito desgastante e de difícil controle para o paciente em Cuidados Paliativos. A prevalência foi de 16% num estudo entre os pacientes de um hospice[8], mas dados de literatura revelam prevalência de até 28%[9]. Muitas vezes a sudorese é pior ou limitada ao período noturno, levando a distúrbios do sono. A sudorese pode ser um sintoma típico de alguns tipos de neoplasia, como linfoma, feocromocitoma e tumores carcinoides, mas qualquer neoplasia avançada pode ser a causa primária deste sintoma. As principais causas de sudorese em pacientes com câncer estão listadas na tabela 2.

Tabela 2 - Causas de sudorese em pacientes com câncer

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

O tratamento mais adequado deverá ser escolhido conforme a causa da sudorese, levando-se em conta que muitas vezes a etiologia é múltipla, e a causa nem sempre é reversível. Para os casos de sudorese relacionada a quadro infeccioso, o tratamento adequado com antibióticos deverá resolver o sintoma. A sudorese associada a tumores neuroendócrinos pode ser controlada com o análogo da somatostatina, octreotide por via subcutânea na dose de 50 a 500mcg 3x/dia. Os casos de sudorese associada a fogachos em pacientes menopausadas ou naqueles com câncer de próstata submetidos a castração (cirúrgica ou farmacológica) podem ser tratados com terapia de reposição hormonal (acetato de megestrol 20mg VO 2x/dia ou acetato de medroxiprogesterona 500mg IM quinzenal[10,11]), mas as contraindicações relativas e absolutas frequentemente limitam o seu uso em pacientes em Cuidados Paliativos. Homens com câncer de próstata castrados também podem usar estrógenos ou o antiandrogênico acetato de ciproterona (50mg VO 2x/dia)[11]. Quando a sudorese é associada ao uso de opioide pode-se tentar fazer rotação para outro opiáceo, embora os dados de literatura sugiram que a rotação é pouco eficaz nesses casos[12]. Os principais fármacos utilizados para o controle sintomático da sudorese são:

- Anti-inflamatórios não hormonais: particularmente indicados para os casos de febre paraneoplásica, mas também podem ser utilizado para controle da sudorese sem febre – naproxeno 250-375mg VO 2x/dia.
- Neurolépticos: olanzapina 5mg VO 1-2x/dia é descrita como alternativa para tratamento da sudorese[12]. A tioridazina em doses baixas (10-25mg/dia) também é descrita[13], mas o risco de alargamento do intervalo QT e arritmias fatais praticamente contraindica o seu uso.
- Antidepressivos: venlafaxina (75mg/dia, liberação prolongada) tem se mostrado efetiva no controle da sudorese associada a fogachos em pacientes menopausadas e nos pacientes com câncer de próstata submetidos à castração[11,14,15]. Outros antidepressivos inibidores de recaptação de serotonina (paroxetina, fluoxetina) também podem ser empregados[16,17].
- Gabapentina: na dose de 900mg/dia mostrou-se efetiva na redução de sudorese e fogachos em pacientes sob os efeitos da menopausa ou castração, e pode ser efetiva também nos casos de sudorese sem causa estabelecida[9,11,18].

Outras medicações são citadas na literatura como alternativa para controle sintomático da sudorese, mas seu uso é limitado pelo alto risco de efeitos colaterais ou pela eficácia questionável. Exemplos são cimetidina (400-800mg 2x/dia), talidomida (100mg à noite), clonidina e hioscina.

Algumas medidas gerais que devem ser recomendadas aos pacientes com queixa de sudorese são listadas na tabela 3.

Tabela 3 - Recomendações gerais no manejo da sudorese em Cuidados Paliativos

Medidas dietéticas: evitar álcool, cafeína e alimentos picantes.
Abaixar a temperatura do ambiente.
Manter o ambiente mais ventilado.
Preferir as roupas de algodão que absorvem melhor o suor.
Dormir sobre uma tolha para manter os lençóis secos, se sudorese noturna.

Prurido

Prurido representa sensação distinta provinda de camada superficial de pele, mucosa incluindo trato respiratório alto, ou de conjuntiva[19].

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

Doença sistêmica

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

Prurido por Problema Local: frequentemente pele seca ou escoriada causa coceira por ciclo vicioso de prurido-coçadura. Eventualmente, o simples uso de hidratante ou emoliente pode resolver.

Prurido por causa não cutânea – Vide roteiro e tabela 6

Roteiro e opções de manejo de prurido de causa não cutânea, conforme a etiologia[19]: (acompanhar tabela 6)

1. Medidas gerais – corte de unhas, hidratante após banho.
2. Exclusão de dermatoses (especialmente escabiose)
3. Tratamento de causa removível (p.ex.: drenagem biliar, rotação de opioide)
4. Clorfeniramina: 4mg VO 8/8h – inefetivo em IRC e colestase
5. Loção de Calamine ou Mentol, localmente
6. Pururido associado à colestase
   a. Colestiramina: 4 a 8g VO ao dia,
   b. Rifampicina 150mg VO 12/12h
7. Ondansetron: para prurido induzido por opioide e uremia
   a. 4 - 8mg ev, inicialmente, depois 4mg VO de 12/12h[20]

8. Paroxetina: 20mg 1cp VO, 1x/d. nos casos de prurido relacionado à neoplasia. Efeito esperado após 4 a 7 dias[20].
9. Cimetidina: 200mg 6/6h em doença lifoproliferativa, policitemia vera e uremia[20].
10. Capsaicina: creme de 0,025% a 0,075%, 8/8h. Prurido urêmico localizado[20].
11. Hidroxizine: 25 a 100mg VO até de 8/8h, caso insônia caracterizar uma consequência importante no prurido[20].

Tabela 6 - Manejo de prurido em doenças não cutâneas[20]

Condição	Etapa 1	Etapa 2	Etapa 3
Medidas Gerais – b	Corrigir o corrigível	Creme emoliente	Sedativo, ex.: benzodiazepínico e clorfenamima 4mg 8/8h
Uremia	Fototerapia UVB **A** ou se localizado Creme de capsaicina 0,025 a 0,075% 1~2x/d **A**	Naltrexona 50mg 1x/d **A**	Talidomida 100mg **A**
Colestase	Naltrexone12,5 a 250mg 1x/d **A**	Rifampicina 75 a 300mg 1x/d **A** ou paroxetina 5 a 20 mg 1x/d **A**	Metiltestosterona 25mg SL 1x/d ou alternativa, ex.: Danazol 200mg 1 a 3 x/d **U**
Linfoma de Hodgkin	Predinisolona 10 a 20mg 3x/d	Cimetidian 800mg / 24h **B**	Mirtazapina 15 a 30 mg VO
Induzido por opioide (espinal)	Bupivacaína intratecal **A**	AINH – diclofenaco 100mg **A** ou tenoxican 20mg EV **A**	Ondansetron 8mg EV **A**
Induzido por opioide (sistêmico)	Sedativos, ex.: benzodiazepínico	Ondansetron 8mg VO 2x /d	Rotação de opioide
Prurido paraneoplásico	Paroxetina 5 a 20 mg VO 1x/d **A**	Mirtazapina 15 a 30mg vo **U**	Talidomida 100mg **U**
Outras causas e/ou desconhecidas	Paroxetina 5 a 20 mg VO 1x/d **A**	Mirtazapina 15 a 30mg vo **U**	Talidomida 100mg **U**

A= Pelo menos um estudo controlado randomizado, B= Estudo não randomizado, C= baseado em opinião de especialista ou consenso, U= não classificado, relato de um caso ou série pequena de caso. Traduzido e adaptado de Twycross, 2003[20].

Tabela 4. Mediadores químicos potenciais que atuam no prurido

Aminas: histamina, serotonina, dopamina, adrenalina, noradrenalina, melatonina
Proteases: triptases, quimases, carboxipeptidases, papaina, kallikreina
Neuropeptídeos: substância P, CGRP, bradicinina, endotelina, neurocinina A e B, somatostatina, CRF, VIP, CCK, alfa e beta-MSH, neurotensina, bombesina
Opioides: met-encefalina, leu-encefalina, beta-endorfina, morfina.
Eicosanoides: PGE2, PGH2, outros PGs, LTB4, outros LTs
Fatores de crescimento
Citocinas: IL-1 to IL-11, TNFa & TNFb, produto eosinofílico

Traduzido e adaptado de Krajnik, 2001[19]

Tabela 5. As causas mais comuns de prurido em Cuidados Paliativos

• Prurido senil
• Colestase
• Dermatoses (infecções fúngicas)
• Doenças linfoproliferativas
• Medicações (opioide sistêmica ou espinal)
• Outras medicações (p/ex. furosemida,)
• Uremia
• Câncer (S. paraneoplásico)
• Psicogênico

Traduzido e adaptado de Krajnik, 2001[19]

Referências:

1. National Comprehensive Cancer Network (NCCN) clinical practice guidelines in oncology: Cance-related fatigue. version 1. 2009. Search under "Guidelines for supportive care." Available at:www.nccn.org.

2. VOGELZANG, N. J.; BREITBART, W.; CELLA, D. et al. Patient, caregiver, and oncologist perceptions of cancer-related fatigue: results of a tripart assessment survey. The Fatigue Coalition. Semin Hematol 1997; 34:4.

3. CURT, G. A.; BREITBART, W.; CELLA, D. et al. Impact of cancer-related fatigue on the lives of patients: new findings from the Fatigue Coalition. Oncologist 2000; 5:353.

4. STONE, P.; RICHARDSON, A.; REAM, E. et al. Cancer-related fatigue: inevitable, unimportant and untreatable? Results of a multi-centre patient survey. Cancer Fatigue Forum. Ann Oncol 2000; 11:971.

5. MINTON et al. A Systematic Review and Meta-Analysis of the Pharmacological Treatment of Cancer-Related. *J. Natl. Cancer Inst.*.2008; 100: 1155-1166.

6. CARACENI et al. Psychostimulants: new concepts for palliative care from the modafinil experience? Journal of pain and symptom management. 09/2004; 28(2):97-9.

7. POROK, D.; KRISTJANSON, L. et al.: The effect of *exercise* on *fatigue* in patients with advanced can- cer: a pilot study. Journal of Palliative Care 2000; 16: 30-36.

8. QUIGLEY, S. C.; BAINES, M. Descriptive eipdemiology of sweating in a hospice population. J Palliative Care 1997; 13:22-26.

9. PORZIO, G.et al. Gabapentin in the treatment of severe sweating experienced by advanced cancer patients. Support Care Cancer 2006;14:389-391.

10. BERTELLI, G.; VENTURINI M, DEL MASTRO, L. et al.: Intramuscular depot medroxyprogesterone versus oral megestrol for the control of postmenopausal hot flashes in breast cancer patients: a randomized study. Ann Oncol 13 (6): 883-8, 2002.

11. SPETZ, A. C.; ZETTERLUND, E. L.; VARENHORST, E. et al.: Incidence and management of hot flashes in prostate cancer. J Support Oncol 1 (4): 263-6, 269-70, 272-3.

12. ZYCLICZ, Z.; KRAJNIK, M. Flushing and sweating in an advanced breast cancer patient relieved by olanzapine. J Pain Symptom Manage 2003;25:494-495.

13. COWAP, J.; HARDY, J. Thioridazine in the management of cancer-related sweating. J Pain Symptom Manage 15 (5): 266, 1998.

14. LOPRINZI, C. L.; KUGLER, J. W.; SLOAN, J. A. et al.: Venlafaxine in management of hot flashes in survivors of breast cancer: a randomised controlled trial. Lancet 356 (9247): 2059-63, 2000.

15. QUELLA, S. K.; LOPRINZI, C. L.; SLOAN, J. et al.: Pilot evaluation of venlafaxine for the treatment of hot flashes in men undergoing androgen ablation therapy for prostate cancer. J Urol 162 (1): 98-102, 1999.

16. STEARNS, V.; BEEBE, K. L.; IYENGAR, M. et al.: Paroxetine controlled release in the treatment of menopausal hot flashes: a randomized controlled trial. JAMA 289 (21): 2827-34, 2003.

17. LOPRINZI, C. L.; SLOAN, J. A.; PEREZ, E. A. et al.: Phase III evaluation of fluoxetine for treatment of hot flashes. J Clin Oncol 20 (6): 1578-83, 2002.

18. PANDYA, K. J.; MORROW, G. R.; ROSCOE, J. A. et al.: Gabapentin for hot flashes in 420 women with breast cancer: a randomised double-blind placebo-controlled trial. Lancet 366 (9488): 818-24, 2005 Sep 3-9.

19. KRAJNIK, M.; ZYLICZ, Z. Understanding Pruritus in Systemic Disease. J Pain Symptom Manage 2001;21:151-168.

20. TWYCROSS, R. Itches, Indian Journal of Palliative Care 2003; 9(2): 47-61.

Parte 3
Síndromes Clínicas

Caquexia e anorexia

Henrique Afonseca Parsons

Introdução e definição

Etimologicamente, caquexia significa "mau estado", do grego *kakós* (mau) e *hexis* (estado). Tradicionalmente, a caquexia é relacionada ao emagrecimento excessivo e claramente aparente associado a determinadas enfermidades[1]. Nos dias de hoje, entretanto, não é frequente encontrar pacientes tipicamente caquéticos, extremamente emagrecidos e com proeminências ósseas aparentes. Isso parece decorrer em parte da epidemia de obesidade e também da evolução da ciência médica, que permite melhor tratamento das doenças de base nestes pacientes. Nos últimos anos, também a definição de caquexia vem evoluindo, e atualmente ela pode ser considerada uma síndrome que cursa com perda de peso, associada a outros fatores, inclusive a anorexia (redução do apetite com consequente redução do aporte calórico)[2] (Tabela 1)[3,4].

Epidemiologia

Estima-se que a caquexia esteja presente em cerca de 2% da população geral[5]. Em pacientes com câncer, sua prevalência é de aproximadamente 80%, aparecendo mais frequentemente nos estágios avançados da doença[6]. Cerca de 30% dos pacientes com AIDS apresentam caquexia[7] (embora esta frequência seja bem maior em pacientes sem acesso à terapia antirretroviral, chegando a níveis semelhantes aos dos pacientes com câncer avançado)[2]. Cerca de 30% dos pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) apresentam caquexia, sendo ainda maior em pacientes com apresentações mais severas[8,9]. Pacientes portadores de insuficiência renal crônica também estão sujeitos à ocorrência de caquexia (aproximadamente 50%)[10]. Insuficiência cardíaca crônica também é causa de caquexia, embora sua prevalência ainda seja incerta (estima-se algo em torno de 15-30%)[11,12]. A síndrome da caquexia é considerada fator de mau prognóstico em todas as patologias descritas [9,11-15], e é claramente associada à pior qualidade de vida[16-20].

Mecanismo e classificação

A caquexia pode ser classificada quanto à sua etiologia em caquexia primária ou secundária. A caquexia primária é aquela que ocorre como resultado da des-

compensação metabólica causada por uma doença de base. Seus mecanismos vêm sendo continuadamente pesquisados, e o estudo das suas minúcias não faz parte do escopo desta obra. Em linhas gerais, estão envolvidos na gênese da caquexia primária: aumento da atividade inflamatória e da resistência insulínica, anorexia, hipogonadismo e anemia[3,21].

A caquexia secundária engloba os fatores agravantes da caquexia primária, como a má nutrição (seja por redução da ingesta oral, da capacidade de absorção intestinal, ou por perda/sequestro proteico), a perda de massa muscular por outras causas, ou outros estados hipercatabólicos (tabela 2). As causas de caquexia secundária podem também estar relacionadas com os tratamentos das doenças de base, como antineoplásicos, antirretrovirais e antibióticos[22].

Diagnóstico

Clínico. Valores de peso, tanto o pré-mórbido quanto outros valores anteriores à consulta devem ser obtidos, pois serão fundamentais na determinação da proporção de peso perdido. Deve-se dar preferência aos dados de prontuário, mas é aceitável utilizar dados reportados pelo paciente e/ou cuidador bem informado quando da inexistência de dados registrados.

Através de detalhada história clínica, aspectos nutricionais como preferências e hábitos alimentares devem ser explorados. Mudanças de hábitos alimentares devem ser identificadas desde o início da doença e, quando possível, diários alimentares devem ser obtidos (alguns dias ou mesmo apenas o dia anterior ao da consulta). O objetivo destes métodos é estimar a ingesta calórica e com isto determinar se existe déficit energético.

A anorexia é parte frequentemente integrante mas não obrigatória na síndrome da caquexia. De fato, na maioria das vezes a caquexia pré-data o surgimento de alterações do apetite[23]. Este fato não reduz a importância do correto diagnóstico das alterações de apetite, que deve ser realizado de forma sistemática através do uso de escalas numéricas ou visuais como o *Edmonton Symptom Assessment System*, através do qual se solicita ao paciente que gradue o seu apetite em uma escala de 0 a 10 onde 0 está ancorado a "o melhor apetite" e 10 a "o pior apetite possível"[24,25]. A impressão do paciente sobre a evolução do seu apetite (se pior desde o início da doença, ou desde o último contato com a equipe, ou desde o início de uma terapia, por exemplo) também fornece dados aceitáveis sobre problemas nesta área[26,27]. Sintomas do trato digestório como náuseas e vômitos e as complicações orais devem ser explorados durante a anamnese. É necessário questionar ativamente sobre a saciedade precoce, que é causa comum de anorexia e fator associado à gênese da caquexia. As alterações do paladar são frequentes e

devem ser também investigadas. O exame físico da cavidade oral deve ser completo, em busca de mucosites, estomatites, infecções, lesões, ou quaisquer outras alterações que possam dificultar a alimentação.

A astenia, que pode ser definida como "uma redução na capacidade de realizar atividades físicas ou psicológicas"[28], pode fazer parte da síndrome da caquexia e seu diagnóstico é clínico por excelência. A anamnese orientada para o diagnóstico da astenia deve, obrigatoriamente, explorar a presença de uma sensação generalizada de fraqueza (que resulte na inabilidade de iniciar atividades), cansaço precoce (associado à dificuldade de manter eficazmente certas atividades) e fadiga mental (que pode incluir dificuldade de concentração, perda de memória e labilidade emocional)[39,30].

Como a astenia, cada vez mais as alterações de força muscular vêm sendo descritas como parte integrante da síndrome da caquexia[31]. Sua avaliação portanto se faz necessária e pode ser realizada através de medidas padronizadas como a dinamometria, ou através da avaliação subjetiva da força muscular ao exame físico.

Alimentação, apetite, aparência física são extremamente relacionados a emoções. A avaliação psicossocial do paciente sob risco de caquexia é fundamental. Diversos problemas familiares costumam aparecer em conjunto com a caquexia, geralmente baseados na associação quase automática do aspecto físico caquético com a proximidade da morte, ou em questões relacionadas com a alimentação. Portanto, uma avaliação abrangente do estado psicológico do paciente, bem como dos familiares e cuidadores quando possível podem ser úteis para o manejo do caso.

Antropometria. Evidentemente, peso e altura devem ser determinados em todos os encontros com o paciente. Recomenda-se também registrar dados sobre a presença de edema (membros inferiores ou ascite, por exemplo) no mesmo formulário onde será registrado o peso. Para o diagnóstico e acompanhamento da evolução da caquexia, deve-se utilizar a proporção de peso perdido, e não medidas individuais de peso que são pouco informativas.

A determinação da massa magra é significativamente importante no diagnóstico da caquexia. Este dado pode ser facilmente obtido subtraindo-se do peso total a massa adiposa determinada com o uso de medidas de pregas cutâneas[32]. Entretanto, como a maioria das tabelas de conversão disponíveis são baseadas em indivíduos saudáveis, o uso das pregas cutâneas pode não ser o ideal em pacientes severamente doentes. Idealmente, a massa magra deve ser determinada, quando possível, através de bioimpedância ou métodos de imagem[33,34].

Exames laboratoriais. Ao menos hemoglobina, albumina sérica e proteína C reativa devem ser avaliados em pacientes sob risco de caquexia, pois podem

auxiliar na determinação do plano terapêutico. Outras avaliações laboratoriais podem ser necessárias em casos específicos, especialmente relacionados às causas secundárias de caquexia, como a dosagem do Zinco sérico em pacientes com alterações de paladar, da testosterona em pacientes com suspeita de hipogonadismo e do hormônio tireoestimulante em pacientes com suspeita de alterações tireoidianas, entre outras.

Conduta

Não existe até o momento tratamento comprovadamente capaz de reverter a caquexia primária. Diferentes combinações terapêuticas tendo como alvo os diversos mecanismos concomitantes causadores da síndrome vêm sendo estudadas, visto que já foi identificada a necessidade de tratamentos abrangentes[35-37].

O primeiro passo para o adequado manejo da síndrome da caquexia é a boa comunicação com o paciente e seus familiares. É comum a interpretação da caquexia como um sinal de morte iminente por falta de alimentação, causa de grande sofrimento psicológico em todos os envolvidos[38]. A comunicação franca, combinada com o suporte psicossocial, deve permitir que paciente e família realizem a transição do conceito comum de "morte por fome" para o entendimento do real quadro de desbalanço metabólico (geralmente irreversível) envolvido na caquexia. O ato de alimentar-se é uma atividade social *per se*, portanto, nos casos em que o paciente consegue alimentar-se mesmo tendo pouco apetite ou saciedade precoce, o aconselhamento é importante para manter esta atividade durante o maior tempo possível. Orientações gerais como evitar odores durante a elaboração das refeições, uso de condimentos de acordo com a preferência do paciente, redução do tamanho das porções e realização de refeições mais frequentes podem melhorar o aporte nutricional, mas infelizmente não parecem influenciar os sintomas ou a sobrevida[39].

O tratamento deve ser orientado para as causas secundárias de caquexia, que são em sua grande maioria reversíveis ou controláveis. Sintomas gastrointestinais e da cavidade oral devem ser tratados de maneira sistemática e intensiva. Alterações do paladar, se relacionadas a deficiência comprovada de Zinco, podem ser tratadas com reposição deste mineral[40] (25mg via oral, 3x ao dia durante as refeições, durante cerca de 3-4 semanas). Xerostomia na ausência de desidratação pode ser prevenida evitando-se cítricos, álcool e cafeína, e tratatada com o uso de preparações de "saliva artificial" como carboximetilcelulose ou carmelose. A saciedade precoce pode ser tratada com o uso de procinéticos cerca de 30 minutos antes das refeições (Metoclopramida 10mg via oral, 3-4x ao dia). Outros sintomas associados, como a depressão ou o *delirium*, devem ser tratados adequadamente.

Agentes estimulantes do apetite têm seu uso sustentado por sólidas evidências científicas. O uso de progestágenos (Acetato de Megestrol via oral iniciando com 160mg/dia e progredindo de acordo com a resposta clínica até doses ao redor de 480-800mg/dia, ou Medroxiprogesterona iniciando com 1g/dia até cerca de 5g/dia também de acordo com a progressão da resposta clínica) é recomendado, pois permite rápida melhora do apetite, da fadiga e na sensação de bem-estar geral[26, 41, 42]. Os efeitos colaterais do uso de progestágenos são: hipertensão, hiperglicemia, retenção hídrica, hipogonadismo e trombose. Seu uso está formalmente contraindicado em pacientes com histórico de trombose venosa profunda ou tromboembolismo pulmonar, e deve-se realizar o monitoramento dos níveis de testosterona.

Corticosteroides também podem ser utilizados pelo seu efeito estimulador do apetite[43-46], mas o seu uso é restrito a poucas semanas devido aos riscos associados com o seu uso prolongado (Dexametasona 4mg via oral 1x ao dia pela manhã, por exemplo).

O **suporte nutricional** está indicado em pacientes com caquexia causada por obstruções do trato digestivo ou por impedimentos à alimentação como graves sequelas neurológicas, grandes tumores de cabeça e pescoço ou mucosites graves, por exemplo. O uso de nutrição enteral ou parenteral em pacientes com caquexia por outras causas é controverso e geralmente contraindicado. Em pacientes com câncer e caquexia, seu uso não é associado à resposta clínica relevante[47, 48].

A administração de **talidomida** em baixas doses (100mg via oral ao dia) gerou melhoras significativas no apetite, nas náuseas e na sensação de bem-estar geral após 10 dias de uso em pacientes com câncer avançado e caquexia (49). Um estudo posterior utilizando 200mg/dia por seis meses comprovou a tolerabilidade da droga e a sua eficácia como estabilizador do peso e da massa magra, entretanto as melhoras sintomáticas não foram reproduzidas[50]. Pacientes com AIDS e caquexia também foram estudados para o tratamento com talidomida, com resultados semelhantes[51].

O uso de **testosterona** ou derivados (oxandrolona, nandrolona) para o tratamento de caquexia parece ser eficaz para o aumento de massa magra em pacientes com AIDS e DPOC que apresentam caquexia, e seu uso pode ser recomendado nessas populações[52-55].

O uso do **hormônio de crescimento recombinante** para o tratamento de caquexia já se mostrou eficaz em pacientes com AIDS e caquexia[56, 57]. Entretanto, seu custo é geralmente proibitivo.

O **ácido eicosapentaenoico** (óleo de peixe) apresentou resultados preliminares promissores que não foram completamente comprovados em estudos posteriores em pacientes com câncer avançado[58-61]. Entretanto, efeitos positivos sobre qualidade de vida e apetite estão comprovados nestes pacientes[62].

Alguns **psicotrópicos** podem ter efeito indireto sobre a caquexia, seja no tratamento de quadros depressivos que podem levar à anorexia, seja pelo efeito orexígeno direto (antidepressivos tricíclicos) ou ainda pelo efeito sobre outros sintomas como as náuseas (mirtazapina e olanzapina)[63].

Potenciais futuros tratamentos

A **melatonina** vem sendo estudada como um agente anticaquexia, porém nos estudos realizados até hoje apenas um efeito estabilizador do peso foi notado[64, 65]. Novos estudos com desenho aprimorado estão em andamento.

O peptídeo liberador do hormônio de crescimento, **grelina**, vem sendo testado em pacientes com caquexia associada a diversas patologias[66-68]. Em pacientes com câncer, um estudo relativamente recente comprovou a segurança e tolerabilidade da droga, gerando expectativas quanto ao potencial surgimento de uma nova modalidade terapêutica para a caquexia[69]. Em pacientes com DPOC, o potencial da grelina também foi recentemente provado[70].

Anticorpos monoclonais contra interleucina-6 vêm sendo estudados para o tratamento de câncer e apresentaram efeito anticaquexia. Teoricamente, a inibição deste importante fator da cascata inflamatória tem potencial para ser o primeiro tratamento eficaz para a caquexia primária[71, 72].

L-Carnitina, importante molécula no processo de metabolização energética dos ácidos graxos nas mitocôndrias, vem sendo estudada com relativo sucesso no tratamento da caquexia[73]. Entretanto, estudos definitivos sobre esta substância disponível na forma de suplemento nutricional ainda se fazem necessários.

Tabela 1 – Critérios atuais para o diagnóstico de caquexia (de origem neoplásica, podendo ser extrapolados para outras patologias)

Critério maior
Perda de 5% ou mais do peso corpóreo habitual nos últimos 12 meses (ou em período mais curto) (ou 2% em pacientes com IMC<20kg/m^2) (excluindo-se edema)
Critérios menores (ao menos 3 devem estar presentes)
• Anorexia
• Astenia
• Baixa força muscular
• Baixa massa magra
• Alterações bioquímicas (ao menos uma)
Elevação de marcadores inflamatórios (Proteína C reativa, IL-6)
Anemia
Hipoalbuminemia

Tabela 2 – Fatores agravantes da caquexia – Caquexia secundária

I.	**Má nutrição**
	a. Redução da ingesta oral: estomatites, alterações do paladar, xerostomia (que pode ser resultado de desidratação), obstipação intestinal importante, obstrução intestinal, disfunção autonômica, vômitos frequentes, sintomas de elevada intensidade como dor, dispneia, depressão, *delirium* e restrições financeiras.
	b. Redução da capacidade de absorção intestinal: síndrome disabsortiva, insuficiência pancreática ou diarreia severa.
	c. Perda ou sequestro proteico: ascite/derrame pleural com repetidas drenagens, síndrome nefrótico.
II.	**Perda de massa muscular por outras causas**
	Inatividade prolongada, deficiência de hormônio de crescimento, hipogonadismo ou mesmo pela sarcopenia típica do envelhecimento.
III.	**Outros estados hipercatabólicos**
	Infecções, hipertireoidismo, insuficiência hepática/cirrose, diabetes mellitus com mau controle, insuficiência cardíaca congestiva ou insuficiência renal.

Referências

1. BILLINGSLEY, K.; ALEXANDER, H. The pathophysiology of cachexia in advanced cancer and AIDS. In BRUERA, E.; HIGGINSON, I. (eds): Cachexia-Anorexia in Cancer Patients, Edition New York: Oxford University Press 1996; 1-22.

2. BRUERA, E. ABC of palliative care. Anorexia, cachexia, and nutrition. BMJ 1997; 315: 1219-1222.

3. EVANS, W. J.; MORLEY, J. E.; ARGILES, J. et al. Cachexia: a new definition. Clin Nutr 2008; 27: 793-799.

4. FEARON, K.; STRASSER, F.; ANKER SD. et al. Definition and classification of cancer cachexia: an international consensus. Lancet Oncol 2011; 12: 489-495.

5. TAN, B. H.; FEARON, K. Cachexia: prevalence and impact in medicine. Curr Opin Clin Nutr Metab Care 2008; 11: 400-407.

6. MA, G.; ALEXANDER, H. Prevalence and pathophysiology of cancer cachexia. In BRUERA, E.; PORTENOY, R. K. (eds): Topics in Palliative Care, Edition New York: Oxford University Press 1998; 91-129.

7. NAHLEN, B. L.; CHU, S. Y.; NWANYANWU, O. C. et al. HIV wasting syndrome in the United States. AIDS 1993; 7: 183-188.

8. KOEHLER, F.; DOEHNER, W.; HOERNIG, S. et al. Anorexia in chronic obstructive pulmonary disease-association to cachexia and hormonal derangement. Int J Cardiol 2007; 119: 83-89.

9. SCHOLS, A. M.; BROEKHUIZEN, R.; WELING-SCHEEPERS, C. A.; WOUTERS, E. F. Body composition and mortality in chronic obstructive pulmonary disease. Am J Clin Nutr 2005; 82: 53-59.

10. MAK, R. H.; CHEUNG, W. Cachexia in chronic kidney disease: role of inflammation and neuropeptide signaling. Curr Opin Nephrol Hypertens 2007; 16: 27-31.

11. ANKER, S. D.; NEGASSA, A.; COATS, A. J. et al. Prognostic importance of weight loss in chronic heart failure and the effect of treatment with angiotensin-converting-enzyme inhibitors: an observational study. Lancet 2003; 361: 1077-1083.

12. ANKER, S. D.; PONIKOWSKI, P.; VARNEY, S. et al. Wasting as independent risk factor for mortality in chronic heart failure. Lancet 1997; 349: 1050-1053.

13. DEANS, D. A.; WIGMORE, S. J.; DE BEAUX, A. C. et al. Clinical prognostic scoring system to aid decision-making in gastro-oesophageal cancer. Br J Surg 2007; 94: 1501-1508.

14. KALANTAR-ZADEH, K.; KOPPLE, J. D.; HUMPHREYS, M. H.; BLOCK, G. Comparing outcome predictability of markers of malnutrition-inflammation complex syndrome in haemodialysis patients. Nephrol Dial Transplant 2004; 19: 1507-1519.

15. FEARON, K. C.; VOSS, A. C.; HUSTEAD, D. S. Definition of cancer cachexia: effect of weight loss, reduced food intake, and systemic inflammation on functional status and prognosis. Am J Clin Nutr 2006; 83: 1345-1350.

16. HINSLEY, R.; HUGHES, R. 'The reflections you get': an exploration of body image and cachexia. Int J Palliat Nurs 2007; 13: 84-89.

17. KALANTAR-ZADEH, K.; FOUQUE, D.; KOPPLE, J. D. Outcome research, nutrition, and reverse epidemiology in maintenance dialysis patients. J Ren Nutr 2004; 14: 64-71.

18. KALANTAR-ZADEH, K.; KUWAE, N.; WU, D. Y. et al. Associations of body fat and its changes over time with quality of life and prospective mortality in hemodialysis patients. Am J Clin Nutr 2006; 83: 202-210.

19. FOULADIUN, M.; KORNER, U.; GUNNEBO, L. et al. Daily physical-rest activities in relation to nutritional state, metabolism, and quality of life in cancer patients with progressive cachexia. Clin Cancer Res 2007; 13: 6379-6385.

20. KATSURA, H.; YAMADA, K.; KIDA, K. Both generic and disease specific health-related quality of life are deteriorated in patients with underweight COPD. Respir Med 2005; 99: 624-630.

21. BARACOS, V.; PARSONS, H. A. The mechanisms of primary cachexia. In DEL FABBRO, E.; BRUERA, E.; DEMARK-WAHNEFRIED, W. et al. (eds): Nutrition and the Cancer Patient, Edition 1. New York: Oxford University Press 2010.

22. STRASSER, F. Pathophysiology of the anorexia/cachexia syndrome. In DOYLE, D.; HANKS, G.; CHERNY, N.; CALMAN, K. C. (eds): Oxford Textbook of Palliative Medicine, Edition New York: Oxford University Press 2004; 520-533.

23. DAVIS, M. P.; DICKERSON, D. Cachexia and anorexia: cancer's covert killer. Support Care Cancer 2000; 8: 180-187.

24. BRUERA, E.; KUEHN, N.; MILLER, M. J. et al. The Edmonton Symptom Assessment System (ESAS): a simple method for the assessment of palliative care patients. J Palliat Care 1991; 7: 6-9.

25. CHANG, V. T.; HWANG, S. S.; FEUERMAN, M. Validation of the Edmonton Symptom Assessment Scale. Cancer 2000; 88: 2164-2171.

26. LOPRINZI, C. L.; BERNATH, A. M.; SCHAID, D. J. et al. Phase III evaluation of 4

doses of megestrol acetate as therapy for patients with cancer anorexia and/or cachexia. Oncology 1994; 51 Suppl 1: 2-7.

27. LOPRINZI, C. L.; MICHALAK, J. C.; SCHAID, D. J. et al. Phase III evaluation of four doses of megestrol acetate as therapy for patients with cancer anorexia and/or cachexia. J Clin Oncol 1993; 11: 762-767.

28. SHARPE, M. C.; ARCHARD, L. C.; BANATVALA, J. E. et al. A report-chronic fatigue syndrome: guidelines for research. J R Soc Med 1991; 84: 118-121.

29. CELLA, D.; PETERMAN, A.; PASSIK, S. et al. Progress toward guidelines for the management of fatigue. Oncology (Williston Park) 1998; 12: 369-377.

30. PORTENOY, R. K.; ITRI, L. M. Cancer-related fatigue: guidelines for evaluation and management. Oncologist 1999; 4: 1-10.

31. STRASSER, F. Diagnostic criteria of cachexia and their assessment: decreased muscle strength and fatigue. Curr Opin Clin Nutr Metab Care 2008; 11: 417-421.

32. LOHMAN, T. G. Skinfolds and body density and their relation to body fatness: a review. Hum Biol 1981; 53: 181-225.

33. CONLISK, E. A.; HAAS, J. D.; MARTINEZ, E. J. et al. Predicting body composition from anthropometry and bioimpedance in marginally undernourished adolescents and young adults. Am J Clin Nutr 1992; 55: 1051-1060.

34. SEIDELL, J. C.; BAKKER, C. J.; VAN DER KOOY, K. Imaging techniques for measuring adipose-tissue distribution-a comparison between computed tomography and 1.5-T magnetic resonance. Am J Clin Nutr 1990; 51: 953-957.

35. STRASSER, F. Appraisal of current and experimental approaches to the treatment of cachexia. Curr Opin Support Palliat Care 2007; 1: 312-316.

36. FEARON, K. Comunicação pessoal. In Edition 2009.

37. DEL FABBRO, E. Comunicação pessoal. 2009.

38. MCCLEMENT, S. Cancer anorexia-cachexia syndrome: psychological effect on the patient and family. J Wound Ostomy Continence Nurs 2005; 32: 264-268.

39. OVESEN, L.; ALLINGSTRUP, L.; HANNIBAL, J. et al. Effect of dietary counseling on food intake, body weight, response rate, survival, and quality of life in cancer patients undergoing chemotherapy: a prospective, randomized study. J Clin Oncol 1993; 11: 2043-2049.

40. UEDA, C.; TAKAOKA, T.; SARUKURA, N. et al. Zinc nutrition in healthy subjects and patients with taste impairment from the view point of zinc ingestion, serum zinc concentration and angiotensin converting enzyme activity. Auris Nasus Larynx 2006; 33: 283-288.

41. BRUERA, E.; ERNST, S.; HAGEN, N. et al. Effectiveness of megestrol acetate in patients with advanced cancer: a randomized, double-blind, crossover study. Cancer Prev Control 1998; 2: 74-78.

42. SIMONS, J. P.; SCHOLS, A. M.; HOEFNAGELS, J. M. et al. Effects of medroxyprogesterone acetate on food intake, body composition, and resting energy expenditure in patients with advanced, nonhormone-sensitive cancer: a randomized, placebo-controlled trial. Cancer 1998; 82: 553-560.

43. BRUERA, E.; ROCA, E.; CEDARO, L. et al. Action of oral methylprednisolone in terminal cancer patients: a prospective randomized double-blind study. Cancer Treat Rep 1985; 69: 751-754.

44. MOERTEL, C. G.; SCHUTT, A. J.; REITEMEIER, R. J.; HAHN, R. G. Corticosteroid therapy of preterminal gastrointestinal cancer. Cancer 1974; 33: 1607-1609.

45. DELLA CUNA, G. R.; PELLEGRINI, A.; PIAZZI, M. Effect of methylprednisolone sodium succinate on quality of life in preterminal cancer patients: a placebo-controlled, multicenter study. The Methylprednisolone Preterminal Cancer Study Group. Eur J Cancer Clin Oncol 1989; 25: 1817-1821.

46. WILLOX, J. C.; CORR, J.; SHAW, J. et al. Prednisolone as an appetite stimulant in patients with cancer. Br Med J (Clin Res Ed) 1984; 288: 27.

47. MCGEER, A. J.; DETSKY, A. S.; O'ROURKE, K. Parenteral nutrition in cancer patients undergoing chemotherapy: a meta-analysis. Nutrition 1990; 6: 233-240.

48. KLEIN, S.; KORETZ, R. L. Nutrition support in patients with cancer: what do the data really show? Nutr Clin Pract 1994; 9: 91-100.

49. BRUERA, E.; NEUMANN, C. M.; PITUSKIN, E. et al. Thalidomide in patients with cachexia due to terminal cancer: preliminary report. Ann Oncol 1999; 10: 857-859.

50. GORDON, J. N.; TREBBLE, T. M.; ELLIS, R. D. et al. Thalidomide in the treatment of cancer cachexia: a randomised placebo controlled trial. Gut 2005; 54: 540-545.

51. KAPLAN, G.; THOMAS, S.; FIERER, D. S. et al. Thalidomide for the treatment of AIDS-associated wasting. AIDS Res Hum Retroviruses 2000; 16: 1345-1355.

52. MULLIGAN, K.; SCHAMBELAN, M. Anabolic treatment with GH, IGF-I, or anabolic steroids in patients with HIV-associated wasting. Int J Cardiol 2002; 85: 151-159.

53. ORR, R.; FIATARONE SINGH, M. The anabolic androgenic steroid oxandrolone in the treatment of wasting and catabolic disorders: review of efficacy and safety. Drugs 2004; 64: 725-750.

54. SCHOLS, A. M.; SOETERS, P. B.; MOSTERT, R. et al. Physiologic effects of nutritional support and anabolic steroids in patients with chronic obstructive pulmonary disease. A placebo-controlled randomized trial. Am J Respir Crit Care Med 1995; 152: 1268-1274.

55. YEH, S. S.; DEGUZMAN, B.; KRAMER, T. Reversal of COPD-associated weight loss using the anabolic agent oxandrolone. Chest 2002; 122: 421-428.

56. GELATO, M.; MCNURLAN, M.; FREEDLAND, E. Role of recombinant human growth hormone in HIV-associated wasting and cachexia: pathophysiology and rationale for treatment. Clin Ther 2007; 29: 2269-2288.

57. TAI, V. W.; SCHAMBELAN, M.; ALGREN, H. et al. Effects of recombinant human growth hormone on fat distribution in patients with human immunodeficiency virus-associated wasting. Clin Infect Dis 2002; 35: 1258-1262.

58. BRUERA, E.; STRASSER, F.; PALMER, J. L. et al. Effect of fish oil on appetite and other symptoms in patients with advanced cancer and anorexia/cachexia: a double-blind, placebo-controlled study. J Clin Oncol 2003; 21: 129-134.

59. DEWEY, A.; BAUGHAN, C.; DEAN, T. et al. Eicosapentaenoic acid (EPA, an omega-3 fatty acid from fish oils) for the treatment of cancer cachexia. Cochrane Database Syst Rev 2007; CD004597.

60. JATOI, A.; ROWLAND, K.; LOPRINZI, C. L. et al. An eicosapentaenoic acid supplement versus megestrol acetate versus both for patients with cancer-associated wasting: a North

Central Cancer Treatment Group and National Cancer Institute of Canada collaborative effort. J Clin Oncol 2004; 22: 2469-2476.

61. WIGMORE, S. J.; BARBER, M. D.; ROSS, J. A. et al. Effect of oral eicosapentaenoic acid on weight loss in patients with pancreatic cancer. Nutr Cancer 2000; 36: 177-184.

62. COLOMER, R.; MORENO-NOGUEIRA, J. M.; GARCIA-LUNA, P. P. et al. N-3 fatty acids, cancer and cachexia: a systematic review of the literature. Br J Nutr 2007; 97: 823-831.

63. DAVIS, M. P.; KHAWAM, E.; POZUELO, L.; LAGMAN, R. Management of symptoms associated with advanced cancer: olanzapine and mirtazapine. A World Health Organization project. Expert Rev Anticancer Ther 2002; 2: 365-376.

64. PERSSON, C.; GLIMELIUS, B.; RONNELID, J.; NYGREN, P. Impact of fish oil and melatonin on cachexia in patients with advanced gastrointestinal cancer: a randomized pilot study. Nutrition 2005; 21: 170-178.

65. LISSONI, P. Is there a role for melatonin in supportive care? Support Care Cancer 2002; 10: 110-116.

66. NAGAYA, N.; ITOH, T.; MURAKAMI, S. et al. Treatment of cachexia with ghrelin in patients with COPD. Chest 2005; 128: 1187-1193.

67. NAGAYA, N.; KOJIMA, M.; KANGAWA, K. Ghrelin, a novel growth hormone-releasing peptide, in the treatment of cardiopulmonary-associated cachexia. Intern Med 2006; 45: 127-134.

68. STRASSER, F. Clinical Application of Ghrelin. Curr Pharm Des 2011.

69. STRASSER, F.; LUTZ, T. A.; MAEDER, M. T. et al. Safety, tolerability and pharmacokinetics of intravenous ghrelin for cancer-related anorexia/cachexia: a randomised, placebo-controlled, double-blind, double-crossover study. Br J Cancer 2008; 98: 300-308.

70. MIKI, K.; MAEKURA, R.; NAGAYA, N. et al. Ghrelin treatment of cachectic patients with chronic obstructive pulmonary disease: a multicenter, randomized, double-blind, placebo-controlled trial. PLoS One 2009; 7: e35708.

71. TRIKHA, M.; CORRINGHAM, R.; KLEIN, B.; ROSSI, J. F. Targeted anti-interleukin-6 monoclonal antibody therapy for cancer: a review of the rationale and clinical evidence. Clin Cancer Res 2003; 9: 4653-4665.

72. ZAKI, M. H.; NEMETH, J. A.; TRIKHA, M. CNTO 328, a monoclonal antibody to IL-6, inhibits human tumor-induced cachexia in nude mice. Int J Cancer 2004; 111: 592-595.

73. BUSQUETS, S.; SERPE, R.; TOLEDO, M. et al. l-Carnitine: An adequate supplement for a multi-targeted anti-wasting therapy in cancer. Clin Nutr 2012.

Obstrução intestinal maligna

Cláudia Naylor

Introdução

Obstrução Intestinal Maligna (OIM) é uma complicação bem conhecida e um problema complexo em pacientes com câncer avançado, especialmente de origem gastrointestinal e pélvica. Embora possa ocorrer em qualquer período da doença, ocorre com maior frequência no estágio avançado[1].

A prevalência global de OIM oscila entre 3-15% nos pacientes com câncer, alcançando de 5-51% nos casos de câncer de ovário e 10-28% em pacientes com câncer de cólon. As neoplasias de origem primária abdominal que com mais frequência provocam OIM são cólon (40-25%), ovário (29-16%), estômago (19-6%), pâncreas (13-6%), bexiga (10-3%) e endométrio (11-3%). Em termos de neoplasias de origem primária extra-abdominal que com mais frequência provocam OIM devido à infiltração peritoneal são mama (3-2%), pulmão e melanoma (3%), podendo ocorrer muitos anos após a apresentação da doença primária[1-6]. A expectativa de vida de 6 meses é de 50% nos pacientes cirúrgicos e de 8% naqueles com OIM inoperável. Deve-se ressaltar que a consistência destes dados é limitada devido à maioria dos estudos serem embasados em subpopulações selecionadas ou série de casos retrospectivos, com estados evolutivos diferentes e critérios diagnósticos heterogêneos[1,2].

OIM, uma interrupção do trânsito gastrointestinal por oclusão da luz e/ou alterações da motilidade intestinal, foi definida por um grupo internacional de consenso a partir do uso de alguns critérios: a) evidência clínica de obstrução intestinal (história, exames físico e radiológico); b) obstrução distal ao ângulo de Treitz; c) presença de câncer de origem primária intra-abdominal ou câncer extra-abdominal, com claro comprometimento peritoneal; d) doença incurável[2,7].

Fisiopatologia

O trânsito intestinal pode ser impedido por diferentes mecanismos; a obstrução pode ser mecânica ou funcional, parcial ou completa e pode ocorrer em um ou muitos locais. Pode se originar no intestino delgado (61%), no intestino grosso (33%) ou em ambos, simultaneamente (20%) [1,2,8]. Nos pacientes com câncer avançado e inoperáveis, os níveis de oclusão são múltiplos em 80% dos casos e

em mais de 65% há diagnóstico de carcinomatose peritoneal[1,8]. O câncer pode prejudicar o funcionamento intestinal de diversas maneiras[3]:

- Tumores intraluminais podem ocluir a luz ou agir como ponto de intussuscepção;
- Tumores intramurais podem se estender à mucosa e obstruir a luz por comprometer o peristaltismo;
- Massas mesentéricas e de omento ou aderências tumorais podem torcer ou angular o intestino, criando uma obstrução extramural;
- Tumores infiltrantes em mesentério, musculatura intestinal, plexo celíaco podem causar alteração na motilidade intestinal.

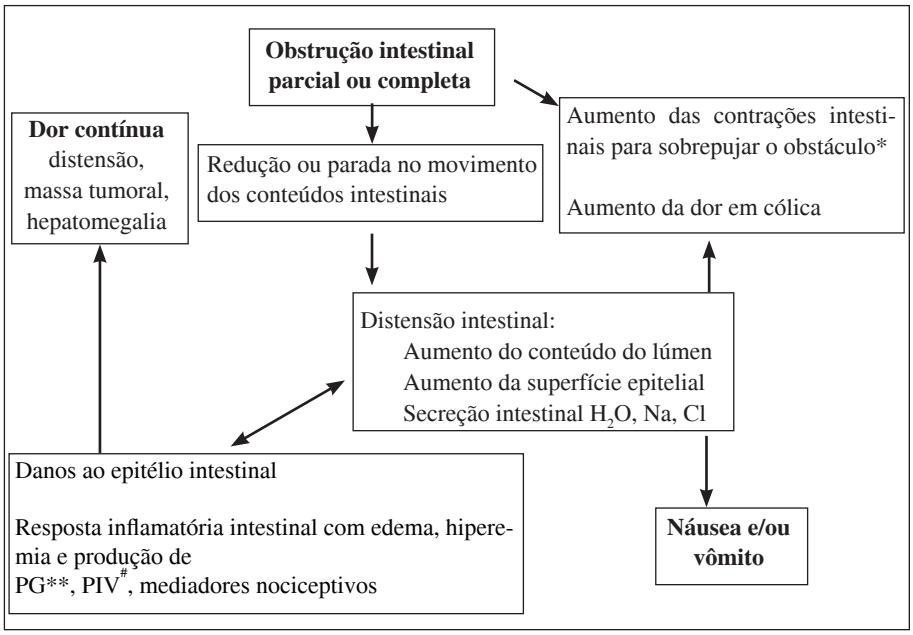
Numa minoria de pacientes, a obstrução não está relacionada ao tumor e sim a aderências por cirurgia prévia, radioterapia (causando enterite), reações desmoplásicas à quimioterapia intra-abdominal, torção ou hérnias internas[1,7,9,10]. Em raros casos um paciente pode apresentar uma pseudo-obstrução por destruição paraneoplásica de plexo nervoso mioentérico ou íleo grave pelo uso de drogas simpaticomiméticas ou anticolinérgicas[7,11].

OIM estimula as secreções gástrica, biliar, pancreática e intestinal, diminui a reabsorção intraluminal de água e sódio e aumenta sua secreção pela mucosa intestinal. O acúmulo de secreções não absorvidas determina o grau de distensão abdominal e a atividade intestinal cólica para sobrepor o obstáculo. Pacientes com OIM usualmente descrevem um padrão de piora gradual dos sintomas que se tornam mais frequentes e duram mais com a aproximação da obstrução intestinal completa. A atividade peristáltica aumentada e descoordenada é ineficaz e um círculo vicioso representado por distensão-secreção-atividade motora contribui para a piora do cenário clínico. O estado hipertensivo no lúmen danifica o epitélio intestinal e ocorre uma resposta inflamatória com liberação de prostaglandinas e estímulo da ciclo-oxigenase, tanto por um efeito direto nos enterócitos quanto por reflexo neuroentérico. O aumento da pressão intraluminal também obstrui a drenagem venosa do segmento intestinal bloqueado e interfere na oxigenação, levando à isquemia da parede com possibilidade de perfuração.

O principal estímulo para a liberação de polipeptídeo intestinal vasoativo (PIV) parece ser a hipóxia causada pela distensão da luz ou mesmo pelo crescimento bacteriano excessivo. PIV é liberado na circulação portal e periférica e media alterações fisiopatológicas locais e sistêmicas como hiperemia e edema da parede intestinal e acúmulo de fluidos na luz. Níveis portais elevados de PIV causam hipersecreção e vasodilatação esplâncnica. Fluidos e eletrólitos são sequestrados para o terceiro espaço, contribuindo para a hipotensão e levando à falência sistêmica de múltiplos órgãos, causa do óbito na OIM. Sepse ocorre por translo-

cação bacteriana, fenômeno facilitado pela pressão luminal aumentada, estase e isquemia intestinal, características da obstrução intestinal (fig.1)[1,2,4,7,9,12,13,14,15,16].

Figura 1 - Fisiopatologia da Obstrução Intestinal



* Obstrução mecânica, ** Prostaglandinas, # Polipeptídeo vasoativo intestinal

Manifestações clínicas

Os diferentes níveis de obstrução podem determinar os vários padrões de sintomas, influenciando em sua apresentação, intensidade, gravidade e consequente resultado. Quanto mais alta a obstrução, mais graves os sintomas e mais sutis os sinais (quadro 1). Dor contínua é atribuída ao crescimento de massa visceral que comprime o intestino, à distensão intestinal ou hepatomegalia, enquanto que a dor tipo cólica, pela atividade para sobrepor a obstrução no intestino delgado ou grosso, pode piorar os sintomas. Diarreia paradoxal pode ocorrer como escape de fluido pela impactação fecal, resultante de atividade bacteriana (liquefação do conteúdo digestivo) e hipersecreção intestinal, geralmente no intestino grosso.

Quadro 1 - Diferenciação de sintomas de acordo com localização da obstrução intestinal

Sintoma	Gástrica ou intestino delgado proximal	Intestino delgado distal ou intestino grosso
Vômitos	Biliosos, aquosos, grande quantidade, pouco ou nenhuma odor	Com sedimentos, pequena quantidade, presença de odor, pode não ocorrer
Dor	Sintoma precoce, periumbilical, intermitente, curtos intervalos, cólica	Sintoma tardio, localizado, dor visceral, intervalos longos entre as cólicas
Distensão abdominal	Pode estar ausente	Presente
Anorexia	Sempre	Pode não estar presente

O início da OIM pode ser subagudo, com presença de dor em cólica, distensão abdominal, náuseas e vômitos que cedem espontaneamente (suboclusão). A prevalência dos sintomas quando a OIM está consolidada é: náusea 100%, vômitos 87-100%, dor em cólica 72-80%, dor por distensão 56-90% e parada de eliminação de gases e fezes nas últimas 72h 84-93%[1,2,4,5].

No exame físico destaca-se a distensão abdominal, marcante nas obstruções baixas e alterações no peristaltismo. Inicialmente, podem-se auscultar borborigmos e peristaltismo de luta. Conforme a OIM se estabelece, o peristaltismo pode reduzir até sua completa abolição, auscultando-se ruídos metálicos devido à tensão hidroaérea. Nos pacientes com câncer avançado, associam-se também anemia (70%), hipoalbuminemia (68%), alteração hepática enzimática (62%), desidratação e disfunção renal pré-renal (44%), caquexia (22%), massas tumorais abdominais palpáveis (21%) e deterioração cognitiva (23%)[8].

Avaliação

A abordagem inicial inclui uma avaliação clínica para descartar causas agudas de obstrução e assegurar que o paciente não se apresenta em uma emergência cirúrgica. Embora a localização da obstrução possa ser determinada pela natureza e apresentação dos sintomas (quadro1), é recomendado que exames de imagem adicionais sejam realizados com o intuito de determinar o plano de cuidados a ser implementado.

A radiografia simples de abdômen tem uma especificidade e sensibilidade modestas na detecção da obstrução intestinal. A ausência de níveis hidroaéreos, dilatação de alças intestinais ou edema de alças não exclui OIM. Apesar dessas limitações, a radiografia simples de abdômen é útil para avaliar constipação e

sua gravidade como causa potencial de sintomas, além de permanecer como um estudo de imagem inicial importante em quase todos os pacientes com suspeita de OIM. Também é usada para avaliar resposta ao tratamento[1,2,7,17,18].

Tomografia Computatorizada (TC) de abdômen oferece altas possibilidades no diagnóstico da extensão da neoplasia e em muitas ocasiões do nível de obstrução. A sensibilidade diagnóstica da TC na determinação do nível obstrutivo é de 93%, mostrando uma especificidade de 100%. O diagnóstico de carcinomatose peritoneal por TC pode ser pouco preciso quando as lesões peritoneais são menores do que 0,5cm ou se estão localizadas na pelve; no entanto, este é o primeiro estudo de imagem para pacientes com sintomas obstrutivos à história de malignidade ou massa abdominal palpável. Este exame tem o papel principal na decisão do plano de cuidados e tratamento a serem instituídos concernentes à cirurgia, endoscopia e intervenção paliativa[1,2,7,19,20,21,22].

Tratamento

O processo de tomada de decisão em todo paciente oncológico avançado requer uma avaliação individualizada baseada na extensão da doença, prognóstico global, possibilidade de tratamentos oncológicos específicos, comorbidades associadas, estado geral e as opções particulares do paciente devidamente informado. No caso da OIM, essas premissas se mantêm e os tratamentos possíveis são cirurgia, paliação endoscópica, descompressão por ostomia e a terapêutica paliativa sintomática clínica.

• Medidas gerais

Pelo fato da abordagem da OIM raramente ser uma emergência, tempo pode e deve ser usado para a definição do plano de tratamento apropriado[2,7]. Reposição hidroeletrolítica pelas perdas sofridas e prescrição de medicações antieméticas e analgésicas podem ser necessárias, assim como a colocação temporária de sonda nasogástrica (SNG) para drenagem da secreção gastrointestinal, redução de distensão abdominal e melhora da náusea e vômito, enquanto a melhor abordagem é decidida e esses sintomas não são controlados com medicação. Importante frisar que a instituição da SNG é incômoda e sua manutenção pode causar danos secundários graves, como esofagite, refluxo gastroesofágico, erosão de asa de nariz, broncoaspiração[1,2,5,7,8,11,16].

• Cirurgia

A cirurgia tem por objetivo restabelecer a permeabilidade digestiva. O tratamento da obstrução intestinal é primariamente cirúrgico e, assim, a abordagem

cirúrgica deve ser considerada em todos os pacientes com obstrução intestinal e doença maligna presente ou histórico de neoplasia; aderências benignas ocorrem em 20% dos pacientes, especialmente naqueles submetidos à radioterapia prévia. Cirurgia deve sempre ser considerada em pacientes com estado geral preservado e com nível único de obstrução. Os resultados após o procedimento dependem tanto dos critérios de seleção de pacientes que irão ser verdadeiramente beneficiados com a intervenção quanto da experiência e habilidade do cirurgião. Fatores prognósticos de baixo benefício para cirurgia na OIM estão demonstrados no quadro abaixo:

Quadro 2 - Fatores prognósticos de baixo benefício para cirurgia em OIM[2,8]

Fatores prognósticos de baixo benefício para a cirurgia de obstrução intestinal maligna
Obstrução secundária a câncer
Tumor disseminado
Pacientes acima de 65 anos com caquexia
Ascite (paracenteses frequentes, com ascite > 3 l)
Nível de albumina sérica baixo
RXT prévia em abdômen ou pelve
Deficiência nutricional
Massas intra-abdominais palpáveis e comprometimento de fígado
Metástases à distância, derrame pleural ou metástases pulmonares
Obstrução intestinal – múltiplos sítios
Baixa performance status
Laparotomia recente, demonstrando doença metastática difusa
Metástases extra-abdominais, produzindo sintomas de difícil controle (ex. dispneia)

O risco de cirurgia para OIM é presumivelmente mais alto do que cirurgia abdominal para outras indicações, uma vez que muitos desses pacientes estão debilitados pelo câncer e quimioterapia e são mal nutridos[7,21]. Os estudos sobre séries de casos cirúrgicos em OIM mostram uma mortalidade em 30 dias de 25% (9-40), uma morbidade de 50% (9-90) e uma taxa de reobstrução de 48% (39-57), com uma mediana de sobrevida de 7 meses (2-12)[3,6,7,8,9, 10, 16,23].

Os resultados de uma intervenção cirúrgica são melhores em pacientes com uma causa benigna de obstrução; não se observam benefícios nos casos de carcinomatose peritoneal[3-12]. No entanto, para pacientes com boa *performance status*, câncer de progressão lenta e uma expectativa de vida acima de 6 meses, cirurgia para descompressão por ostomia, lise de aderências, ressecção de segmento obstruído e *bypasses* está indicada[2,7,10,24]. O desafio está em identificar esses possí-

veis candidatos cirúrgicos levando-se em conta a presença de fatores prognósticos como as variáveis desfavoráveis já demonstradas no quadro 2. Crucial para a tomada de decisão são os objetivos dos cuidados. Uma vez que a cirurgia paliativa carrega um baixo nível de evidência para benefício em termos de qualidade de vida e sobrevida, tempo deve ser dispendido para uma revisão criteriosa das condições clínicas do paciente, para explorar opções e clarificar expectativas e objetivos do cuidado. A família bem informada deve ser convidada a estar presente e a se envolver no processo de tomada de decisão.

- **Paliação endoscópica e colocação de próteses (*stents*)**

A colocação de *stents* tem se intensificado nos últimos anos como uma alternativa endoscópica ao tratamento das obstruções de trato gastrointestinal (TGI). Seu uso também serve como um adjuvante à terapia cirúrgica definitiva para pacientes com lesões colônicas obstrutivas, uma vez que a descompressão endoscópica facilita a limpeza intestinal formal para uma subsequente cirurgia eletiva em tempo único.

- **Obstrução gástrica e de intestino delgado**

São complicações comuns em pacientes com câncer de pâncreas, estômago distal, vesícula biliar e colangiocarcinoma, mas também podem resultar de metástases de câncer de ovário e neoplasias não abdominais como câncer de pulmão e mama[2,7]. Cirurgia de gastroentero-anastomose no passado era o tratamento de escolha para obstrução de passagem gástrica. Certamente, pacientes com tumores de crescimento lento, local de obstrução único (de preferência em piloro ou duodeno proximal), boa *performance status* e uma expectativa de vida maior do que 30 dias, podem ser considerados para esse procedimento de *bypass*. No entanto, para pacientes com câncer avançado e *performance status* comprometida a gastroenteroanastomose traz um risco significante de morbimortalidade e sua abordagem através da colocação de *stent* para a desobstrução do TGI é particularmente útil[2,7,26].

A taxa de sucesso da técnica de colocação do *stent* é de 90% e de sucesso clínico na resolução da náusea e vômito e melhora da capacidade de ingerir alimentos via oral é de 75%[26,27,28]. As complicações mais frequentes com a colocação de *stents* são hemorragia ou perfuração (1,2%), migração do dispositivo (5%) e a obstrução do *stent*, suscetível em algumas ocasiões a repermeabilização por laser ou colocação de um segundo dispositivo[1,2,7,29].

- **Obstrução colorretal**

A inserção com êxito de um *stent* em câncer de cólon oscila entre 80-100% e os casos em que se consegue uma melhoria dos sintomas ocorrem em mais de

75% dos pacientes. A duração média da permeabilidade do *stent* colônico é de 106 dias e as complicações mais frequentes desta técnica são a perfuração imediata ou tardia (4,5%), migração (11%) e obstrução (12%). Muitos pacientes tratados com *stents* têm um alívio durável dos sintomas até sua morte por progressão de doença, mas reestenose é relativamente comum, usualmente causada pelo crescimento tumoral através dos interstícios do dispositivo ou endoluminal em seus extremos, problema abordado pela inserção de outro *stent* ou ablação por laser[27,30,31,32] .

As limitações ao sucesso do procedimento são uma localização muito proximal da obstrução e a incapacidade de atravessar uma obstrução muito firme com o endoscópio ou fio guia. Um grande potencial para o uso do dispositivo se dá nos casos de tumor primário de cólon com menor sucesso nas obstruções causadas por compressão extrínseca devido a tumor pélvico localmente avançado ou metastático[2].

Contraindicações absolutas para a colocação de *stents* são perfuração colônica ou tumoral com peritonite. Uma contraindicação relativa é um tumor retal a 2 cm da margem anal, quando sua colocação leva a tenesmo e incontinência[7,16,33].

- **Gastrostomia descompressiva**

Gastrostomia endoscópica percutânea ou mesmo gastrostomia cirúrgica (nos casos de pacientes com câncer de cabeça e pescoço, com trismo ou grandes feridas tumorais que impeçam a passagem do endoscópio) são uma opção para a paliação da náusea e vômito nos casos de OIM em pacientes não passíveis de cirurgia em que os sintomas não são controlados clinicamente. A alternativa seria a manutenção de SNG de demora com incômodo, efeitos secundários graves já listados, dificuldade para toalete da árvore brônquica e confinamento em casa pela imagem corporal alterada[1,2,7,34].

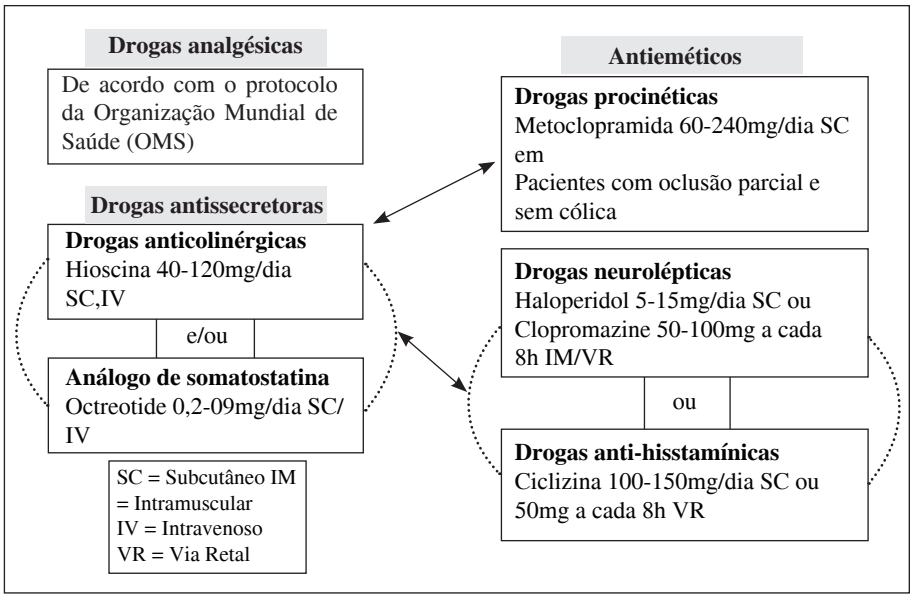
A gastrostomia descompressiva alivia os sintomas em 80-90% dos casos e permite a restauração de algum grau de ingesta oral por um tempo médio de 74 dias. Não há contraindicação absoluta para a gastrostomia, factível mesmo em pacientes com infiltração gástrica tumoral, carcinomatose peritoneal ou ascite. No entanto, ascite volumosa e massa tumoral infiltrando parede abdominal podem dificultar o procedimento[34]. Complicações são frequentemente locais – deslocamento, sangramento, migração do cateter, peritonite e fasceíte necrotizante são complicações precoces. Outras complicações são lesão da pele por descarga de conteúdo gástrico pelo óstio de colocação do cateter, vazamento de ascite e obstrução do tubo[34,35].

- **Tratamento paliativo farmacológico – abordagem clínica**

O tratamento farmacológico especificamente paliativo da OIM inoperável

pode oferecer adequado controle de sintomas com medidas dirigidas a manter o máximo conforto possível com os objetivos de aliviar a dor abdominal contínua e em cólica, reduzir os vômitos a um nível aceitável de 1 a 2 vezes por dia sem o uso de SNG, aliviar náusea, permitir mínimas ingestas de alimentos, favorecer a alta hospitalar para um acompanhamento por assistência domiciliar[1,2,4]. Recomendações clínicas práticas para a abordagem da OIM em pacientes com câncer avançado sem possibilidade de cura foram publicadas pelo *Working Group of the European Association for Palliative Care* (WGEAPC)[2,7,8]. A figura 2 mostra a abordagem farmacológica para o adequado controle de sintomas.

Figura 2 - Abordagem farmacológica para controle de sintomas



Mais de 80% dos pacientes com OIM apresentam dor contínua ou em cólica de alta intensidade[1,2,3,4,5]. A administração de analgésicos, em sua maioria opioides fortes de acordo com a Escada Analgésica da Organização Mundial de Saúde (OMS)[36], permite o adequado controle deste sintoma em mais de 80% dos casos[36,37]. A dose do opioide deve ser titulada e, de modo geral, as vias subcutânea, intravenosa, sublingual e transdérmica são de preferência pela presença de náusea e vômitos. A morfina é o primeiro opioide de eleição segundo a EAPC e a OMS, na ausência de ensaios clínicos controlados comparando os diferentes opioides nesta indicação, mas hidromorfona, fentanil, oxicodona e mesmo metadona podem ser utilizados[38,39,40,41]. Se a cólica persistir, hioscina deve ser administrada em associação[42,43].

Náusea e vômitos são conduzidos usando-se dois diferentes tipos de abordagem farmacológica:

1. Administração de drogas que reduzem a secreção gastrointestinal
2. Administração de antieméticos de atuação no sistema nervoso central (SNC), como droga única ou em associação com drogas antissecretoras[43,44,45,46,47]

O tratamento desses sintomas se baseia no uso de drogas de 3 grupos farmacológicos: antagonistas da dopamina, anticolinérgicos e antagonistas da serotonina (5HT3).

Os antagonistas da dopamina se dividem em benzaminas (metoclopramida), butirofenonas (haloperidol) e fenotiazinas (clorpromazina, prometazina). A metoclopramida bloqueia os receptores da dopamina (D2) em nível central e periférico e em altas doses antagoniza os receptores de 5HT3. A ação mista, central e periférica confere à metoclopramida um efeito antiemético e também procinético digestivo. Sendo assim, não deve ser utilizada com anticolinérgicos ou em pacientes com cólica e obstrução intestinal completa. Haloperidol e fenotiazinas são fármacos neurolépticos que bloqueiam os receptores de dopamina em nível unicamente central. Possuem potente ação antiemética, sem ação procinética. Dentre esses fármacos, haloperidol produz menos sonolência e efeitos anticolinérgicos, sendo o agente ideal para pacientes com náusea e *delirium*[48].

Os anticolinérgicos (hioscina) exercem sua ação antiemética mediante o bloqueio da acetilcolina em nível central e periférico ou unicamente periférico, associada a um claro efeito antissecretor[1,7,49].

As drogas antissecretoras têm o objetivo de reduzir a hipersecreção intestinal e, secundariamente, melhorar náusea, vômitos e dor. Tradicionalmente, se usam as drogas anticolinérgicas por seu efeito antissecretor. Octreotide, um análogo da somatostatina com grande especificidade e um tempo de duração da ação longo (12h), oferece um efeito antissecretor mais específico e prolongado; sua atividade farmacológica mediada pelo bloqueio da liberação do PIV compreende: redução da secreção de ácido gástrico, redução do fluxo biliar, redução da motilidade intestinal, aumento da produção de muco intestinal, inibição de secreção de enzimas pancreáticas, redução da hipervascularização esplâncnica, redução do edema da parede intestinal, aumento da absorção de água e eletrólitos e diminuição da secreção de sódio, água e cloreto no lúmen intestinal. Diferentes estudos sobre a efetividade do octreotide na OIM demonstram o alto grau de resposta antiemética e analgésica, sem efeitos adversos relevantes[1,2,5,7,24,46,47,50].

Embora o mecanismo pelo qual os corticosteroides aliviem a OIM seja desconhecido, presume-se que ajam centralmente, além de reduzirem edema peritumoral, reduzirem água e sal na luz intestinal e terem propriedades antieméticas e analgésicas. Evidências a partir de metanálises demonstraram que uma dosagem

parenteral de 6-16mg de dexametasona por dia reduz sintomas e melhora a função intestinal em 60% dos pacientes, mas não altera o prognóstico[7,51,52,53]. A resposta a seu uso deve ser avaliada em 4 a 5 dias e o medicamento deve ser suspenso, se não for adequada.

O tratamento paliativo da OIM é polimodal e se baseia no uso combinado de diferentes fármacos ativos no controle sintomático. De acordo com vários autores e com a prática clínica publicada pela *National Comprehensive Cancer Network*[54], o tratamento inicial da OIM inoperável compreende o uso conjunto de analgesia com opioides, antieméticos, antissecretores, corticosteroides e hidratação com solução contendo eletrólitos[1,2,45,50]. Alguns autores consideram que o fentanil transdérmico ou em infusão contínua poderia ser o opioide forte de primeira linha nesta complicação, por sua menor influência na motilidade intestinal. Na OIM completa, o entiemético de primeira escolha é o haloperidol, uma vez que o efeito procinético da metoclopramida pode aumentar a dor e náusea[2]. O uso de corticosteroides é recomendável por seu efeito antiemético e de redução do edema intestinal que pode facilitar uma possível resolução espontânea do quadro oclusivo[55,56]. Atualmente, a maioria dos autores recomenda utilizar octreotide precocemente ou como droga antissecretora de primeira escolha, devido a sua clara superioridade sobre as outras drogas anticolinérgicas[2,45,46,50,56]. Hipodermóclise é uma alternativa válida à infusão venosa, especialmente quando se pensa em acompanhamento domiciliar para esses pacientes que requerem um volume de hidratação restrito, uma vez a perda ponderal, diminuição do *clearence* renal de água livre e diminuição da perda insensível de água pela atividade física reduzida[7,57].

A taxa de resposta sintomática ao tratamento paliativo polimodal na OIM inoperável supera 80% e sua resolução espontânea é superior a 30%[1,2,4,5,8,46]. A mediana de sobrevida nesses casos é de um mês e a expectativa de vida em 6 meses é inferior a 8%[1,5].

Conclusão

A qualidade de vida do paciente com OIM é severamente prejudicada e a conduta frente a estes casos requer uma avaliação muito cuidadosa por um time interdisciplinar experiente. Tempo deve ser dedicado ao processo de tomada de decisão que requer uma abordagem altamente individualizada, talhada na condição clínica, prognóstico e objetivos do cuidado.

Referências

1. TUCA, A.; MARTINÉZ, E.; GUELL, E.; BATISTE, X. G. Obstrucción intestinal maligna. Med Clin. 2010;135(8):375-381.

2. RIPAMONTI, C.; EASSON, A. M.; GERDES, H. Management of malignant bowel obstruction. Eur J Cancer. 2008;44:1105-15.

3. MILLER, G.; BORMAN, J.; SHRIER, I.; GORDON, P. H. Small bowel obstruction secondary to malignant disease: an 11-year audit. Canadian journal of Surgery. 2000;43:353-58.

4. TUCA, A.; ROCA, R.; SALA, C.; PORTA, J.; SERRANO, G. et al. Efficacy of granisetron in the antiemetic control of nonsurgical intestinal obstruction in advanced cancer: a phase II clinical trial. J Pain Symptom Manage.2009;37:259-70.

5. ARVIEUX, C.; LAVAL, G.; STEFANI, L.; VILLARD, M. L.; MESTRALLET, J. P.; CARDIN, N. Protocol for the treatment of malignant inoperable bowel obstruction: a prospective study of 80 cases at Grenoble University Hospital Center. J Pain Symptom Manage.2006;31:502-12.

6. BLAIR, S. L.; CHU, DZJM SCWARRZ E. Outcome of palliative operations for malignant bowel obstruction in patients with peritoneal carcinomatosis from nongynecological cancer. Ann Surg Oncol. 2001;8:632-37.

7. SORIANO, A.; MELLAR, P. D. Malignant bowel obstruction: individualized treatment near the end of life. Cleveland Clin J Med. 2011;78(3):197-205.

8. RIPAMONTI, C.; TWYCROSS, R.; BAINES, M.; BOZZETTI, F.; DE CONNO, F. et al. Clinical practice recommendations for management of bowel obstruction in patients with end-stage cancer. Support Care Cancer. 2001;9:223-33.

9. FEUER, D. J.; BROADLEY, K. E.; SHEPHERD, J. H.; BARTON, D. P. Surgery for the resolution of symptoms in malignant bowel obstruction in advanced gynecological and gastrointestinal cancer. Cochrane Database Syst Rev.2000; CD002764.

10. WOOLFSONRG, JENNINGS, K.; WHALEM, G. F. Management of bowel obstruction in patients with abdominal cancer. Arch Surg. 1997; 132:1093-97.

11. SAUNDERS, M. D.; KIMMEY, M. B. Systematic review: acute colonic pseudo-obstruction. Alimen Pharmacol Ther. 2005;22:917-25.

12. HUTCHINSON, S. M. W.; BEATTIE, G.; SHEARING, C. H. Increased serotonin excretion in patients with ovarian carcinoma and intestinal obstruction. Palliative Medicine. 1995;9:67-8.

13. GOYAL, R. K.; HIRANO, I. Enteric nervous system. N Eng J Med. 1996;334:1106-15.

14. ROELAND, E.; VON GUNTEN, C. F. Current concepts in malignant bowel obstruction management. Curr Oncol Rep. 2009;11:298-303.

15. RIPAMONTI, C.; BRUERA, E. palliative management of malignant bowel obstruction. Int J Gynecol Cancer. 2002;12:135-43.

16. JATOI, A.; PODRATZ, K. C.; GILL, P.; HARTMANN, L. C. Pathophysiology and palliation of inoperable bowel obstruction in patients with ovarian cancer. J Support Oncol. 2004;2:323-34.

17. ANTHONY, T.; BARON, T.; MERCADANTE, S. et al. Report of the clinical protocol committee: development of randomized trials for malignant bowel obstruction. J Pain Symptom Manage. 2007;34:549-59.

18. MAGLINTE, D. D.; HOWARD, T. J.; LILLEMOE, K. D.; SANDRASEGARAN, K.; REX, D. K. Small-bowel obstruction: state-of-art imaging and it is role in clinical management. Clin Gastroenterol Hepatol. 2008;6:130-39.

19. THOMPSON, W. M.; KILANI, R. K.; SMITH, B. B.; THOMAS, J.; JAFFE, T. A. et al. Accuracy of abdominal radiography in acute small bowel obstruction: does reviewer experience matter. AJR Am J Roentgenol. 2007;188:W233-38.

20. DE BREE, E.; KOOPS, W.; KRÖEGER, R.; VAN RUTH, S.; WITKAMP, A. J. et al. Peritoneal carcinomatosis from colorectal or appendiceal origin: correlation of preoperative CT with intraoperative findings and evaluation of interobserver agreement. J Surg Oncol. 2004; 86:64-73.

21. DEBERNARDO, R. Surgical management of malignant bowel obstruction: strategy toward palliation of patients with advanced cancer. Curr Oncol Rep. 2009; 11:287-92.

22. SILVA, A. C.; PIMENTA, M.; GUIMARÃES, L. S. Small bowel obstruction: what to look for. Radiographics. 2009;29:423-39.

23. CHAN, A.; WOODRUF, R. K. Intestinal obstruction in patients with wide-spread intra-abdominal malignancy. J Pain Symptom Manage. 1992; 7:339-42.

24. MANGILI, G.; ALETTI, G.; FRIGERIO, L. et al. Palliative care for intestinal obstruction in recurrent ovarian cancer: a multivariate analysis. Int J Gynecol Cancer. 2005;15:830-35.

25. MERCADANTE, S. Intestinal dysfunction and obstruction. In: Walsh D, editor. Palliative Medicine. Philadelphia, PA: Saunders-Elsevier, 2009:1267-75.

26. TURNER, J.; CUMMIN, T.; BENNETT, A.; SWIFT, G.; GREEN, J. Stents and stentability: treatment for malignant bowel obstruction. Br J Hosp Med (Lond). 2008; 69:676-80.

27. KHOT, U. P.; LANG, A. W.; MURALI, K.; PARKER, M. C. Systematic review of the efficacy and safety of colorectal stents. Br. J Surg. 2002; 89:1096-1102.

28. HOSONO, S.; OHTANI, H.; ARIMOTO, Y.; KANAMIYA, Y. Endoscopic stenting versus surgical gastroenterostomy for palliation of malignant gastroduodenal obstruction: a meta-analysis. J Gastroenterl. 2007;42:283-90.

29. HOLT, A. P.; PATEL, M.; AHMED, M. M. Palliation of patients with malignant gastroduodenal obstruction with self-expanding metallic stents: the treatment of choice. Gastrointest Endosc. 2004;60:1010-17.

30. WATT, A. M.; FARAGHER, I. G.; GRIFFIN, T. T.; RIEGER, N. A.; MADDERN, G. J. Self-expanding metallic stents for relieving malignant colorectal obstruction: a systematic review. Ann Surg. 2007;246:24.

31. CAMUNEZ, F.; ECHENAGUSIA, A.; SIMO, G. et al. Malignant colorectal obstruction treated by means of self-expanding metallic stents: effectiveness before surgery and in palliation. Radiology. 2000; 216:492-97.

32. POTHURI, B.; GUIGUIS, A.; GERDES, H. et al. The use of colorectal stents for palliation of large bowel obstruction due to recurrent gynecologic cancer. Gynecol Oncol. 2004;95:513-17.

33. BARON, T. H. Interventional palliative strategies for malignant bowel obstruction. Curr Oncol Rep. 2009; 11:293-97.

34. POTHURI, B.; MONTEMARANO, M.; GERARDI, M.; SHIKE, M.; BEM-PORAT, L. et al. Percutaneous endoscopic gastrostomy tube placement in patients with malignant bowel obstruction due to ovarian carcinoma. Gynecol Oncol. 2005;96:330-34.

35. CAMPAGNUTTA, E.; CANNIZZARO, R.; GALLO, A.; ZARRELLI, A.; VALENTINI, M. et al. Palliative treatment of upper intestinal obstruction by gynecological malignancy: the usefulness of percutaneous endoscopic gastrostomy. Gynecologic Oncology. 1996;62:103-05.

36. World Health Organization. Cancer Pain Relief. Second ed. Geneve: WHO; 1996:1-69.

37. MERCADANTE, S. Pain treatment and outcomes for patients with advanced cancer who receive follow-up care at home. Cancer. 1999; 85:1849-58.

38. HANKS, G. W.; CONNO, F.; CHERNY, N.; HANNA, M.; KALSO, E. et al. Expert Working Group of the Research Network of the European Association for Palliative care. Morphine and alternative opioids in cancer pain: the EAPC recommendations. Br J Cancer. 2001;84:587-93.

39. ANDERSON, S. L.; SHREVE, S. T. Continuous subcutaneous infusion of opiates at the end-life. Ann Pharmacother. 2004; 38:1015-23.

40. RIPAMONTI, C.; BRUERA, E. Current status of patient-controlled analgesia in cancer patients. Oncology. 1997;11:373-84.

41. GROND, S.; RADBRUCH, L.; LEHMANN, K. A. Clinical pharmacokinetics of transdermal opioids: focus on transdermal fentanyl. Clin Pharmacokin. 2000; 38:58-89.

42. FAINSINGER, R. L.; SPACHYNSKI, K.; HANSON, J. et al. Symptom control in terminal ill patients with malignant bowel obstruction. J Pain Symptom Manage. 1994; 9:12-8.

43. DE CONNO, F.; CARACENI, A.; ZECCA, E.; SPOLDI, E.; VENTAFRIDDA, V. Continuous subcutaneous infusion of hyoscine butylbromide reduces secretions in patients with gastrointestinal obstruction. J Pain Symptom Manage. 1991;6:484-86.

44. VENTAFRIDDA, V.; RIPAMONTI, C.; CARACENI, A. et al. The management of inoperable gastrointestinal obstruction in terminal câncer patients. Tumouri. 1990; 76:389-93.

45. MERCADANTE, S.; RIPAMONTI, C.; CASUCCIO, A.; ZECCA, E.; DE CONNO, F. et al. Comparison of octreotide and hyoscine butylbromide in controlling gastrointestinal symptons due to malignant inoperable bowel obstruction. Supportive Care in Cancer. 2000; 8:188-91.

46. MERCADANTE, S.; CASUCCIO, A.; MANGIONE, S. medical treatment for inoperable malignant bowel obstruction: a qualitative systematic review. J Pain Symptom Manage. 2007;3:217-23.

47. MERCADANTE, S.; PORZIO, G. Octreotide for malignant bowel obstruction: twenty years after. Oncolgy Hematology. 2012; article in press.

48. DAVIS, M. P.; WALSH, D. Treatment of nausea and vomiting in advanced cancer. Suppot Care Cancer. 2000;8:444-52.

49. YAZDI, G. P.; MIEDEMA, B. W.; HUMPHREY, L. J. High mortality after abdominal operation in patients with large volume malignant ascites. J Surg Oncol.1996;62:93-96.

50. RIPAMONTI, C.; MERCADANTE, S.; GROFF, L.; ZECCA, E.; DE CONNO, F.; CASUCCIO, A. Role of octreotide, scopolamine butylbromide and hydration in symptom controlo f patients with inoperable bowel obstruction having nasogastric tube. A prospective, randomized clinical trial. J Pain Symptom Manage. 2000;19:23-34.

51. GLARE, P.; PEREIRA, G.; KRISTJANSON, L. J.; STOCKLER, M.; TATTERSALL, M. Systematic review of the efficacy of antiemetics in the treatment of nausea in patients with far-advanced cancer. Support Care cancer. 2004;12:432-40.

52. MERCADANTE, S.; FERREIRA, P.; VILLARI, P.; MARRAZZO, A. Aggressive pharmacological treatment for reversing malignant bowel obstruction. J Pain Symptom Manage. 2004;28:412-16.

53. FEUER, D. J.; BROADLEY, K. E. Corticosteroids for the resolution of malignant bowel obstruction in advanced gynecological and gastrointestinal cancer. Cochrane Database Syst Rev. 2000; CD001219.

54. Palliative Care. Practice Guidelines in Oncology of National Comprehensive Cancer Network. Disponível em: www.nccn.org

55. FEUER, D. J.; BROADLEY, K. E.; SHEPHERD, J. H.; BARTON, D. P. Thes Systematic review Steering Committee. Systematic review of surgery in malignant bowel obstruction in advanced gynecological and gastrointestinal cancer. Gynecol Oncol. 1999; 75:313-22.

56. HARDY, J. R.; LING, P. J.; MANSI, J.; ISAACS, R.; BLISS, J. et al. Ptfalls on placebo controlled trials in palliative care: dexamethasone for the palliation of malignant bowel obstruction. Palliat Med. 1998;12:437-43.

57. STEINER, N.; BRUERA, E. Methods of hydration in palliative care patients. J Palliat Care. 1998; 14:6-1358.

Síndrome da Veia Cava Superior

Mônica Cecília Bochetti Manna

Introdução

A Síndrome da Veia Cava Superior é caracterizada por um conjunto de sinais e sintomas, decorrentes da obstrução do fluxo sanguíneo através da veia cava superior em direção ao átrio direito.

Esta obstrução pode ser causada por compressão extrínseca do vaso, invasão tumoral, trombose, ou por dificuldade do retorno venoso ao coração secundária a doenças intra-atriais ou intraluminais. Aproximadamente, 73% a 97% dos casos de SVCS ocorrem durante a evolução de neoplasias malignas intratorácicas, que comprimem ou invadem a veia cava superior. Este processo pode ser causado pelo próprio tumor ou por linfonodos mediastinais acometidos[1,2,3].

A neoplasia maligna que mais frequentemente causa a SVCS é o carcinoma broncogênico (75% dos casos), sendo que 3% a 5% dos pacientes portadores de neoplasias malignas de pulmão desenvolvem a SVCS durante a evolução da doença[3,4]. Os linfomas constituem a segunda maior causa neoplásica da síndrome (15% dos casos), sendo que 17% dos linfomas com envolvimento mediastinal causam a SVCS[5]. As neoplasias metastáticas correspondem a 7% dos casos (5%).

Os sintomas mais frequentes são dispneia, tosse, dor torácica e/ou disfagia. Ocasionalmente, teremos cefaleia, tontura, visão turva ou síncope, todas exacerbadas quando o paciente inclina a cabeça para a frente. A rouquidão é um sintoma incomum.

Os sinais mais frequentes são edema de face e membro superior, dilatação das veias do pescoço, pletora facial e cianose. Edema de conjuntiva também pode ocorrer, assim como a Síndrome de Horner (ptose, miose e anidrose unilateral da face), mais raramente. Veias dilatadas nas mãos que não se colapsam quando o membro é elevado é um outro sinal que pode ocorrer[6,7].

Fisiopatologia

A veia cava superior é suscetível à obstrução devido a algumas características, tais como: sua localização estratégica no compartimento visceral do mediastino, cercada por estruturas rígidas como o esterno, a traqueia, o brônquio fonte direito, a aorta e a artéria pulmonar direita; sua parede fina, facilmente com-

pressível; o transporte de sangue em baixas pressões; e a presença de linfonodos mediastinais que a circundam completamente[6].

Quando a veia cava e as suas principais tributárias venosas sofrem obstrução, um grande número de vasos colaterais é solicitado através de redes venosas extracavitárias, principalmente na pele e na musculatura da parede torácica. A alta pressão venosa acima da obstrução provoca o aparecimento de *shunts* nas veias e plexos adjacentes de baixa pressão. No decorrer do tempo, este aumento mantido de pressão determina a distensão e dilatação progressiva das vias colaterais, que podem tornar-se calibrosas e com alto fluxo sanguíneo[6,7].

Tratamento

O tratamento depende da gravidade dos sintomas, da causa da obstrução, do tipo histológico e do tamanho do tumor que a produz.

Medidas gerais podem ser utilizadas até que o diagnóstico seja feito e o tratamento definitivo seja indicado. Consistem em: elevação da cabeça, repouso, controle da dispneia com uso de opioides, esteroides no caso de linfomas. O uso de diuréticos pode trazer algum alívio sintomático, mas deve ser evitado quando possível, pois eles diminuem a pré-carga e podem comprometer o débito cardíaco. Em alguns pacientes, estas medidas podem bastar, porém em outros podem ser necessária medidas específicas, tais como radioterapia, quimioterapia, stents endovasculares, trombolíticos ou anticoagulantes.

O uso de *stents* endovasculares é tratamento definitivo, se disponível, promovendo importante alívio da obstrução, superior a 90%.

Na SVCS associada às neoplasias, a escolha do tratamento depende do tipo de tumor. Por exemplo, linfomas e carcinomas pulmonares de células pequenas podem responder rapidamente à quimioterapia isolada, enquanto outras neoplasias provavelmente exigirão a radioterapia. A utilização da radioterapia nos pacientes com SVCS antes da obtenção do diagnóstico histológico é considerada inapropriada por muitos autores[6,7,8].

Geralmente, com a SVCS associada a neoplasias, 75% dos pacientes apresentarão melhora em 3 a 4 dias e 90% terá grande melhora uma semana depois de instituído o tratamento. Os pacientes que não melhorarem na primeira semana podem ter desenvolvido uma trombose venosa central, necessitando de uma terapia fibrinolítica ou antitrombótica.

Devido à friabilidade de alguns tumores e à pressão venosa central elevada, é necessária cautela ao instituir o uso de anticoagulantes. Portanto, não deve ser usual a anticoagulação profilática.

O uso de esteroides pode aliviar os sintomas no caso da SVCS causada por linfoma. Pode reduzir o edema enquanto o paciente recebe radioterapia para o tratamento da síndrome. Os benefícios são geralmente pequenos, mas seu uso pode ser de utilidade quando houver comprometimento respiratório grave. Os diuréticos podem oferecer alívio sintomático inicial, mas é necessária cautela quanto à hidratação do paciente[8].

A SVCS refratária ou recorrente, principalmente nos pacientes já submetidos à irradiação, pode exigir a colocação de *stents* endovasculares para que se restabeleça o fluxo sanguíneo[9]. O uso de stents endovasculares é tratamento definitivo, se disponível, promovendo importante alívio da obstrução, superior a 90%[11,12,13,14].

O tratamento cirúrgico raramente é necessário nas SVCS, diante dos bons resultados obtidos com radioterapia e quimioterapia. As desvantagens da cirurgia incluem a morbidade e a mortalidade associadas ao procedimento, principalmente nos casos de neoplasias malignas[9,10]. As possíveis indicações para o tratamento cirúrgico seriam: neoplasias refratárias à radioterapia e à quimioterapia, presença de trombos na veia cava superior ou em suas maiores tributárias, oclusão aguda da veia cava superior com sintomas graves. Basicamente são utilizados dois procedimentos: ressecção e *bypass*[11,12,13,14].

Considerações finais

A presença das emergências oncológicas costuma ser um sinal de doença progressiva. Neste momento, é fundamental se estabelecer o estadiamento correto da neoplasia maligna e o momento da evolução da doença em que o paciente se encontra, para que se possa escolher a conduta mais adequada, de forma individualizada. Para isso, a atitude do médico deve ser cuidadosa e solidária, levando-se em conta a autonomia do paciente em escolher, seu conforto e bem-estar.

Referências

1. PARISH, J. M.; MARSCHKE, R. F.; DINES, D. E.; LEE, R. E. Etiologic considerations in superior vena cava syndrome. Mayo Clin Proc 1981; 56(7):407-13.

2. LOCHRIDGE, S. K.; KNIBBE, W. P.; DOTY, D. B. Obstruction of the superior vena cava. Surgery 1979; 85(1):14-24.

3. TAGUCHI, J.; KINOSHITA, I.; AKITA, H. Superior Vena Cava Syndrome. Gan To Kagaku Ryoho 2011; 38(4):518-23.

4. PEREZ-SOLER, R.; MCLAUGHLIN, P.; VELASQUEZ, W. S.; HAGEMEISTER, F. B.; ZORNOZA, J.; MANNING, J. T. et al. Clinical features and results of management of superior vena cava syndrome secondary to lymphoma. J Clin Oncol 1984; 2(4):260-6.

5. NOGEIRE, C.; MINCER, F.; BOTSTEIN, C. Long survival in patients with bronchogenic carcinoma complicated by superior vena cava obstruction. Chest 1979; 75(3):325-9.

6. ROSWIT, B.; KAPLAN, G.; JACOBSEN, H. G. The superior vena cava obstruction syndrome in bronchogenic carcinoma – pathologic, physiologic and therapeutic management. Radiology 1953; 61(5):722-37.

7. YAHALOM, J. Superior vena cava syndrome. In: De Vitta VT, Hellman S, Rosenberg AS, editors. Cancer: principles and practice of oncology. 4th ed. Philadelphia, PA: JB Lippincott; 1993. p. 2111-8.

8. POLLOCK, R. E.; DOROSHOW, J. H.; KHAYAT, D.; NAKAO, A.; O ÌSULLIVAN B, editors. Manual de Oncologia Cliìnica da UICC. 8th ed. SaÞo Paulo, SP: A John Wiley&Sons, Publicacion e FundaçaÞo Oncocentro de SaÞo Paulo; 2006. p. 757-60.

9. PUTNAM, J. S.; UCHIDA, B. T.; ANTONOVIC, R.; ROSCH, J. Superior vena cava syndrome associated with massive thrombos is: treatment with expandable wire stents. Radiology 1988; 167(3):727-8.

10. EFFENEY, D. J.; WINDSOR, H. M.; SHANAHAN, M. X. Superior vena cava obstruction: resection and bypass for malignant lesions. Aust N Z J Surg 1973; 42(3):231-7.

11. ANDERSON, R. P.; LI, W. I. Segmental replacement of superior vena cava with spiral vein graft. Ann Thorac Surg 1983; 36(1):85-8.

12. DOTY, J. R.; FLORES, J. H.; DOTY, D. B. Superior vena cava obstruction: bypass using spiral vein graft. Ann Thorac Surg 1999; 67(4):1111-6.

13. DUVNJAK, S.; ANDERSEN, P. Endovascular treatment of superior vena cava syndrome. Int Angiol 2011; 30(5):458-61.

14. HAGUE, J.; TIPPETT, R. Endovascular techniques in palliative care. Clin Oncol 2010; 22(9):771-80.

Síndrome de Compressão Medular

Dalva Yukie Matsumoto
Mônica Cecília Bochetti Manna

Introdução

A compressão medular ocorre em 3% a 5% dos doentes com neoplasia maligna avançada, sendo uma causa de morbidade muito importante nestes pacientes. O diagnóstico precoce é a arma mais importante para garantir a efetividade terapêutica. Os cânceres de mama, dos brônquios e da próstata são responsáveis por mais de 60% dos casos[1]. O sítio de maior incidência é o tórax, existindo compressão em mais de um nível em mais de 20% dos casos. Abaixo do nível da segunda vértebra lombar (L2), a compressão se dá na cauda equina, ou seja, nos nervos periféricos, e não no cordão medular.

A compressão medular maligna ocorre por invasão direta do tumor primário ou por suas metástases.

A velocidade de instalação da clínica indica a gravidade dos danos. A probabilidade de reverter um quadro clínico de paresia está inversamente relacionado ao tempo de manutenção do mesmo: assim sendo, uma paresia instalada há 8h tem grande chance de ser revertida, de 24-48h pode ainda ser revertida, mas após 7 dias já se torna irreversível[2].

A paralisia e a disfunção dos esfíncteres são os estádios clínicos finais desta urgência oncológica e que estão diretamente relacionados ao menor tempo de sobrevida[2].

Fisiopatologia

A invasão pelo tumor altera a relação entre o plexo venoso epidural – corpo vertebral –, canal medular, provocando uma estase venosa e edema medular que leva a uma diminuição do fluxo capilar e a liberação de PG-E, citocinas, neurotransmissores e mediadores da inflamação e que são responsáveis pelas alterações associadas à hipóxia, isquemia e dano tissular neurológico.

Características clínicas

A dor é o sintoma mais frequente e está presente em mais de 90% dos casos, e antecede a disfunção neurológica. É progressiva, localizada no nível da lesão

medular e é de característica mecânica, piorando com a manobra de Valsalva e com o movimento.

A fraqueza é o segundo sintoma frequente, em aproximadamente 75% dos casos. Pode aparecer gradualmente ou de forma aguda, quando ocorre falência vascular grave, o chamado choque medular. Inicialmente, a musculatura proximal é mais afetada, e com a evolução a musculatura distal também é comprometida. A deambulação fica muito prejudicada e a flacidez e a arreflexia inicial são substituídas pela plegia em flexão.

As alterações sensoriais podem ocorrer em seguida, em torno de 50% dos casos, manifestando-se como parestesias ou hipoestesias, que se inciam nos pés e podem subir até chegar no nível afetado.

As disfunções autonômicas e as paralisias são os sinais da última etapa da síndrome.

Diagnóstico

O diagnóstico se baseia na história e nos achados clínicos e neurológicos presentes e que indicam o nível medular afetado.

A ressonância magnética de toda a coluna e estruturas adjacentes é a forma de investigação de escolha e é imprescindível para planejar o tratamento. É necessária a utilização de contraste intravenoso para complementar o estudo nos casos de presença de massas tumorais paravertebrais e metástases intramedulares.

A radiografia simples de coluna pode mostrar alterações ósseas, tais como colapsos vertebrais, lesões blásticas ou líticas, destruição do pedículo vertebral em torno de 70% dos casos.

Tratamento

Embora a compressão medular seja frequentemente de instalação insidiosa, deve ser tratada como uma emergência.

A droga de escolha é a Dexametasona, na dose inicial de 10-20mg IV em *bolus*. Durante as próximas 48h, manter a dose de 4-8mg a cada 6h e posteriormente a mesma dose é usada via oral. Manter esta dose durante o tratamento radioterápico, reduzindo progressivamente após o seu término. É recomendado associar-se medicamento inibidor da bomba de prótons, assim como o controle dos níveis de glicemia, da pressão arterial e dos eletrólitos no sangue[2].

A radioterapia tem um papel central no tratamento da compressão medular maligna. Realizada junto com a administração da dexametasona, apresenta os seguintes resultados: descomprime o tecido nervoso por citorredução tumoral,

diminui o déficit neurológico em 45-60% dos casos, reverte a paresia em 11-20% dos casos, controla a dor em 70% dos casos e estabiliza a progressão local da neoplasia.

O tratamento cirúrgico descompressivo estará indicado quando: o diagnóstico for duvidoso, sem confirmação histológica, progressão da lesão com o tratamento radioterápico, em pacientes previamente irradiados e quando existir instabilidade mecânica.

Considerações finais

O diagnóstico precoce antes da instalação do dano neurológico grave e a instauração imediata do tratamento são fatores essenciais para evitar a paralisia.

O prognóstico e a expectativa de vida devem ser levados em conta para a tomada de decisão.

Devemos sempre nos lembrar de incluir o paciente e seus familiares no processo de escolha do tratamento a ser implementado, baseado no preceito ético da autonomia.

Referências

1. LOBLAW, D.; LAPERRIERE, N. Emergency treatment of malignant extradural spinal cord compression: na evidence-based guideline. Journal of Clinical Oncology.1998;16:1613-24.

2. ROMERO, P.; MANTEROLA, A.; MARTINEZ, E.; VILLAFRANCA, E.; DOMINGUEZ, M. A.; ARIAS, F. Compréssion Medular. An Sist Sanit Navar. 2004; 24:156-62.

Obstrução urinária em Cuidados Paliativos

Sara Krasilcic

Introdução

Obstruções do trato urinário são complicações que podem causar comprometimento do tempo e da qualidade de vida de pacientes sob Cuidados Paliativos. Ocorrem por causas benignas ou malignas e se localizam em qualquer ponto do trato urinário: na pelve renal, ureteres, bexiga ou uretra.

Os sintomas mais comuns são dor e comprometimento de função renal. Pela proximidade com outros órgãos abdominais, observa-se frequentemente fístulas, infecções e hematúria. Esse último sintoma pode necessitar de investigação para localização (trato urinário alto ou baixo) e tratamento específico.

Assim como em todas as decisões terapêuticas em pacientes em Cuidados Paliativos, deve-se considerar o *status/performance* do paciente, efetividade clínica da conduta, progressão da doença e risco x benefício do procedimento. A dificuldade é atuar de maneira proporcional ao prognóstico e sempre após cautelosa e transparente discussão com o paciente, que deve participar ativamente das escolhas terapêuticas.

Incidência

Calcula-se que 75% das obstruções urinárias sejam causadas por neoplasias pélvicas, principalmente tumores de colo uterino em mulheres e carcinoma de próstata em homens. Neoplasias avançadas de trato digestivo, outros tumores ginecológicos (incluindo mama), câncer de bexiga, pulmão e melanoma também são causas de obstrução de vias urinárias. Observa-se raramente tumores de testículos e linfomas com a obstrução e a insuficiência renal até abrindo o quadro, situações que são potencialmente reversíveis e curáveis.

Como outras etiologias, encontramos linfonodos pélvicos de doença metastática, compressão ureteral por massas em retroperitôneo e hematúria maciça com coágulos em bexiga. Por vezes encontramos causas benignas, como fibrose retroperitoneal, infecções graves com piúria e litíase renal. O diagnóstico diferencial entre essas causas deve ser realizado para tratamento adequado.

Quadro clínico

Os sintomas de obstrução do trato urinário geralmente são insidiosos, o que permite identificação precoce e adequado planejamento do tratamento específico. Variam de intensidade e apresentação conforme comprometimento alto ou baixo, unilateral ou bilateral.

Interrupção súbita do jato urinário sugere lesão de trato urinário baixo (do trígono vesical, próstata, uretra), obstrução de ambos ureteres ou de rim único. A ausência de repleção vesical sugere obstrução alta bilateral.

Observa-se desconforto abdominal em flancos, cólicas, diminuição do jato urinário, noctúria, incontinência e incapacidade de esvaziar totalmente a bexiga.

Em fase mais avançada, pode haver dor de variada intensidade e sintomas típicos da insuficiência renal aguda: edemas e/ou anasarca, edema agudo de pulmão, mioclonias, náuseas e vômitos, anemia e sintomas secundários de alterações metabólicas da uremia.

O exame físico pode apresentar massa pélvica de limite impreciso-bexigoma ou massa tumoral, visível e palpável, distensão e descompressão brusca dolorosa. Deve-se sempre incluir no exame físico o toque retal e a avaliação ginecológica cuidadosa.

Investigação diagnóstica

Os exames iniciais devem incluir função renal (ureia, creatinina) e todos os metabólicos (sódio, potássio, cálcio total e iônico, gasometria venosa, fósforo), assim como hemograma completo e coagulograma.

O ultrassom de abdome (US) é extremamente útil para avaliar localização da obstrução, detectar grau de hidronefrose e presença ou não de atrofia cortical renal. Também possibilita avaliar litíase e características da bexiga. De custo baixo e sem contraindicações, deve fazer parte da investigação em todos os pacientes.

A tomografia de abdome e pelve colabora com detalhes sobre as informações obtidas no US, principalmente na presença de grandes tumores ou distensões/gases. Assim como a ressonância nuclear magnética, deve ser realizada em pacientes com performance para procedimento e sem contraste na insuficiência renal.

Na presença de obstrução ureteral bilateral, deve-se proceder a cistoscopia e, se necessário, pielografia ascendente bilateral.

Está contraindicada a realização de urografia excretora na presença de insuficiência renal.

Possibilidades terapêuticas

A conduta clínica dependerá do prognóstico do paciente e deve-se considerar: tempo de diagnóstico, tipo de doença, extensão de doença, idade, tratamentos já realizados, comprometimento de outros órgãos e, principalmente, performance geral. Por exemplo, enquanto um jovem com carcinomatose por neoplasia de testículo deve ser submetido a diálise, *stents* e tratamento oncológico específico, um idoso com demência avançada e neoplasia de próstata obstrutiva pode receber uma sonda vesical de demora e reposição hidroeletrolítica proporcional a diurese. Essas escolhas devem ser adequadamente discutidas e proporcionadas.

Em **obstrução de via urinária alta** unilateral com rim contralateral normal, observa-se elevação da pressão no sistema pielocalicial, diminuição do fluxo plasmático renal, progressiva perda da função e atrofia do rim obstruído. A recuperação da função renal depende da duração da obstrução, morfologia da pelve renal e da presença ou não de infecção. A colocação de cateter ureteral retrógrado (*stent* duplo J ou cateter ureteral) é o tratamento de escolha. Quando a obstrução está complicada por septicemia ou insuficiência renal, o quadro é considerado uma urgência.

São condições clínicas que indicam nefrostomia percutânea:

- Impossibilidade técnica de alívio da obstrução por via retrógrada;
- Septicemia por foco urinário em pacientes sem condições de anestesia geral;
- Comprometimento tumoral em orifícios ureterais que impede passagem do cateter.

As causas das **obstruções baixas** são variadas: anatômicas (tumores de próstata sendo a mais frequente, neoplasias da bexiga, estenose uretral secundária a radioterapia), funcionais (hipocontratilidade da bexiga neuropática por diabetes, lesão sacral, choque espinhal, disfunção do detrusor) ou farmacológica. A colocação de sonda de Folley reverte a situação e deve ser acompanhada de cuidadosa reposição de volume e manejo de distúrbios hidroeletrolíticos. Se o quadro for acompanhado de insuficiência renal pós-renal, a reposição deve ser mais intensa, pois cursa com poliúria na maioria das vezes.

A impossibilidade de colocação de cateter em uretra por traumatismo prévio ou lesão intransponível indica cistostomia, que pode tornar-se definitiva.

O tratamento clínico da insuficiência renal aguda (equilíbrio de volume – sempre considerar participação de componente pré-renal, correção de potássio, acidose e cálcio) deve ser instituído até discussão detalhada do prognóstico.

As terapias de reposição renal (hemodiálise e diálise peritoneal) são reservadas aos pacientes com diagnóstico recente, virgens de tratamento oncológico

específico, com boa ou ótima performance clínica e perspectiva de vida de meses. Doença metastática sistêmica, caquexia avançada e baixa performance contraindicam essas terapias e seu uso caracteriza obstinação terapêutica.

A radioterapia para obstruções do trato urinário é indicada para pacientes em que está tecnicamente afastada a possibilidade cirúrgica e preferencialmente após tratamento de desobstrução (nefrostomia, *stent* ou ressecção transuretral de próstata). Essa situação ocorre mais comumente em câncer do colo uterino, bexiga, próstata ou recorrência de tumores intestinais.

Prognóstico

Há poucos trabalhos de seguimento clínico de pacientes em Cuidados Paliativos e obstrução renal na literatura médica. Questiona-se a qualidade de vida desses indivíduos e há relatos de morbidades dos procedimentos (fístulas e infecções). Uma série de 33 pacientes nessa situação mostrou reversão do quadro em 75% dos casos com uso de cateter ureteral, somente dois (10%) pacientes foram submetidos à nefrostomia percutânea e 15% a cirurgia aberta. A maioria teve boa ou ótima paliação e a sobrevida média do grupo foi de 13 meses (variando de 6 a 29 meses).

Um artigo retrospectivo de 148 casos com obstrução ureteral maligna que foram submetidos a nefrostomia percutânea ou cateter ureteral mostrou igual incidência de febre ou pielonefrite em ambos grupos, porém a resolutividade do procedimento foi estatisticamente maior na nefrostomia em comparação ao cateter (11 vs. 1,3%).

Outra série de 25 pacientes com câncer cervical avançado mostrou que em ambos procedimentos a indicação e a duração prévia da doença não tiveram influência no prognóstico, porém a radioterapia posterior aumentou a sobrevida. E que a função renal normalizou em 7/9 pacientes, 41% obtiveram alta hospitalar e 62% permaneceram em casa até falecerem.

A enorme diversidade de idade, extensão de doença e performance inicial devem interferir nesses resultados e só colaboram para optarmos por condutas individualizadas baseadas nesses critérios.

Recomendações de cuidados com sondas, stents e ostomias

- Reavaliar possibilidade de retirada da prótese se houver regressão da lesão obstrutiva com radioterapia ou após quimioterapia/hormonioterapia (exemplo: reversão de obstrução por câncer de próstata após terapia androgênica).
- Há preferência para sondas maiores (18-22) em quadros prostáticos e menores (12-14) em lesões de uretra.

- Troca regular de *stent* ou nefrostomia externa a cada 4-6 meses.
- Troca de sonda vesical de demora a cada mês.
- Monitorização atenta de infecções de repetição, considerar colonização se urocultura positiva na ausência de sinais sistêmicos de infecção e tratamento conforme cultura se possível.
- Não há consenso na literatura médica sobre quimioprofilaxia de infecções em cateteres em trato urinário.

Dicas finais: frequentemente usamos drogas com efeitos anticolinérgicos (fenotiazinas, haloperidol, anti-histamínicos e antidepressivos tricíclicos) em pacientes sob Cuidados Paliativos. Essas medicações podem causar retenção urinária por relaxamento do músculo detrusor e contração do esfíncter vesical.

Os opioides tem menor efeito deletério no trato urinário em comparação ao trato intestinal, mas a associação com impactação fecal pode ser causa de retenção urinária, agitação e confusão mental em idosos e em fase final de vida.

Referências

1. HANKS et al. Oxford Textbook of Palliative Medicine. Fourth edition. Oxford University Press, 2010.

2. EYERLY, GAYNOR. The Handbook of Surgical Intensive Care. Third Edition. Mosby Year Book, 1991.

3. EYRE, R. C.; BENOTTI, P. N.; BOTHE, A. et al.. Management of the urinary tract involved by recurrent cancer. Arch Surg. 1987, Apr; 122(4): 493-8.

4. KU, J. H.; LEE, S. W.; JEON, H. G.; KIM, H. H. et al.. Percutaneous nephrostomy versus indwelling ureteral stents in the management of extrinsic ureteal obstrution in advanced malignangies: are there diferences? Urology. 2004, Nov; 64(5):895-9.

5. FUKUOKA, M.; SUZUKI, A.; FUJI, S. et al.. Palliative urinary diversion in patients with advanced cervical cancer. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 1983, Dec; 16 (4): 293-8.

Hemorragias

Sara Krasilcic

Introdução

Hemorragias volumosas são quadros dramáticos e uma das situações mais estressantes para o paciente e seus familiares. Também para a equipe de Cuidados Paliativos pode ser uma situação que exige grande equilíbrio emocional, decisões rápidas e posturas assertivas, porque com frequência torna-se o evento final da vida de alguns pacientes.

As causas mais frequentes de hemorragias exteriorizadas são bem conhecidas e por isso podem ser previstas. Devemos nos antecipar a essas situações com orientações para a equipe de Cuidados Paliativos, assim como para os familiares. Essa preparação e a conduta adequada ao prognóstico do paciente irão caracterizar a maturidade da equipe e sua capacidade de cuidar de seus pacientes.

Causas

Os sangramentos ocorrem por invasão tumoral de vasos, destruição tecidual e inflamação causada pelo câncer, principalmente em lesões de cabeça e pescoço, bexiga, vagina e pulmão. Causas sistêmicas também levam a episódios de sangramento: insuficiência hepática, infiltração medular levando à trombocitopenia e coagulação intravascular disseminada. Aproximadamente 6 a 10% dos pacientes com câncer terão algum sangramento ao longo de sua doença, enquanto que até 50% dos tumores de pulmão apresentarão hemoptise.

Alguns tratamentos oncológicos são conhecidos por causarem cistite hemorrágica, como ciclofosfamida e ifosfamida. Também a radioterapia em baixo ventre leva tardiamente à cistite actínica por formação de telangiectasias. Uso de anticoagulantes, antiagregantes plaquetários e antitrombóticos devem ser suspensos após a reavaliação do quadro prioritário no conforto do paciente, dentro do contexto de Cuidados Paliativos. Da mesma maneira devem ser reavaliadas medicações de uso paliativo como anti-inflamatórios hormonais e não hormonais, que são causas de sangramento digestivo não obrigatoriamente relacionados à fase final de vida imediata.

Quadro clínico

A apresentação clínica de um sangramento pode ser variada, desde uma ferida tumoral ulcerada com pequena e contínua perda sanguínea a volumosas hematêmeses, hemoptises, hematúrias, epistaxe e melenas que podem levar ao óbito em minutos. Pequenos sangramentos contínuos podem tornar-se subitamente volumosos, e equimoses ou petéquias podem representar alterações sistêmicas significativas. A contínua avaliação do paciente e situar os sinais de sangramento dentro de sua performance clínica determinam o tratamento mais adequado em cada fase de sua doença.

Tratamento

Medidas gerais

O tratamento, assim como todas as condutas em Cuidados Paliativos, deve ser individualizado. Sempre que possível o objetivo será identificar e tratar a causa do sangramento. Reforçando o que já foi descrito: *uma das primeiras condutas deverá ser a suspensão de tratamentos que causam sangramento como: antiagregantes plaquetários, anticoagulantes, trombolíticos em uso profilático e corticoides.* A reversão farmacológica pode ser indicada.

Após adequada avaliação do significado do sangramento no quadro do paciente, devemos orientar os pacientes sobre as medidas a serem tomadas, assim como acalmar seus acompanhantes.

Providenciar lençóis e toalhas escuros (vermelhos, vinhos, verdes ou azuis) colabora para menor impacto da visão do sangue nas pessoas que assistem a situação.

Tratamento local

Tamponamento com pressão local ou com solução de adrenalina (epinefrina com soro fisiológico) em superfícies cruentas ou em nariz, vagina ou reto podem ser suficientes para estancar a hemorragia, mas tornam-se desconfortáveis com o tempo. Outras medidas de conforto podem ser necessárias, como sondagem vesical de demora com irrigação contínua para evitar-se obstrução urinária e limpeza de coágulos em cavidade oral e nasal.

Curativos hemostáticos com nitrato de prata, alumínio (solução a 1% via irrigação vesical para hematúrias), sucralfato (em enemas para proctite actínica), alginatos (principalmente com zinco), hidrogel e novas substâncias que incluem colágeno bovino e gelatina porcina são descritos como eficazes, mas dependem de disponibilidade no serviço e habilidade da equipe de enfermagem para seu

adequado manejo. Encontramos na literatura o uso tópico de agentes como ácido tranexâmico em casos de lesões cutâneas, hemotórax e sangramento retal (dissolver um comprimido em 5ml de solução salina) como eficaz e seguro, mais ainda do que epinefrina.

Tratamento sistêmico farmacológico

A reposição de volume pode causar conforto e equilíbrio hemodinâmico.

A administração de vitamina K está indicada para pacientes em uso de anticoagulantes, insuficiência hepática, obstrução de vias biliares e em deficiências nutricionais. A dose recomendada é de 1 a 2,5mg para INR entre 5 a 9; 5mg ou mais para INR >9. Não há risco de superdosagem e por isso usamos habitualmente 1 ampola ao dia (10mg/ml). É igualmente eficaz se administrada endovenosa, subcutânea ou via oral (20mg/dia), por 3 dias. Atenção para a formulação disponível em cada serviço.

O uso de agentes antifibrinolíticos está indicado: sua ação é por inibição da conversão do plasminogênio em plasmina e consequente diminuição da lise dos coágulos. Os mais usados são o ácido tranexâmico e o ácido aminocaproico, endovenoso ou via oral. O início da ação é em dois dias e deve ser continuado por 7 dias após o término do sangramento. As doses habituais e apresentações são mostradas na Tabela 1.

Tabela 1 – Doses e apresentações dos anti-fibrinolíticos

Medicação	Nome comercial	Apresentação	Dose habitual	Orientação
Ácido tranexâmico	Transamin	250mg /comprimido 250mg/ ampola de 5ml	2 a 3 cps. 3x/dia 500 a 1000mg EV lento a cada 8h	Não associar outra droga na mesma infusão
Ácido aminocaproico	Ipsilone	500mg/comprimido 1g ou 4g/20ml	2 a 4 cps. 8/8h 1g 8/8h até 4g 8/8h	Diluir em SF, SG ou Ringer infusão contínua

Transfusões de concentrado de hemácias ou de plaquetas devem ser prescritas conforme prognóstico geral do paciente. São situações que sugerem transfusão: menos que 10.000/mm^3 plaquetas e sangramento oral, digestivo, ginecológico contínuos, hematoma extenso doloroso, quadro neurológico agudo (cefaleia intensa ou alteração visual). Nesse mesmo contexto, discute-se a reposição de plasma fresco ou crioprecipitado: geralmente contraindicados na insuficiência hepática de pacientes com doença oncológica avançada.

Radiologia intervencionista

A embolização arterial de tumores sangrantes em casos selecionados pode ser benéfica para indivíduos com muito boa performance. Trata-se de medida avançada em hemoptise, hematúria, hematêmese, sangramento vaginal e retal, de custo elevado e dependente de disponibilidade no serviço.

Radioterapia

Radioterapia hemostática está indicada em hemoptise, hematúria, sangramento vaginal e retal.

Está particularmente indicada em hemoptise causada por tumores primários do pulmão, não raro como parte do tratamento oncológico, com sucesso em até 80% dos casos. Seu uso em metástases pulmonares é menos eficaz e preconiza-se realização de broncoscopia para localização do sítio de sangramento. Tumores maiores de 10cm, primários ou metastáticos, merecem radioterapia hemostática profilática por apresentarem risco elevado de sangramento.

Em hematúrias (por tumores do trato urinário ou metastáticos) sem possibilidade cirúrgica e refratárias a medidas locais e sistêmicas, a radioterapia tem sucesso em mais da metade dos casos. Os mais frequentes efeitos colaterais são diarreia e vômitos, que devem ser controlados com sintomáticos apropriados.

Outros locais que se beneficiam de radioterapia hemostática são vagina, trato digestivo alto ou baixo, lesões em tórax por câncer de mama ou primário de pele.

Sangramentos em região cervical causadas por recidiva de tumores de cabeça e pescoço tem limitação no uso da radioterapia paliativa frequentemente por fístulas e infecções associadas, quando não por ter esgotado a dose de tratamento local.

Cirurgia

Procedimentos de ligadura de vasos sangrantes, particularmente em tumores de cabeça e pescoço são situações de exclusão para casos muito selecionados.

Sangramento maciço e sedação paliativa

Sangramentos que não respondem a medidas locais e sistêmicas são situações de emergência e indicam sedação paliativa.

Os fatores que sugerem a possibilidade de tal evento são:

- Lesões próximas a grandes vasos cervicais
- Hemoptise ou hematêmese recorrente
- Distúrbios de coagulação por insuficiência hepática

- Plaquetopenia
- Áreas cruentas com sangramento contínuo

Quando alertados a equipe e os familiares sobre a possibilidade de sangramento volumoso já devem ser providenciados os lençóis escuros, luvas e curativos para compressão local.

A sedação com midazolam (dose inicial 2,5 a 5mg) subcutâneo ou endovenoso deve ser repetida após 10 a 15 minutos se a situação persistir, até conforto do paciente. Preconizamos que a dose necessária para conforto seja prescrita em solução e infusão contínua a cada 8 horas.

Outras medidas para conforto em fase final de vida devem ser associadas.

Referências

1. HANKS et al. Oxford Textbook of Palliative Medicine. Fourth editionParte 4. Oxford University Press, 2010.

Parte 4

Procedimentos em Cuidados Paliativos

Via subcutânea: a via parenteral de escolha para administração de medicamentos e soluções de reidratação em Cuidados Paliativos

Eliete Farias Azevedo
Maria Fernanda Barbosa

Num contexto global em que se observa o envelhecimento da população e o aumento das doenças crônico-degenerativas, a exemplo do câncer, é razoável que se discuta cada vez mais sobre os métodos alternativos, como a via subcutânea (SC), para a administração de medicamentos e soluções de reidratação quando as vias parenterais e oral se apresentam de forma restrita ou associadas à contraindicação de procedimentos invasivos, tais como a dissecção venosa e a introdução de cateteres[1].

Por ser um procedimento simples, seguro e sem complicações graves, o uso da via SC pode ser amplamente implementada no ambiente hospitalar e ganha espaço também nos cenários de assistência domiciliar como uma modalidade importante a compor o atendimento médico-assistencial em benefícios do paciente, da família e da equipe de saúde[2].

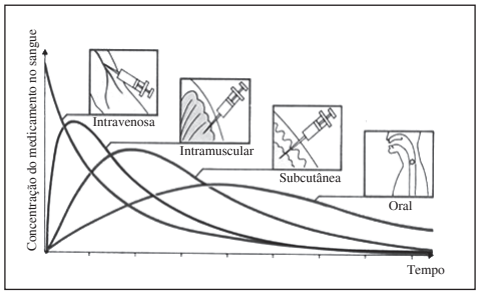
Os termos 'hipodermóclise (*HDC)*' ou '*hidratação subcutânea (SC)'* referem-se à administração de soluções de reidratação parenteral. Quando essa via é utilizada para administração de medicamentos, considera-se o termo '*terapia SC'*[1-2].

Estes termos referem-se, portanto, à administração de medicamentos e soluções de reidratação na camada SC da pele através de uma agulha, preferencialmente de baixo calibre, introduzida numa prega cutânea, em distintas regiões topográficas do corpo.

A capacidade de absorção do tecido SC e a viabilidade para receber fluidos e medicamentos se deve aos componentes estruturais, como densas conexões e tecido adiposo, sistema linfático, glândulas e nervos, além de capilares sanguíneos. Assim, é possível a absorção dos fármacos do espaço SC para a circulação pelos mecanismos de difusão e perfusão ultrapassando apenas as células endoteliais[3, 4].

Quando comparadas as vias parenterais intravenosa (IV), intramuscular (IM) e SC, a concentração sérica máxima é alcançada na circulação em menor tempo para as vias IV e IM, conforme a figura 1. Para a via SC, essa concentração máxima é obtida em tempo maior do que para as vias parenterais citadas, mas mantém níveis plasmáticos mais elevados por maior tempo[4].

Figura 1 - Variação da concentração do medicamento na corrente sanguínea conforme o tempo e a via de administração [4].



Esse perfil de absorção pela via SC mais lento possibilita uma concentração sérica estável do medicamento e impede picos plasmáticos os quais podem determinar o possível aparecimento de efeitos colaterais indesejáveis. Se for usada uma infusão contínua por via SC, a concentração plasmática se mantém em níveis suficientes para impedir o ressurgimento de sintomas antes controlados[3]. Por outro lado, essa característica faz com que a via SC não seja a ideal, quando se necessita de ajuste rápido de dose ou infusão de soluções de grande volume em curto período de tempo.

A velocidade de absorção dos fluidos por via SC também é reduzida na presença de edemas e hematomas no sítio de infusão, já que esta ocorre por difusão capilar[5].

Implicações quanto ao uso da HDC

- ***Indicações***

Prevenção ou tratamento da desidratação moderada: Pacientes com intolerância ou dificuldade para ingestão de líquidos por via oral: náuseas e vômitos incoercíveis, diarreia, obstrução do trato gastrintestinal por neoplasia, embotamento cognitivo, sonolência e confusão mental[5-7].

Impossibilidade de acesso venoso: Pacientes com difícil acesso venoso (veias finas e frágeis) e que tenham o seu sofrimento aumentado pelas constantes tentativas de punção; situações em que o acesso venoso representa impossibilidade ou limitação para a administração de medicamentos e fluidos decorrentes de flebites, trombose venosa e sinais flogísticos[5-7].

- ***Contraindicações***

As principais contraindicações estão relacionadas aos distúrbios de coagulação, situações de emergência (como falência circulatória), desequilíbrio hidroeletrolítico severo, sobrecarga de fluidos (como insuficiência cardíaca congestiva, edema acentuado) e desidratação severa. Nestes casos, esta prática é desaconselhável, pois os resultados obtidos são insatisfatórios. Quando houver risco severo de congestão pulmonar (ex.: Insuficiência Cardíaca Congestiva e Síndrome de Veia Cava Superior), deve-se avaliar criteriosamente cada caso[5, 7-8].

- ***Vantagens***

É uma via segura, com pouco risco de complicação, de fácil manipulação e manutenção.

Mínimo desconforto ou risco de complicação local: Com possibilidade de maior mobilidade, já que apresenta opções variadas para a instalação dos sítios de punção (comumente distante de articulações) e dispensa a imobilização de qualquer membro. Além disso, a infusão de reidratação pode ser interrompida a qualquer momento sem o risco de complicações (como formação de coágulos ou trombose de vaso). Tal prática apresenta, ainda, baixa incidência de infecção[9-11].

Risco mínimo de complicações sistêmicas: *o RISCO DE COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS* como a hiper-hidratação e a sobrecarga cardíaca É MÍNIMO e pode ser monitorado ao longo da infusão da solução[7].

Baixo custo: Quando utilizada em situações apropriadas, pois os materiais necessários para a instalação da HDC são relativamente pouco onerosos quando comparados aos utilizados em outros tipos de punções. Além disso, pode ser mantida por semanas (embora haja recomendação de troca a cada 96 horas, ou antes, se forem evidenciados sinais flogísticos) e exige menos horas de supervisão técnica da equipe de saúde[5, 12].

Possibilidade de alta hospitalar precoce e permanência do paciente em domicílio: Por ser um método seguro, sem graves complicações e de manuseio simples, possibilita a alta precoce do paciente, já que o dispositivo pode ser manejado em domicílio pelo cuidador/familiar e/ou pelo próprio paciente após treinamento pela equipe de enfermagem. Pode ainda ser aplicado em domicílio, sem a necessidade de internação do paciente desidratado[5, 13].

- ***Desvantagens***

A HDC apresenta limitações nas situações em que se deseja uma velocidade de infusão de reidratação rápida e grande volume de líquidos. Recomenda-se até 3000ml em 24 horas (dividindo-se em dois sítios separados e simultâneos, 1500ml por sítio de infusão). Por isso, em casos emergenciais como reversão de choque

hipovolêmico e desidratação severa – situações em que se faz necessária a infusão de grande volume de solução –, a via SC é insuficiente[5, 7]. Alguns pacientes com tecido SC diminuído podem ter o volume limitado a 2000ml em 24 horas[5].

Soluções de hidratação recomendadas

Soluções: Soro fisiológico 0,9% e soro glicosado 5% utilizados para administração por via intravenosa podem ser infundidos também pela via SC[5, 7, 14-15]. Algumas soluções podem ser administradas por via SC em infusão contínua, conforme o quadro 1.

Eletrólitos: Cloreto de potássio (KCl) e cloreto de sódio (NaCl) devem ser administrados apenas após a diluição nos soros fisiológico 0,9% e glicosado 5%, em volumes não inferiores a 100ml[7, 12, 16].

Gotejamento: Recomenda-se regular o gotejamento da infusão através de equipo com dosador ml/h, microgotas ou bomba de infusão, conforme a necessidade. Deve-se manter o fluxo em torno de 60 a 125ml/h, considerando as condições clínicas e a necessidade do paciente[5, 12].

Quadro 1 - Soluções recomendadas para infusão contínua [17-18].

INDICAÇÃO	MEDICAMENTO	DOSE	DILUENTE	ESTABILIDADE
Dor	Cetamina	0,3 – 1,2mg/kg/h	SF 0,9% com concentração final máxima de 2mg/ml	TA: 24h
	+	+		
	Dexametasona	0,5 – 1mg		SR: 48h
	Morfina	0,8 – 10mg/h	SF 0,9% ou SG 5%	TA: 24h
Sedação	Midazolam	0,05 – 0,15mg/kg/h	SF 0,9% com concentração final máxima de 0,5mg/ml	TA: 24h
	+	+		
	Ondansetrona	8 – 24mg		
	+	+		SR: 24h
	Bromoprida	20 – 60mg		
Náuseas/vômitos	Dexametasona	10 – 20mg	SG 5%	TA: 24h
Obstrução intestinal maligna	Octreotida	0,1 – 0,6mg	SF 0,9% 250ml	TA: 24h
	+	+		
	Hioscina	4 – 40mg		SR: 48h

TA: temperatura ambiente / SR = sob refrigeração

Medicamentos previstos para uso via SC

Soluções isotônicas e com pH próximo à neutralidade são melhor toleradas pela via SC, bem como os opioides, tanto para o uso regular quanto para os medicamentos de resgate. Incui-se também: CLONAZEPAM, CLONIDONA, CLORPROMAZINA, DEXAMETASONA, FENOBARBITAL, FENTANIL, FUROSEMIDA, GRANINSETRONA, HALOPERIDOL, HIOSCINA, HIDROCORTISONA, KETAMINA, LEVOMEPROMAZINA METADONA, METILPREDNISONA, METOCLOPRAMIDA, MIDAZOLAM, MORFINA, NAXOLONA, NAPROXENO, OCTREOTIDE, ONDANSETRONA, OXICODONA, PROMETAZINA, RANITIDINA, TRAMADOL, dentre outros[5, 11; 14, 17, 19-20].

Com os avanços científicos nessa área de conhecimento, outros medicamentos têm sido estudados a fim de ter seu uso padronizado através da via SC, como os antibióticos, sendo o Ceftriaxona o mais estudado até o momento e os aminoglicosídeos, como a Gentamicina, os de maior risco de complicações locais[21].

Medicamentos não recomendados

Os medicamentos que têm baixa solubilidade em água e por isso são veiculados em soluções de características oleosas, como propilenoglicol, não apresentam bom perfil de segurança para utilização por via SC, em função do dano que tais soluções podem causar a este tecido. Medicamentos como diazepam, diclofenaco e fenitoína apresentam tal particularidade. Soluções com extremos de pH (< 2 ou > 11) apresentam risco aumentado de precipitação ou irritação local, sendo incompatíveis com a via SC. Assim, contraindica-se a utilização de: DIAZEPAM, DICLOFENACO (CONTROVERSO), FENITOÍNA e ELETRÓLITOS NÃO DILUÍDOS[5, 16, 22].

Existem outras soluções que não podem ser administradas pela via SC, como aquelas que apresentam teor de glicose superior a 5%; soluções com teor de potássio superior a 20mmol/l; soluções coloidais; sangue e seus derivados e nutrição parenteral total (NPT)[6].

Compatibilidade entre os medicamentos

A eficácia terapêutica, a tolerância e os aspectos voltados à segurança no uso da via SC têm sido estudos a fim de ampliar o arsenal medicamentoso, por isso recomendações principalmente quanto à compatibilidade entre os medicamentos devem ser consideradas. No quadro 2 são apresentadas as possibilidades de administração de dois medicamentos no mesmo sítio de infusão SC[5, 6].

Quadro 2 - Compatibilidade entre dois medicamentos para administração no mesmo sítio por via SC.

Compatível ☺ Incompatível × Não testado ★	Clorpromazina	Dexametasona	Fenobarbital	Furosemida	Haloperidol	Hioscina	Insulina	Ketamina	Metadona	Metoclopramida	Midazolan	Morfina	Octreotide	Ondansetrona	Ranitidina	Tramadol
Clorpromazina		☺	★	★	☺	★	★	★	★	☺	☺	☺	★	★	☺	★
Dexametasona	☺		×	☺	×	☺	☺	☺	☺	☺	×	☺	×	★	☺	☺
Fenobarbital	★	×		★	★	★	×	★	★	★	★	☺	★	★	×	★
Furosemida	★	☺	★		★	★	★	★	★	×	×	×	★	★	☺	★
Haloperidol	☺	×	★	★		☺	★	☺	☺	★	☺	☺	★	★	★	☺
Hioscina	★	☺	★	★	☺		★	☺	☺	☺	☺	☺	☺	☺	★	☺
Insulina	★	☺	×	★	★	★		★	★	☺	☺	☺	×	★	×	★
Ketamina	★	☺	★	★	☺	☺	★		★	☺	☺	☺	★	☺	★	★
Metadona	★	☺	★	★	☺	☺	★	★		☺	☺	×	★	★	★	×
Metoclopramida	☺	☺	★	×	★	☺	☺	☺	☺		☺	☺	☺	★	☺	☺
Midazolam	☺	×	★	×	☺	☺	☺	☺	☺	☺		☺	★	☺	×	☺
Morfina	☺	☺	☺	×	☺	☺	☺	☺	×	☺	☺		☺	☺	☺	×
Octreotide	★	×	★	★	★	☺	×	★	★	☺	★	☺		★	★	★
Ondansetrona	★	★	★	★	★	☺	★	☺	★	★	☺	☺	★		★	★
Ranitidina	☺	☺	×	☺	★	★	×	★	★	☺	×	☺	★	★		★
Tramadol	★	☺	★	★	☺	☺	★	★	×	☺	☺	×	★	★	★	

Como utilizar os medicamentos

Diluição: Todos os medicamentos administrados pela via SC devem estar na forma líquida e devem ser diluídos, preferencialmente, em água para injeção, sendo que o soro fisiológico 0,9% também é uma opção frequentemente utilizada na prática clínica. A diluição recomendada é de 1ml de medicamento em 1ml de diluente. Ex.: octreotida 0,1mcg/ml, ampola de 1ml, diluir em 1ml de soro fisiológico[5].

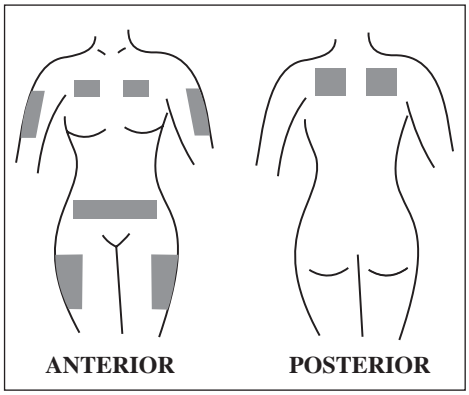
Formas de administração: Os medicamentos podem ser administrados em *bolus* ou em infusão contínua, conforme a necessidade clínica do paciente, de acordo com as compatibilidades apresentadas no quadro 2.

Escolha do sítio de punção

Deve levar em consideração a direção da drenagem linfática, preferencialmente o canal linfático formado pela veia jugular interna, veia subclávia e gânglios axilares, seguido da cadeia linfática para-aórtica e gânglios inguinais[23].

Dessa forma, são descritas como preferenciais as seguintes regiões topográficas: a região deltóidea, a região anterior do tórax, a região escapular, a região abdominal e a face anterior e lateral da coxa, conforme a figura 2[6, 24]. A tolerância de cada região para a infusão de soluções de reidratação varia conforme as condições gerais de cada paciente e o volume a ser infundido.

Figura 2 - Localização topográfica das regiões do corpo que podem ser escolhidas como sítio de punção SC.



Devem ser evitadas as áreas de pele com linfedema, com irradiação recente, com presença de erupção de qualquer tipo, sobre proeminências ósseas, nas proximidades de articulações, em tumorações, em pele lesionada, infectada ou inflamada e sobre ascite[6].

Dispositivos recomendados

O dispositivo mais utilizado para o procedimento é o *scalp*, tipo *butterfly* nos calibres 25 e 27, que pode permanecer por até 5 dias. Outros dispositivos como os cateteres de teflon podem ser utilizados por tempo maior de duração[5].

Execução da técnica

Materiais necessários[5]:

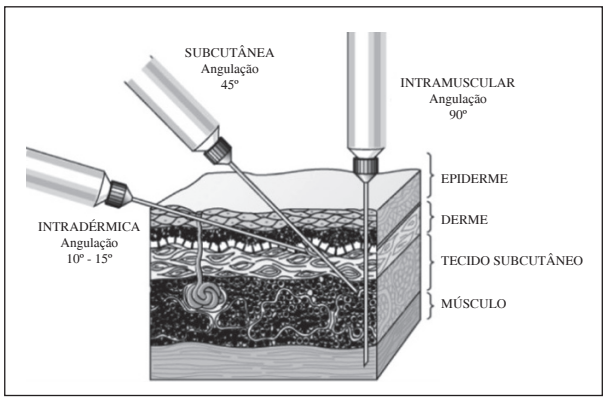
- Solução preparada para ser instalada (soro, medicamento);
- Equipo com dosador (ml/hora) ou bomba de infusão;
- Solução antisséptica;
- Gaze, luva de procedimento;
- Dispositivo (scalp ou cateter de teflon);
- Filme transparente para fixar;
- Esparadrapo para datar.

Instalação da punção (5-6):

- Lavar as mãos;
- Certificar-se de que o medicamento ou a solução de reidratação é por via SC;
- Explicar ao paciente/família sobre o procedimento;
- Escolher o local para a punção, tendo em vista maior conforto para o paciente;
- Preencher o circuito intermediário do scalp com SF 0,9% (cerca de 0,5ml);
- Fazer antissepsia e a 'prega' cutânea;
- Introduzir o scalp num ângulo de 45° abaixo da pele, na 'prega', conforme a figura 3 (a agulha deve ficar solta no espaço SC);
- Fixar o scalp com filme transparente;
- Aspirar cuidadosamente, de forma a garantir que nenhum vaso seja atingido;
- Aplicar o medicamento ou conectar o scalp ao equipo da solução de reidratação e calcular o gotejamento;
- Proceder à identificação da punção com data, horário, calibre do dispositivo, nome do medicamento administrado e nome do profissional que realizou o procedimento.

Obs.: O scalp pode e deve permanecer salinizado no paciente para a administração posterior de medicamentos regulares e de resgate.

Figura 3 - Angulação da agulha para inserção no tecido subcutâneo.



Complicações que devem ser monitoradas[5, 9, 12]

Locais: Sinais de irritação local podem aparecer nas primeiras 4 horas. Se persistirem por tempo superior ao esperado, trocar o sítio de punção. Recomenda-se reavaliação e troca do sítio de punção quando houver sinais flogísticos: edema,

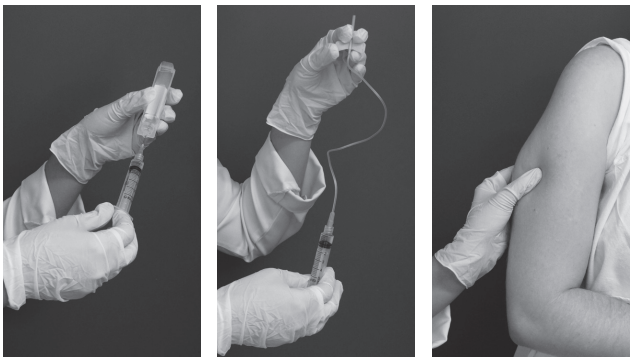
calor, eritema persistente e dor no local da infusão; endurecimento, hematoma, necrose do tecido (complicação tardia); sinais de infecção: presença de febre, calafrio e dor (suspender a infusão).

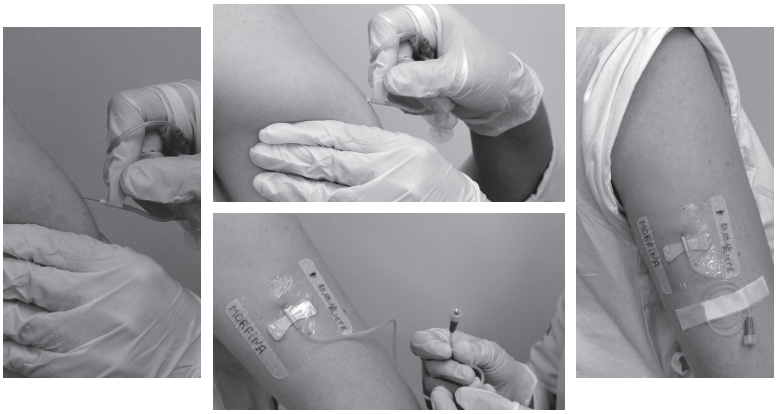
Sistêmicas: Os sinais de sobrecarga cardíaca (taquicardia, turgência jugular, hipertensão arterial, tosse, dispneia) são indicativos para a suspensão do uso[5].

Recomendações

- Fazer rodízio do sítio de punção respeitando a distância mínima de 5cm do local da punção anterior. Considerar condições clínicas do paciente, características ambientais e do dispositivo[5].
- Após a administração de medicamentos, injetar 1ml de SF 0,9% para garantir que todo o conteúdo do dispositivo seja introduzido no sítio de punção[5].
- Se for observado edema local persistente, recomenda-se diminuir o gotejamento ou suspender a infusão de reidratação[5].

Passo a passo





Referências

1. SCALES, K. Use of hypodermoclysis to manage dehydration. *Nursing Older People,* v. 23, n. 5, p. 16-22, 2011.

2. SPANDORFER, P. R. Subcutaneous rehydration: updating a traditional technique. *Pediatric Emergency Care*, v. 27, n. 3, p. 230-236, 2011.

3. GOLAN, D. E. et al. *Princípios de farmacologia*: a base fisiopatológica da farmacoterapia. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009. cap. 3-4, p. 28-57.

4. LÜLLMANN, H.; MOHR, K. *Farmacologia Texto e Atlas*. 4 ed. Editora Artmed. Porto Alegre, 2004. p. 46-47.

5. BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Série Cuidados Paliativos. *Terapia subcutânea no câncer avançado*. Rio de Janeiro, 2009, 32 p.

6. LANARKSHIRE, N. H. S. *Guidelines for the use of subcutaneous medications in palliative care*, 2010.

7. LYBARGER, E. H. Hypodermoclysis in the home and long-term care settings. *Journal of Infusion Nursing*, v. 32, n. 1, p. 40-44, 2009.

8. HUMPHREY, P. Hypodermoclysis: an alternative to I.V. infusion therapy. *Nursing*, v. 41, n. 11, p. 16-17, 2011.

9. CANDON, H. L. A multifaceted intervention to address a case cluster of cellulitis associated with hypodermoclysis in a geriatric complex continuing care unit. *The Canadian Journal of Infection Control*, v. 25, n. 2, p. 101-106, 2010.

10. HARB, G. et al. Safety and pharmacokinetics of subcutaneous ceftriaxone administered with or without recombinant human hyaluronidase (rHuPH20) versus intravenous ceftriaxone administration in adult volunteers. *Current Medical Research & Opinion*, v. 26, n. 2, p. 279-288, 2010.

11. PALACIOS, R. H. Utilidad de la vía subcutánea em la estratégia de atención al paciente com demência em fase avanzada. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, v. 44, n. S2, p. 37-42, 2009.

12. WALSH, G. Hypodermoclysis – an alternative method for rehydration in long-term care. *Journal of Infusion Nursing*, v. 28, n. 2, p. 123-129, 2005.

13. IBOR, P.; ADRIÁ, J. M.; MARIN, M. Via subcutânea: una via de administración alternativa de medicamentos en asistencia domiciliaria a pacientes terminales. *Colômbia Médica*, v. 37, n. 3, p. 219-222, 2006.

14. FONZO-CHRISTE, C.; VUKASOVIC, C.; WASILEWSKI-RASCA, A. N; BONNABRY, P. Subcutaneous administration of drugs in the elderly: survey of practice and systematic literature review. *Palliative Medicine*, v. 19, p. 209-219, 2005.

15. TURNER, T.; CASSANO, A. M. Subcutaneous dextrose for rehydratation of elderly patients – evidence-based review. *BMC Geriatrics*, v. 4, n. 2, p. 1-6, 2004.

16. DARDAINE-GIRAUD, V.; LAMANDÉ, M.; CONSTANS, T. L'hypodermoclyse: intérêts et indications en gériatrie. *La Revue de Médicine Interne*, v**.** 26. p. 643-650, 2005.

17. SANTOS, K. A. S. L.; FERREIRA, A. C. Hipodermóclise e administração de medicamentos por via subcutânea: uma técnica do passado com futuro. *Revista Prática Hospitalar*, ano XI, p. 109-114, 2009.

18. TRISSEL, L. A. *Guia de bolso para fármacos injetáveis*. 14 ed., Artmed, 2008.

19. NEGRO, S.; REYES, R.; AZUARA, M. L.; SÁNCHES, Y.; BARCIA, E.; Morphine, haloperidol and n-butyl bromide combined in s.c. infusion solutions: compatibility and stability evaluation in terminal oncology patients. *International Journal of Pharmaceutics*, v. 307 p. 278-284, 2006.

20. LOPEZ, L. P.; PORTACELI, A. A.; ROS, A. S. Utilización de la vía subcutánea para el control de síntomas en un centro de salud. *Atención Primaria*, v. 28, n. 3, p. 185-187, 2001.

21. AZEVEDO, E. F. *Administração de antibióticos por via subcutânea: uma revisão integrativa da literatura*. 2011. 159 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2011.

22. SWEETMAN, S. *Martindale*: The Complete Drug Reference. 35 ed., Pharmaceutical Press. USA, 2007.

23. DUGAS, R. La voie sous-cutanée. Une alternative utile en soins palliatifs. *Canadian family physician*, v. 47, p. 266-267, 2001.

24. KHAN, M.; YOUNGER, G. Promoting safe administration of subcutaneous infusions. *Nursing Standard*, v. 21, n. 31, p. 50-56, 2007.

Procedimentos invasivos em Cuidados Paliativos

Teresa Cristina da Silva dos Reis

Introdução

De acordo com o Instituto Nacional do Câncer (INCA)[1], no Brasil, as estimativas para o ano de 2013 apontam a ocorrência de aproximadamente 518.510 casos novos de câncer, reforçando a magnitude do problema do câncer no país. Em nosso país, a mortalidade proporcional por neoplasias cresceu consideravelmente ao longo das últimas décadas, acompanhando o crescimento da mortalidade relacionada às doenças do aparelho circulatório e por causas externas, ao mesmo tempo em que diminuíram as mortes por doenças infectoparasitárias – esse perfil da mortalidade retrata a transição epidemiológica e demográfica verificada no país.

Nos EUA, um em cada três norte-americanos será diagnosticado com um tipo de câncer em sua vida e mais de um terço destes pacientes morrerão da doença. Três das quatro famílias terá um membro da família com câncer[2]. O tratamento oncológico envolve muitas formas de terapia destinadas a curar ou paliar a doença, que incluem a quimioterapia, radioterapia, cirurgia e outras. A cirurgia paliativa no câncer avançado é uma opção terapêutica para doenças cujas complicações comprometem funções vitais e geram sintomas como dor, dispneia, náuseas, vômitos, sangramento e outros que comprometem a qualidade de vida (QV).

A cirurgia sempre desempenhou um papel fundamental no cuidado do paciente com câncer, independentemente da intenção de tratamento. Os avanços recentes têm expandido esse papel, não só em termos de modalidades disponíveis, mas de forma mais ampla em termos das expectativas do cirurgião como o médico envolvido no atendimento interdisciplinar do paciente com doença sintomática incurável.

É importante destacar que a cirurgia paliativa goza de uma tradição antiga, que se iniciou muito antes da era antibiótica e muitos antes da definição de padrões de tratamento do câncer, como no tratamento de complicações ortopédicas e pulmonares crônicas, de condições resultantes de tuberculose e estafilococcias. Tratamentos cirúrgicos para doença obstrutiva coronariana sintomática e comissurotomia mitral por insuficiência cardíaca congestiva sintomática foram esmagadoramente aceitos antes que qualquer melhora na sobrevida fosse demonstrada com estas intervenções. Como a cura cirúrgica para todos os tipos de doenças se

tornou mais frequente, com o tempo, o apelo da cirurgia paliativa foi diminuído porque se tornou erroneamente sinônimo de procedimento não curativo[17].

Isso criou um sentimento de dissonância cognitiva para os cirurgiões que tentam conciliar a necessidade de intervenção para sintomas aflitivos, com a percepção cada vez mais comum de que a cirurgia paliativa representa "fracasso". Dessa forma, cria-se a necessidade de fornecer um contexto significativo e apropriado para a cirurgia paliativa. Este tipo de abordagem no paciente com doença oncológica é melhor apreciada no contexto maior de cuidado paliativo cirúrgico, que é o tratamento da dor e sintomas e promoção da qualidade de vida para pacientes terminais sob o cuidado cirúrgico.

Através da perspectiva dos Cuidados Paliativos, uma prática atual, atraente e baseada em evidências, baseada na abordagem interdisciplinar de atendimento ao paciente com doença grave ou avançada, existe agora uma ótima oportunidade para uma redefinição mais consistente e afirmativa da cirurgia paliativa. Esta transição tem sido orientada por maior ênfase na determinação da relevância pessoal para alívio dos sintomas ("centrada no paciente"), minimizando a morbidade, melhorando aspectos não físicos de cuidado e expandindo a durabilidade do alívio dos sintomas.

Histórico

No dia a dia, para os cirurgiões, os cuidados com grandes queimados representam o modelo mais óbvio e que se aproxima de Cuidados Paliativos para doentes críticos. É um excelente modelo, porque os cuidados ao paciente não se baseiam no prognóstico, mas em sua necessidade de conforto durante a tentativa de preservar ou melhorar a função. Um paciente com grande área queimada registra níveis extremamente altos de sofrimento em todas as dimensões de percepção (física, psicológica, socioeconômicas e espirituais). As queimaduras são verdadeiramente uma experiência transformadora para todos os envolvidos, e até recentemente, era a única condição cirúrgica, onde entorpecentes eram rotineira, liberal e adequadamente empregados com o intuito de aliviar a dor, o que nos aproxima de um princípio básico dos Cuidados Paliativos.

O próprio termo "Cuidados Paliativos" foi colocado em uso na cirurgia por Balfour Mount, um urologista oncológico, em 1974, no Royal Victoria Hospital em Montreal, para descrever um tipo de cuidado abrangente, interdisciplinar e centrado no paciente, que propiciasse alívio dos sintomas de pacientes terminais. Cuidados Paliativos é hoje um modelo seguro de cuidados, apoiado em evidências científicas, aplicado por serviços de saúde independentes, mas com alguns conceitos já conhecidos e de alguma forma praticados por médicos e cirurgiões na maior

parte das suas intervenções durante milênios. Os procedimentos de Billroth, as mastectomias radicais de Halsted, o procedimento de Whipple, todos foram inicialmente concebidos para proporcionar um mundo mais tranquilo e morte menos sintomática em doentes com câncer terminal. Esta tradição de Cuidados Paliativos continua na exploração cirúrgica de novas formas de melhorar o atendimento de pacientes com doenças incuráveis, desta vez focando no controle de sintomas[19].

Assim, procedimentos invasivos para tratamento paliativo podem incluir menores ou maiores ressecções, ostomias, *bypass*, reparos funcionais e drenagens. Há uma escassez de dados sobre o alcance e os números de procedimentos paliativos cirúrgicos realizados nos Estados Unidos[7], e no Brasil eles são inexistentes. Estudos têm sido limitados a um procedimento específico em vez de uma visão geral no âmbito das operações paliativas. Miner et al[16], em uma série de 348 procedimentos de 1990 a 1996, descobriu que esses estudos eram focados principalmente na morbidade e mortalidade, que apenas 12% dos estudos consideravam alívio da dor, 2% consideravam custo e 17% avaliaram a QV[7].

A cirurgia paliativa é uma parte importante da abrangente assistência oncológica multidisciplinar em centros oncológicos, no entanto, seu alcance, número de procedimentos e custos não têm sido bem documentados. A literatura oncológica cirúrgica raramente se concentra em questões de QV e baseia-se principalmente em mensurações de morbidade e mortalidade e na revisão retrospectiva[8]. Entre as abordagens multidisciplinares do gerenciamento de câncer, a cirurgia é menos investigada. Consequentemente, têm-se demonstrado que a formação do cirurgião é deficiente nos aspectos relacionados ao cuidado paliativo e cuidados ao fim de vida. Esta falta de treinamento pode explicar por que os cirurgiões tradicionalmente têm desempenho precário na comunicação com os pacientes em questões sobre o final de vida.

Definição

Surpreende que, embora muitos tratamentos de câncer sejam paliativos na intenção, não há definição consensual de "alívio" ou uma abordagem padrão para a sua mensuração[3]. Não há uma definição única de paliação cirúrgica e a terminologia vigente aumenta a discordância entre os cirurgiões e investigadores, existindo diversos motivos para a existência de divergência conceitual: os procedimentos paliativos podem ser vistos como procedimentos únicos cuja intenção é aliviar os problemas diretamente relacionados com o tumor ou pode incluir definições mais amplas, que incluem a prevenção de complicações da evolução tumoral, problemas/sequelas relacionadas à terapia oncológica ou emergências cirúrgicas em pacientes com doença incurável.

Atualmente na literatura, os cirurgiões empregam o termo "cirurgia paliativa" para diferentes situações. Estas definições são baseadas diretamente no modelo de tratamento centrado na doença oncológica, sem qualquer referência ao controle dos sintomas ou à qualidade de vida e tem sido utilizada para descrever:

- Cirurgia que tem como objetivo aliviar sintomas ou complicações da evolução da doença de base;
- Cirurgia de ressecção tumoral padrão que apresenta como resultado final massa residual microscópica ou não;
- Ressecção ou abordagem cirúrgica da doença recorrente ou persistente após falha de tratamento primário.

Em última análise, estes termos devem ser definidos de modo que um vocabulário comum possa ser utilizado e os resultados possam ser analisados de maneira mais uniforme.

O papel da cirurgia em cuidados paliativos é considerado multifacetado e ainda não bem caracterizado. De acordo com Ball et al[6], seriam cinco as funções essenciais da cirurgia paliativa oncológica convencional, quais sejam: (a) avaliação inicial da doença, (b) controle local da doença, (c) controle de sangramento, (d) controle da dor e (e) reconstrução e reabilitação. Embora essas definições amplas proporcionem uma compreensão global dos alcances dos cuidados cirúrgicos, interpretações alternativas sobre o que constitui um procedimento cirúrgico paliativo invasivo por médicos e investigadores diferentes geram comparações e estudos problemáticos. Uma vez que os Cuidados Paliativos idealmente exigem uma abordagem de necessidades individuais do paciente e valores, procedimentos idênticos podem desempenhar papéis dramaticamente diferentes para cada paciente. Assim, definir a paliação cirúrgica pelo tipo de procedimento realizado ou extensão de doença, em vez dos objetivos e intenções do processo, tem valor limitado e é geralmente inútil[17]. Deve-se considerar de que forma o modelo curativo atual vem afetando os objetivos da intervenção cirúrgica e como essas metas devem ser alteradas com uma mudança para um modelo paliativo.

Paliação cirúrgica é então melhor definida como o uso deliberado de um procedimento em um paciente com doença incurável, com a intenção de aliviar os sintomas, minimizando a aflição do paciente e melhorando a qualidade de vida, sem causar morte prematura[9]. Paliação não é, portanto, o oposto da cura. Ao definir paliação com base em fatores como controle de sintomas e intenção cirúrgica, o foco principal em uma abordagem individualizada para cirurgia é mantida.

Definições anteriores são conflitantes porque são baseadas em seu impacto (ou a falta dele) sobre a doença, em vez de impactos sobre o controle de sintomas. Neste artigo, para evitar dúvidas, utilizaremos o termo Procedimentos Invasivos em Cuidados Paliativos, como sendo aquele em que o cirurgião ou radiologista

intervencionista ou endoscopista executa o ato cirúrgico, com a intenção de proporcionar alívio de sintomas que afetam o paciente acometido por doença crônica e ameaçadora de vida, o que inclui o câncer e outras condições de doença benigna, não existindo perspectiva de cura. Neste artigo não abordaremos procedimentos para controle de dor, executados por profissional habilitado em Clínica de Dor.

Objetivos

Os objetivos primários e básicos da realização de qualquer procedimento invasivo paliativo em tratamento paliativo cirúrgico incluem[24]:

- o alívio possível e durável de sintomas
- restauração da função de órgãos
- melhoria de qualidade de vida
- melhora da imagem corporal
- otimização de cuidados com o paciente

Esses benefícios devem ser equilibrados com a carga total de doença, o desempenho funcional do paciente, duração da hospitalização, a morbidade e a mortalidade cirúrgica e a necessidade de medidas paliativas adicionais. O oncologista cirúrgico tem despendido a sua experiência em um papel dual, em que se equilibram a realização de complexas e desafiadoras cirurgias para tratamento curativo do câncer e no maior nível de julgamento cirúrgico para selecionar com cuidado os pacientes que podem se beneficiar ao máximo de procedimentos paliativos invasivos[19], mudando o papel de sua atuação na equipe de cuidado ao paciente com doença não curativa e limitadora da vida, como mostra a tabela 1.

Uma associação entre intenção e resultado cirúrgico paliativo tem sido bem demonstrada em pacientes com câncer na literatura. A eficácia de uma intervenção paliativa deve ser julgada pela presença e durabilidade da resolução dos sintomas. Durante a fase de Cuidados Paliativos, esforços para melhorar a sobrevida global não podem ser sobrepostos aos esforços para minimizar a morbidade ou mortalidade. Embora a paliação do sintoma possa resultar em sobrevivência aumentada para o paciente, não é apropriado selecionar um procedimento paliativo com base exclusivamente no desejo de aumento do tempo de sobrevida[17].

Tabela 1 - Mudança de paradigma no papel do Cirurgião Oncológico

Prática Convencional	Novos conceitos em Cirurgia Paliativa
Por quê?	Por que não realizar?
Condição terminal	Doença crônica
Critérios de ressecabilidade	Critérios de irressecabilidade
Limitação imposta pela carga tumoral	Foco na preservação funcional do órgão
Morbidade/mortalidade e sobrevida a longo prazo	Sobrevida ajustada a qualidade e livre de progressão
Curativa/paliativa	Citorredutora/higiênica

Adaptado de Hanna, NH, Bellevance, E, Keay,T Palliative Surgical Oncology. Surgical Clinics of North America, Abril 2011.

Seleção de pacientes

A realização de procedimentos cirúrgicos invasivos em doentes com CA avançado tem sido associada com hospitalização prolongada, maior custo e excesso de morbidade e mortalidade. Induzidos pela cirurgia, estresse e supressão imune foram creditados como resultando em disseminação física e piora de prognóstico. Estudos bem delineados e com definição precisa do tratamento paliativo clarearam as indicações para a cirurgia paliativa, entretanto ainda nos faltam medidas mais adequadas para avaliar a eficácia da cirurgia paliativa[19].

Embora a consideração de risco em termos de toxicidade relacionada ao tratamento, morbidade e mortalidade seja uma parte importante do processo de tomada de decisão cirúrgica, a atenção para esse elemento não deve ser o único fator na tomada de decisões sobre a terapia paliativa[12].

Decisões devem ser tomadas em pontos fundamentais, como a probabilidade de resolução dos sintomas, o efeito sobre a qualidade geral de vida e durabilidade das ações. A paliação cirúrgica deve ser realizada na medida das necessidades e sintomas do paciente (*in primo non nocere*). Entretanto, o benefício do paciente dependerá da escolha do momento, do tipo e da amplitude do procedimento[23].

Alguns fatores devem ser previamente analisados para o sucesso da indicação:

- condição clínica e performance/status do paciente
- história natural dos sintomas primários e secundários
- extensão da doença e prognóstico do paciente
- sucesso potencial e a durabilidade do procedimento
- disponibilidade e sucesso de terapia não cirúrgica
- impacto sobre qualidade de vida e expectativa do paciente relacionada ao procedimento

Devido à significativa morbidade e mortalidade associadas com pacientes sobre Cuidados Paliativos, o fator mais importante demonstrado na literatura no sucesso do tratamento paliativo é claramente a seleção adequada dos pacientes adequados. Como não existem pesquisa e experiência uniforme documentada, algoritmos de tratamento são raríssimos. Entretanto, no maior estudo prospectivo até a data, publicado por Miner et al[12], sabe-se que um performance/status comprometido, má nutrição e ausência de terapia prévia foram considerados fatores de pobre desempenho. Terapia para os sintomas deve permanecer flexível e individualizada para atender continuamente o paciente que é único e mutável em suas necessidades.

As percepções dos membros da equipe de Cuidados Paliativos podem identificar problemas que surgem a partir de diferentes domínios (psicológicos, socioeconômicos, espirituais). Os princípios e preparação para um procedimento paliativo são essencialmente os mesmos para qualquer outra área cirúrgica.

Avaliação prognóstica

A realização de procedimentos paliativos corresponde a cerca de 12,5 a 21% de todos os procedimentos cirúrgicos para o tratamento do câncer. Entretanto, por falhas na definição e abordagem comum, ainda carecemos de prognosticação adequada e definição clara e consensual de fatores de preditivos que indiquem pobre resultado e sobrevida curta pós-procedimento. Miner et al[12], com taxa de mortalidade de 11%, definiram como fatores prognósticos adversos os achados de:

- ECOG > 2 (KPS < 50%)
- Albumina < 3,5
- Astenia
- Perda ponderal recente
- Hemoglobina < 10mg/dl

Badgwell et al[27], em estudo com mortalidade de 7%, definiu como fatores de curta sobrevida a presença de:

- Tumores hematológicos
- Neutropenia
- Ascite
- Carcinomatose/sarcomatose
- Mais de 2 sítios de lesão metastática

Como desafios para futuros estudos que clarifiquem os resultados da Cirurgia Paliativa com realização de procedimentos para alívio de sintomas no câncer

avançado, sabemos que a grande maioria dos pesquisadores não imputa dados de qualidade de vida, e a heterogeneidade de grupos implica impactos diferentes. Por outro lado, a progressão para cuidados ao fim da vida pode alterar a percepção de benefício do procedimento, uma vez que é difícil medir graus de sucesso diante do processo de morte ativa.

De acordo com Bradley et al, os melhores resultados clínicos e a maior satisfação do paciente com a realização de procedimentos paliativos podem ser conseguidos se as seguintes condições são consideradas[15]:

- Um plano de Cuidados Paliativos abrangente é desenvolvido através de discussão multidisciplinar da condição do paciente e profundo conhecimento da história natural da doença.
- Paliação cirúrgica é julgada como sendo a intervenção mais eficaz e deve fornecer alívio duradouro dos sintomas específicos para justificar a elevada morbidade cirúrgica associada.
- Os objetivos da cirurgia para atender as expectativas do paciente são previamente discutidos.

Comunicação e abordagem

A tomada de decisão em Cuidados Paliativos é sempre facilitada por interações efetivas e comunicação direta entre o paciente, seus familiares e cirurgião, através de uma relação indomável descrita como "triângulo paliativo". Diante de qualquer decisão, um fator importante é antecipar, compreender e abordar expectativas de paciente/família sobre a intenção do procedimento proposto. A intenção paliativa precisa ser entendida e explicitamente comunicada[21].

É inapropriado prometer aumento ou prolongamento de sobrevida com resultado da realização de um procedimento invasivo paliativo. Ao invés de focar no que não pode ser fornecido (a cura, por exemplo), a ênfase deve ser colocada sobre as coisas que podem ser entregues de forma realista. Uma abordagem de sucesso coloca a definição de esperança no centro dos cuidados global de um paciente. É racional para o paciente com doença avançada ter esperança em qualidade de vida, na resolução dos sintomas, em operações paliativas tecnicamente superiores, em dignidade e compaixão[20].

Embora os pacientes, familiares e cirurgiões tenham às vezes expectativas incongruentes, a dinâmica da comunicação em triângulo ajuda a moderar crenças e orientar o processo de tomada de decisão para a melhor escolha possível para o paciente. Esta forte relação pode também explicar a observação de grande satisfação do paciente para cirurgiões após operações paliativas, mesmo em pacientes que não têm nenhum benefício comprovado de uma cirurgia ou em pessoas que

estão sofrendo complicações graves. Pacientes estão satisfeitos porque o cirurgião estava lá para eles neste momento difícil de grande necessidade, discutiram os riscos, benefícios e alternativas de todos e o profissional manteve seu compromisso com eles durante todo o restante de suas vidas[8,16].

Ferramentas de comunicação de más-notícias ou notícias difíceis têm sido aprimoradas e seu uso fortemente recomendado na tentativa de sanar esta falha de formação médica e muito acentuada em cirurgiões. Trabalhos sugerem que o campo da cirurgia paliativa está se moldando às transformações, partindo do desamparo evidente diante da falta de cura para a esperança que acompanha o papel do cirurgião no controle do sofrimento e na redefinição do significado da vida para os pacientes.

Indicações

Trabalhos recentes da literatura cirúrgica estão agora fornecendo dados críticos sobre a tomada de decisões clínicas no tocante à paliação cirúrgica. Um estudo prospectivo, com análise de 1022 procedimentos paliativos do Kettering Cancer Memorial Sloan-Center (MSKCC)[12], demonstrou resolução de sintoma em 80% dos pacientes, embora outras intervenções tenham sido necessárias para o controle de um sintoma novo (25%) ou recorrente (25%). Os procedimentos foram cirúrgicos (70%) ou por via endoscópica (30%) e foram realizados eletivamente em 82%, com urgência em 16% e em caráter de emergência em 2%. A melhora sintomática foi observada dentro de 30 dias nesses pacientes que apresentaram progressão em sua condição clínica. Procedimentos paliativos foram associados com morbidade significativa (40%), mortalidade (10%) e sobrevida média de 6 meses[12].

Por causa da morbidade e mortalidade associadas com os procedimentos paliativos em doentes em fase terminal, tem sido sugerido que a cirurgia antecipatória deve ser realizada para problemas iminentes quando os pacientes estão mais aptos e em melhores condições clínicas para a operação. Tal preferência contradiz o aforismo cirúrgico que "é impossível para paliar o paciente assintomático", e sugere que os melhores resultados clínicos podem ser esperados de procedimentos realizados para pacientes sintomáticos. Isto foi examinado no estudo do Memorial e observou-se que procedimentos paliativos antecipatórios foram realizados em 107 (13%) dos 823 pacientes submetidos à paliação, com a prevenção do sintoma antecipado observado em 84% desses pacientes. Entretanto, taxas de morbidade operatória (29%), a mortalidade (11%) e tratamento para sintomas debilitantes adicionais (24%) foram semelhantes aos observados em pacientes operados com sintomas ativos.

Paliação de complicações de câncer avançado exige um maior nível de julgamento e *expertise* cirúrgica. As indicações para realização de procedimento cirúrgico paliativo geralmente envolvem três áreas principais de preocupação: sangramento, obstrução e perfuração. Ao considerar a utilização adequada e eficaz dos procedimentos paliativos, um cirurgião é frequentemente confrontado com uma gama completa de opções de tratamento multidisciplinares e considerações técnicas que poderiam potencialmente aliviar alguns dos sintomas da doença maligna avançada. Sistemas de classificação descritiva para a seleção de tratamento paliativo podem ser utilizados. Exemplos incluem derrames, complicações relacionadas ao rápido e descontrolado crescimento do tumor, a obstrução de uma víscera oca, infiltração extensiva de um órgão de secreção, sangramento agudo ou crônico e dor não controlada. As principais indicações, não considerando tipos tumorais ou aparelhos envolvidos, estão resumidas na tabela 2[24], abaixo**.**

Manejo peroperatório

Muitos pacientes que necessitam de procedimentos paliativos cirúrgicos também têm significativos riscos anestésicos. Consulta pré-operatória com um anestesiologista evita cancelamentos de última hora, permite um planejamento abrangente da indução anestésica e melhora o cuidado peroperatório desses pacientes. Por outro lado, ordens de "não reanimar" e "não entubar" para pacientes que têm essas diretivas antecipadas é um contínuo problema em muitas instituições americanas e europeias,[28] não sendo culturalmente encontradas no Brasil. O consentimento livre e esclarecido em nosso país, por força de processos de Acreditação hospitalar, tem se tornado mais frequente, mas não deve substituir a boa comunicação entre médico e paciente.

Quanto às técnicas empregadas, os princípios seguem aqueles da boa prática de medicina cirúrgica: usar técnicas simples, ter cuidado no uso de fios e escolha das suturas, cuidado rigoroso com uso de antibioticoprofilaxia e atentar para o risco de tromboembolismo em pacientes investidos com bom performance/status e sem contraindicação para tromboprofilaxia.

A maioria dos pacientes que são considerados por um procedimento cirúrgico paliativo provavelmente tem dor crônica que requer o uso crônico de opioide. Os pacientes que estão em terapia opioide crônica estão em maior risco de dor mal administrada e disfunção cognitiva no peroperatório período[30]. Além disso, esses pacientes estão sob risco significativo para delírio peroperatório. Avaliação repetida e cuidadosa de cada paciente para evolução de delírio evolução pode detectar os sinais prodrômicos de perda de orientação e diminuição de atividade cognitiva. Rápido reconhecimento e tratamento de delírio pode impedir a apresentação com-

pleta desta síndrome desconcertante que pode prolongar a permanência hospitalar significativamente, aumentar a angústia da família, e levar a um aumento substancial do risco de complicações[29].

Tabela 2. Indicações para realização de Procedimentos Invasivos em Cuidados Paliativos

Restabelecimento de função	Controle de sintomas
Obstrução esofagogastrointestinal Obstrução biliar Sangramento tumoral Obstrução da via aérea Falência renal	Controle da dor Controle de odor Controle de dispneia restritiva Complicações de úlceras por pressão Infecção cutânea

Procedimentos realizados

Aparelho respiratório

- Desobstrução de vias aéreas
  - Traqueostomia
  - Colocação de endopróteses
  - Ressecções a laser
- Toracocentese
- Pericardiocentese
- Pleurodese

Aparelho digestivo

- Obstrução esofagogastricaduodenal
  - Endoprótese esofageanas com ou sem dilatação
  - Endopróteses antropilóricas
  - Gastroenteroanastomoses
  - Gastrostomia
- Tratamento endoscópico de fístula esofagotraqueal
- Controle de sangramento gástrico por gastrectomia paliativa
- Controle de obstrução intestinal alta ou fístulas entéricas.
  - Bypass
  - Ressecção de pequeno porte
- Controle de obstrução intestinal baixa e fístulas retovaginais
  - Colostomia
  - Prótese de reto
  - Derivação/bypass

- Controle de icterícia obstrutiva
  - Derivação hepática interna com próteses biliares
  - Drenagem biliar externa
  - Derivações biliodigestivas
- Controle de ascite
  - Paracentese
  - Colocação de cateter para drenagem intermitente
- Controle e drenagem de coleções intrabdominais

Aparelho urinário

- Controle de obstrução ureteral/uretral
  - Nefrostomia
  - Cistostomia
- Sangramento tumoral
  - Ligadura de artérias carótidas
  - Embolização hepática
  - Embolização renal
  - Embolização de artérias hipogástricas
  - Esclerose vascular com agentes
- Outros
  - Cuidados com úlcera por pressão
  - Lesões tumorais fungoides (debulking)
  - Correção de fraturas patológicas
  - Abordagem minimamente invasiva para compressão de medula

Além dos fatores já listados anteriormente avaliados na seleção adequada de pacientes para realização de procedimentos invasivos, existem algumas contra-indicações ao procedimento cirúrgico e que se aplicam fortemente ao aparelho digestório, quando da possibilidade de realização de laparotomia. Estas incluem obstrução em presença de carcinomatose peritoneal difusa, massas abdominais palpáveis, laparotomia recente mostrando impossibilidade cirúrgica, ascite volumosa, metástases extra-abdominais produzindo sintomas de difícil controle, radiação abdominal prévia e albumina < 2,0. As duas últimas configurando contra-indicações relativas.

Nos últimos anos, em face às altas taxas de morbidade e mortalidade associadas aos procedimentos, ganha terreno a opção por métodos realizados por vias menos invasivas, tais como endoscopia, radiologia intervencionista e abordagens por laparoscopia. Trabalhos mostram melhores resultados para os procedimen-

tos endoscópicos quando comparados com cirurgia, resultando em menor taxa de permanência hospitalar, menor tempo de duração do procedimento e retorno rápido de esvaziamento gástrico e ingestão oral[25,26].

Antecipação de um processo de doença pode conduzir a procedimentos profiláticos, tais como a estabilização de osso de sustentação em um paciente que tenha iminente risco de fratura patológica ou ligadura de carótidas, em paciente com sangramento recidivante de tumor na cabeça e pescoço. Procedimentos profiláticos que se antecipam a potenciais eventos catastróficos são importantes por causa da maior taxa de complicação e mortalidade que está associada com a cirurgia de emergência.

Cabe lembrar ainda que a história da cirurgia é rica em realizações no tratamento de feridas, um legado que, recentemente, foi abandonado por muitos cirurgiões e assumido por provedores não cirúrgicos. Ao lidar com feridas avançadas no final da vida, tais como úlceras de pressão ou úlceras de estase venosa, os objetivos do tratamento são o alívio da dor, eliminação de odores e controle de exsudatos de feridas e infecções.

Como em todas as demais situações, benefícios e riscos da intervenção cirúrgica devem ser discutidos com o paciente e a família em termos de prognóstico percebido do paciente, a extensão da necrose tecidual, a taxa de deterioração e patogênese da ferida subjacente. Assim, o papel da cirurgia se impõe no tratamento de feridas crônicas, avançadas, especialmente quando técnicas minimamente invasivas são utilizadas[14].

Atenção deve ser dada a:
Severidade do sintoma
Grau de resolução dos sintomas
Momento e escolha do procedimento
Duração de intervenção
Complicações associadas
Preferências do paciente

Conclusão

A realização de procedimentos invasivos paliativos em oncologia é um conceito relativamente novo, mas baseia-se numa longa tradição em cirurgia. Como o campo da medicina paliativa cresce e se torna uma especialidade em muitos países, os cirurgiões têm recebido alguma formação especializada nos Cuidados Paliativos, na elaboração de procedimentos específicos e na reavaliação da ética de suas interações com os pacientes, especialmente para a seleção dos procedi-

mentos cirúrgicos paliativos. Isso está levando a uma nova forma de prática cirúrgica na qual a ênfase está no alívio dos sintomas presentes ou antecipados, mesmo que as intervenções não prolonguem a sobrevida de um paciente[12]. A intenção por trás do procedimento é o que faz da cirurgia paliativa uma disciplina e transforma a realização de um procedimento invasivo paliativo em uma ferramenta para alcançar uma meta. É, portanto desejável a criação de protocolos específicos para cada instituição que auxiliem a decisão do cirurgião e dos profissionais que estão atendendo o paciente com doença avançada[22].

Parece particularmente apropriado na era atual das redes sociais e da globalização perguntar se o cirurgião do século XXI se destacará pela sua capacidade de reconhecer o impacto da sua intervenção, para além dos aspectos meramente físicos, mas focado nas necessidades e experiências vivenciadas dos pacientes. Afinal, a riqueza dos Cuidados Paliativos reside no reconhecimento do possível onde há incerteza. Por esta razão, a realização de procedimentos invasivos para correção e controle de sintomas deve ser vista como uma das ferramentas principais de Cuidados Paliativos cirúrgicos.

LEMBRE!

São recomedações formais para o sucesso do procedimento invasivo que visa ao controle de sintomas na doença avançada a atenção aos seguintes pontos:

- Conhecimento da evolução natural da doença
- Avaliação criteriosa de performance/status
- Avaliação prognóstica formal
- Mapeamento estruturado de sintomas
- Esclarecimento de paciente e família

Referências

1. Instituto Nacional de Câncer. Ministério da Saúde/INCA. http://www.inca.gov.br. Acessado em 26 de março de 2012.

2. World Health Organization. Cancer Pain Relief and Palliative Care: Report of a WHO Expert Committee. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 1990:11.

3. FORBES, J. F. Palliative surgery in cancer patients: principles and potential of palliative surgery in patients with advanced cancer. Recent Results Cancer Res. 1988; 108:134-142.

4. MARKHAM, M. Surgery for support and palliation in patients with malignant disease. Semin Oncol. 1995;22(suppl 3):91-94.

5. MILCH, R. A.; DUNN, G. P. The surgeon's role in palliative care. Bull Am Coll Surg. 1997; 82:14-17.

6. BALL, A. B.; BAUM, M.; BREACH, N. M. et al. Surgical palliation. In: Derek D, Hanks GWC, MacDonald N, eds. Oxford Textbook of Palliative Medicine. Oxford, England: Oxford Press; 1998:282-297.

7. KRAUSE, R. S.; NELSON, R. A.; FARREL, B. R.; GRUBE, B.; JUAREZ, G. et al. Surgical Palliation at a Cancer Center.Incidence and Outcomes. *Arch Surg.* 2001; 136:773-778.

8. MINER, T. J.; JAQUES, D. P.; SHRIVER, C. D. A prospective evaluation of patients undergoing surgery for the palliation of an advanced malignancy. Ann Surg Oncol.2002; 9:696-703.

9. MINER, T. J.; JAQUES, D. P.; PATY, P. et al. Symptom control of locally recurrent rectal cancer. Ann Surg Oncol 2002;10:72-9.

10. MINER, T. J.; JAQUES, D. P.; KARPEH, M. S. et al. Defining non-curative gastric resectionsby palliative intent. J Am Coll Surg 2004;198:1013-21.

11. MINER, T. J.; KARPEH, M. S. Gastrectomy for gastric cancer: defining critical elements of patient selection and outcome assessment. Surg Oncol Clin N Am 2004; 13: 455-66.

12. MINER, T. J.; BRENNAN, M. F.; JAQUES, D. P. A prospective, symptom related, outcomes analysis of 1,022 palliative procedures for advanced cancer. Ann Surg 2004; 240:719-27.

13. HOFMANN, B.; HAHEIM, L. L.; SÆREIDE, J. A. Ethics of palliative surgery in patients with cancer. British Journal of Surgery 2005;92:802-9.

14. LEE, K. F.; ENNIS, W. J.; DUNN, G. P. Surgical Palliative Care of Advanced Wounds. American Journal of Hospice and Palliative Medicine, 24 (2), p.154-160, Apr 2007.

15. BRADLEY, C. T.; BRASEL, K. J. Core competencies in palliative care for surgeons: interpersonal and communication skills. Am J Hosp Palliat Care 2008; 24(6):499-507.

16. THOMAY, A. A.; JAQUES, D. P.; MINER, T. J. Surgical palliation: getting back to our roots. Surg Clin North Am 2009;89:27-41.

17. DUNN, G. P.; HINSHAW, D. G.; PAWLIK, T. M. Palliative care and surgery. Supportive Oncol 2011,390-97.

18. DUNN, G. P. Surgical Palliative Care: Recent Trends and Developments. Anesthesiology Clinics, 30 (1), p. 13-28, Mar 2012.

19. HANNA, N. H.; BELLEVANCE, E.; KEAY, T. Palliative Surgical Oncology. Surgical Clinics of North America, 91 (2), p. 343-353, Apr 2011.

20. MINER, T. J. Communication as a Core Skill of Palliative Surgical Care. Anesthesiology Clinics, 30 (1), p. 47-58, Mar 2012.

21. MINER, T. J. Palliative surgery for advanced cancer: lessons learned in patient selection and outcome assessment. Am J Clin Oncol, 28 (2005), p. 411-414.

22. WUNSCH, H.; HARRISN, D. A.; HARVEY, S.; ROWAN, K. End-of-life decisions: a cohort study of the withdrawal of all active treatment in intensive care units in the United Kingdom. *Intensive Care Med* 2005; 31:823-31.

23. MCCAHILL, L. E.; KROUSE, R.; CHU, D.; JUAREZ, G.; UMAN, G. C.; FERRELL, B.; WAGMAN, L. D. Indications and use of palliative surgery-results of Society of Surgical Oncology Survey. *Ann Surg Oncol* 2002; 9 (1):104-12.

24. MCKENNA, JR. R. J.; MCKENNA, R. J. Overview of surgical oncology..In : McKenna R J, Murphy G P, eds. *Fundamentals of surgical oncology*. New York: Macmillan Publishing Company; 1986. Chapter 1: p. 1-13.

25. FIORI et al Palliative management of malignant antro-pyloric strictures. Gastroenterostomy vs. endoscopic stenting. A randomized prospective trial. Anticancer Res 2004, 24, 2692.

26. HARBORD, M. Palliation of patients with dysphagia due to advanced esophageal cancer by endoscopic. Gastrointest Endosc 2002, 56, 644-651.

27. BADGWEL, B. D.; SMITH, K.; LIU, P.; BRUERA, E.; CURLEY, S. A.; CORMIER, J. N. Indicators of surgery and survival in oncology inpatients requiring surgical evaluation for palliation. Supportive Care in Cancer, 17 (6), 727-734, Jun 2009.

28. ROSS, E, L.; ABRAHM, J. Preparation of the Patient for Palliative Procedures. Surg Clin North Amer, 85(2):191-207, Abr 2005.

29. CASARETT, D. J.; INOUYE, S. K. Diagnosis and management of delirium near the end of life. Ann Intern Med, 135 (1) (2001), p. 32-40.

30. WARLTIER, D.; MITRA, S.; SINATRA, R. Perioperative management of acute pain in the opioid-dependant patient. Anesthesiology, 101 (1) (2004), p. 1-28.

Cuidados com ostomias

Rita de Cássia Toledo Pinto

1. Introdução

O portador de ostomia e o paciente em Cuidados Paliativos são pacientes que permitem que a enfermagem exerça em toda a sua plenitude sua principal atuação: o cuidado. Cuidar desses pacientes abrange desde o pré-operatório, na escolha do melhor local para um estoma, o pós-operatório imediato onde ele e/ou cuidador precisam aprender a cuidar desse estoma, até o pós-operatório tardio, que demanda acompanhamento para prevenir ou tratar as possíveis complicações.

2. Definição e gerenciamento da assistência

A ostomia ou estoma pode ser definida como toda e qualquer abertura através de cirurgia de uma víscera ao meio externo. A palavra deriva do grego *stóma* que significa boca ou estômato, e são diferenciadas de acordo com o local em que são exteriorizados[1].

A realização de uma ostomia, independentemente da sua indicação ou localização, é sempre um evento traumático por acarretar mudanças importantes em vários aspectos da vida da pessoa e/ou cuidador, tais como a necessidade de autocuidado com a ostomia, aquisição de material específico para a coleta do efluente (fezes ou urina), mudanças na alimentação, alteração da imagem corporal e nas atividades sociais, sexuais e do dia a dia[2,3].

A orientação da equipe multidisciplinar tem um papel relevante no auxílio do enfrentamento dessa situação ao portador e ou cuidador. Destaca-se nessa equipe o papel da enfermagem a quem compete desenvolver um plano de cuidados para o ostomizado e seu cuidador, objetivando a melhor aceitação, conforto e qualidade de vida. A intervenção deve anteceder a cirurgia e se estender ao trans e pós-operatório imediato, mediato e tardio[3,4]. Tendo em vista a complexidade do assunto, a estomaterapia é atualmente uma especialidade *lato sensu* voltada para a assistência de pessoas com ostomias, fístulas, feridas agudas e crônicas, incontinência anal e urinária, drenos e cateteres, objetivando a busca da melhoria da qualidade de vida através de aspectos preventivos, terapêuticos e de reabilitação[5].

O enfermeiro cuida e educa os membros da sua equipe, pacientes, seus familiares e cuidadores, utilizando-se da consulta de enfermagem, método indispen-

sável e fundamental para o processo de cuidado, onde o profissional avalia, evita, detecta e trata complicações[6].

3. Assistência ao ostomizado

Descreveremos os tipos de ostomias e sugestões para o plano de cuidados que os profissionais devem saber e orientar o paciente e seu cuidador, lembrando que a principal meta é o autocuidado, porém dentro da filosofia dos Cuidados Paliativos podemos encontrar pacientes dependentes.

Gastrostomia:

Criação de um orifício externo no estômago para alimentação e suporte nutricional, devido à impossibilidade de usar a via oral.

Plano de cuidados:

- Limpar o estoma com água ou soro fisiológico 0,9%.
- Secar ao redor. Colocar esponja absorvente comercializada por empresas de curativo.
- Se houver lesão peristomal, poderá ser aplicado ácido graxo essencial (AGE). Colocar placa hidrocoloide extrafina para proteger ou tratar a pele periestoma.

Traqueostomia:

É uma pequena abertura feita na traqueia, localizada na parte anterior do pescoço, onde é introduzida uma cânula para permitir a entrada a de ar.

Plano de cuidados:

- Limpar o estoma com água ou soro fisiológico 0,9%.
- Secar ao redor.
- Trocar a cânula metálica quando necessário, e quando não estiver na posição transtumoral com risco de sangramento.
- Orientar limpeza da subcânula:
  - Passar a cânula em água corrente e depois limpar o interior com gaze enrolada num cotonete para retirar placa de secreção.
- Proteger a área ao redor do estoma com gaze, ou esponja absorvente para traqueostomia comercializada por empresas de curativo.
- Se houver lesão peristomal, poderá ser aplicado ácido graxo essencial (AGE).

Nefrostomia:

É uma ostomia urinária resultante de uma intervenção cirúrgica para efetuar uma abertura no rim para drenar a urina. É indicada na obstrução uretral e recuperação da função renal em pacientes com uropatia obstrutiva e obstrução das vias urinárias por neoplasias abdominais.

Plano de cuidados:

- Limpar o estoma com água ou soro fisiológico 0,9%.
- Secar ao redor.
- Se houver lesão periestomal, poderá ser aplicado ácido graxo essencial (AGE).
- Adaptar adequadamente o dispositivo coletor[7].

Jejunostomia:

Na maioria das vezes, é realizada como via acessória ou isolada para nutrição quando há impedimento da utilização das porções mais altas do tubo digestório. Algumas vezes tem finalidade descompressiva apenas.

Plano de cuidados:

- Fixar adequadamente a sonda à pele utilizando adesivo microporoso.
- Lavar a sonda com água logo após o término da medicação e/ou dieta.
- Fazer curativo diariamente na pele, especialmente quando há extravasamento pelo pertuito.
- Esponjas não aderentes para traqueostomia podem ser adaptadas para o jejunostomia para absorção do exsudato e consequente proteção da pele[8].

Colostomia:

Construída após o término de uma amputação do reto ou após cirurgia de Hartmam[9].

Plano de cuidados:

1. Assistência no pré-operatório:

É neste momento que se deve fazer um preparo e uma orientação objetivando prevenir problemas no pós-operatório[10].

A orientação deve ser psíquica e física.

- Elucidar as dúvidas sobre a doença e tratamento, ou seja, confirmando o que o médico disse, numa linguagem adequada àquele paciente, e sobre os aspectos físicos que incluem a demarcação do estoma, os cuidados higiênicos e detalhes sobre os dispositivos.

- O enfermeiro deve realizar a demarcação do local do estoma, utilizando uma caneta à prova d'água, assinalando com um círculo no abdomen o melhor local para o cirurgião criar o estoma, levando em conta o tamanho do abdomen, se há presença de cicatriz, o estilo de vida do paciente, ou seja, objetivando promover a melhor aderência e permanência do dispositivo coletor por um período maior (3-6 dias). Obviamente, o cirurgião deverá se aproximar ao máximo do local demarcado, de acordo com as condições técnicas durante o ato cirúrgico.
- Fazer o teste do dispositivo, colocando-o sobre o local demarcado para observar alergias, adaptações e o melhor conforto para o paciente[11,12,13].

2. Assistência no pós-operatório imediato:

Nesta fase, deve-se abordar técnicas de autocuidado, ou orientação para o cuidador, caso o paciente seja incapaz, técnicas sobre proteção da pele ao redor do ostoma, como trocar a bolsa de ostomia, fazer a higiene do ostoma, como se alimentar e evitar a formação de gases.

Tais técnicas devem continuar em todo o período em que o paciente permanecer estomizado, o que pode ser permanentemente [06,10].

2.1. Higiene do estoma e da pele periestoma:

- Higiene deve ser feita com água morna e sabonete, se possível embaixo do chuveiro. Caso seja impossível, usar pedaços de tecidos macios de algodão limpos.
- Remover todos os pedaços de fezes sem esfregar o estoma e todos os resíduos de sabonete, pois isso pode causar dermatite.
- Cortar os pelos com tesoura, não usar lâmina para não machucar a pele em contato com a placa da bolsa.
- Secar posteriormente a pele ao redor do estoma, para evitar a maceração devido ao contato do adesivo da bolsa e a pele úmida.
- Observar o estoma para verificar as seguintes características: deve ser vermelho-vivo ou rosa-escuro, vai diminuindo o tamanho nas primeiras 6 a 8 semanas, deve ter aparência úmida e a mucosa não deve ter ulcerações, tumorações ou granulomas. O paciente deve ser orientado a procurar serviço de saúde caso essas características não sejam demonstradas.
- Observar a pele periestoma que deve estar íntegra. No caso de vermelhidão, coceira, ou ferida, serviço de saúde deverá ser procurado.
- **Cuidados com o sistema coletor:**
- Remover o sistema com movimentos delicados, segurar com a mão o abdo-

men e retirar o adesivo começando pela lingueta lateral; se possível retirar no chuveiro ou usar água, e nunca utilizar álcool, éter ou benzina.

- O tempo vai ser determinante. Quando a placa começar a se descolar, é importante que permaneça no mínimo 24hs.
- Medir com medidor de bolsa o tamanho do estoma até estabilizar o tamanho, e recortar apenas 3mm maior que o tamanho. Não deve restar pele ao redor da bolsa para que o efluente não cause lesões locais.
- Em caso de estomas irregulares preencher os espaços com pasta de resina (a mesma composição da placa)[11,14].

3. Assistência nas complicações:

Dermatite periestoma:

São alterações dermatológicas na pele ao redor do estoma, em forma de eritema ou irritação, erosão, ou pústulas[15]. Podem ser de origem irritativa ou de contato, alérgica, por trauma mecânico ou por infecção por foliculite ou candidíase[16].

Plano de cuidados:

Podem ser prevenidas pela construção cirúrgica adequada do estoma, levando-se em conta a demarcação prévia, facilitando assim a aderência do dispositivo. O tratamento baseia-se na causa, com o uso de barreiras protetoras sintéticas em forma de pó, pasta ou placa. Pode ser necessária pomada de corticoide ou antifúngico tópico[17].

Lesões pseudoverrugosas:

Lesões papulosas e nódulos que surgem na pele periestoma, devido à exposição crônica ao efluente, por inadequaquação do diâmetro da placa da bolsa.

Plano de cuidados:

Deve-se adequar o diâmetro da placa da bolsa.

Neoplasia maligna periostoma:

Presença de lesões malignas no estoma.[18]

Plano de Cuidados:

- Usar equipamento com resina macia e flexível que se molde à superfície irregular.
- Utilizar produtos desodorantes caso aja odor.
- Não utilizar sabões ou solventes na área de radioterapia.

4. Considerações finais

Dentro da filosofia dos Cuidados Paliativos, o cuidado ao ostomizado pelo profissional é uma maneira eficiente de permitir uma melhor qualidade de vida, prevenindo, tratando ou fazendo por ele (ou ainda orientando a família a fazer) o que ele não consegue mais fazer.

5. Referências

1. HABRGAMA, A.; ARAÚJO, S. E. A. Estomas intestinais: aspectos conceituais e técnicos. In: Santos VLCG, Cesaretti IUR (eds). Assistência em estomoterapia: cuidando do ostomizado. São Paulo: Atheneu; 2000:39-54.

2. MARUYAMA, S. A. T. A experiência da colostomia por câncer como ruptura biográfica na visão dos portadores, familiares e profissionais de saúde: um estudo etnográfico [tese]. Ribeirão Preto (SP): USP/EERP/Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Fundamental; 2004.

3. MATHEUS, M. Q.; LEITE, S. M. C.; DÁZIO, E. M. R. Compartilhando o cuidado da pessoa ostomizada. In: Anais do 2º Congresso Brasileiro de Extensão Universitária [CD-ROM]. Belo Horizonte (MG): CEUFE, 2004 Set 12-15, 2004 [acesso 2011 Dez 20] Disponível em: http://www.ufmg.br/congrext/Saude/Saude57.pdf).

4. MEDONÇA, R. S.; VALADÃO, M.; CASTRO, L.; CAMARGO, T. C. A importância da consulta de enfermagem em pré-operatório de ostomias intestinais. Rev. Bras. Cancerologia. 2007 Jan-Mar; 53(4):163-7.

5. Sociedade Brasileira de Estomaterapia. Competências do Enfermeiro Estomaterapeuta Ti SOBEST ou do Enfermeiro Estomaterapeuta. Rev. Estima v.6 n.1,2008.

6. REVELES, A. G.; TAKAHASHI, R. T. Educação em saúde ao estomizado::um estudo bibliométrico. Rev. Esc. Enferm. USP. 2007 Jun; 41(2):245-50.

7. Manual de Cuidados Paliativos em Pacientes com Câncer UnaTi. Rio de Janeiro.UNATI/UERJ-UNIV.ABERTA 3ª.IDADE2009, 86p.

8. CREMA, E.; SILVA, R. Tipos de stomas intestinais. In:Estomas uma abordagem Interdisciplinar. Cap.4, 1º Ed, Editora Pinti. p. 43-46.

9. ABCARIAN, PEARL, R. K. Stomas. Surg Clin North AM 68:1295-305,1988.

10. BRUNNER, L. S.; SUDDARTH, D. S. Tratamento de pacientes com distúrbios intestinais e retais. In: Brunner LS, Tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 10ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan, 2006. p. 1087-133.

11. SMITH, D. B. Phychosocial adaption.In Hampton,BG&Bryant,RA. Ostomies and continent diversions-nursing manegement. St Louis, Mosby Year Book. 1992. Cap-1, p. 1-21.

12. MEIRELLES, C. A.; FERRAZ, C. A. Avaliação da qualidade do processo de demarcação do estoma intestinal e das intercorrências tardias em paciente ostomizado. Rev. Lat. Am. Enf. 2001; 28:32-38.

13. CESARETTIIUR, SANTOS, V. L. C. G.; FILLIPIN, M. J.; LIMASRS, RIBEIRO A. M. A enfermagem e o processo de cuidar de estomizados. In: Crema E, Silva R. Estomas: uma abordagem interdisciplinar. Uberaba: Pinti, 125-144, 1997.

14. BROADWELL, D. Peristomal skin integrity. Nurs. Cl. of North AMER., 22:321-332, 1987.

15. WYSOCKI, A. B.; BRYANT, R. A.; AKIN. In: BRYANT, R. A. Acute and chronic wounds. St Louis, Mosby Year Book, 1992. Cap.1, p. 1-30.

16. CESARETTI, I. U. R. Dermatite periestoma: etiologia ao tratamento e assistência de enfermagem. Acta Paul Enf. v. 10, n2, p. 80-87, 1997.

17. SANTOS, V. L. C. G. Como eu trato as dermatites periestomais. Rev. Esc. Enf USP, v28, n1, p. 67-71, 1994.

18. HAMPTON, B. G. peristomal and stomal complications. In:Hampton BG. Peristomal and stomal complications. In: HAMPTON, B. G.; BRYANT, R. A. Ostomies and continent diversions-nursing management. St. Louis: Mosby, 105-28, 1992.

Cuidados com a cavidade oral em Cuidados Paliativos

Ednalda Maria Franck

Uma das principais atividades da equipe de enfermagem é a de prover a higiene, seja auxiliando a sua execução ou realizando-a, e entre as atividades para a promoção da higiene estão os cuidados com a cavidade oral.

O foco do atendimento de enfermagem é o bem-estar e o autocuidado[1]. Sendo assim, devemos avaliar o grau de dependência do paciente (funcionalidade) para adequar a atuação frente a higiene oral, seja na orientação a pacientes independentes, no auxílio ou supervisão a pacientes parcialmente dependentes ou na sua realização quando o paciente é dependente, pois apesar de a higiene oral ser uma tarefa simples, pode ser considerada altamente desgastante para alguém debilitado.

Saúde bucal inadequada pode levar a problemas de saúde secundários, incluindo dor, desconforto, dificuldade na ingestão alimentar, redução da qualidade de vida[2], dificuldade em transmitir os sentimentos e emoções através de expressões faciais[3], alteração da auto-imagem e a predisposição a distúrbios (como a placa e a cárie dentária) e a doenças (como infecções). É dever da enfermeira assegurar que as necessidades dos pacientes sejam supridas, e com isso, os riscos de doença oral e sistêmica sejam reduzidos[4-6].

A placa dentária é uma substância semelhante a gelatina, pegajosa composta pelo acúmulo de bactérias da microbiota oral (biofilme) sendo um fator determinante para a ocorrência de cárie e outras doenças orais. Se não for retirada, irá se tornar mineralizada, com o tempo pela ação de bactérias após a alimentação, sendo assim designado tártaro[4,6-8].

A cárie dentária ocorre devido a ação de ácidos produzidos pelas bactérias do biofilme, sobre o esmalte dos dentes ao nos alimentarmos com amidos e carboidratos, ocasionando pequenos orifícios em alguma fissura do dente ou em área difícil de limpar[6,9].

A higiene oral previne o acúmulo de placa dentária e estimula a imunidade oral local durante o início da hospitalização e pode reduzir a ocorrência de pneumonia associada à ventilação mecânica[7].

A flora da cavidade oral de pessoas doentes começa a ser alterar a partir de 48 horas da hospitalização, com a presença de patógenos virulentos (gram-negativos e fungos) capazes de ocasionar infecções, já a de uma pessoa saudável permane-

ce estável durante o tempo. Com a redução do número de micro-organismos na boca, diminui-se a quantidade disponível destes para translocação e colonização do pulmão[7].

A escovação é o método mais eficiente para a prevenção da placa dentária, e deve ser aliada ao uso do fio dental, pelo menos uma vez ao dia. E, além disso, a mastigação normal e a produção normal de saliva ajudam na manutenção da limpeza dos dentes[6].

Uma boca saudável é limpa, úmida, com uma mucosa íntegra e livre de dor. O objetivo do cuidado oral é a prevenção dos problemas e o controle de sintomas indesejáveis já instalados[10].

Exame físico

A saúde bucal é mais do que apenas limpar os dentes, a placa ou cárie dentária; envolve um avaliação clínica sistemática da cavidade oral utilizando métodos padronizados, o que é importante para o planejamento e avaliação dos cuidados orais ao paciente. A avaliação deve incluir a condição dos dentes, gengivas, língua, muco, membranas e dos lábios para elaborar um plano individualizado de cuidado, prevenindo e tratando problemas[4,11].

Em uma boca saudável, a aparência normal das gengivas é de coloração rosa e de textura firme. A língua deve ser rosa e, embora haja certa textura, não deve ter úlceras. Já a mucosa deve ser rosa, lisa, úmida e livre de úlceras[12].

A saliva favorece a remoção mecânica da placa dentária e de micro-organismos à medida que circula na cavidade oral, pois contém uma variedade de componentes imunológicos inata (lactoferrina – efeito bactericida) e específica (imunoglobulina A – IgA – evita a absorção e a penetração de micro-organismos no trato respiratório superior)[7]. Deve ser de consistência fluida e de coloração clara[13].

Sem os efeitos de limpeza da saliva e a função de neutralizar os ácidos produzidos pela placa bacteriana, a cárie dentária e outros problemas de saúde bucal se tornam mais comuns[9].

Quando há presença de sangramento nas gengivas, áreas brancas ou vermelhas, manchas ou úlceras na cavidade oral com duração maior que duas semanas, isso é indicativo de problemas, e o dentista deve ser procurado[12].

Instrumentos para realizar a higiene oral

A escovação é o melhor método para realizar a remoção da placa e de sujidades das superfícies dos dentes[11]. Cabe à enfermagem, avaliar e orientar o instrumento adequado a ser utilizado para promover a higiene oral de cada paciente[7,14].

1. Escova

A utilização de escova pequena de cerdas macias pode remover detritos e a placa e, por conseguinte, ajudar a diminuir a colonização microbiana[14]. Este tipo de escova pode ser utilizado em pacientes sem dentes, desde que a escovação seja suave[4,11,15], e em pacientes inconscientes[16].

2. *Swab* oral

Não há consenso, na literatura, quanto ao seu uso. Em alguns estudos, foi observado que o *swab* oral não remove a placa dentária e os detritos eficientemente quanto o uso da escova (em pacientes com dentes)[4,16].

Alguns autores o recomendam para uso em pacientes sem dentes, pois não agride a mucosa oral, ou quando há contraindicação para realizar a escovação, por exemplo, quando há risco de sangramentos associados a trombocitopenia[10] ou ocorrência de dor[17].

Na minha prática, observo que é efetivo se utilizado em pacientes com higiene oral prévia regular a boa. Nos casos de higiene oral ruim, em que há presença de língua saburrosa, o mais efetivo é a escovação. Nestes casos, pode-se utilizar o *swab* oral após a retirada da saburra com a escovação.

3. Creme dental

Com relação ao creme dental, deve ser utilizado um que contenha flúor em sua formulação, de acordo com a *American Dental Association* (ADA)[9] e o *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC)[3]; e a quantidade adequada para realizar a escovação é equivalente ao tamanho de uma ervilha[9,18].

4. Enxaguatório bucal

O cuidado oral mecânico envolve a remoção da placa dentária por escovação e/ou enxaguando a cavidade oral. Estas intervenções no cuidado oral têm um grande potencial para melhorar a saúde oral, reduzir a ocorrência de pneumonia associada à ventilação e de outras complicações sistêmicas, tais como bacteremia[7].

Tabela 1 – Enxaguatórios bucais

Solução	Vantagem	Desvantagem
Água	Eficaz na remoção de detritos; não agride a mucosa; pode ser utilizada em diferentes temperaturas	Não há
Bicarbonato de sódio	Eficaz na remoção de detritos	Tem gosto ruim se não for diluído cuidadosamente pode causar queimadura superficial
Clorexedina 0,12%	Bactericida com efeito residual de 5 horas (Beraldo)	Causa descoloração dos dentes (coloração como de quem consome café, chá, vinho) e alteração do paladar por várias horas. Se alcoólica, pode causar xerostomia e queimadura superficial. Não pode ser utilizada com Nistatina, pois reduz seu efeito
Peróxido de hidrogênio	Eficaz na remoção de detritos	Se não for diluído cuidadosamente, pode causar queimadura superficial; gosto ruim; se uso regular, pode promover o crescimento fúngico
Solução de cloreto de sódio a 0,9% (pode ser preparado com 250ml de água e meia colher de chá de cloreto de sódio – sal de cozinha)	Eficaz na remoção de detritos; não agride a mucosa	Não há
Swabs de limão e glicerina	Estimula a produção de saliva	Devido à acidez, causa irritação e descalcificação dos dentes e xerostomia rebote
Abacaxi		
Vitamina C *(todos desta linha estão proscritos)*		

Fonte: Adaptado de (Munro CL, Grap MJ. Oral health and care in the intensive care unit: state of the science. Am J Crit Care 2004;13:25-34/Beraldo CC, Andrade D. Higiene bucal com clorexidina na prevenção de pneumonia associada à ventilação mecânica. J Bras Pneumol. 2008;34(9):707-714. / Mirando s. Oral care. Nhs herefordshire. 2010. [http://www.herefordshire.nhs.uk/docs/Policies/Oral_Care.pdf]

O enxaguatório bucal deve ser utilizado após cada refeição. Caso o paciente não esteja se alimentando por boca, deve ser aplicado de 3-4 vezes ao dia, com o uso de *swab* oral ou gaze (na direção da base da língua para fora)[17,19].

Frequência da higiene oral

Determinar a frequência da higiene oral só é possível com a avaliação oral e deve ser decidida entre o paciente e o profissional de saúde e/ou cuidador[12].

No momento, não há evidências de qual é a frequência ideal para realizar a higiene oral. No entanto, a ADA[9] e o CDC[3] recomendam que a escovação seja realizada pelo menos duas vezes ao dia, além de orientar a escovar a língua e as bochechas, e a usar fio dental ou limpador interdental pelo menos uma vez por dia.

Para os pacientes que fazerm uso de dentaduras, a higiene desta deve ser realizada com produtos próprios para este fim, já que o creme dental comum possui partículas em sua fórmula que podem riscar o material da dentadura. Deve-se proceder sua higiene após cada refeição e, à noite, retirá-la para evitar danos a gengiva e surgimento de aftas. Recomenda-se primeiro a retirada da prótese inferior e depois da superior, pois minimiza o risco de mordida ao profissional de saúde e/ou cuidador; e, na recolocação, iniciar pela superior[16].

Manejo dos problemas orais comumente encontrados

1. Infecção oral

Fúngica: normalmente causada por *Candida albicans*, a candidíase, é a mais comum das afecções em pacientes em Cuidados Paliativos. Pacientes que usam inaladores bucais para asma frequentemente desenvolvem candidíase oral, por isso devem ser orientados a enxaguar a boca com água após seu uso[10,20].

Bacteriana: ocorre em pacientes com úlceras malignas ou tumor local. Pode estar associada à halitose devido à presença de bactérias anaeróbicas[20].

Quadro 1 – Manejo da infecção oral

Manejo não farmacológico	Manejo farmacológico (conforme prescrição médica)
• Tratar a causa de base. • Higiene oral adequada (3 vezes ao dia, ou mais, se necessário). • Higienizar a dentadura e a cavidade oral (3 vezes ao dia, ou mais, se necessário), e pode-se realizar imersão em solução com Nistatina à noite.	• Administrar medicações conforme prescrição médica. o Tópica: Nistatina solução oral – de 2 a 5 ml, 4 vezes ao dia, por 5 dias (não usar concomitantemente com Clorexedine 0,12%, pois a eficácia é reduzida). o Sistêmica: Fluconazol – 50mg, uma vez ao dia, por 7-14 dias. • Infecções por vírus da Herpes simples: o Da mucosa: Aciclovir 200mg, 3 vezes ao dia, por 7 dias. o Labial: Aciclovir creme, 5 vezes ao dia, por 5-10 dias. • Infecções por bactérias anaeróbicas: Metronidazol 400mg, 3 vezes ao dia, por 5 dias.

FONTE: Adaptado Watson M, Lucas C, Hoy A, Wells J. Chapter 6b – Gastrointestinal symptons: oral problems. In: Oxford handbook of palliative care. 2nd edition. Oxford University Press Inc., New York: 2009. / NHS Lothian. Palliative care guidelines: mouth care. 2011. [http://www.palliativecareguidelines.scot.nhs.uk/symptom_control/mouthcare.asp]

2. Disgeusia (alteração do paladar)

Pode ser atribuída a vários fatores, como higiene oral precária, presença de estomatite, ao efeito de medicamentos ou de quimioterapia ou radioterapia[21].

Quadro 2 – Manejo da disgeusia

Manejo não farmacológico	Manejo farmacológico (conforme prescrição médica)
• Investigar e tratar a causa de base. • Higiene oral adequada (3 vezes ao dia, ou mais, se necessário). • Hidratar a cavidade oral antes das refeições. • Utilizar pastilhas ou goma de mascar sem açúcar ou *spray* bucal aromatizante (tem efeito momentâneo).	• Administrar enxaguatórios bucais analgésicos e/ou anestésicos orais. • Revisar as medicações em uso e tentar ajustar doses, se possível.

FONTE: Adaptado de Millership R. Náuseas e vômitos. In: Guia prático de Cuidados Paliativos em Enfermagem. Editado por Margareth O'Connor e Sanchia Aranda. Tradução: José Ricardo Amaral de Souza Cruz. Andrei Editora Ltda.193-197.

3. Dor oral

Pode ser causado por infecção, ulceração, mucosite pós-quimioterapia ou radioterapia, anemia, deficiência de vitamina C, xerostomia, infiltração tumoral e problemas dentais[10].

Quadro 3 – Manejo da dor oral

Manejo não farmacológico	Manejo farmacológico (conforme prescrição médica)
• Tratar a causa de base, se possível (por exemplo, infecção, xerostomia). • Higiene oral adequada (3 vezes ao dia, ou mais, se necessário). • Evitar alimentos que estimulem a dor, como alimentos ácidos e picantes. • Solicitar avaliação do dentista.	• Administrar medicações conforme prescrição médica. • Avaliar e reavaliar o grau de dor após a medicação, e continuar reavaliando. • Administrar enxaguatórios bucais analgésicos e/ou anestésicos orais.

FONTE: Adaptado de Watson M, Lucas C, Hoy A, Wells J. Chapter 6b – Gastrointestinal symptons: oral problems. In: Oxford handbook of palliative care. 2nd edition. Oxford University Press Inc., New York: 2009.

4. Estomatite/Mucosite

É uma inflamação e sangramento dos tecidos moles da boca dos lábios, bochechas, gengivas e língua, devido à radiação ou quimioterapia. Podem ocorrem ulcerações nas estruturas da cavidade oral[22].

Quadro 4 – Manejo da estomatite/mucosite

Manejo não farmacológico	Manejo farmacológico (conforme prescrição médica)
• Tratar a causa de base, se possível (por exemplo, infecção, úlceras). • Higiene oral adequada (3 vezes ao dia, ou menos, se necessário – adaptar instrumento de higiene se existir desconforto, dor ou sangramento na escovação). • Evitar alimentos que estimulem a dor, como alimentos ácidos, picantes, muito quentes. Se necessário, adaptar a consistência da dieta e a temperatura. • Solicitar avaliação do dentista.	• Administrar medicações conforme prescrição médica (analgésicos, antifúngicos). o Evitar analgésicos antipiréticos, pois podem mascarar a febre (se neutropenia) • Avaliar e reavaliar o grau de dor após a medicação, e continuar reavaliando. • Administrar enxaguatórios bucais analgésicos e/ou anestésicos orais. o Neste caso, não é aconselhável utilizar clorexedina 0,12% ou substâncias com base alcoólica.

	o Utilizar solução de bicarbonato de sódio (5g diluído em 1000ml de água morna), 4-6 vezes ao dia, até a melhora.

FONTE: Adaptado de NHS Lothian. Palliative care guidelines: mouth care. 2011. [http://www.palliativecareguidelines.scot.nhs.uk/symptom_control/mouthcare.asp].

5. Gengivite

Inflamação da gengiva secundária ao acúmulo de placa dentária. As gengivas se tornam vermelhas (eritema), edemaciadas e com risco de sangramento (costumam ocorrer à escovação). Pode ocorrer halitose e gosto ruim na boca. Gengivite é um sinal de alerta a doença periodontal[9,23].

Quadro 5 – Manejo da gengivite

Manejo não farmacológico	Manejo farmacológico (conforme prescrição médica)
• Tratar a causa de base, se possível (por exemplo, infecção, úlceras). • Higiene oral adequada (3 vezes ao dia, ou menos, se necessário – adaptar instrumento de higiene se desconforto, dor ou sangramento na escovação). • Avaliação do dentista.	• Administrar medicações conforme prescrição médica. • Avaliar e reavaliar o grau de dor após a medicação, e continuar reavaliando. • Administrar enxaguatórios bucais analgésicos e/ou anestésicos orais.

FONTE: Chalmers J, Wiseman M, Ettinger R, Spector EL. Info-connect: oral hygiene care for palliative care residents in nursing homes. Iowa Geriatric Education Center - University of Iowa. 2009. [http://www.healthcare.uiowa.edu/igec/publications/info-connect/assets/ oral_hygiene_palliative.pdf]

6. Halitose (mau hálito)

Pode ser causada por alguns tipos de alimento, pelo fumo, por hábito de higiene oral precária, xerostomia, por doenças (infecção do trato respiratório, sinusite crônica, gotejamento pós-nasal, bronquite crônica, diabetes, doença hepática, doença gastrointestinal ou renal), entre outros[9].

Quadro 6 – Manejo da halitose	
Manejo não farmacológico	**Manejo farmacológico (conforme prescrição médica)**
• Investigar e tratar a causa de base. • Higiene oral adequada (3 vezes ao dia, ou mais, se necessário). • Solicitar avaliação do dentista para identificar e tratar afecções bucais. • Evitar alimentos que produzam odor como cebola, alho, bebida alcoólica, entre outros, e fumo. • Utilizar pastilhas ou goma de mascar sem açúcar ou *spray* bucal aromatizante (tem efeito momentâneo).	• Administrar enxaguatórios bucais.

7. Sialorreia

É a produção excessiva de saliva ou inabilidade em deglutir o volume normal de saliva produzida (cerca de 1500ml por dia). Causada por doenças neuromusculares (acidentes vasculares encefálicos, doença do neurônio motor, paralisia cerebral, carcinoma de faringe, doença de Parkinson, tumores cerebrais), problemas orais (dentaduras mal adaptadas, deformidade pós-cirúrgica, disfagia) e efeito de medicamentos (anticolinesterásicos, agentes colinérgicos, lítio)[10,17].

Quadro 7 – Manejo da sialorreia	
Manejo não farmacológico	**Manejo farmacológico (conforme prescrição médica)**
• Posicionar adequadamente o paciente em decúbito lateral, colocando um lenço sob a boca. • Aspirar a cavidade oral, sempre que necessário. • Higiene oral adequada (3 vezes ao dia, ou mais, se necessário).	• Administrar medicações conforme prescrição médica. o Tópica: Colírio de Atropina 1% – 2 gotas na cavidade oral, de 2 a 4 vezes ao dia.[1] o Sistêmica: Butilbrometo de Escolpolamina 20mg (também conhecida como Hioscina), de 4-6 vezes ao dia. [1] As medicações devem ter a frequência de administração reduzida e posteriormente suspensa, conforme a sialorreia diminuir. O uso crônico e inadivertido ocasionará xerostomia.

FONTE: Adaptado de Watson M, Lucas C, Hoy A, Wells J. Chapter 6b – Gastrointestinal symptons: oral problems. In: Oxford handbook of palliative care. 2nd edition. Oxford University Press Inc., New York: 2009.

8. Xerostomia (boca seca)

Pode ser causada pela produção inadequada de saliva, pelo padrão respiratório oral, pelo uso de dispositivo para oxigenoterapia, desidratação, candidíase, quimioterapia, radioterapia, por efeito de alguns medicamentos (anti-histamínicos, descongestionantes, analgésicos, anti-hipertensivos, relaxantes musculares, anticolinérgicos, antidepressivos, opioides). Os sintomas causados pela xerostomia são úlceras, sensação de queimação, problemas de fala, dificuldade em engolir, rouquidão, irritação dos tecidos moles da boca que pode levar à inflamação e infecção[9-10].

Quadro 8 – Manejo da xerostomia

Manejo não farmacológico	Manejo farmacológico (conforme prescrição médica)
• Tratar a causa de base, se possível (por exemplo, infecção, desidratação). • Higiene oral adequada (3 vezes ao dia, ou mais, se necessário). • Umedecer a cavidade oral com água filtrada a cada 1-2 horas, seja ofertando pequena quantidade ao paciente ou com uso de *swab* ou gaze. • Ofertar um pouco de gelo triturado a cada 1-2 horas. • Mastigar pequenos pedaços de abacaxi[1] ou goma de mascar sem açúcar (se paciente solicitar). • Aplicar protetor labial[2] ou gel lubrificante à base de água, 3 vezes ao dia e se necessário.	• Administrar saliva artificial, a cada 1-2 horas (ou conforme orientação do fabricante) ou gel oral lubrificante[3]. • Administrar medicamentos estimuladores de saliva, como a Pilocarpina colírio 4%, administrar 2-3gotas, duas vezes ao dia.
[1] Há risco de ulceração da cavidade oral devido à acidez do abacaxi se utilizado frequentemente. [2] Há referência de não utilizar vaselina pelo risco de aspiração (pneumonia aspirativa), por ter a base de óleo.	[3] Poder ser utilizado gel lubrificante à base de água (é possível encontrá-los como gel lubrificante íntimo, como o KY, porém atentar para comprar a versão tradicional) para hidratar a cavidade oral, a cada 4 horas, em quantidade suficiente para formar uma fina camada.

FONTE: Adaptado de Watson M, Lucas C, Hoy A, Wells J. Chapter 6b – Gastrointestinal symptons: oral problems. In: Oxford handbook of palliative care. 2nd edition. Oxford University Press Inc., New York: 2009. / Mirando s. Oral care. Nhs herefordshire. 2010. [http://www. herefordshire.nhs.uk/docs/Policies/Oral_Care.pdf] E / Clinical Knowledge Summaries. Palliative cancer care – oral problems management. 2007. [http://www.cks.nhs.uk/palliative_cancer_care_oral/management/detailed_ answers/preventing_oral_problems#] / Feio M, Sapeta P. Xerostomia em Cuidados Paliativos. Acta med port 2005; 18: 459-466. [http://www.actamedicaportuguesa.com/pdf/2005-18/6/459-466.pdf]

Higiene oral e terminalidade

Quando o paciente está em fase de terminalidade da doença, deve-se manter um boa qualidade na higiene oral, respeitando a vontade do paciente, uma vez que um dos objetivos em Cuidados Paliativos é a prevenção do sofrimento.

Sendo assim, deve-se realizar higiene oral, mesmo que de forma adaptada à nova realidade, seja diminuindo a frequência, alterando o instrumento, alterando os horários, com o objetivo de evitar que outros sintomas desconfortáveis como a xerostomia, candidíase, úlceras ou outros possam ocorrer.

Devemos lembrar de hidratar a cavidade oral, seja estimulando a ingesta de pequenas e frequentes porções de água filtrada ou umedecendo-a com auxílio de *swab* ou gaze. Esta tarefa pode e deve, sempre que possível, ser realizada pelo familiar e/ou cuidador após orientação da equipe, desde que seja de sua vontade.

Normalmente, nesta fase, o paciente apresenta respiração de padrão oral, ou seja, respira com a cavidade oral aberta, o que predispõe a ocorrência da xerostomia, e, se esta não for manejada, outros problemas poderão ocorrer.

A hidratação da cavidade oral deve ser realizada com gaze umedecida ou *swab* (atentar para que alguns fabricantes impregnam o creme dental na esponja) embebida em água filtrada, e este não deve estar encharcado, pois haverá risco de aspiração se o paciente estiver apresentando rebaixamento do nível de consciência.

É muito importante orientar a todos os envolvidos na assistência, bem como ao familiar e/ou cuidador, para não forçar a ingesta hídrica ou alimentar quando o paciente estiver com rebaixamento do nível de consciência, devido ao risco de aspiração. Se o paciente tiver resíduo alimentar na cavidade oral, esta deve ser retirada com auxílio de gaze, e em seguida promovida higiene oral.

Referências

1. LUNNEY, M. Levantamento de dados, julgamento clínico e diagnósticos de enfermagem: como determinar diagnósticos precisos. In. Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2009-2011/NANDA International; tradução Regina Machado Garcez. – Porto Alegre: Artmed, 2010.

2. STOUT, M.; GOULDING, O.; POWELL, A. Developing and implementing an oral care policy and assessment tool. Nursing Standard 2009; 23;49, 42-48.

3. Center for Disease Control and Prevention. Oral health: preventing cavities, gum disease, tooth loss and oral cancers - at a glance 2011. National Center for Chronic Disease Prevention for Health Promotion – Division of Oral Health. 2011.

4. HUSKINSON, W.; LLOYD, H. Oral health in hospitalised patients: assessment and hygiene. Nursing Standard 2009; 23:36; 43-47.

5. LOTHIAN, N. H. S.; ANDREW'S, S. T. Hospice. Lanarkshire Palliative Care guidelines. 2009. [http://www.palliativecareguidelines. scot.nhs.uk/].

6. SMELTEZER, S. C. Brunner & Suddarth: tratado de enfermagem médico-cirúrgica / Smeltzer SC, Bare BG, e mais 50 colaboradores; [revisão técnica CRUZ, I. C. F.; CABRAL, I. E.; LISBOA, M. T. L.; tradução José Eduardo Ferreira figueiredo]. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

7. MUNRO, C. L.; GRAP, M. J. Oral health and care in the intensive care unit: state of the science. Am J Crit Care 2004;13:25-34.

8. BERALDO, C. C.; ANDRADE, D. Higiene bucal com clorexidina na prevenção de pneumonia associada à ventilação mecânica. J Bras Pneumol. 2008;34(9):707-714.

9. American Dental Assossiation (ADA) – [http://www.ada.org/index.aspx].

10. WATSON, M.; LUCAS, C.; HOY, A.; WELLS, J. Chapter 6b – Gastrointestinal symptons: oral problems. In: Oxford handbook of palliative care. 2nd edition. Oxford University Press Inc., New York: 2009.

11. BERRY, A. M.; DAVIDSON, P. M.; NICHOLSON, L.; PASQUALOTTO, C.; ROLLS, K. Consensus based clinical guideline for oral hygiene in the critically ill. Intensive and Critical Care Nursing (2011) 27, 180-185.

12. KINLEY, J.; BRENNAN, S. Changing practice: use of audit to change oral care practice. International Journal of Palliative Nursing, 2004:10;12.

13. Oral Health Manager Community Liverpool Care Pathway Lead. .Mouth Care Policy - version 2. 2010. [http://www.plymouthpct.nhs.uk/CorporateInformation/policiesprocedures/Documents/Clinical%20Guidance/Mouth%20care%20v2.pdf].

14. AMES, N. J. Evidence to Support Tooth Brushing in Critically Ill Patients. Am J Crit Care 2011;20:242-250 doi: 10.4037/ajcc2011120.

15. BERRY, A. M.; DAVIDSON, P. M.; MASTERS, J.; ROLLS, K. Systematic Literature Review of Oral Hygiene Practices for Intensive Care Patients Receiving Mechanical Ventilation. Am J Crit Care 2007;16:552-562.

16. JABLONSKI, J. A. Oral Health and Hygiene Content in Nursing Fundamentals Textbooks. Nursing Research and Practice Volume 2012, Article ID 372617, 7 pages doi:10.1155/2012/372617).

17. MIRANDO, S. Oral care. Nhs herefordshire. 2010. [http://www. Herefordshire.nhs.uk/docs/Policies/Oral_Care.pdf]).

18. National Institutes of Health (NIH). Periodontal (gum) disease: causes, symptoms, and treatments. NIH Publication No. 11-1142: July 2011. [http://www.nidcr.nih.gov/NR/rdonlyres/7B7D24C2-02E5-47C8-B076 27CB580FAF82/0/PeriodontalGum_Eng.pdf].

19. Clinical Knowledge Summaries. Palliative cancer care – oral problems management. 2007. [http://www.cks.nhs.uk/palliative_cancer_care_oral/management/detailed_ answers/preventing_oral_problems#].

20. NHS LOTHIAN. Palliative care guidelines: mouth care. 2011. [http://www.palliativecareguidelines.scot.nhs.uk/symptom_control/mouthcare.asp].

21. MILLERSHIP, R. Náuseas e vômitos. In: Guia prático de Cuidados Paliativos em Enfermagem. Editado por Margareth O'Connor e Sanchia Aranda. Tradução: José Ricardo Amaral de Souza Cruz. Andrei Editora Ltda.193-197.

22. CHALMERS, J.; WISEMAN, M.; ETTINGER, R.; SPECTOR, E. L. Info-connect: oral hygiene care for palliative care residents in nursing homes. Iowa Geriatric Education Center

- University of Iowa. 2009. [http://www.healthcare.uiowa.edu/igec/publications/info-connect/assets/ oral_hygiene_palliative.pdf].

23. HEATH, H.; STURDY, D.; EDWARDS, T.; GRIFFITHS, J.; HYLTON, B.; JONES, V.; LEWIS, D. A. Promoting older people's oral health: essential guide. RCN Publishing Company Ltd: 2011.

24. FEIO, M.; SAPETA, P. Xerostomia em cuidados paliativos. Acta med port 2005; 18: 459-466. [http://www.actamedicaportuguesa. com/pdf/2005-18/6/459-466.pdf].

Cuidados com feridas e curativos

Renato Rodrigues Camarão

Introdução

A abordagem da ferida oncológica pelo profissional de saúde pode seguir duas linhas de ação. A primeira é a abordagem da lesão oncológica como um ente clínico isolado, que exige, pelas suas características e prognóstico ímpares, uma série de condutas e protocolos bem definidos. Estas condutas frequentemente diferem das ações preconizadas para todos os outros tipos de ferida. E elas devem estar bastante claras a todos os profissionais diretamente envolvidos no tratamento das lesões, de modo que os mesmos ofereçam cuidados que deem respostas prontas e efetivas, que atendam às necessidades do doente.

A segunda linha de ação é aquela que satisfaz mais plenamente os Princípios Gerais dos Cuidados Paliativos. Não se trata da abordagem focada na ferida oncológica, mas na *pessoa* portadora da lesão. E essa abordagem compreende as dimensões *física, psicológica, social e espiritual.*

Dentre outros estados associados à presença da ferida oncológica, a pessoa portadora geralmente apresenta: *sensação de mutilação, rejeição de si mesma; perda da autonomia; perda da autoestima; medo; tendência à automutilação; déficit de autocuidado; perda da esperança; diminuição da libido por fatores sistêmicos e por déficit de informação*[1, 2, 3].

A ferida determina discriminação e rejeição social desde o âmbito familiar até as atividades produtivas (humilhação, pena, medo, nojo, desagrado). Os pacientes sentem-se "podres por dentro"[1]*, o que os afasta das outras pessoas, para não se expor a comentários desagradáveis, ou temendo rejeição.*

O aparecimento da ferida oncológica também tem repercussões no âmbito familiar. É importante ao profissional de saúde considerar que, *no câncer em seu curso avançado, normalmente ocorre a transferência dos cuidados para a família. Esse aumento da sobrecarga tem consequências físicas, psíquicas, sociais e econômicas para cada familiar. Geralmente, a atividade profissional do cuidador fica em segundo plano, levando ao desemprego e desestruturação financeira da família*[4, 5].

Realizar os curativos em domicílio é mencionada como uma das principais dificuldades encontradas pelos cuidadores[4].

Após considerar estes diferentes aspectos, inserindo paciente, família e sociedade, profissionais, instituições e serviços num funcionamento dinâmico, eficaz e justo, é possível vislumbrar uma resolutividade maior ao problema da ferida oncológica.

Conceito

As feridas oncológicas são formadas pela infiltração das células malignas do tumor nas estruturas da pele. Ocorre quebra da integridade do tegumento em decorrência da proliferação celular descontrolada que o processo de oncogênese induz, levando a formação de uma ferida evolutivamente exofítica[6, 7, 8].

"Podem ocorrer por extensão do tumor primário, ou ainda de uma metástase; a implantação acidental de células na pele durante um procedimento cirúrgico ou diagnóstico; ou da invasão de linfonodos próximos ao tumor primário"[9].

O termo "ferida oncológica" não é consensual na literatura. Encontram-se ainda outros nomes, como "lesões tumorais", "úlceras neoplásicas", "feridas malignas", e "lesões neoplásicas"[9].

Classificação

- Quanto à localização e à topografia.

- Quanto à origem:
  * Primária: origina-se no local do tumor primário;
  * Metastática: tem como origem um local de metástase.

- Quanto à aparência:
  * Ferida fungosa: aparência fungosa, semelhante à couve-flor;
  * Ferida ulcerativa: forma crateras;
  * Ferida fungosa maligna ulcerativa: apresenta ambos os aspectos.
- Quanto ao estadiamento: Vide **Quadro 1**

Quadro 1 - Estadiamento de feridas oncológicas, segundo Haisfield-Wolfe e Baxendale-Cox (1999):	
Estágio 1	Pele íntegra. Tecido de coloração avermelhada e/ou violácea. Nódulo visível e delimitado. Encontra-se em estado assintomático.
Estágio 1N	Ferida fechada ou com abertura superficial por orifícios de drenagem de secreção límpida, amarelada ou de aspecto purulento. Tecido avermelhado ou violáceo, lesão seca ou úmida. Pode haver dor e prurido. Não apresenta odor e configura-se sem tunelizações e/ou formação de crateras.

Quadro 1 - Estadiamento de feridas oncológicas, segundo Haisfield-Wolfe e Baxendale-Cox (1999): (continuação)	
Estágio 2	Ferida aberta, envolvendo derme e epiderme. Ulcerações superficiais podendo apresentar-se friáveis, sensíveis à manipulação, com secreção ausente (lesões secas) ou em pouca quantidade (lesões úmidas). Intenso processo inflamatório ao redor, em que o tecido exibe coloração vermelha e/ou violácea e o leito da ferida configura-se com áreas secas e úmidas. Pode haver dor e odor. Não formam tunelizações, pois não ultrapassam o tecido subcutâneo.
Estágio 3	Feridas que envolvem derme, epiderme e subcutâneo. Têm profundidade regular, mas com saliências e formação irregular. São friáveis, com áreas de ulcerações e tecido necrótico liquefeito ou sólido e aderido. Fétidas, secretivas, já com aspecto vegetativo, mas que não ultrapassam o subcutâneo. Podem apresentar lesões satélites em risco de ruptura iminente. Tecido de coloração avermelhada, violácea. O leito da lesão é predominantemente de coloração amarelada.
Estágio 4	Feridas invadindo profundas estruturas anatômicas. Têm profundidade expressiva, por vezes não se visualiza seus limites. Têm secreção abundante, odor fétido e dor. Tecido ao redor exibe coloração avermelhada, violácea. O leito da lesão é predominantemente de coloração amarelada.

Fonte: "Protocolo de Enfermagem para o Atendimento de Feridas Tumorais Malignas Cutâneas" (2009)[8].

Características

As principais características e sintomas locais da ferida são[7, 8, 10]:

- Progressão rápida e inviabilidade de cicatrização.
- Hemorragias
- Odor fétido
- Exsudato abundante
- Alto risco para infecção
- Alto risco para miíase
- Presença de necrose tecidual
- Dor
- Prurido
- Agressão do tecido saudável perilesional.

Condutas

Alguns tratamentos não específicos são sugeridos para o controle das feridas oncológicas. Dentre eles, estão:

- Radioterapia – destrói células tumorais. Diminui o tamanho da lesão, o exsudato e o sangramento[10, 11].
- Quimioterapia – reduz o tumor e melhora a dor.
- Hormonioterapia – reduz a maior parte dos sintomas, quando indicada.
- Laser – reduz a dor e a necrose tissular.

No entanto, a terapia tópica específica é a que traz melhores resultados no manejo da úlcera neoplásica.

A ferida oncológica é uma entidade clínica dinâmica. Por esse motivo, exige avaliação diária e preparo adequado da equipe para identificar os sinais presentes ou potenciais de complicação. O paciente, família e cuidadores devem ser treinados a identificar estas situações, e reportá-las aos profissionais de saúde.

A conduta terapêutica deve ser ajustada às características da lesão, obedecendo os princípios de cuidados com feridas. A meta principal destas condutas deixa de ser a cicatrização – que é improvável – e passa a focar (a) o ***conforto do paciente*** *em relação à ferida*; e (b) a ***prevenção e controle dos sintomas locais***.

As condutas serão adequadas aos principais sintomas, conforme descrito a seguir.

Hemorragias

Estão relacionadas ao crescimento da rede neovascular na região do tumor, associada muitas vezes à presença de tecido friável, o que favorece o rompimento de vasos.

Os sangramentos podem ser espontâneos, ou causados por atividades e procedimentos, como as ações de vida diária (banho, cuidados pessoais, movimentação no leito, deambulação), movimentos bruscos, radioterapia local, compressão mecânica, traumatismos, utilização ou retirada dos curativos de forma inadequada, abrasão durante a técnica de curativo, ou a realização de desbridamento.

Os principais sítios de sangramento são:
- Feridas cutâneas (notadamente lesões de cabeça e pescoço)
- Cavidade oral
- Útero/vagina
- Sangramentos gástricos

Prevenção[8, 10, 11, 12]:
- Manter o meio úmido, evitando a aderência de gazes no sítio ou na superfície e bordas da lesão. Para isso, pode-se utilizar gaze embebida com soro fisiológico ou gaze com petrolato. Contraindica-se o uso de óleos essenciais,

como, por exemplo, os triglicerídios de cadeia média (T.C.M.), devido à sua propriedade de estimular a neoangiogênese.

- Retirar coberturas de curativo cuidadosamente. Na ausência de sangramento ativo, inspecioná-las buscando sinais de sangramentos anteriores.
- Evitar a abrasão do leito da ferida, quando potencialmente sangrante, durante o procedimento de curativo.
- Na medida do possível, manter o local da ferida livre de compressões mecânicas.
- Restringir os desbridamentos àqueles casos onde o benefício ao paciente for maior que o risco de hemorragia, e apenas quando houver recursos disponíveis para controlá-la.

Tratamento[8, 10]:

- Avaliar intensidade, origem e causa do sangramento.
- Aplicar **pressão** diretamente sobre os vasos sangrantes com o amparo de gazes ou compressas.
- A aplicação tópica de **soro fisiológico gelado** realiza hemostasia principalmente em pequenos sangramentos.
- Considerar a aplicação tópica de **adrenalina**, pela sua ação vasoconstritora.
- Aplicar **gel de alginato de cálcio com carboximetilcelulose** na lesão, com gazes estéreis, ou **placa de alginato de cálcio**. Após sua aplicação, o curativo com alginato de cálcio deve ser mantido no local por no mínimo 24h, a não ser que haja necessidade de outra intervenção no local. Deve-se evitar a permanência do alginato de cálcio em contato com as bordas da lesão, devido ao risco de maceração da pele íntegra.
- Avaliar a possibilidade de iniciar antifibrinolítico sistêmico, intervenção cirúrgica, sutura, cauterização ou radioterapia hemostática, em casos de sangramento intenso.
- Em hemorragias grandes ou frequentes, considerar a coleta de exames laboratoriais com vistas a hemotransfusões.
- No caso de sangramento de <u>lesões intravaginais</u> (10):
  * Realizar irrigação intravaginal com **soro fisiológico gelado**. Utilizar sonda de nelaton nº12, lubrificada com lidocaína gel, e introduzida com cuidado para não aumentar o sangramento;
  * Em caso de refratariedade à irrigação vaginal com soro gelado, utilizar 2 ampolas de **adrenalina** diluídas em 1 frasco de 250ml de **soro fisiológico gelado**, e realizar irrigação vaginal com esta solução;
  * Considerar a possibilidade de tratamento antifibrinolítico sistêmico.

Odor fétido

É considerado o sintoma mais castigante das feridas oncológicas, em decorrência da sensação de enojamento imputada ao paciente[8]. Ocorre devido à colonização bacteriana, principalmente de anaeróbicas, no sítio da ferida. As principais causas são a presença de necrose; o exsudato abundante, associado a curativos de baixa absorção; e a própria oclusão dos vasos sanguíneos locais, e a consequente redução de oxigênio.

Prevenção:

- Controlar o exsudato.
- Considerar o risco/benefício de desbridamento.

Tratamento[8, 10, 13]:

Conduta é eleita, mantida ou alterada após a **quantificação do odor** (vide Tabela 1).

Tabela 1 – Classificação de Odor	
Grau I	O odor fétido é sentido apenas ao se abrir o curativo.
Grau II	O odor fétido é sentido ao se aproximar do paciente, sem abrir o curativo.
Grau III	O odor fétido é sentido no ambiente, sem abrir o curativo, e caracteristicamente forte e/ou nauseante.

Fonte: Protocolo Multidisciplinar de Tratamento de Feridas e Estomias do Hospital de Apoio de Brasília" (2007)[10]

A avaliação deve ser realizada diariamente. Deve-se sempre levar em conta os relatos e queixas do paciente, família e cuidadores. No caso de internação em enfermarias conjuntas (mais de um paciente por enfermaria), o relato dos outros pacientes e acompanhantes também é importante.

O **Quadro 2** traz a conduta para controle do odor conforme o grau.

Quadro 2 – Controle do odor conforme o grau	
Odor Grau I	* Proceder a limpeza com solução fisiológica 0,9%.* Deixar gazes embebidas em hidróxido de alumínio ou metronidazol gel no leito da ferida.
Odor Grau II	* Proceder a limpeza com solução fisiológica 0,9%. * Irrigar a ferida com solução de metronidazol. Pode-se usar: (a) metronidazol solução injetável diluída em solução fisiológica, na proporção 1:1; (b) metronidazol comprimido de 250mg macerado, diluído em 50ml de solução fisiológica.

Quadro 2 – Controle do odor conforme o grau (continuação)	
	* Verificar presença de tecido necrótico endurecido. Se houver, realizar escarotomia. * Ocluir a ferida com curativo industrializado de carvão ativado. * Na ausência ou impossibilidade do uso de carvão ativado, aplicar metronidazol comprimido de 250mg macerado, ou metronidazol gel a 0,8%, sobre a ferida. * Na ausência de qualquer um destes anteriores, instalar gazes embebidas em solução injetável de metronidazol diluída em soro fisiológico na proporção 1:1.
Odor Grau III	* Considerar emergência dermatológica. * Seguir os passos conforme Odor Grau II. * Associar o uso de metronidazol sistêmico ao tratamento local.

Fonte: Protocolo Multidisciplinar de Tratamento de Feridas e Estomias do Hospital de Apoio de Brasília" (2007)[10]

É importante cobrir o curativo primário com gaze embebida em petrolato, e instalar curativo secundário com coxins ou gazes, a depender da quantidade de exsudato. Ocluir completamente com fita adesiva microporosa ou equivalente.

Recomenda-se observar o padrão alimentar do paciente, e elaborar um plano de cuidados que evite a troca de curativos próxima aos horários das refeições.

Em feridas oncológicas de cavidade oral e necrose de base de língua:

- Prevenção, ou Odor Grau I:
  * Orientar o paciente a fazer bochecho com **solução de bicarbonato de sódio** no mínimo 3x/dia.
  * Na ausência da solução de bicarbonato, usar (a) **metronidazol** solução injetável diluída em solução fisiológica, na proporção 1:1; (b) **metronidazol** comprimido de 250mg macerado, diluído em 50ml de solução fisiológica, orientando o bochecho desta solução no mínimo 3x/dia.

- Odor Grau II e III, ou pacientes que não conseguem fazer bochecho:
  * Utilizar **metronidazol** comprimido 250mg;
  * Preparar uma solução com 1 comprimido macerado a cada 50ml de solução fisiológica;
  * Adicionar a cada 50ml de solução 1 a 2 colheres de sopa de **sulfadiazina de prata** + 1/2 colher de **óleo mineral**;
  * Misturar até formar uma "papa". Aplicar com uma espátula sobre a ferida.

Para assegurar e melhorar o conforto, deve-se tomar medidas que incluam o controle de odor ambiental, principalmente se houver odor Grau III. Entre esses cuidados, inclui-se o aporte e circulação de ar, seja o uso de janelas ou sistema de condicionamento de ar.

Exsudato

O controle do exsudato diminui o odor, aumenta o conforto e melhora a autoestima do paciente.

O controle da infecção local e da quantidade de tecido necrótico podem diminuir a quantidade de exsudato da ferida, em alguns casos.

Tratamento[8, 10]:

- Aplicar curativos absortivos, conforme a quantidade de exsudato. Indica-se **gel de *alginato de cálcio com carboximetilcelulose***, ou a **placa seca de alginato de cálcio**, no leito da lesão. Deve-se evitar o contato do alginato de *cálcio com as bordas íntegras da ferida.*
- Cobrir com gazes ou coxins (curativo secundário).
- Manter a placa de alginato na lesão por no máximo 24h.
- Trocar curativo secundário sempre que necessário.
- Na ausência de qualquer apresentação de alginato de cálcio, utilizar cobertura primária e secundária com gazes ou coxins, trocando-os sempre que se mostrarem saturados de secreção.
- É importante avaliar aumento na frequência de trocas. Cuidado com sangramento nesses casos.
- Em caso de secreção purulenta em grande quantidade, principalmente quando relacionada a odor fétido, considerar a utilização de antibiótico sistêmico, de acordo com os protocolos institucionais e conforme as indicações de Odor Grau III.

Miíase

É uma dermatozoonose, causada pela presença de larvas de insetos, mais comumente moscas, em órgãos e tecidos humanos[8, 10, 12]. Pode ser classificada, pela localização, em cutânea, subcutânea e cavitária[9].

Prevenção:

- Controle ambiental: utilização de sistemas de condicionamento de ar; instalação de telas protetoras em portas e janelas nos locais de exposição ao ar

ambiente; protocolos e ações adequados de limpeza e higiene da unidade.
- Controle do odor e do exsutado da ferida.
- Na presença de ostomias, orientar a proteção do orifício com gaze ou outro tecido fino, ou com bolsas apropriadas para esse fim, no caso de risco de exposição aos insetos.

Tratamento[8, 10, 12]:
- Utilizar **antiparasitário** via oral. Recomenda-se **ivermectina 6mg**, 1 comprimido VO/30kg de peso, em dose única.
- Limpeza rigorosa da ferida.
- **Retirada mecânica** das larvas quando possível. Atenção ao risco de sangramento.
- Troca de curativos com maior frequência, até que haja controle de odor e exsudato, e a certeza de que todas as larvas foram eliminadas.
- Detectar possível infecção secundária e necessidade de **antibioticoterapia sistêmica**.

Dor

A dor pode estar localizada na própria ferida oncológica, ou aparecer em decorrência da presença da ferida. Está relacionada aos seguintes fatores[14]:
- Infiltração do tumor em áreas inervadas.
- Compressão de tecidos e nervos, devido ao crescimento do tumor.
- Necrose tecidual localizada como resultado da invasão tumoral.
- Exposição de terminações nervosas no local da lesão.
- Procedimentos invasivos de diagnóstico e tratamento; realização de técnicas de curativo inadequadas.
- Instalação de curativos compressivos ou inadequados no local.
- Complicações ocasionadas do próprio tratamento, como infecções e inflamação tecidual.
- Incapacidade de movimento ou alinhamento corporal inadequado, determinados pela presença da ferida oncológica.

Há alguns desafios no controle da dor. Um deles é a própria natureza complexa e pluricausal da dor e de suas expressões[11, 15, 16, 17]. O outro é o convívio cotidiano e passivo dos profissionais de saúde com a dor do outro[17, 18].

A dor terá tratamento adequado apenas quando for prioridade[17].

Prevenção e tratamento[8, 10]

- **Monitorar a dor**. Recomenda-se a Escala Visual Analógica (EVA).
- Realizar **analgesia prévia** ao procedimento de curativos: 30 minutos, em analgesia VO ou SC; 5 minutos para a via EV; início imediato para a via tópica.
- **Irrigar o curativo** com SF 0,9% antes da retirada do mesmo. Removê-lo delicadamente, com atenção às expressões de dor do paciente.
- Empregar técnica cautelosa, sem **abrasão mecânica** do leito ulcerado.
- Considerar a necessidade de aplicação de **gel anestésico** sobre o leito da ferida. Recomenda-se lidocaína gel a 4%.
- Utilizar coberturas que mantenham a umidade no leito da ferida.
- Comunicar e discutir com a equipe os casos de sofrimento álgico que fogem ao controle da conduta preconizada.

Prurido

Algumas classificações e escalas de dor consideram o relato de prurido como um grau de dor.

A dor e o prurido na ferida oncológica têm várias causas em comum. Em alguns casos, a falta de proteção à pele íntegra perilesional pode levar à irritação e consequente prurido[8, 10, 12].

Prevenção e tratamento[8, 10]:

- Investigar **alergias prévias** do paciente.
- Investigar se a causa do prurido é decorrente de **alergia aos produtos utilizados** no curativo, ou à fita adesiva. Neste último caso, utilizar **fita hipoalergênica microporosa**[19, 20, 21, 22]
- **Controlar o exsudato** (que é potencialmente agressivo à pele íntegra).
- Considerar o uso de **dexametasona** pomada a 0,1% no local referido, ou a necessidade de **terapia sistêmica** nos casos mais persistentes.

Necrose tecidual

O desbridamento da ferida oncológica deve ser considerado com muito bom-senso, e esta possibilidade deve passar por uma análise rigorosa de cada caso pela equipe interdisciplinar. Leva-se em consideração a extensão da área a ser desbridada, a presença de infecções locais, a vascularização e neovascularização do local, os riscos para o paciente (cujo principal é o sangramento durante ou após o procedimento) e os benefícios (diminuição de volume de feridas fungosas, controle de odor refratário às terapias padronizadas)[9,10].

A presença da necrose tecidual é um fenômeno comum na ferida oncológica, e é discutível se há alguma forma de preveni-lo.

Tratamento[8,10]:

- Proceder ao **desbridamento enzimático** primeiramente, e, se necessário, o cirúrgico posteriormente. Para se proceder ao desbridamento enzimático, é necessário determinar a **área de necrose** a ser desbridada em relação à área total da ferida.
- Limpar a ferida com **soro fisiológico a 0,9%**, em jato de alta pressão.
- Se houver área de necrose seca, proceder **escarificação** da mesma pela técnica de quadriculação.
- Aplicar ***Hidrogel*** *s*obre a área de necrose, com o auxílio de gazes. O Hidrogel facilitará o desbridamento autolítico no local.
- Na ausência de Hidrogel,utilizar ***papaína gel*** ou ***papaína creme*** diretamente sobre o leito da ferida. A concentração da papaína será proporcional à área de necrose a ser retirada (**vide Tabela 2**)

Tabela 1 – Concentração de papaína em relação à área de necrose.	
Papaína 10 a 12%	Necrose na maior parte da lesão
Papaína a 6%	Necrose em 50% da lesão
Papaína a 2%	Necrose na menor parte da lesão

Fonte: Protocolo Multidisciplinar de Tratamento de Feridas e Estomias do Hospital de Apoio de Brasília" (2007) (10)

- Cobrir usando gazes ou coxins.

O processo de desbridamento enzimático exige **acompanhamento atencioso** e **inspeção frequente** por parte da equipe. Deve ser interrompido sempre que houver qualquer sinal de **hemorragia** na lesão.

Cuidados com a pele perilesional[8, 10]

A pele perilesional deve ser inspecionada diariamente, a cada troca de curativos[8, 19, 20, 21, 22]. Deve ser limpa com soro fisiológico e seca cuidadosamente, sem abrasões. Em seguida, usa-se um dos produtos abaixo, dependendo da extensão de pele a ser protegida, das condições da ferida e da disponibilidade destes produtos:

Hidrocoloide **em placa ou gel**

- Pode-se usar curativo transparente para fixar a placa.
- Aplicar o gel com auxílio de gazes. Trocar diariamente, pois seca mais rápido.

***Triglicerídeos de Cadeia Média* (TCM)**

- Aplicar gazes embebidas em TCM, com cuidado para que o mínimo do produto escorra para o leito da ferida.

Vitamina A

- Aplicar a vitamina A de forma semelhante ao TCM.
- A vitamina A estimula a repitelização rápida. Deve, portanto, ser usada com parcimônia.

Creme de Sulfato de Zinco

- Aplicar em toda a borda perilesão. Não oferece riscos se cair no leito da ferida.

Além dos cuidados propostos acima, deve-se fazer o controle da infecção e do exsudato, pois estes dois fatores interferem diretamente sobre a pele íntegra.

Nas feridas ou fístulas cutâneas altamente exsudativas, considerar o uso de bolsas coletoras[8, 9].

Referências

1. BRAGANÇA, A. T. N. M. "O Acolhimento como Promoção da Saúde Entre Pacientes com Câncer". Dissertação de Mestrado. Universidade Federal do Rio Grande do Norte, 2006.

2. FEIJÓ, A. M.; ROSA, C. V.; SCHWARTZ, E.; BUENO, M. E. N. "Mudanças Relacionadas à Sexualidade nos Pacientes Oncológicos Submetidos ao Tratamento Radioterápico". Projeto de Pesquisa, Universidade Federal de Pelotas, 2007.

3. GUTIÉRRES, M. G. R.; ADAMI, N. P.; CASTRO, R. A. P.; FONSECA, S. M. "Natureza e Classificação das Intervenções de Enfermagem em Ambulatório de Quimioterapia de Adultos". Revista Latino-Americana de Enfermagem. Ribeirão Preto. V.8, no. 3, 33-39. Julho, 2000.

4. KALINKE, L. P. et al. "As Dificuldades Apresentadas por Cuidadores Familiares de Pacientes Oncológicos em Cuidados Domiciliares: Uma Visão da Enfermagem". Universidade de Tuiuti, 2006

5. STERN, T. A.; SEKERES, M. A. "Facing Cancer – A Complete Guide for People With Cancer, Their Families and Careguivers". McGraw-Hill Companies. USA, 2004.

6. OTTO, S.E. "Oncologia". Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso, 2002.

7. POLETTI, N. A. A.; e cols. "Feridas Malignas: Uma Revisão de Literatura". In: Revista Brasileira de Cancerologia. 2002, nº 48(3), pp. 411-417.

8. "Protocolo de Enfermagem para o Atendimento de Feridas Tumorais Malignas Cutâneas". Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, Gerência de Atenção Domiciliar, Núcleo Regional de Atenção Domiciliar de Sobradinho - NRAD, Equipe de Cuidados Paliativos. Bra-

sília – DF, 2009.

9. CREMESP. “Cuidado Paliativo”. Coordenação Institucional de Reinaldo Ayer de Oliveira. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2008.

10. “Protocolo Multidisciplinar de Tratamento de Feridas e Estomias do Hospital de Apoio de Brasília”. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, Hospital de Apoio de Brasília, Núcleo de Enfermagem, Comissão de Educação Permanente do Núcleo de Enfermagem. Brasília – DF, 2007

11. BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. “Cuidados Paliativos Oncológicos: Controle da Dor”. Rio de Janeiro: INCA, 2001.

12. CANDIDO, Luís Cláudio. “Nova Abordagem no Tratamento de Feridas”. São Paulo: Editora SENAC-SP, 2001.

13. FIRMINO, F.; e cols. “O Controle do Odor em Feridas Tumorais Através do Uso de Metronidazol”. In: Revista Prática Hospitalar. Ano IV, nº 24, Nov-Dez/2002, pp. 30-33.

14. TULLI, A. C. P.; PINHEIRO, C. S. C.; TEIXEIRA, S. Z. “Dor Oncológica: Os Cuidados de Enfermagem”. Revista da Sociedade Brasileira de Cancerologia, No 1, Ano 7, 1999.

15. ARANTES, A. C. L. Q., “A Terapêutica da Dor Intratável no Câncer Terminal”. Revista Einstein. São Paulo: Hospital Israelita Albert Einstein - HIAE, 2005.

16. BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. “Cuidados Paliativos Oncológicos: Controle de Sintomas”. Rio de Janeiro: INCA 2001.

17. LEÃO, E. R.; CHAVES, L. D. “Dor 5º Sinal Vital”. 2ª Edição. Rio de Janeiro: Martinari, 2007.

18. SILVA, L. M. H.; ZAGO, M. M. F. “O Cuidado do Paciente Oncológico com Dor Crônica na Ótica do Enfermeiro”. Revista Latino-Americana de Enfermagem. Vol.9, nº.4, Ribeirão Preto, 2001.

19. BORGES, E.L. et al. “Feridas: Como Tratar”. Belo Horizonte: Coopmed Editora Médica, 2001.

20. HESS, C.T. “Tratamento de Feridas e Úlceras”. Rio de Janeiro (RJ): Reichmann & Affonso Ed, 2002.

21. JORGE, S. A. et col. “Abordagem Multiprofissional no Tratamento de Feridas”. São Paulo: Atheneu, 2003.

22. UNICAMP – Universidade Estadual de Campinas. Hospital das Clínicas. Grupo de Estudos de Feridas. “Manual de Tratamento de Feridas”. 1999.

Medidas de higiene e conforto

Ivanyse Pereira

"...Viver é afinar o instrumento
De dentro prá fora
De fora prá dentro
A toda hora, todo momento..."
*(*Walter Franco)

Introdução

Falar sobre higiene em Cuidado Paliativo pode parecer redundante quando pensamos num contexto hospitalar; no entanto, se partirmos do princípio de que Cuidado Paliativo é uma filosofia de atendimento, muito mais do que o espaço físico que nos cerca, daí higiene parece ter pertinência ser tratada num capítulo que se propõe abordar o conforto do paciente.

A palavra higiene origina-se do grego *hugieinós*, que ajuda a manter a saúde. Na prática, entende-se por higiene um conjunto de práticas de limpeza tanto com o corpo quanto com o ambiente em que se vive. Durante séculos, as normas de asseio inexistiram; foi necessária uma série de epidemias e consequentes perdas humanas para que boas práticas higiênicas fossem incorporadas ao cotidiano da humanidade (Silva, 2004). Ainda hoje, há sociedades que vivem em condições precárias de salubridade e com grandes problemas de saúde pública.

Em Cuidados Paliativos, a tônica não é diferente quando se fala em higiene; o que muda nesta modalidade de atendimento é que os padrões higiênicos preconizados em saúde pública devem ser adaptados ao conjunto de valores socioculturais do paciente. Com a adequação dos conceitos de higiene – do científico e contemporâneo com o individual e cultural –, surge o conforto do paciente.

A equipe que assiste o paciente e sua família deverá realizar uma análise sistemática e contínua do plano de cuidados, objetivando, sempre, um planejamento assistencial viável, inclusive economicamente.

Com o declínio clínico e/ou psicológico dos pacientes, os cuidados voltados para a higiene e o conforto físico vão obtendo dimensões cada vez maiores em consequência da perda de autonomia e dificuldade do autocuidar-se. Esta realidade faz com que os pacientes em Cuidados Paliativos tenham uma grande demanda por ajuda – seja parcial ou integral, para a manutenção da sua higiene corpórea, inte-

gridade da pele, asseio pessoal e estética necessária para assegurar a sua dignidade e manutenção de seus papéis sociais frente a si mesmo e à família. Lembrar que esta dignidade deve ser estendida também no preparo do seu corpo após o óbito.

As práticas que usualmente têm maior impacto na higiene e no conforto físico dos pacientes são: higiene do ambiente, banho de aspersão (banho de chuveiro), banho no leito, higiene do couro cabeludo, oral e íntima, adequação da cama e sua arrumação, troca de fraldas, tricotomia facial, massagem de conforto, mobilização no leito e readequação do vestuário – ver Quadro 1.

Quadro 1

Práticas mais comuns para higiene & conforto
• Higiene do ambiente
• Banho de aspersão (de chuveiro)
• Banho no leito
• Higiene do couro cabeludo
• Higiene oral e íntima
• Adequação da cama e sua arrumação
• Troca de fraldas
• Tricotomia facial
• Massagem de conforto
• Mudança de decúbito
• Readequação do vestuário

Higiene do ambiente

Como higiene do ambiente, entende-se um conjunto de práticas que faça a manutenção da ventilação do ambiente, a iluminação adequada do ambiente e a limpeza do espaço físico sem desvinculá-lo da identidade do paciente. Os apontamentos descritos aqui podem ser adaptados desde instituições hospitalares com enfermaria de Cuidados Paliativos até hospedarias e domicílios; no entanto, é importante lembrar que higiene do ambiente abrange todos os espaços onde o paciente circula. O conjunto de práticas objetivando a redução do número de infecções hospitalares ou comunitárias não é fator secundário na execução da assistência ao paciente em Cuidado Paliativo. O espaço físico onde o paciente está acomodado deve ser um ambiente que favoreça o conforto, acolhimento e proteção de riscos externos à sua condição clínica atual.

Em uma instituição hospitalar, a flexibilidade nos horários de visitas, companhia permanente no quarto com entrada de crianças e um espaço onde as famílias

possam relacionar-se umas com as outras são medidas importantes para que o Cuidado Paliativo, de fato, aconteça. O maior desafio das instituições hospitalares talvez seja criar normas que possibilitem a entrada de pertences pessoais e adaptações no quarto de acordo com os desejos do paciente, pois há barreiras legais para serem transpostas. Mas, a permissão para colocação de plantas, fotografias, objetos pessoais de decoração são medidas possíveis e com implicações pequenas no controle das infecções hospitalares.

A liberação de animais para visitação hospitalar é outra medida de conforto que também poderia ser oferecida aos pacientes em Cuidados Paliativos; no entanto, ainda carece de regulamentação e reflexão dos profissionais de saúde sobre o assunto no Brasil. Nos EUA, a entrada de animais de estimação nos hospitais e hospices seguem um protocolo específico, produzido pela *American Veterinary Medical Association* (Rhinehart & McGoldrick, 2006). Animais saudáveis, vacinados e bem cuidados não necessariamente transmitem doenças. Com bom-senso e algumas precauções, os benefícios das atividades e terapias com animais de estimação geralmente superam os riscos, especialmente entre as crianças e idosos.

No domicílio, a higiene do ambiente deve partir do valor cultural familiar e da agregação de novas práticas orientadas pelo enfermeiro que assiste o paciente em Cuidado Paliativo. Reconhecer e entender as limitações da família não nos exime de promover uma mudança comportamental no núcleo familiar e suas práticas de limpeza. Caberão aos profissionais as orientações sobre a remoção da poeira com pano úmido, limpeza da cama e dos utensílios utilizados com o paciente. Fazer junto com o cuidador familiar mostra que a mudança é possível.

Desde 2004, a Joint Comission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) tem em seus protocolos de controle de qualidade um programa de vigilância em infecção para o atendimento domiciliário e hospice (Rhinehart & McGoldrick, 2006). No estado de São Paulo, a Associação Paulista de Estudos e Controle de Infecção Hospitalar – APECIH – publicou, em 2004, um livro com orientações de prevenção e controle de infecções em assistência domiciliária, em instituições de longa permanência e em outras modalidades de atendimento à saúde. Embora a modalidade *Hospice* não tenha sido citada, as orientações para instituições de longa permanência são possíveis de adequação e utilização neste modelo (APECIH, 2004).

Segue abaixo quadro com diretrizes básicas (Quadro 2) para uma supervisão adequada dessa prática.

Quadro 2

- ✓ **Instituição** ☐
- ✓ **Domicílio** ☐
- ✓ **Animais**: Possui? ☐
  - Tem contato com o paciente? ☐
  - São vacinados? ☐
- ✓ **Ventilação**: Possui janelas? ☐
  Elas se abrem facilmente? ☐
- ✓ **Visita hospitalar:** Foi liberado? ☐
  - A visita traz alívio e alegria?
    Repensar liberação de visitas.
- ✓ **Iluminação**: O paciente aperta os olhos para enxergar? ☐
  A luz incide diretamente sobre o paciente? ☐
- ✓ **Piso**: Possui tacos soltos? ☐ É encerado? ☐
  Passível de limpeza com água e sabão? ☐
- ✓ **Limpeza**: Quem executa?_____
  Realizada diariamente? ☐
  Remove o pó dos móveis e utensílios? ☐

Banho de aspersão

A execução do banho de aspersão demanda que o paciente tenha grau de sustentação corpórea condizente com as estruturas físicas do ambiente. Por exemplo: barras de sustentação, tapetes antiderrapantes, suporte para frascos de soros, dentre outros acessórios que possam facilitar a permanência do paciente sob o chuveiro em posição ortostática. O banho de aspersão também possibilita que a higienização do couro cabeludo seja realizada com mais praticidade e conforto para o paciente.

Enquanto que o banho no leito pode representar a oficialização do declínio das funções cognitivas ou funcionais do paciente, o banho de aspersão pode ser considerado por muitos pacientes como uma prova de autonomia e enfrentamento da progressão das doenças degenerativas. Ele também pode ser um marcador do nível de independência do paciente. Dependendo do estágio de reconhecimento e enfrentamento da doença, ele poderá ser relutante ao banho no leito e optar pelo banho de aspersão em posição ortostática ainda que seja desprovido de condições físicas que assegurem a execução desta técnica.

Embora seja difícil para uma unidade de internação separar os pacientes segundo critérios de demanda de cuidados, não é boa prática deixar pacientes em Cuidados Paliativos dependentes com pacientes mais independentes para as atividades de vida diária: invariavelmente, um padrão de comparação se estabelece e o sentimento de impotência e tristeza aumenta gradativamente.

Para a realização do banho de aspersão há que se ter a garantia de segurança da integridade física do paciente. Então, faz-se necessário checar a existência de barras de apoio, se no piso do banheiro existem falhas, descolamentos e superfícies cortantes. O banho de aspersão em posição ortostática com auxílio de uma ou duas pessoas, banho com o uso de chuveirinho e o banho de aspersão em cadeira higiênica são opções muito utilizadas para os pacientes sob os Cuidados Paliativos.

As cadeiras higiênicas apresentam vários modelos e preços. Um modelo acessível é o modelo com adaptador universal para os diversos assentos de vaso sanitário. Sempre que possível, opte por um assento almofadado para prevenção de dor no momento do banho. Pacientes emagrecidos têm maior dificuldade em adaptar-se aos assentos de polipropileno com consequente dor e pontos de pressão na região trocantérica, portanto vale a pena improvisar com cadeiras de marfinite, fazendo furos na base para o escoamento da água, inclusive.

Os idosos, por terem uma pele mais fina, mais permeável e com menos pelos, portanto menos protegida contra infecções, o cuidado com a temperatura da água e o uso de hidratantes após o banho é fundamental. A secagem dos pés após o banho dificulta a proliferação de fungos e bactérias, causadores de odores desagradáveis e infecções.

O banho antes de ser uma prática higiênica, deve ser uma prática prazerosa, relaxante e revigorante; banho de aspersão onde o paciente se desgasta, sofre com dores e solavancos, vale refletir sobre o banho no leito. Afinal, cuidado paliativo é conforto.

Banho no leito

Habitualmente indicado para o paciente acamado, muitas vezes torna-se uma prática também utilizada para aqueles com sensação de extrema fadiga e/ou quadro de depressão. O medo de deambular, o esforço desencadeador de dor ou isolamento social também são situações onde o banho no leito tem indicação.

Em casa, o banho no leito muitas vezes é a única prática higiênica possível. Banheiros compartilhados e distantes do leito, bem como o seu difícil acesso ainda são realidades da prática assistencial. E se considerarmos que, nas construções atuais, o espaço é cada vez mais otimizado, o cuidador tem dificuldades para transitar com a cadeira higiênica pelos cômodos da casa. Nós, profissionais da saúde, deveríamos ter menos restrição e/ou resistência à execução do banho no leito nos pacientes em Cuidados Paliativos.

Conversar sobre o assunto com o paciente e o cuidador costuma eliminar problemas e possíveis medos. O paciente tem o direito de escolher a melhor prática para si. O profissional paliativista tem a obrigação de prestar as informações necessárias para uma escolha com melhores benefícios. A oferta de uma cadeira higiênica, a garantia de um suporte de oxigênio ou mesmo a presença de um familiar junto no banho, além do incentivo ao banho de aspersão (chuveiro), podem auxiliar o paciente na sua tomada de decisão.

O banho no leito até pela sua adaptação ao mobiliário, consome mais tempo em sua execução. No entanto pequenos detalhes fazem diferença na extensão do procedimento como a avaliação da necessidade de mais de uma pessoa para realizá-lo e organização do material (água quente, sabonete, toalhas, etc.) previamente ao procedimento. Os pacientes queixam-se do procedimento quando existe uma manipulação prolongada de seu corpo, quando a água esfria e no modo como são tocados durante o procedimento, desencadeando dor no momento e perdurando por horas.

Bordim e Fonseca (2005) verificaram que o banho no leito no paciente inconsciente, ou seja, com dependência total dos profissionais de enfermagem, gastou o tempo médio de 50 minutos quando foi realizado somente por um profissional. Quando, porém, conta-se com dois profissionais, este tempo médio foi reduzido para 14 minutos.

Embora o foco do trabalho citado seja economia do tempo, em Cuidado Paliativos ter duas pessoas realizando o banho é importante porque minimizamos o desconforto do paciente. E em nossa experiência, quanto mais os minutos finais aproximam-se, mais suavidade se faz necessária durante todo e qualquer procedimento. Na dependência do quadro clínico que se apresenta, procedimentos simples, como movimentar as articulações para a higienização do corpo, podem tornar-se demorados em função do tempo do paciente, e não da execução da técnica.

De modo geral, não se indica o uso de sabonetes perfumados, talcos e óleos perfumados, pois eles podem causar alergia em alguns pacientes, especialmente os que evoluem com quadro de caquexia; no entanto, se para o paciente utilizá-los for importante, melhor negociar o uso e observar. Uma maneira de preservar a hidratação natural da pele durante o banho é acrescentar óleo de girassol ou óleo de canola (ricos em ácidos graxos essenciais insaturados) na água de enxágue. No mercado há uma grande oferta de óleos graxos essenciais insaturados (AGE) com complementação de vitaminas; este seguimento, em franca expansão, ainda tem um custo considerável e que onera o orçamento das famílias com pacientes acamados no domicílio. Uma opção acessível financeiramente é utilizar óleo de girassol ou óleo de canola – ricos em ácido graxo essencial insaturado –, que são facilmente encontrados nos supermercados, têm baixo custo e não têm cheiro.

Higiene do couro cabeludo

A higiene do couro cabeludo promove maior conforto no paciente e previne o acúmulo de escamas seborreicas, muito comum quando se está acamado por tempo prolongado.

Para o paciente acamado, sem possibilidade de ser levado para o banho de aspersão, a higiene deve ser realizada duas vezes por semana e sempre com dois cuidadores para agilizar o procedimento. A lavagem frequente do couro cabeludo ajuda a evitar a ocorrência de piolhos, principalmente nos pacientes que moram em casas adaptadas, sem saneamento básico e espaço reduzido. O exame do couro cabeludo (pacientes acamados podem desenvolver úlceras por pressão no couro cabeludo) e a indicação de produtos especiais para tratamento de alterações do tecido epitelial são questões que não devem passar despercebidas pela equipe multiprofissional.

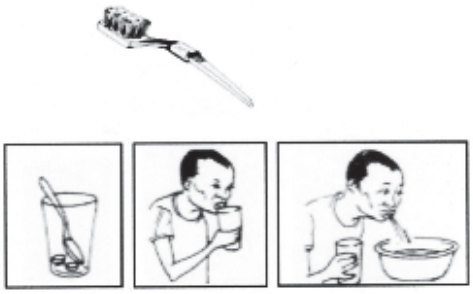
Existem dispositivos próprios para o procedimento no leito, com um mínimo de manipulação. No entanto, são dispositivos que ainda têm custo elevado para uma parcela significativa da população brasileira. Os membros da equipe que o assiste deverão orientar a adaptação do leito para o apoio de uma bacia plástica para o escoamento da água morna utilizada no procedimento.

A higiene do couro cabeludo exige um treinamento do cuidador para que seja realizado no leito. O quarto deve estar fechado, a temperatura do quarto deve ser compatível com a temperatura corporal e a circulação de ar deve ser contida.

Higiene oral

Comida é uma maneira de se conectar à vida. Então cuidar da higiene oral é fundamental; é através do paladar que se inicia essa conexão. Pacientes com dentes devem utilizar escova com cerdas macias e, preferencialmente, escova pequena ou infantil. A indicação do tamanho da escova justifica-se pelo fato de que nem sempre o paciente consegue expandir a musculatura facial permitindo a higiene completa dos dentes molares; escovas menores permitem maior alcance dentário sem muito esforço do paciente. Na presença de dentes amolecidos ou sangramento gengival, oriente o cuidador a realizar a higiene delicadamente e sem pressa. A contenção de sangramentos pode ser feita com o uso de água gelada e compressa de gaze embebida em SF 0,9% gelado.

Pacientes que não se alimentam por via oral também devem ter a higiene oral realizada quatro vezes ao dia. Na ausência de dentes, uma gaze embebida em água bicarbonatada 10%, enrolada ao dedo indicador, deve ser utilizada para a higiene da gengiva e da língua, de maneira suave.



Higiene íntima

A limpeza adequada da região genital e anal contribui para a prevenção de corrimentos e vulvovaginites. Nos pacientes acamados, especialmente do sexo feminino, devido à proximidade do ânus com a vagina e a uretra, a troca de fraldas deve ser frequente e a higienização da genitália deve seguir os seguintes passos: afaste com os dedos polegar e indicador os grandes lábios e proceda a limpeza da vulva e do períneo, obedecendo o sentido vagina – ânus. Isso previne problemas decorrentes do contato com fezes, urina e outros irritantes que podem provocar infecção. Para os pacientes acamados do sexo masculino, a higiene íntima deve contemplar a tração do prepúcio, higiene local com água e sabonete e a redução da membrana a fim de evitar a balanopostite. No uso de fraldas descartáveis, deve-se realizar a troca a cada 6 horas no máximo para prevenir as dermatites por fralda, também conhecidas por dermatite de contato (Hashimoto, 1997). Fraldas de algodão, embora mais trabalhosas para processar a limpeza, absorvem melhor a transpiração com consequente redução das dermatites.

Arrumação da cama

Pacientes mais dependentes devem ter, sobre o colchão normal, um colchão que favoreça uma maior circulação sanguínea e consequente prevenção de úlceras por pressão. No mercado há uma variedade de colchões que oferecem uma boa relação de conforto e prevenção de úlceras por pressão; no entanto, há que se ter claro que o paciente é o usuário e é ele quem determinará se lhe é confortável ou não. Um colchão de última geração e com múltiplos benefícios tecnicamente descritos, nem sempre é a melhor escolha. Com o paciente em cuidado paliativo, a prioridade deve ser o conforto, o que necessariamente não está relacionado à melhor tecnologia reparadora.

De modo geral, os colchões terapêuticos de espuma lacunar ou perfilada, mais conhecidos como "*colchão caixa de ovos",* são mais acessíveis por conta do

custo relativamente baixo e pela facilidade em encontrá-los em casas de colchões e hipermercados. Outro benefício é a lavagem da espuma, caso algum acidente ocorra com o paciente. É importante que os profissionais de saúde saibam orientar a limpeza do colchão. Estes colchões têm prazo de validade de 6 meses de uso.

Os lençóis devem estar perfeitamente esticados sobre a cama, livres de pregas e rugas que machucam a pele. Os lençóis devem ser trocados sempre que estiverem molhados. Sempre que possível, manter lençóis de algodão para melhor absorção da umidade. Se o paciente recebe sua alimentação no leito, eleve a cabeceira, e, ao final, inspecione a cama para remover quaisquer resíduos de alimentos que, eventualmente, tenham caído durante a refeição.

Qualquer sinal de hiperemia na pele deve merecer maior atenção; proteja a região avermelhada com hidratantes, faça massagens que irão ativar a circulação e, se possível, exponha a região ao calor. A higiene rigorosa da pele é a maior arma que se tem para se prevenir ou deter a evolução de uma escara. Por isso, em caso de pequena lesão aberta, esta deve ser lavada com água e sabão, e não sofrer pressão de nenhuma espécie.

Readequação do vestuário

As roupas devem ser confortáveis, simples de se vestir e adequadas ao clima e aos desejos do paciente; sempre que possível, dê preferência aos tecidos de algodão por serem macios e permitir em uma melhor movimentação. Resíduos de produtos químicos usados na lavagem das roupas podem ser causa de irritações na pele. O uso de tecidos sintéticos e inflamáveis e de colchetes, correntes e alfinetes deve ser abolido, evitando com isso possíveis acidentes e traumatismos.

É importante também que, para o paciente impossibilitado de manifestar sua sensibilidade à temperatura externa, o profissional esteja atento para a colocação ou retirada de agasalhos. Oriente o cuidador familiar para que esteja atento a estas necessidades no domicílio também.

É importante que os cuidadores mantenham a calma no auxílio do vestuário. Pacientes em Cuidado Paliativo se cansam com facilidade e, por isso mesmo, é importante manter vestimentas simples com aberturas laterais ou frontais e uso de velcro para fechamento. Pacientes limitados a cadeiras de rodas ou poltronas, optar por roupas confortáveis, largas, especialmente nos quadris. Para pacientes com lesões extensas de pele – independentemente da causa –, oriente adaptações de roupas e camisolas: as mangas podem sem desmembradas do corpo da roupa e adaptadas ao corpo do paciente através dos dispositivos acima citados.

Mudanças de decúbito

De maneira ideal, a mudança de decúbito deve ser realizada pelo menos a cada duas horas. No entanto, a mobilização no leito na fase final de vida deve ser criteriosa:

- Observe as condições do colchão onde o paciente repousa. Como elemento norteador para maior conforto do paciente, ouça o que o próprio paciente pensa sobre a sua acomodação.
- Avalie a dor para a execução de movimentos simples. Se com movimentos simples houver dor, escolha outras maneiras de prevenção de maiores agravos.
- Observe se os lençóis estão esticados, se não há excesso de cobertores na cama.
- Observe a pele do paciente, sua hidratação e quais os pontos de pressão; use coxins, apoios macios e hidrocoloídes (*ver capítulo de feridas*) para proteger as áreas com risco aumentado para abertura de lesões. Pacientes com lesões ósseas, por exemplo, não serão mobilizados com esta frequência.
- Para o cuidado paliativo no domicílio, orienta-se o cuidador a fazer uma tabela com horários para as mudanças de decúbito em associação com uma escala de avaliação de dor (*ver anexo)*. O objetivo é sempre conciliar formas de prevenção de maiores agravos com o máximo conforto do paciente, incluindo aí, a ausência de dor.

Considerações finais

A reflexão para os cuidados de higiene & conforto no Cuidado Paliativo, deve partir sempre de que planejamento do cuidar passa sempre pela questão do tempo do indivíduo e suas possibilidades de futuro. O tempo do nosso paciente é certamente diferente do tempo de quem dele cuida. O desconforto e dor no cuidado geralmente são entendidos como uma ponte para a melhora e a recuperação breve. E quando se fala em melhora, geralmente a ideia remetida é a perspectiva de cura. No entanto, para o paciente em Cuidado Paliativo, fora de possibilidade de cura, mas com a realidade de viver intensamente o que o tempo lhe concede, geralmente a barganha não vale a pena. Cabe à equipe estabelecer um canal de comunicação com o paciente, mantendo bom vínculo de confiança para o estabelecimento de práticas de conforto; medidas reais e concretas. O mais importante é não conformar-se com o cuidado básico; é necessária a reavaliação diária e constante para que o conforto impere. Fundamental também é lembrar que no cuidado não cabe culpa; e, se esta surgir, há que se ter uma reflexão da prática assistencial e uma escuta mais atenta para os valores e desejos do paciente. Planejar para o

outro o que o profissional deseja para si não pode ser a regra; e, se houver regra, esta deve ser sempre a de respeitar o que o paciente deseja, a de respeitar o que ele julga melhor para si. Um paciente nunca é igual ao outro, ainda que a manifestação da doença seja igual para a maioria. Enxergar a singularidade de cada um é o que nos guia para o conforto do paciente.

Referências

BORDIM, L. C.; FONSECA, A. Mensuração do Tempo Gasto para a Realização dos Cuidados de Enfermagem no Departamento de Clínica Cirúrgica de um Hospital Privado, 2005.

HASHIMOTO, Marta Rumiko Kayo. Estudo Retrospectivo das Condutas de Enfermagem para Assaduras na Região Abrangida pelas Fraldas de Recém-nascidos. (Dissertação de mestrado). Escola de Enfermagem da USP, 1997.

Infection Control in Home Care and Hospice. Emily Rhinehart e Mary McGoldrick. 2ed. London: Jones and Bartlett Publishers International, 2006.

Prevenção e controle de infecções associadas à assistência médica extra-hospitalar: ambulatórios, serviços, diagnósticos, assistência domiciliar e serviços de longa permanência. Coordenadores Ana Paula Coutinho, Crésio Romeu Pereira, Régia Damous Fontenele Feijó. São Paulo: APECIH – Associação Paulista de Estudos e Controle de Infecção Hospitalar, 2004.

SPORTELLO, Elisabete Finzch. Caracterização das Formas de Vida e Trabalho das Cuidadoras Familiares do Programa de Assistência Domiciliária do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo. (Dissertação de mestrado). Escola de Enfermagem da USP, 2003.

Parte 5

A Equipe Multiprofissional em Cuidados Paliativos

O papel do médico na equipe

Leonardo de Oliveira Consolim

O médico tem sua formação acadêmica toda voltada para o diagnóstico e tratamento de doenças. Quando defronte de um paciente necessitado de Cuidados Paliativos, onde o foco deixa de ser a doença e passa a ser a pessoa doente nas suas dimensões biológica, psicológica, familiar, social e espiritual, ele obrigatoriamente tem que rever seus conceitos de saber e aprender a trabalhar em equipe[1].

Por melhor que sejam os conhecimentos técnicos do médico, ele sozinho não conseguirá suprir todas as necessidades que o cuidado integral de um paciente exige.

Para que o trabalho em equipe dê os frutos que dele se esperam, é muito importante que cada um de seus integrantes saiba muito bem aquilo que é de sua área de conhecimento e, além disso, saiba trabalhar com os outros profissionais das diferentes especialidades. A chave para o sucesso desse trabalho é a comunicação[2], sendo muito frequente que as dificuldades interpessoais ou de áreas afins sejam empecilhos e obstáculos para que ocorra um trabalho conjunto[2,3,4].

Historicamente, as equipes de saúde se organizam de forma hierarquizada, onde os diferentes profissionais têm seus trabalhos reconhecidos socialmente e, mesmo dentro da própria equipe, de forma diferente. Nesse contexto, o médico é colocado como o detentor do papel predominante, sem que sejam discutidas suas opiniões e condutas[5]. Porém, se ele aceitar passivamente essa situação, todo trabalho necessário para que o paciente e sua família tenham seu sofrimento arrefecido, sua dor controlada e uma vida digna até o seu final, pode não ter o êxito necessário.

Dentro da sua especificidade, o médico paliativista deve realizar os diagnósticos clínicos. Deve conhecer a doença, sua história natural, os tratamentos já realizados, qual a evolução da doença que seria esperada para aquele paciente especificamente naquele momento. Se necessário for, deve entrar em contato com as outras especialidades médicas, que já trataram ou ainda estejam tratando o paciente, para discutir uma conduta específica. É também do médico a responsabilidade de propor tratamentos, medicamentosos ou não, que sejam compatíveis com o momento de vida do paciente. De forma a garantir não só alívio de sintomas desconfortáveis, mas também a dignidade de vida até o fim. Evitando, dessa forma, procedimentos que poderiam aumentar o sofrimento do paciente.

Talvez a principal tarefa do médico em uma Equipe de Cuidados Paliativos seja a de coordenar a comunicação entre a equipe, o paciente e sua família. O paciente e a família esperam ouvir do médico sobre o diagnóstico, sobre a proposta terapêutica e sobre o prognóstico da doença. Não devendo o profissional da medicina passar para outros integrantes da equipe a responsabilidade de conversar com o paciente e sua família sobre esses aspectos diretamente ligados com a doença.

É ainda muito importante que o médico se comunique de forma eficaz com a equipe sobre esses mesmos aspectos, para que, ao serem questionados pelo paciente e por seus familiares, todos tenham a mesma postura e falem a "mesma língua". Dessa forma, o planejamento terapêutico do paciente será uma construção conjunta de toda a equipe, com participação ativa do paciente e sua família.

Agindo assim, o médico vai funcionar como elemento facilitador para que toda a equipe trabalhe e ajude o paciente a exercer sua autonomia. Com isso, as escolhas e as decisões passam a ser partilhadas entre o paciente, sua família e a Equipe de Cuidados Paliativos. Tornando-se todos corresponsáveis pela produção de saúde e de vida, cumprindo assim os propósitos de cuidar do paciente de forma integral, individualizada, com foco no seu bem estar e qualidade de vida, independentemente de quão avançado seja o estado de sua doença.

Referências

1. PEDUZZI M. Equipe Multiprofissional de Saúde: Conceito e Tipologia. Rev. Saúde Pública 2001; 35(1):103-9.

2. JÜNGER, S.; PESTINGER, M.; RADBRUCK, L. Criteria for successful cooperation in palliative care teams. Palliative Medicine, 2007; 21: 347-354.

3. CROWFORD, G. B.; PRICE, S. D. Team Working: palliative care as a model of interdisciplinare practice. Med Journal of Australia, 2003; 179: S32-S34.

4. PEDUZZI, M. Equipe Multiprofissional de Saúde: a interface entre trabalho e interação. Campinas, 1998; 254p. Tese (Doutorado), Faculdade de Ciências Médicas, UNICAMP.

5. SAAR, S. R. C.; TREVISAM, M. A. Papéis Profissionais de uma Equipe de Saúde: Visão de seus Integrantes. Rev Latino-am Enfermagem 2007; 15(1).

O papel do enfermeiro na equipe

Flávia Firmino

O enfermeiro é o profissional de nível superior da área da saúde que atua realizando o cuidado direto e indireto de pessoas em todas as áreas assistenciais que demandam ações de enfermagem[1].

Dentre as diversas definições de enfermagem, destaca-se aquela que a designa como o estudo da resposta do ser humano às doenças[2]. De acordo com o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (CEPE) a "enfermagem é uma profissão comprometida com a saúde e qualidade de vida da pessoa, família e coletividade"[3]. No século XIX foi definida por sua precursora, Florence Nightingale, como "arte e ciência de cuidar do ser humano". Altruísmo e valorização do ambiente onde o cuidado de enfermagem é exercido são dois critérios inculcados na formação dos enfermeiros como legado histórico.

Nesta prática ações objetivas de cunho pragmático como o controle da dor, domínio da técnica de hipodermóclise, curativos nas lesões malignas cutâneas – frequentemente ditas "feridas tumorais" –, técnicas de comunicação terapêutica, cuidados espirituais, zelo pela manutenção do asseio, da higiene, medidas de conforto, gerenciamento da equipe de enfermagem, e o trabalho junto às famílias e comunicação com a equipe multidisciplinar, são requisitos fundamentais para a melhor atuação do enfermeiro em Cuidados Paliativos[4].

As habilidades do enfermeiro deverão estar voltadas para a avaliação sistemática dos sinais e sintomas; para o auxílio da equipe multiprofissional no estabelecimento de prioridades para cada cliente, para a interação da dinâmica familiar e especialmente para o reforço das orientações clínicas, a fim de que os objetivos terapêuticos traçados pela equipe multidisciplinar sejam alcançados. Trata-se de cuidados sensíveis e de educação, que demandam ações de proximidade física e afetiva para que muitas orientações se efetivem na prática.

Por isso é que a competência relacional do enfermeiro recebe destaque nos Cuidados Paliativos. Tanto para a equipe, quanto para o paciente e para a instituição, é necessário que este profissional tenha habilidades de comunicação, pois estas asseguram o melhor desenvolvimento de suas práticas clínicas.

Especificamente nos Cuidados Paliativos, o Conselho Internacional de Enfermagem afirma que "... uma pronta avaliação, identificação e gestão da dor e das necessidades físicas, sociais, psicológicas, espirituais e culturais" podem diminuir

o sofrimento e melhorar, de fato, a qualidade de vida dos pacientes de Cuidados Paliativos e de seus familiares[5].

Inserido na equipe multidisciplinar, é papel do enfermeiro atuar em prol da comunicação eficaz, aberta e adaptada ao contexto terapêutico, visando à negociação de metas assistenciais acordadas com o paciente e sua família de modo a coordenar o cuidado planejado.

Referências

1. CASTANHA, M. L**.** A (in)visibilidade da prática de cuidar do ser enfermeiro sob o olhar da equipe de saúde. [Dissertação]. Curitiba: Universidade Federal do Paraná; 2004. 161p. Mestrado em Enfermagem.

2. DOENGES, M. E.; MOORHOUSE, M. F.; MURR, A. C. DE. Diagnósticos de Enfermagem. Intervenções/prioridades/fundamentos. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

3. Brasil. Conselho Federal de Enfermagem. CoFEn. Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Brasília, DF: CoFEn, 2007.

4. O'CONNOR, M; ARANDA, S. Guia prático de Cuidados Paliativos em enfermagem**.** São Paulo:Andrei, 2008.

5. Interacional Council of Nurses (Genebra). La enfermería importa. Cuidados Paliativos. Página informativa. [ca.2007]. Disponível em: <http://www.icn.ch/matters_palliativesp.pdf>. Consultado em 21.04.2009.

O papel do psicólogo na equipe

Luana Viscardi Nunes

Introdução

O que *faz* o psicólogo na equipe de Cuidados Paliativos? O que caracteriza a sua prática? Acredito que as respostas a tais perguntas devem ser construídas dentro de um referencial teórico consistente – Psicanálise, Fenomenologia, Psicologia Analítica, Psicologia Social, Análise do Comportamento, etc. –, pois é no avanço articulado entre teoria e prática que vai se definindo a prática e a identidade do psicólogo da equipe.

Para se colocar em condição de participar de trocas efetivas com profissionais de outros saberes, é necessário que o psicólogo procure ter clareza sobre as possibilidades e limites do seu campo de trabalho, evitando tomar para si modelos estranhos à sua prática (o modelo médico, por exemplo). É desejável que identifique um objeto de estudo e intervenção, reconhecendo o campo epistemológico em que se situa sua prática.

Uma formação básica em Cuidados Paliativos, que permita ao psicólogo conhecer os princípios e temas relevantes para a área, amplia o seu campo de compreensão acerca do contexto em que seu trabalho se insere e contribui para uma atuação sintônica com os objetivos da equipe.

Trabalho em equipe

O trabalho em equipe, um dos pressupostos dos Cuidados Paliativos, demanda do psicólogo (bem como de todos os seus colegas de equipe) a habilidade de comunicar-se com profissionais de outras áreas do conhecimento. Para tanto, ele precisa ter clareza sobre o seu próprio trabalho, procurando ao mesmo tempo conhecer o fazer de seus colegas de equipe.

A valorização da atuação multiprofissional se fundamenta na compreensão de que o doente sofre globalmente. Cada membro da equipe aborda o sofrimento desde a perspectiva que seu saber lhe autoriza. O objetivo comum é o de garantir que necessidades distintas do doente, da família e da equipe possam ser reconhecidas e atendidas pela articulação de ações de diferentes naturezas.

Integração dos aspectos psicológicos ao tratamento do doente

A noção de "dor total" desenvolvida na década de 1960 pela médica inglesa Cecily Saunders implica diretamente a ação do psicólogo, na medida em que reconhece, ao lado das razões orgânicas, o fator emocional – além do social e espiritual, acrescentaria Saunders – como aspecto envolvido na dor. A ideia de dor total reconhece que não há um organismo biológico independente dos estados psíquicos.

Em Cuidados Paliativos, costuma-se ampliar a noção de "dor total" para o de "sintomas totais", já que não é só na dor, mas também em outros sintomas (tais como ansiedade, depressão, distúrbios do sono, vômito, dispneia, etc.) que os fatores psicológicos se fazem presentes.

Do ponto de vista da teoria psicanalítica, a doença e todo o contexto que a envolve é interpretada pelo doente à luz de seu discurso, isto é, de seu sistema de afetos e crenças (conscientes e inconscientes). Considerando isso, o psicanalista oferece a sua escuta clínica aos que desejam falar, buscando por esse meio favorecer a elaboração das vivências associadas ao adoecimento. Do ponto de vista do paciente, isso pode contribuir para a reorganização de uma autoimagem vilipendiada pela doença e pelo tratamento.

Para tanto, o ideal é que o acompanhamento psicológico se inicie o mais precocemente possível. Vale lembrar que os Cuidados Paliativos não se resumem à assistência prestada a pessoas em fase final de vida. O tratamento paliativo pode acontecer em diferentes âmbitos (enfermaria, ambulatório, hospedaria, visita domiciliar), o que torna plenamente possível a ocorrência de casos em que o doente e a família sejam acompanhados pela equipe ao longo de anos.

Atenção à família

A experiência indica que a qualidade da relação entre o doente e seu(s) cuidador(es) pode ser benéfica ou interferir negativamente nos processos de adoecimento, morte e luto. É por esse motivo que em Cuidados Paliativos a atenção à família do doente é outro aspecto norteador das ações da equipe. Note-se que a atenção à família requer do psicólogo a capacidade de manejar situações grupais.

Algumas vezes, em nome de poupar o doente, a família pode restringir e falsear a comunicação acerca do diagnóstico e de suas perspectivas de tratamento. Algo que em Cuidados Paliativos é conhecido como "conspiração de silêncio" – expressão não muito adequada por carregar forte carga culpabilizadora. Oferecer informações ao paciente é importante, assim como levar em conta os temores da família de que tal comunicação seja feita.

Nesses casos, é comum que a família fique ameaçada pela irrupção dessa temática e obstrua o canal de comunicação entre a equipe e o doente. Este último, por sua vez, entrevê burburinhos, além, é claro, de perceber as modificações de seu corpo e desempenho físico. Mas fica só e restringido em suas possibilidades de tornar assimiláveis as experiências pelas quais está passando.

É por isso que o psicólogo estimula doente e família a pensarem e falarem livremente sobre sua situação. Desse modo procura legitimar seu sofrimento e contribuir para a elaboração das experiências de adoecimento, processo de morte e luto.

Atenção à equipe

Trabalhar na assistência a pacientes em Cuidados Paliativos envolve estar em contato muito próximo com o sofrimento, o que implica certo "custo emocional" para o profissional que atua na área. De maneira geral, as equipes de saúde se ressentem de um espaço de cuidado e atenção às suas próprias dificuldades.

A prática permite identificar a recorrência de algumas circunstâncias em que a intervenção do psicólogo é solicitada: o doente e/ou a família são agressivos, não seguem as recomendações que lhe são feitas, burlam as regras do serviço, acusam, culpabilizam, negam a gravidade do estado de saúde do doente, são muito solicitantes, etc. Trata-se de situações que representam importante fonte de estresse para a equipe e que podem estar ligadas àquilo que em Cuidados Paliativos costuma ser chamado de "síndrome de burnout".

Os grupos de reflexão sobre a tarefa assistencial, derivados do modelo do Grupo Balint[1], oferecem um espaço em que o grupo de trabalho possa funcionar como ponto de apoio diante das experiências de sofrimento vividas na assistência ao doente e familiares, constituindo-se como um dispositivo catalisador do trabalho em Cuidados Paliativos.

Vale destacar que o grupo de reflexão sobre a tarefa assistencial deve ser coordenado por profissional da área "*psi*" que não seja um membro da equipe, uma vez que só dessa maneira estará em posição favorável para escutar e manejar as questões emocionalmente conflitivas ligadas à assistência.

[1] Idealizados pelo psicanalista húngaro Michael Balint (1896-1970), os grupos Balint foram desenvolvidos na década de 1950 em Londres. Visavam capacitar médicos generalistas a estabelecer uma boa relação médico-paciente e fundamentavam-se na ideia de que o médico, a forma como se relaciona com o seu paciente, é um aspecto importante da terapêutica.

Conclusão

A experiência com situações de adoecimento e morte pode, dependendo do contexto em que se dá, ser favorecedora da aceitação de nossos limites ou ser importante fonte geradora de angústia – isso vale não só para o doente ou a família, mas também para os profissionais, incluindo o psicólogo.

Trabalhando em Cuidados Paliativos, o psicólogo poderá sentir-se impelido a retroceder, entendendo que não há o que ele possa oferecer. Em outros casos, poderá desejar ocupar a posição de um protetor que restaura as seguranças perdidas. Mas a situação ideal é aquela em que ele cria sentidos para a prática dentro das possibilidades/limites de seu campo de conhecimento.

Nesse sentido, a participação em espaços de interlocução sobre questões ligadas à atuação (supervisão, grupos de estudo, psicoterapia, publicações, congressos, etc.) pode ser ferramenta valiosa para que faça de seu trabalho em Cuidados Paliativos uma experiência de crescimento pessoal e profissional.

Referências

BALINT, M. *O Médico, seu Paciente e a Doença*. Rio de Janeiro: Atheneu, 1984.

GOLDGRUB, F. W. *O neurônio tagarela*. São Paulo: Samizdat, 2008.

KÓVACS, M. J. *Educação para a morte: temas e reflexões*. São Paulo: Casa do Psicólogo: Fapesp, 2003.

LABAKI, M. E. P. *Morte*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

MACIEL, M. G. *Ética e Cuidados Paliativos na abordagem de Doenças Terminais*. In: "A Terceira Idade", nº 38.

Martins, L. A. N. *Saúde mental dos profissionais de saúde.* In: Rev. Bras. Med. Trab., Belo Horizonte. Vol 1, nº1, p.56-68. Jul-Set, 2003.

Moreto, M.L. T. *O que pode um analista no hospital?* São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

World Health Organization. *Better palliative care for older people*. Geneva: WHO: 2004. Publicação disponível na internet: http://www.euro.who.int/document/e82933.pdf

O papel do assistente social na equipe

Letícia Andrade

Introdução

Em nosso entender, cuidar paliativamente de alguém, seja em hospitais (ambulatório e enfermaria), ou em domicílio, requer prioritariamente um trabalho interdisciplinar, que prima pela complementação dos saberes, partilha de responsabilidades, tarefas e cuidados e negação da simples sobreposição entre as áreas envolvidas. O reconhecimento de que o cuidado adequado requer o entendimento do homem como ser integral, cujas demandas são diferenciadas, específicas, e que podem e devem ser abordadas conjuntamente, oferece às diferentes áreas do conhecimento a oportunidade e a necessidade de se perceberem incompletas. A percepção das necessidades múltiplas do indivíduo em Cuidados Paliativos e a certeza de que somente uma área não oferecerá respostas necessárias fazem crescer e se consolidar a busca inegável por um trabalho efetivamente em equipe interdisciplinar[1,2].

Por isso, o papel do assistente social nas equipes de atenção em Cuidados Paliativos orienta-se pela atuação junto ao paciente, familiares, rede de suporte social, instituição na qual o serviço encontra-se organizado e junto às diferentes áreas atuantes na equipe.

Em todas as instâncias, o conhecimento prévio em consonância com uma proposta de ação adequada alcançará resultado satisfatório para todos os envolvidos na questão.

Paciente, família e rede de suporte social

No que se refere à perspectiva social, busca-se primeiramente conhecer família, paciente e cuidadores. É necessário traçar um perfil socioeconômico com informações que serão fundamentais na condução do caso. Assim, é importante reconhecer a família com quem manteremos contato como exatamente é (família real) e não como gostaríamos que fosse (família ideal)[3]. Nem sempre os vínculos foram formados de maneira satisfatória, nem sempre aquele que está morrendo "é amado por todos", nem sempre a família tem condições adequadas de cuidar (financeiras, emocionais, e/ou organizacionais) e nem sempre o paciente quer ser cuidado da forma como avaliamos como necessária e ideal. Conhecer e compre-

ender essa família em seus limites e possibilidades é o primeiro passo para um atendimento adequado; para tanto a escuta e o acolhimento são ações imprescindíveis, assim como o reconhecimento do momento adequado para a abordagem. Não ouviremos tudo em uma primeira entrevista, não perceberemos muito em uma primeira abordagem. Por isso, é fundamental que o profissional do serviço social saiba a maneira e o tempo certos de colher informações ou o momento adequado de só ouvir e acolher.

No que se relaciona à avaliação socioeconômica, algumas informações são fundamentais e devem ser obtidas na primeira abordagem: composição familiar, local de moradia, renda, religião, formação, profissão e situação empregatícia do paciente.

Estes dados embasarão o atendimento social, pois trazem parâmetros adequados sobre as necessidades vividas pelas famílias e/ou mostram seus mecanismos de enfretamento dos limites. Esquematicamente, podemos apontar:

Composição familiar: com quem o paciente reside e com quem poderá, ou não, contar no que se refere aos cuidados; se a família é extensa ou nuclear, se é monoparental[4] e se tem outros indivíduos no mesmo núcleo familiar que demandam cuidados específicos (crianças, idosos dependentes ou outros indivíduos doentes). Estes dados nos oferecerão subsídios para auxiliar a família na busca de alternativas quando o cuidado não for suficiente para as necessidades do paciente.

Local de moradia: item também relacionado à possibilidade de entendimento sobre a rede de suporte social. Dependendo do local onde o indivíduo reside, há que se perceber a precariedade ou suficiência das redes de suporte social, assim como a facilidade ou dificuldade de comparecer às consultas ou demais procedimentos. A ciência destas dificuldades ou facilidades possibilita ao assistente social viabilizar e encaminhar adequadamente para recursos da região, providenciar a solicitação de transporte de outras instituições ou buscar assistência domiciliar, da própria instituição ou do bairro/município onde o paciente reside, conforme o grau de dificuldades apresentadas pela família em comparecer aos retornos agendados ou em oferecer a atenção solicitada.

Formação, profissão e situação empregatícia do paciente: estas informações são fundamentais principalmente quando o paciente é o mantenedor daquela família. A orientação e o encaminhamento adequado da questão[1] oferecerão a garantia de sustento para o núcleo familiar.

Renda familiar: estreitamente relacionada ao item anterior, e nem sempre obtendo a importância devida na análise, deve sempre ser conhecida para que a

[1] Informações detalhadas e atualizadas (direitos e formas de acesso) constantes da parte 6 deste manual.

equipe tenha parâmetros reais para as solicitações futuras. Exigências além do que a família pode arcar, aqui relacionadas especificamente com custos, costumam inviabilizar a atenção ao paciente e gerar situações de estresse desnecessário para os envolvidos.

Religião: aspecto cultural importantíssimo na avaliação social do paciente em Cuidados Paliativos. A religião da família e do paciente traz subsídios para abordagens adequadas sobre morte, cuidados ao final da vida, rituais e diferentes necessidades relacionadas às crenças e significados pessoais. Isso deve ser conhecido e compartilhado com a equipe para que, na medida do possível, os cuidados ao final da vida sejam ajustados ao que é significativo e simbólico para família e paciente.

Rede de suporte social: relaciona-se com entidades (instituições, grupos formais, serviços) ou pessoas (parentes, amigos, vizinhos) com que o paciente e seus familiares podem contar em casos de necessidade. As redes de suporte são tão mais suficientes e eficazes quanto maior disponibilidade e segurança oferecem aos indivíduos que a elas recorrem; tal efetividade não se relaciona à renda dos envolvidos, mas, sim, a vínculos estabelecidos e fortalecidos no decorrer do tempo[5].

Instituição: Aqui nos referimos especificamente a cada instituição onde está vinculado o serviço de atenção em Cuidado Paliativo. Faz parte da proposta de trabalho do assistente social conhecer a fundo a instituição na qual realiza sua ação. Esse conhecimento oferecerá condições para o profissional se inteirar dos serviços disponíveis e dos canais de encaminhamento da clientela. É necessário que o assistente social saiba criar a sua rede intrainstitucional no intuito de bem atender aos pacientes e na certeza de que um único serviço também não é capaz de solucionar todas as demandas dos que necessitam de cuidado, mesmo estando esse inserido em uma grande instituição. Conhecer as interfaces, estabelecer parcerias, saber os fluxos adequados de encaminhamento e agilizar a inserção do paciente nos serviços também é parte da atuação do assistente social nos grupos de Cuidados Paliativos.

Atuação junto à equipe: É específico do assistente social o conhecimento e a abordagem sobre a realidade socioeconômica da família, bem como sobre os aspectos culturais que compõem este universo. Assim, a decodificação dessa realidade para a equipe de trabalho constitui-se em uma de suas principais atribuições. Este profissional torna-se o interlocutor entre paciente/família e equipe nas questões apontadas, que são fundamentais para se alcançar os objetivos almejados em Cuidados Paliativos: morte digna e cuidado aos que ficam.

Conclusão

A atuação do assistente social em equipes de atenção paliativa pode ser resumida em: conhecer paciente, família e cuidadores nos aspectos socioeconômicos, visando ao oferecimento de informações e orientações legais, burocráticas e de direitos, imprescindíveis para o bom andamento do cuidado ao paciente, e para a garantia de morte digna. Cabe a esse profissional também avaliar a rede de suporte social dos envolvidos, para junto a estes acioná-la em situações apropriadas; conhecer e estabelecer uma rede intrainstitucional, no intuito de garantir atendimento preciso ao paciente, além de constituir-se como interlocutor entre paciente/ família e equipe nas questões relacionadas aos aspectos culturais e sociais que envolvem o cuidado de forma geral. Soma-se a isso a importância da escuta e da acolhida em momento tão especial, que é o do enfrentamento de uma doença incurável e em fase final de vida.

Referências

1. JAPIASSU, Hilton. *Interdisciplinaridade e Patologia do Saber*. Rio de Janeiro: Imago, 1976.

2. MARTINELLI, Maria Lúcia. et alii (Orgs.). *O uno e o múltiplo nas relações entre as áreas do saber.* São Paulo: Cortez/ EDUC, 1995.

3. CARVALHO, Maria do Carmo B. (Org.). *A família contemporânea em debate.* São Paulo: Cortez/EDUC, 1995.

4. VITALE, Maria Amália F. *Famílias monoparentais: indagações*. In Rev. Serviço Social *& Sociedade*, ano XXIII, nº 71. São Paulo: Cortez, setembro. 2002, p. 45-62.

5. BIFFI, Raquel G., MAMEDE, Marli V. *Suporte social na reabilitação da mulher mastectomizada: o papel do parceiro sexual*. In Rev. Escola de Enfermagem USP, nº 38. São Paulo: EDUSP, 2004, p. 262-269.

O papel do nutricionista na equipe

Elci Almeida Fernandes

Introdução

Considera-se que os Cuidados Paliativos são um ramo da medicina que enfatiza o cuidar global do paciente, quando este não apresenta mais resposta aos tratamentos considerados curativos, através de uma série de ações e medidas realizadas pelos profissionais envolvidos, visando, principalmente, fornecer melhor qualidade de vida ao indivíduo e sua família. Tanto nos aspectos éticos e psicológicos,bem como o nível de esclarecimento, a forma de abordagem e o entrosamento dos profissionais são essenciais para esses pacientes e seus familiares[1].

O trabalho em equipe é considerado um componente central de Cuidados Paliativos. Os membros da "interdisciplinaridade" que compõem o atendimento paliativo devem tomar condutas coerentes, com senso de responsabilidade, dentro de uma organização interna e com comunicação considerando as perpectivas a serem traçadas a cada momento de cada paciente[2].

Diante deste enfoque, para muitos profissionais que atuam em Cuidados Paliativos, há um verdadeiro dilema em relação ao emprego da dieta via oral (VO), terapia nutricional enteral (TNE) e/ou nutrição parenteral (NP) como alternativas de tratamento. Entretanto, nestes pacientes a nutrição possui diferentes significados, pois depende do indivíduo, dos hábitos alimentares, da procedência e da religião. Dentre outros fatores, a alimentação pode envolver afeto, carinho e vida, acima do atendimento das necessidades energéticas[3].

Analisando que o alimento exerce papel essencial na vida de todos nós, pois está relacionado às recordações agradáveis e prazerosas que determinadas preparações alimentares despertam em nossa vida, a importância dada ao alimento não se altera com o passar do tempo ou com a instalação de uma doença grave. Porém, numa condição de impossiblidades, o alimento acaba sendo mais notado pela sua ausência ou pelas dificuldades na sua ingestão do que pela sua presença e o prazer proporcionados[4].

Em Cuidado Paliativo, é comum o paciente apresentar inapetência, desinteresse pelos alimentos e recusa àqueles de maior preferência. Consequentemente, podem ocorrer: baixa ingestão alimentar; perda ponderal de medidas antropométricas. Em contrapartida, os efeitos colaterais dos tratamentos medicamentosos

podem causar náuseas, vômitos, diarreia, saciedade precoce, má absorção, obstipação intestinal, xerostomia, disgeusia, disfagia, entre outros[5].

Orrevall et al.[6] evidenciaram que o risco nutricional está associado com grupos de diagnósticos específicos, presentes em câncer de próstata, cabeça e pescoço, câncer ginecológico e gastrintestinal. No entanto, a análise de mais de 50% dos pacientes estudados indicou que o risco nutricional é comum em pacientes em Cuidados Paliativos, independentemente do diagnóstico.

Portanto, a prática assistencial deve compreender o cuidado nutricional necessário em todos os estágios da doença e na estratégia terapêutica. Em Cuidados Paliativos, a nutrição tem especial papel preventivo, possibilitando meios e vias de alimentação, reduzindo os efeitos adversos provocados pelos tratamentos, retardando a síndrome anorexia-caquexia e ressignificando o alimento. Em adição, auxilia no controle de sintomas, procura manter hidratação satisfatória, preserva o peso e a composição corporal[7].

O profissional nutricionista é um dos profissionais que pode auxiliar na evolução favorável do paciente. Mesmo frequentemente deparando-se com verdadeiros impasses em relação à conduta dietoterápica, é necessária discussão que envolve comunicação com os familiares e o paciente, valores morais e ética profissional, afinal existe a dúvida se instituir uma modalidade de terapia nutricional consiste em um cuidado básico ou um tratamento médico[8].

Indicação do suporte nutricional

Desde 1992, a *American Dietetic Association*[9] refere que "a nutrição em pacientes com doença avançada deve oferecer: conforto emocional, prazer, auxílio na diminuição da ansiedade e aumento da autoestima e independência, além de maior integridade e comunicação com seus familiares".

Em Cuidados Paliativos, a terapia nutricional deve ter como primeiro objetivo aumentar a qualidade de vida do paciente, minimizando os sintomas relacionados à nutrição e adiando ou suspendendo a perda da autonomia, devendo interagir com as consequências psicológicas e sociais dos pacientes e familiares, resultantes dos problemas relacionados à alimentação[6]. Na medida do possível, a dieta VO será sempre preferencial, desde que o TGI esteja íntegro e o paciente apresente condições clínicas para realizá-la e assim o deseje[8]. O uso da VO pode ser em conjunto com a TNE e NP. A relação custo/ benefício é prioritária, e a TNE é sempre preferencial em relação à NP, desde que haja funcionalidade do TGI[10].

A indicação de TNE em doenças avançadas ainda permanece controversa. Dados coletados de mais de 70 estudos prospectivos, randomizados e controlados desde 1980, não demonstram benefícios da alimentação artificial em pacientes

com câncer terminal ou que estejam recebendo tratamento cirúrgico, quimioterápico ou radioterápico. Nenhuma melhora foi notada na sobrevida, toxicidade do tratamento, estado funcional, força ou qualidade de vida. Pesquisas em animais demonstram que o suporte nutricional agressivo acelera o crescimento tumoral, o que ainda não foi comprovado em humanos, pois em todos os estudos havia o uso conjunto de quimioterapia. No entanto, os trabalhos avaliados apresentam populações heterogêneas com diferentes causas de anorexia/caquexia (AC)[111,12].

Pacientes portadores de demências avançadas frequentemente evoluem com disfagia, pneumonia de aspiração, perda ponderal e recusa alimentar. Nessas situações, frequentemente a opção tradicional de tratamento seria a alternativa nutricional de alimentação por sondas nasoenterais de modo a garantir a oferta de alimentos e assim prolongar a vida. Porém, em Cuidados Paliativos existe o questionamento se haveria algum benefício para o paciente, pois é sabido que terapias nutricionais agressivas não são efetivas e podem tornar o tratamento mais oneroso e estressante[13].

A NP possui poucas aplicações em pacientes com doença avançada, como em obstruções intestinais irreversíveis, presença de fístulas intestinais, vômitos intratáveis, TGI não funcional e impossibilidade de ingerir VO[14]. Desde que contribua com uma melhor qualidade de vida e expectativa de sobrevida considerável, além da participação de familiares e outros cuidadores, a NP pode ser aplicada, tanto em nível hospitalar como domiciliar. Porém, as alterações metabólicas advindas da NP, como hiperglicemia, risco de infecção de cateteres e elevado custo financeiro, também precisam ser ponderadas pelos profissionais, para que não se tornem medidas fúteis[15].

Segundo g*uidelines* instituídos de TNE, NP e hidratação para pacientes paliativos terminais, devem ser considerados oito passos para a tomada de uma decisão sobre a TN do paciente: condição clínica, sintomas, expectativa de vida, estado nutricional, condições e aceitação de alimentação VO, estado psicológico, integridade do trato gastrintestinal (TGI) e necessidade de serviços especiais para oferecimento da dieta. Posteriormente, é aconselhável iniciar o tratamento e reavaliar seus resultados periodicamente, levando em consideração os sintomas que afetem a nutrição do paciente; aceitação da dieta VO; expectativa de vida; desidratação e grau de desnutrição energético-proteica; além da funcionalidade do TGI[16].

Em pacientes impossibilitados de se comunicarem, comatosos, com rebaixamento do nível de consciência ou confusão mental, a opinião dos familiares deve ser considerada e a equipe deve discutir e definir junto à família toda conduta, tanto clínica como nutricional[17].

Segundo Palecek et. al.[18], esses desafios podem ser superados com a criação de uma linguagem clara que enfatize os objetivos do paciente cuidado. Uma nova

ordem visando apenas a alimentação "de conforto" afirma que medidas devem ser tomadas para assegurar o conforto do paciente através de um plano de cuidados individualizado de alimentação, eliminando a aparente dicotomia de cuidados impostos pela preocupação de renunciar a hidratação e nutrição artificial.

A perda do apetite é o segundo sintoma mais comum em pacientes com doença avançada. De acordo com Waitzberg et al.[19], em 100 pacientes com câncer avançado e em Cuidados Paliativos, a anorexia esteve presente em 66%. Estudos demonstram que o apetite e a habilidade de comer são mais importantes do que a força física e habilidade de trabalhar. Considera-se que o apetite e a ingestão alimentar são fatores importantes na qualidade de vida para o paciente. Strasser[20] refere que a anorexia e a caquexia têm um impacto também psicossocial nos pacientes e membros da família, afetando profundamente seus hábitos diários, a rotina de alimentação do casal e o relacionamento conjugal. Pacientes e familiares disseram que a perda de peso e apetite não são experiências abstratas, mas invadem e rompem a estrutura da vida diária, provocando confrontamentos, desafios sociais e questões existenciais. Esses confrontamentos podem causar angústias nos pacientes e membros da família, já que não comer está relacionado ao morrer.

Nesse sentido, a alimentação deve ser orientada após avaliação do estado nutricional e das condições clínicas do paciente. Adapta-se como conduta dietoterápica a indicação da ingestão em pequenas quantidades e a intervalos regulares de alimentos de seu agrado, incentivando as refeições junto à família[10].

Em decorrência da desnutrição e da desidratação, surgem também inúmeras alterações corporais e metabólicas que, além de piorarem o processo da deglutição, afetam os sistemas imunológico e respiratório e contribuem para o desenvolvimento da insuficiência cardíaca, formação de úlceras de decúbito e deficiência funcional do trato gastrointestinal, que interferem na resposta ao tratamento. Nesse contexto, os pacientes disfágicos podem se encontrar em risco nutricional e, por isso, necessitam de assistência nutricional específica e acompanhamento constante[21].

Referente à xerostomia e a disgeusia, estas podem ser advindas do próprio tumor, hidratação inadequada do paciente, tratamento médico com determinados medicamentos e radioterapia aplicada em cabeça e pescoço. O paciente deve sempre manter boa higiene oral, e pode utilizar saliva artificial, protetores labiais, evitar respirar pela boca e lamber os lábios[10]. As principais recomendações alimentares são se bem tolerado, chupar frutas cítricas, para estimular a salivação; ingerir líquidos em pequenos volumes e várias vezes ao dia, inclusive durante as refeições, para facilitar a deglutição e a mastigação; consumir alimentos e preparações mais úmidas, com caldos, molhos, cremes e/ou maionese, por exemplo; evitar alimentos muito condimentados, que exijam excessiva mastigação e secos;

utilizar mais temperos nas preparações e oferecer alimentos de maior preferência pelo paciente. Os doces podem ser mais bem tolerados, dessa forma, se oferecidos criteriosamente, consistindo em mais uma opção[22].

Alimentação e hidratação, dos pacientes em Cuidados Paliativos na fase final, sem qualquer expectativa de reversão ou de alteração do prognóstico

Quando o final da vida se aproxima, é normal a recusa da alimentação, o que causa muita angústia aos familiares. No entanto, diversas são as causas da anorexia em doenças avançadas e muitas delas são reversíveis. Os profissionais envolvidos no tratamento paliativo precisam estar aptos a identificar as causas reversíveis de anorexia e combatê-las. É necessário também uma avaliação criteriosa dos benefícios da alimentação oral, enteral e no que se refere à qualidade de vida do paciente[7].

Por não haver evidências científicas para a decisão de alimentar ou não o paciente e por existir influência cultural importante no que tange à alimentação, a decisão de nutrir até a morte o paciente deve ser multiprofissional e ter o consentimento da família se o paciente não tiver condições de decidir. Caso o paciente opte por não receber nutrição, sua decisão deve ser respeitada e acatada pelos profissionais da saúde e por seus familiares, pois acima de qualquer evidência científica está a autonomia do paciente, assim como os princípios de não maleficência e beneficência[23].

Diante de um paciente no final de sua vida, devemos priorizar seu conforto e garantir a troca de afeto, seja ela através de pequenas porções de alimento, do toque, de uma palavra amiga ou de um silêncio acolhedor. Uma vez que o alimento é vida, pessoas morrendo precisam cada vez menos de alimento. Nos dias finais, eles podem aceitar apenas líquidos e por fim recusar tudo. Essa fase é muito angustiante para os familiares. É necessário saber que a desidratação dessa fase não causa sofrimento. Estudos demonstram que a maioria dos pacientes terminais recebendo o mínimo de nutrição não apresentam sensações de fome ou sede. O desconforto ocorre, no entanto, quando os pacientes comem para agradar seus familiares. Sensações de sede ou fome podem ser aliviadas com pequenas quantias de sucos, alimentos ou até mesmo higiene oral. Caso hajam sintomas relacionados à desidratação (xerostomia, confusão mental), o uso da hidratação subcutânea pode oferecer alívio do sintoma com o mínimo de desconforto[24].

A ingesta de alimentos e de líquidos normalmente diminui no estágio terminal de uma doença, sendo que o paciente não deve ser forçado a receber alimentação e hidratação. A terapia de hidratação intravenosa em pacientes terminais aumenta os fluidos gastrintestinais, levando a vômitos e à necessidade de sonda

nasogástrica de alívio, distúrbios respiratórios com sufocamento e sensação de afogamento, resultado da retenção de fluidos nos pulmões, edema periférico e aumento da produção urinária, com necessidade de cateterização. Todos esses fatores causam desconforto agudo em pacientes próximos da morte e um estresse emocional nos familiares que estão acompanhando esse processo. Sintomas como sede e fome geralmente não são experimentados por pacientes terminais e, se existirem, podem se resolver em curto período de tempo ou podem ser manejados de maneira efetiva, molhando os lábios com água ou lascas de gelo, não havendo necessidade de administrar dieta. A desidratação pode causar problemas que exacerbam o sofrimento dos pacientes, como confusão e insuficiência renal, resultando em acúmulo de metabólitos ativos das drogas em uso. Entretanto, particularmente, em pacientes próximos da morte, a desidratação resulta em um alívio da sensação de afogamento e de sufocamento diminuindo a tosse; também há diminuição da necessidade de cateterização por menor produção urinária e da quantidade de secreções gastrintestinais[23].

Conclusão

Em Cuidados Paliativos, a atuação multiprofissional é essencial para que o paciente tenha qualidade de vida e uma sobrevida digna. Respeito, ética, sensibilidade e sinceridade devem sempre nortear a equipe durante o tratamento.

A preocupação em poder alimentar o paciente com estágio avançado da doença, bem como a forma e as estratégias de procedimento ainda são causas de discussão entre os profissionais de saúde. Além do controle dos sinais e sintomas, existe a necessidade de se conhecerem os hábitos alimentares dessa população.

O nutricionista é um dos profissionais responsáveis por oferecer recursos e esclarecimento aos pacientes e seus familiares. Portanto, habilidade para se comunicar é fundamental, e tão importante quanto possuir conhecimento técnico dentro de sua especialidade.

É essencial, independentemente de qualquer conduta dietoterápica a ser realizada, respeitar a vontade do indivíduo. A prescrição dietética, além de fornecer as necessidades nutricionais do paciente, deve, acima de tudo, oferecer prazer e conforto. Dessa forma, juntamente com outras medidas, contribuirá com a manutenção da qualidade de vida do paciente em Cuidados Paliativos.

A partir dessas considerações, conclui-se que a terapia nutricional em Cuidados Paliativos pode ser indicada e utilizada, porém a decisão relacionada à sua prescrição deve considerar o quadro clínico, o prognóstico, os riscos e benefícios da terapia proposta, a vontade do paciente e familiares frente à situação.

Referências

1. GOLDMAN. Cecil Textbook of Medicine, W. B. Saunders Company, 2004, p. 1308.

2. JÜNGER, S.; PESTINGER, M.; ELSNER, F.; KRUMM, N.; RADBRUCH, L. Criteria for successful multiprofessional cooperation in palliative care.Departamento de Medicina Paliativa, RWTH Universidade de Aachen, Aachen. Palliative Medicine 2007; 21: 347-354.

3. FERNÁNDEZ-ROLDÁN, A. C. Nutrición en el paciente terminal. Punto de vista ético. Nutr Hosp. 2005;20(2):88-92.

4. SILVA, D. A.; OLIVEIRA, J.R.; SANTOS, E. A.; MENDES, F. S. Atuação do nutricionista na melhora da qualidade de vida de idosos com câncer em Cuidados Paliativos. O Mundo da Saúde, São Paulo: 2009;33(3):358-364**.**

5. SUTTON, L. M.; CLIPP, E. C. Management of terminal cancer in the elderly patients. Lancet Oncology, 2003,4:149-57.

6. ORREVALL, Y. et al. Nutritional support and risk status among cancer patients in palliative home care services. Support Care Câncer, Stockholm, v. 17, 2008.153-161.

7. BENARROZ, M. O.; FAILLACE, G. B. D.; BARBOSA, L. A. Bioética e nutrição em Cuidados Paliativos oncológicos em adultos. Cad Saúde Pública. 2009; 25 (9): 1875-82.

8. CORRÊA, PH. E.; SHIBUYA, E. Administração da Terapia Nutricional em Cuidados Paliativos. Revista Brasileira de Cancerologia 2007; 53(3): 317-323.

9. American Dietetic Association (ADA). Position of the American Dietetic Association: issues in feeding the terminally ill adult. J Am Diet Assoc. 1992;92(8):996-1002.

10. EBERHARDIE, C. Nutrition support in palliative care. Nurs Stand. 2002;17(2):47-52.

18. BOZZETTI, F. Home total parenteral nutrition in incurable cancer patients: a therapy, a basic humane care or something in between? Clin Nutr. 2003;22(2):109-11.

11. KUNIN, J. Withholding artificial feeding from the severely demented: merciful or immoral? Contrasts between secular and jewish perspectives. J Med Ethics, 2003, 29: 208-212.

12. FRANK, A.; CERVO, M. D.; BRYAN, C. M. D.; SHARON, M. P. H. To PEG or not to PEG A review of evidence for placing feeding tubes in advanced dementia and the decision-making process. Geriatrics June 2006 Vol.61, (6): 30-35.

13. STRASSER, F. Eating-related disorders in patients with advanced cancer. Support Care Cancer. 2003;11:11-20.

14. HUHMANN, M. B.; CUNNINGHAM, R. S. Importance of nutritional screening in treatment of cancer-related weight loss. Lancet Oncol. 2005;6:334-43.

15. BOZZETTI F. Guidelines on artificial nutrition versus hydration in terminal cancer patients. Nutrition. 1996;12(3):163-67.

16. ORREVALL, Y.; TISHELMAN, C.; PERMERT, J.; CEDERHOLM, T. The use of artificial nutrition among cancer patients enrolled in palliative home care services. SAGE Publications, Los Angeles, London, New Delhi and Singapore. Palliative Medicine 2009; 23: 556-564.

17. McKINLAY, A. W. Nutritional support in patients with advanced cancer: permission to fall out? Proc Nutr Soc. 2004;63:431-35.

18. PALECEK, E. J.; TENO, J. M.; CASARETT, D. J.; HANSON, L.C.; RHODES, R. L.; MITCHELL, S. L. Comfort feeding only: a proposal to bring clarity to decision-making

regarding difficulty with eating for persons with advanced dementia. J Am Geriatr Soc. 2010 Mar;58(3):580-4.

19. WAITZBERG, D. L.; ALVES, C. C.; TONINHA, R. S. M. M. Incidência da desnutrição em câncer. In: WAITZBERG, D. L. Dieta, nutrição e câncer. São Paulo: Atheneu, 2004. 334-352.

20. STRASSER, F.; BINSWANGER, J.; CERNY, T. Fighting a losing battle: eating- related distress of men with advanced cancer and their female partners. A mixedmethods study. Palliative Medicine, v.21, n.2, 2007,129-137.

21. SONSIN, P. B.; SILVA, A. L. N. D.; BONFIM, C.; CARUSO, L. Análise da assistência nutricional a pacientes disfágicos hospitalizados na perspectiva de qualidade. Mundo da Saúde, São Paulo: 2009;33(3):310-319.

22. WHO - World Health Organization. Palliative care: symptom management and end-of-life care. Integrated management of adolescent and adult illness. Interim guidelines for first level facility health workers. 2004. [cited 2005 Dec 27] Available from: http://www.who.int

23. REIRIZ, A. B.; MOTTER, C.; BUFFON, V. R.; SCATOLA, R. P.; FAY, A. S.; MANZINI, M. Nutrição em paciente terminal. Rev Soc Bra Clin Med 2008; 6(4): 150-155.

24. BRUERA, E. D. Update on anorexia and caquexia. Hematology/Oncology Clinics of North America, 16: 589-617, 2002.

O papel do fisioterapeuta na equipe

Bianca Azoubel de Andrade
Celisa Tiemi Nakagawa Sera
Samira Alencar Yasukawa

A FISIOTERAPIA é uma ciência aplicada cujo objeto principal de estudo é o movimento humano (WCPT – World Confederation for Physical Therapy). Como processo terapêutico, a fisioterapia lança mão de seus conhecimentos e recursos próprios, com os quais – considerando as condições sociais, psíquicas e físicas iniciais do cliente – busca promover, aperfeiçoar ou adaptar principalmente as condições físicas do indivíduo, numa relação terapêutica que envolve o paciente, o terapeuta e recursos físicos e naturais. Quando falamos em Cuidado Paliativo, é imprescindível a inclusão nessa relação terapêutica da família, do seu meio ambiente, social e espiritual.

O fisioterapeuta, a partir de uma avaliação específica, vai estabelecer um programa de tratamento adequado com utilização de recursos, técnicas e exercícios, objetivando, por meio de abordagem multiprofissional e interdisciplinar, alívio do sofrimento, alívio da dor e outros sintomas estressantes. Oferece suporte para que os pacientes vivam o mais ativamente possível, com impacto sobre a qualidade de vida, com dignidade e conforto, além de auxiliar os familiares na assistência ao paciente, no enfrentamento da doença e no luto.

Vale salientar a importância do trabalho interdisciplinar realizada pela equipe multiprofissional junto à família, diante das necessidades do paciente sob Cuidado Paliativo, considerando que sintomas como dor e dispneia podem apresentar características complexas e incapacitantes, e o sucesso terapêutico requer múltiplos esforços para a obtenção de bons resultados.

O programa de tratamento deve ser elaborado de acordo com o grau de dependência e progressão do paciente. Perracini[1] divide o foco de atuação do fisioterapeuta de acordo com a funcionalidade do paciente, ou seja:

a) pacientes totalmente dependentes.

Objetivos: manter a amplitude de movimento, aquisição de posturas confortáveis, favorecendo a respiração e outras funções fisiológicas, propiciar a higienização e evitar complicações como úlceras por pressão, edema em membros, dor.

- Posicionamento e orientação quanto às mudanças de decúbito, transferências (cama-cadeira de rodas/poltrona/cadeira de banho)

- Mobilização global do paciente e orientação ao cuidador sobre a mesma e orientação postural. Prevenir o imobilismo e suas consequências. Prevenir a instalação de deformidades.
- Identificação dos meios de locomoção do paciente, promover mudanças ambientais necessárias e possíveis.
- Priorização das condições ventilatórias do indivíduo, através de treino e orientação de exercícios respiratórios, manobras que favoreçam a retirada de secreções, quando necessário, assim como orientações quanto à aspiração traqueal e estímulo de tosse.

b) pacientes dependentes, porém com capacidade de deambulação.

Objetivos: manutenção de sua capacidade de locomoção, autocuidado e funcionalidade.

- Mudanças de decúbito, com orientações quanto às transferências e posturas adotadas.
- Adaptação a perdas funcionais com novas estratégias de movimentos.
- Facilitação e indicação de dispositivos de auxílio à marcha (órteses e calçados adequados) – Treino de marcha em casa e em ambientes externos. Adequação ambiental, favorecendo a fixação e aquisição de novos padrões motores.
- Mobilização global, adequada de acordo com as condições clínicas.
- Exercícios de coordenação motora e equilíbrio.
- Exercícios respiratórios e treino de tosse.

c) pacientes independentes, porém vulneráveis.

Objetivos: manutenção ou melhora de sua capacidade funcional

- Potencialização de mecanismos protetores, como proteção mioarticular e de facilitação de ganhos motores. Monitoramento de déficits potenciais para perdas funcionais, como déficits sensoriais, musculares e articulares
- Treino de marcha, coordenação, equilíbrio. Orientação postural.
- Cinesioterapia para ganho de amplitude articular, força e elasticidade nos movimentos, de acordo com as condições clínicas. Cinesioterapia respiratória.
- Treino em ambientes com demandas de requisitos motores compatíveis com a complexidade de tarefas que desempenham no seu dia a dia.
- Melhora/manutenção de seu condicionamento físico (tolerância aos esforços físicos).
- Adaptação de dispositivos de auxílio à marcha. Identificação e eliminação de fatores de risco para quedas.
- Encaminhamento para centros de reabilitação, ambulatórios de fisioterapia.

No controle da dor, o fisioterapeuta pode utilizar técnicas como: terapias manuais, eletroterapia como o TENS (Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation)

associado ou não a fármacos, Biofeedback, termoterapia (frio e calor), exercícios e mobilizações, posicionamentos adequados, técnicas de relaxamento[2, 3].

A massoterapia pode ser utilizada com o objetivo de induzir o relaxamento muscular e o alívio da dor, redução do estresse e dos níveis de ansiedade, redução de parte dos efeitos colaterais provocados pela medicação, como náuseas e vômitos[3]. Os benefícios finais são a melhora da qualidade do sono e da qualidade de vida. A massagem, além de sua indicação na melhora da dor, é um recurso terapêutico utilizado na intensificação do relacionamento, favorece uma maior resistência contra as doenças, estimula a digestão, eliminação de gases e diminui cólicas devido ao relaxamento do trato gastrintestinal; estimula a respiração e a circulação[4].

Em presença de dispneia ou desconforto respiratório, utilizar técnicas que favoreçam a manutenção de vias aéreas pérvias e ventilação adequada, além de relaxamento dos músculos acessórios da respiração, diminuindo o trabalho respiratório, quando possível. Associar a cinesioterapia respiratória com mobilização e alongamento dos músculos da caixa torácica, com melhora de sua complacência, em posturas adequadas que facilitem a ação dos músculos respiratórios (por ex.: decúbito elevado, favorecendo a ação do diafragma) e até mesmo o uso de incentivadores respiratórios (estimulando tanto a inspiração quanto a expiração) e ventilação não invasiva como auxiliares para melhora ventilatória[5].

O paciente pediátrico

Ao prestar assistência ao paciente pediátrico, devemos lembrar que, além de possuir características diferentes dos adultos, a criança ainda se encontra em processo de aprendizagem, de amadurecimento físico, emocional, cognitivo, social e espiritual, influenciando assim o surgimento de sintomas multidimensionais.

Muitas crianças são restringidas desnecessariamente, ainda que sejam capazes de maiores graus de atividade e independência[6]. São afastadas da convivência com outras crianças da mesma idade seja no ambiente escolar, domiciliar ou na sociedade. As mudanças de rotina e inatividade refletem em suas condições musculoesqueléticas. É importante manter um mínimo de movimentação que evite o agravamento de sintomas desagradáveis como dor, fraqueza, falta de ar e indisposição[7], gerando imobilismo, acúmulo de secreção, tosse ineficaz.

A avaliação de sintomas é o primeiro passo para que se desenvolva um planejamento terapêutico. Há escalas bem descritas na literatura para avaliação de dor em pediatria que são adequadas para diferentes idades e níveis de compreensão. Porém, para os outros sintomas a avaliação é mais complexa, dificultando ainda mais no caso de crianças pré-verbais e com atraso do desenvolvimento[8].

Antes da escolha de qualquer recurso, é obrigatória a avaliação criteriosa das necessidades específicas de cada criança, considerando a faixa etária, desenvolvimento neuropsicomotor e a condição clínica. Permitir, quando possível, que a criança ou adolescente participe da escolha da terapêutica adequada e que lhe pareça mais prazerosa, isso fortalecerá sua autonomia.

O brincar é um instrumento que fornece a experiência necessária para que a criança se desenvolva em todos os aspectos. A utilização do lúdico como recurso terapêutico permite que a criança com deficiência tenha liberdade para criar diversas situações e realizar movimentos inesperados[9], minimizando fatores estressantes.

A participação de familiares nos atendimentos deve ficar preferencialmente a critério da criança ou do adolescente. Contudo, deve-se incentivar a participação de membros da família nas atividades propostas, nos cuidados e nas orientações, favorecendo a convivência entre si e aproximando-os dos profissionais da equipe.

A assistência ao adolescente implica em grande desafio para a equipe de Cuidados Paliativos. O grande foco neste grupo deve ser a aquisição de sua máxima autonomia, um processo que deve se iniciar o mais precocemente possível. Se este objetivo for alcançado até a terminalidade, a equipe terá contribuído de forma importante na vida deste jovem[10].

É papel do fisioterapeuta instituir um plano de assistência que ajude o paciente a se desenvolver o mais ativamente possível, facilitando a adaptação ao progressivo desgaste físico e suas implicações emocionais, sociais e espirituais, até a chegada de sua morte.

Referências

1. PERRACINI, M. R. A interprofissionalidade e o Contexto Familiar: O papel do fisioterapeuta. In: Atendimento Domiciliar: um enfoque gerontológico. Duarte, YAO; Diogo, MJD. Cap. 10. Ed. Atheneu. , 2000. p. 117-143.

2. DOYLE, L.; MCCLURE, J.; FISHER, S. The contribution of physiotherapy to palliative medicine. In: Oxford Textbook of Palliative Medicine. Doyle, D.; Hanks, G.; Cherny, N.; Calman, K. Chap. 15, 3rd. ed., Oxford University Press, 2005. p. 1050-1056.

3. SAMPAIO, L. R.; MOURA, C. V.; RESENDE, M. A. Recursos fisioterapêuticos no controle da dor oncológica. Rev. Bras. Cancerologia, 2005; 51(4):339-346.

4. NIELSEN, A. L. *A Massagem do Bebê*. São Paulo: Manole, 1989.

5. SERA, C. T. N.; MEIRELES, M. H. C. Sintomas Respiratórios. In: Cuidado Paliativo. CREMESP. São Paulo, 2008. p. 409-421.

6. MARCUCCI, F. C. I. O papel da fisioterapia nos Cuidados Paliativos a pacientes com câncer. Revista Brasileira de Cancerologia; 2005. 51 (1): 67-77.

7. DALL'ANESE, A. P. M.; SCHULTZ, K. Equipe interdisciplinar – Fisioterapia In: Camargo, B, Kurashima, AY. Cuidados Paliativos em Oncologia Pediátrica: o cuidar além do curar. São Paulo: Lemar; 2007. p. 61-69.

8. GOLDMAN, A. ABC of palliative care: Special problems of children BMJ; 1998. vol 316: 49-52.

9. LORENZINI, M. V. Brincando a brincadeira com a criança deficiente: novos rumos terapêuticos. São Paulo: Manole; 2002.

10. FREYER, D. R. Care of the Dying Adolescent: Special Considerations. Pediatrics; 2004. Vol 113 (2): 381-388.

O papel do fonoaudiólogo na equipe

Adriana Colombani Pinto

Dentro da medicina paliativa, os cuidados oferecidos são, em geral, para pacientes com câncer avançado e Aids. Entretanto, esta atuação tem se expandido para pacientes com doenças crônicas progressivas e neurodegenerativas, tais como Esclerose Lateral Amiotrófica, Mal de Parkinson, Doença de Alzheimer e outras demências.

A partir disto, podemos perguntar: qual deve ser a conduta mais adequada para aquele paciente com tantas necessidades? Até onde se deve ir? Quando parar?

Algumas questões surgem diante deste quadro: qual a via de alimentação mais segura? Será que o paciente está broncoaspirando? Será que a consistência da alimentação é segura para permitir a nutrição e hidratação suficientes sem oferecer complicações pulmonares? Quanto o paciente compreende e como se encontra seu nível de consciência?

Diante dessas perguntas, a fonoaudiologia pode contribuir para melhorar a qualidade de vida do paciente e também de seus familiares. Isto é feito auxiliando o paciente a atingir e manter o seu máximo potencial físico, psicológico, social e espiritual, sabendo-se das limitações impostas pela progressão da doença.

Observa-se que, na fase avançada, 60% dos pacientes com câncer apresentam alterações orais como: **Xerostomia** (boca seca) – sendo possível sugerir uso de salivas artificiais, dieta baixa em açúcares, uso diário de flúor para prevenção de cáries, chicletes sem açúcar[3]; **Redução da higiene oral**; **Estomatites**; **Candidíase**; **Mucosites**; **Ulcerações**; **Halitoses**; **Alteração de paladar**; **Hipersalivação –** utilizando em muitos casos Butil escopolamina gel para diminuir o acúmulo de sialorreia, principalmente em laringe.

Estes sintomas são decorrentes de medicações, quimioterapia, radioterapia e quadros de imunodepressão. Com o tempo, podem ocorrer alterações de deglutição (disfagia), náuseas e vômitos, odinofagia, anorexia, desidratação, alteração do nível de consciência e alterações de comunicação[1]. Estes aspectos estão intimamente vinculados à fonoaudiologia, seja no início ou no fim da evolução da doença.

Desta forma, deve-se atuar garantindo o alívio do sintoma e dando suporte para o paciente e familiares, lembrando-se das diretrizes dos Cuidados Paliativos.

Diante destes sintomas, o profissional tem o papel de manter a deglutição segura e possível por via oral, através de adequações de postura, manobras, garantir consistência adequada do alimento (uso de espessante para líquidos[2]), oferecendo

pequenas quantidades várias vezes mas com qualidade, garantindo a apresentação e o tamanho do prato para minimizar a sensação de fracasso em torno da alimentação (**Tabela 1**).

Quando a disfagia se intensifica, evidenciando alguns sintomas (**Tabela 2**), que torna a via oral insegura, faz-se necessário, em muitos casos, estabelecer uma via alternativa (sonda nasoenteral, gastrostomia ou jejunostomia). É importante lembrar que todas as possibilidades têm o intuito de garantir o alívio dos sintomas, aumentando o conforto, a qualidade de vida e diminuindo o sofrimento, buscando assim satisfação, prazer e segurança para o paciente e seus familiares.

A comunicação dos pacientes pode apresentar-se alterada (rebaixamento do nível de consciência, efeitos colaterais das medicações, alterações de mobilidade e tônus da musculatura facial, déficit de memória, nível de atenção reduzido e uso de palavras incoerentes[4]), dificultando a relação paciente-equipe em muitas tomadas de atitude que são necessariamente decididas pelo paciente[5].

Sendo assim, cabe ao profissional buscar alternativas de comunicação, seja através de pranchas de comunicação, gestos ou observação de manifestações corporais do paciente, na tentativa de garantir, na relação equipe-paciente-família, uma maior aproximação com o paciente e seu familiar. Deve-se respeitar, acima de tudo, os desejos e autonomia do paciente dentro do processo da terminalidade[6], tentando suprir aflições, sentimentos de impotência e angústia por parte dos familiares

Em suma, o processo de atuação deve ser individualizado e vinculado a um planejamento de cuidados visando maximizar o conforto durante o processo da morte, respeitando os desejos do paciente e dos familiares, de forma tranquila, segura e consensual, juntamente com a equipe interdisciplinar[7].

Quadro 1[8] – Etapas para alimentação assistida segura

Etapa 1	POSTURA	Certifique-se de que você está sentado confortavelmente e com a cabeça reta.
Etapa2	RELAXE	Certifique-se de que você está calmo antes de comer e beber.
Etapa3	NÃO FALE	Permaneça quieto antes e enquanto come e bebe.
Etapa4	BOCEJE	Antes da refeição, se sentir a garganta rígida, boceje para relaxar.
Etapa5	TEXTURA	Procure evitar a mistura de sólido e líquido.
Etapa6	PROGRA-ME-SE	Não tenha pressa, sempre pare a alimentação quando cansado. Faça pequenas e regulares refeições e não apenas uma grande.
Etapa7	SENTE-SE	Permaneça pelo menos meia hora após comer e beber.
Etapa8	AO FINAL	Após a refeição, beba pequenas doses de água para limpar a boca. Tussa para garantir que a garganta está limpa.

ROTINA	Pequenas porções
	Feche os lábios
	Mastigue
	Aguarde
	Engula
	Aguarde

Quadro 2: Avaliação da Disfagia[8]	
Informação fornecida	**Interpretação Possível**
Paciente inclina a cabeça para baixo durante a deglutição.	Reflexo de deglutição lento ou fechamento da laringe insuficiente.
Paciente atira a cabeça para trás durante a deglutição.	Problema com fase oral da deglutição, geralmente devido a problemas de movimentação da língua.
Dificuldade em iniciar deglutição com sólidos.	Controle deficiente da língua.
Dificuldade com líquidos.	Controle deficiente da língua, reflexo de deglutição reduzido ou ausente, obstrução severa, descoordenação muscular, paralisação ou fixação do palato mole.
Sensação de comida parada: globus faríngeos.	Obstrução: o paciente pode localizar precisamente o local obstruído.
Regurgitação nasal frequente.	Disfunção palatal.
Falta de consciência de onde o alimento está durante a deglutição.	Perda de sensibilidade.

Referências

1. WATSON, M. S.; LUCAS, C. F.; HOY, A. M.; BACK, I. N. Oxford Handbook of palliative care; 2005. Chapter 6b, gastrointestinal symptoms, p. 237-282.

2. LOGEMAN, J. A. Swallowing problems associated with degenerative disiase. In: Evolution and treatment of swallowing disorders.[s.1]:[s.e.]; 1998, p. 329-43.

3. FORMIGA, F.; MASCAROJ.; VIDALLER, A.; PIYAL, R. Xerostomia em El paciente anciano. Revista muitidisciplinar de gerontologia 2003;13(1):24-28.

4. MAC DONALD, A.; ARMSTRONG, L. The contribution of speech and language therapy to palliative medicine. In Doyle D. Henks G, Cherny N, Calman K. Oxford Textbook palliative Medicine 3rd.ed. Oxford (UK). Oxford University press; 2004. Chapter:15-5, section 15, p. 1057-63.

5. SALT, N.; DAVIES, WILKINSON, S. The contribution of speech and language therapy to palliative care. European Journal of Palliative Care 1999; 6: 126-9.

6. KOSEKI, N. M.; BRUERA, E. Decisão médica ética em casos de pacientes terminais. Revista Brasileira de Cancerologia, 1996;42(1); p. 15-29.

7. CARVALHO, R. T.; TAQUEMORI, L.Y. Nutrição e Hidratação; Cuidado Paliativo, Cremesp, 2008; p. 221-57.

8. Oxford Textbook of Palliative Medicine – third edition. Oxford University Press, 2005.

O papel do terapeuta ocupacional na equipe

Marilia Bense Othero

"Terapia Ocupacional é um campo de conhecimento e de intervenção em saúde, em educação e na esfera social, que reúne tecnologias orientadas para a emancipação e autonomia de pessoas que, por diversas razões ligadas a problemáticas específicas (físicas, mentais, sensoriais, sociais), apresentam – temporária ou definitivamente – limitações funcionais e/ou dificuldades na inserção e participação na vida social" (Universidade de São Paulo).

De acordo com Ferrari[1], é através da ação que o indivíduo explora, domina e transforma a si e o mundo que o cerca; cria, descobre, aprende, se relaciona, se realiza, ou seja, constrói sua própria história. A vida é um grande conjunto de ações e fazeres, dependentes da história dos sujeitos, de seu meio social e cultura. Entretanto, a doença e a internação trazem muitas rupturas: dor e outros sintomas podem aparecer, as atividades do cotidiano são interrompidas, limitações também estão presentes, consequentemente o tratamento passa a ocupar uma grande parte da rotina e das preocupações (tanto para os pacientes como para seus familiares).

Porém, mesmo neste contexto de limitações inerentes ao processo de adoecimento, e segundo os princípios dos Cuidados Paliativos[2], deve-se prover um sistema de apoio e ajuda para que o paciente viva tão ativamente quanto possível até sua morte.

Assim, a intervenção em terapia ocupacional é de fundamental importância, pois ainda que o cotidiano esteja muito limitado, sem a possibilidade de escolhas e/ou fazeres, a vida não pode perder seu sentido. Em toda a sua atuação, o terapeuta ocupacional busca criar possibilidades de ampliação da autonomia e das possibilidades do fazer, compreendendo as atividades como possibilitadoras de experiências de potência, permitindo o resgate de capacidades remanescentes, bem como a criação de projetos a serem realizados. Toda a intervenção está voltada à permanência de atividades significativas no cotidiano do paciente e de sua família.

O cuidado às famílias e cuidadores é parte integrante e fundamental na assistência terapêutica ocupacional. O principal objetivo é orientar o cuidador acerca dos estímulos positivos ao paciente e treiná-lo para que seja um facilitador da independência nas atividades de vida diária. A escuta e o acolhimento a demandas próprias do familiar também têm espaço na intervenção terapêutica ocupacional.

De maneira resumida, os principais objetivos da terapia ocupacional estão descritos no quadro abaixo.

Terapia Ocupacional - Objetivos em Cuidados Paliativos
Manutenção das atividades significativas para o doente e sua família
Promoção de estímulos sensoriais e cognitivos para enriquecimento do cotidiano
Orientação e realização de medidas de conforto e controle de outros sintomas
Adaptação e treino de AVDs para autonomia e independência
Criação de possibilidades de comunicação, expressão e exercício da criatividade
Criação de espaços de convivência e interação, pautados nas potencialidades dos sujeitos
Apoio, escuta e orientação ao familiar e/ou cuidador

Em sua prática, o terapeuta ocupacional tem como recurso terapêutico as atividades, sejam elas artísticas, expressivas, manuais, de lazer, autocuidado, entre outras. Segundo Castro et al.[3], elas são recursos que proporcionam a conexão entre o sujeito e seu meio, permitindo ampliar o viver, torná-lo mais intenso; são enriquecedoras, permitem reestruturar e integrar diferentes experiências, intensificando o sentimento de vida e potência.

É importante ressaltar que, na fase final de vida, o terapeuta ocupacional acompanha o paciente; há uma mudança no foco, tendo na organização da rotina e na diminuição dos estímulos uma maneira de propiciar conforto. Em alguns casos, é possível manter suas atividades significativas, a partir de recursos como música e leitura, trazendo maior acolhimento e conforto ao paciente. No acompanhamento ao familiar, pode-se ajudar nas despedidas, a expressão de sentimentos e emoções e na abertura de novos canais de comunicação, através de atividades. O acompanhamento pós-óbito é parte integrante da assistência terapêutica ocupacional, especialmente através de ligações telefônicas ou visitas de luto, em conjunto com outras áreas.

Portanto, a atuação em terapia ocupacional nos Cuidados Paliativos é fundamental, possibilitando a construção de brechas de vida, potência, criação e singularidade, em um cotidiano por vezes empobrecido e limitado pela doença. A vida não pode perder seus sentidos e significados até seu último momento, promovendo-se de fato a dignidade ao paciente fora de possibilidade de cura. E é somente com um trabalho em equipe que é possível oferecer uma assistência de qualidade, de maneira que pacientes e familiares sejam acolhidos e cuidados.

Referências

1. FERRARI, M. A. C. Lazer e ocupação do tempo livre na terceira idade. In: NETTO, M.P. (org.) *Gerontologia. A velhice e o envelhecimento em visão globalizada*. São Paulo: Atheneu, 2005, p. 98-105.

2. MCCOUCHLAN, M. A necessidade de Cuidados Paliativos. In: PESSINI, L.; BERTACHINI, L. *Humanização e Cuidados Paliativos*. São Paulo: Edições Loyola, 2004. p. 167-180.

3. CASTRO, E. D.; LIMA, E. M. F. A.; BRUNELLO, M. I. B. Atividades humanas e terapia ocupacional. In: DE CARLO, M.M.R.P.; BARTALOTTI, C.C. *Terapia Ocupacional no Brasil. Fundamentos e perspectivas.* São Paulo: Plexus, 2001. p. 41-59.

O papel do assistente espiritual na equipe

Eleny Vassão de Paula Aitken

A morte alcança a todo o ser vivente, mas nunca estamos preparados para aceitá-la. Criados para a vida, alimentamos a esperança de perpetuá-la. Por essa razão, é tão difícil lidar com pacientes em processo de morte. Nós vemos o nosso retrato neles. Mesmo sendo quase uma rotina no hospital, nunca nos acostumaremos com ela.

O sofrimento e a proximidade da morte fazem-nos reavaliar a vida, enfocando nossas mentes em seus valores essenciais: valeu a pena? Qual foi o meu saldo? Estou deixando saudades? O que realizei deu sentido à minha vida e à de outros? Para onde irei depois da morte? Qual legado estou deixando?

Quando existe um relacionamento pessoal com Deus, através do qual podemos conhecer o Seu amor, a Sua misericórdia e graça, e quando Ele participa de cada detalhe de nossos dias, a vida não acaba com a morte. A esperança vai além, dando forças para viver até o final, sendo somadas: dignidade, qualidade de vida, utilidade, paz e alegria. Estas permanecem, até mesmo, à sombra da morte.

Com a introdução do conceito de Cuidados Paliativos, princípios claros publicados pela OMS em 1990 e reafirmados em 2002 vieram reger as suas atividades. O cuidado espiritual atende a cada um deles, ajudando a promover o alívio da dor e de outros sintomas estressantes; reafirmando a vida e vendo a morte como processo natural; integrando aspectos psicossociais e espirituais ao cuidado; oferecendo um sistema de suporte para auxiliar o paciente a viver tão ativamente quanto possível até a morte; e amparando a família durante todo o processo da doença.

Para que haja condições de oferecer este cuidado integral ao enfermo e sua família, torna-se muito importante a intervenção do capelão e de sua equipe de capelania, também chamados de assistentes espirituais.

A Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO, 2005), notando que os valores espirituais dos pacientes afetavam a maneira como respondiam ao tratamento, incluíram uma norma de acreditação requerendo das instituições de saúde que tratassem das necessidades espirituais dos pacientes.

Quando se fala sobre Religião e Espiritualidade, pode-se pensar na religião como associada a comunidades religiosas organizadas, artefatos e escrituras, com regras e mandamentos, oficiais treinados, cerimônias e dogmas. A espiritualidade

tende a ser experimentada como algo mais caloroso e espontâneo, e está associada com amor, inspiração, integralidade, profundidade e mistério, sendo de caráter mais pessoal.

Crenças religiosas estão relacionadas com melhor saúde e maior qualidade de vida. Estudos científicos[1,2] têm identificado uma relação contrária entre depressão e religiosidade. Estes estudos afirmam também que ter uma religião e/ou pertencer a um grupo religioso melhora o suporte social e a saúde física, diminuindo os gastos com a saúde.

Para o cuidado integral do paciente e sua família, tanto um como o outro são necessários: o atendimento espiritual individual e diário trará ao enfermo e seus cuidadores: ouvidos atentos, condições para reflexões profundas sobre questões existenciais; confrontos e desafios quanto a propósito de vida, perdão, acerto de contas, vida eterna, qualidade e utilidade de vida.

Apoiado na fé em Deus e no suporte da comunidade religiosa, experimentará maior senso de bem-estar, de pertencer, de ser amado, de dignidade e paz em ter a certeza de que será acompanhado até o fim de seus dias. O fato de saber que sua família continuará a receber suporte, conforto no luto e amparo social, emocional e espiritual ajudará o enfermo a ter paz.

Oferecer o atendimento espiritual como parte do serviço de saúde é permitir ao beneficiado expressar seus sentimentos e emoções conversando abertamente sobre a morte e o morrer e ajudando-o a participar de todas as decisões referentes a seu tratamento e aos desejos finais.

O Cuidado Paliativo reconhece que a "cura espiritual e emocional" pode ocorrer mesmo quando a cura física ou a recuperação se tornam impossíveis. Muitas pessoas gravemente enfermas ou em fase terminal falam sobre terem descoberto uma riqueza e o preenchimento do vazio de suas vidas que elas nunca haviam encontrado antes.

A equipe de saúde também será muito beneficiada ao receber o suporte do capelão em situações de estresse pessoal ou na perda de seus pacientes. Mesmo em seu trabalho diário, encontrará mais segurança na tomada de decisões em questões de bioética, envolvendo dilemas de fim de vida de seus pacientes.

Referências

1. KOENIG, Harold, G., M. D. The Healing Power of Faith. N. York, Touchstone, 2001.

2. KOENIG, Harold e LEWIS, Gregg. The Healing Connection. Nashville, Word Publishing, 2000.

O papel do dentista na equipe

Sumatra Melo da Costa Pereira Jales
José Tadeu Tesseroli de Siqueira

Introdução

O Cuidado Paliativo em odontologia pode ser definido como o manejo de pacientes com doenças progressivas ou avançadas devido ao comprometimento da cavidade bucal pela doença ou seu tratamento, direta ou indiretamente, e o foco do cuidado é melhorar a qualidade de vida (Wiseman, 2000). A condição mais frequente que afeta profundamente as funções bucais é o câncer de cabeça e pescoço, principalmente em estágios avançados.

A despeito dos avanços, esta é uma área que necessita de atenção, de modo a conjugar a necessidade desses doentes por problemas decorrentes da doença, com a possibilidade de doenças odontológicas corriqueiras, muitas delas infecciosas, que comprometem mais ainda sua precária condição de saúde. Neste cenário, a participação do cirurgião dentista contribui para o diagnóstico e tratamentos em sua área, mas também para a realização de Cuidados Paliativos bucais que possam beneficiar esses doentes. Orientar doentes e cuidadores, e discutir estes aspectos com a equipe multiprofissional, ajuda na sua integração neste importante segmento da área da saúde (Siqueira et al., 2009a).

Talvez um dos mais relevantes cuidados odontológicos aos pacientes em Cuidados Paliativos é o controle das infecções buco-dentais através de prevenção ou tratamento curativo, pois são fontes pontenciais de complicações locais e sitêmicas devido à bacteremia. Por exemplo, risco de endocardite bacteriana em pacientes susceptíveis, septicemia em pacientes imunocomprometidos, infecções pulmonares em pacientes com endopróteses (sondas).

Este capítulo apresenta de forma sucinta as afecções bucais mais comumente encontradas em pacientes em Cuidados Paliativos geriátricos e oncológicos, com ênfase ao câncer de cabeça e pescoço.

Cuidados Paliativos bucais

Oncológicos

Pacientes em Cuidados Paliativos apresentam sérias restrições funcionais e grande comprometimento das funções bucais, particularmente quando a doença

atinge a boca, como no câncer de cabeça e pescoço. Nesta condição, os sintomas habituais agravam-se e nem sempre são curáveis, necessitando de atenção e cuidados especiais.

O câncer de cabeça e pescoço, além de despertar a percepção de morte, também traz o risco de sequelas funcionais e estéticas. Além da dor, a autoimagem, a socialização e a habilidade de realizar funções rotineiras, como mastigar, engolir e respirar podem piorar devido ao tumor ou ao seu tratamento (Villaret e Weymuller, 2001).

As complicações mais comuns, relacionadas à cavidade bucal, incluem dor, infecções virais, bacterianas e fúngicas, instabilidade de próteses dentárias, disfagia, problemas nutricionais, xerostomia, pneumonia por aspiração, estética facial e incapacidade ou prejuízo na comunicação oral. Acrescem a esses sintomas: úlceras, feridas tumorais, halitose, trismo, mucosite, cáries, doenças periodontais, osteorradionecrose, disgeusia, sialorreia, disfagia, desfiguração e exclusão social. As secreções em doentes traqueostomizados também comprometem a comunicação verbal, causando disfunção oral e sofrimento (Paunovich et al., 2000). A falta de tratamento ou o tratamento inadequado resulta em mais desconforto e prejuízos nutricionais, comprometendo mais ainda a qualidade de vida desses doentes.

Dor, ulceração, sangramento e trismo são os mais importantes sintomas em casos de câncer de cabeça e pescoço avançado (Narayanan et al., 1988). A etiologia da dor no câncer de cabeça e pescoço é multifatorial (Jales e Siqueira, 2011; Siqueira e Teixeira, 2012), como já discutido em outra revisão da literatura especializada (Siqueira et al., 2009b). A falta de tratamento ou o tratamento inadequado resultam em desconforto e prejuízos nutricionais, comprometendo mais ainda a qualidade de vida desses doentes (Sweeney e Bagg, 1995).

Geriátricos

Diferentemente dos oncológicos, nos pacientes geriátricos, as complicações bucais são mais suaves e as mais observadas são a xerostomia, infecções oportunistas, disfagia e a estomatite (Borbasi et al,. 2002). A disfagia nestes doentes gera uma grave consequência à saúde, pois causa debilidade e perda ponderal, além de ser um dos principais fatores de risco na ocorrência da pneumonia por aspiração que juntamente com a imunossupressão, diminuição da produção de saliva e a má higiene bucal fazem com que a orofaringe seja colonizada por micro-organismos patogênicos (Kikawada et al., 2005). Nestes pacientes é fundamental o controle de infecções crônicas, como as gengivais e periodontais, para evitar complicações locais (infecções agudas) como as sistêmicas através de bacteremia ou via dispositivos instalados no aparelho digestivo ou respiratório (sondas).

Em idosos, os achados bucais incluem cáries nas superfícies dentárias radiculares, desgastes dentários (abrasão e atrição) (Werner et al., 1998), doença periodontal, halitose, alterações de paladar (Figueiredo et al., 1993), câncer de boca, próteses dentárias fraturadas, mal-adaptadas/ajustadas ou perdidas e traumatismos mucosos por próteses (Martin e Martin, 1992).

Portanto, esses pacientes devem ser questionados e avaliados regularmente também nesses aspectos de saúde (Sweeney e Bagg, 2000), pois nem sempre se queixam espontaneamente de seus problemas e desconfortos com a boca por acreditarem serem próprios de sua doença ou por estarem mental ou fisicamente inaptos a fazê-lo, o que tornam estas condições subnotificadas, subestimadas e muitas vezes negligenciadas (Dahlin, 2004).

O cirurgião dentista contribui fornecendo intervenções próprias de sua área de atuação profissional, além de cuidados de suporte que assegurem uma boca mais saudável, livre de infecção e dor. As complicações das doenças e dos seus tratamentos já são bem conhecidas, entretanto em pacientes em Cuidados Paliativos elas podem tomar dimensões exageradas.

Doenças bucais associadas

As doenças bucais têm impacto sobre a alimentação e a deglutição. A presença de dentes com mobilidade, cáries, fraturas e dor interferem com todas as funções bucais, particularmente com a mastigação.

A cárie é uma doença multifatorial, infecciosa e transmissível que produz a desmineralização das estruturas dentárias; se não removida, progride produzindo destruição dentária, dor e abscessos. A doença periodontal é uma infecção bacteriana caracterizada pela inflamação da gengiva e perda óssea progressiva. Se não tratada, leva à mobilidade dentária, que se excessiva pode esfoliar ou exigir a extração dentária a fim de se evitar a aspiração ou ingestão acidental (Peters et al., 1984).

A existência de doenças bucais, como a cárie, raízes dentárias infectadas, doença periodontal ou complicações, como doenças infecciosas também contribuem para agravar o estado de saúde e a dor total destes doentes (Jales e Siqueira, 2009), por isso elas devem ser detectadas e tratadas. Para minimizar as complicações bucais, a prioridade nestes pacientes é a higiene bucal meticulosa, minimamente, de modo a manter a saúde bucal, reduzir a irritação e o dano tecidual e promover melhor conforto (Epstein et al., 1999). A associação ao uso de medicações analgésicas tópicas possibilita a redução da dose de medicações sistêmicas e dos seus efeitos adversos, conduzindo à melhora da qualidade de vida dos pacientes (Epstein et al., 2007).

Para isso, deve ser avaliada a capacidade que o paciente tem de se cuidar, a fim de se desenvolver alternativas para melhorar a escovação dos dentes, incluindo indicações específicas de escova dental (escovas elétricas), pastas, colutórios que deveriam ser fornecidos ao paciente e seu cuidador (Paunovich et al., 2000). Escovas de dente extramacias são mais suaves aos tecidos bucais que as convencionais, e devem ser usadas em associação aos cremes dentais sem lauril sulfato de sódio, para não estimular ou exacerbar a descamação da mucosa oral (Meurman e Gronroos, 2010).

A solução de clorexidina a 0,12% pode ser usada em doentes com comprometimento médico, predispostos à infecções bucais; pacientes com longa estadia em hospitais, idosos, a fim de prevenir infecções bucais e sistêmicas (Houston et al., 2002).

Os pacientes devem ser orientados a remover suas próteses à noite e deixá-las em solução antisséptica com clorexidina a 0,12% por trinta minutos ou solução com cloro a 2% (5ml ou uma colher de chá de alvejante em 250ml ou um copo de água) (Paunovich et al., 2000).

Protocolo de tratamento odontológico

Após uma minuciosa avaliação do doente, podemos aplicar uma sequência de cuidados que melhore paliativa, preventiva ou curativamente sua condição de saúde. Eis uma sugestão de protocolo de tratamento odontológico (Figura 1 e Quadro 1).

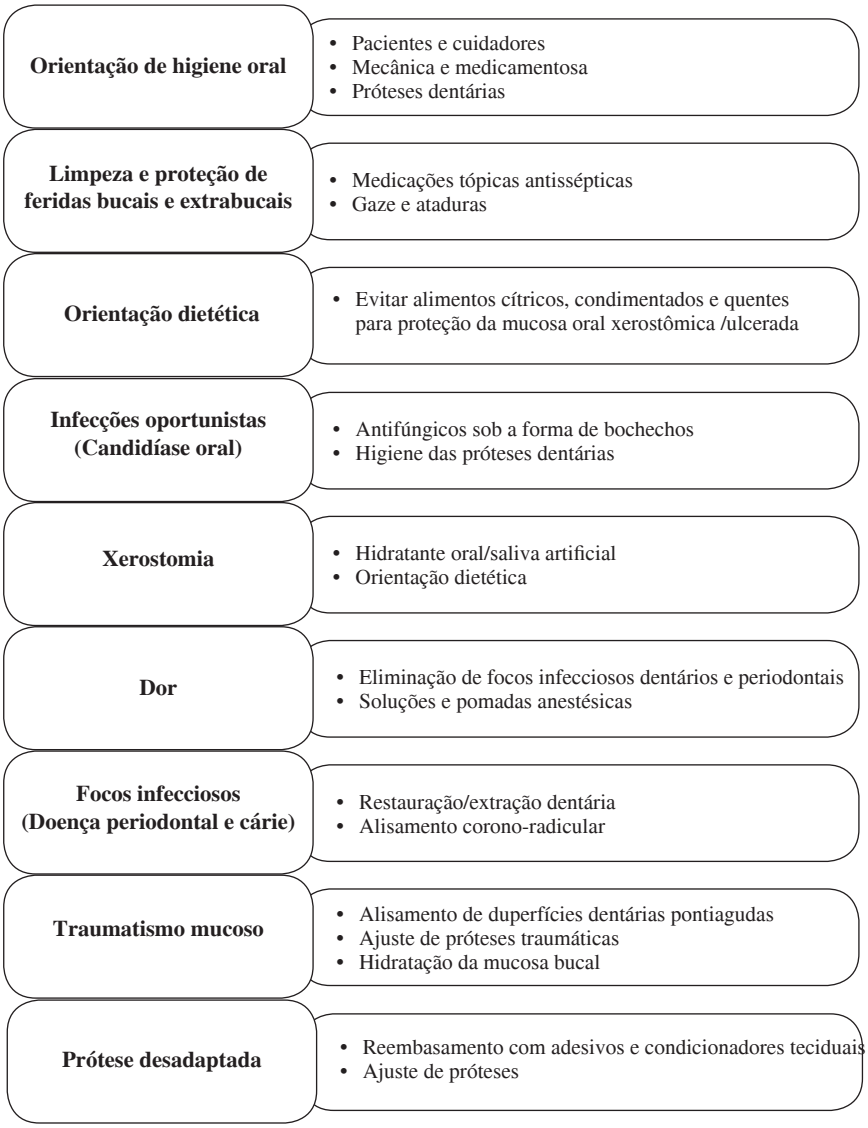
Quadro 1 – Limpeza bucal e extrabucal
- Mecânica através de técnicas de escovação dentária (dentados); com a utilização de escova dentária macia; creme dental sem lauril sulfato de sódio ou limpeza com gaze e antisséptico (desdentados); remoção das próteses à noite, deixá-las imersas em solução com cloro a 2% (5ml ou uma colher de chá de alvejante em 250ml ou um copo de água) uma vez por semana por 20 minutos e lavá-la abundantemente; limpeza de feridas extrabucais expostas com gaze e soro fisiológico 0,9%
- Medicamentosa: água fenicada a 2% (uma colher de sopa da solução diluída em meio copo de água morna, realizar quatro bochechos, com duração de meio minuto cada, três vezes ao dia), clorexidina a 0,12%, realizar bochechos, por um minuto, duas vezes ao dia (Jales e Siqueira, 2011)

Conclusão

Quanto à boca, vários avanços permitiram a melhora da qualidade de vida. É fundamental o controle de infecções na prevenção de complicações locais ou sistêmicas. O tratamento sintomático da dor e cuidados locais, como higiene bucal e limpeza de feridas, contribuem para redução de dor, desconforto e infecções oportunistas. Esta é uma área especializada, que envolve geriatria, oncologia e

dor, que ainda é carente de cirurgiões dentistas com formação em dor orofacial e com experiência no atendimento a estes pacientes, mas que está gradativamente despertando a consciência de necessidade de sua integração nas equipes multidisciplinares especializadas, incluindo os Cuidados Paliativos. Espera-se que no futuro essa integração beneficie os doentes com novas terapêuticas e cuidados que aliviem seu sofrimento e que sejam estendidos de modo padronizado a todos os que deles necessitarem.

Figura 1. Esquema do protocolo sugerido de tratamento odontológico baseado em medidas preventivas, curativas ou paliativas.



Referências

1. WISEMAN, M. A. Palliative care dentistry. Gerodontology. 2000. 17; (01):49-51.

2. VILLARET, D. B.; WEYMULLER, E. A. Pain Caused by Cancer of the Head and Neck. In.: Bonica's Management of Pain. Loeser JD, Butler SH, Chapman CR, Turk DC (Eds). 3a. Ed. New York: Lippincott Williams & Wilkins. 2001. P. 948-965.

3. SWEENEY, M. P.; BAGG, J. The mouth and palliative care. Am J Hosp Palliat Care. 2000; 17(2):118-24.

4. PAUNOVICH, E. D.; AUBERTIN, M. A.; SAUNDERS, M. J.; PRANGE, M. The role of dentistry in palliative care of the head and neck cancer patient. Tex Dent J. 2000; 117 (6):36-45.

5. NARAYANAN, R. S.; NAIR, M. K.; PADMANABHAN, T. K. Palliation of pain in advanced oral cancer. Headache.1988;28: 258-59.

6. SWEENEY, M. P.; BAGG, J. Oral care for hospice patients with advanced cancer. Dent Update.1995; 22:424-27.

7. EPSTEIN, J. B.; EMERTON, S.; KOLBINSON, D. A.; LE, N. D.; PHILLIPS, N.; STEVENSON-MOORE, P. et al. Quality of life and oral function following radiotherapy for head and neck cancer. Head Neck. 1999;21:1-11.

8. MARTIN, K. U.; MARTIN, J. O. Meeting the oral needs of institutionalized elderly. Dysphagia. 1992; 7(2): 73-80.

9. SIQUEIRA, J. T. T.; JALES, S. M. C. P.; VILARIM, R. C. B.; SIQUEIRA, S. R. D. T.; TEIXEIRA, M. J. Dor orofacial e Cuidados Paliativos orais em doentes com câncer. *Prática Hospitalar*. 2009a ;62:127-33.

10. SIQUEIRA, J. T. T.; JALES, S. M. C. P.; VILARIM, R. C. B.; SIQUEIRA, S. R. D. T.; TEIXEIRA, M. J. Dor em doentes com câncer de boca: do diagnóstico aos Cuidados Paliativos. *Rev Dor*. 2009b;10(2):150-7.

11. JALES, S. M. C. P.; SIQUEIRA, J. T. T. Papel do dentista em Cuidado Paliativo. In: Pinto AC et al. *Manual de Cuidados Paliativos*. 1a ed. Rio de Janeiro: Diagraphic; 2009. p. 241-44.

12. DAHLIN, C. Oral complications at the end of life. Am J Nurs. 2004;104(7):40-7; quiz 48.

13. BORBASI, S.; CAMERON, K.; QUESTED, B.; OLVER, I.; TO, B.; EVANS, D. More than a sore mouth: patients' experience of oral mucositis. Oncol Nurs Forum. 2002;29(7):1051-7.

14. KIKAWADA, M.; IWAMOTO, T.; TAKASAKI, M. Aspiration and infection in the elderly: epidemiology, diagnosis and management. Drugs Aging. 2005;22(2):115-30.

15. PETERS, T. E.; RACEY, G. L.; NAHMAN, B. L. Dental prosthesis as an unsuspected foreign body. *Ann Emerg Med 13:60-62,* 1984.

16. FIGUEIREDO, M. A. Z.; CHERUBINI, K.; YURGEL, L.S.; LORANDINI, C. S. Alterações fisiológicas frequentemente presentes na cavidade bucal do paciente idoso. Odontol Mod 1993; 20(4):33-4.

17. WERNER, C. W.; SAUNDERS, M. J.; PAUNOVICH, E.; YEH, C. Odontologia Geriátrica. Rev Fac Odontol Lins 1998; 11(1):62-9.

18. HOUSTON, S.; HOUGLAND, P.; ANDERSON, J. J.; LAROCCO, M. et al. Effectiveness of 0,12% chlorhexidine gluconate oral rinse in reducing prevalence of nosocomial pneumonia in patients undergoing heart surgery. *Am J Crit Care*. 2002;11(6):567-70.

19. MEURMAN, J. H.; GRÖNROOS, L. Oral and dental health care of oral cancer patients: hyposalivation, caries and infections. *Oral Oncol*. 2010;46(6):464-7.

20. EPSTEIN, J. B.; ELAD, S.; ELIA,V. E.; JUREVIC, R.; BENOLIEL, R. Orofacial pain in cancer: Part II - Clinical Perspectives and Management. *J Dent Res*. 2007;86(6):506-18.

21. SIQUEIRA, J. T. T.; TEIXEIRA, M. J. Dores orofaciais: Diagnóstico e Tratamento. Artes Médicas: São Paulo, 2012. p. 816.

JALES, S. M. C. P.; SIQUEIRA, J. T. T. Cuidados Paliativos e controle da dor orofacial em Odontologia Hospitalar. *Prática Hospitalar*. 2011; 77:8992.

Parte 6

Cuidando do paciente e de sua família

Ação prática do paliativista na continuidade dos cuidados em domicílio

Julieta Carriconde Fripp

Internação domiciliar: diagnóstico situacional

A internação domiciliar compreende o conjunto de atividades prestadas no domicílio a indivíduos clinicamente estáveis que exijam intensidade de cuidados de menor complexidade que no ambiente hospitalar[1]. Está inserida no contexto da atenção domiciliar que inclui também a assistência domiciliária. Em outubro de 2011, a portaria 2527 GM institui a Atenção Domiciliar no âmbito do SUS. Esta lei inclui os procedimentos médicos, de enfermagem, fisioterapêuticos, psicológicos e de assistência social, necessários ao cuidado integral dos usuários em seu domicílio, por equipe exclusiva para este fim[2].

O crescimento do atendimento domiciliar no Brasil é recente, esta modalidade de prestação de serviços ocorre tanto no setor privado quanto no setor público, fazendo parte da pauta de discussão das políticas de saúde que, pressionadas pelos altos custos das internações hospitalares, buscam saídas para uma melhor utilização dos recursos financeiros[3].

A internação domiciliar proporciona assistência humanizada e integral, contribuindo para a otimização dos leitos hospitalares. Reintegra o paciente em seu núcleo familiar e de apoio, por meio de uma maior aproximação da equipe de saúde com a família, promovendo educação em saúde. Com relação ao idoso, a internação domiciliar, preserva ao máximo sua autonomia, buscando a recuperação de sua independência funcional[4].

Os indivíduos em situação de fragilidade, nos momentos de adoecimento, buscam a atenção hospitalar para reduzirem o seu sofrimento, e o hospital responde a certo grupo de problemas, oferecendo tecnologias que permitem garantir o "acolhimento" necessário à demanda. Por outro lado, existem riscos desnecessários, inerentes ao ambiente hospitalar, que precisam ser evitados. Nesse sentido, inúmeras instituições de saúde buscam a construção e a operação de práticas voltadas a uma assistência com intensidades variáveis de cuidados, tendo como característica comum realizar a intervenção terapêutica no interior do domicílio do usuário[5].

A internação domiciliar pode servir de "elo" entre o nível hospitalar e a atenção básica, fortalecendo o sistema e, particularmente, as Estratégias de Saúde da Família, reconhecendo as competências de cada instância. O estabelecimento de

responsabilidade compartilhada entre níveis distintos da rede de serviços de saúde torna-se imprescindível a fim de garantir a continuidade indispensável ao atendimento das necessidades de grupos vulneráveis, como os usuários portadores de incapacidade funcional em processos de adoecimento[6]. A atenção referente aos Cuidados Paliativos requer coordenação entre os sistemas de saúde, principalmente do sistema de internação hospitalar, onde se encontra a maioria dos pacientes com neoplasias em estágio avançado, com o sistema de atenção domiciliar, permitindo, assim, a continuidade dos cuidados, mantendo o acolhimento dos pacientes e familiares em ambiente domiciliar[7].

A atenção domiciliar vem apontando um potencial de se concretizar como uma modalidade substitutiva de cuidado, envolvendo todo o contexto domiciliar do usuário, possibilitando a produção de um cuidado mais próximo, individualizado e menos tecnicista do que no hospital. Não se trata de uma desospitalização irresponsável e prematura, mas da possibilidade de reestruturar o modo de operar o cuidado no espaço físico e nas estratégias de cuidado[8].

A busca de autonomia para "andar a própria vida" deve servir de guia central para qualquer projeto de internação domiciliar, evitando restrições da autonomia, assegurando processos de ganho contínuo dos usuários em ambiente favorável e com equipe de profissionais comprometida com a busca de alívio de sintomas, resultando na maior independência dos pacientes em seu próprio território[9].

Cuidados Paliativos no domicílio: uma estratégia de cuidado integral

O envelhecimento da população resulta no aumento da incidência e prevalência de enfermidades debilitantes progressivas. Dentro destas enfermidades, as causas neurodegenerativas e as neoplasias ocupam lugar de destaque, sendo responsáveis pelo elevado grau de sofrimento dos pacientes e de seus familiares. Esta situação se verifica especialmente na fase terminal destas enfermidades. A maioria dos pacientes com enfermidades em fase terminal deseja morrer em seus próprios domicílios e não dispensam uma atenção adequada para controle de sintomas[10].

Na primeira definição da OMS para Cuidados Paliativos, estes eram categorizados como o último estágio de cuidado, sendo os cuidados oferecidos por uma equipe interdisciplinar, voltados para pacientes com doença em fase avançada, ativa, em progressão, cujo prognóstico é reservado e o foco da atenção é a qualidade de vida[11]. A seguir a OMS, considerando que os Cuidados Paliativos podem e devem ser oferecidos o mais cedo possível no curso de qualquer doença crônica potencialmente fatal, define Cuidados Paliativos como uma abordagem que melhora a qualidade de vida de pacientes e suas famílias, na presença de pro-

blemas associados a doenças que ameaçam a vida, mediante prevenção e alívio de sofrimento pela detecção precoce e tratamento de dor ou outros problemas físicos, psicológicos, sociais e espirituais, estendendo inclusive à fase de luto[12].

Atualmente, Cuidados Paliativos são considerados a quarta diretriz estabelecida pela OMS para o tratamento do câncer, associada à prevenção, diagnóstico e tratamento[13].

A conjugação de Cuidados Paliativos com internação domiciliar é uma tarefa que requer vocação de serviço, organização de sistema de saúde e conhecimentos científicos. Os pacientes escolhem o domicílio como lugar preferencial para receber os cuidados quando não existe mais possibilidade de cura da sua doença[5]. A internação domiciliar oferece vantagens não somente aos pacientes, mas também à família e ao sistema de saúde através da redução de custos. Em geral os pacientes, quando questionados, referem que receberam assistência satisfatória no hospital, mas que preferiam receber tratamento no domicílio, pelo conforto e pela rede familiar mais abrangente.

Equipe interdisciplinar é de fundamental importância para garantir o sucesso de cuidados integral e acolhimento dos usuários e seus familiares, cada profissional tem o seu papel. Médicos, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos, fisioterapeutas, nutricionistas, assistentes espirituais e outros compartilham diariamente das necessidades manifestadas pelos usuários em ambiente domiciliar, atuando com o objetivo de aliviar o sofrimento físico, emocional, social e espiritual das pessoas que se encontram em situação de terminalidade.

Os Cuidados Paliativos e as relações desenvolvidas em domicílio podem se configurar como o melhor exemplo de *tecnologia leve* (tecnologias de relações com produção de vínculo, autonomia, acolhimento, cumplicidade), associada a técnicas que visam ao alívio de sofrimento dos pacientes e familiares, longe da *tecnologia dura* (equipamentos tecnológicos do tipo máquinas, normas, estruturas organizacionais) comum no ambiente hospitalar[9].

A assistência paliativa, em casa, requer que o paciente permita e participe dos cuidados, com apoio da família. A comunicação contínua entre o paciente, a família e a equipe facilita a realização dos cuidados sem objetivo de cura, e sim de conforto e alívio de sofrimento[14].

Estudo romeno descreve as atividades e as intervenções para pacientes com câncer avançado tratados em domicílio por equipe de Cuidados Paliativos e analisa as mudanças que ocorreram nos sintomas físicos, principalmente dor. O número de sintomas físicos reduziu consideravelmente, após a inclusão dos pacientes no programa de Cuidados Paliativos, particularmente daqueles com condição socioeconômica menos favorável[15].

Em ensaio clínico randomizado realizado na Noruega, foram incluídos pacientes com doença maligna incurável e com sobrevida de 3 a 9 meses, o total de pacientes foi de 434, os grupos foram divididos de forma aleatória. O grupo de intervenção foi aquele que recebeu Cuidados Paliativos por equipe especializada. Os resultados encontrados com relação ao local da morte demonstraram que 25% dos pacientes do grupo de intervenção morreram em casa, enquanto que somente 15% dos pacientes do grupo controle morreram em domicílio ($p<0,05$). O estudo conclui que os Cuidados Paliativos favorecem o óbito dos pacientes em casa, reduzindo as internações hospitalares desnecessárias[16].

Outro estudo randomizado, realizado na Califórnia/EUA, buscou avaliar a satisfação com relação aos cuidados, a utilização de serviços médicos, o local da morte, e os custos dos cuidados em saúde, sendo o grupo de intervenção os pacientes que receberam Cuidados Paliativos em domicílio, enquanto que o grupo controle recebeu tratamento tradicional. Os participantes do estudo foram pacientes com doenças terminais (n=298) com sobrevida de cerca de 1 ano ou menos. O grupo de intervenção relatou maior satisfação em relação aos cuidados ($p<0,05$), os pacientes obtiveram maior probabilidade de morrer em casa ($p<0,001$) e eram menos propensos a buscar atendimento em serviços de emergência ($p<0,01$) ou internação hospitalar ($p<0,001$). Os custos foram relativamente mais baixos na prestação de cuidados em relação ao grupo controle ($p <0.03$). O estudo demonstra fortes indícios da necessidade de ampliar o olhar e assistência à saúde dos pacientes em situação de terminalidade[17].

Os cuidados contínuos em domicílio veem ao encontro de e favorecem os princípios dos Cuidados Paliativos que afirmam a vida e reconhecem a morte como um processo natural, sem antecipar ou retardá-la, providenciam alívio da dor e outros sintomas físicos, integram os aspectos psicológicos, espirituais e sociais do cuidado ao paciente, oferecem um sistema de suporte para ajudar os pacientes a viver mais ativamente possível, oferecem suporte para auxiliar a família a cooperar durante a doença e trabalhar o luto e a perda[18].

Cuidador de indivíduos em situação de terminalidade

As doenças sem possibilidade de cura em estágio avançado têm grande impacto na vida do paciente e de seu entorno, modificando a estrutura e a dinâmica da família envolvida, com a aproximação ou o afastamento de seus membros, em especial quando há sobrecarga nesta família, como costuma ocorrer com a intensificação dos sintomas e o avanço da doença[4].

O cuidador, pelo tempo longo de exposição no curso de uma doença sem possibilidade de cura, apresenta desgaste físico e sobrecarga emocional. O cuidador

informal, em geral familiar, apresenta, além da sobrecarga objetiva e subjetiva, alterações na qualidade de vida. Em estudo transversal realizado com pacientes internadas com câncer de mama ou ginecológico sem possibilidade de cura, foram avaliadas as situações de depressão e ansiedade em seus cuidadores. O estudo aplicou a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HAD), instrumento validado e que apresenta boa sensibilidade, apesar da sua baixa especificidade, para pacientes com dor crônica.

Os resultados demonstraram a presença de depressão em 74% e ansiedade em 53% dos cuidadores[19]. Conclui que o processo de cuidar de um indivíduo em fase terminal gera conflitos emocionais intensos e sugere que outras variáveis associadas ao impacto mental do cuidar necessitam ser investigadas[20].

Durante a trajetória da doença, o comportamento físico e emocional do cuidador vai sendo afetado, principalmente quando o número de sintomas do paciente aumentam, exigindo maior dedicação, determinando com isso a falta de tempo para o descanso ou para outras atividades sociais, aspectos associados com isolamento social e depressão dos cuidadores. Em estudo randomizado realizado em Michigan (EUA), foi avaliada depressão em cuidadores de pacientes com câncer, sendo o grupo de intervenção (n=118) aquele em que os cuidadores receberam acompanhamento e apoio sistematico de enfermagem para facilitar os cuidados aos pacientes; o grupo controle (n=119) não recebeu tal suporte durante o processo de cuidados. O estudo conclui, após 20 semanas, que a intervenção de enfermagem clínica isolada não tem efeito benéfico sobre os cuidadores com depressão e que, devido à complexidade apresentada, sugere que sejam realizados mais estudos para avaliar outras formas de apoio ao contexto do cuidador e do paciente com câncer[21].

Equipe de atenção domiciliar e Cuidados Paliativos bem preparada oferece condições para o alívio de sobrecarga dos cuidadores, estabelecendo cumplicidade e vínculos muitas vezes ausentes em ambiente hospitalar. Esta relação pode ser decisiva para que estas situações sejam enfrentadas da melhor maneira possível, tanto pelo paciente quanto pelo cuidador[11].

Experiência de um serviço

Em abril de 2005, foi implantado, no Hospital Escola e Fundação de Apoio Universitário da Universidade Federal de Pelotas, o Programa de Internação Domiciliar Interdisciplinar para pacientes oncológicos em fase de Cuidados Paliativos (PIDI), complementando a atenção integral aos pacientes que necessitavam de cuidado continuado em ambiente domiciliar. O reconhecimento local das ações desenvolvidas pelo PIDI é evidente, com grande satisfação dos pacientes

e dos familiares assistidos pelo programa. Durante o período de 6 anos, cerca de 600 pacientes foram assistidos pelo programa. A equipe de profissionais do programa observa uma relação de cumplicidade com os pacientes e seus familiares, mantendo os cuidados durante todo o processo de adoecimento terminal[22].

A comunicação tem sido de fundamental importância para garantir êxito no tratamento dos pacientes, muitas vezes fragilizados, juntamente com seus familiares, pela doença e por experiências frustradas com profissionais e serviços a que foram expostos em seus tratamentos anteriores[23, 24].

Objetivos do PIDI oncológico

Complementar o Serviço de Oncologia da UFPel, oferecendo tratamento de Cuidados Paliativos aos pacientes com câncer com e sem indicação de quimioterapia ou radioterapia, e que possam receber cuidados em ambiente domiciliar.

1. Humanizar os cuidados dos pacientes com câncer, incluindo a família no processo de "cuidador" do paciente, participando desta forma, ativamente do tratamento em casa.
2. Possibilitar a ampliação de leitos em ambiente domiciliar, evitando, assim, que os pacientes precisem procurar o pronto-socorro quando apresentarem intercorrências clínicas inerentes ao tratamento do câncer.
3. Servir como referência para o encaminhamento de pacientes com câncer, em fase de Cuidados Paliativos que estão internados na rede hospitalar do município.
4. Incluir ensino, pesquisa e extensão no processo de cuidados domiciliares aos pacientes oncológicos.
5. Trabalhar na perspectiva da interdisciplinaridade, incluindo profissionais médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, nutricionistas, assistentes sociais, cirurgiões dentistas, psicólogos, assistentes espirituais.
6. Proporcionar alívio de sintomas físicos, emocionais, sociais e espirituais dos pacientes em fase de Cuidados Paliativos
7. Capacitar os familiares e também oferecer no grupo de cuidadores suporte para situações de sobrecarga nos cuidados, com apoio inclusive na fase de luto[23, 25].

Algumas ações práticas no domicílio

I. Aplicação de Instrumentos e Escalas de Avaliação

1. PaP Score – Palliative Prognostic Score: estima a sobrevida no período de 30 dias a partir da avaliação clínica e laboratorial[26, 27].

- Pacientes com probabilidade reduzida de sobreviver mais de 30 dias se beneficiam com os cuidados em ambiente domiciliar, por equipe interdisciplinar.
- Escala aplicada por profissional médico

Variável	Pontos
Dispneia	
Presente	1
Ausente	0
Anorexia	
Presente	1,5
Ausente	0
Estimativa clínica (semanas)	
> 12	0
11-12	2
9-10	2,5
7-8	2,5
5-6	4,5
3-4	5
1-2	8,5
Índice de Karnofsky	
≥ 30	0
10-20	2,5
Leucócitos totais por mm^3	
< 8.500	0
8.501-11.000	0,5
> 11.000	1,5
Porcentagem de linfócitos	
< 12	2,5
12-19,9	1
≥ 20	0
Grupos de risco	Total de pontos
A - probabilidade de sobreviver 30 dias > 70%	0 - 5,5
B - probabilidade de sobreviver 30 dias 30 - 70%	5,6 – 11
C - probabilidade de sobreviver 30 dias < 30 %	11,1 – 17,5

2. Escala de Avaliação Funcional de Karnofsky[27, 28]

- Permite conhecer a capacidade do paciente para poder realizar atividades cotidianas.
- Elemento preditor independente de mortalidade, em patologias oncológicas e não oncológicas.

- Útil para tomada de decisões clínicas e valorizar o impacto de um tratamento e a progressão da doença.
- Karnofsky de 50 ou inferior indica elevado risco de morte durante os 6 meses seguintes.
- Escala aplicada por profissional médico ou enfermeiro.

Graduação (%)	Significado
100	Normal, ausência de queixas, sem evidências de doença
90	Capaz de realizar atividades normais, sinais e sintomas mínimos da doença
80	Atividade normal com esforço, alguns sinais ou sintomas da doença Incapacidade para grande esforço físico, consegue deambular
70	Não requer assistência para cuidados pessoais, mas é incapaz de realizar atividades normais, como tarefas caseiras e trabalhos ativos
60	Requer assistência ocasional, mas consegue realizar a maioria dos seus cuidados pessoais
50	Requer considerável assistência e frequentes cuidados médicos
40	Incapacitado, requer cuidados pessoais e assistência, autocuidado limitado Permanece mais de 50% do horário vigil sentado ou deitado
30	Severamente incapacitado, necessidade de tratamento de suporte permanente, embora a morte não seja iminente
20	Paciente muito doente, completamente incapaz, necessidade de tratamento de suporte permanente, confinado ao leito
10	Moribundo, processo de morte progredindo rapidamente

3. Sistema de Avaliação de Sintomas de Edmonton – ESAS

- Lista 10 escalas numéricas que avaliam a intensidade dos sintomas.
- Pontuação de 0 a 10: pede-se que o paciente selecione o número que melhor indique a intensidade de cada sintoma, sendo zero o mínimo sintoma e dez, o máximo sintoma.
- Aplicabilidade em período de tempo determinado de acordo com a rotina do serviço ou segundo a condição do paciente (diária, dias intercalados, semanal).
- Escala aplicada por profissional médico ou enfermeiro[28, 29, 11, 30, 31].

Mínimo sintoma	Intensidade	Máximo sintoma
Sem dor	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Máxima dor
Sem cansaço	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Máximo cansaço
Sem náuseas	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Máxima náusea
Sem depressão	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Máxima depressão
Sem ansiedade	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Máxima ansiedade
Sem sonolência	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Máxima sonolência
Bom apetite	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Sem apetite
Maximo bem-estar	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Máximo mal-estar
Sem dispneia	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Máxima dispneia
Sem insônia	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Máxima dificuldade para dormir

4. Avaliação socioeconômica

- Instrumento que permite traçar o perfil socioeconômico de pacientes e de seu núcleo familiar.
- Para realizar os cuidados em ambiente domiciliar existe a necessidade de condições mínimas no domicílio como água potável, energia elétrica e um leito para o paciente. A presença de um cuidador responsável também é imprescindível.
- Inclui as seguintes informações: cor, escolaridade, renda familiar, cômodos da casa, quantidade de pessoas que residem no domicílio, condição profissional do paciente, atual e passada, qual o serviço de saúde que procura quando necessita de atendimento médico, cuidador principal.
- Aplicada por profissional assistente social.

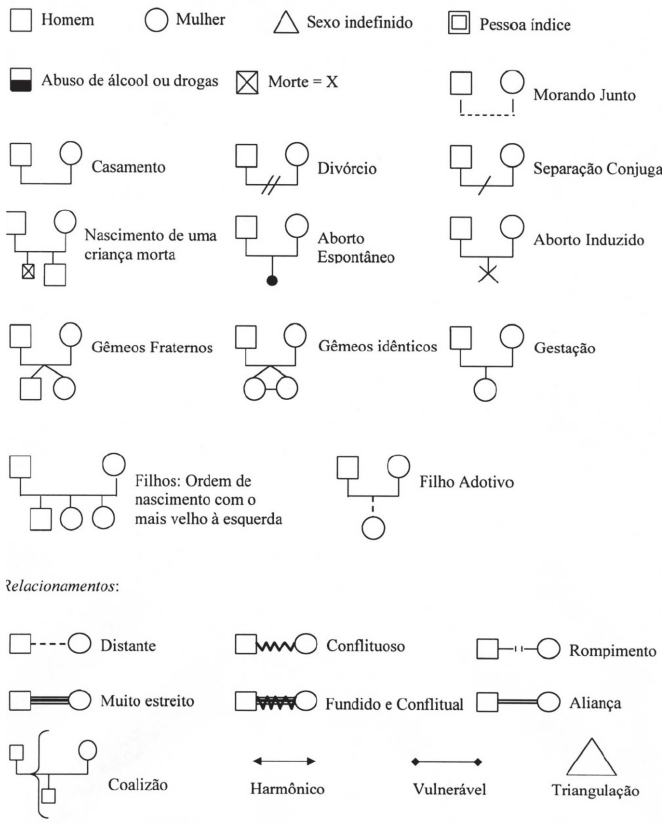
5. Genograma

- O Genograma é uma representação gráfica da família e tem sido utilizado em diversos contextos.
- Pode ser aplicado em Cuidados Paliativos, possibilita identificar a rede familiar, cultural e social mais ampliada dos pacientes, podendo desta forma desfazer ou amenizar conflitos que possam estar causando sofrimento social, emocional ou espiritual, principalmente em situações de terminalidade[32].
- Os cuidados em ambiente domiciliar facilitam a coleta das informações para construção do genograma. Na medida que a confiança e a cumplicidade com

a equipe interdisciplinar se fortalecem, a comunicação acontece, resultando num gráfico bastante rico e facilitador para a abordagem dinâmica do núcleo familiar.

- O genograma pode ser construído em softwares específicos, onde as informações do paciente são inseridas no sistema, gerando o gráfico final com ilustrações de cada situação referida. Exemplos: relações de proximidade, conflitos, distanciamentos, uso de drogas, nascimentos, doenças e óbitos, etc.
- Escala aplicada por profissional médico, enfermeiro, assistente social ou psicólogo.
- As simbologias do genograma são inúmeras, sempre relacionando o paciente com a família e suas redes[33].

Exemplos de Simbologias do Genograma



6. Escala de Zarit Reduzida

- Avaliação da claudicação familiar em Cuidados Paliativos, sendo por eles definida como a situação de incapacidade dos elementos de uma família em

oferecer uma resposta adequada às múltiplas necessidades e solicitações do doente. Escala de Zarit reduzida em Cuidados Paliativos, é útil, fácil, rápida e confiável, apresentando sensibilidade e especificidade elevadas para medir a claudicação familiar[34].

- Instrumento utilizado para avaliar a sobrecarga do cuidador principal.
- Apresenta sete perguntas relacionando aspectos físicos e emocionais do cuidador, associados a sua rotina diária com o paciente.
- Classifica a sobrecarga do cuidador em leve, moderada e grave.
- Escala aplicada por profissional assistente social e psicólogo.

1. Sente que, por causa do tempo que utiliza com o seu familiar/doente, já não tem tempo suficiente para você mesmo?				
Nunca	Quase nunca	Às vezes	Frequentemente	Quase sempre
1	2	3	4	5
2. Sente-se estressado/angustiado por ter que cuidar do seu familiar/doente e ao mesmo tempo ser responsável por outras tarefas? (ex.: cuidar de outros familiares, ter que trabalhar)				
Nunca	Quase nunca	Às vezes	Frequentemente	Quase sempre
1	2	3	4	5
3. Acha que a situação atual afeta a sua relação com amigos ou outros elementos da família de uma forma negativa?				
Nunca	Quase nunca	Às vezes	Frequentemente	Quase sempre
1	2	3	4	5
4. Sente-se exausto quando tem de estar junto do seu familiar/doente?				
Nunca	Quase nunca	Às vezes	Frequentemente	Quase sempre
1	2	3	4	5
5. Sente que sua saúde tem-se visto afetada por ter que cuidar do seu familiar/doente?				
Nunca	Quase nunca	Às vezes	Frequentemente	Quase sempre
1	2	3	4	5
6. Sente que tem perdido o controle da sua vida desde que a doença do seu familiar/doente se manifestou?				
Nunca	Quase nunca	Às vezes	Frequentemente	Quase sempre
1	2	3	4	5
7. No geral, sente-se muito sobrecarregado por ter que cuidar do seu familiar/doente?				
Nunca	Quase nunca	Às vezes	Frequentemente	Quase sempre
1	2	3	4	5

Sobrecarga leve: até 14 pontos
Sobrecarga moderada: 15 – 21 pontos
Sobrecarga grave: acima de 22 pontos

7. Escala de Ansiedade e Depressão (HAD)

- Questionário que pode ser autoaplicado com 14 itens, integrado por subescalas de 7 itens para depressão e 7 itens para ansiedade.
- O paciente deverá selecionar para cada item a alternativa que melhor reflete a sua situação na última semana.
- A HAD é uma escala simples e de fácil aplicação.
- Pode ser utilizada para detectar mudanças emocionais durante o curso da enfermidade.
- Sua validade para detectar enfermidade psiquiátrica definida é limitada.

A 1) Eu me sinto tenso ou contraído:

3 ( ) A maior parte do tempo
2 ( ) Boa parte do tempo
1 ( ) De vez em quando
0 ( ) Nunca

D 2) Eu ainda sinto gosto pelas mesmas coisas de antes:

0 ( ) Sim, do mesmo jeito que antes
1 ( ) Não tanto quanto antes
2 ( ) Só um pouco
3 ( ) Já não sinto mais prazer em nada

A 3) Eu sinto uma espécie de medo, como se alguma coisa ruim fosse acontecer:

3 ( ) Sim, e de um jeito muito forte
2 ( ) Sim, mas não tão forte
1 ( ) Um pouco, mas isso não me preocupa
0 ( ) Não sinto nada disso

D 4) Dou risada e me divirto quando vejo coisas engraçadas:

0 ( ) Do mesmo jeito que antes
1 ( ) Atualmente um pouco menos
2 ( ) Atualmente bem menos
3 ( ) Não consigo mais

A 5) Estou com a cabeça cheia de preocupações:

3 ( ) A maior parte do tempo
2 ( ) Boa parte do tempo
1 ( ) De vez em quando

0 ( ) Raramente

D 6) Eu me sinto alegre:
3 ( ) Nunca
2 ( ) Poucas vezes
1 ( ) Muitas vezes
0 ( ) A maior parte do tempo

A 7) Consigo ficar sentado à vontade e me sentir relaxado:
0 ( ) Sim, quase sempre
1 ( ) Muitas vezes
2 ( ) Poucas vezes
3 ( ) Nunca

D 8) Eu estou lento para pensar e fazer as coisas:
3 ( ) Quase sempre
2 ( ) Muitas vezes
1 ( ) De vez em quando
0 ( ) Nunca

A 9) Eu tenho uma sensação ruim de medo, como um frio na barriga ou um aperto no estômago:
0 ( ) Nunca
1 ( ) De vez em quando
2 ( ) Muitas vezes
3 ( ) Quase sempre

D 10) Eu perdi o interesse em cuidar da minha aparência:
3 ( ) Completamente
2 ( ) Não estou mais me cuidando como deveria
1 ( ) Talvez não tanto quanto antes
0 ( ) Me cuido do mesmo jeito que antes

A 11) Eu me sinto inquieto, como se eu não pudesse ficar parado em lugar nenhum:
3 ( ) Sim, demais
2 ( ) Bastante
1 ( ) Um pouco
0 ( ) Não me sinto assim

D 12) Fico esperando animado as coisas boas que estão por vir:

0 ( ) Do mesmo jeito que antes
1 ( ) Um pouco menos do que antes
2 ( ) Bem menos do que antes
3 ( ) Quase nunca

A 13) De repente, tenho a sensação de entrar em pânico:

3 ( ) A quase todo momento
2 ( ) Várias vezes
1 ( ) De vez em quando
0 ( ) Não sinto isso

D 14) Consigo sentir prazer quando assisto a um bom programa de televisão, de rádio ou quando leio alguma coisa:

0 ( ) Quase sempre
1 ( ) Várias vezes
2 ( ) Poucas vezes
3 ( ) Quase nunca

Presença de ansiedade ou depressão, pontuação maior ou igual a 8.

II. Hipodermóclise

- Consiste na de administração fluidos através da via subcutânea[35].
- Tem grande aplicabilidade em pacientes internados em domicílio, pois permite o envolvimento mais seguro do cuidador capacitado em situações em que existe a necessidade de administrar medicamentos injetáveis em curtos intervalos de tempo.
- Via alternativa para pacientes com dificuldade de manter acesso venoso permanente e que necessitam receber drogas injetáveis[36].
- Garante a manutenção da hidratação em pacientes impedidos de receber hidratação oral, quando ainda não foi estabelecida uma via enteral mais segura
- Possibilita uma via segura para pacientes com necessidade de analgesia intermitente, principalmente com drogas opioides.
- Garante a continuidade de tratamento em domicílio quando existe a necessidade de administrar antibióticos injetáveis.
- *Técnica*: utilizar cateter agulhado (escalpe 21G ou 25G) ou não agulhado (18G e 24G), após os cuidados de assepsia, introduzir a agulha na pele em ângulo de 30 a 45 graus em direção centrípeta, com o bisel voltado para cima.

- *Velocidade de Infusão*: a hidratação pode ser em *bolus* de 500ml em 20 minutos, repetindo até 3 vezes em 24h. Em infusão contínua, o volume diário não poderá ultrapassar 3000ml. Administração de volume em período noturno é mais confortável, garantindo mais autonomia dos pacientes durante o dia.
- *Zonas de punção*: regiões deltóidea, infraclavicular, abdominal, face lateral da coxa.
- *Drogas administráveis por via SC [28].*

Fármaco	**Indicações**
Morfina	Dor, dispneia
Tramadol	Dor
Escopolamina	Estertores premortem, sialorreia, secreções respiratórias, obstrução intestinal
Midazolam	Convulsões, sedação paliativa
Metoclopamida	Náuseas e vômitos
Haloperidol	Náuseas e vômitos por opioides, vômitos em obstrução intestinal, *delirium*
Levomepromazina	Ansiedade, agitação
Dexametazona	Múltiplas indicações em CP
Octreotide	Obstrução intestinal
Ceftriaxone, cefepime, ampicilina	Infecção
Furosemida	ICC, anasarca, IRA

Conclusões

Internação Domiciliar e Cuidados Paliativos, com enfoque interdisciplinar, obedecendo os conceitos validados de melhor qualidade de vida aos pacientes e seus familiares, caracterizam-se como uma excelente estrutura para prestar acolhimento integral em situações de terminalidade, oferecendo suporte humanizado, com alívio facilitado dos sintomas físicos, emocionais, sociais e espirituais em ambiente domiciliar. Escalas de avaliação de sintomas em Cuidados Paliativos são perfeitamente aplicáveis em domicilio, facilitando a pronta resolução dos sintomas pela equipe interdisciplinar, sempre com apoio do cuidador principal.

Referências

1. ANVISA (Agência nacional de Vigilancia Sanitária), *Resolução de Diretoria Colegiada 11*, ed. M.d. Saúde. 2006, Brasília.

2. Ministério da Saúde, *Lei 10424:do subsistema de atendimento e internação domiciliar, complemento da 8080.*

2002, Brasília: Ministério da Saúde.

3. FLORIANI, C. A. *Cuidados do idoso com câncer avançado: uma abordagem bioética*, in *Escola Nacional de Saúde Pública*. 2004, FIOCRUZ: Rio de Janeiro. p. 136.

4. FLORIANI, C. A. and F.R. Schramm, *Atendimento domiciliar ao idoso: problema ou solução.* Cad Saude Publica, 2004. 20(4): p. 986-94.

5. FLORIANI, C. A. and F.R. Schramm. *Desafios morais e operacionais da inclusão dos Cuidados Paliativos na rede de atenção básica.* Cad Saude Publica, 2007. 23(9): p. 2072-80.

6. Ministério da Saúde (portaria 2529), *Portaria 2529: institui a internação domiciliar no âmbito do SUS* 2006, Ministério da Saúde.

7. FORNELLS, H. A. *Cuidados Paliativos en el domicilio.* Acta bioethica, 2000. 6(1): p. 63-75.

8. FREIRE, H. M. F. *Residência Terapêutica: Inventando Novos Lugares para se Viver*. 2006, Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde.

9. MERHY, E. E. *Saúde: A Cartografia do Trabalho Vivo*. Hucitec ed. Vol. 1. 2002, Rio de Janeiro.

10. BENÍTEZ, DEL ROSARIO, M.A. AND A. SALINAS MARTÍN, *Cuidados Paliativos y atención primaria: aspectos de organización*. 2000, Berlim: Springer.

11. DOYLE, D. et al., eds. *Oxford Textbook of Palliative Medicine*. 2004, Oxford: New York.

12. WHO (World health Organization), *National Cancer Control Programmes: Policies and managerial guidelines world.* 2002.

13. WHO (World health Organization), *Cancer control: knowledge into action. WHO Guide for Effective Programmes*. 2007, Geneva: WHO.

14. ECHEVERRI, T. A. *El cuidado paliativo en casa al paciente terminal.* MEDUNAB, 2001. 4(10): p. 1-11.

15. DUMITRESCU, L., M. van den Heuvel-Olaroiu, and W.J. van den Heuvel, *Changes in symptoms and pain intensity of cancer patients after enrollment in palliative care at home.* J Pain Symptom Manage, 2007. 34(5): p. 488-96.

16. JORDHOY, M. S. et al., *A palliative-care intervention and death at home: a cluster randomised trial.* Lancet, 2000. 356(9233): p. 888-93.

17. BRUMLEY, R. et al., *Increased satisfaction with care and lower costs: results of a randomized trial of in-home palliative care.* J Am Geriatr Soc, 2007. 55(7): p. 993-1000.

18. DUNLOP, R. *Hospital Based Palliative Care Teams Oxford University Press*, in *Cancer: Palliative Care*. 1998, Springer-Verlag: London. p. 2.

19. CASTRO, M. M. C. et al., *Validade da Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão em Pacientes com Dor Crônica.* Revista Brasileira de Anestesiologia Vol. 56, No 5, Julho-Agosto, 2006, 2006. 56: p. 470-477.

20. REZENDE, V. L. et al. *Depressão e ansiedade nos cuidadores de mulheres em fase terminal de câncer de mama e ginecológico.* Rev Bras Ginecol Obstet. 2005, 2005. 27: p. 737-43.

21. KURTZ, M. E. et al., *A Randomized, Controlled Trial of a Patient/Caregiver Symptom Control Intervention: Effects on Depressive Symptomatology of Caregivers of Cancer Patients* J Pain Symptom Manage, 2007. 30: p. 112-122.

22. PIDI (Programa de Internação Domiciliar Interdisciplinar para pacientes oncológicos). *Internação Domiciliar e Cuidados Paliativos*. 2009 [cited maio 2009]; Available from: www.fau.com.br/pidi.

23. PARKER, S. et al., *A Systematic Review of Prognostic/End-of-Life Communication with Adults in the Advanced Stages of a Life-Limiting Illness: Patient/Caregiver Preferences for the Content, Style, and Timing of Information.* Journal of Pain and Symptom Management, 2007. 34(1): p. 81-93.

24. FINLAY, I. et al., *Palliative care in hospital, hospice, at home: results from a systematic review.* European Society for Medical Oncology, 2002. 13(4): p. 257-64.

25. KIRK, P.; I. KIRK, and L. Kristjanson, *What do patients receiving palliative care for cancer and their families want to be told? A Canadian and Australian qualitative study.* BMJ, 2004 328(7452): p. 1343.

26. MALTONI, M. et al., *Successful Validation of the Palliative Prognostic Score in Terminally Ill Cancer Patients. Journal of Pain and Symptom Management.* Journal of Pain and Symptom Management, 1999. 17(4): p. 240-7.

27. GLARE, P.; CHRISTAKIS. and A. Nicholas, *Prognosis in Advanced Cancer* ilustrated ed. 2008, Oxford: Oxford University Press. 439.

28. Ministerio de sanidad y Consumo , E., *Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos, anexos.* 2008, Vitoria-Gasteiz: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco.

29. GLARE, P.; K. VIRIK, and M. Jones, *A systematic review of physicians' survival predictions in terminally ill cancer patients* BMJ, 2003 327(26).

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

31. VIGNAROLI, E. et al., *The Edmonton Symptom Assessment System as a Screening Tool for Depression and Anxiety.* Journal of Palliative Medicine, 2006. 9 (2): p. 296-303.

32. KRUGER, L. and B. Werlang, *O genograma como recurso no espaço conversacional terapêutico.* Aval. psicol, 2008. 7(3): p. 415-26.

33. WENDT, N. and M. Crepaldi, *A Utilização do Genograma como Instrumento de Coleta de Dados na Pesquisa Qualitativa.* Psicologia: Reflexão e Crítica,. 21(2): p. 302-310.

34. GORT, A., et al., *Escala de Zarit reducida en Cuidados Paliativos.* Medicina Clinica, 2005. 124(17): p. 651-3.

35. BRUERA, E., et al., *Hypodermoclysis for the administration of fluids and narcotics analgesics in patients with advanced cancer.* J Pain Symptom Manage, 1990. 5(218): p. 218-20.

36. COYLE, N.; N. Cherny, and R. Portenoy, *Subcutaneous opioid infusion at home.* Oncology, 1994. 8: p. 21-27.

Plano de Cuidados: cuidados com o paciente e a família

Fabiana Tomie Becker de Carvalho Chino

Em Cuidados Paliativos, a principal diferença é que o foco da atenção não é a doença a ser curada/controlada, mas sim o indivíduo, entendido como um ser biográfico, ativo, com direito a informação e a autonomia plena para as decisões a respeito de seu tratamento.

Considerando a intensidade do sofrimento da pessoa nessa fase da doença, pela multiplicidade de sintomas que apresenta, estes "cuidados especiais" demandam, além da capacidade técnica dos profissionais que a acompanham, atenção, carinho, compaixão, empatia, respeito, equilíbrio, escuta ativa e comunicação eficaz.

Em virtude das mudanças frequentes do quadro clínico, o paciente necessita, permanentemente, de cuidados e terapias diversas, que podem ser oferecidos em ambiente hospitalar, em unidades de *hospice* ou em domicílio, recomendando-se que permaneça no local onde possa ter condições de ser cuidado, recebendo alívio e conforto.

Em geral, nos últimos meses de vida, o paciente é atendido no ambulatório, mas a consulta visa ao alívio dos sintomas, como a dor, o desconforto abdominal, insônia, depressão, o medo de morrer, dentre outros. Já nos últimos dias de vida, é comum que ele se encontre internado em ala hospitalar, onde deverá receber os cuidados necessários nessa fase final de vida.

A fase final da vida é entendida como aquela em que o processo de morte se desencadeia de forma irreversível e o prognóstico de vida pode ser definido em dias ou semanas. Nesse momento, os Cuidados Paliativos se tornam imprescindíveis e complexos o suficiente para demandar uma atenção específica e contínua ao doente e à sua família, prevenindo uma morte caótica e com grande sofrimento, ou seja, a prevenção continua sendo uma demanda importante também neste período. Ações coordenadas e bem desenvolvidas de Cuidados Paliativos ao longo de todo o processo, do adoecer ao morrer, são capazes de reduzir drasticamente a necessidade de intervenções, como uma sedação paliativa.

Como profissionais de enfermagem, precisamos estar cientes que na fase avançada de uma doença há poucas chances de cura, e que devemos nos atentar aos sintomas físicos que são os fatores de desconforto. Para estes, podemos utilizar de procedimentos, medicamentos e abordagens capazes de propor-

cionar um bem-estar físico até o final da vida. Esta terapêutica não pode ser negada ao doente.

Dentre os princípios dos Cuidados Paliativos, destacamos itens prioritários nesse tipo de assistência, tais como:

- avaliar antes de tratar;
- explicar as causas dos sintomas ao paciente/cuidador;
- não esperar que um doente se queixe;
- adotar uma estratégia terapêutica mista;
- monitorizar os sintomas periodicamente;
- reavaliar regularmente as medidas terapêuticas;
- cuidar dos detalhes; estar disponível, e.
- aplicar também recursos não medicamentosos, como psicoterapia, acupuntura, massagens, técnicas de relaxamento, musicoterapia e terapia ocupacional.

O quadro clínico de um doente em fase final da vida pode se modificar várias vezes durante o dia. A atenção a esta fase deve ser contínua e toda a equipe deve ser treinada para observar e alertar quanto a estas mudanças. Estar disponível para apoiar o doente, tomar decisões e conversar com familiares são características imprescindíveis a todo o grupo.

Devemos avaliar muito bem os sintomas, para que o paciente sofra o menos possível*. Pacientes em fase final têm muita dor e sintomas físicos, como a boca seca, constipação, náuseas e vômitos, insônia, falta de ar, entre outros. Entretanto, não podemos esquecer que, principalmente nessa fase final, eles sentem medo. Medo de sentir dor, medo de morrer, medo por estarem num ambiente estranho, já que frequentemente eles estão internados na fase final.

* É clássica a afirmação do Dr. Twycross: "A primeira atitude após iniciar o tratamento de um sintoma é reavaliar. A segunda é reavaliar e a terceira é reavaliar" (Twycross, 2003).

Atendimento ambulatorial

Para se beneficiar deste tipo de atendimento, é necessário que o paciente tenha uma funcionalidade que permita que ele consiga se deslocar do seu domicílio para a unidade ambulatorial. É importante num ambulatório de Cuidados Paliativos a disponibilidade de uma equipe interdisciplinar, para que o paciente seja atendido no mesmo dia, preferencialmente, já que muitas vezes ele apresenta dificuldade de se deslocar.

A equipe deve ser constituída por médicos treinados em medicina paliativa, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, psicólogo, assistente social,

assistentes espirituais e religiosos previamente treinados e instrumentados para este trabalho. A assistência religiosa deve ser oferecida sempre, entretanto deve ser realizada apenas com a anuência da família e do paciente.

Além destes, é desejável que fisioterapeutas, odontólogos, nutricionistas e especialistas de outras áreas do hospital possam ser chamados para intervenções específicas.

A vantagem dessa modalidade de atendimento é garantir o máximo de autonomia e promover o autocuidado do paciente, já que um suporte ambulatorial adequado é interessante para que ele permaneça em sua casa o maior tempo possível, com a melhor qualidade de vida que pode ser oferecida.

No atendimento ambulatorial é a oportunidade de criar vínculo com o paciente e a família, além de realizar um diagnóstico precoce e um plano de cuidados adaptado à sua realidade, e, muitas vezes, abordando as diretrizes avançadas.

Como já descrevemos acima, o paciente tem vários sintomas associados; em consequência disso, o tratamento é complexo, com uma polifarmácia, além dos cuidados não farmacológicos. O profissional tem papel importante na adesão ao tratamento, pois muitas vezes inviabilizamos o tratamento ao prescrevermos drogas que não estão disponíveis ou em regimes de horários incompatíveis com a realidade do paciente.

A fim de facilitar a tomada de medicamentos, sugerimos um impresso simples, com os horários das medicações que possa ser transcrito para consulta:

Medicamento	Jejum	Café-da-Manhã	Lanche	Almoço	Lanche	Lanche	Jantar	Ceia	Ao dormir	Madrugada

Para bochecho:				
Para uso externo:				
⚠ TOMAR QUANDO SENTIR				
Sintoma	Medicação	Quantidade	Horários	Observação
Náusea, vômito ou enjôo				
Dor				
Diarreia				
Constipação				

O paciente deve ser orientado, assim como seu cuidador/familiar, incentivando sempre a presença de um acompanhante para reforçar o que foi dito, facilitando a adesão ao tratamento.

Assistência hospitalar

Para a assistência adequada a esses pacientes, há a necessidade de uma adaptação desse ambiente, desde a sua área física, que deve possibilitar a permanência de familiares junto ao paciente 24 horas, transmitindo ideias como o não isolamento. Outro aspecto importante é a possibilidade do familiar também se sentir acolhido, inclusive garantindo o acesso às informações médicas sobre mudanças no quadro clínico e etapas do processo de morrer e receber atendimento adequado por parte dos membros da equipe, especialmente da psicologia, serviço social e assistência espiritual.

Devido à condição desses pacientes, as visitas devem ser facilitadas. O limite é dado pelo próprio paciente e sua família. Há concessão para a visita de crianças, sempre orientadas antes pela equipe.

No momento da internação é muito importante que sejam realizadas conversas esclarecedoras com os pacientes e familiares quanto a decisões, impacto das medidas adotadas e outras informações relevantes. Todas essas informações devem ser registradas e, sobretudo, se está clara para o paciente/cuidador a evolução do processo de morrer, assim como as suas opções e desejos expressados.

As últimas 48 horas de vida: necessidades e cuidados

Aprender a reconhecer a proximidade da morte é importante não só para quem recebe o cuidado, no caso do paciente e cuidador, como também para a equipe multidisciplinar que assiste o doente. A abordagem interdisciplinar também é essencial para o cuidado, visando uma assistência mais humanizada no final da vida. A equipe deve estar sintonizada, compartilhando informações e trabalhando cooperativamente, entendendo quais são os objetivos a serem atingidos nesta fase do cuidar. É também necessário rever quais são as medicações essenciais, deixando preferencialmente a medicação para controlar os sintomas, que geralmente são para a dor, dificuldade respiratória, delírio, hipersecreção e convulsões. Reforçar também com prioridade as medidas de higiene e conforto.

Os sintomas mais comuns que surgem nas últimas semanas de vida são: anorexia, astenia, confusão mental, constipação, boca seca, dispneia, náuseas e vômitos, dor, delírio, sudorese e disfunção urinária, além de alteração do sono/vigília e depressão.

Na medida em que a morte se aproxima, temos que observar sinais e sintomas sinalizadores, para os quais a equipe de saúde deve estar atenta para informar os familiares, especialmente se o paciente estiver em casa.

É possível que tais sintomas não ocorram sequencialmente e que a morte ocorra rapidamente. Contudo, eles costumam acontecer principalmente se a doença é progressiva.

- Fraqueza e fadiga intensas: o paciente fica sonolento a maior parte do tempo, mesmo que antes estivesse mais ativo;
- Inapetência e desidratação: o paciente para de comer e diminui a aceitação de líquidos;
- Alterações neurológicas manifestadas principalmente por delírio, mas também pode ocorrer diminuição do nível de consciência;
- Decréscimo do nível de consciência: o paciente quase não fala e não quer mais receber visitas;
- Alterações respiratórias, que vão desde dificuldade respiratória evoluindo para a respiração agônica e até o desenvolvimento de ronco da morte, a "sororoca";
- Perda da habilidade de engolir, facilitando broncoaspiração e a sensação de asfixia;
- Perda de controle esfincteriano, levando geralmente à incontinência fecal e urinária aumentando ou iniciando a necessidade do uso de fraldas; mas podem ocorrer constipação e retenção urinária também;
- Perda da habilidade de fechar os olhos, principalmente, em pacientes muito emagrecidos;
- Avaliar os sintomas do paciente e manejá-los conforme recomendado;
- Avaliar integridade da pele e instituir medidas preventivas para prevenção de lesões conforme procedimento (manutenção da integridade da pele);
- Discutir com equipe médica situação de terminalidade e instituir de medidas paliativas, sempre com consentimento dos familiares;
- Retirar monitorização contínua, verificação de sinais vitais rigorosos, medidas não invasivas, minimizando os procedimentos dolorosos;
- Realizar hidratação corporal, com emulsão à base de produtos de origem vegetal;
- Realizar posicionamento no leito priorizando o conforto (a mudança de decúbito deve ser aprazada individualmente);
- Avaliar o grau de hidratação da pele diariamente e alterar conduta sempre que necessário;
- Avaliar a indicação de placas de hidrocoloide nas proeminências ósseas e região sacra;

- Utilizar lençóis para movimentação do mesmo;
- Manter o leito livre de umidade, realizar trocas de fralda a cada 3 horas e/ou sempre que necessário;
- Verificar prescrição de enfermagem e adequar ao estado atual do paciente;
- Preferencialmente, alocar o paciente em quartos individuais, de acordo com a disponibilidade de leitos;
- Permitir que os familiares permaneçam junto ao paciente, orientando os mesmos a se revezar entre eles;
- Flexibilizar horários de visita e permitir a entrada de crianças, sempre de acordo com equipe médica e do serviço social;
- Priorizar o conforto;
- Apoiar o paciente e familiares.

Neste momento é muito importante identificar e sinalizar para o enfermeiro os sintomas para que eles possam ser tratados de maneira efetiva, tornando esse processo menos doloroso para o paciente e sua família.

Como descrevemos acima, o paciente passa a maior parte do tempo acamado, totalmente dependente de cuidados, e com diversos sintomas. Um dos cuidados primordiais é a priorização da higiene e conforto.

A higiene oral, do couro cabeludo, o banho propriamente dito são essenciais. Muitas vezes temos medo de "mexer" com o paciente, tamanha sua fragilidade. ***A equipe pensa que quanto menos incomodar, melhor, que a pessoa não precisa de um banho, apenas uma higiene íntima. Isso não é verdade. Dentre os princípios dos Cuidados Paliativos, sempre destacamos o conforto, o alívio, e deixar de oferecer o banho é trazer ao paciente, nesta fase de agonia, mais um sofrimento.***

Outra prática contemplada nos Cuidados Paliativos é a sedação paliativa, que é a administração deliberada de fármacos que reduzem o nível de consciência, com o consentimento do paciente ou de seu responsável, que tem como objetivo aliviar adequadamente um ou mais sintomas refratários em pacientes com doença avançada terminal (Morita, 2002).

A sedação paliativa é indicada para tratar de algum sintoma refratário, ou seja, após várias tentativas de aliviar um sintoma, sem sucesso, é considerada a utilização da sedação paliativa. Cada paciente deve receber sedativo e dose adequados para paliar o seu sintoma refratário específico.

Deve ficar muito claro que instalar a sedação paliativa não significa "apressar" a morte da pessoa. O objetivo da sedação é o conforto e alívio dos sintomas refratários, podem ser eles físicos como a dor, dispneia, hemorragias e sangramentos maciços, sejam eles emocionais como angústia e sofrimento existencial intenso e intratável.

Dentre os cuidados de enfermagem com a sedação paliativa, destacamos:

- Devemos sempre comunicar a instalação da sedação, estando disponível para explicar para os familiares e para o paciente, caso esteja consciente, que com a medicação ele irá dormir e se sentir mais confortável;
- Ao indicar a sedação paliativa, significa que o paciente está apresentando um sintoma importante e de difícil controle, portanto, **ela deve ser priorizada**. A solução medicamentosa deve ser preparada imediatamente para que não haja prolongamento desse sofrimento;
- A sedação paliativa, *quando houver indicação para que permaneça contínua*, nunca deve ser interrompida. Ou seja, as trocas devem ser programadas para que a solução não termine e a próxima ainda não esteja preparada, pois esse tempo de espera pode fazer com que o paciente acorde e aumente seu desconforto e sofrimento;
- É muito comum a família e o paciente postergarem a administração, pois querem esperar algum ente, se despedir de alguém. Respeite esse desejo, sempre que possível, mas reforce a orientação de que a sedação leva em média de 30 minutos a 1 hora para fazer efeito e que, se o sintoma estiver muito descontrolado, é importante que a administração seja a mais precoce possível;
- É necessário o controle **rigoroso** da velocidade de infusão, de preferência com bombas de infusão, para que o paciente permaneça confortável e não ocorram oscilações nos níveis das drogas, de forma que o deixe desconfortável ou mais sonolento do que o necessário;
- E lembre-se: nem todo paciente em Cuidados Paliativos necessita de sedação paliativa. Pelo contrário, a sedação é o último recurso a ser utilizado, e é uma alternativa adequada quando bem indicada.
- Quando o paciente encontra-se sedado, é muito comum a sensação da equipe de que ele não demanda muita atenção, já que permanece a maior parte do tempo dormindo. Mas é preciso lembrar que ele está dormindo, provavelmente no seu último sono, e a **presença da família perto tem que ser estimulada**.

É comum, ao instalar a sedação paliativa, sermos questionados pelos cuidadores dos pacientes: estou matando o meu ente querido? Para minimizar a angústia dos mesmos, é preciso passar segurança para a família e reforçar as orientações da equipe que a sedação não vai antecipar nem causar a morte, mas sim fazer com que o paciente durma, pois ele está sofrendo muito por estar acordado com esses sintomas.

Cuidados na morte e com o corpo

A morte é um evento esperado nos pacientes em Cuidados Paliativos. Quando o paciente para de respirar, ele não apresenta uma parada cardiorrespiratória com indicação de reanimação, ele **morre**. Isso quer dizer que, ao ser constatada a ausência de pulso e movimentos respiratórios, é importante avisar o enfermeiro, que vai acionar o médico para constatar o óbito. Apesar de todo o preparo, é sempre um momento difícil para a família. É importante apoiar a família, permitir

que ela tenha alguns momentos finais de despedida, muitas vezes não é preciso falar nada.

Na sequência, enquanto o médico providencia o registro do óbito no prontuário, sua finalização (epicrise) e a declaração do óbito, a família se retira do quarto para que a enfermagem proceda aos cuidados com o corpo, que são feitos com muito respeito e reserva. Se houver alguma solicitação especial de cunho religioso ou de crença pessoal no cuidado do corpo, é feito um esforço para que seja atendido.

A morte tem significados diferentes de acordo com cada crença religiosa. É importante saber se o paciente e/ou a família têm alguma solicitação especial no preparo do corpo.

Referências

1. OLIVEIRA, R. A. (coord.Inst.). *Cuidado paliativo*. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2008. 689 p. ISBN 978-85-89656-15-3 WB310 C966c.

2. Cuidados Paliativos Oncológicos – Controle dos sintomas. Manual do Instituto Nacional de Câncer e do Ministério da Saúde; 2001.

3. Morita T, Tsuneto S, Shima Y. Definition of sedation for symptom relief: a systematic literature review and a proposal of operational criteria. J PainSymptomManage 2002; 24:447-53.

4. SANTOS, R. R.; PICCOLIM, CARVALHO A. R. S. DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM EMOCIONAIS IDENTIFICADOS NA VISITA PRÉ-OPERATÓRIA EM PACIENTES DE CIRURGIA ONCOLÓGICA. Cogitare Enferm 2007 jan/mar; 12(1):52-61.

5. SOUSA, D. M.; SOARES, E. O.; COSTAK, M. S.; PACÍFICO, A. L. C.; PARENTE, A. C. M. A VIVÊNCIA DA ENFERMEIRA NO PROCESSO DE MORTE E MORRER DOS PACIENTES ONCOLÓGICOS.Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2009 Jan-Mar; 18(1): 41-7.

6. MONTEIRO, F. F.; OLIVEIRA, M.; VALL, J. The importance of palliative care in nursing. Rev Dor. São Paulo, 2010 jul-set;11(3):242-248.

7. KRUSEMHL, VIEIRA R. W.; AMBROSINIL, NIEMEYER, F.; SILVA, F. P. CUIDADOS PALIATIVOS: UMA EXPERIÊNCIA. Rev 50 HCPA 2007;27(2).

8. World Health Organization.Who definition of palliative care. Disponível em: URL:http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/.

9. Brasil, Ministério da Saúde, Instituto Nacional de Câncer. Cuidados Paliativos oncológicos: controle de sintomas. Rio de Janeiro: INCA; 2001. Disponível em: URL: http://www.inca.gov.br/publicacoes/manual_cuidados.pdf.

10. SARNO, G.; CHIATTONEHBC, MATSUMOTODY, REZENDEMSM, CARNEIRO. Cuidados Paliativos e dignidade: a experiência da Casa de Apoio – Hospedaria de Cuidados Especiais do HSPM-São Paulo. RA.Revista de Admnistração em Saúde. São Paulo, 2004, Out-Dez; 6; nº25.

11. World Health Organization. National cancer control programmes: policies and managerial guidelines. 2 ed. Geneva: World Health Organization; 2002.

Providências práticas para toda a família

Letícia Andrade

Introdução

Em Cuidados Paliativos, pressupõe-se que no final da vida equipe e família já tenham estabelecido um vínculo adequado e que os dois lados já tenham ciência das possibilidades e dos próprios limites. Porém, esse vínculo nem sempre é possível e apenas se efetiva quando há tempo hábil, espaço e interesse de ambas as partes. Muito se fala de vínculos entre paciente e família ou entre paciente e cuidador, mas pouco da necessidade de confiança mútua entre paciente/família e equipe de cuidados.

O reconhecimento dos limites e possibilidades de cuidado e atenção de todos os envolvidos na questão (paciente, família e equipe) é ponto crucial para que a assistência proposta surta o efeito desejado. Afinal, esse reconhecimento traz a tranquilidade necessária para a equipe atuar adequadamente, nem exigindo e solicitando em excesso ou insuficientemente da família e paciente; não indo nem além e nem aquém do que cada um pode oferecer. A "justa medida" deve ser buscada e pode ser obtida, visto que cuidar em nenhum momento pode se configurar como uma imposição, e ser cuidado deve ser sempre uma possibilidade e não uma tortura.

No que se refere à equipe, é imprescindível a clareza em relação ao que o serviço se compromete a oferecer. Dessa forma, é de extrema importância a abordagem junto à família sobre o tipo de atenção dispensada, horário de funcionamento, o que se espera do cuidador familiar, critérios de dispensação de medicamentos, frequência das consultas ou visitas domiciliares, etc.

O reconhecimento destes limites e possibilidades, o controle adequado da dor e do desconforto, a ciência do diagnóstico, a possibilidade de optar pelo local de sua própria morte – se assim desejar – e orientação realista para realização dos últimos desejos e resolução de pendências legais podem garantir a tão almejada qualidade de vida nos momentos finais e morte digna.

Os estágios, ou fases, pelos quais passariam os pacientes em processo de finalização de vida, propostos por Klüber-Ross[1], ainda nos oferecem, nos dias atuais, parâmetros para o melhor cuidado e atenção aos pacientes. A surpresa, a negação, a barganha, a revolta e a aceitação são ainda passíveis de serem reconhecidas nos pacientes e, no nosso entender, nas famílias destes. É necessário dizer

que não há passagem obrigatória pelas fases citadas nem tampouco na ordem citada, mas o conhecimento das mesmas auxilia a melhor atender paciente e família, já que nem sempre o "desconhecimento" a respeito da doença é uma realidade. Em algumas situações estamos lidando com a negação, e nem sempre a busca de uma "segunda opinião" ou o não crédito em relação ao que é explicado pela equipe revelam "uma família difícil" ou "não aderente", mas traduzem a surpresa pelo diagnóstico e pelas afirmações de que o tratamento curativo não se faz mais possível. A não aceitação do tratamento proposto e a recusa de medicação e de medidas de conforto, que tanto angustiam familiares e equipe, pode ser "apenas" revolta pela finalização da vida, pela impossibilidade de cura e pela inexistência de tanto tempo de vida como cada um gostaria de determinar. Aqui é importante pontuar que a não aceitação também pode ser reflexo da desigualdade social ainda vigente no país, que condena muitos pacientes ao não acesso adequado aos serviços de saúde em diferentes estados brasileiros, aos diagnósticos tardios e, às vezes, à impossibilidade de tratamento curativo somente pelo estágio avançado da doença quando descoberta. Nesses casos, que não são raros[2], o paciente em questão não passou pelas fases de diagnóstico em tempo hábil e tratamentos com intenção curativa; simplesmente já se vê em fase final de doença e cuidados, sem nenhuma outra proposta, o que pode gerar revolta e negação por parte deste e da família envolvida.

E finalmente a tristeza, como apontado por Klüber-Ross[1], o recolhimento em si mesmo, a necessidade que alguns pacientes apresentam de ficarem sozinhos, em silêncio, de não participarem das atividades em família e de estarem mais consigo mesmos, não necessariamente se caracterizam como sinais de depressão, mas sim de aceitação da situação que vivenciam e de desligamento progressivo da vida.

A grande preocupação e foco do assistente social em Cuidados Paliativos, nessa fase final de vida, podem ser resumidos em: garantia da qualidade de vida nos momentos finais e morte digna para o paciente e auxílio na manutenção do equilíbrio possível para a família.

Tal equilíbrio familiar refere-se ao respeito a tudo o que já foi mencionado e também ao trabalho efetivo junto às famílias de não só entendê-las, mas, e principalmente, de junto a estas propor alternativas que amenizem o sofrimento e a preocupação enfrentados.

Pendências e providências legais

As orientações e providências tomadas junto ao paciente estão, obviamente, relacionadas com o grau de consciência e poder de decisão mantidos por ele.

Se consciente e lúcido, o paciente deve ser ouvido a respeito de seus últimos desejos, pendências e providências, cujas resoluções dependem de sua vontade e anuência. Testamentos, registros de filhos, regularização de uniões, obtenção de tutelas e curatelas demandam tempo e profissionais tecnicamente preparados para orientações seguras e adequadas. Tais providências devem ser tomadas junto ao paciente e seu familiar mais próximo e legalmente autorizado, evitando-se que essas situações, que porventura não sejam adequadamente resolvidas, possam trazer preocupações e dificuldades nos momentos finais. Cabe ao assistente social propiciar essa abordagem a fim de que o paciente seja orientado na busca do profissional indicado.

São necessários cuidados especiais no que se refere a situações de famílias monoparentais (famílias compostas por um único indivíduo adulto acompanhado de seus filhos menores)[3], quando é o adulto quem está em Cuidados Paliativos: a guarda dos filhos deve ser adequadamente trabalhada e decidida ouvindo-se o paciente em questão. O Conselho Tutelar da região e a Vara da Infância devem ser acionados em casos de conflito pela guarda ou inexistência de responsável.

Estresse do cuidador familiar ou informal

Denominamos cuidador[4,5] aquele familiar ou responsável pelo cuidado ao paciente, sendo o principal responsável por receber as orientações e esclarecimentos da equipe, assim como se constituindo em elo entre paciente e equipe para algumas demandas. Em nossa prática cotidiana, percebemos que o cuidador principal[5], o mais envolvido no cuidado, é por isso mesmo o mais sujeito a estresse e sobrecarga. Por esse motivo reafirmamos sempre a necessidade, quando possível, da divisão de tarefas e responsabilidades entre os familiares mais próximos, evitando-se assim a sobrecarga de apenas um indivíduo.

Se para o paciente, os cuidados com o controle da dor, do desconforto e demais sintomas são sempre presentes, nem sempre nos atentamos para algumas situações, que parecem simples, mas causam grande estresse para a família. Essas situações que podem ser, senão evitadas, contornadas pela atuação dos profissionais, referem-se à "falta de sono" do paciente à noite, aos delírios, desinformação sobre o diagnóstico, preconceito em relação ao uso de determinados medicamentos e conflitos familiares anteriores à doença e que só tendem a ser exacerbados em situações estressantes.

No trabalho cotidiano com pacientes em Cuidados Paliativos e suas respectivas famílias, é quase rotina o relato de que os pacientes não dormem durante a noite, solicitam a presença do cuidador todo o tempo e parecem ter medo de permanecerem sozinhos, considerando que alguns até relatam tal dificuldade.

Como parece ser uma ocorrência que não diz respeito à equipe, mas sim somente à rotina da residência, nem sempre atentamos para o fato de que o descanso do cuidador é imprescindível para a manutenção de sua saúde física e mental e para a garantia do cuidado adequado ao paciente. Se não há possibilidade ou interesse de divisão de tarefas, o fato de o paciente não dormir à noite (seja pelos efeitos colaterais da medicação, pela forma como esta está distribuída nos horários noturnos, ou realmente por medo) representa também a impossibilidade de descanso para este familiar, que no decorrer do dia terá a seu cargo todas as tarefas que lhe competem e à noite será impedido de descansar. Essa rotina, em pouquíssimo tempo, leva à exaustão do cuidador e à impossibilidade de manutenção dos cuidados adequados.

Reunião de família

É sempre indicada a realização de uma reunião de família com o objetivo de clarificar os demais membros sobre a proximidade da morte e de uniformizar as informações, geralmente centralizadas no cuidador principal. Essa prática quase sempre traz tranquilidade para este indivíduo, que passa a não se ver como único detentor de informações e angustiado pela cobrança dos demais familiares pela "cura que não vem". A realização desta reunião deve ser uma prática adotada pelas equipes de atenção em Cuidados Paliativos, principalmente nos âmbitos hospitalar, ambulatorial e de enfermaria, onde geralmente é possível a presença de somente um ou dois familiares mais próximos ao paciente, o que invariavelmente impossibilita a participação de outros interessados.

No domicílio é mais comum, principalmente nos dias finais, a presença de mais pessoas que se envolvem no cuidado e, assim, estão mais esclarecidas sobre o processo de doença ou de morte pelo qual passa aquele paciente.

As situações em que há mais de uma família envolvida, nos casos de uniões anteriores, o cuidado na abordagem é imprescindível. Nem sempre as separações ocorreram de forma consensual e há casos em que a mágoa ainda permanece em ambos os lados. Quando é desejo do paciente rever antigos companheiros ou filhos distantes pela separação anterior, tal providência deve ser tomada em consonância com a família atual, do contrário essa atitude poderá exacerbar conflitos antigos ou fazer surgir novas mágoas. Como já afirmamos, cabe à equipe o auxílio na manutenção do equilíbrio familiar, na perspectiva de que este se mantenha após o falecimento do paciente.

Ocorrência da morte no domicílio

Se o foco é sempre a manutenção da qualidade de vida nos momentos finais, morte digna e garantia do equilíbrio familiar possível, a morte em domicílio dos pacientes em Cuidados Paliativos hoje representa grande ponto de discussão.

Nem todo paciente tem condições de falecer em casa, nem todos optam por isso e nem todas as famílias podem aceitar tal desenlace. Se por um lado morrer no domicílio pode trazer conforto para o paciente por estar em um ambiente que lhe é familiar, respeitando seus desejos e estando próximo da família, por outro pode causar extrema angústia para os familiares que mais próximo estarão, pode trazer a sensação de impotência ou de não ter feito o suficiente, o que poderá acarretar em complicações no processo de luto dos envolvidos[6].

Além disso, o significado da morte para os familiares, o quadro clínico do paciente, a organização da família e as questões burocráticas devem ser bem avaliados pela equipe em conjunto com a família. A agonia respiratória, a dispneia, a possibilidade de sangramento e a dor incontrolável são sempre fatores que inviabilizam a morte em casa por causarem demasiado sofrimento para paciente e familiares. Quanto ao paciente, estar em casa pode proporcionar sofrimento maior do que o esperado e passível de ser controlado no ambiente hospitalar, e, com relação à família, a sensação de não ter evitado a dor ou de ter sido responsável por tamanha agonia é a causa do sofrimento.

Mesmo que tudo tenha sido minuciosamente explicado, a razão nesse momento não se sobrepõe à emoção de se presenciar tamanha dor. Por esse motivo, essa situação nunca deve ser imposta com a justificativa de que era um desejo do paciente; se esse desejo não for extensivo à família e se as situações citadas não forem adequadamente abordadas, a ocorrência da morte em casa constituir-se-á em uma violência para paciente e família e, a nosso ver, irresponsabilidade da equipe.

Além disso, as questões burocráticas que se apresentam devem ser antecipadamente solucionadas: a família deve ter informações precisas sobre o que fazer logo após o óbito, a quem recorrer para a obtenção da declaração de óbito (própria equipe, médico da família ou, na impossibilidade desses, comunicar à delegacia mais próxima do bairro e aguardar os procedimentos de praxe), serviços funerários disponíveis na região, documentos exigidos e todas as demais questões burocráticas que nem sempre são explicadas e que trazem tantos transtornos quando não encaminhadas da forma adequada. Sugere-se que o assistente social atuante na equipe elabore uma cartilha de orientações quando da ocorrência do óbito com as informações necessárias a ser distribuída na reunião de família ou em intervenções próximas ao falecimento do paciente. Nessa cartilha, é importante constar as informações apresentadas no **Quadro**:

Sugestão de informações que devem constar na cartilha de orientações sobre o óbito:		
		Observações:
Documentos do **paciente** a serem apresentados na ocorrência do óbito para a obtenção do Atestado de Óbito	Cédula de Identidade (R.G.), C.P.F., Certidão de Nascimento ou Casamento, comprovante de residência (para que o endereço seja obtido de forma precisa).	O Atestado de Óbito deve ser fornecido pelo médico que vinha prestando assistência ao paciente, desde que não haja suspeita de morte violenta ou inesperada[7].
		No caso de impossibilidade, alternativas devem ser criadas conjuntamente entre equipe e família.
Documentos a serem apresentados no Serviço Funerário	Os documentos acima acrescidos do Atestado de Óbito, cartão do INSS (aposentadoria ou pensão) e os documentos comprobatórios de posse de túmulo (se houver).	Lembrar que o familiar que irá providenciar a documentação e compra do serviço para sepultamento também deve estar de posse de sua documentação pessoal com foto (Cédula de Identidade).
Serviço Funerário	Endereços e telefones das Agências Funerárias da Região ou Município com horário de funcionamento.	• Atentar-se para o fato de que nem todas as agências atendem 24 horas. • Acrescentar informações de como realizar o sepultamento gratuito para os casos em que haja essa necessidade; lembrando-se sempre de que esta prerrogativa é um direito garantido por lei.

Representações e significado da morte

Diante do exposto, cabe aos profissionais entender e respeitar o significado da morte para paciente e família: questões religiosas e crenças devem ser sempre abordadas, que em uma análise superficial parecem sem sentido, consideradas pela equipe na avaliação sobre o local onde ocorrerá o óbito. Por exemplo: resguardados os devidos cuidados e preparos, o domicílio pode ser ponderado como

local mais indicado para o óbito nas situações em que a religião professada pelo paciente regulamenta que somente um membro designado pelo grupo religioso poderá tocar no corpo após o falecimento. Já nos casos em que se espera que não haja a ocorrência da autópsia para preservação do corpo e, tanto a equipe quanto a família não conseguirão garantir o fornecimento do Atestado de Óbito, o mais indicado é que o paciente faleça durante uma internação, em que a equipe tenha ciência do caso e possa auxiliar adequadamente nos momentos finais.

Nas situações em que, apesar de todo o trabalho realizado pela equipe, o núcleo familiar não consegue perceber a morte daquele indivíduo como uma ocorrência natural, mas a vivencia como uma situação extremamente traumática, não há porque incentivar a ocorrência do óbito no domicílio, mesmo que seja esse o desejo do paciente. Deve-se abordar tal assunto demonstrando o quanto essa ocorrência pode ser traumática para esses familiares e o quanto isso pode representar um processo de luto complicado para os que ficam. Há que se respeitar a autonomia do paciente, mas essa autonomia é sempre relativa e partilhada quando se vive em família e principalmente quando se vive uma situação de dependência de outrem, como nos casos de doenças em fase final de cuidados.

Um cuidado especial deve existir por parte da equipe nas situações em que há o envolvimento de crianças, e caso seja um dos pais que está em Cuidados Paliativos. É um direito deste indivíduo deixar ou recusar a participação de seus filhos em seu processo de morte. Muitos adultos ainda optam por seus filhos pequenos não estarem próximos quando ocorrer o óbito, não com o intuito de negar a morte, mas de não forçá-los a presenciar esse desenlace. Essa participação nunca deve ser motivo de insistência da equipe com a justificativa de que é necessária a naturalização da morte; paciente e família são autônomos para decidir o que querem para si e para seus filhos; devem ter o direito de, até o final, definir qual a imagem que querem que seus filhos mantenham de si próprios.

Conclusão

Somado às informações e orientações apresentadas, é necessário que o assistente social tenha disponibilidade de oferecer sempre apoio e escuta. Tempo disponível e "espaço" adequado, físico e emocional devem fazer parte da rotina desse profissional que atende em Cuidados Paliativos. Em algumas ocasiões só é necessário estarmos junto da família, ouvir, entender e esperar; não há mais o que ser dito quando tudo já foi explicado, não há mais o que "cobrar" quando tudo já está sendo feito. E é essa a abordagem mais difícil: a necessidade que temos de nos mostrar ativos. Em intervenções e atividades constantes nos esquecemos de que às vezes só é necessário estarmos presentes, e o não fazer já é, por si só, uma ação.

Referências

1. KLUBER-ROSS, E. ***Sobre a Morte e o Morrer***. São Paulo: Martins Fontes, 1969.

2. CARVALHO, Célia Silva U. ***A necessária atenção à família do paciente oncológico***. In Rev. *Brasileira de Cancerologia*, nº 54, vol. 1. Rio de Janeiro: Inca. 2008, p. 97-102.

2. VITALE, Maria Amália F. ***Famílias monoparentais: indagações***. In Rev. *Serviço Social & Sociedade*, ano XXIII, nº 71. São Paulo: Cortez, setembro. 2002, p.45-62.

3. SANTOS, Sílvia M. A. ***Idosos, família e cultura: um estudo sobre a construção do papel do cuidador***. Campinas: Alínea, 2003.

4. LAHAN, Cláudia F., ANDRADE, Letícia. ***O Cuidador***. In JACOB FILHO, Wilson. Avaliação Global do Idoso. São Paulo: Atheneu, 2005, p. 171-180.

5. DUARTE, Yeda Ap. de Oliveira & DIOGO, Maria José D. ***Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico***. São Paulo: Ed. Atheneu, 2000.

6. COLIN, M. P. Luto: ***Estudos sobre a perda na vida adulta***. São Paulo: Summus Editorial, 1998.

7. LAURENTI, Ruy, MELLO JORGE, M. Helena P. ***O atestado de óbito.*** São Paulo: Centro Brasileiro de Classificação de Doenças: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, 1996.

Parte 7

Tópicos especiais em Cuidados Paliativos

Aspectos éticos sobre a terminalidade da vida no Brasil

José Eduardo de Siquiera
Leocir Pessini

O termo "paliativo" deriva do latim *pallium* que significa manto, capote. Etimologicamente, significa prover um manto para aquecer "aqueles que passam frio", uma vez que não podem mais ser ajudados pela medicina curativa. Isso porque a essência dos Cuidados Paliativos é o alívio dos sintomas, da dor e do sofrimento dos portadores de doenças crônico-degenerativas em fase avançada, por meio de uma abordagem holística na busca de uma melhor qualidade de vida.

Alguns aspectos históricos

No século XVII, o modelo cartesiano de conhecimento estabeleceu uma ruptura epistemológica importante, que foi marcada pelo advento de uma filosofia mecanicista para explicar a todos os fenômenos científicos. Nesse momento, a natureza deixou de ser o domínio de interpretações religiosas, dando lugar a explicações racionalistas. Instituiu-se, então, o dualismo matéria-espírito, o que para alguns autores caracterizou a situação denominada de "tensão estruturante", na qual as variáveis biológicas pertenceriam ao campo do saber mensurável, e o território espiritual ficaria adstrito ao intangível ou ao ambiente do social e/ou psicológico. O exercício da medicina foi muito sensível a esta mudança de percepção, o que produziu a descontinuidade entre "a arte de cuidar" e o reconhecimento das enfermidades como processos mórbidos dependentes de agentes etiológicos específicos e que se manifestariam através de alterações anátomo-patológicas bem determinadas. O diálogo médico passa a ser feito com o corpo doente, e não mais com o indivíduo, aquele ser reconhecido como um ser biopsicossocial e espiritual.

Assim, Clavreul considera que "ao eliminar qualquer outro discurso, incluindo o do próprio doente, o discurso médico deixa de lado uma (enorme) quantidade de elementos não isentos, eles mesmos, de interesse (...). Esses elementos estranhos ao discurso médico são verdadeiros 'não fatos' do ponto de vista da medicina". Somente na segunda metade do século XX, retoma-se a figura do enfermo como pessoa dotada de outras dimensões e valores que não o exclusivamente biológico. Diferentes autores passaram a propor novo modelo de discurso que incluíam as preocupações do paciente. É a partir desta mudança de paradigma que surge uma nova filosofia de cuidados, os Cuidados Paliativos.

Alguns dados da realidade

Hoje são muitas as iniciativas em nível mundial de desenvolvimento dos Cuidados Paliativos. No Brasil, também já temos algumas iniciativas pioneiras, programas institucionais, publicações e eventos sobre esta área de assistência médica. Uma das últimas novidades em nível internacional é a comemoração do Dia Mundial dos Cuidados Paliativos a partir de 2005. Dados da Organização Mundial de Saúde de 2002 estimam que 57 milhões de pessoas morrem por ano no mundo. Deste contingente, em torno de 33 milhões necessitam de Cuidados Paliativos por serem acometidos de doenças crônico-degenerativas incapacitantes e incuráveis. Em 2004, 4,9 milhões de pessoas foram infectadas com o vírus HIV; 3,1 milhões de pessoas morreram de AIDS e 39,4 milhões de pessoas são portadores do vírus HIV/AIDS. Anualmente, o câncer causa seis milhões de mortes e tem-se mais de dez milhões de novos casos. Estima-se que para 2030 teremos quinze milhões de novos casos/ano. É frente a esta realidade desafiante que os Cuidados Paliativos se apresentam como uma forma inovadora de assistência na área da saúde. A Organização Mundial da Saúde também salienta o aumento da expectativa de vida em diversas regiões do mundo como uma das conquistas da humanidade. Reconhece que o mundo está experimentando uma transformação demográfica sem precedentes, e que a população com mais de 60 anos passará dos 600 milhões atuais (2000) para 1,2 bilhões de pessoas em 2025, e em 2050 cerca de 50-70% dessas pessoas necessitarão de Cuidados Paliativos.

Resolução CFM 1805/2006 e o novo Código de Ética Médica

Com relação à Resolução CFM 1805/2006, que trata da ortotanásia e da implantação dos Cuidados Paliativos no cotidiano da medicina, importante considerar que o Conselho Federal de Medicina em nenhum momento teve a pretensão de criar instrumento para ser incorporado ao Código Penal do país. Todos sabemos que o código em vigor é de 1940 e, àquela época, a medicina não dispunha dos avanços tecnológicos que passamos a dispor a partir dos anos 1960. Hoje, contamos com enorme arsenal de equipamentos para manutenção de um sem número de variáveis vitais, que oferecem aos profissionais a possibilidade de adiar por longo período o momento da morte. Cresceu enormemente o poder de intervenção do médico sem que ocorresse simultaneamente uma reflexão sobre o impacto dessa nova realidade na qualidade de vida dos enfermos. Seria ocioso comentar os benefícios auferidos com as novas metodologias diagnósticas e terapêuticas. Incontáveis são as vidas salvas em situações críticas como, por exemplo, os pacientes recuperados após infarto agudo do miocárdio e/ou enfermidades com graves distúrbios hemodinâmicos que foram resgatados plenamente saudáveis através

de engenhosos procedimentos terapêuticos. Ocorre que nossas UTIs passaram a receber, também, pacientes portadores de doenças crônicas incuráveis com intercorrências clínicas as mais diversas e que são contemplados com os mesmos cuidados oferecidos aos agudamente enfermos. Se para os últimos, com frequência, alcança-se plena recuperação, para os crônicos pouco se oferece além de um sobreviver precário e, às vezes, não mais que vegetativo.

Despreparados para a questão, passamos a praticar uma medicina que subestima o conforto do enfermo terminal impondo-lhe uma longa e sofrida agonia. Adiamos a morte as custas de insensato e prolongado sofrimento para o paciente e sua família. As evidências parecem demonstrar que esquecemos o ensinamento contido no adágio francês do século XVI que reconhecia como função do médico *"curar às vezes, aliviar muito frequentemente e confortar sempre"*. A obsessão de manter a vida biológica a qualquer custo nos conduz à chamada obstinação terapêutica. Alguns alegando ser a vida um bem sagrado por nada se afastam da determinação de tudo fazer enquanto restar um débil sopro de vida. Um documento da Igreja Católica de maio de 1980 sobre Eutanásia assim considera a questão: *"É lícito renunciar a certas intervenções médicas inadequadas à situações reais do doente, porque não proporcionadas aos resultados que se poderiam esperar ou ainda porque demasiado gravosas para ele e sua família. Nestas situações, quando a morte se anuncia iminente e inevitável, pode-se em consciência renunciar a tratamentos que dariam somente um prolongamento precário e penoso da vida.."*. Inevitavelmente cada vida humana chega ao seu final. Assegurar que esta passagem ocorra de forma digna, com cuidados e buscando-se o menor sofrimento possível é missão daqueles que assistem os pacientes terminais. Um grave dilema ético se apresenta hoje para os profissionais de saúde se refere a quando **não** utilizar toda tecnologia disponível. Jean Robert Debray em seu livro *"L'acharchement thérapeutique"* assim conceitua obstinação terapêutica: *"Comportamento médico que consiste em utilizar procedimentos terapêuticos cujos efeitos são mais nocivos do que o próprio mal a ser curado. Inúteis, pois a cura é impossível e os benefícios esperados são menores que os inconvenientes provocados"*. A limitação do tratamento considerado fútil e a introdução de procedimentos médicos que visam promover alívio e conforto ao paciente terminal são práticas recomendadas pela Associação Médica Mundial, Conselho da Europa, Corte Europeia de Direitos Humanos e de supremas cortes de diferentes países, como Canadá, Estados Unidos e Reino Unido. Opinando sobre a Resolução 1805/2006 sob a luz da Constituição brasileira, o constitucionalista Luís Roberto Barroso, em matéria publicada pelo caderno cotidiano da Folha de S. Paulo de 4 de dezembro 2010, assim se pronunciou: "*Não há nenhuma dúvida, nem ética nem jurídica, à luz dos valores sociais e dos princípios constitucionais que a ortotanásia é legíti-*

ma. A Resolução [do CFM] é uma interpretação adequada da Constituição." Por ter sido motivo de Ação Civil Pública movida pelo Ministério Público Federal, a Resolução teve suspensa sua vigência em outubro de 2007 e, somente em 2011, o juiz federal Roberto Luis Demo revogou a liminar por ele mesmo concedida quatro anos antes, o que permitiu o reconhecimento da legalidade da mesma e concluir que o tema não mais será motivo de futuros impedimentos judiciais. Dessa forma, o novo Código de Ética Médica do CFM já incorporou como norma deontológica (Princípio Fundamental XXII e parágrafo único do artigo 41) a obrigação de todo médico oferecer todos os Cuidados Paliativos aos pacientes portadores de enfermidades terminais, ao mesmo tempo em que veda ao profissional a prática da obstinação terapêutica. Cuidados Paliativos são considerados pelo Conselho Federal de Medicina e Associação Médica Brasileira como área de conhecimento obrigatória em diferentes especialidades médicas e já conta com programas de residência médica em andamento em dois estados brasileiros.

Referências

CLAVREUL, J. *El Orden Médico*, Barcelona, Argot, 1983.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *National cancer control programmes:policies and managerial guidelines*. 2nd. edition, Geneve: OMS, 2002.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA: *RESOLUÇÃO CFM nº 1805/06* Bioética, 2005; 13(2), 127-132.

SIQUEIRA, J. E. *Reflexões éticas sobre o cuidar na terminalidade da vida* Bioética, 2005; 13(2): 37-50.

PESSINI, L. *Eutanásia: por quê abreviar a vida?* São Paulo, Loyola, 2004.

DECLARAÇÃO S OBRE EUTANÁSIA: SAGRADA CONGRESSÃO PARA DOUTRINA DA FÉ L' Osservatore Romano, 05 de Maio de 1980.

DEBRAY, J. R. *Avis concernant l'acharnement thérapeutique-Avis 1996.1* Commission Consultative Nationale d'Ethique pour les Sciences de la Vie et de la Santé, Paris, 1996.

BARROSO, L. R. *A morte como ela é:dignidade e autonomia individual no final da vida* Rev. Panóptica: ano 3, nº 19, Julho-Outubro, 2010.

DINIZ, M. H. *Estado atual do Biodireito*. São Paulo, Saraiva, 6ª.ed., 2009.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA: CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA:*RESOLUÇÃO CFM nº 1931/09,* 2009.

Ortotanásia não é homicídio, nem eutanásia. Quando deixar morrer não é matar

José Henrique Rodrigues Torres

"Morte, você é valente
O seu poder é profundo
Quando eu cheguei neste mundo
Você já matava gente
Eu guardei na minha mente
Esse seu grande rigor
Porém, lhe peço um favor
Para ir ao campo santo
Não me faça sofrer tanto
Morte, me mate sem dor"
Patativa do Assaré

1 - Introdução. A terminalidade da vida e a obstinação terapêutica

A imagem de Caronte, transportando os mortos em seu barco do mundo dos vivos para o Hades, o mundo dos mortos, é uma imagem que não pode ser esquecida quando se enfrenta, no âmbito da ética médica ou no campo jurídico-penal, esse desafiante e instigante tema: a terminalidade da vida. A luta contra a morte, obstinada e sem limites, em quaisquer circunstâncias, não pode mais ser considerada como um dever absoluto dos médicos, que, antes, devem compreender a dimensão da existência e da dignidade humana diante dos limites da medicina e da ciência. Embora os avanços das técnicas da medicina estejam trazendo indiscutíveis vantagens para a sociedade, não é menos verdade que, muitas vezes, como observa Gisele de Carvalho, acarretam "consequências negativas, paradoxais e indesejáveis, tais como o suposto prolongamento da vida nas unidades de terapia intensiva a todo custo, nas quais o desejo humano de combater a morte culmina com a expropriação da própria existência, com baixa qualidade de vida e altos custos, emotivos e econômicos. É assim que, excedendo seus limites técnicos (proporcionados) e deontológicos (superar as enfermidades e eventos críticos, buscando a vida plena para o paciente), a manutenção artificial da vida nas UTIs, na grande maioria dos casos, em que os doentes já não apresentam mais qualquer

possibilidade de cura, transformou-se na extensão exagerada e sem sentido do processo da morte (distanásia), vale dizer, no cruel e desacertado prolongamento da agonia dos pacientes terminais, internados e submetidos a procedimentos dolorosos e fúteis, para que apenas sobrevivam a custa de seu isolamento e sofrimento desnecessários"[1].

A cultura da medicalização da vida, justificada pela concepção falaciosa de que a morte é o resultado do fracasso do conhecimento e da técnica médica, tem gerado e legitimado, indevidamente, os abusos da onipotência de muitos profissionais da saúde que acreditam agir sob a égide de um falso dever de prolongar a vida a qualquer custo e de vencer a morte.

Sísifo enganou e aprisionou a morte, por duas vezes, inutilmente. Em "O retrato de Dorian Gray", esse fascinante romance que chocou a sociedade vitoriana, o irlandês Oscar Wilde mostra quanto é inútil a teimosa obsessiva da luta contra morte. Debalde, o doutor Fausto fez um pacto com Mefistófeles para escapar da morte. Em "A crônica de uma morte anunciada", o colombiano Gabriel García Márquez anuncia a inexorabilidade da morte, que realmente ocorre, sem nenhuma surpresa cinematográfica ou mágica. A morte de Ivan Ilitch, que, aliás, inspirou Gabo, ocorre inexoravelmente, posto que anunciada já no título desse inexcedível romance de Liev Tolstoi. E Faetonte, também inutilmente, tentou dominar o carro de fogo da carruagem do deus Hélio, seu pai, e encontrou a morte.

Como afirma Pessini, "a aceitação e a compreensão da morte seriam partes integrantes do objetivo principal da medicina: a busca da saúde"[2]. Mas, a obstinação terapêutica, um fenômeno sociocultural com causas múltiplas, como a medicalização da vida, a carência da educação tanatológica, as irreais expectativas de cura que a própria medicina incute na sociedade, as perspectivas derrotistas quanto à superveniência da morte, motivos econômicos e até mesmo a intenção de realização de experimentos científicos com pacientes terminais, conduz os médicos a adotarem ou a manterem procedimentos inúteis, que não garantem benefícios aos pacientes e que, por gerarem ainda mais sofrimentos, violam a dignidade humana.

Segundo Horta, "quando a vida física é considerada o bem supremo e absoluto, acima da liberdade e da dignidade, o amor natural pela vida se transforma em idolatria"; "a medicina promove implicitamente esse culto idólatra da vida, organizando a fase terminal como uma luta a todo custo contra a morte"; e, por isso, há "centenas ou talvez milhares de doentes hoje jogados a um sofrimento

[1] Aspectos jurídico-penais da eutanásia, p. 64.
[2] op. cit. p. 33.

sem perspectiva em hospitais, sobretudo em UTIs e emergências", os quais, "não raramente, acham-se submetidos a uma parafernália tecnológica, que não só não consegue minorar-lhes a dor e o sofrer, como ainda os prolonga e os acrescenta inutilmente"[3].

Além disso, essa obstinação terapêutica é estimulada pela prática de uma "medicina defensiva", consistente na adoção de todos os recursos e procedimentos disponíveis, ainda que sabidamente inúteis e desnecessários, com o único objetivo de fazer prova de uma boa atuação profissional. E, especialmente com relação aos pacientes terminais, o temor em face da possibilidade da responsabilização ética, civil e criminal pela morte, com a consequente perda da licença profissional ou imposição de reparação de danos e criminalização, tem conduzido os profissionais da medicina à adoção de tratamentos desnecessários e até mesmo gravosos para o paciente, mas hábeis para justificar a sua exculpação.

Assim, para enfrentar essa questão, os profissionais da medicina devem conhecer a inteireza de suas dimensões e os seus reflexos, não apenas no âmbito da ética médica, mas, também, no campo do direito, e, especialmente, do direito penal.

2 - A Resolução/CFM n. 1.805/2006: o primeiro enfrentamento ético da conduta médica diante da terminalidade da vida. A reação no âmbito do Poder Judiciário. A edição do novo Código de Ética Médica

Dando o primeiro passo no caminhar em busca de uma solução ética para o enfrentamento da postura médica diante da "terminalidade da vida", o Conselho Federal de Medicina, em 2006, editou a Resolução CFM nº 1.805, asseverando, em seu artigo 1º, que "*é permitido ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente, em fase terminal, de enfermidade grave e incurável, respeitada a vontade da pessoa ou de seu representante legal*".

Todavia, diante dessa inovadora postura do Conselho Federal de Medicina, surgiu uma imediata reação sistêmica, tanto no seio da medicina como no bojo do mundo jurídico: enganadamente, afirmou-se que ficaria caracterizado o crime de homicídio se o médico limitasse ou suspendesse os tratamento e procedimentos que estavam prolongando a vida de um paciente em estado terminal de uma doença incurável, causando, assim, a morte desse paciente.

Assim, em reação à Resolução CFM nº. 1.805/2006, o Ministério Público Federal, em 09 de maio de 2007, promoveu uma Ação Civil Pública contra o Con-

[3] Horta, Marcio Palis, "Paciente crônico, paciente terminal, eutanásia: problemas éticos da morte e do morrer", in ASSAD, José Eberienos, coord., Desafios éticos, p. 288.

selho Federal de Medicina e pediu à Justiça Federal a revogação da mencionada resolução, alegando que a ortotanásia, assim como a eutanásia, caracteriza o crime de homicídio e que, ao regulamentá-la, o CFM extrapassou os limites de sua atribuição normativa e violou preceitos constitucionais, especialmente aqueles que cuidam da proteção do indisponível direito à vida e da exclusiva competência do Congresso Nacional para legislar em matéria penal.

E a Justiça Federal, acolhendo o pedido de antecipação de tutela deduzido na referida ação civil pública, suspendeu liminarmente a vigência da Resolução CFM nº 1.805/2006.

Contudo, depois, ouvido o Conselho Federal de Medicina e encerrado o trâmite processual, o Ministério Público Federal, autor da ação, reconheceu o equívoco de sua propositura e requereu que fosse julgada improcedente a sua pretensão inicial, admitindo que a ortotanásia não constitui crime de homicídio e que "o CFM tem competência para editar a Resolução nº 1.805/2006, que não versa sobre direito penal e, sim, sobre ética médica e consequências disciplinares".

Finalmente, a Justiça Federal, acolhendo integralmente a alegação final do Ministério Público, julgou improcedente a ação proposta e, em consequência, a Resolução CFM nº 1.805/2006 voltou a viger com toda a sua força e vigor.

Assim, hoje, é possível afirmar, inclusive com base em uma decisão judicial definitiva, que a Resolução CFM n.º1.805/2006, que está atualmente em plena vigência, diz respeito à prática da ortotanásia, nada tem a ver com a eutanásia, constitui um alerta contra a distanásia, é constitucional, não acarreta violação a nenhum dispositivo legal, não representa apologia ao homicídio nem incentiva a prática de qualquer conduta criminosa ou ilícita e está absolutamente de acordo com a nossa sistemática jurídico-penal.

Além disso, é preciso lembrar de que, depois da edição da Resolução nº 1.805/2006, e mesmo durante o trâmite da mencionada ação civil pública, o Conselho Federal de Medicina, em 2009, no uso de suas atribuições legais, editou o novo Código de Ética Médica, proibindo a prática da "distanásia" e legitimando, expressamente, a "ortotanásia".

Com efeito, no item XXII de seu Capítulo I, que trata dos Princípios Fundamentais da Medicina, o Código de Ética Médica de 2009 dispõe, expressamente, que "*nas situações clínicas irreversíveis e terminais, o médico evitará a realização de procedimentos diagnósticos e terapêuticos desnecessários e propiciará aos pacientes sob sua atenção todos os Cuidados Paliativos apropriados*". E, depois de proscrever a eutanásia em seu artigo 41, o novo Código de Ética Médica afirma, também de forma expressa, no parágrafo único desse mesmo dispositivo normativo, que "*nos casos de doença incurável e terminal, deve o médico oferecer todos os Cuidados Paliativos disponíveis, sem empreender ações diagnósticas ou*

terapêuticas inúteis ou obstinadas, levando sempre em consideração a vontade expressa do paciente ou, na sua impossibilidade, a de seu representante legal".

Como se vê, atualmente, no âmbito ético da prática da medicina, está consolidado, às completas, o entendimento de repúdio à "distanásia" e de total aprovação da "ortotanásia", cuja prática há de ser estimulada.

Todavia, é preciso aprofundar ainda mais a análise dessas questões, enfrentando-as à luz do sistema jurídico-penal brasileiro, para que os profissionais da medicina, bem como os demais atores do sistema sanitário, espancadas todas as eventuais dúvidas, tenham a plena convicção de que as condutas médicas disciplinadas pelos dispositivos normativos editados pelo CFM, especificamente no que diz respeito à "ortotanásia", não caracterizam a prática de nenhuma conduta criminosa ou ilícita.

3 - A ortotanásia e os aspectos jurídico-penais da Resolução/CFM nº 1.805/2006 e do Código de Ética Médica/2009.

3.1. O conceito analítico de crime

Se o objetivo primacial deste estudo é enfrentar e esclarecer os aspectos jurídico-penais da Resolução nº 1.805/2006, bem como dos dispositivos do CEM/2009 que tratam da "ortotanásia", bem como da "distanásia", é preciso lembrar da definição analítica de crime: "fato típico, antijurídico e culpável". Assim, para ser considerada criminosa, a conduta humana deve ser típica, antijurídica e culpável.

3.1.1. A tipicidade

Antes de qualquer coisa, para ser considerada criminosa, a conduta humana deve estar descrita em lei como "crime". E a norma penal que descreve a conduta criminosa é chamada de "tipo". É por isso que uma conduta humana que se enquadra em uma "norma penal proibitiva" é considerada "típica". Aliás, a exigência da previsão das condutas criminosas em lei decorre do princípio da "reserva legal", insculpido no artigo 5º, inciso XXXIX da Constituição Federal, que proclama que "não há crime sem lei anterior que o defina". Aliás, essa garantia também está prevista nos Tratados Internacionais de Direitos Humanos, que têm validade constitucional e força vinculante no nosso sistema jurídico interno como garantias individuais[4]. Portanto, somente podem ser consideradas como criminosas as con-

[4] Convenção Americana de Direitos Humanos – Pacto de San José da Costa Rica, artigo 9º; Pacto Internacional dos Direitos Civis e Políticos, artigo 15, nº 1.

dutas "típicas". Em consequência, as condutas humanas que não se enquadram em nenhum "tipo penal", não podem ser consideradas criminosas, ainda que sejam ilícitas sob a ótica do sistema de normas civis, comerciais, administrativas ou mesmo éticas. É que o Direito Penal é essencialmente subsidiário e fragmentário, ou seja, somente atua como *ultima ratio*, como última alternativa no controle social das condutas humanas. E essa regra decorre da necessidade da observância do princípio democrático garantista da "intervenção mínima". Enfim, o sistema penal atinge tão somente aquelas condutas que violam os bens jurídicos mais relevantes e que não puderam ser coibidas de forma eficaz pelos demais sistemas jurídicos, como o civil, o comercial e o administrativo, nem pelos sistemas sociais de contenção, sejam eles formais ou informais. Como se vê, há inúmeras condutas que podem caracterizar ilícitos administrativos, éticos, comerciais e civis, mas que nem por isso constituem condutas criminosas, exatamente por falta de "tipicidade", ou seja, por falta de previsão na legislação penal. Por exemplo, "receitar de forma ilegível" é uma conduta profissional que viola um dever ético e pode gerar consequências no âmbito disciplinar para os médicos, mas não é um crime, pois não existe um "tipo penal" que traga a previsão dessa conduta[5]. Por outro lado, revelar sigilo profissional, além de ser um comportamento que viola um dever ético[6], também é uma conduta definida como crime no artigo 154 do Código Penal. "Coletar moluscos", "sonegar impostos", "efetuar operação de câmbio não autorizada", "maltratar plantas ornamentais", "estuprar", "não comunicar aos órgãos competentes a realização de uma vasectomia", "realizar uma laqueadura em desacordo com os requisitos legais", "omitir socorro a uma pessoa ferida" são exemplos de condutas definidas como "crime" na legislação penal. Em suma, para ser criminosa, qualquer conduta deve ser, antes de qualquer outra coisa, "típica". Sem tipicidade, não há crime. E essa afirmação é essencial para a compreensão da "ortotanásia", em face dos princípios do sistema penal, como será analisado neste estudo.

3.1.2. A antijuridicidade ou ilicitude

Para que haja crime, não basta que o fato seja "típico". É necessário que a conduta seja "antijurídica" ou ilícita também. "Furtar" é uma conduta típica, mas não é criminoso o "furto famélico", ou seja, aquele praticado para saciar a fome, como no caso de Jean Valjean[7], que agiu em estado de necessidade, embora esse não fosse o entendimento nos tempos de Dostoievski. O homicídio está definido como crime no Código Penal, mas, se alguém matar uma pessoa em legítima de-

[5] CEM, art. 39.
[6] CEM, art. 11.
[7] Victor Hugo, Os miseráveis.

fesa, não praticará um "crime"[8]. Realizar um procedimento médico sem o consentimento do paciente constitui "constrangimento ilegal", tipificado no artigo 146 do Código Penal, mas, se o médico proceder de tal forma para evitar a morte do doente, diante do iminente perigo de vida, não praticará uma conduta antijurídica, ou seja, não haverá crime, nos termos do inciso I, do parágrafo 3º do mencionado dispositivo penal. Portanto, para ser criminosa, a conduta deve ser "típica e antijurídica".

3.1.3. A culpabilidade

Para ser considerada criminosa, além de típica e antijurídica, a conduta também deve ainda ser culpável, ou seja, censurável ou reprovável. Se o agente praticar qualquer "fato típico e antijurídico" sob "coação moral irresistível", por exemplo, não haverá possibilidade de reprovação penal de sua conduta no âmbito penal, ou seja, não haverá "culpabilidade", como dispõe o artigo 22 do Código Penal. E, para que haja "culpabilidade", é imprescindível a presença de três requisitos fundamentais: imputabilidade, exigibilidade de conduta diversa e potencial consciência da ilicitude da conduta. É por isso que, por falta de exigibilidade de conduta diversa, não há culpabilidade, não há censura e não há possibilidade de reprovação penal, e não há crime, portanto, quando uma gestante resolve interromper a sua gestação em face de um diagnóstico de "anencefalia", ou seja, de uma malformação fetal incompatível com a vida extrauterina. Definitivamente, portanto, o crime, no seu conceito analítico, é uma conduta "típica, antijurídica e culpável". E, em consequência, para que uma conduta médica seja considerada criminosa, obviamente, devem estar caracterizadas "a tipicidade", "a antijuridicidade" e "a culpabilidade".

3.2. A ortotanásia, conduta prevista na Resolução/CFM nº 1.805/2006[9] e no artigo 41, parágrafo único do Código de Ética Médica/2009[10]. A ausência de tipicidade no âmbito penal

Como acima ficou esclarecido, para que uma conduta humana seja considerada criminosa, é necessário que ela seja típica, antijurídica e culpável. Mas,

[8] CP, artigo 23. Não há crime quando o agente pratica o fato (típico): I.- em estado de necessidade; e II em legítima defesa.

[9] Resolução/CFM n. 1.85/2006. ARTIGO 1º. "É permitido ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente, em fase terminal, de enfermidade grave e incurável, respeitada a vontade da pessoa ou de seu representante legal".

[10] CEM/2009. É DEFESO AO MÉDICO:

Art. 41. Abreviar a vida do paciente, ainda que a pedido deste ou de seu representante legal.

Parágrafo único. Nos casos de doença incurável e terminal, deve o médico oferecer todos os cuidados paliativos disponíveis sem empreender ações diagnósticas ou terapêuticas inúteis ou obstinadas, levando sempre em consideração a vontade expressa do paciente ou, na sua impossibilidade, a de seu representante legal.

para este estudo, que tem por objetivo examinar os aspectos jurídico-penais da ortotanásia, interessa apenas examinar a "tipicidade". Eis, então, o problema a ser enfrentado: como o Código Penal define o homicídio como crime[11], se o médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que estavam prolongando a vida de um doente em estado terminal de uma doença incurável, responderá por homicídio diante da superveniente morte do paciente? Ou seja, se o médico praticar a conduta prevista no artigo 1º da Resolução/CFM nº 1.805/2006, bem como no parágrafo único do artigo 41 do Código de Ética Médica/2009, praticará uma conduta "típica" de homicídio? Enfim, a "ortotanásia", que é exatamente a conduta descrita nos referidos dispositivos normativos, enquadra-se no tipo do homicídio, descrito no artigo 121 do Código Penal? Trata-se de uma conduta "típica" sob o aspecto penal? Trata-se de um crime de homicídio?

Para responder a essas perguntas, é preciso, então, analisar o tipo penal do homicídio, que assim está definido, de forma abstrata, no artigo 121, *caput* do Código Penal: "matar alguém". E, para a realização dessa análise, é imprescindível lembrar, antes de mais nada, dos conceitos de "crime comissivo" e "crime omissivo".

a) crimes comissivos e crimes omissivos

Os crimes são classificados, com relação à conduta descrita no tipo, em "comissivos" e "omissivos". Os "omissivos" são aqueles crimes cujo "tipo penal" respectivo descreve uma "omissão", ou seja, um "não fazer algo que deveria ser feito". O artigo 135 do Código Penal, que tipifica a "omissão de socorro", por exemplo, é um crime "omissivo", porque descreve um não fazer algo que deveria ser feito, ou seja, descreve uma omissão: "Deixar de prestar assistência, quando possível fazê-lo, sem risco pessoal, a criança abandonada ou extraviada, ou a pessoa inválida ou ferida, ao desamparo ou em grave e iminente perigo; (...)". Trata-se, pois, de um "crime omissivo". O artigo 269 do Código Penal também é "omissivo", pois também descreve, no plano abstrato, uma omissão: "Deixar o médico de denunciar à autoridade pública doença cuja notificação é compulsória". Em consequência, esses crimes, como todos os demais "omissivos", somente podem ser praticados, materialmente, por uma conduta de "omissão".

Já os "crimes comissivos", diferentemente, são aqueles cujos tipos respectivos descrevem uma ação, ou seja, um "fazer". O tipo do "furto", previsto no artigo 155 do Código Penal, por exemplo, é "comissivo", pois descreve uma ação:

[11] Código Penal, artigo 121. Matar alguém.

"subtrair, para si ou para outrem, coisa alheia móvel". Os tipos do "estupro"[12] e do "roubo"[13] também são "comissivos", pois descrevem condutas de ação. Logo, para que haja tipicidade comissiva, para que a conduta humana possa enquadrar-se em um tipo comissivo, de acordo com o princípio da reserva legal, o agente deve "fazer algo" que acarrete o resultado previsto. Em consequência, como o homicídio descreve uma ação ("matar alguém"), sendo, portanto, "comissivo", somente é possível praticá-lo mediante a realização de uma "ação". Isso é imprescindível. Assim, em princípio, não se pode realizar um homicídio praticando-se uma "omissão". A conduta humana de omissão não se enquadra no tipo comissivo do homicídio. Em princípio, pois, "deixar morrer" (conduta omissiva) não é o mesmo que matar (conduta de ação) e não tipifica o homicídio ("matar alguém").

b) a eutanásia

Nos casos de "eutanásia", a conduta do agente subsume-se com exação ao tipo "comissivo" do homicídio. É que, no procedimento eutanásico, o agente pratica uma conduta de "ação", pois a morte é causada mediante uma ação, como, por exemplo, no caso da aplicação de uma injeção letal. Lembre-se, aliás, de que a palavra eutanásia deriva do grego e significa "boa morte", "morte tranquila, sem dor nem sofrimento" (*eu* corresponde a "bem" e *thanasía*, a morte). Pratica-se, pois, a "eutanásia" quando se pratica uma conduta de ação, por compaixão, para dar uma "boa morte" a uma pessoa que sofre em razão de uma enfermidade incurável. Pratica-se a "eutanásia" quando, por misericórdia ou piedade, o agente realiza uma "ação" causadora da morte. É o que acontece, por exemplo, no filme "A Menina de Ouro" (*Million Dollar Baby*): o treinador de Box, Franke Dunn, interpretado por Clint Eastwood, causa a morte da "menina", Maggie Fitzgerald, interpretada por Hilary Swank, injetando nela uma droga letal. E também é o que acontece na película canadense "Invasões Bárbaras" (*Invasions Barbares*), pois a morte de Rémy, interpretado por Rémy Girard, também é provocada por ação.

Induvidosamente, portanto, quem pratica a eutanásia "mata alguém", ou seja, realiza uma conduta de ação, que se tipifica no artigo 121 do Código Penal. O fato é típico. Trata-se de homicídio. E, de acordo com o *caput* do artigo 41 do Código de Ética Médica, a "eutanásia", exatamente por ser um homicídio sob o aspecto jurídico-penal, também é condenável no âmbito ético da medicina.

Na Holanda, a "eutanásia" foi legalizada em abril de 2001. Assim, os holandeses consideram lícita a eutanásia. Nesse país europeu, o procedimento eutanási-

[12] Código Penal, artigo 213. Constranger alguém, mediante violência ou grave ameaça, a ter conjunção carnal ou a praticar ou permitir que com ele se pratique outro ato libidinoso.
[13] Código Penal, artigo 157. Subtrair coisa móvel alheia, para si ou para outrem, mediante grave ameaça ou violência à pessoa, ou depois de havê-la, por qualquer meio, reduzido à impossibilidade de resistência.

co constitui um fato típico, mas não é ilícito. Lá, não há crime quando se pratica a eutanásia, porque a conduta de provocar a morte por misericórdia ou piedade, posto que típica, não é ilícita: se estiver caracterizada a irreversibilidade da doença terminal, se houver sofrimento insuportável para o doente, se este puder manifestar a sua vontade de forma refletida e voluntária, o médico está autorizado a provocar a sua morte. E, na Bélgica, ocorre, atualmente, a mesma situação jurídica: a eutanásia continua sendo um fato típico, mas não é antijurídico ou ilícito, ou seja, não é criminosa.

No Brasil, contudo, a "eutanásia" não está legalizada e continua sendo uma conduta que se enquadra no tipo do homicídio. É uma conduta típica e antijurídica, embora possa o autor dessa conduta criminosa, quando condenado, ser beneficiado por uma "redução de pena". Trata-se de um "homicídio privilegiado". Como dispõe o parágrafo único do artigo 121 do Código Penal, a pena do homicídio pode ser diminuída de um sexto a um terço, se o agente comete o crime "impelido por relevante valor social ou moral". Assim, nos casos de "eutanásia", no Brasil, pode ocorrer uma diminuição de censura ou de reprovação, mas haverá crime. Portanto, no Brasil, se o médico injetar no doente uma substância letal, por piedade ou misericórdia, para diminuir o sofrimento do doente, praticará um homicídio, pois realizará uma ação causadora da morte do paciente, nos termos do artigo 121 do Código Penal. E, nesse caso, o autor da "eutanásia" apenas poderá ser beneficiado pela diminuição da pena a ele infligida em razão da condenação. É verdade que, excepcionalmente, em situações extremas, pode até ficar caracterizada a possibilidade de exclusão total da censura, ou seja, da culpabilidade. Mas, esse é um problema que não cabe ser analisado neste estudo.

Na realidade, o que importa dizer é que a "eutanásia", que é uma conduta homicida, não se subsume à hipótese prevista na Resolução/CFM nº 1.85/2006, nem na situação prevista no parágrafo único do artigo 41 do Código de Ética Médica de 2009, as quais se referem, nitidamente, a uma conduta médica de "omissão", não de "ação": ao suspender ou limitar o tratamento ou os procedimentos adotados, o médico pratica uma "omissão", ou seja, deixa de agir, deixa de prestar a assistência que até então estava sendo prestada ou que poderia ser iniciada.

Decididamente, a Resolução CFM nº 1.805/2006 e o parágrafo único do artigo 41 do Código de Ética Médica de 2009 não se referem à "eutanásia".

c) o auxílio ao suicídio

Estariam, então, esses dispositivos normativos fazendo menção à conduta prevista no artigo 122 do Código Penal, que prevê a hipótese típica de "auxílio ao suicídio"? Também não. É que esse tipo penal, que também é "comissivo",

também é praticado por ação: "Induzir ou instigar alguém a suicidar-se ou prestar-lhe auxílio para que o faça". No filme "Mar adentro", de Alejandro Amenábar, ocorre exatamente um "auxílio ao suicídio": os amigos de Ramón, interpretado por Javier Bardem, colocam ao seu alcance um frasco com uma substância letal; e ele sorve essa substância, praticando assim o suicídio com o auxílio indireto de seus amigos.

Como se vê, no "auxílio ao suicídio", quem causa a ocisão é a própria pessoa, que se mata com o auxílio indireto de terceiros. Assim, se o médico fornece uma substância letal ao doente, que a ingere ou a injeta no próprio corpo, morrendo em decorrência dessa prática (suicídio), a conduta do médico, comissiva, será enquadrada no tipo do artigo 122 do Código Penal (auxílio ao suicídio).

Entretanto, à evidência, essa hipótese também não se amolda à situação normativa prevista na Resolução/CFM nº 1.85/2006 e no parágrafo único do artigo 41 do Código de Ética Médica de 2009, que não cuidam da "eutanásia" nem do "auxílio ao suicídio".

Aliás, vale lembrar que o direito alemão, como o brasileiro, pune a eutanásia com pena reduzida em relação ao homicídio simples, mas, ao contrário do direito brasileiro, não pune o "auxílio ao suicídio". Assim, se o médico alemão entrega a injeção letal ao paciente, possibilitando que ele a aplique em si próprio, cometendo o suicídio, a conduta do médico será considerada atípica, ou seja, não haverá crime.

No filme "You Don't Know Jack", de Barri Levinson, o médico Jack Kevorkian, que ficou conhecido por Dr. Morte, várias vezes presta auxílio a doentes terminais para a prática do suicídio, mas não é condenado porque o "auxílio ao suicídio" não era criminalizado no Estado de Michigan. Contudo, quando, finalmente, pratica uma "eutanásia", Kevorkian é processado e condenado por homicídio.

No Brasil, o Dr. Morte poderia ter sido condenado vária vez por "auxílio ao suicídio", nos termos do artigo 122 do Código Penal, e, também, por homicídio, com pena mitigada, por ter praticado a "eutanásia", nos termos do artigo 121, parágrafo 1º do Código Penal.

Contudo, o que interessa para este estudo é que a Resolução CFM nº 1.805/2006 e o parágrafo único do artigo 41 do CEM não cuidam do "auxílio ao suicídio" nem da "eutanásia", mas, apenas e tão somente, da "ortotanásia".

d) a ortotanásia

Na ortotanásia, o seu autor não pratica nenhuma conduta de ação, não mata o doente, mas apenas o deixa morrer, praticando, portanto, uma conduta de omissão,

não de ação, ao contrário do que ocorre nas duas hipóteses acima mencionadas ("eutanásia" e "auxílio ao suicídio"). Na eutanásia, pratica-se uma ação: mata-se alguém; mas, na ortotanásia, pratica-se uma omissão: deixa-se alguém morrer.

3.3. Crimes comissivos praticados por omissão. Quando deixar morrer é matar

Chegamos, portanto, ao ponto fulcral deste estudo.

O problema a ser enfrentado, agora, é este: se o homicídio é um "crime comissivo", e se esse crime somente pode ser praticado por ação, seria possível praticá-lo por omissão? Em princípio, não. Mas, excepcionalmente, sim. É possível, sim, cometer um homicídio, ou seja, "matar alguém", praticando-se uma omissão, mas, apenas e tão somente, quando presente a hipótese do parágrafo 2º do artigo 13 do Código Penal, que dispõe o seguinte: "A omissão é penalmente relevante quando o omitente devia e podia agir para evitar o resultado". Assim, se o médico, querendo que o doente morra, deixa de ministrar-lhe um medicamento que seria hábil para salvar a sua vida, o médico responderá pela morte desse paciente, como homicida. Trata-se da hipótese jurídica que os penalistas chamam de "crime omissivo impróprio ou impuro" ou de "crime comissivo por omissão", ou seja, de um crime que é comissivo por definição legal, mas que, no mundo real, é praticado por omissão, não por ação. Assim, excepcionalmente, é possível praticar um homicídio por omissão. Mas, para que uma omissão possa ser considerada penalmente relevante, para que um crime comissivo possa ser praticado por omissão, e, assim, para que um homicídio (comissivo) possa ser praticado por omissão, é imprescindível que os requisitos do mencionado dispositivo penal estejam caracterizados: a) possibilidade de agir para evitar o resultado; e b) dever de impedir o resultado[14]. Portanto, para praticar um homicídio por omissão, o médico precisa ter a possibilidade de evitar a morte do paciente e, também, o dever jurídico de agir para evitar essa morte. Exige-se, pois, possibilidade e dever de evitar o resultado morte.

Se um doente está com uma enfermidade possivelmente reversível e transitória, ou seja, se há possibilidade de cura, o médico tem o dever de agir para evitar a sua morte. Logo, nesse caso, diante de uma situação de esperada reversibilidade e possível transitoriedade, o médico praticará um homicídio por omissão se não agir para evitar a morte do doente. Nesse caso, o "deixar morrer" tipificará um homicídio. O médico, nessa situação, praticará um crime de homicídio por omissão, pois podia e devia agir para evitar o resultado e não agiu para evitá-lo. E, nessa situação de esperada reversibilidade e possível transitoriedade, caso o médico

[14] Cezar Roberto Bitencout, Manual de direito penal, parte geral, 5ª edição, RT, p. 209.

deixe o doente morrer por piedade, em face de seu sofrimento, poderá até mesmo ficar caracterizada uma "eutanásia passiva", o que não evitará a condenação do médico, mas possibilitará uma diminuição de pena, de acordo com o disposto no artigo 121, parágrafo 1º do Código Penal. É assim que se pode diferenciar a "eutanásia ativa" da "eutanásia passiva": na "eutanásia ativa", o agente mata outrem por piedade (pratica uma conduta de ação); e, na "eutanásia passiva", o agente, omitente, deixa alguém morrer por piedade (trata-se de omissão relevante; o agente tem possibilidade e dever de evitar a morte, mas nada faz para evitá-la). Todavia, apesar da apontada diferença, a "eutanásia ativa" e a "eutanásia passiva" assemelham-se em razão dos seguintes aspectos: nos dois casos haverá crime de homicídio (homicídio por ação e homicídio por omissão); nos dois casos poderá ficar caracterizado o "homicídio privilegiado", nos termos do artigo 121, parágrafo 1º do Código Penal; e nos dois casos o criminoso, sendo condenado, poderá ser beneficiado por uma diminuição de pena.

Enfim, se há esperada reversibilidade e possível transitoriedade na situação do doente, a conduta de "deixá-lo morrer" tipificará um "homicídio por omissão" se o médico não agir para evitar o resultado e, na melhor das hipóteses, poderá ter a pena mitigada.

Entanto, essa também não é a situação referida na Resolução CFM nº 1.805/2006 nem é a hipótese prevista no parágrafo único do artigo 41 do Código de Ética Médica de 2009. É que esses dispositivos normativos não se referem à "eutanásia ativa" nem à "eutanásia passiva", mas, sim, à "ortotanásia", que não tipifica o homicídio, nem por ação nem por omissão. Decididamente, a "ortotanásia" é um "deixar morrer" atípico, ou seja, não criminoso, que não se confunde com a "eutanásia ativa" nem com a "eutanásia passiva".

3.4. A ortotanásia. Quando deixar morrer não é homicídio e não é crime, diante da impossibilidade de evitar o resultado morte de doente terminal e incurável

Como já ficou consignado acima, de acordo com os conceitos do sistema penal, para que o omitente tenha a sua conduta enquadrada em um crime comissivo, como é o caso do homicídio, é imprescindível que ele tenha, antes de qualquer outra coisa, "a possibilidade material de evitar o resultado". Logo, se o médico limitou ou suspendeu determinado procedimento ou tratamento que estava sendo ministrado a um doente, ele somente será considerado o causador da morte desse doente se aqueles tratamentos ou medicamentos tivessem potencial para evitar a morte, ou seja, se houvesse a possibilidade material de se evitar a morte do doente. Assim, se o médico não tem a possibilidade material de evitar a morte do doente, a sua conduta de suspender ou limitar determinados procedimentos des-

tinados apenas para prolongar a vida não pode ser enquadrada no tipo do homicídio. Se não há esperada reversibilidade nem possível transitoriedade com relação à doença, não há falar em possibilidade de se evitar o resultado morte. Portanto, obviamente, não haverá tipicidade possível. Não é possível, juridicamente, admitir a caracterização do crime comissivo por omissão nessa hipótese.

E é exatamente essa a hipótese prevista na Resolução CFM nº 1.805/200 e no parágrafo único do artigo 41 do Código de Ética Médica de 2009: o doente é terminal e a enfermidade é incurável; a morte é materialmente inevitável; não há esperada reversibilidade e não existe possível transitoriedade; logo, nessa situação restrita e específica, se o médico limita ou suspende procedimentos e tratamentos destinados exclusivamente a prolongar a vida desse doente, não está praticando uma ação dirigida a causar a sua morte e não está praticando a "eutanásia", nem a "eutanásia ativa" nem a "eutanásia passiva", mas, apenas e tão somente, está praticando uma omissão de assistência inútil. E essa omissão não é relevante para o direito penal, diante da irreversibilidade da doença e da inevitabilidade da morte. Essa é a situação que caracteriza nitidamente a "ortotanásia", que não tipifica o crime de homicídio e que não é, portanto, criminosa.

Induvidosamente, se a doença era incurável e o doente estava em estado terminal, o médico omitente, sob o aspecto jurídico-penal, não causou a morte do paciente ao interromper, total ou parcialmente, os procedimentos destinados a prolongar a vida artificialmente. Nessa hipótese, pois, não é possível dizer, juridicamente, que o médico "matou" o doente, mas, sim, apenas e tão somente, que ele "deixou o paciente morrer". E o "deixar morrer", que é uma conduta de omissão, não é passível de tipificação no artigo 121 do Código Penal nesse caso, pois não é possível curar uma doença incurável e é impossível evitar uma morte inevitável.

Aliás, abordando exatamente essa hipótese, Gisele de Carvalho afirma que "não haveria omissão punível, por atipicidade da mesma", pois, "ausente essa possibilidade (a possibilidade material de evitar o resultado morte), a desconexão dos aparelhos que mantêm vivo o paciente não se amoldaria ao tipo do delito de homicídio, uma vez que, para que se perfaça a tipicidade nos delitos omissivos impróprios (comissivos por omissão), como ensina Luiz Regis Prado, não basta que o autor esteja na posição de garante: faz-se mister que tenha capacidade de ação (possibilidade de evitar o resultado)."[15]

Como se vê, a impossibilidade material de evitar o resultado afasta totalmente a tipificação da conduta do omitente nos crimes comissivos.

Aliás, Bitencourt, sobre a inevitabilidade do resultado, assevera que, "se a realização da conduta não tivesse impedido a ocorrência do resultado, que, a des-

[15] op. cit. p. 169.

peito da ação do agente, ainda assim se verificasse, deve-se concluir que a omissão não deu causa a tal resultado. E a ausência dessa relação de causalidade, ou melhor, no caso, *relação de não impedimento*, impede que se atribua o resultado ao omitente, sob pena de consagrar-se uma odiosa responsabilidade objetiva"[16].

Decididamente, portanto, na ortotanásia, que é exatamente a situação regulada pela Resolução CFM nº 1.805/2006 e autorizada pelo parágrafo único do artigo 41 do Código de Ética Médica de 2009, há uma situação de irreversibilidade e de não transitoriedade e há, obviamente, a impossibilidade de cura, o que afasta totalmente a tipificação do homicídio por omissão.

É por isso que se pode afirmar, com absoluta certeza jurídica, que o "deixar morrer", no caso da ortotanásia, não é crime, mas, sim, uma conduta ética, lícita e jurídica.

3.5. A ortotanásia. Quando deixar morrer não é homicídio e não é crime, diante da inexistência de dever de evitar o resultado morte de doente terminal e incurável

Sob o ponto de vista material e naturalístico, somente uma ação pode dar causa a um resultado. Quem não faz nada não pode dar causa a coisa nenhuma. A omissão, no mundo real, não pode dar causa a nenhum resultado. É por isso que o artigo 13, parágrafo 2º do Código Penal, para resolver esse dilema naturalístico, criou, juridicamente, uma hipótese de causalidade normativa: o omitente será considerado causador do resultado, se era o garantidor de sua não ocorrência, ou seja, se tinha a "possibilidade" e o "dever" de agir para evitar tal resultado. Como se vê, além da possibilidade material de evitar o resultado, para que a conduta do omitente possa ser considerada relevante, e, consequentemente, para que possa ser subsumida a um tipo comissivo, é imprescindível, também, que o omitente tivesse o dever de evitar esse resultado. Como ensina Bitencourt: "É preciso que o sujeito tivesse o dever de evitar o resultado, isto é, o especial dever de evitá-lo ou, em outros termos, que ele fosse o garantidor de sua não ocorrência"[17]. E, obviamente, não se pode dizer que o médico tem o dever de curar uma doença incurável, nem de evitar uma morte inevitável. Lembre-se de que a Resolução CFM nº 1.805/2006 e o parágrafo único do artigo 41 do CEM/2009 tratam da suspensão ou limitação de procedimentos e tratamentos mantidos para prolongar a vida de um doente em fase terminal de uma enfermidade grave e incurável. É por isso que Silva Sánchez assevera que, "se já não havia expectativa alguma de se conseguir salvar uma vida plena e independente para o enfermo, resulta que a desconexão

[16] op. cit. p. 210.
[17] op. cit. p. 210.

não interrompe curso causal salvador nenhum, pois o curso causal salvador é aquele que é capaz de salvar; por isso mesmo, a interrupção não gera o dever de atuar, pois essa ação indicada não seria capaz de salvar"[18]. E Paulo José da Costa Júnior, manifestando-se sobre a impossibilidade de se responsabilizar penalmente o omitente por um resultado inevitável, afirma que "só se pode forçá-lo a cumprir aquilo que esteja dentro de suas possibilidades (*ultra posse nemo tenetur* = além daquilo que pode, ninguém é obrigado). A norma estabelece, por sinal: a omissão é penalmente relevante quando o omitente devia e *podia* agir"[19]. E Sheila de Albuquerque Bierrenbach também afirma que o dever do omitente está vinculado à possibilidade de salvar o bem[20]. Decididamente, como também ensina Ney Moura Teles, "só responde pelo delito comissivo por omissão quem tem o dever, legal ou jurídico, de agir para impedir o resultado e, podendo fazê-lo, omite-se"[21].

Assim, se uma pessoa chega gravemente ferida a um hospital e o médico, que tinha à sua disposição todos os equipamentos, medicamentos e instrumentos necessários para salvar o ferido, deixa de assisti-lo e ele morre, é possível dizer, juridicamente, que o médico, com a sua omissão, praticou um homicídio, ou seja, que ele deu causa à morte do ferido, que ele matou o ferido, pois ele podia e devia agir para evitar a morte. Nesse exemplo, a omissão do médico seria penalmente relevante, ou seja, o médico podia e devia agir para evitar a morte do ferido, mas não lhe deu assistência, ou seja, deixou de fazer aquilo que podia e devia ter feito, omitindo-se de forma relevante.

Já no caso do doente terminal, em face de uma doença incurável, a situação é totalmente diferente. Os aparelhos de suporte são ligados ou mantidos, não para evitar a morte, que é inevitável, irreversível e inexorável, mas, sim, para manter a vida artificialmente. A vida, nessa situação, mantida por aparelhos (ventilação assistida, reanimadores, tratamento em UTI), não é um dado da realidade, mas, sim, um mero artifício. O médico não pode evitar a morte. A situação é irreversível e não é transitória. Os procedimentos e tratamentos não têm nenhum sentido curativo. Portanto, não há dever de mantença desses procedimentos e não se pode dizer que o médico deu causa à morte do paciente quando os suspendeu ou limitou. Juridicamente, não se pode dizer que o médico matou o paciente. Não há falar em homicídio. Aliás, não há nenhuma razão técnica ou deontológica que exija a perpetuação dessas providências médicas carentes de sentido curativo. Portanto, a conduta omissiva do médico (omissão terapêutica ou interrupção do procedimento artificial) é perfeitamente

[18] SILVA SANCHEZ, Jesús Maria."La responsabilidad penal del medico por omisión", in Avances de la medicina y derecho penal, p. 139-140.
[19] Direito Penal, Curso completo, p. 69.
[20] Crimes omissivos impróprios, p. 92-93.
[21] Direito Penal, Parte Geral, p. 180.

adequada ao ordenamento jurídico e não viola o preceito proibitivo do artigo 121 do Código Penal ("não matarás"). E só isso bastaria para justificar juridicamente o desligamento dos aparelhos ou mesmo a decisão de não ligá-los.

4. A distanásia

Recentemente, o Tribunal Federal Alemão decidiu que, se o paciente pede, expressa ou presumidamente, a suspensão de medidas inúteis de prolongamento da vida, o médico pode e deve satisfazer esse seu pedido, e pode interromper o tratamento, sem que esteja cometendo homicídio. Aliás, segundo essa decisão, se o médico insistir na mantença desses tratamentos fúteis, acarretando ao doente terminal um sofrimento inútil, estará praticando a "distanásia" e poderá responder pelo crime de "omissão de socorro" ou por "lesões corporais", em razão da tortura ou do tratamento cruel que impuser ao doente.

E, no Brasil, pode ocorrer, juridicamente, a mesma coisa: o médico que insistir em manter um tratamento ou qualquer procedimento inócuo, artificioso, postiço e gravoso para o doente terminal, acometido de uma doença incurável, expondo-o, assim, à dor e ao sofrimento, contrariando a vontade do paciente ou de seu representante legal, estará praticando a censurável distanásia, e também estará sujeito a responder, no âmbito da responsabilidade civil e criminal, pelas lesões corporais[22], pelo constrangimento ilegal[23], pela tortura e pelo tratamento cruel que impuser ao paciente e, também, à sua família.

É por isso que agiu de forma absolutamente correta o Conselho Federal de Medicina ao editar a Resolução nº 1.805/20006 e o parágrafo único do artigo 41 do CEM/2009, regulamentando a prática da ortotanásia e reprovando a distanásia.

a) tortura e tratamento desumano ou cruel

Lembre-se, ademais, que o inciso III do artigo 5º da Constituição Federal dispõe, expressamente, que "ninguém será submetido a tortura nem a tratamento desumano ou degradante". E não se olvide que o Brasil também ratificou a Convenção contra a Tortura e outros Tratamentos ou Penas Cruéis, Desumanos ou Degradantes e, ainda, a Convenção Interamericana para Prevenir e Punir a Tortu-

[22] Código Penal, artigo 129. Ofender a integridade corporal ou a saúde de outrem.

[23] Código Penal, artigo 146. Constranger alguém, mediante violência ou grave ameaça, ou depois de lhe haver reduzido a capacidade de resistência, a não fazer o que a lei permite, ou a fazer o que ela não manda. É verdade que é lícita e não constitui constrangimento ilegal a intervenção médica ou cirúrgica, sem o consentimento do paciente ou de seu representante legal, se justificada por iminente perigo de vida (CP, artigo 148, parágrafo 3º). Mas, no caso específico do doente terminal com doença incurável, que deseja a interrupção do tratamento, não há falar em mantença do tratamento, contra a sua vontade, para arrostar iminente perigo de vida. Contudo, seja como for, a mantença do tratamento seria tão somente uma faculdade deferida ao médico, jamais uma obrigação.

ra, incorporando esses instrumentos internacionais de defesa dos Direitos Humanos ao nosso sistema jurídico, conferindo-lhes, inclusive, natureza constitucional.

Como se vê, é juridicamente inadmissível afirmar que o médico tem o dever de manter tais tratamentos inúteis, que têm a exclusiva finalidade de prolongar a vida artificialmente, causando ao doente terminal acometido de enfermidade incurável sofrimentos físicos e mentais, além de inegável constrangimento.

Induvidosamente, a mantença do suporte vital, com ventilação assistida, reanimadores e outros procedimentos, somente é justificável e aceitável se tiver sentido curativo, diante da esperada reversibilidade e da possível transitoriedade da situação, o que não acontece quando a doença é incurável e o doente está em fase terminal.

Assim, inexoravelmente, se a mantença dos mencionados procedimentos e tratamentos é inútil, e até mesmo fútil e gravosa para o doente, essa prática, caracterizadora de censurável obstinação terapêutica, constitui uma flagrante violação aos direitos humanos do paciente e pode até mesmo constituir conduta criminosa.

b) a dignidade humana

E não se olvide, também, que a nossa Constituição Federal elegeu a dignidade humana, expressamente, no inciso III de seu artigo 1º, como um dos fundamentos da República Federativa do Brasil e do Estado Democrático de Direito. Como diz Alexandre de Moraes, a dignidade, inerente à condição humana, concede unidade aos direitos e garantias fundamentais, afasta a ideia de predomínio das concepções transpessoalistas de Estado e Nação em detrimento da liberdade individual, manifesta-se singularmente na autodeterminação consciente e responsável da própria vida e traz consigo a pretensão ao respeito por parte das demais pessoas, constituindo-se um mínimo invulnerável que todo estatuto jurídico deve assegurar, para garantir a estima que merecem todas as pessoas[24]. Assim, a dignidade humana há de ser respeitada como critério constitucional orientador e corretor de todas as normas jurídicas e todas as condutas. Em consequência, como lembra Gisele de Carvalho, "a manutenção de terapias que não oferecem quaisquer expectativas reais de recuperação para o paciente (mormente nos casos de pacientes em estado vegetativo crônico, cuja sobrevivência poderia ser artificialmente protraída durante meses ou até anos) implica grave atentado à dignidade da pessoa humana, em tudo contrário à proibição constitucional de submissão a tratamentos desumanos ou degradantes"[25].

[24] Direito Constitucional, p. 48.
[25] Op. cit. p. 121.

Como se vê, a distanásia, que implica exatamente a postergação injustificável da morte para além de qualquer benefício (obstinação terapêutica), a priorização indevida da quantidade de vida, a negligência ao cuidado humano de quem está morrendo, o investimento inaceitável em recursos inúteis e a adoção de paradigmas inadequados, não apenas científicos, mas comerciais prioritariamente, viola os direitos humanos e a dignidade do doente, é ilícita, é inaceitável e pode mesmo caracterizar uma conduta criminosa.

Ademais, não se pode deixar de lembrar que, segundo a Declaração de Veneza, de 1983, instrumento internacional que, no âmbito dos Direitos Humanos, trata da enfermidade terminal, dispõe que "o médico deve evitar empregar qualquer meio extraordinário que não traga benefício algum para o paciente".

c) direito à autonomia e à autodeterminação

Lembre-se, ainda, de que o paciente tem direito à autonomia, como afirmam a Declaração da Associação Médica Mundial sobre os Direitos do Paciente[26] e a Lei Orgânica da Saúde[27], o que implica reconhecer, também, como corolário do princípio da autonomia, o direito de aceitar ou recusar tratamentos, como, aliás, está expressamente garantido no artigo 4º, inciso V da *Carta dos Direitos dos Usuários Saúde[28], no artigo 17 do Estatuto do Idoso[29] e até mesmo na Lei Estadual/ SP nº 10.241/99[30]*.

---

[26] *Derecho a la Autodeterminación:*
A) El paciente tiene derecho a la autodeterminación y a tomar decisiones libremente en relación a su persona. El médico informará al paciente las consecuencias de su decisión.
B) El paciente adulto mentalmente competente tiene derecho a dar o negar su consentimiento para cualquier examen, diagnóstico o terapia. El paciente tiene derecho a la información necesaria para tomar sus decisiones. El paciente debe entender claramente cuál es el propósito de todo examen o tratamiento y cuáles son las consecuencias de no dar su consentimiento.
"Declaración de la Associación Médica Mundial sobre los Derechos Del Paciente", adotada na 34ª Assembleia Médica Mundial em 1981 - Lisboa (Portugal) e emendada na 47ª Assembleia Geral no ano de 1995, na cidade de Bali (Indonésia).

[27] *DIREITO À AUTONOMIA (LOS). Lei Orgânica da Saúde (Lei 8080/90).*
artigo 7º: "As ações e serviços públicos de saúde e os serviços contratados ou conveniados que integram o SUS, são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no artigo 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios:
III – Preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral".

[28] *DIREITO DE ACEITAR OU NEGAR TRATAMENTO. CARTA DOS DIREITOS DOS USUÁRIOS DA SAÚDE. ARTIGO 4º, inciso V: é DIREITO do usuário "o consentimento ou a recusa de forma livre, voluntária e esclarecida, depois de adequada informação, a quaisquer procedimentos diagnósticos, preventivos ou terapêuticos, salvo se isto acarretar risco à saúde pública". Ministério da Saúde - Portaria nº 675/GM, de 30 de março de 2006.*

[29] *ESTATUTO DO IDOSO. Art. 17. Ao idoso que esteja no domínio de suas faculdades mentais é assegurado o direito de optar pelo tratamento de saúde que lhe for reputado mais favorável.*
Parágrafo único. Não estando o idoso em condições de proceder à opção, esta será feita:
I – pelo curador, quando o idoso for interditado;
II – pelos familiares, quando o idoso não tiver curador ou este não puder ser contatado em tempo hábil;
III – pelo médico, quando ocorrer iminente risco de vida e não houver tempo hábil para consulta a curador ou familiar;
IV – pelo próprio médico, quando não houver curador ou familiar conhecido, caso em que deverá comunicar o fato ao Ministério Público."

[30] *DIREITO À RECUSA- Lei Estadual – SP nº 10.241/99.*
art. 2º. "São direitos dos usuários dos serviços de saúde no Estado de São Paulo:
XXIII – recusar tratamentos dolorosos ou extraordinários para tentar prolongar a vida;
XXIV – optar pelo local de morte"

Assim, se o paciente tem o direito à autonomia, o direito de autodeterminação, o direito de tomar decisões, o direito a informação, o direito de negar consentimento a qualquer tratamento, o direito de respeito à sua privacidade, o direito de não interferência, de não ingerência e de não intromissão, o direito de não ser submetido a tratamento desumano e cruel e o direito de opção pelo tratamento de saúde que lhe for reputado mais favorável, além do constitucional direito de respeito à sua dignidade, é evidente que o médico não tem o dever de manter, contra a vontade do paciente, quaisquer tratamentos que, além de não serem curativos, são inúteis, fúteis, degradantes, humilhantes, gravosos ou prejudiciais ao interesse pessoal do paciente.

É por tudo isso que a prática da distanásia é, jurídica e eticamente, condenável.

Portanto, está correto o Código de Ética Médica, quando, no seu Capítulo I, ao eleger os Princípios Fundamentais da conduta médica, dispõe que "nas situações clínicas irreversíveis e terminais, o médico evitará a realização de procedimentos diagnósticos e terapêuticos desnecessários e propiciará aos pacientes sob sua atenção todos os Cuidados Paliativos apropriados".

Como se vê, o CEM/2009, além de acolher e estimular a prática da ortotanásia, reprova e censura, eticamente, a distanásia[31].

5 - O dever de cuidar. Os Cuidados Paliativos

É verdade que o artigo 57 do Código de Ética Médica, de 2009, dispõe que o médico não pode deixar de utilizar todos os meios disponíveis de diagnóstico e tratamento a seu alcance em favor dos pacientes. Mas, obviamente, tal dever médico não justifica a mantença de procedimentos inúteis, fúteis e causadores de sofrimento e dor, antes indica a sua ilicitude e a falta de compromisso ético quando afirma que os procedimentos devem ser empregados "em favor do paciente". Na realidade, no que diz respeito ao doente terminal acometido de doença incurável, diante da impossibilidade terapêutica da cura, não há dever de curar, nem de salvar, mas, sim, apenas e tão somente, "dever de cuidar", ou seja, de garantir ao paciente todos os "tratamentos e Cuidados Paliativos" cabíveis e disponíveis para aliviar a sua dor, proporcionando-lhe condições para que prossiga, naturalmente, nos lindes do possível, sem sofrimento e sem dor, o caminho da vida até o "mundo dos mortos", pelas veredas da paz e da dignidade. Aliás, a resolução em estudo, que está em pleno vigor, não se olvidou desse dever e dela consta, expressamente,

[31] *CEM/2009 - Capítulo I - PRINCÍPIOS FUNDAMENTAIS*
TERMINALIDADE DA VIDA. DISTANÁSIA
XXII - Nas situações clínicas irreversíveis e terminais, o médico evitará a realização de procedimentos diagnósticos e terapêuticos desnecessários e propiciará aos pacientes sob sua atenção todos os cuidados paliativos apropriados.

que, posto que lícita a interrupção dos tratamentos inúteis, "o doente continuará a receber todos os cuidados necessários para aliviar os sintomas que levam ao sofrimento, assegurada a assistência integral, o conforto físico, psíquico, social, espiritual, inclusive assegurando a ele o direito da alta hospitalar". Induvidosamente, é dever do médico, proclamado na resolução em referência, "zelar pelo bem-estar dos pacientes", não expô-los a constrangimentos, sofrimentos inúteis e desnecessários, máxime quando se viola a vontade e a dignidade do ser humano. Como afirmam Mario Roberto Hirschleimer e Clóvis Francisco Constantino, "cuidar é mais que curar e deve ser o objetivo principal da atuação médica, mesmo quando não é possível curar. Cuidar inclui controlar os sintomas (medidas de alívio), definir o local onde os cuidados serão ministrados (domicílio, hospital ou serviços de Cuidados Paliativos) e quem irá efetuá-los (familiares ou equipe da instituição). Isso não significa abdicar de tecnologias que, em algumas situações, podem ser utilizadas com finalidade paliativa de alívio"[32]. Assim, a mantença do tratamento paliativo, que tem o sentido de cuidar, não pode ser ignorada. Segundo Gisele de Carvalho, "deve-se ter presente ainda que os cuidados e atenção dispensadas aos pacientes terminais não são ações que se inscrevem no campo do curar (*cure*), mas no âmbito do cuidar (*care*), não tendo finalidade de preservar uma existência em franca deterioração, mas tão somente assistir, aliviar e satisfazer, dentro do possível, suas necessidades vitais básicas, ministrando-lhe Cuidados Paliativos (alimentação, hidratação, asseio, controle de sintomas), de modo que seja possível suspender ou mesmo não iniciar tratamentos médicos que não tragam nenhum benefício ao moribundo, ainda que isso acarrete o seu falecimento"[33].

6 - A omissão de socorro

E não se diga, porque totalmente injurídico, que o médico estaria praticando um crime de omissão de socorro ao interromper ou limitar os tratamentos na situação referida na Resolução nº 1.805/20006 e no parágrafo único do artigo 41 do CEM/2009. É que o artigo 135 do Código Penal, em sua dimensão típica, cuida exclusivamente de coibir apenas a omissão de socorro às pessoas inválidas ou feridas, ao desamparo ou em grave e iminente perigo, o que, obviamente, não se aplica à situação do doente terminal acometido de uma doença incurável, que não pode ser sujeito passivo desse delito. Ademais, como acima ficou esclarecido, não se pode falar em omissão de socorro quando o médico deixa de praticar condutas inúteis e até mesmo fúteis e prejudiciais ao paciente terminal, contrariando a sua

[32] *"O direito de morrer em paz e com dignidade", in Boletim IBCCRIM n. 172, ano 14, março/2007.*
[33] Op. cit. p. 71.

vontade. Assim, a omissão de socorro somente ficará caracterizada se não forem adotados os necessários tratamentos paliativos (terapia de alívio).

7 - Deveres éticos

Finalmente, também não é possível falar em dever de manter os mencionados tratamentos inúteis e gravosos para o paciente terminal de doença incurável, porque cabe ao médico, por dever ético, observar os seguintes princípios: a) princípio da "autonomia" (é imprescindível o consentimento do paciente para qualquer tratamento e não é admissível a decisão médica isolada; CEM/2009, artigos 46, 48 e 56; a decisão sempre há de ser compartilhada: Res/CFM, art. 1º, parágrafo 1º); b) princípio da "justiça" (se a ciência não pode evitar a morte, é justo interromper um procedimento artificial, postiço, que implica sofrimento); c) princípio da "beneficência" (cabe ao médico fazer o bem para o paciente e para a sua família, o que afasta a possibilidade de uso indiscriminado e abusivo da tecnologia médico-científica para preservar a vida a qualquer custo; CEM, artigos 6º e 57); e d) princípio da "não maledicência" (cabe ao médico não fazer o mal e, assim, evitar o sofrimento do paciente e o prolongamento inútil de procedimentos gravosos; CEM, artigos 5º e 21).

Decididamente, portanto, diante de uma doença incurável em fase terminal, a interrupção ou a limitação de tratamentos ou de quaisquer procedimentos utilizados apenas para prolongar o momento da morte, nos exatos termos da Resolução CFM n. 1.805/2006 e do parágrafo único do artigo 41 do CEM/2009, constitui conduta lícita e ética, não viola o preceito proibitivo do artigo 121 do Código Penal e não tipifica o homicídio, nem por omissão, pois o médico, ao praticar essa conduta omissiva, nessa situação específica, não tem possibilidade material nem o dever jurídico de evitar a morte.

8 - Encerramento

Deixar morrer diante da impossibilidade terapêutica de cura, na hipótese prevista na Resolução CFM nº 1.805/2006 e no parágrafo único do artigo 41 do CEM/2009, não é matar. Não se trata de praticar a "eutanásia", nem "ativa" nem "passiva". E também não se trata de "auxílio ao suicídio". Trata-se, sim, de ortotanásia, procedimento absolutamente lícito e ético. A ortotanásia é a "boa morte", natural, justa, sem sofrimentos. Aliás, além da lembrança da origem etimológica dessa palavra, que significa "morte correta", é possível também lembrar do significado léxico de orto: "o princípio, a origem de algo, o processo de surgimento de um astro no horizonte, de acordo com o Dicionário Houaiss da língua portuguesa. Assim como os poetas, que dizem que o nascimento do sol é o orto resplandecente

do astro rei, a ortotanásia pode ser observada como o início do processo natural da morte, que, se inevitável, deve ser respeitado. Aliás, até mesmo o Papa João Paulo II afirmou, com sensibilidade e amor pelos desígnios sagrados da existência humana, que, "distinta da eutanásia é a decisão de renunciar ao chamado excesso terapêutico, ou seja, a certas intervenções médicas já inadequadas à situação real do doente, porque não proporcionadas ao resultado que se poderia esperar ou ainda porque demasiado gravosas para ele e para a sua família. (...) A renúncia a meios extraordinários ou desproporcionados não equivale ao suicídio ou à eutanásia; exprime, antes, a aceitação da condição humana defronte à morte"[34].

Como lembra Saramago em sua obra "As intermitências da morte", ninguém consegue por talas a uma rã e ninguém pode ser obrigado, na dimensão de sua condição humana, a suportar um estado de morte suspensa[35].

Fausto, da grande tragédia de Marlowe, do poema épico de Goethe, da original lenda medieval, não suportou a suspensão eternal da vida e descobriu, pelo remorso e pela compaixão, pelo amor e pelo sofrimento, a necessidade de compreender a luz e a sombra para encontrar a paz interior, o que permitiu que a sua alma escapasse do poder de Metistófeles e fosse transportada para as esferas celestiais[36].

Aliás, somente Catulo da Paixão Cearense descobriu uma fórmula infalível para escapar da morte: "Da morte ninguém escapa/Morre o bispo e morre o Papa/Só eu escapo/Meto-me numa panela/E, quando a morte bater, digo: não há ninguém nela!". Não cabe aos médicos, entretanto, violar a dignidade humana para meter seus pacientes em uma "panela", na vã esperança de vencer a morte. E não se olvide que Creonte, ao condenar Polinices a ficar insepulto e ao condenar Antígona a ficar encarcerada eternamente em uma caverna, cometeu dois gravíssimos erros: não permitiu que Antígona vivenciasse o mundo dos vivos e, o que é ainda mais grave e terrível, impediu que Polinices navegasse em direção ao Hades conduzido por Caronte. Eis um grande desafio para os médicos: compreender a dimensão da vida, aceitar o processo natural da morte, admitir a impotência da medicina diante da inexorabilidade da morte e, assim, saber conduzir os doentes terminais, como Caronte, até o mundo dos mortos, com amor, com Cuidados Paliativos, com resignação e com respeito à dignidade humana, certos de que não estarão praticando nenhuma conduta ilícita, e muito menos criminosa, ao suspender tratamentos e procedimentos inúteis e gravosos, nos exatos termos da Resolução nº 1.805/2006 do Conselho Federal de Medicina e do parágrafo único do artigo 41 do Código de Ética Médica, de 2009.

[34] in "O direito de morrer em paz e com dignidade", in Boletim IBCCRIM n. 172, ano 14, março/2007.
[35] José Saramago. As intermitências da morte.
[36] Liz Greene e Juliet Sbarman-Burke, Uma viagem através dos mitos, p. 179.

Referências

BIERRENBACH, Sheila de Albuquerque. *Crimes omissivos impróprios*. Belo Horizonte, Del Rey, 1996.

BITENCOURT, Cezar Roberto, *Manual de direito penal, parte geral*. São Paulo, RT, 2000.

BURKE, Juliet Sbarman: GREENE, Liz. *Uma viagem através dos mitos*. Rio de Janeiro, Jorge Zahar Editor, 2001.

CARVALHO, Gisele Mendes de. *Aspectos jurídico-penais da eutanásia*. São Paulo, RT, IBCCRIM, 2001

COSTA JÚNIOR, Paulo José da. *Direito Penal. Curso completo*. São Paulo, Saraiva, 1999.

CONSTANTINO, Clóvis Francisco: HIRSCHLEIMER, Mario Roberto. "O direito de morrer em paz e com dignidade", in Boletim IBCCRIM n. 172, ano 14, março/2007.

HORTA, Marcio Palis, "Eutanásia – problemas éticos da morte e do morrer". *Bioética*, Brasília, Conselho Federal de Medicina, v. 7, n. 1, p. 101-106, 1999.

_____. "Paciente crônico – paciente terminal – eutanásia: problemas éticos da morte e de morrer". In *Desafios éticos. Brasília. Conselho Federal de Medicina, p. 219-228, 1993.*

MORAES, ALEXANDRE DE. *Direito Constitucional*. São Paulo, Editora Atlas, 2007.

PESSINI, Leocir; BARCHIFONTAINE, Christian de Paul de. Problemas atuais de bioética. São Paulo, Loyola, 1994.

SANTOS, Maria Celeste Cordeiro Leite. Transplante de órgãos e eutanásia. São Paulo, Saraiva, 1992.

SILVA SANCHEZ, Jesús Maria."La responsabilidad penal del medico por omisión", in Avances de la medicina y derecho penal. Barcelona, p.139-140, 1998.

TELES, Ney Moura. *Direito Penal, Parte Geral*. São Paulo, Ed. Atlas, 2004.

ZAFFARONI, Eugenio Raúl; PIERANGELI, José Henrique. *Manual de Direito Penal. Parte Geral.* São Paulo, RT, 2006

Procedimentos sustentadores de vida em UTI

Daniel Neves Forte

1. Introdução

No último século, com o aumento do acesso da população a leitos hospitalares, a epidemiologia do local de morte mudou progressivamente do domicílio para os hospitais, e, nas últimas décadas do século XX, para dentro de Unidades de Terapia Intensivas (UTIs)[1]. O óbito que acontece na UTI pode ser o resultado de tentativas infrutíferas de reverter uma situação crítica. No entanto, algumas situações clínicas são sabidamente irreversíveis. Em ambas as situações, o fim de vida na UTI frequentemente é acompanhado por procedimentos dolorosos[2,3], com o paciente longe de seus entes queridos e muitas vezes sem qualquer autonomia para decidir a respeito de sua morte ou mesmo de aspectos importantes relacionados a sua vida[3].

Neste início de século XXI, as questões relacionadas a Cuidados Paliativos dentro da UTI passaram a ser cada vez mais discutidas em medicina intensiva[4,5,6,7,8,9], refletindo não só uma mudança no que se entende por qualidade de cuidado, mas também uma crescente necessidade social e econômica[10] de agir de forma diferente nestas situações.

Este capítulo abordará uma questão bastante delicada sobre Cuidados Paliativos na UTI: a utilização de Suporte Artificial de Vida (SAV) no fim da vida.

2. Utilização de Suporte Artificial de Vida em fim de vida na UTI

Abordaremos os quatro tipos de SAV em que há maior consenso da literatura sobre como manejá-los no fim de vida, a saber, ventilação mecânica, aminas vasoativas (noradrenalina, dobutamina, dopamina, adrenalina, etc), hemodiálise e ressuscitação cárdio-pulmonar-cerebral (RCP). Todos são definidos como medidas artificiais que não constituem primariamente um tratamento específico a uma doença, mas sim um suporte a órgãos e sistemas que não conseguem executar adequadamente as suas funções[11]. Estas intervenções podem oferecer suporte vital em situações onde há expectativa de reverter uma doença aguda ou crônica descompensada. No entanto, em situações onde estas expectativas não são mais viáveis, prolongam, de forma muitas vezes dolorosa, o processo de morrer[4,5,8,9]. Quando o objetivo do tratamento é o conforto, podem ser entendidas como me-

didas fúteis[12]. Retirá-las ou limitar seu uso nestas circunstâncias seria então uma opção a ser considerada, mantendo-se ou intensificando-se todos os cuidados que possam aliviar os sintomas de desconforto. Entende-se que limitar o SAV pode ser, por exemplo, não aumentar a dose de noradrenalina ou dos parâmetros da ventilação mecânica. Retirar SAV seria desligar a infusão contínua de vasopressores, suspender a hemodiálise ou extubar o paciente[5].

Nos Estados Unidos, a discussão na sociedade sobre os aspectos éticos e legais da retirada ou limitação de SAV no fim de vida em UTI acontece desde 1976, sendo atualmente aceita tanto do ponto de vista ético quanto jurídico[8,9]. Na década de 90 países, como Inglaterra[13], Alemanha[14], Holanda, Bélgica e Israel[15], também debateram esta questão em suas sociedades e chegaram à mesma conclusão sobre a licitude da retirada ou limitação de SAV em fim de vida, considerando as peculiaridades inerentes a cada país, como o caso de Israel[15]. Em países como França[16], Itália[17], Espanha[18], Índia[19] e Brasil[20,21] tal discussão é mais recente, e o debate também está levando a importantes modificações.

Assim, sociedades médicas internacionais[6,8,9], nacionais[48,51] e bioeticistas[12] entendem hoje que quando as medidas de SAV não puderem mais oferecer benefício para o paciente, mas apenas prolongar de forma sofrida o seu processo de morrer, limitá-las ou retirá-las distingue-se de eutanásia. Sua retirada ou limitação nestas circunstâncias busca oferecer ao paciente que já está morrendo uma condição mais natural e com menor sofrimento para enfrentar a sua própria morte. Deixa-se assim de prolongar o processo de morte de forma artificial, permitindo a morte natural e diferenciando-se assim da eutanásia, que ativamente causa a morte.

A *American Thoracic Society*[8], por exemplo, recomenda em seu consenso sobre fim de vida em UTI que os médicos devam iniciar as discussões sobre retirada da ventilação mecânica quando o paciente ou seu representante legal abordarem a questão, quando os profissionais de saúde que cuidam do paciente acreditam que a ventilação mecânica já não satisfaz os objetivos do tratamento do paciente, ou tornou-se mais maléfico do que benéfico para o paciente.

As sociedades europeias de medicina intensiva reconhecem a necessidade da limitação de tratamentos que prolonguem a vida, quando a situação clínica é irreversível e um tratamento parece fútil ou desaconselhável[6].

O Conselho Federal de Medicina do Brasil (CFM) em sua resolução 1805/06, em vigor desde 2010[51], estabelece que é permitido ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente, em fase terminal, de enfermidade grave e incurável, respeitada a vontade da pessoa ou de seu representante legal.

Para a Igreja Católica[22],

> distinta da eutanásia é a decisão de renunciar ao chamado "excesso terapêutico", ou seja, a certas intervenções médicas já inadequadas à situação real do doente, porque não proporcionadas aos resultados que se poderiam esperar ou ainda porque demasiado gravosas para ele e para a sua família. Nestas situações, quando a morte se anuncia iminente e inevitável, pode-se em consciência "renunciar" a tratamentos que dariam somente um prolongamento precário e penoso da vida, sem, contudo, interromper os cuidados normais devidos ao doente em casos semelhantes (…) A renúncia a meios extraordinários ou desproporcionados não equivale ao suicídio ou à eutanásia; exprime, antes, a aceitação da condição humana diante da morte.

A comparação bioética entre as diferenças e equivelências entre retirada e limitação de SAV é realizada há pelo menos 20 anos[23], sendo mais intensa a partir da década de 90[24]. Mais recentemente, foi realizada uma revisão sistemática sobre documentos da literatura médica mundial que discorressem a respeito de decisões sobre limitação de SAV em fim de vida[24]. Dos estudos que abordavam as possíveis diferenças entre a retirada e a limitação de SAV, apenas 1 dos 29 documentos discordava da equivalência ética entre retirada e a limitação de SAV. Já a maioria dos documentos publicados (28 de 29)[24], assim como diversas sociedades (*American Medical Association*, *American Thoracic Society*, *Society of Critical Care Medicine*, *United Kingdon General Medical Council*, *European Respiratory Society*, *European Society of Intensive Care Medicine*, *Sociétè de Réanimation de Langue Française*[6,8,9]) reconhecem que retirar ou limitar SAV em uma situação de fim de vida são medidas eticamente equivalentes.

Além disso, dezesseis destes documentos[24] também incluíam uma diferenciação no que concerne a aspectos emocionais, psicológicos ou culturais. Como colocam os autores da revisão, esta diferença entre princípios e sentimentos traz discordâncias desconfortáveis na prática clínica, e são diferenças que devem ser consideradas e respeitadas nas decisões de fim de vida. Mais ainda, diversos estudos ressaltam o quanto estas interpretações e diferenças de percepção variam entre médicos, enfermeiros e população leiga[26], ressaltando a importância da comunicação, da empatia e do consenso multiprofissional, seja qual for a decisão.

Antes de seguir adiante, cabe ressaltar um aspecto essencial nesta discussão: o respeito às vontades e preferências do pacientes. Em nosso país, o CFM

é explícito ao colocar que tais condutas só são éticas quando RESPEITADA A VONTADE DA PESSOA OU DE SEU REPRESENTANTE LEGAL. Para tanto, desenvolver habilidades de comunicação, especialmente a habilidade de OUVIR COM EMPATIA torna-se essencial, conforme mostra um recente estudo multicêntrico, prospectivo e randomizado[27]. Neste estudo, no grupo intervenção, onde os familiares participaram de forma ativa de conferências familiares com a equipe da UTI, observou-se que o SAV foi mais frequentemente retirado no grupo intervenção e que 90 dias após o óbito estas famílias estavam vivendo um luto mais saudável.

3. Como acontece o fim de vida em UTI no mundo e no Brasil

Diversos estudos mostram que a morte na UTI é frequentemente precedida pela limitação ou retirada de SAV, inclusive orientada por *guidelines* em alguns países do mundo[9].

Diversos são os fatores relacionados à maior chance de se retirar ou limitar o SAV em UTI. Assim, características do paciente, como maior idade, maior gravidade, mais comorbidades, ou qualidade de vida prévia ou esperadamente mais comprometida, além de seus desejos e preferências, são encontrados na literatura[23]. Mas, além das esperadas características de pacientes, outros fatores também se associam à maior chance de se retirar ou limitar SAV em UTI. Estes podem estar relacionados às características da estrutura da UTI[28], ou às características do próprio médico. Esta última, embora evidente, só recentemente foi estudada. Algumas características do médico como sexo masculino, trabalho mais frequente em UTI[29], anos desde a graduação[30], religião[31], sua percepção sobre as vontades do paciente[32], seu interesse ou leitura prévia sobre fim de vida ou Cuidados Paliativos em UTI[33] podem também ser associados à variabilidade de condutas em fim de vida.

Junto a todas estas variáveis, há ainda as diferenças geográficas e culturais. Estas últimas foram bastante estudadas, observando que países de forte influência cultural anglo-saxã realizam mais frequentemente a retirada de SAV do que os países de influência cultural latina, onde por sua vez, a limitação de SAV é mais frequente. A tabela 1 apresenta os resultados de alguns estudos conduzidos a este respeito em diferentes países do mundo.

Tabela 1			Análise dos óbitos			
País	**Autor**	**Nº de UTIs**	**Nº de pacientes/ Nº de óbitos**	**Retirada de SAV**	**Limitação de SAV Ω**	**Sem limitação de SAV#**
EUA	Prendergast,[1] 1998[34]	131	74.502/5.910	38%	32%	23%
Canadá	Cook, 2003[32]	15	851/304	54%	Não disponível: estudado apenas a retirada de ventilação mecânica	
Europa	Sprung, 2003[35]	37, 17 países	31417/4248	33%	38%	20%
Reino Unido	Wunschm 2005[36]	127	118.199/ 11.694	31,8%	Não disponível- estudado somente a retirada de todos os SAV	
França	Ferrand, 2001[36]	113	7309/1175	37%	17%	46%
Espanha	Esteban, 2001[37]	6	3498/644	12%	23%	56%
Itália	Bertolini, 2010[39]	84	21.428/3.793	17%	44%	37%
Austrália	Brieva, 2009[40]	1	1950/283	47%	34%	19%
Líbano	Yazigi, 2005[41]	1	446/51	7%	39%	54%
Índia	Mani, 2009[19]	1	830/88	3%	45%	51%

Ω - Inclui ordem de não reanimação.
- Pacientes com diagnóstico de morte encefálica não foram contemplados em nenhuma destas 3 categorias.

No Brasil, motivos legais e culturais obscureceram por muito tempo a discussão e o estudo deste tema[20,21]. Assim, ainda há poucos estudos brasileiros que abordaram de forma prospectiva a frequência da retirada ou limitação de SAV em UTI, embora a literatura existente sugira que estas medidas também são adotadas por aqui. A maior parte das pesquisas sobre o assunto no país foram conduzidas em UTIs pediátricas do Sul do país[42] ou são dados derivados de estudos realizados com outros propósitos, como avaliação de escores prognósticos[43] ou de

evolução de pacientes com insuficiência renal[44]. Estes estudos mostram que algum tipo de limitação de SAV precede 11 a 36% dos óbitos de adultos nas UTIs estudadas[42-44].

Mas, nos últimos anos, o cenário parece mudar, e mais estudos sobre este assunto têm sido publicados em nosso país. Assim, uma recente pesquisa realizada com médicos intensivistas de Brasil, Argentina e Uruguai[21] observou que mais de 90% dos participantes já decidiram alguma vez por limitar ou retirar algum tipo de suporte artificial de vida, sendo a reanimação cardiorrespiratória, a administração de drogas vasoativas, os métodos dialíticos e a nutrição parenteral as terapias mais frequentemente suspensas ou limitadas nos três países, havendo diferenças pontuais entre os mesmos.

Um estudo realizado em 12 UTIs na cidade de São Paulo constatou que 81% das famílias de pacientes internados em UTI gostariam de que os médicos discutissem a possibilidade de retirada da ventilação mecânica em um cenário hipotético de um paciente inconsciente em fase final de vida[45]. Este número foi significativamente maior do que os 60% dos médicos que responderam que deveriam discutir com as famílias este assunto, sugerindo que pressupostos sobre as preferências sobre fim de vida podem subestimar esta discussão.

Outro estudo recente nacional, avaliando condutas de médicos intensivistas frente a um caso hipotético, observou expressiva disparidade entre condutas e crenças relacionadas ao manejo do SAV em fim de vida na UTI[33]. Assim, 44% destes médicos apresentavam respostas discordantes para as questões sobre 1) o que provavelmente fariam e 2) o quê considerariam melhor para o paciente. Destes, 98% acreditavam que a melhor conduta envolveria o uso de menos SAV do que mais provavelmente fariam. O número de respostas que envolveriam retirada de SAV aumentou de 19% para 40% ($P<0,01$), enquanto o número de médicos que aplicariam todos os SAV disponíveis diminuiu de 21% para 10% ($P=0,037$). Este resultado é bastante sugestivo de que um número expressivo de médicos participantes desta pesquisa prolonga mais a vida de forma artificial de um paciente em fase final de vida do que acreditam ser o melhor.

No Brasil, tanto os aspectos de Ética Médica quanto os aspectos jurídicos permaneceram por muito tempo dúbios em relação ao manejo dos SAV em fim de vida[20].

A legislação brasileira apresenta diversas peculiaridades que podem interferir no cuidado ao paciente que está morrendo. Não cabe aqui uma discussão detalhada do assunto jurídico, a qual pode ser encontrada em outras fontes[46]. Ressaltaremos apenas alguns tópicos.

Como na maioria dos países, eutanásia ou qualquer forma de suicídio assistido é crime (artigo 121, Código Penal) e proibido pelo Código de Ética Médica

(artigo 41). Já retirada ou limitação de SAV com o objetivo de permitir uma morte mais natural em um paciente que está morrendo é um assunto que gera intenso debate em nosso meio. De uma forma bastante simplificada, as maiores limitações jurídicas para as condutas médicas de permitir uma morte natural em um paciente que se encontra em uma situação de fim de vida tinham como argumentos uma interpretação absoluta do artigo 57 do Código de Ética Medica de 1988, que "determinava a obrigação do médico de utilizar todos os meios disponíveis de diagnóstico e tratamento a seu alcance em favor do paciente", uma interpretação do artigo 121 do Código Penal de 1940, ainda em vigor em nosso país, que consideraria que o ato médico de permitir uma morte natural ao paciente poderia ser entendido como homicídio culposo por omissão; tendo a inviolabilidade do direito à vida, princípio fundamental da Constituição Brasileira, como base[29]. Cabe lembrar que a lei penal foi criada numa época em que medidas de SAV como ventilação mecânica, hemodiálise, drogas vasoativas, reanimação cardiopulmonar ou mesmo UTI não existiam.

Por outro lado, são mais recentemente reconhecidos outros inúmeros embasamentos legais para a conduta de Cuidados Paliativos no final da vida. Assim, temos também como princípio fundamental da Constituição Brasileira a proteção à dignidade da pessoa humana, que conduz ao direito da morte digna[29]. Há também na Constituição a garantia a inviolabilidade da integridade física, moral e psicológica, incluindo o respeito às crenças e valores do cidadão, assim como o repúdio à tortura.

Enquanto a distanásia pode ser entendida como uma forma de tortura e uma violação dos valores morais e da integridade física quando imposta ao paciente, o Cuidado Paliativo aos que estão morrendo propõe o respeito à vida e o entendimento da morte como parte da vida. É uma forma de tratamento, que é ativa, exige ciência, estudo e é reconhecido como parte essencial da medicina moderna, tanto pela Organização Mundial de Saúde quanto pelo Conselho Federal de Medicina, Conselho Regional de Medicina de São Paulo e Associação de Medicina Intensiva do Brasil. O próprio Código de Ética Médica de 1988, em seu artigo 57 colocava que é vedado ao médico "deixar de utilizar todos os meios disponíveis de diagnóstico e tratamento a seu alcance *em favor do paciente"*.

Em uma visão não paternalista da relação médico-paciente, o melhor para o paciente não é um saber exclusivo do médico, e, sim, fruto da relação entre o médico, com o seu conhecimento, e o paciente, com sua biografia, suas preferências, seus valores e suas crenças.

Autores jurídicos também sustentam o argumento que deixar morrer diante da impossibilidade terapêutica de cura e da inexistência de dever de manter procedimentos inócuos não é matar, e, portanto, não pode ser tipificado nos artigos

do Código Penal[47]. O juiz sustenta que "a manutenção do suporte vital somente é justificável se tiver sentido curativo, diante da esperada reversibilidade e da possível transitoriedade da situação, o que não acontece quando a doença é incurável e o doente está em fase terminal. Na hipótese de o médico interromper procedimentos destinados somente a prolongar a vida do doente, haverá apenas uma omissão de assistência inútil, o que é irrelevante para o direito penal".

Mais recentemente, iniciativas de Sociedades Médicas também suportam estes conceitos. Assim, o Código de Ética Médica atualizado em 2010 incluiu o Cuidado Paliativo em seu artigo 41, e o Conselho Federal de Medicina, através da resolução 1805/2006, referendada pelo Poder Judiciário em 2010, "permite ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente, em fase terminal, de enfermidade grave e incurável, respeitada a vontade da pessoa ou de seu representante legal". O Fórum da Associação de Medicina Intensiva do Brasil sobre Cuidados Paliativos em UTI[48] estabelece que os SAV considerados fúteis podem ser removidos em paciente em fase final de vida, respeitadas as preferências do paciente e de sua família.

4. Conclusão

O desafio no manejo de Suporte Artificial de Vida no fim de vida de UTI é evitar a obstinação terapêutica, que prolonga o sofrimento e adia a mudança de objetivos de tratamentos que visam à cura para cuidados que visem ao conforto, ao mesmo tempo em que se procura evitar decisões prematuras de retirada de SAV que poderiam levar a mortes potencialmente evitáveis. Nestas situações, não há uma única fórmula que determine o melhor ou o pior tratamento no fim da vida. Há o bom tratamento. E este é o tratamento oferecido com compaixão e cuidado, resultado do encontro entre o profissional da saúde, com seus conhecimentos, e o paciente e sua família, com sua biografia, valores e preferências.

Referências

1. PALDA, V. A.; BOWMAN, K. W.; MCLEAN, R. F.; CHAPMAN, M. G. "Futile" care: do we provide it? Why? A semistructured, Canada-wide survey of intensive care unit doctors and nurses. *J Crit Care.* 2005; 20(3):207-213.

2. A controlled trial to improve care for seriously ill hospitalized patients. The study to understand prognoses and preferences for outcomes and risks of treatments (SUPPORT). The SUPPORT Principal Investigators. *JAMA*. 1995; 274(20):1591-1598.

3. NELSON, J. E.; MEIER, D. E.; LITKE, A.; NATALE, D. A.; SIEGEL, R. E.; MORRISON, R. S. The symptom burden of chronic critical illness. *Crit Care Med*. 2004; 32(7):1527-1534.

4. LEVY, M. M.; MCBRIDE, D. L. End-of-life care in the intensive care unit: state of the art in 2006. *Crit Care Med.* 2006; 34(11 Suppl):S306-S308.

5. PRENDERGAST, T. J.; PUNTILLO, K. A. Withdrawal of life support: intensive caring at the end of life. *JAMA*. 2002; 288(21):2732-2740.

6. CARLET, J.; THIJS, L. G.; ANTONELLI, M.; CASSELL, J.; COX, P.; HILL, N.; HINDS, C.; PIMENTEL, J. M.; REINHART, K.; THOMPSON, B. T. Challenges in end-of-life care in the ICU. Statement of the 5th International Consensus Conference in Critical Care: Brussels, Belgium, April 2003. *Intensive Care Med*. 2004; 30(5):770-784.

7. MORITZ, R. D.; LAGO, P. M.; SOUZA, R. P.; SILVA, N. B.; MENEZES, F. A.; OTHERO, J. C. B. et al. End of life and palliative care in intensive care unit. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2008; 20(4):422-428.

8. LANKEN, P. N.; TERRY, P. B.; DELISSER, H. M.; FAHY, B. F.; HANSEN-FLASCHEN, J.; HEFFNER, J. E.; LEVY, M.; MULARSKI, R. A.; OSBORNE, M. L.; PRENDERGAST, T. J.; ROCKER, G.; SIBBALD, W. J.; WILFOND, B.; YANKASKAS, J. R. ATS End-of-Life Care Task Force. An official American Thoracic Society clinical policy statement: palliative care for patients with respiratory diseases and critical illnesses. *Am J Respir Crit Care Med*. 2008; 177(8):912-927.

9. TRUOG, R. D.; CAMPBELL, M. L.; CURTIS, J. R.; HAAS, C. E.; LUCE, J. M.; RUBENFELD, G. D.; RUSHTON, C. H.; KAUFMAN, D. C. American Academy of Critical Care Medicine. Recommendations for end-of-life care in the intensive care unit: a consensus statement by the American College [corrected] of Critical Care Medicine. *Crit Care Med*. 2008; 36(3):953-963.

10. NIEDERMAN, M. S.; BERGER, J. T. The delivery of futile care is harmful to other patients. *Crit Care Med*. 2010; 38(10 Suppl):S518-S522.

11. FINK, M. P.; VINCENT, J. L.; ABRAHAM, E. *Textbook of critical care*. 5th ed. Philadelphia, Pennsylvania: Elsevier Saunders; 2005.

12. PESSINI, L. *Distanásia: até quando prolongar a vida?* 2ª ed. São Paulo: Centro Universitário São Camilo: Loyola; 2007.

13. BELL, D. The legal framework for end of life care: a United Kingdom perspective. *Intensive Care Med*. 2007; 33(1):158-162.

14. MICHALSEN, A. Care for dying patients – German legislation. *Intensive Care Med*. 2007; 33(10):1823-1826.

15. STEINBERG, A.; SPRUNG, C. L. The dying patient: new Israeli legislation. *Intensive Care Med*. 2006; 32(8):1234-1237.

16. BAUMANN, A.; AUDIBERT, G.; CLAUDOT, F.; PUYBASSET, L. Ethics review: end of life legislation – the French model. *Crit Care*. 2009; 13(1):204.

17. ZAMPERETTI, N.; PROIETTI, R. End of life in the ICU: laws, rules and practices: the situation in Italy. *Intensive Care Med*. 2006; 32(10):1620-1622.

18. CABRE, L.; CASADO, M.; MANCEBO, J. End-of-life care in Spain: legal framework. *Intensive Care Med*. 2008; 34(12):2300-2303.

19. MANI, R. K.; MANDAL, A. K.; BAL, S.; JAVERI, Y.; KUMAR, R.; NAMA, D. K.; PANDEY, P.; RAWAT, T.; SINGH, N.; TEWARI, H.; UTTAM, R. End-of-life decisions in an Indian intensive care unit. *Intensive Care Med.* 2009; 35(10):1713-1719.

20. SOARES, M.; TERZI, R. G.; PIVA, J. P. End-of-life care in Brazil. *Intensive Care Med.* 2007; 33(6):1014-1017.

21. MORITZ, R. D.; DEICAS, A.; ROSSINI, J. P.; LAGO, P.; MACHADO, F. O. Perception about end of life treatments in Argentina, Brazil and Uruguay intensive care units. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2010; 22(2):125-132.

22. Papa João Paulo II. *Encíclica Evangelium Vitae*. parágrafo 76. 1995.

23. COOK, D. J.; ROCKER, G.; GIACOMINI, M.; SINUFF, T.; HEYLAND, D. Understanding and changing attitudes toward withdrawal and withholding of life support in the intensive care unit. *Crit Care Med*. 2006; 34(supplement):s317-s323.

24. GIACOMINI, M.; COOK, D.; DEJEAN, D.; SHAW, R.; GEDGE, E. Decision tools for life support: a review and policy analysis. *Crit Care Med*. 2006; 34(3):864-870.

25. LEVIN, P. D.; SPRUNG, C. L. Withdrawing and withholding life-sustaining therapies are not the same. *Crit Care*. 2005; 9(3):230-232.

26. VINCENT, J. L. Cultural differences in end-of-life care. *Crit Care Med*. 2001; 29(2 Suppl):N52-N55.

27. LAUTRETTE, A.; DARMON, M.; MEGARBANE, B. et al. A communica- tion strategy and brochure for relatives of patients dying in the ICU. N Engl J Med 2007; 356:469-478.

28. AZOULAY, E.; METNITZ, B.; SPRUNG, C. L.; TIMSIT, J. F.; LEMAIRE, F.; BAUER, P.; SCHLEMMER, B**.;** MORENO, R**.;** METNITZ, P**.** SAPS 3 investigators**.** End-of-life practices in 282 intensive care units: data from the SAPS 3 database. *Intensive Care Med*. 2009; 35(4):623-630.

29. GIANNINI, A.; PESSINA, A.; TACCHI, E. M. End-of-life decisions in intensive care units: attitudes of physicians in an Italian urban setting. Intensive Care Med 2003; 29(11):1902-1910.

30. BARNATO, A. E.; HSU, H. E.; BRYCE, C. L.; LAVE, J. R.; EMLET, L. L.; ANGUS, D. C.et al. Using simulation to isolate physician variation in intensive care unit admission decision making for critically ill elders with end-stage cancer: a pilot feasibility study. Crit Care Med 2008; 36(12):3156-3163.

31. SPRUNG, C.L.; MAIA, P.; BULOW, H. H.; RICOU, B.; ARMAGANIDIS, A.; BARAS, M.; WENNBERG, E.; REINHART, K.; COHEN, S. L.; FRIES, D. R.; NAKOS, G.; THIJS, L. G. Ethicus Study Group. The importance of religious affiliation and culture on end-of-life decisions in European intensive care units. *Intensive Care Med*. 2007; 33(10):1732-1739.

32. COOK, D.; ROCKER, G.; MARSHALL, J.; SJOKVIST, P.; DODEK, P.; GRIFFITH, L.; FREITAG, A**.;** VARON, J**.;** BRADLEY, C**.;** LEVY, M**.;** FINFER, S.; HAMIELEC, C**.;** MCMULLIN, J**.;** WEAVER, B**.;** WALTER, S**.;** GUYATT, G**.** Level of Care Study Investigators and the Canadian Critical Care Trials Group**.** Withdrawal of mechanical ventilation in anticipation of death in the intensive care unit. *N Engl J Med*. 2003; 349(12):1123-1132.

33. FORTE, D. N.; VINCENT, J. L.; VELASCO, T. D.; PARK, M. Association between education in EOL care and variability in EOL practice: a survey of ICU physicians. *Intensive Care Med.* 2011, *in press.* DOI: 10.1007/s00134-011-2400-4.

34. PRENDERGAST, T. J.; CLAESSENS, M. T.; LUCE, J. M. A national survey of end-of-life care for critically ill patients. *Am J Respir Crit Care Med*. 1998; 158(4):1163-1167.

35. SPRUNG, C. L.; COHEN, S. L.; SJOKVIST, P.; BARAS, M.; BULOW, H. H.; HOVILEHTO, S.; LEDOUX, D**.;** LIPPERT, A**.;** MAIA, P**.;** PHELAN, D**.;** SCHOBERSBERGER, W**.;** WENNBERG, E**.;** WOODCOCK, T**.** Ethicus Study Group**.** End-of-life practices in European intensive care units: the Ethicus Study. *JAMA*. 2003; 290(6):790-797.

36. WUNSCH, H.; HARRISON, D. A.; HARVEY, S.; ROWAN, K. End-of-life decisions: a cohort study of the withdrawal of all active treatment in intensive care units in the United Kingdom. *Intensive Care Med*. 2005; 31(6):823-831.

37. FERRAND, E.; ROBERT, R.; INGRAND, P.; LEMAIRE, F. Withholding and withdrawal of life support in intensive-care units in France: a prospective survey. French LATAREA Group. *Lancet*. 2001; 357(9249):9-14.

38. ESTEBAN, A.; GORDO, F.; SOLSONA, J. F.; ALIA, I.; CABALLERO, J.; BOUZA, C.; ALCALÁ-ZAMORA, J.; COOK, D. J.; SANCHEZ, J. M.; ABIZANDA, R.; MIRÓ, G.; FERNÁNDEZ, DEL CABO M. J.; DE MIGUEL, E.; SANTOS, J. A.; BALERDI, B. Withdrawing and withholding of life support in intensive care units: a Spanish prospective multi-centre observational study. *Intensive Care Med*. 2001; 27(11):1744-1749.

39. BERTOLINI, G.; BOFFELLI, S.; MALACARNE, P.; PETA, M.; MARCHESI, M.; BARBISAN, C.; TOMELLERI, S.; SPADA, S.; SATOLLI, R.; GRIDELLI, B.; LIZZOLA, I.; MAZZON, D. End-of-life decision-making and quality of ICU performance: an observational study in 84 Italian units. *Intensive Care Med.* 2010; 36(9):1495-1504.

40. BRIEVA, J. L.; COORAY, P. R. M. Withholding and withdrawal of life-sustaining therapies in intensive care: an Australian experience. *Crit Care Resusc.* 2009; 11(4):266-268.

41.YAZIGI, A.; RIACHI, M.; DABBAR, G. Withholding and withdrawal of life-sustaining treatment in a Lebanese intensive care unit: a prospective observational study. *Intensive Care Med*. 2005; 31(4):562-567.

42. KIPPER, D. J.; PIVA, J. P.; GARCIA, P. C.; EINLOFT, P. R.; BRUNO, F.; LAGO, P. et al. Evolution of the medical practices and modes of death on pediatric intensive care units in southern Brazil. Pediatr Crit Care Med 2005; 6(3):258-263.

43. SOARES, M.; SILVA, U. V.; TELES, J. M.; SILVA, E.; CARUSO, P.; LOBO, S. M.; DAL PIZZOL, F.; AZEVEDO, L. P.; DE CARVALHO, F. B.; SALLUH, J. I. Validation of four prognostic scores in patients with cancer admitted to Brazilian intensive care units: results from a prospective multicenter study. *Intensive Care Med*. 2010; 36(7):1188-1195.

44. VIEIRA, J. M. JR.; CASTRO, I.; CURVELLO-NETO, A.; DEMARZO, S.; CARUSO, P.; PASTORE, L. JR.; IMANISHE, M. H.; ABDULKADER, R. C.; DEHEINZELIN, D. Effect of acute kidney injury on weaning from mechanical ventilation in critically ill patients. *Crit Care Med*. 2007; 35(1):184-191.

45. FUMIS, R. R.; DEHEINZELIN, D. Respiratory support withdrawal in intensive care units: families, physicians and nurses views on two hypothetical clinical scenarios. *Crit Care*. 2010; 14(6):R235.

46. SANTORO, L. *Morte digna: o direito do paciente terminal.* Curitiba: Juruá Editora, 2010.

47. TORRES, J. H. A omissão terapêutica a pacientes terminais sob o ponto de vista jurídico. *Revista do CREMESP*. 2008;(43):15-17.

48. MORITZ, R. D.; DEICAS, A.; CAPALBO, M.; FORTE, D. N.; KRETZER, L.; LAGO, P. et al. II Forum of the "End of life study group pf the southern cone of America": palliative care definitions, recommendations and integrated actions for intensive care and pediatric intensive care units. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2011; 23(1):24-29.

Cuidados Paliativos em pacientes com HIV/AIDS

Elisa Miranda Aires

Introdução

A AIDS é uma doença infecciosa conhecida desde 1981, causada por um retrovírus (HIV), cuja principal característica é uma imunossupressão progressiva causada pela destruição de linfócitos CD4+, tornando o paciente suscetível a infecções e tumores oportunistas.

Calcula-se que o número de casos de doentes no mundo seja de 34 milhões, 68% dos quais vivem na África subsaariana[33]. No Brasil há 592.914 doentes notificados até 2010 e desses, 30% vivem no estado de São Paulo[4a] O impacto da doença varia de acordo com a raça, gênero, estado socioeconômico e práticas sexuais. Logo no início da epidemia a AIDS era considerada uma doença terminal. Com o advento da terapia antirretroviral (TARV) de alta potência, também conhecida por HAART, houve um dramático declínio nas taxas de doenças oportunísticas, grande melhora na sobrevida e na qualidade de vida dos pacientes que fazem uso correto da medicação[6]. Vários estudos, em países desenvolvidos, demonstram que as taxas de mortalidade pós-advento da TARV são muito mais próximas daquelas da população geral nos primeiros 5 anos após a infecção. O excesso de mortalidade começa a se mostrar, entretanto, à medida que a duração da infecção aumenta[14,3].

Atualmente, a AIDS é considerada uma doença crônica e mais da metade dos eventos clínicos e mortes não é relacionada a eventos oportunísticos.

AIDS e cuidados paliativos

Mesmo com este panorama favorável, alguns pontos necessitam ser considerados. Sabe-se que, para uma eficácia plena da HAART, é necessária a adesão de 95% em termos de doses e horário. A maioria dos estudos demonstra que 40 a 60% dos pacientes que utilizam a medicação aderem menos de 90%[2]. Ainda assim, os que a utilizam corretamente podem desenvolver resistência ao longo do tempo ou padecer de vários efeitos colaterais como: dor abdominal, náuseas, vômitos, alem de aumento na incidência de diabetes e dislipidemias, com suas danosas consequências. A presença de tais efeitos os torna candidatos, mais precocemente, a Cuidados Paliativos.

Os Cuidados Paliativos em pacientes com HIV/AIDS seguem a mesma filosofia de qualquer doente, ou seja, abordam os pacientes em todos os seus sofrimentos (físicos, psíquicos, sociais e espirituais), os sofrimentos dos cuidadores e dos familiares no momento da doença e do luto.

Há algumas particularidades a serem consideradas em pacientes com AIDS em Cuidados Paliativos e que podem ser responsáveis pelo aumento do seu sofrimento[28]:

- os pacientes em geral são mais jovens que os portadores de câncer;
- a doença é multissistêmica, com muitos diagnósticos simultâneos;
- há necessidade de uso de vários medicamentos (o paciente com AIDS em cuidados domiciliares faz uso, em média, de 33 comprimidos ao dia);
- ocorrem repentinas e dramáticas mudanças na condição clinica, gerando dificuldade em identificar a "fase terminal";
- há grandes e dinâmicas mudanças nos padrões de tratamento, exigindo atualização constante da equipe de saúde;
- há maior índice de sofrimento psíquico quando em comparação com pacientes com câncer;
- há grande isolamento, estigma e falta de compaixão da sociedade pelo paciente e sua família;
- é comum a falta de estrutura e de suporte familiar e social; pode haver múltiplas mortes na família e alto índice de luto complicado;
- falta de experiência dos médicos na abordagem paliativa destes pacientes.

Prognosticar pacientes com HIV/AIDS

Prognosticar é crítico no cuidado de pacientes com HIV/AIDS.

Porém, ainda é uma tarefa bastante árdua. A dificuldade se dá principalmente por[16]:

- a AIDS é uma doença infecciosa potencialmente tratável;
- tem períodos de melhora e piora muito rápidos, com mudanças rápidas no padrões de tratamento;
- existem poucos trabalhos científicos que subsidiem as decisões;
- a população em geral é jovem, o que pode favorecer a distanásia.

Uma grave consequência disso é que os médicos que cuidam de pacientes com HIV/AIDS são mais relutantes em encaminhá-los aos Cuidados Paliativos[21].

Os parâmetros prognósticos principais da era pré-TARV (dosagem de linfócitos CD4 e carga viral) tornaram-se mais complexos, incorporando outros múltiplos fatores como: idade, exposição a TARV, infecções oportunísticas, doenças não definidoras de AIDS, *status* funcional[15,25,31]. "Nenhum paciente com AIDS

deveria ser considerado terminal sem que um médico com *expertise* no tratamento de pacientes com HIV faça uma avaliação completa das condições do paciente"[31].

O Centers for Diseases Control (CDC) elaborou um *guideline* para orientar médicos para indicar Cuidados Paliativos em pacientes com HIV-AIDS avançado (disponível no site: www.cms.gov).

Os principais parâmetros de mau prognóstico relacionados a AIDS são divididos em parâmetros gerais (parte I), parâmetros específicos da AIDS (parte II) e parâmetros auxiliares (parte III). Para ser considerado um paciente terminal (expectativa de vida abaixo de 6 meses), é necessário que as partes I e II estejam presentes simultaneamente.

Parte I- Parâmetros gerais de mau prognóstico em pacientes com HIV/AIDS

1. comprometimento fisiológico do *status* funcional medido pelo índice de Karnofsky ou Palliative Performance Score<70% e
2. dependência em 2 ou mais atividades de vida diária
   a. alimentação
   b. deambulação
   c. continência
   d. transferência
   e. banho
   f. vestimenta

Parte II- Parâmetros específicos de mau prognóstico em pacientes com HIV/AIDS (necessário item 1 e 2)

Item 1

- dosagem de linfócitos CD4<25 células-mm^3 ou carga viral persistentemente acima de 100.000 cópias-ml, mais um dos seguintes:
  sd. consumptiva não tratada ou persistente a despeito do tratamento (perda de mais de 10% de massa muscular)
  linfoma cerebral primário
  bacteremia pelo Complexo Mycobacterium avium-intracellulare, não tratada ou não responsiva ao tratamento
  Leucoencefalopatia Multifocal Progressiva
  Linfoma sistêmico com doença avançada pelo HIV e resposta parcial à quimioterapia
  Sarcoma de Kaposi visceral não responsivo à terapia
  insuficiência renal na ausência de diálise
  infecção por Cryptosporidium
  Toxoplasmose não responsiva ao tratamento

Item 2

- Performance física ruim (índice de Karnofsky <50%)

Parte III- Parâmetros auxiliares

Diarreia crônica persistente acima de 1 ano
Albumina sérica persistente abaixo de 2,5
Uso de droga ilícita
Idade acima de 50 anos
Não uso ou resistência a TARV, quimioterapia e drogas profiláticas relacionadas especificamente à doença pelo HIV
Complexo de demência avançado relacionado a AIDS
Insuficiência cardíaca congestiva sintomática em repouso
Doença hepática avançada

Fonte: The Centers for Medicare & Medicaid Services disease-specific LCD guidelines for HIV/AIDS. Disponível no site: www.cms.gov

Um índice prognóstico elaborado pelo Antiretroviral Therapy Cohort Collaboration (ATCC) também encontra-se disponível no site http://www.art-cohort-collaboration.org.

Principais doenças oportunísticas em pacientes com AIDS

Infecções

Apesar do grande declínio das infecções oportunísticas, ainda são bastante prevalentes nos pacientes com AIDS. As principais são[30]: esofagite por Cândida, pneumonia por Pneumocystis jirovecii, infecção pelo Complexo Mycobacterium avium, doença por Cytomegalovirus, encefalopatia pelo HIV, doença por Mycobacterium tuberculosis, infecção por Cryptococcus e Leucoencefalopatia Multifocal Progressiva (LEMP). O risco de letalidade ainda é muito alto na LEMP, meningite pelo Cryptococcus e infecção pelo complexo Mycobacterium avium[10] (prognóstico de 10 meses).

Cânceres

Apesar da diminuição de incidência e melhora na sobrevida de cânceres oportunísticos na era HAART, estes tumores ainda são prevalentes: Sarcoma de Kaposi (sobrevida media de 2 anos[4]), Linfoma não Hodgkin difuso de células B (sobrevida média de 43 meses[13]), Linfoma de Burkitt (5-7 meses[17]), linfoma primário de SNC (170 dias[26]) e câncer cervical invasivo.

Principais doenças avançadas não oportunisticas em pacientes com AIDS

Cânceres

Pacientes com AIDS têm sobrevivido cada vez mais, ficando, potencialmente, expostos por mais tempo a substâncias cancerígenas e oncovírus. Isto tem levado a um aumento da incidência, com menor sobrevida, de cânceres não definidores de AIDS, como: pulmão, laringe, colorretal, anal, linfoma de Hodgkin, mama, próstata e testículo, com sobrevida global média de 24 meses, menor que na população geral[4].

Doença hepática

A alta frequência de coinfecção com vírus da hepatite B e C tem aumentado progressivamente o índice de cirrose hepática e hepatocarcinoma, com pior prognóstico em relação à população geral[20].

Principais sofrimentos e abordagens dos pacientes com HIV/AIDS em Cuidados Paliativos

Os sofrimentos devem ser avaliados e abordados com todo o rigor, em equipe multiprofissional. Por questões didáticas dividiremos os sofrimentos em:

1. Sofrimentos físicos

Pacientes com AIDS em fase avançada de doença têm, em média, 10,9 a 12,7 sintomas concomitantes, grande parte negligenciada por eles próprios e seus médicos[11, 24].

Os sofrimentos físicos em doentes em fase avançada variam em diferentes trabalhos, sendo, principalmente: dor (84%), astenia/caquexia (61%), anorexia (41%), confusão mental/demência (29%), náusea/vomito (21%)[18,28].

A dor é altamente prevalente e há em média 2,9 dores concomitantes[7]. Um trabalho realizado no Brasil aponta prevalência de dor em 54% dos pacientes hospitalizados (em diferentes fases de doença), sendo maior quanto mais grave for o estágio clínico[1].

Os principais tipos de dores apresentadas pelos pacientes com HIV/AIDS são[1,29]:

- cefaleia (por neurocriptococose, neurotoxoplasmose, neurotuberculose, linfoma cerebral);
- neuropatias (por HIV, citomegalovírus, terapia antirretroviral, entre outras)
- ulcerações genitais, orais e esofágicas (por cândida, citomegalovirus, herpes vírus, HIV);

- dor abdominal (por infecções intestinais, pancreáticas, hepáticas, linfadenopatias, acidose lática, neoplasias);
- Dores osteomusculares (mialgia, artralgia, etc. pelo próprio HIV, medicações, infecções).

O manejo da dor tem sido bastante negligenciado nesses doentes quando em comparação com portadores de câncer, com subtratamento médio de 83%[1,5,12].

A abordagem da dor e outros sintomas na AIDS segue tradicionalmente os mesmos preceitos de outros doentes em Cuidados Paliativos, ou seja, avaliação rigorosa, medida com escalas, abordagem multiprofissional (farmacológica e não farmacológica) com reavaliações rigorosas. Algumas particularidades devem ser consideradas: maior atenção à função hepática e renal (em grande parte comprometidas em fase final de vida), atenção às interações medicamentosas, principalmente com inibidores de protease, alergias (bastante frequentes nesta população), alto índice de uso de drogas ilícitas (maior atenção à dependência psíquica com opioides), alto índice de ulcerações gastrintestinais, entre outras.

TARV em pacientes falecendo de AIDS em estágio final

Pelo fato da TARV ser vista como uma potente terapia para supressão do HIV, é muito importante a participação, sempre que possível, do paciente e família na suspensão da mesma. Não existem critérios clínicos bem definidos e, portanto, o momento exato da suspensão é uma tarefa difícil; o mesmo ocorre com a profilaxia e tratamento das infecções oportunísticas. Antes da decisão, é importante considerar os seus principais benefícios: supressão do vírus e possível melhora sintomática pela diminuição da carga viral, proteção contra a encefalopatia pelo HIV e possível conforto psicológico pelo fato de combater o vírus. Os principais pontos negativos são: toxicidade, interações farmacológicas negativas e custo. A decisão deve ser compartilhada entre o médico, paciente e família para evitar constrangimentos e mal-entendidos.

2. Sofrimentos psíquicos e sociais

Os pacientes com HIV/AIDS têm grandes sofrimentos psíquicos e sociais ao longo de todo o curso de sua doença, culminando no diagnóstico de terminalidade.

As principais causas de sofrimentos psíquicos e sociais em doença avançada são[34]:

- incerteza da expectativa de vida (pela dificuldade de prognosticar);
- desfiguração;
- perda da capacidade física;
- doença de longa duração com exaustão psicológica;

- interferência direta na sexualidade, com risco de contaminação de outras pessoas;
- idade jovem;
- alto índice de uso de drogas ilícitas;
- estigma social;
- problemas financeiros;
- múltiplas mortes na família;
- alto índice de desestruturação familiar.

Os principais problemas psiquiátricos apresentados por pacientes HIV-positivos são distúrbios de humor (depressão e doença bipolar)[22,23]. A depressão é bastante frequente em pacientes com HIV em estágio avançado de doença (2 vezes mais frequente que em pessoas HIV-negativas); é necessário estar atento ao risco de suicídio. Outros problemas também frequentes são distúrbios de ansiedade e de comportamento.

O problema do uso de drogas ilícitas é muito frequente em pacientes com HIV e, muitas vezes, responsável pela não adesão ao tratamento e maior frequência de doença terminal.

Alguns aspectos importantes e peculiares no manejo psiquiátrico são: frequentes interações medicamentosas entre TARV e drogas psiquiátricas, sendo necessário consulta a manuais e tabelas específicas; dependência de drogas ilícitas; alto índice de doenças hepáticas.

Há também alto índice de sofrimentos espirituais, algumas vezes decorrentes de culpas por comportamentos sociais pouco convencionais, falta de religiosidade e sentido de vida, entre outros.

O cuidador de pacientes com HIV/AIDS

Grande número de pacientes não tem cuidador e, frequentemente, quando se tornam dependentes de cuidados, são encaminhados a casas de apoio. Quando os pacientes possuem cuidador, há inúmeros problemas vivenciados por eles, principalmente[19]: cuidadores com idade jovem e inexperientes; com medo de contaminação; revolta por estarem contaminados; negligência com seu autocuidado (principalmente as mães de crianças com HIV); problemas financeiros; falta de suporte social; alto índice de discriminação por parte da sociedade; organizações familiares caóticas (dependência química, pobreza extrema, etc.). Isso contribui para dificultar os cuidados aos doentes, fazendo-os merecer mais atenção da equipe de Cuidados Paliativos.

O luto na AIDS

Os familiares ou cuidadores de pacientes com AIDS têm vários fatores de risco para luto complicado que devem ser abordados profilaticamente durante o curso da doença. Os principais são[8]: múltiplas mortes na família, alto índice de desagregação familiar, cuidadores idosos (principalmente avós cuidando de crianças com AIDS), doentes ou cuidadores contaminados, preconceito e falta de apoio da sociedade com relação aos sobreviventes, alto índice de enlutados também usuários de drogas ilícitas e com comorbidades psiquiátricas e falta de recursos financeiros. Isso pode gerar sintomas depressivos, ansiedade e estresse pos-traumático[27]. Estudo verificou, em mulheres, um maior índice de ansiedade, pensamentos e atos suicidas[32].

Crianças e AIDS

As crianças com AIDS em geral têm sobrevivido cada vez mais, graças aos progressos terapêuticos e conhecimentos médicos. Com isso, a morte tem ocorrido mais frequentemente na adolescência ou início da idade adulta, rodeada de grande sofrimento.

As principais particularidades dos Cuidados Paliativos em crianças com relação aos adultos são[9]: doença de curso imprevisível, em geral mais lenta que no adulto, mudanças constantes no desenvolvimento físico e psíquico, aspectos cognitivos muito variáveis, de acordo com faixa etária e com o grau de acometimento do cérebro pelo HIV (demência), grande índice de orfandade, falta de cuidador e limitações quanto à sexualidade.

A equipe de Cuidados Paliativos tem enfrentado grande dificuldade na abordagem eficaz dessa população.

Conclusão

Apesar do grande impacto positivo na sobrevida dos pacientes com HIV/AIDS após a era da TARV de alta potência, os Cuidados Paliativos continuam a ter um papel fundamental para a melhora de qualidade de vida destes doentes. Quase metade dos doentes não utilizam corretamente a medicação, principalmente pela dificuldade de acesso e adesão (efeitos colaterais, problemas socioeconômicos, psiquiátricos, etc.). Estes, mais precocemente, chegam à fase terminal de doença. Os pacientes que aderem à medicação têm maior sobrevida, porém, com grande frequência, apresentam efeitos colaterais, principalmente: toxicidade precoce ou efeitos a longo prazo, como lipodistrofias, dislipidemias e diabetes ou doenças crônicas associadas à maior sobrevida, como cânceres e cirrose hepáti-

ca. Assim sendo a maioria, em algum momento da vida, necessitará de Cuidados Paliativos. Os Cuidados Paliativos seguem os mesmos preceitos dos outros pacientes, porém com algumas peculiaridades como: idade mais jovem, doença multissistêmica, dificuldade de prognosticar, interações medicamentosas, problemas psicossociais graves, entre outros. Isso leva à necessidade de treinamento multiprofissional específico.

Referências

1. AIRES, E. M.; BAMMANN, R. H. Pain in hospitalized HIV-positive patients: clinical and therapeutical issues. Braz J Infect Dis 2005; 9: 201-8.

2. BARRTLETT, J. A. Adressing the challenges of adherence. Acquir Immune Defic Syndr 2002. Suppl 1:52.

3. BHASKARAN, K.; HAMOUDA, O.; SANNES, M. Changes in the risk of death after HIV seroconversion compared with mortality in the general population. JAMA 2008. 300: 51-9.

4. BIGGAR, R. J.; ENGLES, E. A.; LY, S. Survival after cancer diagnosis in persons with AIDS. J Acquir Immune Defic Syndr 2005; 39: 293-9.

4. a.BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Controle de DST/AIDS. Boletim epidemiológico AIDS. Brasília. Ministério da Saúde 2010. Disponível no site: www.aids.gov.br

5. BREITBART, W. The undertreatment of pain in ambulatory AIDS patients. Pain 1996; 65: 243-9.

6. EGGER, M. Prognosis of HIV-1 infected patients starting Highly Active Antiretroviral Therapy: a collaborative analysis of prospective studies. Lancet 2002; 360:119.

7. FRICH, L. M. Pain and pain treatment in AIDS patients: a longitudinal study. J Pain Symptom Manage 2000; 19: 39-47.

8. HANSEN, N. Health-related quality of life in bereaved HIV-positive adults: relationships between HIV symptoms, grief, social support and axis II indications. Health Psychol 2009; 28: 249-57.

9. HUTTON, N; OLESKE, J. M. The Care of Children and Adolescents. In: A Clinical Guide to Supportive Palliative Care for HIV/AIDS, 2003 cap 20. US Department of Health and Human Services. Health Resources and Services Administration. HIV/AIDS Bureau. Diponível em: http://hab.hrsa.gov/tools/palliative/contents.html.

10. KARAKOUSIS, P. C.; MOORE, R. D.; CHAISSON, R. E. Mycobacterium avium complex in patients with HIV infection in the era of highly active antiretroviral therapy. Lancet Infect Dis 2004; 4: 557-65.

11. KARUS, D. Patient reports of symptom and their treatment of three palliative care projects services to individual with HIV-AIDS. J Pain Symptom Manage, 2005; 30: 408-17.

12. LARUE, E.; FONTAINE, A.; MCLLEAU, S. M. Underestimation and undertreatment of pain in HIV disease: multicentre study. BMJ 1997; 314: 23-8.

13. LIM, S. T.; KARIM, TULPULE, A. Prognostic factors in HIV- related diffuse large-cell lymphoma: before versus after highly active antiretroviral therapy. J Clin Oncol 2005. 23: 8477-82.

14. LOHSE, N.; HANSEN, A. B.; PEDERSEN, G. et al. Survival of persons with and without HIV infection in Denmark, 1995-2005. Ann Intern Med 2007; 146:87-95.

15. MAY, M.; STERNE, J. A.; SABIN, C. ET AL. The Antiretroviral Therapy (ART) Cohort Collaboration. Prognosis of HIV-1-infected patients up to 5 years after initiation of HAART: collaborative analysis of prospective studies. AIDS 2007. 21:1185-97.

16. MEYERS, F. J.; LINDER, J. F. Medical Care In Advanced AIDS. In: Clinical Guide to Supportive Palliative Care for HIV/AIDS, 2003, cap 23. US Department of Health and Human Services. Health Resources and Services Administration. HIV/AIDS Bureau. Disponivel em http://hab.hrsa.gov/tools/palliative/contents.htmal.

17. MOUNIER, N.; SPINA, M.; GISSELBREGHT, C. Modern management of non-Hodgkin lymphoma in HIV-infected patients. BR J Haematol 2007; 136: 685-98.

18. NORVAL, D. A. Symptoms and sites of pain experienced by AIDS patients. S Afr Med 2004; 9: 450-4.

19. O NEILL, J. F.; BARINI-GARCIA, M. HIV and palliative care. In: A Clinical Guide to Supportive Palliative Care for HIV/AIDS 2003 cap 1. US Department of Health and Human Services Health Resources and Services Administration. HIV/AIDS Bureau. Disponível em: http://hab.hrsa.gov/tools/palliative/contents.html.

20. Panel on Antiretroviral Guidelines for Adults and Adolescents. Guidelines for the use of antiretroviral agents in HIV-1-infected adults and adolescents. Department of Health and Human Services; 2009: 1-161. Available at: http://www.aidsinfo.nih.gov/ContentFiles/AdulandAdolescentGL.df. Acessed March 2,2011.

21. PERETTI-WATEL, P. Opinions toward pain management and palliative care:comparison between HIV-specialists and oncologists. AIDS Care 2004. 16: 619-27.

22. RABKIN, J. G. Prevalence of psychiatric disorders in HIV illness. International Review of Psychiatry 1996; 8: 157-66.

23. SACAJU, G.; RAVEIS, V. H.; SELWYN, P. Patients and family care givers experiences around highly active antiretroviral therapy (HAART). AIDS Care 2009; 21: 1528-36.

24. SELWYN, P. Palliative care for patient with human immunodeficiency virus/acquired immune deficiency syndrome. J Palliat Med 2005; 8: 1248-68.

25. SHEN, J. M.; BLANK, A.; SELWYN, A. Predictors of mortality for patients with Advanced Disease in an HIV palliative care program. J Acquir Immune Defic Syndr 2005. 40: 445-7.

26. SKIEST, D. J.; CROSBY, C. Survival is prolonged by highly active antiretroviral therapy in AIDS patients with primary central nervous system lymphoma. AIDS 2003; 17: 1787-93.

27. SIKKEMA, K. AIDS- related grief and coping with loss among HIV- positive men and women. J Behav Med 2003; 26: 165-81.

28. SIMS, R.; MOSS, V. A. Where to care. In: SIMS R;MOSS VA (Eds). Palliative care for people with AIDS. London: Edward Arnold 1995; xviii.

29. SINGER, E. F. Painful symptoms reported by ambulatory infected men in a longitudinal study. Pain 1993; 54: 15-9.

30. SMIT, C.; GESKUS, R.; WALKER, S. et al. The CASCADE Collaboration. Effective therapy has altered the spectrum of cause –specific mortality following HIV- seroconversion. AIDS 2006; 20: 71-9.

31. TARWATER, P. M.; GALLANT, J. E.; MELLORS, J. W. Prognostic value of plasma HIV RNA among highly active antiretroviral therapy users. AIDS 2004. 18: 2419-23.

32. SUMMERS, J. Gender, AIDS and bereavement: a comparison of women and man living with HIV. Death Study 2004; 28: 225-41.

33. UNAIDS. Boletim epidemiológico. Disponível no site: www.unaids.org.

34. WATSON m (eds). AIDS in adults. In: Oxford Handbook of Palliative Care. Oxford University Press. 1 ed. 2005, cap 8: 555.

Cuidado Paliativo em pediatria

Sílvia Maria de Macedo Barbosa

Epidemiologia da morte em pediatria

A morte em pediatria é um evento não natural e normalmente não esperado, embora seja uma realidade inquestionável. A incidência de pacientes pediátricos portadores de condições clínicas complexas tem aumentado no mundo moderno. Nos Estados Unidos, aproximadamente 55.000 crianças e adolescentes entre 0-19 anos morrem anualmente decorrente destas condições[1]. Um terço das mortes ocorre no período neonatal, metade no primeiro ano de vida e um quarto ocorre entre 15 a 19 anos.

Na cidade de São Paulo, segundo dados levantados no PRO AIM referentes ao ano de 2009, as mortes pediátricas de pacientes (0 a 19 anos) representaram 5,7% de todas as mortes. Deste total de mortes pediátricas, 58% ocorreram no primeiro ano de vida e 38% ocorreram no período neonatal. As causas de morte por condições clínicas complexas de 0 a 19 anos têm a seguinte apresentação por ordem de incidência: má formações e anormalidades cromossômicas, neoplasias, doenças neurodegenerativas e doenças cardiovasculares[2].

O paciente em Cuidados Paliativos pediátricos deve receber um atendimento altamente especializado, realizado por profissionais capacitados na área pediátrica. As crianças e adolescentes que são portadoras de patologias que limitam a vida e que são potencialmente fatais merecem uma reavaliação do ponto de vista cultural e organizacional sobre qual é o objetivo do cuidado. A partir do momento que a recuperação não é mais possível, deve-se oferecer dentro das possibilidades a melhor saúde possível aliada à melhor qualidade de vida, apesar da doença[3]. Este cuidado e apoio devem ocorrer a longo prazo.

O Cuidado Paliativo em pediatria deve ser considerado para uma gama de doenças que evoluem com condições clínicas complexas crônicas. Condições clínicas complexas crônicas são definidas como sendo uma condição médica que apresenta ao menos 12 meses de sobrevida e envolve o acometimento de um ou mais sistema de órgãos que necessitam do atendimento pediátrico especializado[4].

É importante a distinção entre os Cuidados Paliativos e o cuidado dos pacientes na sua terminalidade. Os cuidados terminais se referem ao cuidado das crianças e seus pais durante o tempo que está intimamente relacionado com a sua morte (semanas, dias ou horas). O Cuidado Paliativo inclui o cuidado terminal[3],

porém o cuidado ao paciente somente na terminalidade não completa todos os requisitos para os Cuidados Paliativos. Este conhecimento é importante, pois influencia a eligibilidade dos pacientes, norteia critérios e soluções adequados para um apropriado cuidado, principalmente no ambiente pediátrico.

Várias são as condições em pediatria que podem se beneficiar do Cuidado Paliativo, como as doenças congênitas incompatíveis com a vida, desordens cromossômicas, desordens metabólicas, condições cardíacas complexas e doenças neuromusculares, doenças respiratórias crônicas, pacientes portadores de necessidades especiais, como traqueostomia, oxigenoterapia, suporte nutricional por via enteral ou parenteral, doenças oncológicas e a AIDS podem se beneficiar de intervenções paliativas precoces. O que se pretende é a melhor qualidade de vida para o paciente e sua família, atendendo as necessidades físicas, psíquicas, espirituais e sociais.

Quatro são as condições de progressão de doença para o qual os Cuidados Paliativos estão indicados[1,5]:

1- Condições nas quais o tratamento potencialmente curativo falhou: doenças oncológicas e doenças cardíacas congênitas graves ou doenças cardíacas adquiridas graves.

2- Condições nas quais o tratamento intensivo a longo prazo pode se prolongar mas a morte prematura pode ocorrer: fibrose cística, infecção por HIV, desordens gástricas graves ou más-formações como gastrósquise, epidermólise bolhosa grave, insuficiência renal, onde a diálise ou o transplante não são possíveis ou não são indicados, imunodeficiências graves e distrofia muscular.

Obs.: a sobrevida neste grupo tem aumentado de maneira paulatina, decorrente dos progressos na ciência médica e maior *expertise* nos cuidados, ocorrendo um deslocamento da morte que antes ocorria na primeira infância para a adolescência e fase adulta jovem.

3- Condições progressivas nas quais o tratamento é quase exclusivamente paliativo, mas pode se estender por muitos anos: doenças neurodegenerativas, doenças metabólicas progressivas, anormalidades cromossômicas como a trissomia do 13 ou do 18 e formas graves de osteogênese imperfeita.

4- Condições neurológicas não progressivas que resultam em alta susceptibilidade às complicações e morte prematura: prematuridade extrema, sequelas neurológicas importantes ou de doenças infecciosas, lesões cerebrais hipóxicas.

Obs.: Este grupo merece atenção especial por se tratar de pacientes que apresentam uma grande sobrevida com grande envolvimento familiar.

A definição da Organização Mundial da Saúde enfatiza o conceito do cuidado total ativo dos pacientes e tem como meta a melhor qualidade de vida possível para os pacientes e suas famílias, consistente com os seus valores, independentemente da localização do paciente[6,7]. De uma forma ideal, o Cuidado Paliativo é uma intervenção precoce que deve ser instituída no tempo do diagnóstico através do curso da terapia curativa. Quando o processo de doença não responde mais às intervenções curativas, o foco do cuidado passa a ser a maximização da qualidade de tempo passados juntos pela criança e por seus familiares enquanto se minimizam o sofrimento e a dor. A intervenção paliativa precoce deve ser considerada para todos os pacientes que apresentam condições que colocam a vida em risco. Deve-se sublinhar que a relação entre os Cuidados Paliativos e os cuidados curativos não são de exclusão mútua. Os Cuidados Paliativos não são a filosofia do cuidado que substitui os esforços curativos ou que estendam o tempo de vida. Ao contrário, a terapia curativa e a terapia que maximiza o conforto e a qualidade de vida devem se sobrepor como componentes do cuidado[8].

Os Cuidados Paliativos pediátricos apresentam peculiaridades que o diferençiam dos cuidados de pacientes adultos e geriátricos. Decorrente das características do seu desenvolvimento, as crianças são um grupo de pacientes especial que merecem algumas reflexões no que tange ao seu cuidado[3].

Fato é que, afortunadamente, o número de casos pediátricos com doenças crônicas e/ou terminal que necessitam de Cuidados Paliativos é limitado. As variáveis das doenças, sua duração e prognóstico merecem atenção dentre as diversas condições que podem necessitar de Cuidados Paliativos pediátricos (doenças neurológicas, cardiovasculares, oncológicas, metabólicas, cromossômicas, respiratórias, infecciosas, efeitos da prematuridade, traumas, etc). Tais fatos implicam a complexidade do atendimento e seguimento[3].

Os pacientes pediátricos necessitam de uma abordagem terapêutica temporalmente longa sendo que na grande maioria dos casos as ações multidisciplinares necessárias são de natureza altamente complexa. O desenvolvimento da criança implica uma evolução física, emocional e cognitiva, sendo que este fato pode afetar todos os aspectos de seu cuidado, incluindo-se aí a dosagem dos medicamentos, a escolha dos métodos de comunicação e rede de apoio.

É importante lembrar o papel da família. Na prática pediátrica, os pais representam legalmente os seus filhos em todos os aspectos das decisões clínicas e terapêuticas, nas decisões éticas e sociais. As questões éticas e legais devem ser respeitadas. Quando o paciente é uma criança, nem sempre é fácil falar de liberdade de escolha, de respeito aos desejos dos pacientes e de seu direito a uma comunicação honesta e de qualidade. A referência legal são os pais da criança e/ou seu

responsável legal. Essas questões influenciam o cuidado pediátrico, tornando-o muito particular no modelo ideal de cuidado do paciente.

Os mesmos princípios que norteiam os Cuidados Paliativos da população adulta norteiam os Cuidados Paliativos pediátricos, ocorrendo algumas adaptações inerentes à faixa etária. O modelo de cuidado integral para oferecer o Cuidado Paliativo em crianças que estejam com a vida em risco ou em condições terminais é o proposto pela Academia Americana de Pediatria[9] e é baseada em cinco princípios:

1. Respeito a dignidade dos pacientes e suas famílias;
2. Acesso a serviços competentes e sensíveis;
3. Suporte para os cuidadores;
4. Melhorar o suporte profissional e social para os Cuidados Paliativos pediátricos;
5. Progresso contínuo dos Cuidados Paliativos pediátricos através da pesquisa e da educação.

Muitos estudos têm mostrado quais são as necessidades das crianças e suas famílias em Cuidados Paliativos[3]:

1- As famílias querem que seus filhos sejam tratados no domicílio e que sejam capazes de lá permanecer até a sua morte;
2- A criança quer ficar em casa;
3- Há uma insuficiência de recursos dedicados aos Cuidados Paliativos pediátricos;
4- A disponibilidade de rede de serviços de apoio é essencial e atualmente é inadequada;
5- O acesso aos serviços de Cuidados Paliativos pediátricos muitas vezes depende do local onde a criança vive e do tipo de doença (os serviços são mais facilmente disponíveis para pacientes com câncer);
6- A comunicação entre os diversos profissionais envolvidos no cuidado é limitada e atualmente inadequada;
7- Há a necessidade urgente de formação de profissionais e voluntários em paliativos pediátricos.

As intervenções oferecidas pelos Cuidados Paliativos pediátricos englobam três níveis:

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

Tabela 1: Elementos essenciais na abordagem do Cuidado Paliativo pediátrico[1]:		
Esfera Física	**Áreas de Avaliação**	**Plano**
Preocupação Física	Identificação da dor e dos outros sintomas	Criar e disseminar o tratamento farmacológico e não farmacológico;
		Medicação de emergência em casa
		Consulta com a equipe de Cuidados Paliativos se necessário
Preocupação psicossocial	Identificação dos medos e preocupações da criança e da família	Converse de forma honesta
		Assegure à família e à criança de que não serão abandonados
		Converse sobre as preocupações com os irmãos e o resto da família
	Identificação da forma de reação da criança e dos estilos de comunicação	Ajuste o cuidado às possibilidades de resposta da família e da criança e aos estilos de comunicação
		Comunicação com a criança segundo o grau de desenvolvimento
	Discussão de experiências prévias sobre a morte e sobre o morrer e outros eventos traumáticos	Modifique os planos de cuidados e as escolhas baseado nas experiências anteriores da criança
		Encaminhar, se necessário, a criança e seus familiares para profissionais de saúde mental
	Avaliação de recursos para o suporte do luto	Planeje o seguimento da família após a morte da criança
		Garanta a família que não serão abandonados
Preocupa-ções espirituais	Fazer uma avaliação das questões espirituais (rever os sonhos da criança, esperança, valores da vida, credos e fé)	Encaminhar paciente e sua família para o atendimento espiritual adequado
		Oferecer, se à família quiser, para explicar a doença, o atendimento do religioso responsável

Tabela 1: (Continuação)		
		Permitir que haja tempo para que a criança e sua família reflitam sobre os significados da vida e os seus propósitos
Cuidado avançado	Identificação dos responsáveis	Quem toma as decisões
		Comunicar a toda equipe de saúde responsável pelos cuidados o nome do responsável pelas decisões
	Discussão da trajetória da doença	Fornecer informações necessárias para o entendimento
		Estabelecer consenso sobre o que se espera da trajetória da doença
		Identificar os efeitos da doença na capacidade funcional da criança e na sua qualidade de vida
		Identificar tempo provável até a morte
	Identificar as metas do cuidado	Estabelecer se as medidas são curativas, incertas ou de conforto primário
		Comunicar as metas para a equipe de saúde
	Itens dos cuidados e preocupações próximas ao fim da vida	Criar ou disseminar os planos do cuidado, refletindo as escolhas para intervenções específicas relacionadas a mudanças no *status* de saúde
		Forneça informações antecipadas sobre as mudanças físicas que ocorrem próximo à morte, a quem chamar e quem manejará os sintomas da criança
Preocupa-ções práticas	Estabelecer comunicação e coordenação com a equipe médica	Identifique o coordenador do cuidado e mostre que o contato é sempre possível
		Inserir novos profissionais se necessário para alcançar as metas do cuidado (equipe de Cuidados Paliativos)

Tabela 1: (Continuação)		
		Plano de cuidado disponível para toda a equipe
	Preferências de local de cuidado para a criança e sua família	Garanta à criança e aos familiares que as metas do cuidado serão alcançadas independentemente do local do cuidado
		Converse sobre os planos sobre o local da morte, contatos na hora da morte.
	Conhecer domicílio e ambiente escolar da criança	Plano de cuidados que leva o ambiente em consideração
		Tentar visitar locais como a escola para promover educação e suporte, se possível em parceria com comunidades locais
	Avaliação do *status* corrente presente e futuro	Solicite equipamento hospitalar como cama hospitalar, cadeira de rodas e aspirador antecipando as necessidades da criança

A adequada gestão dos diversos sintomas do final da vida em pediatria é ainda inapropriada. Aliam-se aos problemas clínicos os problemas psíquicos, sociais e espirituais que também recebem pouca atenção, sendo que o subtratamento ocorre de uma forma global, havendo pouca disponibilidade de um atendimento correto ao paciente que necessita.

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

A importância do adequado manuseio da dor e dos outros sintomas implica a familiaridade no uso de estratégias terapêuticas farmacológicas e não farmacológicas para o tratamento da dor, dispneia, náusea e vômitos, sialorreia e convulsões. A consulta à equipe de Cuidados Paliativos pediátricos ou especialistas em dor não deve ser descartada.

A comunidade pediátrica sofre uma carência de experiência em lidar com a morte. Há na formação pediátrica geral e na específica uma falta de educação formal em Cuidados Paliativos.

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

A importância do tratamento da dor e dos outros sintomas no fim da vida deriva da alta prevalência dos sintomas e sofrimento. No último mês de vida, 89% das crianças com câncer relatam experiências de uma grande porção de sofrimento de pelo menos um sintoma, e 51% das crianças sofrem de três ou mais sintomas[10]. O manejo intensivo dos sintomas é prioridade do cuidado e requer uma avaliação dos sintomas, intervenções agressivas, reavaliações frequentes e flexibilidade para combinar as diversas modalidades terapêuticas.

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

Tabela 2: Medicações utilizadas para controle da dor:

Droga	Dose	Intervalo	Observações
DOR			
Paracetamol - VO	10-15mg/kg (Dose máxima: 2,6g)	6/6 horas	Necrose hepática dose dependente *Deficiência de G6PD*
Dipirona (VO ou EV)		6/6 horas	Agranulocitose fatal, púrpura, trombocitopenia, anemia aplásica, anemia hemolítica, rash, edemas, tremores, náuseas, vômitos, hemorragia
Lactentes	10mg/kg (1g)		

Tabela 2: Medicações utilizadas para controle da dor: (continuação)			
Pré-escolares	15mg/kg (1g)		gastrointestinal, anúria, reações alérgicas *Hipersensibilidade e discrasia sanguínea*
Escolares	25mg/kg (2g)		
Adolescentes/ adultos	25-30mg/kg (3g)		
Ibuprofeno (> 6 meses)	5-10mg/kg (40mg/kg)	6/6h -8/8h	Irritação gástrica, alt função plaquetária, náuseas, vômitos, diarreia, azia, constipação *Diástese hemor rágica, pós-operatório com risco de sangramento*
Adultos	200-600mg	6/6h - 8/8h	
Naproxeno (>2 anos)	5 a 7mg/kg	8/8h a 12/12h	Irritação gastrointestinal, plaquetopenia, cefaleia, tontura, vertigem, zumbido *Diástese hemorrágica, pós-operatório com risco de sangramento*
Cetoprofeno (>1 ano) VO 1 a 7 anos 7 a 11 anos >11 anos	 1mg/kg 25mg 50mg	6/6h a 8/8h	Irritação gastrointestinal, broncoespasmo, plaquetopenia, cefaleia, tontura *Diástese hemorrágica, pós-operatório com risco de sangramento, doentes renais, úlceras de estômago ou duodeno*

Tabela 2: Medicações utilizadas para controle da dor: (continuação)			
Cetorolaco (>2 anos) IV IM	 0,5 a 0,8mg/kg 1mg/kg	 6/6h a 8/8h 6/6h a 8/8h	Irritação gastro-intestinal *Diástese hemorrágica, pós-operatório com risco de sangramento, lactentes, doentes renais, úlceras de estômago ou duodeno*

Opioide	**Dose inicial**	**Intervalo entre doses**
Codeína Oral	0,5 a 1mg/kg 120mg/dose – dose máxima	4/4h a 6/6h
Tramadol Oral/Parenteral	0,7 a 1mg/kg Dose máxima: 100mg/dose (400mg/dia)	4/4h a 6/6h
Morfina Oral (ação rápida)	0,2 a 0,5mg/kg	4/4h
Morfina Parenteral	0,1mg/kg	4/4h
Oxicodona (Oral liberação lenta)	**	12/12h
Metadona Oral	0,1 a 0,2mg/kg	6/6h a 12/12h***
Metadona Parenteral	0,1mg/kg	6/6h a 12/12h***
Fentanil Parenteral	1mcg/kg (1mcg/kg/h)	1/1h ou ev contínuo
Fentanil Transdérmico	A conversão para uso deve ocorrer apos a titulação com a morfina	48/48h a 72/72h

Tabela 3: Medicamentos adjuvantes[10]:		
COANALGÉSICOS		
Medicamento	**Dose**	**Comentários**
ANTIDEPRESSIVOS		
Amitriptilina Dor neuropática contínua, com insônia	0,2 a 0,5mg/kg 1x/d Aumentar 0,25mg/kg a cada 5 a 7 dias se necessário	Analgesia pelo bloqueio da recaptação de serotonina e norepinefrina (retarda transmissão do impulso doloroso) Auxilia na dor associada à depressão (utilize nortriptilina se o paciente estiver sedado) Efeitos analgésicos percebidos antes que antidepressivos Efeitos colaterais: boca seca, constipação, retenção urinária
ANTICONVULSIVANTES		
Gabapentina Dor neuropática	5mg/kg à noite Aumentar para 2x/d no D2 e 3x/d no D3 Dose máx 3.600mg/d	Mecanismo de ação desconhecido Efeitos colaterais sedação, ataxia, nistagmo, tontura
Carbamazepina Dor neuropática lancinante Neuropatias periféricas Dor do membro fantasma	**<6anos** 2,5 a 5mg/kg 2x/d Aumentar 20mg/kg/d divididos 2x/d a cada semana; máx. 100 mg/d 2x/d **6 a 12 anos** 5mg/kg 2x/d Aumentar 10mg/kg/d divididos 2x/d a cada semana; máx. 100mg/dose 2x/d **>12 anos** 200mg 2x/d Aumentar 200mg/d divididos 2x/d a cada semana; máx. 1,6 a 2,4 g/d	Efeito analgésico semelhante ao da amitriptilina Monitorizar níveis séricos para toxicidade Efeitos colaterais: pancitopenia, ataxia, irritação gastrointestinal
ANSIOLÍTICOS		
Lorazepam Espasticidade	0,03 a 0,1mg/kg 4/4h a 6/6h	Pode aumentar a sedação se associado a opioides

Tabela 3: Medicamentos adjuvantes[10]: (continuação)		
muscular ou ansiedade	Dose máx 2mg/dose	Pode causar depressão com uso prolongado
Diazepam	0,1 a 0,3mg/kg 4/4h a 6/6h Dose máx. 10mg/dose	
Hidrato de Cloral Agitação	25 a 100mg/kg 6/6h Dose máx. 1g/dose ou 2g/dia	Sem efeito analgésico, não causa depressão respiratória. Efeito cumulativo Efeitos colaterais: irritação gástrica potencia anticoagulantes. Evitar em neonatos, disfunção renal e hepática e sedação prolongada

Tabela 4: Controle de vômitos e constipação[10]:		
Sintoma	**Medicamento**	**Técnicas não farmacológicas**
Constipação	Óleo Mineral: 1 a 2 colheres de chá por dia Leite de Magnésia: <2 anos - 0,5ml/kg/dose 1x/dia 2 a 5 anos - 5 a 15ml por dia 6 a 12 anos - 15 a 30ml 1x/dia >12 anos 30 a 60ml 1x/dia Lactulose: 7,5ml/dia após café da manhã Adulto 15 a 30ml por dia Polietilenoglicol (PEG) 1 envelope (54,8g) diluído em 1 litro de água (conservar em geladeira até 3 dias) Iniciar com 50 a 100ml 1 ou 2 vezes ao dia e titular dose até efeito desejado (pode ser administrado na sopa ou papa)	Aumentar ingesta hídrica Suco de ameixa, farelo de trigo, aveia, vegetais
Vômitos	(relatos episódicos de uso para vômitos por outras causas) 0,1 a 0,15mg/kg/dose 8/8h ou 12/12h (até 4/4h) Dose máxima 8mg/dose	Relaxamento Respiração profunda e lenta

Tabela 4: Controle de vômitos e constipação[10]: (continuação)		
	Dimenidrato (oral, IM, IV): 1,25mg/kg/dose 6/6h 2 a 6 anos máx. 75mg/dia 6 a 12 anos máx. 150mg/dia >12 anos máx. 300mg/dia Ondansetrona (oral, IV): indicado para vômitos por quimioterapia ou radioterapia (relatos episódicos de uso para vômitos por outras causas) 0,1 a 0,15mg/kg/dose 8/8h ou 12/12h (até 4/4h) Dose máxima 8mg/dose	

Referências

1. 1- HIMELSTEIN, B. P.; HILDEN, J. M.; BOLDT, A. M. et al. Pediatric palliative care. N Engl J Med 2004; 350(17):1752-62.

2. 2- PROAIM – prefeitura de São Paulo, acessado em 29/12/2011.

3. BENINI, F.; SPIZZICHINO, M.; TRAPANOTTO, M.; FERRANTE, A. Pediatric Palliative Care. Italian Journal of Pediatrics. 2008; 34;4.

4. 3 - FEUDTNER, C.; HAYS, R. M.; HAYNES, G. et al. Deaths attributed to pediatric complex chronic conditions: national trends and implications for supportive care services. Pediatrics 2001; 107(6):E99-103.

5. 4 - GOLDMAN, A. ABC of palliative care: special problems of children. BMJ 1998;316(7124):49-52.

6. 5 - LEVETOWN, M. Compendium of pediatric palliative care: Children's International Project on Palliative/Hospice Services (ChIPPS). Alexandria (VA)7 National Hospice and Palliative Care Organization; 2000.

7. 6 - American Academy of Pediatrics Committee on Bioethics and Committee on Hospital Care. Palliative care for children. Pediatrics 2000;106(Pt 1):351-7.

8. ANGHELESCU, D. L.; OAKES, L.; HINDS, P. S. Palliative care and Pediatrics. Anesthesiology Clin N Am 24 (2006) 145-161.

9. American Academy of Pediatrics Committee on Bioethics and Committee on Hospital Care. Palliative care for children. Pediatrics 2000;106(Pt 1):351-7.

10. WOLFE, J.; GRIER, H. E.; KLAR, N. et al. Symptoms and suffering at the end of life in children with cancer. N Engl J Med 2000;342(5):326-33.

11. OLIVEIRA, R. A. Grupo de Trabalhos em Cuidados Paliativos CREMESP. C Cadernos Cremesp. Cuidado Paliativo. 2008.

Cuidados Paliativos nas demências

Cláudia Burlá
Daniel Lima Azevedo

Conceito

Demência é um prejuízo adquirido e permanente da capacidade intelectual que afeta pelo menos três das cinco áreas da cognição: memória, linguagem, capacidade visoespacial, emoção e personalidade. As principais causas de demência são a Doença de Alzheimer (60-70% dos casos) e as demências vasculares, por corpos de Lewy e frontotemporal. O risco de uma pessoa ser portadora de demência dobra a cada cinco anos a partir dos 60 anos de idade, de modo que se estima, aproximadamente 50% das pessoas com 85 anos apresentam algum tipo de demência. Esse percentual alarmante, aliado ao atual envelhecimento populacional, torna premente a discussão dos Cuidados Paliativos nas demências, uma vez que o número de pessoas dementadas crescerá exponencialmente nas próximas décadas[1]. Este capítulo toma como base a Doença de Alzheimer para discutir a abordagem paliativa nas demências.

Diagnóstico

Conforme o texto revisado da quarta edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM IV-TR), a Doença de Alzheimer é definida por múltiplos déficits cognitivos. Para o diagnóstico da Doença de Alzheimer, além da memória, que obrigatoriamente tem que estar comprometida, deve estar presente pelo menos uma das seguintes alterações: afasia (distúrbio da linguagem), apraxia (distúrbio da execução), agnosia (incapacidade para identificar objetos) e disfunção executiva (incapacidade de planejamento e pensamento abstrato). As alterações são graves e causam prejuízo do funcionamento ocupacional e social de uma pessoa que antes era capaz de desempenhar adequadamente suas funções. O diagnóstico depende da anamnese e as informações prestadas por cuidadores ou familiares do paciente são vitais, uma vez que este costuma já apresentar dificuldade para reconhecer suas próprias limitações. Após anamnese, exame físico e avaliação cognitiva, exames laboratoriais ajudam a descartar causas potencialmente reversíveis de demência (como hipotireoidismo e hipovitaminose B12) e métodos de imagem cerebral contribuem para a exclusão de outras causas (como hematoma subdural, tumor ou hidrocefalia).

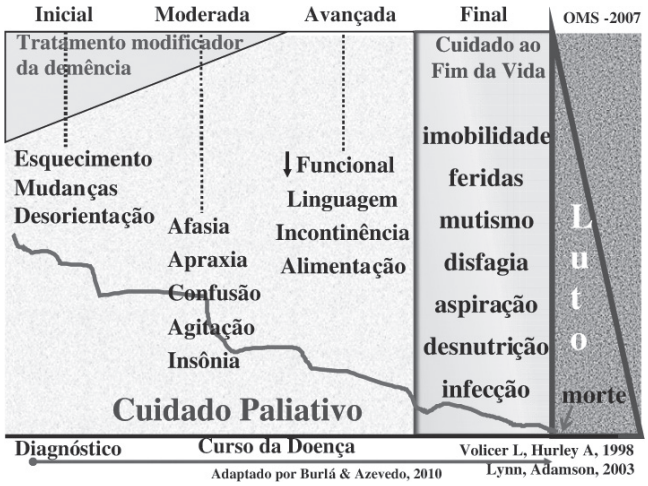
Em 2011, a *Alzheimer's Association* e o *National Institute on Aging* publicaram uma atualização de diretrizes sobre o diagnóstico da Doença de Alzheimer[2]. Os novos critérios reconhecem uma fase pré-clínica da doença na qual biomarcadores podem ser detectados mesmo enquanto a pessoa ainda não desenvolveu qualquer prejuízo cognitivo e uma fase pré-demência em que existe alteração cognitiva leve, evidenciada por comprometimento objetivo em uma das áreas da cognição (tipicamente a memória) sem declínio funcional. Acredita-se que, com a incorporação desses critérios, o número de casos diagnosticados de Doença de Alzheimer seja ainda maior do que o previamente estimado. Dados do *World Alzheimer Report 2011* alertam para o fato de que existem atualmente 36 milhões de pessoas dementadas em todo o planeta, das quais 28 milhões não receberam um diagnóstico e, portanto, não têm acesso a tratamento, cuidado e rede de suporte[3]. Estabelecer um diagnóstico formal de demência é fundamental para possibilitar que isso mude.

A Doença de Alzheimer é progressiva e, no momento atual, incurável desde o momento do diagnóstico. Seu curso previsível, assim como o de outras doenças crônicas, faz com que ela seja um modelo ideal para a aplicação de Cuidados Paliativos. Afinal, ao longo de sua evolução, o profissional tem a oportunidade de conhecer bem a pessoa portadora da doença, estreitar os laços com a família e discutir antecipadamente os cuidados que serão adotados.

As fases evolutivas da demência pela Doença de Alzheimer

Didaticamente, a evolução da demência pela Doença de Alzheimer pode ser dividida em 4 fases, ao longo das quais aumenta o grau de dependência da pessoa doente para as atividades da vida diária[4] (Figura 1).

Figura 1



A fase inicial, que dura em média dois a quatro anos, caracteriza-se por dificuldade de adaptação a novas situações e confusão espacial. Durante a fase intermediária, que pode durar de dois a dez anos, costumam surgir agitação, insônia, afasia e apraxia, com confusão mental cada vez mais acentuada. Na fase avançada, de duração imprecisa, ocorrem prejuízos mais graves de linguagem, incontinência e dificuldades de alimentação. A capacidade funcional do paciente encontra-se francamente prejudicada e ele passa a depender cada vez mais do auxílio dos cuidadores para executar até mesmo as tarefas mais simples, como tomar banho e comer. Já a fase final (Quadro 1), que dura de um a três anos, caracteriza-se por mutismo, disfagia, desnutrição e imobilidade. Podem surgir ulcerações na pele em decorrência da pressão prolongada do corpo sobre uma superfície. É comum o paciente aspirar comida ou saliva para as vias respiratórias e desenvolver pneumonia. O processo de morrer tende a ser lento e a morte acontece, na maioria dos casos, por infecção respiratória. Nessa fase, a intervenção medicamentosa é pouco eficiente e cuidados intensivos e proteção passam a ser mais importantes.

Quadro 1 - Reconhecendo a fase final da demência

- comunicação verbal precária evoluindo para o mutismo
- máxima dependência funcional para atividades de vida diária
- alimentação pela via oral comprometida
- perda de peso
- risco de broncoaspiração
- infecções recorrentes
- incontinência urinária e fecal

Por ser uma doença cronicodegenerativa, existe um desgaste considerável das relações familiares, com alto risco de sobrecarga e estresse dos cuidadores. O custo físico e emocional sobre os membros da família está bem documentado, bem como sua tristeza à medida que, lentamente, perdem em vida a pessoa que conheciam. A intervenção paliativa, que por definição contempla os familiares da pessoa doente, exige que a família seja acolhida no duro processo de participar da dissolução cognitiva e funcional de uma pessoa.

Uma dificuldade na prática clínica diária é definir o prognóstico de uma demência, o que tem relação com a clássica pergunta dos familiares: quanto tempo de vida ainda resta? É possível estimar que a expectativa de vida seja menor do que seis meses quando um paciente preenche todos os critérios de demência avançada pela Escala de Avaliação Funcional (FAST) e apresenta pelo menos uma complicação clínica (conforme o Quadro 2, baseado nas diretrizes da *National Hospice and Palliative Care Organization* [NHPCO][5,6]).

Quadro 2 - Critérios de elegibilidade para Cuidados Paliativos na demência

• **FAST:**
- incapaz de caminhar, vestir-se e tomar banho sem ajuda
- incontinência urinária ou fecal, intermitente ou constante
- ausência de comunicação verbal significativa, capacidade de fala limitada
• **Complicações clínicas:**
- pneumonia por aspiração
- pielonefrite ou outras infecções do trato urinário superior
- sepse
- múltiplas úlceras por pressão
- febre recorrente após antibioticoterapia
- incapacidade de manter ingestão líquida e calórica suficiente
- perda de 10% do peso nos seis meses anteriores
- nível de albumina sérica inferior a 2,5g/dl

Modalidades de Intervenção

Uma equipe interdisciplinar é essencial nos cuidados a uma pessoa portadora de Doença de Alzheimer. Médico, enfermeiro, psicólogo, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, musicoterapeuta, nutricionista, assistente social e odontólogo precisam trabalhar em conjunto e falar a mesma linguagem para atingir os objetivos do cuidado (Quadro 3). Ao longo da progressão da demência, as intervenções são dinâmicas, porém o foco reside sempre no conforto do paciente e de seus familiares, com base no alívio e na prevenção das complicações.

Quadro 3 - Objetivos do cuidado na demência

• Identificar e tratar intercorrências clínicas
• Estimular o uso da via oral para alimentação
• Reconhecer a caquexia da demência avançada
• Manter a integridade da pele
• Assegurar o funcionamento intestinal adequado
• Otimizar a utilização de fármacos
• Trabalhar em equipe multi-interdisciplinar
• Reconhecer os distúrbios do comportamento
• Maximizar e manter a capacidade funcional
• Oferecer suporte psicológico ao paciente e seus familiares

O controle dos sintomas

As intercorrências clínicas devem ser avaliadas de maneira minuciosa, uma vez que assumem manifestações atípicas em pacientes idosos com demência. O que costuma ocorrer, no caso de uma pneumonia aguda, é taquipneia com piora da confusão mental e da capacidade funcional, ao invés do quadro clássico de febre com tosse produtiva e dispneia. Da mesma forma, o *delirium* tem que ser avaliado com rapidez, pois é um quadro de urgência multifatorial, podendo ter como causas infecção, dor, constipação, distúrbio eletrolítico e efeito colateral de medicação, entre outras. Quedas também são um sinal de alerta cujas causas precisam ser pesquisadas à exaustão: calçados inadequados, ambiente não adaptado, privação sensorial, infecções, hipotensão ortostática induzida por fármacos, entre outras. O trabalho do profissional que lida com demência lembra o de um detetive, pois ele muitas vezes já não conta com informações claras prestadas pelo paciente e precisa se basear em pistas da história e do exame físico rigoroso para elucidar o diagnóstico. Talvez o maior desafio, nessa situação, seja o diagnóstico da causa de dor em paciente com demência com grave prejuízo da linguagem, quando é fundamental observar o que provoca a *facies* de dor para tentar solucionar o problema[7].

Transtorno do humor e distúrbio do comportamento são frequentes ao longo da evolução de uma demência e costumam causar sobrecarga para o cuidador quando não adequadamente tratados. Os transtornos mais frequentes são apatia, depressão, agitação, agressividade e delírios. Apresentam curso flutuante, com períodos de franca exacerbação. O tratamento deve sempre começar pelas medidas não farmacológicas[(8)]. A adoção de rotinas e de um programa de exercícios contribui para reduzir a inquietude e a perambulação. A pessoa com demência deve ser integrada às atividades da casa, evitando-se o isolamento e a privação de estímulos. Além disso, deve-se procurar reorientá-la para a realidade por meio de relógios, calendários e fotos. Quando se identifica uma causa de agitação, a mesma precisa ser evitada.

Nos casos em que essas medidas não são suficientes para tratar o distúrbio, é necessário empregar fármacos de maneira criteriosa, começando com a menor dose possível e aumentando-a gradativamente. Os anticolinesterásicos representam uma categoria interessante de medicamentos cujo maior benefício parece ser justamente sobre os transtornos de comportamento. Além disso, podem induzir também modestos ganhos cognitivos ou funcionais quando utilizados na fase inicial ou moderada da Doença de Alzheimer. Para uso enteral estão disponíveis donepezil, galantamina e rivastigmina, os quais podem induzir efeitos gastrointestinais indesejáveis (náusea, vômitos, diarreia) que geralmente são transitórios,

mas que, em alguns casos, ocorrem de forma persistente ou intensa, obrigando a suspensão do tratamento. A rivastigmina também pode ser usada por via transdérmica, uma alternativa interessante que reduz a incidência dos efeitos colaterais. Quanto aos antipsicóticos, deve-se dar preferência aos atípicos, como risperidona, quetiapina e olanzapina, que induzem menos efeitos colaterais. São fármacos com risco de aumento da mortalidade por eventos cerebrovasculares[9] e, portanto, devem ser empregados por períodos curtos, com reavaliação frequente de sua indicação. A dose inicial recomendada é sempre a menor possível (por exemplo, 0,125 mg/dia de risperidona), com aumento progressivo da dose a cada cinco ou sete dias. Já os antidepressivos, como citalopram ou trazodona, costumam ser úteis no tratamento de transtornos de humor, agitação ou insônia[10]. Em suma, o que se observa é que existe uma ampla gama de alternativas farmacológicas para abordagem desses transtornos. O médico deve tomar o cuidado de conhecer a fundo a farmacologia, os efeitos colaterais e as interações medicamentosas de cada um desses medicamentos antes de incorporá-los ao seu arsenal terapêutico.

É fundamental manter a função intestinal, uma vez que constipação pode ser causa de grande desconforto e agitação. Para tanto, podem ser usados laxativos por via oral ou retal.

Um ponto que não deve ser negligenciado é o cuidado com a integridade da pele. Úlceras por pressão e lesões por umidade são causas evitáveis de intenso desconforto. Deve ser usado colchão de viscoelástico ou de pressão alternante associado à loção de ácidos graxos essenciais. Fraldas descartáveis precisam ser trocadas sempre que estiverem úmidas, e o lençol do colchão deve estar esticado ao máximo para evitar cisalhamento.

Durante toda a evolução da demência, a família e os cuidadores podem receber instruções valiosas sobre como lidar com o paciente (Quadro 4). Existe uma tendência natural a auxiliar o paciente na execução de tarefas, seja por receio de que ele não consiga concluí-las ou para acelerar a prestação de cuidados. Por exemplo, um paciente pode ter dificuldade em vestir uma roupa ou se levantar, e o cuidador, instintivamente, toma a iniciativa e passa a vesti-lo ou a estender os braços para apoiá-lo no momento de sair de uma cadeira para caminhar. Essa postura de "desamparo induzido" deve ser evitada, pois leva à dependência precoce[11]. Um dos papéis do cuidador é estimular a independência da pessoa dementada. Para isso, ele deve gentilmente insistir que a pessoa execute as tarefas sozinha, oferecendo auxílio somente quando solicitado ou em situação de necessidade. A iluminação dos ambientes deve ser adequada, com uma luz, preferencialmente incandescente, suave ou de rodapé durante a noite a fim de reduzir a incidência de quedas. Barras de segurança em corredores e no banheiro ajudam a manter a independência.

Quadro 4 - Como orientar a família e os cuidadores

• Agenda diária e rotina do paciente
• Avaliação e intervenção ambiental
• Evitar isolamento e falta de estimulação
• Terapia de orientação para a realidade
• Exercícios para diminuir a inquietude
• Estímulo à formação de grupos
• Serviços de apoio à família

A morte, na maioria das vezes, acontece em decorrência de infecções (pneumonia, infecção urinária ou originada em úlcera por pressão) ou por incapacidade de manter ingesta hídrica ou calórica compatível com a vida. Os profissionais precisam concentrar esforços para tornar o ambiente mais acolhedor, o que pode ser feito com música e intervenção religiosa, se conveniente.

Alimentação na fase final

A manutenção do estado nutricional constitui um grande desafio, uma vez que vários fatores interferem na aceitação da dieta, e a pessoa dementada, em sua fase final, torna-se intensamente catabólica. Deve-se ter cuidado ao prescrever fármacos anorexígenos (como fluoxetina – contraindicada para pessoas idosas – e digoxina) ou anticolinérgicos (amitriptilina, por exemplo), que não devem ser usados em idosos dementados. Próteses dentárias bem adaptadas favorecem a alimentação adequada. A consistência e o teor dos alimentos variam conforme a aceitação do paciente e a presença de dificuldade de mastigação ou deglutição. É indicada a introdução precoce do acompanhamento fonoaudiológico para controle de disfagia e redução do risco de broncoaspiração. Já o acompanhamento fisioterápico contribui para retardar a instalação de imobilidade e preservar a independência. Assume especial relevância na fase avançada de doença, quando evita anquiloses e otimiza a dinâmica respiratória, prevenindo atelectasias.

O que fazer diante da recusa alimentar da fase final de demência? A decisão de iniciar ou não alimentação artificial é uma das mais difíceis para familiares e profissionais. Disfagia, anorexia progressiva e a consequente sarcopenia fazem parte da evolução habitual da doença e não devem ser encaradas como intercorrências que precisam ser revertidas. Parar de comer é uma das mais tranquilas e confortáveis formas de morrer[12]. Pessoas com cognição intacta que estão morrendo por outras causas com frequência não sentem fome ou sede. As funções corporais vão deixando de funcionar e alimentos e líquidos deixam de ser necessários[13]. A família precisa estar devidamente orientada sobre isso. Embora a

confecção de gastrostomia por via endoscópica tenha se tornado comum em função da relativa facilidade técnica do procedimento, existem evidências de que a gastrostomia não aumenta a sobrevida, não melhora as condições de nutrição, não melhora a imunidade e não previne broncoaspiração de secreção bucal[14]. Além disso, a gastrostomia pode ser fonte de desconforto e de infecções cutâneas. Por essa razão, é razoável respeitar a recusa alimentar da pessoa com demência avançada, que deve ditar a quantidade e o horário do alimento que deseja receber. Não existe restrição dietética: permite-se que ela consuma seus alimentos preferidos e à vontade. A mucosa oral tende a se ressecar pela recusa de líquidos ou por efeito colateral de medicações, e deve-se atentar para que ela fique constantemente hidratada usando-se gaze embebida em água ou gelo picado.

Comentários finais

Todo caso de demência representa uma história de perdas, com profundas repercussões sobre a família que acompanha o declínio cognitivo, social e motor de um ente querido. Na fase final da doença, a família lida com uma pessoa emagrecida, restrita ao leito, com imobilismo, incapaz de se comunicar e com máxima dependência. A demência é uma doença que submete a família ao processo de luto antecipatório de uma pessoa que ainda vive.

Sugere-se a introdução, ao longo do cuidado, de suporte psicológico para permitir que a família trabalhe sua relação emocional e afetiva com o paciente, que mantém sua identidade até o momento da morte. Grupos de apoio voluntários ou vinculados a instituições costumam oferecer uma boa oportunidade para reunir e instruir familiares e cuidadores.

A fase final da doença é caracterizada por fragilidade, declínio funcional e falência orgânica. Nessa situação, o paciente encontra-se em situação irreversível ante qualquer terapêutica aplicada. Diante do comprometimento de sua autonomia, ou seja, sua incapacidade de tomar decisões, a família e a equipe enfrentam conflitos éticos e precisam fixar bem o objetivo do tratamento. O foco deve ser o cuidado da pessoa, e não de um determinado órgão ou sistema que já se encontra em condição de falência evidente. Nas palavras de Cicely Saunders, "lembre-se que uma pessoa é um ser integral, física e espiritualmente, e a atitude para com essa pessoa deve ser de respeito. Cuidar de quem está morrendo é, acima de tudo, agir com respeito a essa pessoa". Nesse momento, exigem-se do profissional o máximo de competência técnica no controle dos sintomas e a sensibilidade para uma comunicação efetiva com os familiares, acolhendo suas dúvidas e os tranquilizando. Acima de tudo, diante da fragilidade em que os pacientes se encontram, o profissional tem o dever de protegê-los de iatrogenias.

Bons Cuidados Paliativos representam uma questão de saúde pública. A demência pode ser uma doença previsível, mas seu ritmo evolutivo, não. Com a expectativa de aumento da prevalência das demências ao longo das próximas décadas, os profissionais de saúde devem estar preparados para lidar com os aspectos particulares da evolução dessas doenças, reconhecendo a finitude e proporcionando aos pacientes um fechamento digno para suas histórias de vida.

Referências

1. OLSON, E. Dementia and Neurodegenerative diseases. In MORRISON, R. S.; MEIER, D. E. eds. Geriatric Palliative Care. Oxford, Oxford University Press, 2003; 160-72.

2. JACK, C. R. JR.; ALBERT, M. S.; KNOPMAN, D. S.; MCKHANN, G. M.; SPERLING, R. A.; CARRILLO, M. C.; THIES, B.; PHELPS, C. H. Introduction to the recommendations from the National Institute on Aging and the Alzheimer's Association workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease. Alzheimers Dement. 2011 May;7(3):257-62. Epub 2011 Apr 21.

3. PRINCE, M.; BRYCE, R.; FERRI, C. World Alzheimer Report 2011: The benefits of early diagnosis and intervention. Alzheimer's Disease International. September 2011.

4. LYNN, J.; ADAMSON, D. M. Living well at the end of life: adapting health care to serious chronic illness in old age. Arlington: Rand Health, 2003.

5. National Hospice Organization. STUART, B.; HERBST, L.; KINZBRUNNER, B. et al. Hospice Care: A Physician's Guide. Published by National Hospice and Palliative Care Organization, Arlington, VA, 1998.

6. SCHONWETTER and cols. Predictors of six-month survival among patients with dementia: an evaluation of hospice guidelines. Am J Hosp Palliat Care 2003;20:105-13.

7. BURLÁ, C.; AZEVEDO, D. L. Paliação: cuidados ao fim da vida. In Freitas EV, Py L, Cançado FAX, Doll J, Gozoni ML eds. Tratado de Geriatria e Gerontologia. 3ª ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 2011; 1226-1241.

8. FULTON, A. T.; RHODES-KROPF, J.; CORCORAN, A. M.; CHAU, D.; CASTILLO, E. H. Palliative care for patients with dementia in long-term care. Clin Geriatr Med 27(2011) 153-170.

9. KALAPATAPU, R. K.; SCHIMMING, C. Update on neuropsychiatric symptoms of dementia: Antipsychotic use. Geriatrics. 2009;64(5):10-18.

10. KALAPATAPU, R. K.; NEUGROSCHL, J. A. Update on neuropsychiatric symptoms of dementia: Evaluation and management. Geriatrics. 2009;64(4):20-26.

11. SHERMAN, F. T. Learned helplessness in the elderly. Geriatrics. 2009;64(2):6-7.

12. BYOCK, I. Dying well: peace and possibilities at the end of life. Riverhead Books, 1997.

13. HURLEY, A. C.; VOLICER, L. Alzheimer Disease. In JcPhee SJ, Winker MA, Rabo MV, Pantilat SZ, Markowitz AJ eds. Care at the Close of Life. New York, McGraw-Hill, 2011; 147-159.

14. CERVO, F. A.; BRYAN, L.; FARBER, S. Feeding tubes in patients with advanced dementia: The decision-making process. Geriatrics 2006;61(May):30-35.

Nutrição em Cuidados Paliativos

Ricardo Tavares de Carvalho
Lais Yassue Taquemori

Introdução

O consumo de alimentos e bebidas é parte fundamental da cultura de todos os povos. É considerado, além de um meio de subsistência, uma experiência prazerosa que ajuda a promover conforto, comunicação e interação social. Alimentar-se, pode também ajudar o indivíduo a manter seu senso de autonomia e esse pode ser o fato que dá sentido a uma vida.

Além de o alimento ser fonte de energia e força, para muitos, "comida é amor". Por essa razão, o alimento é parte integrante de eventos e comemorações nas diferentes culturas.

O alimento desempenha um papel central na vida de todos nós. Este fato não é alterado com o passar do tempo ou com a instalação de uma doença grave. Entretanto, numa condição de doença grave, o alimento acaba sendo mais notado pela sua ausência ou pelas dificuldades na sua ingestão do que pela sua presença e prazer proporcionados.

Anorexia e perda de peso são achados frequentes em diversas doenças em evolução final e podem ocorrer por uma série de razões. Podem estar relacionadas ao processo da doença em si, devido ao tratamento, como resultado de distúrbios metabólicos ou até de um quadro depressivo secundário. Nestes casos, o diagnóstico muitas vezes não é realizado.

Entretanto, para o adequado manuseio das questões referentes à nutrição e hidratação no fim da vida, é crucial que seja entendido o contexto do surgimento desses sintomas e o seu significado para os pacientes e seus familiares. Como resultado disso, é comum considerar-se a nutrição artificial como um cuidado básico e não um tratamento médico.

Cabe à equipe de saúde compreender essas questões e informar, orientar pacientes, familiares e cuidadores da distinção que existe entre o alimento que consumimos e compartilhamos e a nutrição artificial.

Os objetivos do suporte nutricional em Cuidados Paliativos vão variar à medida que a doença evolua. Nos estágios iniciais, quando o paciente encontra-se em tratamento, o objetivo é garantir que ele receba nutrientes em quantidades suficientes para restaurar ou manter seu estado nutricional, visando:

- Adequar-se às demandas metabólicas geradas pela doença e pelo tratamento.
- Reparar tecidos e prevenir infecção.
- Promover uma sensação de bem-estar e qualidade de vida.

À medida que o fim da vida se aproxima, os objetivos mudam. O alimento continua sendo ofertado, mas a ênfase agora está na qualidade de vida e no alívio do sofrimento, não como uma terapêutica ativa para promover adequação nutricional. Se a melhora da qualidade de vida e o alívio do sofrimento não podem ser evitados por meio da alimentação, ela passa a ser fútil nesse contexto. Entretanto, aspectos contextuais da família podem tornar, mesmo nessa situação, o fornecimento de suporte nutricional enteral uma conduta desejável.

A progressiva piora do estado nutricional é frequente fonte de tensão entre os pacientes, cuidadores e profissionais de saúde. As refeições dão o ritmo do dia e, para muitos, é uma importante referência têmporo-espacial. Um paciente desnutrido pode passar a não tolerar a terapêutica e isso pode levar a uma sensação de culpa. A incapacidade de participar das refeições pode trazer sentimentos de isolamento da sua família.

Minimizar o estresse e maximizar o conforto devem ser os objetivos finais. Nesse sentido é importante reforçar aos cuidadores que seu papel é fundamental mesmo que haja recusa do paciente em relação ao alimento que ele prepara. É importante deixar claro que não há rejeição pessoal ou falta de afeto.

Finalmente, como sempre em Cuidados Paliativos, deve-se acessar as necessidades e desejos do paciente e familiares com objetivos claros para modificar ou até interromper a alimentação quando esses objetivos não possam mais ser atingidos.

Alterações metabólicas ligadas ao jejum

A privação prolongada de alimentos está associada a uma série de modificações metabólicas e psicológicas, tendo sido encarada, por algumas crenças, como um estado de inspiração espiritual e transcendência[1,2]. Os efeitos do jejum prolongado parecem ser mediados por alterações hormonais e efeitos anorexígenos de cetonas circulantes.

A adaptação fisiológica mais importante em situação de jejum prolongado é a mudança de substrato energético de carboidrato para gordura. Ocorre inicialmente uma diminuição dos níveis séricos de insulina e glicose e um aumento dos níveis de glucagon circulantes[3]. Isso estimula a gliconeogênese e a liberação de ácidos graxos livres e aminoácidos para funções metabólicas. Porém, a gliconeogênese é uma adaptação apenas temporária.

À medida que o jejum excede uma semana, as necessidades de energia são supridas pelo metabolismo de gorduras na maioria dos órgãos e por um aumento

do consumo de cetonas pelo cérebro. A elevação do nível sérico de cetonas é um sinal para a diminuição do metabolismo de aminoácidos e da gliconeogênese hepática. A utilização reduzida de aminoácidos diminui a sobrecarga de ureia aos rins reduzindo o volume urinário a um nível compatível apenas com a água produzida pelo metabolismo de gorduras. Essas alterações levam à diminuição da taxa metabólica necessária para suprir as demandas metabólicas basais. Além disso, esses pacientes apresentam diminuição substancial de secreções respiratórias, tosse, náuseas, vômito e diarreia[2,4].

O aumento de cetonas circulantes tem como efeito também a diminuição da sensação de fome[8] e bem-estar, fato corroborado por uma série de estudos sobre anorexia em humanos [1,6,7,8].

Pacientes em terminalidade necessitam, para adequada hidratação, quantidades muito menores de água que indivíduos saudáveis. Em geral, não apresentam sensação de fome ou sede e se sentem satisfeitos com pequenas quantidades de alimento e fluidos ou até mesmo com os cuidados de higienização e umidificação da cavidade oral. Um estudo em pacientes internados em *hospices* que voluntariamente se negaram a ingerir alimentos e líquidos mostrou que os mesmos faleciam de forma tranquila e pacífica num período de até 2 semanas da interrupção da ingestão[9]. Em outro estudo, no qual os pacientes foram deixados à vontade para ingerirem apenas o que desejassem, sem suplementação adicional, observou-se que os mesmos ingeriam pequenas quantidades. Sessenta e três por cento dos pacientes não tiveram qualquer sintoma de fome durante o estudo e 34% tiveram a sensação de fome em pequena quantidade apenas no início do estudo[4]. Dessa forma, a privação alimentar pode ser bem tolerada e até mesmo associada à sensação de bem-estar, especialmente quando comparada aos efeitos de uma ingestão inadequada de calorias ou dos sintomas de dor, náuseas e vômitos que podem advir de uma alimentação forçada.

Em indivíduos jovens sadios que ingerissem somente água, a morte ocorreria em cerca de 60 dias. A experiência clínica sugere que em pessoas doentes a sobrevida seria de cerca de 2 semanas se totalmente desprovidos de água e comida[10].

Aspectos éticos

O progressivo aumento no uso de recursos tecnológicos contribui para o envelhecimento da população e aumento do número de pacientes com doenças crônicas, demenciados e com sequelas que não teriam condição de sobrevida sem esses recursos. Isso acaba por aumentar o número de pacientes assistidos sob regime domiciliar e com isso a demanda por métodos para alimentá-los com o máximo de segurança e comodidade, principalmente aqueles incapazes de deglutir de forma adequada para evitar complicações como a broncoaspiração.

Entretanto, existe uma série de preconceitos e percepções inadequadas a esse respeito por parte dos médicos, pacientes e familiares. Esses indivíduos acabam por não conseguir ter um consenso sobre o que é aceitável em termos de opções dessa modalidade de suporte em pacientes terminais, os riscos e benefícios concretos dessa terapêutica, além dos questionamentos éticos relacionados a ela. Nesse contexto, alguns pontos merecem destaque:

A) Tomada de decisão

As decisões sobre o uso de suporte nutricional e hidratação devem ser baseadas nos mesmos princípios que norteiam outros tratamentos médicos. Muitos acreditam que a nutrição deve ser oferecida sempre, assim como são os cuidados pessoais básicos de higiene e controle da dor. Esta visão está profundamente arraigada a crenças religiosas, conceitos culturalmente adquiridos e experiências pessoais (Holocausto, I Guerra Mundial, regimes políticos opressores). Entretanto, para que se possa ajudar pacientes e familiares na sua tomada de decisão sobre a oferta de suporte nutricional e hidratação, o médico deve enfatizar os seguintes aspectos:

- a nutrição e hidratação artificiais não são intervenções básicas que podem ser aplicadas a todos os pacientes, assim como é a alimentação natural. O suporte nutricional e de hidratação artificial é uma terapêutica médica, administrada perante uma indicação clínica, com o uso de dispositivos que são implantados por profissionais treinados e com técnicas específicas. Dessa forma, o suporte nutricional e hidratação artificial estão mais próximos de um procedimento clínico ou cirúrgico qualquer do que uma medida para simplesmente alimentar o paciente.
- diferentemente do que é a alimentação natural e outras formas de oferecer conforto, os procedimentos técnicos necessários para a utilização e inclusive a própria administração de suporte nutricional e hidratação artificiais, apresentam benefícios que são incertos além de considerável risco e desconforto para os pacientes.
- o objetivo do suporte nutricional e hidratação artificiais não é trazer ou aumentar o conforto do paciente, exceto quando houver a demanda específica e a sensação subjetiva de fome manifestada pelo paciente.

Na verdade, durante uma abordagem paliativa, os sintomas desagradáveis são resolvidos rapidamente ou manejados de forma adequada sem que seja necessária a implementação de suporte nutricional e hidratação artificiais como forma de conforto.

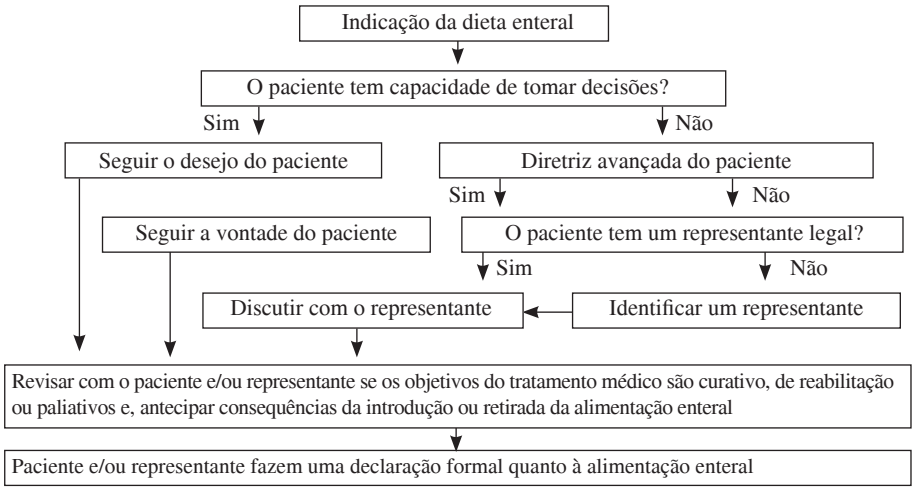
Finalmente, informados e adequadamente esclarecidos dos benefícios e riscos do ponto de vista médico, o paciente deverá esclarecer suas dúvidas e dar sua opinião exercendo seu direito à autonomia.

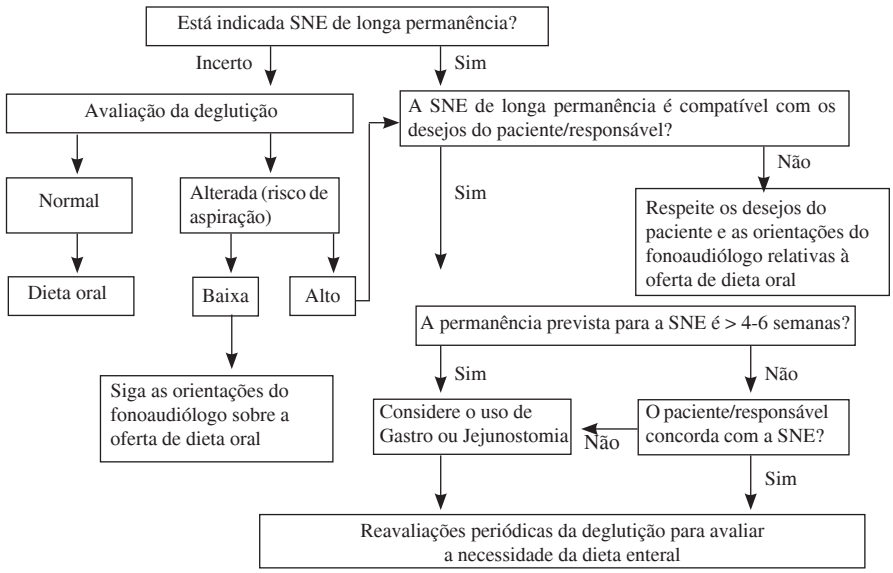
É sabido que os médicos muitas vezes são mais rigorosos no julgamento da capacidade de escolha quando o paciente não concorda com a sua opinião. Apesar de eticamente inadequado, este aspecto abre a perspectiva de se considerar, uma opinião adicional, por exemplo, de outros clínicos, ou até mesmo de uma comissão de ética.

De uma forma geral, se o paciente nunca expressou seus desejos e impressões relativos ao final de sua vida, a(s) pessoa(s) responsável (eis) pela decisão deve(m) baseá-los no que seria supostamente a vontade do paciente ou então naquilo que seria de seu melhor interesse. Nesse último caso existe ainda a difícil decisão sobre a possibilidade de considerar que a morte possa eventualmente ser "o melhor interesse" do paciente.

Estima-se que somente 10% dos indivíduos nos EUA tenham feito uma opção documentada antes de perder a capacidade decisória[11]. No caso de não haver um substituto nomeado pelo paciente, a equipe deve tentar identificar quem melhor se adéqua a essa necessidade. Idealmente, esse indivíduo deve conhecer quais são os valores e objetivos daquele paciente com relação a sua vida e cuidado com sua saúde. Nos Estados Unidos, alguns estados estabelecem uma hierarquia para escolha do substituto. No Brasil, isso também ocorre sendo a sequência por ordem de importância ou prioridade na decisão: cônjuge, pai e mãe e depois os filhos.

McMahon e cols.[10] propõem dois fluxogramas a serem adotados no processo de tomada de decisão com pacientes e/ou familiares.





B) Retirada X Não introdução do suporte nutricional e hidratação artificiais

Não existe nenhuma diferença ética ou legal entre não introduzir um tratamento ou o ato de introduzi-lo e depois retirá-lo caso seja considerado sem indicação clínica[12-17]. Apesar da concordância praticamente universal nesse aspecto, os médicos frequentemente se sentem em conflito ao tomar uma ou outra atitude[18]. É sabido que a retirada do suporte nutricional e hidratação de um paciente em estado vegetativo persistente vai permitir que o processo de morte transcorra naturalmente. Alguns podem se sentir de alguma forma culpados por "promover a morte" do paciente, esquecendo-se que, na verdade, a doença de base é que está levando o paciente ao óbito. Por outro lado, não introduzir suporte nutricional e hidratação significa permitir a "morte natural", que na verdade ocorre nas duas situações.

Entretanto, a argumentação contrária a esta crença é a de que a retirada de uma medida sustentadora de vida como suporte nutricional e hidratação artificiais pode ser embasada na própria experiência prática com aquele paciente em particular. Se após um período inicial essa conduta tenha se provado inefetiva ou se a experiência em tê-la adotado trouxe, na prática, mais riscos e desconforto para o paciente, a mesma deve ser abandonada.

Além disso, não se deve também evitar a introdução de uma medida sustentadora de vida pelo simples fato de que ela não poderia ser retirada posteriormente[18].

Dessa forma, é bastante comum deparar-se com importantes obstáculos práticos que permitam a introdução de medidas somente baseada em princípios éticos.

Aspectos Clínicos

Disfagia

A incidência da disfagia varia de acordo com a causa e o estágio da doença. Em um estudo amplo realizado no St. Christopher's Hospice em Londres, de 7.000 pacientes avaliados, 23% apresentavam disfagia[19].

Eventos agudos como AVC, traumatismo craniano, lesões da medula cervical e procedimentos cirúrgicos que afetam o encéfalo ou os nervos cranianos, poliomielite, Síndrome de Guillain-Barré e doenças neurológicas congênitas podem levar a desordens de deglutição, para as quais uma certa recuperação é esperada[20].

Por outro lado, muitas doenças neurológicas degenerativas são caracterizadas por problemas de deglutição que podem surgir no início ou final da doença e que vão se agravar conforme a evolução do quadro[21].

A demência é uma doença progressiva que leva a uma série de dificuldades na alimentação e na deglutição. Tais dificuldades podem variar quanto ao grau, tendendo a uma piora conforme a evolução do quadro, culminando, muitas vezes, com alto risco de broncoaspiração.

Pelo fato desses pacientes apresentarem alteração de linguagem e das habilidades comunicativas, torna-se difícil identificar seus desejos.

O tratamento da disfagia nos pacientes que apresentam doenças degenerativas envolve mudanças progressivas das estratégias, modificações ou restrições de determinados alimentos (geralmente devido à consistência) e, em alguns casos, a recomendação de uma dieta mista (via oral e enteral). Geralmente uma pequena oferta via oral é mantida para satisfazer o desejo do paciente. Para que isso seja possível, é importante que a capacidade de deglutição do paciente seja avaliada com regularidade para que as pioras funcionais sejam compensadas o máximo possível, evitando riscos como broncoaspiração.

Indicações gerais e vias de administração

O suporte nutricional e hidratação artificiais podem ser oferecidos de várias formas.

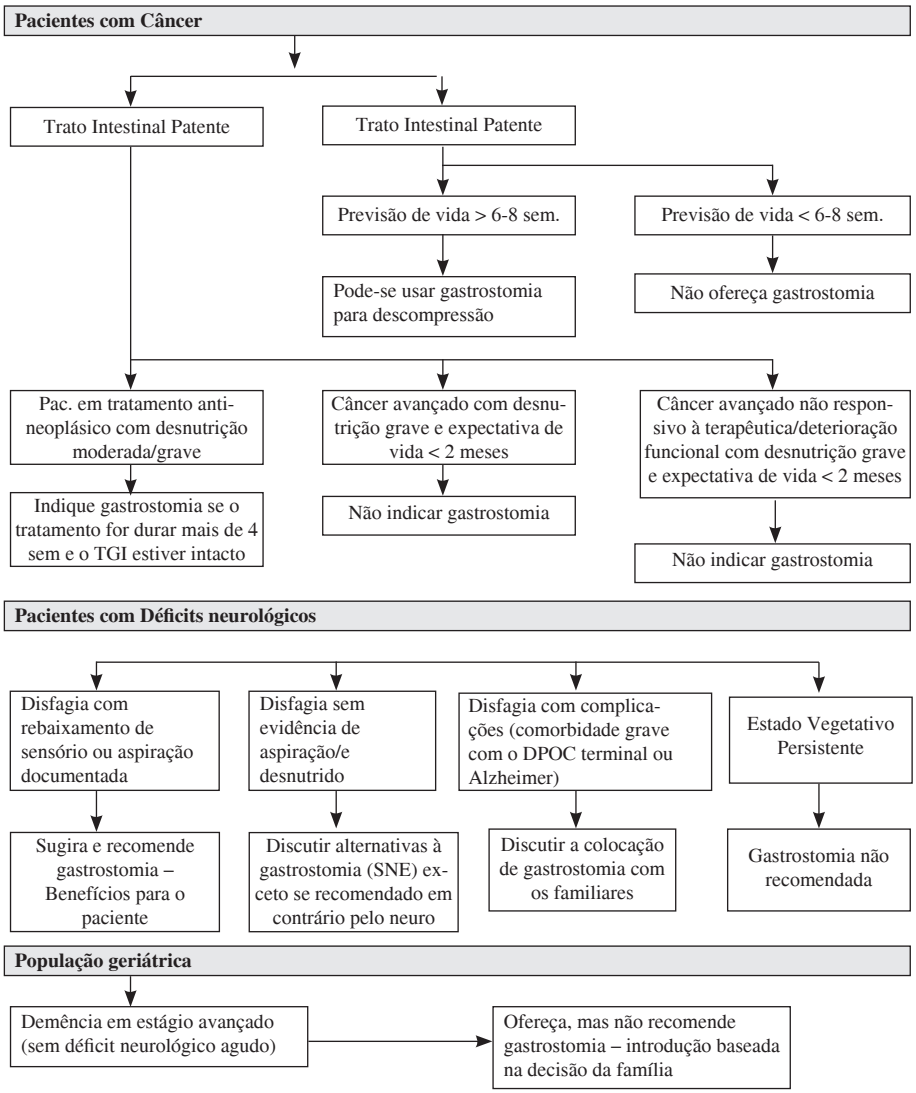
As indicações de suporte nutricional e hidratação artificiais são relacionadas a vários problemas clínicos específicos e têm impactos diferentes em cada um deles: o procedimento aumenta o tempo de sobrevida de pacientes com estado vegetativo persistente[22]. Pode haver melhora de sobrevida e qualidade de vida em pacientes com esclerose lateral amiotrófica[23, 24]. Além disso, o suporte nutricional e hidratação artificiais podem melhorar a sobrevida em pacientes na fase aguda de um acidente vascular cerebral, traumatismo craniano[26, 26] e em pacientes inter-

nados por períodos curtos em unidades de tratamento intensivo. Existem relatos de melhora do estado nutricional em pacientes com câncer avançado submetidos à radioterapia[27, 28] ou que tenham doença obstrutiva intestinal proximal. Existe menor evidência de benefício do suporte de nutrição e hidratação artificiais em outras populações.

É importante lembrar que a nutrição e hidratação artificiais estão associadas a riscos consideráveis como maior necessidade de restrição ao leito de pacientes com demência, pneumonia aspirativa, diarreia e problemas associados com a remoção do tubo pelo paciente. Além disso, nas fases finais, com decréscimo da função renal, a sobrecarga de volume pode causar aumento das secreções respiratórias, dispneia e predispõe à edema pulmonar e anasarca.

Com relação à forma de administração de nutrição e hidratação artificiais, a sonda nasoentérica de calibre fino é recomendada para pacientes que requerem esta modalidade de nutrição por períodos mais curtos, até quatro a seis semanas. Para pacientes com necessidade por tempo maior, recomenda-se a colocação de gastrostomia ou jejunostomia, sendo a primeira a alternativa de escolha, quando possível.

Em se tratando especificamente de gastrostomia endoscópica, existem potenciais benefícios: o procedimento pode prolongar a vida quando o contexto é de recuperação de um agravo agudo (infecção grave, quimioterapia) e pode também servir, em situações selecionadas, como forma de controlar os sintomas aumentando o conforto, aumentando a qualidade de vida e diminuindo o sofrimento. Mesmo quando já tem uma opinião formada a respeito das indicações ou não do procedimento, a equipe de Cuidados Paliativos deve dar suporte ao paciente para que ele possa fazer a melhor escolha para si.



Existem algumas justificativas clínicas para o uso de nutrição enteral prolongada por meio de gastrostomia. Entretanto, a literatura médica é no mínimo controversa quanto ao real benefício desse procedimento em pacientes no final de vida. Na maioria dos casos, em se tratando de pacientes demenciados ou terminais, não existiria um real benefício clínico no emprego desse tipo de terapêutica, de tal forma que, nesses casos, ela poderia ser considerada fútil.

Além disso, Sanders et al. (2004)[29] identificaram que pacientes com demência e incapazes de se alimentar sozinhos não teriam indicação para a nutrição e hidratação artificial uma vez que tal fato seria um marco do estágio pré-terminal.

Meier et al. (2001)[30] examinaram 99 pacientes hospitalizados com demência avançada e conclui que a sonda de alimentação não aumentou a sobrevida. Mitchell et al. (1997)[31] examinaram dados de 1.386 residentes em casas de repouso e concluíram que a morte ocorreu após intervalo similar tanto no grupo de pacientes com gastrostomia como no grupo sem.

Gastrostomia como melhora de qualidade de vida

Essa questão é muito controversa em pacientes portadores de demência grave. A colocação da nutrição enteral por sonda ou gastrostomia priva o paciente da sensação de paladar, consistência, visualização do alimento e do contato da família que antes o alimentava por boca. Além disso, estima-se que cerca de 70% dos pacientes recebendo nutrição por sonda tenham que ser restringidos. Isso leva em geral à agitação, desconforto e necessidade de sedação. Em um estudo prospectivo[32] de 150 pacientes seguidos após a colocação de gastrostomia por 14 meses (1/3 dos casos com demência), 70% não obteve nenhuma melhora no desempenho funcional ou avaliação subjetiva de melhora.

Dessa forma, parece pouco razoável esperar que ocorra um aumento da qualidade de vida à luz da gravidade da debilidade funcional desses pacientes. Isso enfatiza que a melhora da qualidade de vida não deve ser uma razão inicial na tomada de decisão de inserir uma gastrostomia em pacientes demenciados. Por outro lado, após a colocação da gastrostomia, o cuidado com o paciente é facilitado dando a sensação de maior bem estar para a família que julga estar conseguindo desempenhar seu papel de forma mais eficiente. No mesmo estudo citado anteriormente[33], 76% dos familiares consideram o procedimento benéfico para o paciente e 68% referiram que houve melhora da qualidade de vida do paciente.

Mitchell et al. (2003)[34] documentaram que o tempo gasto para a alimentação em pacientes com nutrição enteral era de, aproximadamente, 25 minutos/dia, enquanto que pacientes similarmente comprometidos, com alimentação VO, consumiam, em média, 73 minutos/dia. Além desses dados, constatou-se que os custos para a alimentação enteral foi maior devido à necessidade mais frequente de visitas médicas, visitas às unidades de emergência e de hospital dia pelas complicações das sondas.

Dessa forma, faz parte da decisão da melhor conduta em pacientes crônicos ou no final da vida, em que fase da doença o indivíduo se encontra, se está na vigência de alguma complicação aguda potencialmente reversível, se existe alguma dificuldade ou particularidade familiar no contexto. Deve-se ter em mente que essas diversas variáveis são mutáveis com o evoluir do quadro. Assim, a melhor conduta hoje pode não ser a melhor em outro momento. É importante que se tenha

essa clareza sempre que se atua em Cuidados Paliativos. O objetivo final é o paciente, ou a unidade paciente/família. Desse modo, as condutas e o planejamento dos cuidados devem ser focados neles e pode mudar com o passar do tempo. Cabe à equipe mostrar de forma clara e empática qual é a visão técnica do problema e permitir que a família participe da decisão. Não é adequado, por exemplo, deixar de indicar nutrição enteral para um paciente demenciado só porque tecnicamente os benefícios são incertos. Há que se considerar toda uma constelação de circunstâncias em cada momento da evolução sem se esquecer que diferentes patologias têm uma forma própria de evolução esperada.

Frequentemente, a má informação médica é um obstáculo à clara comunicação e tomada de decisão. Criam-se falsas expectativas e objetivos que podem ser irreais. Shega et al. (2003)[34] avaliaram 195 médicos do American Medical Association Masterfile e identificaram que 75% haviam discutido sobre a colocação da gastrostomia em pacientes com demência nos últimos dois anos, subestimando o índice de mortalidade em 30 dias nesta população. Setenta e cinco por cento acreditavam que a gastrostomia reduzia a aspiração e melhorava as úlceras de pressão, aproximadamente 25% referiram que tal intervenção melhorava a qualidade de vida e o *status* funcional e 60% defendiam que a gastrostomia aumentava a sobrevida. Esses dados demonstram que tais profissionais superestimam os benefícios e subestimam os riscos da colocação da PEG.

Existe uma boa alternativa à colocação de gastrostomia endoscópica em pacientes demenciados graves?

Algumas alternativas possíveis nessa população são:

- evitar distrações na hora da refeição, manter contato verbal e visual com o paciente.
- dar o tempo adequado para que o paciente se alimente, respeitando seu ritmo de ingestão.
- seleção adequada de alimentos.
- atentar para temperatura, consistência e paladar do alimento.
- ofertar alimentos que sejam preferidos e com sabor marcante.
- seguimento com o fonoaudiólogo para melhoria do padrão de deglutição e introdução de manobras compensatórias conforme evolução do quadro de disfagia.

Essa medidas apesar de simples podem ser de difícil aplicação na prática. Nenhum estudo randomizado confirmou que essas técnicas sejam plausíveis, custo efetivas ou capazes de mudar o prognóstico.

Controle de sintomas

Pacientes que não se alimentam e também não recebem suporte nutricional e hidratação artificiais podem apresentar fome e sede. Entretanto, em pacientes

portadores de câncer avançado, 63% dos pacientes nunca chegam a ter sensação de fome. Desses pacientes, aqueles que tiveram algum sintoma o relataram como transitório, ocorrendo apenas na fase inicial e satisfatoriamente aliviados com medidas como colocar algum alimento preferido na boca para sensação oral do paladar e limpeza e umidificação da cavidade oral[4]. Embora a fome se resolva em alguns dias, a sensação de sede pode persistir principalmente pela presença de boca seca. Outros sintomas que podem surgir nesse contexto são confusão, *delirium* e rebaixamento do nível de consciência. Alguns desses sintomas são parte do processo de morte e podem ocorrer na evolução de qualquer processo de doença.

Quando se decide por suspensão ou não introdução de suporte nutricional e hidratação artificiais, a equipe de Cuidados Paliativos deve atuar junto aos pacientes e familiares esclarecendo que a maior parte dos sintomas desconfortáveis pode ser manejada de forma satisfatória e que essas intervenções estão associadas a uma morte confortável[9]. Além disso, é conhecido o fato de que a insistência em alimentar um paciente inapetente pode causar outros sintomas desagradáveis como náuseas e dor abdominal.

De qualquer maneira, os sintomas devem ser avaliados regularmente. Isso inclui não apenas a avaliação técnica do profissional, mas também a possibilidade de ouvir o que o paciente tem a dizer sobre suas percepções sobre a gravidade do sintoma, do tratamento e participar dessas decisões.

Dicas práticas

Existem algumas medidas simples e de cunho prático que podem ser utilizadas no sentido de promover maior conforto ao paciente quando ele se alimenta por via oral.

É comum achar que o conceito de suporte nutricional se limite à definição de métodos de nutrição artificial e cálculo de calorias e nutrientes. Isso não leva em conta outras habilidades e intervenções possíveis da equipe multiprofissional no cuidado individualizado do paciente.

É necessário que haja um planejamento do cuidado nutricional para suas necessidades imediatas e de longo prazo e um preparo antecipado para as diferentes fases da doença.

Por exemplo, neste momento o paciente pode ser capaz de deglutir e de falar, mas essa pode não ser a realidade no futuro.

São opções práticas interessantes:

- Avaliar a possibilidade de mudanças na dieta ou do esquema medicamentoso para minimizar sintomas.
- Mudar a rotina alimentar de forma a oferecer refeições no horário em que o paciente esteja menos fatigado, nauseado ou com menos dor.

- Usar uma combinação de diferentes métodos: dieta oral, enteral e tentar, com o tempo, criar condições para que seja priorizada a via oral.
- Utilizar equipamento ou dispositivos simples para propiciar condições para que o paciente se alimente de forma independente. Ex.: adaptar colheres com angulação adequada a eventuais limitações de movimentos, utilizar canudos com válvula unidirecional para evitar que uma debilidade de sucção possa impossibilitar a ingestão (com esse dispositivo, o líquido fica retido no último nível aspirado).
- Oferecer alimento com consistência adequada a cada situação e se possível enriquecido, permitindo ingestão de quantidades menores.
- Evitar oferecer os pratos preferidos durante o período de quimio ou radioterapia para que, se houver desenvolvimento de aversão alimentar, esta não ocorra justamente com um alimento do qual o paciente possa sentir falta futuramente.
- Promover um ambiente claro, arejado e um prato com cores variadas. O processo alimentar começa na visualização do prato e do ambiente.
- Mudar o processo de preparação. Usar cozimento e forno de micro-ondas pode minimizar a eliminação de odores que possam ser aversivos.
- Oferecer, quando apropriado, suplementos nutricionais sob diferentes formas: pirulitos, mousses, sopas, cremes.
- Atentar para o fato de que a depressão, sensação de isolamento, medo e ansiedade podem contribuir para uma ingestão alimentar diminuída. Assegurar que o paciente receba sua alimentação em um contexto agradável e psicologicamente confortável é um dos maiores desafios para a equipe.
- O paciente nas fases finais não deve ficar com um sentimento de culpa por não comer se ele se recusar a isso. Oferecer pequenas quantidades de forma regular e dentro do que ele expresse como vontade é em geral mais apropriado do que iniciar uma terapia nutricional de forma invasiva e agressiva.

Impressões do paciente e família

Num contexto de doença crônica, o tempo se encarrega de dar ao paciente e à família a consciência de que existe um processo progressivo de deterioração funcional com implicações no estado geral e sobrevida. A estratégia de aceitar e resignar-se às limitações parece permitir-lhes evitar muito do trauma psicológico da perda progressiva de apetite e perda de peso consequente. Nesse contexto, Hopkinson e Corner[35] propõem que a aceitação das mudanças de hábito alimentar faz com que os pacientes consigam viver essa fase livres de culpa e sentimentos de autopunição. Nessa fase, muito do estresse que esses pacientes experimentam parece ser proveniente da pressão exercida pela família devido à

incapacidade de aceitar as limitações e restrições alimentares sucessivas. Holden e col.[36] foram os primeiros autores a propor que pacientes e familiares/cuidadores possuem níveis diferentes de tensão e estresse com relação à aceitação da anorexia. Os familiares e cuidadores consomem "tremendas quantidades de energia emocional" na tentativa de lidar com um problema para o qual o paciente se encontra relativamente resignado.

Em vários estudos europeus, relata-se que os pacientes sofrem bem menos com essa questão do que seus familiares[37]. Esse comportamento parece também ser comum em culturas orientais[38]. Em qualquer desses contextos, os pacientes são conscientes e apreciam o esforço de seus familiares para que ele se alimente[36,39], mas fica claro que os pacientes querem manter o controle de sua ingestão alimentar. Os demais devem compreender e aceitar suas limitações no que se refere à alimentação. A não observância desse preceito leva a sentimentos de culpa, inadequação e autocrítica pelo paciente.

Uma justificativa para esse comportamento da família é que a perda de apetite é encarada como uma causa e não uma consequência do processo de morrer[40], isso leva à crença de que o suporte nutricional sempre levará à interrupção ou reversão do processo de doença. Apesar de existirem relatos de que a presença e estímulo da família na hora da refeição sejam benéficos[91], isso pode ter também um efeito oposto[35,39]. O estímulo pode ser encarado como coercivo. Isso pode gerar conflitos posteriores à morte do paciente[41].

É irreal considerar que o aporte nutricional e hidratação artificiais favoreçam o prognóstico médico de pacientes em fase avançada de doença sem perspectivas curativas. Entretanto, é importante reconhecer que, em certas circunstâncias, haverá uma decisão em favor da manutenção de suporte nutricional artificial. Isso vai ao encontro de crenças pessoais e conforto psicológico para os familiares. E isso pode valer mais nessa fase de que qualquer melhora de parâmetros clínicos.

Considerações finais

É importante que haja uma correta explanação sobre as reais consequências, riscos e benefícios de promover suporte nutricional e hidratação artificiais.

Existe muita dificuldade em se fazer esse juízo de forma apropriada, pois em geral não se foca especificamente o determinado procedimento e o que especificamente se espera dele. Costuma-se contaminar a análise com outros parâmetros, em geral secundários e subjetivos. Além disso, o critério médico para se considerar futilidade pode não ser o mesmo do paciente e da família. Dessa forma, o que é fútil para a equipe médica pode não ser para o paciente. E isso precisa estar muito claro entre as partes.

No contexto de doença terminal, dois objetivos devem ser avaliados ao se considerar a introdução de suporte nutricional artificial: ocorre prolongamento da vida com essa conduta? E se não, essa conduta melhora a qualidade de vida até a morte? Ou simplesmente prolonga o processo de morrer?

O que significa, de fato, a oferta de nutrição e hidratação artificiais? Com frequência ocorre uma falta de entendimento da dimensão do processo e da aceitação do real prognóstico e natureza evolutiva da doença pelo paciente e seus entes queridos. O pedido para manter esse tipo de suporte pode refletir a necessidade de "fazer alguma coisa" para o paciente simplesmente porque isso pode ser feito, e não pela expectativa de um resultado definitivo ou mensurável. Lembrar que esse pedido da família pode servir como sinalizador para que se explore os anseios do paciente e expectativas, dúvidas e revoltas da família. É uma oportunidade de reafirmar que o paciente não será abandonado quando os objetivos do tratamento passem de cura para paliação. Paliar é cuidar, antes de tudo. Essa é a essência. O conhecimento do que esperar do processo e a percepção de que a perda gradual do interesse pela comida é uma parte natural do processo de morrer. Esse conhecimento pode aliviar a ansiedade e restaurar o senso de controle.

Em suma, a introdução de nutrição e hidratação artificiais deve ser um processo individualizado e deve ser visto como parte de todo um planejamento de cuidados, visando maximizar o conforto durante o processo de morte, respeitando os desejos do paciente e familiar, da forma mais tranquila, segura e consensual. Em geral, é possível chegar a uma atitude de consenso satisfatória envolvendo objetivos reais e vislumbrando a importância do cuidado. Esse processo costuma ser longo e estressante para toda a equipe e para a família, mas extremamente recompensador para todos (texto adaptado de Cuidado Paliativo / Coordenação Institucional de Reinaldo Ayer de Oliveira. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2008).

Referências

1. KERNDT, P. R.; NAUGHTON, J. L.; DRISCOLL, C. E.; LOXTERKAMP, D. A. Fasting: the history, pathophysiology and complications. West J Med. 1982;137:379-399.

2. SULLIVAN, R. J. Accepting death without artificial nutrition or hydration. J Gen Intern Med. 1993;8:220-224.

3. CAHILL, G. F.; JR, HERRERA, M. G.; MORGAN, A. P., et al. Hormone-fuel interrrelationships during fasting. *J Clin Invest*. 1966;45:1751-1769.

4. MCCANN, R. M.; HALL, W. J.; GROTH-JUNCKER, A. Comfort care for terminally ill patients. The appropriate use of nutrition and hudration. JAMA. 1994;272:1263-1266.

5. OWEN, O. E.; CAPRIO, S.; REICHARD, G. A., et al. Ketosis of starvation: a revisit and new perspectives. Clin Endocrinol Metabol. 1983,; 12:357-79.

6. STEWART, W. K.; FLEMING, L. W. Features of a successful therapeutic fast of 382 days' duration. Postgrad Med J. 1973;49:203-209.

7. SAUDEK, C. D.; FELIG, P. The metabolic events of starvation. Am J Med. 1976;60:117-126.

8. Dr. Tanner's fast. BMJ. 1880;2:171.

9. GANZINI, L.; GOY, E. R.; MILLER, L. L.; HARVATH, T. A.; JACKSON, A.; DELORIT, M. A. Nurses's experiences with hospice patients who refuse food and fluids to hasten death. N Engl J Med. 2003;349:359-365.

10. MCMAHON, M. M. Medical and ethical aspects of long-term enteral tube feeding. 2005;6:1461-1476.

11. LEITER, L. A.; MARLISS, E. B. Survival during fasting may depend on fat as well as protein store. JAMA. 1982;248:2306-2307.

12. LO, B.; (1995). Resolving Ethical Dilemmas: A guide for clinicians. Baltimore: Williams & Wilkins.

13. JOSEN, A. R.; SIEGLER, M. & WINSLADE, W. J. (1998). Clinical Ethics: A Practical Approach to Ethical Decisions in Clinical Medicine, 4th ed. New York: McGraw-Hill Health Professions Division.

14. BEAUCHAMP, T. L.; CHILDRESS, J. F. Principles of biomedical ethics. Oxford, England: Oxford Univesity Press, 2001.

15. President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research. Making health care decisions: a report on the ethical and legal implications of informed consent in the patient-practitioner relationship. Washington, D.C.: Government Printing Office, 1982.

16. American College of Chest Physicians/Society of Critical Care Medicine Consensus Panel. Ethical and moral guidelines for the initiation, continuation, and withdrawal of intensive care. Chest 1990; 97:949-58.

17. MEISEL, A.; CERMINARA, K. L. The right to die: the la of end-of-life decisionmaking. 3rd ed. New York: Aspen, 2004.

18. GANZINI, L. Artificial nutrition and hydration at the end of life: ethics and evidence. Palliative and Supportive Care (2006), 4, 135-143.

19. TWYCROSS, R. G. & LACK, S. A. *Control of Alimentary Symptoms in Far Advanced Cancer*. Edinburgh: Churchill Livingstone, 1986.

20. LOGEMANN, J. A. Evaluation and Treatment Of Swallowing Disorders. Swallowing Disorders Caused By Neurologic Lesions From Which Some Recovery Can Be Anticipated. C ap. 9. p. 307-27, 1998.

21. LOGEMANN, J. A. Evaluation and Treatment Of Swallowing Disorders. Swallowing Problems Associated With Degenerative Disease. Cap. 10. p. 329-343, 1998.

22. The Multi-society Task Force on PVS. Medical aspects of the persistent vegetative state first of two parts) N Engl J Med 1994; 330:1499-508.

23. MAZZINI, L.; CORRA, T.; ZACCALA, M.; MORA, G.; DEL PIANO, M.; GALANTE, M. Percutaneous endoscopic gastrostomy and enteral nutrition in amyotrophic lateral sclerosis. J Neurol 1995;242:695-8.

24. MILLER, R. G. Examining the evidence about treatment in ALS/MND. Amyotroph lateral sclera other motor neuron disord 2001;2:3-7.

25. RAPP, R. P.; YOUNG, B.; TWYMAN, D., et al. The favorable effect of early parenteral feeding on survival in head-injured patients. J Neurosurg 1983;58:906-12.

26. WANKLYN, P.; COX, N.; BELFIELD, P. Outcome in patients who require a gastrostomy after stroke. Age Ageing 1995;24:510-4.

27. LEE, J. H.; MACHTAY, M.; UNGER, L. D., et al. Prophylactic gastrostomy tubes in patients undergoing intensive irradiation for cancer of the head and neck. Arch Otolaryngol Head Neck Surg 1998;124:871-5.

28. DALY, J. M.; HEARNE, B.; DUNAJ, J., et al. Nutritional rehabilitation in patients with advanced head and neck cancer receiving radiation therapy. Am J Surg 1984;148:514-20.

29. SANDERS, D. S.; ANDERSON, A. J. & BARDHAN, K. D. (2004). Percutaneous endoscopic gastrostomy: An effective strategy for gastrostomy feeding in patients with dementia. *Clinical Medicine*, 4, 235-241.

30. MEIER, D. E.; AHRONHEIM, J. C.; MORRIS, J., et al. (2001). High short term mortality in hospitalizes patients with advanced dementia: lack of benefit of tube feeding. *Archives of Internal Medicine*, 161, 594-99.

31. MITCHELL, S. L.; KIELY, D. K. & LIPSITZ, L. A. (1997). The risk factors and impact on survival of feeding tube placement in nursing home residents with severe cognitive impairment. *Archives of Internal Medicine*, 157,327-32.

32. CALLAHAN, C. M.; HAAG, K. M. Outcomes of percutaneous endoscopic gastrostomy among older adults in a community setting. J Amer Geriatr Soc 2000;48:1048-54.

33. MITCHELL, S. L.; BUCHANAN, J. L.; LITTLEHALE, S., et al (2003b). Tube-feeding versus hand-feeding nursisng home residents with advanced dementia: A cost comparison. Journal of the American Medical Directors Association, 4, 27-33.

34. SHEGA, J. W.; HOUGHAM, G. W.; STOCKING, C. B., et al. (2003). Barriers to limiting the practice of feeding tube placement in advanved dementia. *Journal of Palliative Medicine*, 6, 885-93.

35. HOPKINSON, J. B.; CORNER, J. L. Helping patients with advanced cancer live with concerns about eating: a challenge for palliative care professionals. J Pain Symptom Manage 2006;31:293-305.

36. HOLDEN, C. M. Nutrition and hydration in the terminally ill cancer patient: the nurse's role in helping patients and families cope. Hospice J. 1993;9:15-35.

37. HAWKINS, C. Anorexia and anxiety in advanced malignancy: the relative problem. J Hum Nutr Diet 2003;13:113-17.

38. OI-LING, K.; MAN-WAH, D. T. S. E.; KAM-HUNG, D. N. G. Symptom distress as rated by advanced cancer patients, caregivers and physicians in the last week of life. Palliat Med 2005;19:228-33.

39. ORREVALL, Y.; TISHELMAN, C.; HERRINGTON, M. K.; PERMERT, J. The path from oral nutrition to home parenteral nutrition: a qualitative interview study of the experiences of advanced cancer patients and their families. Clin Nutr 2004;23:1280-87.

40. SOUTER, J. Loss of appetite: a poetic exploration of cancer patients' and their carers' experiences. Int J Palliat Nurs 2005;11:524-32.

41. KING, N.; WATKINS, N. Artificial feeding for a child with a degenerative disorder: a family's view. Arch Dis Child 2005;90:979.

Reabilitação em Cuidados Paliativos: atuação do profissional e particularidades

Liliana Lourenço Jorge
Marília Bense Othero

Introdução

Tradicionalmente, a reabilitação está associada a doenças estáveis, com pacientes que possam participar ativamente do processo de reabilitação, aplicando na vida prática o conteúdo aprendido durante as terapias. São pacientes com bom prognóstico funcional, que têm o potencial de atingir os objetivos de ganho funcional significativo em curto e médio prazo: tal população é facilmente encontrada em centros de reabilitação.

No entanto, uma nova população vem sendo incorporada neste âmbito de tratamento: os pacientes com incapacidades graves crônicas e estáveis de mau prognóstico funcional e aqueles com doenças graves e progressivas. Pertencem a este grupo os pacientes com dupla hemiplegia com dependência total, Paralisia Supranuclear Progressiva e outros parkinsonismos, insuficiência cardíaca/renal avançadas e neoplasias incuráveis. Tais pacientes não possuem expectativa de ganho de função, e sim de declínio generalizado lento (como num acidente vascular cerebral) ou rápido (como numa neoplasia). Para estes pacientes, os objetivos – de curto ou longo prazo – e as estratégias da reabilitação se imbricam com os conceitos de Cuidados Paliativos e focam nos ganhos na qualidade de vida, controle de sintomas, alívio do sofrimento e melhor aproveitamento do tempo remanescente que estes pacientes possuem para sua vida.

É importante ressaltar ainda que muitos pacientes com doença avançada são restringidos em suas atividades cotidianas desnecessariamente, quando são capazes de realizar atividades e ter independência[1].

A busca pela independência funcional e pela autonomia ocorre respeitando-se o declínio físico/cognitivo do paciente, que ocorre em função de uma doença em evolução; deve-se encorajar a resolução criativa de problemas de forma interdisciplinar, criando parceria com a família e o paciente. A reabilitação em Cuidados Paliativos deve ser definida como: "transformar o paciente em uma pessoa de novo"[2]. Complementa-se sobre o papel da reabilitação em Cuidados Paliativos, enfatizando a restauração da dignidade e da autoestima ao reinseri-los em suas atividades de vida diária de maneira ativa e independente[2,3].

Apesar de haver escassas evidências de que a reabilitação multidisciplinar seja impactante na funcionalidade e manejo de sintomas no câncer terminal ou doenças neurológicas progressivas, a experiência clínica e relatos de séries de casos apontam que esses pacientes se beneficiam de reabilitação, com ganhos variáveis (aferidos na escala Barthel) e 15-82% se tornam aptos para retorno para casa[4]. Porém, há consenso de que o programa deva ser precoce, curto e focado em controle de sintomas[5].

Desde 1980, a Organização Mundial da Saúde preconiza que a doença e os déficits dela decorrentes deixem de ser o foco da abordagem biomédica, em prol de um novo modelo em que uma doença expressa déficits, incapacidades e desvantagens sociais de forma individual e única para cada paciente. Neste contexto, o déficit é uma disfunção fisiológica ou perda de integridade anatômica; a incapacidade se refere às consequências funcionais relacionadas ao autocuidado e mobilidade; a desvantagem representa a condição física que interfere com a habilidade do indivíduo de se envolver com objetivos sociais/educacionais/recreacionais[6]. Um conceito-chave neste campo é o de "capacidade funcional", ou seja, a capacidade do indivíduo em manter as habilidades físicas e mentais necessárias a uma vida independente e autônoma, sendo a mesma multidimensional e multifatorial.

Pesquisas populacionais desde 1978 têm evidenciado a coexistência de demandas físicas e psicológicas entre pacientes em Cuidados Paliativos. Mais de 80% relatam dificuldades à marcha, desempenho de atividades de autocuidado, além de problemas subdiagnosticados, como o descondicionamento e disfunções sexuais e problemas psicológicos[7]. As razões para a subutilização da reabilitação entre estes pacientes incluem a falha na detecção precoce de incapacidades na fase aguda do tratamento; falhas no encaminhamento à equipe de reabilitação; falta de conhecimento acerca da disponibilidade de serviços de reabilitação; falta de conhecimento por parte da família. Estas barreiras tendem a ser superadas mediante orientação aos membros da equipe de saúde que tratam o paciente, cujos conhecimentos sobre a reabilitação são subenfatizados.

Em uma pesquisa realizada com 50 pacientes com câncer em tratamento de reabilitação, se identificou[2]:

- 26% tinham um problema afetando sua capacidade funcional;
- 54% tinham dois problemas afetando sua capacidade funcional;
- 20% tinham três ou mais problemas afetando sua capacidade funcional;
- O problema mais comum encontrado foi o descondicionamento físico;
- A falta de consciência do comprometimento funcional era comum.

A reabilitação requer uma equipe multidisciplinar devido à variedade dos potenciais problemas a serem enfrentados pelo paciente antes, durante e após o

diagnóstico. A equipe deve desenvolver objetivos realistas e viáveis, dentro das limitações impostas pela doença, ambiente e apoio social. Tais objetivos são dinâmicos e são reprogramados em função da evolução, favorável ou não, do quadro. A equipe atua de forma interdisciplinar, isto é, em esforço colaborativo entre os membros, onde eles integram serviços e trabalham com o paciente. Sendo assim, a reabilitação é composta por elos de igual poder de decisão e participação: equipe, paciente e família/cuidador.

A equipe de reabilitação em Cuidados Paliativos deve ser composta por médicos de várias especialidades, enfermeiro, assistente social, psicólogo, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, nutricionista e outros serviços, como capelães, dentistas, ortóticos, protesistas e serviços da comunidade, como *hospices* e serviços de assistência domiciliar.

Programa de reabilitação em Cuidados Paliativos

Conforme já mencionado, a reabilitação específica para Cuidados Paliativos evoluiu de maneira gradativa em direção à busca de funcionalidade ótima e conforto. Porém, é fundamental ressaltar que seus objetivos não são universais e devem ser determinados de acordo com o prognóstico de cada paciente.

Há quatro categorias deste modelo reabilitacional, que podem facilitar a compreensão do processo de reabilitação em Cuidados Paliativos[2,8,9], e a ênfase do tratamento mover-se-á de acordo com as fases de progressão da doença:

- **Intervenções preventivas:** atenuam os efeitos das incapacidades esperadas e enfatizam a educação do paciente. Incluem abordagens para melhorar o funcionamento físico e nível geral de saúde e orientações para preservação de força e flexibilidade. Aconselhamento psicológico antes do tratamento pode identificar precocemente questões de ajustamento, para permitir tratamento imediato.
- **Intervenções restaurativas:** procedimentos que buscam o retorno do paciente a um nível funcional físico, psicológico, social e vocacional prévio à doença. Exercícios para amplitudes articulares pós-operatórios para mastectomizadas e reconstruções de cabeça e pescoço são exemplos desta categoria.
- **Intervenções de suporte:** destinadas a ensinar os pacientes a acomodar suas incapacidades, maximizar sua autonomia e minimizar alterações debilitantes na sua doença em progressão. Incluem acompanhar a fase pós-protética de uma amputação e ensinar o paciente a usar a prótese, assim como instruir o paciente a usar outros equipamentos e adaptações que auxiliam no autocuidado e na independência funcional. Também pertence a este escopo a provisão de apoio emocional associada a questões de ajustamento enquanto o paciente está aprendendo a lidar com alterações no estilo de vida.

- **Intervenções paliativas propriamente ditas:** quando a incapacidade aumenta e a doença está avançada, as ações e objetivos focam na minimização ou eliminação de complicações e provisão de suporte e conforto. Objetivos paliativos incluem controle de dor, prevenções de contraturas e úlceras de pressão, prevenção de imobilismo, adaptações estruturais no leito e apoio psicológico para os membros da família.

Para um adequado programa de reabilitação, também é necessária uma abordagem integral, considerando-se os aspectos físicos, mas também psicossociais e espirituais.

O paciente é avaliado do ponto de vista funcional e clínico no início da reabilitação, para a definição das demandas, etapas do programa e plano terapêutico. A avaliação do paciente deve ser sistemática e rigorosa, incluindo[2]:

- História da doença e seu tratamento (item que pode ser obtido através de registros prévios em prontuário, evitando-se repetir sempre as mesmas questões ao paciente e à família);
- Sintomas atuais;
- Percepção do paciente sobre seus problemas;
- Avaliação física, emocional e cognitiva.

Uma avaliação integral compreende ainda: escuta, observação, testes apropriados para cada sintoma/problema apresentado. É importante ressaltar que esta avaliação pode ser dividida em mais de uma sessão, de acordo com a tolerância do paciente.

Para o plano de tratamento, é fundamental instituir metas realísticas, discutidas com o paciente e/ou com a família. Frequentemente, os pacientes vivenciaram muitas perdas, sobre as quais tiveram pouco ou nenhum controle; o foco da reabilitação é oferecer uma oportunidade de readquirir controle sobre alguns aspectos de sua própria vida, de maneira ativa, participativa e com mais esperança inclusive.

Um programa deve buscar intervenções focando os elementos que compõem a qualidade de vida, que incluem: preocupações físicas, habilidades funcionais, bem-estar familiar/espiritual/individual, sexualidade, habilidade social e ocupacional.

Os componentes básicos de um programa genérico de reabilitação em Cuidados Paliativos são:

- Atividades físicas/ocupacionais/esportivas, exercícios de relaxamento;
- Prescrição de equipamentos e adaptações para autocuidado e mobilidade;
- Terapias manuais, uso de meios físicos, medicamentos e procedimentos médicos específicos;
- Instrução e aconselhamento do paciente e familiares sobre estratégias de

enfrentamento, preparo para situações de crise, independência funcional e assuntos relacionados à doença;

- Aconselhamento dietético e psicoterápico.

Os estímulos devem ser oferecidos "pouco e muitas vezes", em contrapartida a sessões prolongadas, nas quais o paciente poderá cansar-se rapidamente. Conforme a doença progride, é preciso evitar deteriorações abruptas, diminuindo-se gradativamente os estímulos oferecidos, de acordo com as capacidades de cada indivíduo. Assim, as avaliações devem ser periódicas e a equipe deve realizar reuniões interdisciplinares para discussão e redirecionamento das estratégias em função da evolução e de novas questões a serem tratadas[2].

Estudos prospectivos e transversais comprovam melhoras pequenas porém significativas em fadiga, força muscular, sintomas e qualidade de vida após programas de reabilitação intensiva baseada em informação, esporte, psicoeducação e exercícios individuais. Independentemente do tipo tumoral entre oncológicos ou sítio de lesão no sistema nervoso central em doenças neurodegenerativas, tanto família quanto paciente reportam satisfação durante o seguimento[7].

Principais sintomas a serem abordados em reabilitação

Dependência. A dependência é um dos maiores problemas vivenciados pelos pacientes em Cuidados Paliativos, especialmente aqueles com a doença em estágio avançado. No último ano de vida, os pacientes sentem mais medo da dependência do que da própria dor, sintoma mais comumente discutido. Pesquisa realizada no St. Christopher's Hospice, mostrou que os sintomas mais frequentes encontrados foram: fadiga (91%) e imobilidade (77%), ambos com grande consequência na independência no cotidiano dos pacientes[2].

Espasticidade. Este é um sintoma comum em pacientes com doença neurológica avançada; em casos de esclerose múltipla, por exemplo, afeta de 40% a 60% dos pacientes. A espasticidade causa dor, rigidez e espasmos musculares, resultando em significativa imobilidade e restrição em atividades de vida diária. Se maltratada, a espasticidade pode levar a contraturas e deformidades, que exacerbam a dor, aumentam os problemas com higiene e realização de atividades, além de aumentar a predisposição a úlceras de pressão[10].

Descondicionamento e síndrome do imobilismo. Lesões orgânicas ou por intervenções terapêuticas tóxicas podem induzir à inatividade física, que se soma a outras condições associadas ao câncer, como fadiga, astenia, caquexia e anorexia. Em conjunto, os efeitos da inatividade e do descondicionamento físico geram a chamada síndrome do imobilismo e afetam diversos órgãos e sistemas[11]:

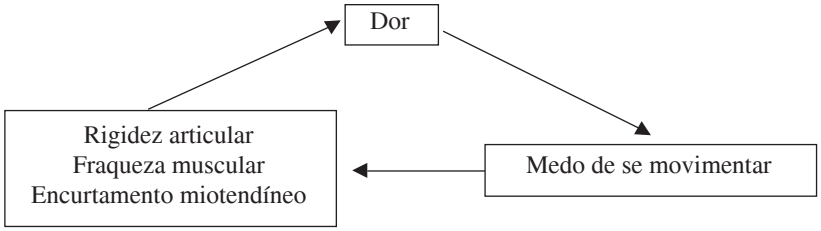
- **Músculos:** com o repouso no leito, a perda de massa magra é de 10% por semana, com redução do torque muscular de 24% após 5 semanas. Com a inatividade, ocorre encurtamento miotendíneo e alterações periarticulares e intrarticulares, estimulando a proliferação colágena em caso de presença de hemorragias e edemas. Os níveis reduzidos de atividade, somados à fraqueza muscular, geram desbalanço muscular dinâmico, piorando o risco de contraturas. Ocorre também aumento da excreção urinária de cálcio a partir de 3 dias de repouso, osteoporose por desuso, ambos piorados na vigência de metástases ósseas e síndromes paraneoplásicas com secreção de PTH.
- **Trato respiratório:** fraqueza e redução da atividade intercostal e diafragmática e postura supina favorecem alteração do padrão respiratório, resultando em diminuição de capacidade funcional, atelectasias, piora da eficácia da tosse, hipoxemia. Respirar profundamente se torna doloroso na vigência de metástases ósseas ou em pós-operatórios; derrames pleurais, complicações de radioterapia e maior risco de pneumonia são comuns em pacientes oncológicos.
- **Aparelho genitourinário:** estase urinária, hipercalciúria, litíase, retenção urinária e infecções. Prevenções incluem limitar o uso de sondas de demora e preferir coletores ou cateterismo intermitente limpo.
- **Trato gastrointestinal:** inatividade leva à redução do peristaltismo e hipertonia esfincteriana. Estudos radiopacos demostram aumento do trânsito colônico e declínio das ondas propulsivas. A constipação e impactação fecal pioram no uso de opioides. Náuseas, vômitos e anorexia são frequentes durante a quimioterapia e, combinados com balanço nitrogenado negativo, contribuem para a caquexia e hipoproteinemia. A reeducação intestinal, uso de laxativos e dieta apropriada fazem parte da reabilitação.
- **Sistema cardiovascular:** os efeitos hemodinâmicos ocorrem a partir de poucos dias de repouso, com perdas plasmáticas de até 500ml em 1 semana. Com isso, ocorre aumento da viscosidade sanguínea, hipotensão ortostática, tendência a hipotensão arterial, redução do débito cardíaco, risco aumentado de síncopes e baixa perfusão cerebral. As respostas hemodinâmicas ao exercício físico também são afetadas após 10 dias de repouso, com menor volume sistólico, débito cardíaco e consumo máximo de O_2. Estima-se que são necessárias de 3 a 4 semanas para o reestabelecimento das respostas hemodinâmicas fisiológicas.
- Estados de hipercoagulabilidade, maior viscosidade sanguínea e estase venosa levam a risco aumentado de tromboses.
- **Sistema nervoso:** déficits de equilíbrio, coordenação, percepção, levando a maior risco de quedas. O confinamento e imobilização no leito levam à depri-

vação sensorial, déficits de atenção/concentração, *delirium* e outros déficits cognitivos.

- **Pele:** a baixa mobilidade, associada a desnutrição, incontinência e déficits sensoriais aumentam o risco para úlceras de pressão

Dor. A dor é altamente prevalente entre pacientes recebendo Cuidados Paliativos, perfazendo uma taxa de 40 a 90%. O conhecimento da história natural do tipo neoplásico e manejo terapêutico auxiliam no controle sintomático nos casos oncológicos. Nos casos de Esclerose Múltipla, por exemplo, dor aguda ou crônica ocorre em 30% a 80% dos pacientes, e a dor tem sido relatada em 73% dos pacientes com doença do neurônio motor[10].

Este sintoma, em conjunto com o descondicionamento e a síndrome do imobilismo, cria-se um ciclo vicioso, conforme explicitado no quadro abaixo[2]:



Fraturas patológicas. As metástases ósseas acometem 70 a 85% dos pacientes com tumores avançados, principalmente de mama, próstata, pulmão, rins e tireoide. Em 9,5% dos casos, as metástases levam a fraturas patológicas, complicações graves que levam a hospitalizações, necessidade eventual de tratamento cirúrgico e controle agressivo da dor.

Em decorrência de lesões encefálicas adquiridas, tem-se observado osteoporose neurogênica, exigindo os mesmos cuidados terapêuticos e reabilitacionais de um quadro de osteoporose pós-menopausa. O risco aumentado de fraturas patológicas observado é incrementado com a presença de síndrome do imobilismo (vide acima), que promove piora da arquitetura e massa ósseas[11].

Xerostomia. A xerostomia é uma queixa comum e compromete deglutição e comunicação, causa halitose, cáries e infecções, e reduz gustação. É muito frequente após radioterapia de cabeça e pescoço, em que ocorre agressão em glândulas salivares. Medicamentos com efeito colinérgico como tricíclicos e opioides também são causas comuns. Os pacientes devem ser avaliados na busca de candidíase oral, mucosites e fissuras[11].

Fadiga. A fadiga é um dos sintomas mais comuns e incômodos experimentados entre os pacientes com câncer, sendo incapacitante em 17 a 40%. Afeta de 70 a 100% dos pacientes sob quimioterapia, radioterapia e TMO e com metástases.

Na maioria dos casos, a fadiga tem origem multifatorial e pode ser conceituada como uma síndrome. Pode ser causada pelo tumor em si, pelo tratamento, ou pela anemia relacionada à anemia. Fatores sabidamente associados à fadiga são: caquexia, descondicionamento, altos níveis de citocinas, além de ansiedade, depressão, má qualidade de sono e dor. Alguns tipos específicos de câncer, como de pulmão, de testículo, de cólon e hematológicos estão mais relacionados com a fadiga, em relação a tumor de mama e de próstata, por exemplo. Entre os pacientes sob quimioterapia, a fadiga tipicamente tem um pico em 48-72 horas e cai após 3 semanas. Na radioterapia, a fadiga se agrava linearmente até um pico de 4 semanas de tratamento, com queda ao longo de 3 meses[11].

A fadiga influencia todos os aspectos da qualidade de vida e agrava a experiência frente a outros sintomas, como náusea, dispneia ou dor. Sendo assim, diretrizes vêm sendo desenvolvidas com o objetivo de se detectar e acompanhar a presença de fadiga, graduá-la e tratar as condições clínicas subjacentes (como anemia, distúrbio de sono, comorbidades, imobilismo, desnutrição)[11].

Linfedema. O linfedema do braço, levando a aumento da circunferência em mais de 2 cm, é uma condição incapacitante e crônica que afeta um número significante de mulheres que são submetidas ao tratamento de câncer de mama. Qualquer dissecção dos vasos linfáticos axilares e linfonodos, cirurgia axilar e radioterapia levam ao risco de linfedema do braço. Fibrose da axila secundária à cirurgia e à radioterapia causa obstrução venosa/linfática ao comprimir troncos vasculares e bloquear a regeneração de colaterais venosos e linfáticos. Trauma e infecção são outros fatores causais, que também predispõem a redução da amplitude articular no ombro. O aumento da circunferência do braço no pós-operatório é comum e resolve-se em semanas. A gravidade se relaciona à idade avançada da paciente, extensão da dissecção axilar. O linfedema é fator predisponente para celulites, tromboflebites e linfangites; pode ser agravado por comorbidades como hipertensão arterial, nefropatias e diabetes[11].

O linfedema traz incômodos físicos, como diminuição da amplitude de movimento, sobrepeso do membro acometido, assimetria na composição, corporal e incômodos psicossociais, tais como perda da autoestima, prejuízo estético, dificuldades para o relacionamento interpessoal e sexual[1].

Alterações psíquicas. Em 50% dos pacientes portadores de câncer com déficits físicos, há demandas psicológicas associadas e em 29% dos que não possuem

queixas motoras. Em todas as fases do câncer, há indicação de acompanhamento psicológico para a família e o paciente; em alguns casos, o tratamento inclui avaliação psiquiátrica e controle específico de transtornos ansiosos e depressivos. Na população oncológica, alguns achados podem ocorrer e levar a diagnósticos e tratamentos inadequados, como *delirium* decorrente do quadro clínico subjacentes e complicações metabólicas, transtornos hipoativos e distúrbios cognitivos[11].

Distúrbios cognitivos. Comuns em doenças como AVEs e TCEs, metástases ou tumores cerebrais também podem gerar ampla gama de déficits cognitivos (58% dos casos), desde sutis alterações neuropsicológicas a casos generalizados de afasias, alexias, apraxias e déficits de memória e atenção – acentuados na vigência de distúrbios metabólicos. Independentemente de sua etiologia, as disfunções cognitivas podem tornar complexa a reabilitação, aumentar a carga do cuidador, gerar insatisfações ao paciente, degradar relações interpessoais e familiares, além de comprometer a independência. A avaliação neuropsicológica é essencial para a detecção dos déficits cognitivos, além de facilitar o desenho de técnicas de reabilitação, como estratégias restaurativas e compensatórias[11].

Outros. Alterações frequentemente observadas incluem disartrofonias, afasias (motora, mista, sensorial), déficits de atenção/memória/visuoespaciais, distúrbios de funções executivas, hemiparesias, ombros dolorosos próprios do hemiplégico, dor mista no hemicorpo acometido, bexiga neuropática, distonias e tremores, hipertonia espástica, ataxia e incoordenação[11]. A disfagia é também uma sequela comum, perigosa e incapacitante[10].

Estratégias de intervenção

Como objetivos específicos da intervenção da equipe de reabilitação em Cuidados Paliativos, é possível elencar:

- Prevenir dor ou outros sintomas;
- Maximizar a independência e/ou a autonomia;
- Manter a capacidade funcional;
- Minimizar esforços para realização das atividades cotidianas;
- Aumentar a segurança na realização das atividades;
- Enriquecer o cotidiano;
- Resgatar a vida ocupacional, familiar e social.

Para que tais objetivos possam ser alcançados, toda a equipe multiprofissional deverá estar envolvida na assistência ao paciente, através de atendimentos individuais, grupais e orientações aos familiares e cuidadores.

Para maximização da independência e manutenção da capacidade funcional, um programa de exercícios é de fundamental importância, agindo sobre o descondicionamento físico e o imobilismo. Cinesioterapia ativa e passiva são mandatórias para ganho de amplitudes articulares, controle de equilíbrio e propriocepção, trocas posturais, ortostatismo e marcha.

Os exercícios são parte de um programa de ganho de resistência, melhoria do desempenho cardiovascular, além de relaxamento e lazer. Os exercícios podem ser passivos (realizados pelo profissional, sem controle voluntário), assistidos (movimentos voluntários auxiliados pelo terapeuta, pelo próprio paciente ou por equipamentos) ou resistidos (movimentos voluntários com resistência do profissional, ou equipamentos). O programa de exercícios deve ser adaptado individualmente, sempre monitorado pelo profissional, com metas realísticas, conforme mencionado anteriormente. Deve-se preconizar a orientação a familiares e cuidadores sobre o programa, a fim de estimularem e encorajarem o paciente, além de realizar alguns exercícios com o mesmo, quando possível[2].

Os programas de exercícios e de atividade física podem também ajudar a prevenir a manifestação e reduzir a intensidade da fadiga, assim como terapia de sono, terapia cognitiva e farmacológica[12]. Metanálise indica que outras intervenções não farmacológicas são eficazes no controle de fadiga, embora de evidência estatística limitada[13,14].

A seguir, estão relacionadas algumas estratégias de conservação de energia que podem ser orientadas para controle deste sintoma:

- Orientação ao paciente em relação ao curso da fadiga;
- Autoprograma de exercícios para amplitudes articulares e aeróbicos, com pausas entre as séries, e preferindo alta frequência de repetições e baixa carga;
- Fracionamento das atividades de rotina diária;
- Encorajamento para atividades de lazer e em grupo de 20-30 minutos, 3 vezes por semana;
- Orientação e acompanhamento em relação ao uso de medicamentos sintomáticos como analgésicos e ansiolíticos.

O uso de grupos de exercícios para pacientes oncológicos em Cuidados Paliativos foi relatado como tendo os seguintes benefícios descritos pelos participantes: participação em uma atividade significativa, estruturação do cotidiano através do compromisso de participação, manutenção da função física e aumento da energia. Os autores reforçam, entretanto, a importância do programa de exercícios ser oferecido por profissionais qualificados[15].

O treino de atividades de vida diária será parte integrante de quaisquer programas de reabilitação em Cuidados Paliativos, relacionando-se ao treino de ati-

vidades ligadas à mobilidade (transferências, deambulação, mudanças posturais), aos cuidados pessoais (alimentação, higiene, vestuário), à comunicação (escrever, telefonar, digitar, usar computador) e às ferramentas de controle do meio ambiente (manuseio de chaves, portas, janelas, torneiras, etc)[16]. Pode ser realizado através de exercícios funcionais, mas também através de adaptações de utensílios, como engrossadores de talheres, pegadores, pranchas e guinchos de transferência, entre outros. Para facilitar a independência nas AVDs, ainda é possível realizar adaptações ambientais e arquitetônicas, como acessibilidade do domicílio, instalação de barras de apoio, rampas, corrimões, elevadores, etc.

Para a prevenção de deformidades e controle de dor (relacionada à hipertonia, espasticidade ou fratura patológica), o posicionamento adequado é importantíssimo, especialmente através de órteses. As órteses são dispositivos aplicados a qualquer parte do corpo, com objetivo de estabilizar ou imobilizar o segmento, prevenindo ou corrigindo deformidades, protegendo contra lesões, auxiliando na recuperação e na maximização da função[17]. São importantes no controle da dor, pois promovem o repouso de articulações, tendões, ligamentos e músculos; mantêm alinhamento; previnem contraturas em posição viciosa; previnem movimentos indesejados[18]. Órteses (cruropodálicas, suropodálicas, de posicionamento para membros superiores, extensoras de cotovelo e joelho) auxiliam na estabilidade do segmento, previnem deformidades e auxiliam na marcha. As órteses dinâmicas auxiliam em preensões e atividades motoras finas.

Podem ser confeccionadas em gesso, PVC, termoplástico, ou espuma de alta densidade, de acordo com as necessidades do paciente e os recursos (institucionais, familiares, financeiros) disponíveis. A depender do prognóstico funcional de cada paciente, podem ser confeccionadas órteses em materiais alternativos, como espuma de alta densidade, isopor, tecido, e até mesmo o colchão utilizado para prevenção de escaras (conhecido como "caixa de ovo"), contribuindo para o conforto e prevenção de lesões de pele.

Outro aspecto, importante e recorrente, é o conforto físico proporcionado através de adaptações/adequações no leito, acomodando segmentos corporais comprometidos cirurgicamente, por crescimento tumoral ou pelos aparelhos necessários ao tratamento. Junto à equipe de cuidados, é possível adaptar coxins, apoios, fixadores de sondas e cânulas, e toda sorte de necessidades que indiquem que o paciente possa estar mais confortável fisicamente, além de prevenir o aparecimento de úlceras por pressão.

Além das órteses já descritas, outros equipamentos poderão ser prescritos e/ou confeccionados pela equipe de reabilitação, como cadeiras de rodas, cadeiras de banho, próteses, muletas, bengalas, etc. visando melhor conforto do paciente

e aquisição de maior independência nas atividades cotidianas, incrementando a mobilidade às atividades rotineiras domiciliares e ocupacionais.

No caso do manejo de linfedema, o posicionamento adequado é fundamental. Entre outras orientações para controle deste sintoma estão incluídos: nutrição balanceada, cessação de tabagismo, controle de peso; elevação do membro edemaciado, evitar carregar peso deste lado; exercícios para amplitudes articulares; evitar venopunturas, aferições de pressão arterial e retirada de cutículas no lado edemaciado; usar luvas durante as atividades domésticas; cuidados com feridas, picadas de insetos, coçaduras e rachaduras da pele; visitas médicas regulares, relatar aumentos súbitos da circunferência do membro; exercícios domiciliares. A drenagem linfática manual tem se mostrado eficaz para melhoria deste sintoma, sempre com a necessidade de outros cuidados concomitantes[19]. Uma revisão sistemática observou que os tratamentos mais intensivos e dependentes de terapeuta especializado, como compressão pneumática, laserterapia, drenagem linfática manual e fisioterapia, resultaram em efeito significante na redução volumétrica do edema em relação a outros mais genéricos, como malhas compressivas e elevação do membro. Todas as terapias geraram melhora subjetiva a conforto mensurável em escalas de qualidade de vida[20].

Para a xerostomia, o tratamento convencional (higiene oral, uso de estimulantes da saliva ou saliva artificial, alimentos condimentados e pilocarpina) tem sido complementado com acupuntura, cuja eficácia é significante em metanálises[21].

Nos casos de fadiga (e também sintomas como caquexia e anorexia), o acompanhamento nutricional personalizado é fundamental nos ajustes de dieta frente à introdução de atividades físicas e variações de gasto energético, além da prescrição de suplementos e dieta modificada.

Especificamente nos casos de fratura patológica, devido às suas consequências funcionais catastróficas, indica-se um programa de reabilitação intensivo e curto, objetivando minimizar descondicionamento e osteopenia resultante de imobilidade; preservar amplitudes articulares no limite da dor; otimizar independência nas atividades rotineiras; realizar fortalecimento isotônico e isométrico.

Já para o paciente acamado, o posicionamento adequado é especialmente importante. Uma posição adequada pode melhorar a deglutição, sendo auxiliado por técnicas fonoaudiológicas como para flexão do pescoço, exercícios de adução glótica, tosse assistida, ajustes posturais, restabelecimento de consistências alimentares e manobras específicas. Vale ressaltar que a terapia fonoaudiológica auxilia no tratamento de afasias, disatrofonias e distúrbios linguístico-cognitivos[10].

Porém, não só para as áreas funcionais e cognitivas que o posicionamento será fundamental, mas também para a melhora da função pulmonar, uma vez que a

posição sentada aumenta os volumes pulmonares e diminui o trabalho respiratório dos pacientes. A posição em prono aumenta a capacidade residual funcional e a relação ventilação/perfusão, enquanto as posições laterais aumentam a ventilação e a mobilização de secreção. Ainda sobre a função pulmonar, a oxigenoterapia e o uso de ventilação não invasiva pode ser um recurso utilizado quando ocorre queda de saturação em ar ambiente sempre com indicação da equipe especializada[1].

Para pacientes com sequelas cognitivas e/ou com sequelas de linguagem (expressão, compreensão, etc), o uso de recursos de comunicação alternativa também deverá ser indicado pela equipe de reabilitação. Além disso, através de uma avaliação neurocognitiva adequada, poderão ser também prescritas técnicas e exercícios de memória e reabilitação cognitiva.

Os meios físicos, isto é, intervenções que produzem respostas nos tecidos moles por meio de luz, água, temperatura, som ou eletricidade são adjuvantes para analgesia, redução de edemas elásticos e controle de processos inflamatórios. Podem englobar, por exemplo, banhos de parafina, compressas quentes ou frias, ultrassom, turbilhão, TENS (estimulação elétrica transcutânea), entre outros. Ressalta-se que estas indicações devem ser feitas após avaliação minuciosa da condição física do paciente, e só podem realizá-las com segurança por profissionais com treinamento específico no tema[18]. A utilização do TENS em dor oncológica ainda é controversa, com uma série de estudos e experimentos clínicos sustentando este uso, e outro número considerável de estudos não demonstrando benefícios na sua aplicação[22]. A crioterapia (utilização do frio) tem utilização benéfica comprovada em torções, contusões e dores musculoesqueléticas, especialmente relacionadas a processos inflamatórios. O uso de calor local em pacientes com câncer, em especial no local do tumor tem sido contraindicado[1]. Entretanto, a relação custo-benefício desta intervenção deve ser levada em consideração tendo em vista a condição do paciente e a possibilidade de benefício pela intervenção.

A estimulação elétrica neuromuscular pode auxiliar no trabalho de fortalecimento e ganho de *endurance* em lesões nervosas centrais. Ainda no contexto dos meios físicos, as terapias manuais (como massagem e deslizamento miofascial) são indicadas para relaxamento muscular e controle de ansiedade. Os métodos de terapia manual podem ser utilizados como complementares no alívio da dor, diminuindo a tensão muscular, melhorando a circulação tecidual e diminuindo a ansiedade do paciente[1]. Pode-se complementar o tratamento indicando-se o uso de técnicas de relaxamento e visualização sempre em trabalho conjunto com a equipe, especialmente profissionais da Saúde Mental.

Para o controle da dor – e também para o enriquecimento do cotidiano, aumento da autoestima e dignidade –, as atividades prazerosas, lúdicas e expressivas podem facilitar a percepção de capacidades e potencialidades dos pacientes, pois

devido ao sofrimento trazido pela dor, estes não mais as reconhecem[23]. O uso da arte como atividade terapêutica no cuidado aos idosos com dor crônica, uma vez que, ao possibilitar uma nova ocupação significativa ao idoso, pode-se contribuir para prevenir e aliviar a dor[24]. As atividades colaboram na redução da dor na medida em que, ao se envolver com a atividade, muitas vezes o paciente passa a dar menos atenção a sua dor[25]. E, assim, há uma quebra no ciclo "dor – ociosidade – dor"[26].

A estimulação sensorial pode ser indicada como estratégia para enriquecimento do cotidiano de pessoas com sequela neurológica muito grave. O estímulo positivo e agradável bem como possibilidade de interação com o meio a partir de experiências de vida e potência são os principais objetivos desta proposta. Toques, texturas, cheiros, sabores, música, luzes são algumas das estratégias usadas no grupo, desenvolvendo-se um ambiente de conforto e de cuidado[27,28]. As estimulações multissensoriais podem ainda ser indicadas para déficits sensitivos, alodínea e déficits proprioceptivos.

Os procedimentos fisiátricos como inativação de pontos gatilho miofasciais com agulhamento seco, aplicação de toxina botulínica, infiltrações intrarticulares e mesoterapia são ainda outras possibilidades de intervenção no campo da reabilitação em Cuidados Paliativos. Para o controle específico da espasticidade, bloqueios neuromusculares com toxina botulínica e neurólises com fenol reduzem o tônus espástico focal e facilitam a prevenção de deformidades. O médico fisiatra pode ainda prescrever medicamentos específicos adjuvantes da reabilitação, como antiespásticos, analgésicos, psicoestimulantes, anticonvulsivantes, opioides, entre outros.

Enfim, são diversas as possibilidades e as estratégias de intervenção da equipe de reabilitação em Cuidados Paliativos. Estas foram aqui apresentadas de maneira geral, e indica-se estudo aprofundado para a aplicação das mesmas. É importante destacar que, no curso de todo o programa de reabilitação, folhetos e manuais destinados ao cuidador ou paciente podem ser um poderoso recurso facilitador para as orientações acerca dos assuntos cabíveis para cada paciente[29], assim como há a necessidade de oferecer apoio e acolhimento aos familiares, que também sofrem com o adoecimento do paciente[30].

Considerações finais

Os pacientes em Cuidados Paliativos necessitam de cuidado amplo para o alívio de sintomas de dor, fadiga, fraqueza, além de educação para auxiliá-los na habilidade de ganho de independência funcional e qualidade de vida. Tais demandas são mais bem supridas por meio da atuação dos profissionais de reabilitação,

fundamentais para os cuidados interdisciplinares necessários ao longo de todas as fases de condições rapidamente progressivas ou estáveis: planejamento terapêutico, remissão, recorrência, declínio funcional e fase final de vida. O seguinte esquema pode explicitar bem este processo[31]:

A equipe da reabilitação é treinada para auxiliar no alívio de sintomas, ganho de funcionalidade e problemas associados ao tratamento. No entanto, ainda pouca ênfase é colocada na reabilitação dos pacientes paliativos, devido a ignorância, barreiras sociais, custos, estigma associado à procura por ajuda psicoterápica e falhas de comunicação[32]. Os médicos e pacientes devem estar alertas e abertos quanto à importância das intervenções de reabilitação para o funcionamento global destes pacientes[33].

O propósito principal da reabilitação em Cuidados Paliativos é de permitir ao paciente retornar a um estágio de utilidade e menos dependência, resultando na habilidade de tornar-se sujeito de sua vida novamente. Isso pode estar relacionado desde simples atividades, como usar o lavatório, barbear-se, até o envolvimento em atividades criativas, pintura, música – e até especialmente ser tratado com respeito. Em quaisquer destes casos, o autor reforça: "Reabilitação em Cuidados Paliativos nunca é fácil, muitas vezes desafiador e sempre recompensador"[9].

Reabilitação em Cuidados Paliativos – Pontos Principais[34]
Ajuda o paciente a ganhar oportunidade, controle, independência e dignidade
Responde rapidamente para ajudar os pacientes a se adaptarem constantemente a seu adoecimento
Tem uma abordagem realística junto aos objetivos possíveis
Delimita o ritmo a partir de cada indivíduo
Visa à restauração da qualidade de vida
"Traz mais vida aos dias do que dias a vida"
É uma atitude, assim como um processo
Adota uma abordagem compensatória, com foco na resolução de problemas e promoção de estratégias de enfrentamento

Referências

1. MARCUCCI, F. C. I. O papel da fisioterapia nos Cuidados Paliativos a pacientes com câncer. Revista Brasileira de Cancerologia 2005; 51(1): 67-77.

2. ELFRED, A. Rehabilitation. In: SYKES, N.; EDMONDS, P.; WILES, J. Management of advanced disease. Great Britain: Arnold, 2004. p. 549-559.

3. TWYCROSS, R. Medicina Paliativa: Filosofia y Consideraciones Éticas. Acta Bioethica, ano VI, n.1. 2000.

4. YOSHIOKA, H. Rehabilitation for the terminal cancer patient. Am J Phys Med Rehab 1994; 73: 199-206.

5. KIM, A.; FALL, P.; WANG, D. Palliative care: optimizing quality of life. JAOA 2005, 105: S9-S14.

6. AMIRALIAN, M. L. T.; PINTO, E. B.; GUIRARDI, M. I. G.; LICHTIG, I.; MASINI, E. F. S.; PASQUALIN, L. Conceituando deficiência. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v.34, n.1, fev. 2000.

7. DELISA, J. A. A history of cancer rehabilitation. Cancer 2001; 92(4S): 970-4.

8. DIETZ, J. H. Rehabilitation Oncology. *New York, NY:*. John Wiley & Sons; 1981.

9. JOLLIFE, J.; BURY, T. The effectiveness of physiotherapy in the palliative care of older people. The Chartered Society of Physiotherapy. London, 2002. 43p.

10. EDWARDS, A. Symptom relief in palliative neurological care. In: BYRNE, J.; McNAMARA, P.; SEYMOUR, J.; McCLINTON, P. United Kingdon: Radcliffe Publishing, 2009. p. 47-69.

11. KAPLAN, R.; VAN ZANDT, J. E. Cancer and rehabilitation: http://emedicine.medscape.com/article/320261-overview.

12. WINNINGHAM, M. L. Strategies for managing cancer-related fatigue syndrome: a rehabilitation approach. Cancer 2001; 92(4S): 988-97.

13. JACOBSEN, P. B.; DONOVAN, K. A.; VADAPARAMPIL, S. T.; SMALL, B. J. Systematic review and meta-analysis of psychological and activity-based interventions for cancer-related fatigue. Health Psychol 2007; 26(6): 660-7.

14. MOTA, D. D. C. F.; PIMENTA, C. A. M. Fadiga em pacientes com câncer avançado: conceito, avaliação e intervenção. Revista Brasileira de Cancerologia 2002; 48(4): 577-583.

15. NYBØ, G.; MARINI, C.; BYE,A.; OLDERVOLL, L. Palliative cancer patients experiences of attending group exercise training. European Journal of Palliative Care. 11th Congress of EAPC. 2009. p. 202.

16. TEIXEIRA, E. Atividades da vida diária. In: TEIXEIRA, E.; SAURON, F. N.; SANTOS, L. S. B.; OLIVEIRA, M. C. Terapia Ocupacional na Reabilitação Física. São Paulo: ROCA, 2003. p. 193-219.

17. SAURON, F. N. Órteses para membros superiores. In: TEIXEIRA, E.; SAURON, F. N.; SANTOS, L. S. B.; OLIVEIRA, M. C. Terapia Ocupacional na Reabilitação Física. São Paulo: Roca, 2003. p. 265-296.

18. DE CARLO, M. M. R. P.; ELUI, V. M. C.; PACKER, M. P. Terapia Ocupacional e atenção a pacientes com dor não-oncológica. In: DE CARLO, M. M. R. P.; QUEIROZ, M. E. G. Dor e Cuidados Paliativos - Terapia Ocupacional e Interdisciplinaridade. São Paulo: Roca, 2008. p. 167-190.

19. NIELAND, P.; KLASCHIK, E.; CLEMENS, K. E. Evaluation of the clinical effectiveness of physiotherapeutic management of lymphatic oedema in palliative care patients. European Journal of Palliative Care. 11th Congress of EAPC. 2009. p. 207.

20. MOSELEY, A. L.; CARATI, C. J.; PILLER, N. B. A systematic review of common conservative therapis for arm lymphoedema secondary to breast cancer treatment. Ann Oncol 2007; 18(4): 639-46.

21. CHERNY, N. I. Taking care of the terminally ill cancer patient: management of gastrointestinal symptoms in patients with advanced cancer. Ann Oncol. 2004;15: 205-13.

22. PENA, R.; BARBOSA, L. A.; ISHIKAWA, N. M. Estimulação elétrica transcutânea do nervo (TENS) na dor oncológica – uma revisão da literatura. Revista Brasileira de Cancerologia 2008; 54(2): 193-199.

23. NUNES, C. M. P. Dor neuromusculoesquelética. *In:* Terapia Ocupacional Gerontológica.*In:* Cavalcanti, A; Galvão, C. Terapia Ocupacional: fundamentação e prática Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007, 258-268.

24. SANTOS, A. G. C.; ARAUJO, R. C. T. A intervenção terapêutica ocupacional em idosos institucionalizados e seus efeitos sobre a queixa de dor. MIMEO.

25. FERRER, A. L.; SANTOS, W. A. Terapia Ocupacional na Atenção a Pacientes com Dor Oncológica e em Cuidados Paliativos. In: DE CARLO, M. M. R. P.; QUEIROZ, M. E. G. (Orgs.). Dor e Cuidados Paliativos: Terapia Ocupacional e Interdisciplinaridade. São Paulo: Roca, 2008. Cap. 7, 146- 166.

26. PENGO, M. M. B.; SANTOS, W. A. O papel do terapeuta ocupacional em oncologia. In: DE CARLO, M. R. P.; LUZO, M. C. M. (Orgs.). Terapia Ocupacional - Reabilitação Física e contextos hospitalares, SP, Ed. Roca, 2004. Cap. 10, 233-255.

27. OTHERO, M. B. Terapia Ocupacional na Assistência Oncológica em Geriatria e Gerontologia – Experiências em Cuidados Paliativos no Setor Privado, Hospital Premier (São Paulo-SP). In: _____. (org.) Terapia Ocupacional. Práticas em Oncologia. São Paulo: Roca, 2010. p. 388-407.

28. OTHERO, M. B.; ARINI, T. S.; FURTADO, M. T. S. Terapia Ocupacional e Cuidados Paliativos na Assistência ao Paciente com Sequela Neurológica Grave. In: Anais do IV Congresso Internacional de Cuidados Paliativos. ANCP. São Paulo, 2010.

29. PENGO, M. M. S. B. Assistência à mulher com câncer – A experiência do Hospital Amaral Carvalho em Jaú – SP. In: OTHERO, M. B. (org) Terapia Ocupacional – Práticas em Oncologia. São Paulo: ROCA, 2010. p. 218-253.

30. OTHERO, M. B. Assistência ao familiar da pessoa com câncer. In: : _____. (org.) Terapia Ocupacional. Práticas em Oncologia. São Paulo: Roca, 2010. p. 111-122.

31. HOLLANDER, L.; DIELIS, W. Palliative care for psychogeriatric patients from a physiotherapeutic view. European Journal of Palliative Care. 11th Congress of EAPC. 2009.

32. PANDEY, M.; THOMAS, B. C. Rehabilitation of cancer patients. J Postgrad Med 2001; 47:62.

33. GERBER, L. H. Cancer rehabilitation into the future. Cancer 2001; 92:975-9.

34. WATSON, M.; LUCAS, C.; HOY, A.; WELLS, J. Oxford Handbook of Palliative Care. 2nd ed. Oxford University Press, 2009.

Sedação paliativa

Célia Maria Kira

Introdução

É bem documentado pela literatura que, pacientes numa fase avançada de doença (oncológica ou não) apresentam vários sintomas causadores de sofrimento intenso. Esses sintomas podem ser físicos (como dor, dispneia, constipação), psicoemocionais (como agonia, *delirium*) ou espiritual (desesperança). Tais sintomas se não tratados adequadamente geram angústia e mais sofrimento ao paciente e aos seus familiares. E quando existe refratariedade no controle desses sintomas, a sedação paliativa é uma opção de tratamento.

A prevalência de sedação paliativa varia, na literatura mundial, entre 16 a 52%. Em pacientes domiciliares, no estudo de Ventafridda et al.[1], a sedação para controle de sintomas ocorreu em 52%, e Fainsinger et al.[2] no Canadá, em uma unidade de Cuidados Paliativos, encontraram uma prevalência de 16% de sedação. Em *hospices*, Morita et al.[3], no Japão, descreveram 48% de sedação, enquanto que Fainsinger[4], na África do Sul, encontrou uma taxa de 30% e Chiu et al.[5] em Taiwan, relataram 20% de pacientes sedados. No Brasil, em São Paulo, Ferreira[6], na enfermaria de Cuidados Paliativos do Hospital do Servidor Público do Estado de São Paulo, encontrou uma prevalência de sedação paliativa de 36,7%. A variação entre os percentuais de prevalência de sedação paliativa nos diversos estudos deve-se à diferença entre as populações estudadas, sintomas refratários, tipo de doença, aspectos socioculturais e religiosos, treinamento da equipe de saúde e tipo de ambiente (hospitalar ou não).

A sedação paliativa ainda hoje é confundida com eutanásia mascarada e com suicídio assistido por alguns profissionais da área da saúde, bem como por pacientes e familiares, por acreditarem que tal procedimento apresse a morte do paciente. As diferenças entre Sedação Paliativa, Eutanásia e Suicídio Assistido serão apresentadas e discutidas no item Considerações Éticas.

Muitos estudos no início dos anos 2000 mostraram que a sobrevida após o início da sedação paliativa era muito pequena, variando de horas a poucos dias[7,8,9,10,11]. Contudo Stone[12] já questionava que a necessidade de sedação paliativa sugeria mais um indicador de uma morte iminente que a causa de uma morte prematura.

A crença de antecipação da morte com a sedação paliativa é errônea. Em 2003, Skyes & Thorn[10] verificaram em 237 pacientes que a média de sobrevida foi similar nos 2 grupos (pacientes sedados e não sedados) na sedação das últimas 48 horas de vida; entretanto, nos pacientes sedados por 7 dias, a sobrevida média foi de 36 dias ($P < 0,01$). Maltoni et al.[13], em 2009, num estudo prospectivo e multicêntrico comparou o impacto de sobrevida de 518 pacientes, divididos em 2 *cohorts*: a média de sobrevida no grupo sedado foi de 12 dias contra 9 dias do grupo não sedado. E num outro estudo prospectivo com 77 pacientes, conduzido por Mercadante et al.[14], também foi encontrada uma sobrevida maior no grupo sedado paliativamente ($P= 0,003$).

Outro ponto importante é a falta de uma padronização deste procedimento. Os motivos pelos quais se indica a sedação paliativa e o momento mais adequado para sua introdução, as medicações escolhidas, dose das drogas, via de administração e duração da sedação são muito variáveis de serviço de saúde a serviço.

Pretende-se com este capítulo orientar, de uma forma prática, o profissional de saúde na melhor indicação e uso da sedação paliativa, se esse procedimento for uma opção de tratamento para o seu paciente.

Conceitos

Sedação Paliativa é a administração deliberada de fármacos em doses e combinações necessárias para reduzir o nível de consciência, com o consentimento do paciente ou de seu responsável, e que tem como objetivo o alívio de um ou mais sintomas refratários em pacientes com doença avançada terminal[15,16,17].

Sedação paliativa se faz com drogas sedativas e não com drogas analgésicas ou coquetel de drogas aleatórias. Não se deve usar meperidina (Dolantina®), pelo seus vários efeitos colaterais e poder analgésico baixo; não se usa soro "M1", "M2", etc.

Sedação Terminal foi o primeiro termo utilizado para nomear a sedação paliativa, porém tem sido abandonado nos últimos anos devido à falta de clareza da palavra "terminal"[15].

Considera-se **Sintoma Refratário** todo sintoma que não pode ser controlado adequadamente, apesar de repetidas e intensas tentativas de tratamento tolerável, sem que se comprometa o nível de consciência. Os critérios para designar sintoma refratário incluem que, a despeito de outras possíveis intervenções (invasivas e não invasivas) no controle desse sintoma, existam: (i) incapacidade de promover um alívio adequado, (ii) associação com excessiva e intolerável morbidade aguda e crônica e (iii) improvável obtenção de alívio dentro de um prazo curto[16,17]. Sugere-se que a determinação da refratariedade do sintoma deva ser, sempre que

possível, um consenso entre os membros da equipe que cuida (o maior número possível de membros) e/ou com a consultoria a outros especialistas.

Um exemplo prático de sintoma refratário: intensa dispneia provocando sofrimento e ansiedade para si próprio e em seus familiares. Se a despeito de todas as tentativas de tratamento, não há controle e alívio adequados, deve-se então considerá-lo como sintoma refratário e prescrever uma sedação. O objetivo neste momento é diminuir o estresse mental do paciente causado pela sensação de sufocamento e pela ansiedade gerada pela perda de controle da situação.

Não se deve confundir sintoma refratário com sintoma difícil[18,19]. **Sintoma difícil** é conceituado como o sintoma que para ser adequadamente controlado precisa de uma intervenção terapêutica intensiva (farmacológica e não farmacológica), além das medidas habituais e de suporte psicológico[20]. Muitos sintomas difíceis podem considerados "refratários" por médicos generalistas, por exemplo, *delirium* induzido por medicamentos ou quadro delirante por outras causas (desidratação, distúrbios eletrolíticos, infecção não aparente) podem ser controlados adequadamente por médicos com treinamento e habilidades adequados ou especialista na área.

Considerações éticas em sedação paliativa

A grande controvérsia ética da sedação paliativa ocorre porque as pessoas leigas, assim como muitos profissionais da área da saúde, desconhecem os princípios dos Cuidados Paliativos e associam erroneamente este procedimento à eutanásia[21,22].

Alguns conceitos básicos:

- Sedação paliativa: uso de medicamentos sedativos específicos para aliviar sofrimento intolerável causado por sintomas refratários e que reduzem o nível de consciência. Pacientes com doença avançada terminal e com o consentimento do paciente (ou responsável).
- Eutanásia: é a ação deliberada de provocar uma morte rápida através da administração de drogas letais, a pedido do paciente.
- Suicídio assistido: o médico prove os meios (medicação, prescrição, informação) ou outras formas de intervir no nível de consciência para o paciente cometer o suicídio.

As principais distinções entre a sedação paliativa e a eutanásia[17,23,24] estão resumidas na Tabela 1.

Tabela 1 - Distinção entre sedação paliativa e eutanásia		
	Sedação paliativa	**Eutanásia**
Intenção	aliviar sintoma refratário/ sofrimento	provocar a morte para cessar o sofrimento
Meios	diminuição do nível de consciência	terminar com a vida
Processo: drogas e doses	drogas sedativas ajustadas à resposta do paciente	drogas letais com incremento rápido
Objetivo final	alívio do sofrimento	morte rápida
Reversibilidade	sim, a princípio	NÃO
Morte por causa natural	sim	NÃO
Somente no final da vida	sim	NÃO

Uma outra grande questão é a crença de que a sedação paliativa antecipasse a morte do paciente. O princípio do Duplo Efeito[20,24] foi por muitos anos utilizado como justificativa ética em tornar a sedação paliativa moralmente aceita, uma vez que a intenção (alívio do sofrimento) tinha maior importância que a consequência (diminuição do tempo de vida, privação da consciência). Com os estudos recentes de Skyes & Thorn[10], Maltoni et al.[13] e Mercadante et al.[14], há evidências que, essa administração proporcionada de sedativos não encurta a vida e o uso do princípio de duplo efeito não é mais necessário.

O terceiro dilema ético e moralmente problemático para a grande maioria dos médicos é a indicação da sedação paliativa no caso de sofrimento psicoexistencial, pois pacientes em sofrimento existencial podem estar acordados, alertas, lúcidos e sem sintoma físico associado. Morita[11] em seu estudo com 90 pacientes descreve os efeitos benéficos da sedação paliativa para o alívio do sofrimento psicoexistencial, e foi indicada somente em 1% dos pacientes. Maltoni[13], em 2009, encontrou somente 6,2% de sedação paliativa por estresse psicológico.

E Brandão[25] levanta a questão da necessidade de reflexão por parte da equipe médica: sugere que, antes de sedar um paciente, deveria-se olhar e trabalhar os próprios sintomas e sentimentos diante de uma situação de incurabilidade e de morte próxima.

Classificação

Porta Sales[20] sugere uma classificação didática quanto à sedação paliativa, baseada em objetivo, temporalidade e intensidade, como pode ser visto na Tabela 2:

Tabela 2- Classificação da sedação paliativa	
Objetivo	• Sedação Primária: a finalidade da intervenção terapêutica é a diminuição do nível de consciência; •· Sedação Secundária: o rebaixamento do nível de consciência é consequência do efeito farmacológico da medicação usada para controlar um sintoma específico. Por exemplo, como ocorre no tratamento da dor (uso de opioides) e no tratamento do delírio (uso de neurolépticos).
Temporalidade	• Sedação Intermitente: é aquela que permite períodos de alerta do paciente; • Sedação Contínua: a diminuição do nível de consciência ocorre de forma permanente.
Intensidade	• Sedação Superficial: mantém um nível de consciência no qual o paciente ainda pode comunicar-se (verbal ou não verbal); • Sedação profunda: a que mantém o paciente em estado de inconsciência.

A sedação paliativa não é sempre administrada de forma primária, contínua, e profunda. **A administração de uma droga sedativa não necessariamente significa supressão permanente do nível de consciência**. E é necessário lembrar que **o objetivo final da sedação paliativa é aliviar o estresse e promover conforto**. O nível de sedação deve ser titulado em função de cada paciente e do alívio do seu sintoma ou estresse (**sedação proporcionada**).

Indicações de sedação paliativa

A maior indicação da sedação paliativa são os sintomas refratários. Os sintomas refratários mais comuns relatados na literatura são: delírio agitado, dispneia e dor. Qualquer outro sintoma, se diagnosticado como refratário, pode e deve ser sedado paliativamente: náusea e vômitos, hemorragia maciça, convulsão, mioclonia, insônia, prurido, angústia, medo, pânico, ansiedade, terror[4,7,8,9,12,26].

O tipo da sedação (intermitente ou contínua, leve ou profunda), droga escolhida, dose, via e taxa de administração dos sedativos vão variar conforme a necessidade clínica de cada paciente. Alguns pacientes necessitarão de sedação em momentos particulares, em momentos específicos do dia ou da noite, enquanto outros necessitarão de uma sedação mais contínua.

As circunstâncias que envolvem a prescrição de uma sedação paliativa são geralmente cercadas de emoções (dor total, sofrimento, angústia), o que pode dificultar uma abordagem correta e clareza de decisões. No processo decisório da sedação paliativa, a família deve estar envolvida, seja essa superficial ou profunda.

Em Cuidados Paliativos, podemos ter três situações clínicas distintas (às vezes, superponíveis): 1- doença avançada terminal com sintomas refratários, 2- quadro agudo ameaçador da vida em tempo curto e 3- morte iminente com sofrimento intenso.

Porta Sales[23] discute os aspectos clínicos da sedação paliativa, de como proceder nessas situações e da importância de esclarecer e obter o consentimento do procedimento. Na situação clínica 1, (sintomas refratários), a equipe de saúde deve ser capaz de explicar ao paciente e aos seus familiares, de uma maneira compreensível, razoável e sensível, o que está acontecendo; da necessidade de uma mudança de estratégia de tratamento e obter um consentimento para o procedimento. Quando o paciente está consciente e lúcido, deve-se respeitar sua autonomia; quando o paciente não é mais autônomo, é altamente recomendado tentar saber sobre seus desejos e valores prévios e obter consentimento da família. E quando o paciente não tem família ou estes se sentem incapazes de tomar tal decisão, a equipe de saúde deve agir no melhor interesse do paciente e assegurar-lhe seu bem-estar. Todas as decisões devem ser sempre registradas no prontuário médico, bem como suas justificativas.

Pacientes com quadros agudos ou inesperados evoluindo para uma situação ameaçadora de vida (situação clínica 2), tais como uma hemorragia maciça ou um tromboembolismo pulmonar maciço, necessitarão ser sedados mais rapidamente. Nessa situação o tempo urge, e é mais difícil conseguir um consentimento, porém deve-se tentar obtê-lo. Em geral, os familiares aceitam a decisão médica recomendada. Felizmente, esses quadros agudos não ocorrem frequentemente e muitas vezes o paciente falece antes de receber a sedação.

A terceira situação clínica, a da morte iminente com sofrimento intenso, é angustiante para os membros da equipe de saúde, para o próprio paciente e familiares. A intenção neste caso, quando há sofrimento intenso associado, é propiciar uma morte mais tranquila e digna. **Lembramos que, na maioria das vezes, a morte ocorre sem a necessidade de sedar o paciente**.

No Quadro 1, está uma lista de situações em que a sedação paliativa é uma opção terapêutica.

Quadro 1- Indicações de sedação paliativa.

- sintomas refratários
  - delírio agitado, agitação terminal ou inquietude refratária a neurolépticos
  - dor refratária a opioides e analgésicos adjuvantes
  - vômitos refratários à agressiva terapêutica antiemética
  - dispneia refratária a oxigênio, broncodilatadores e opioides
  - sofrimento psicológico ou existencial refratário à intervenção apropriada (antidepressivos, suporte religioso e espiritual)
- quadro agudo ameaçador da vida em tempo curto
- morte iminente (horas a dias) com sofrimento intenso **– leia o texto com cuidado**

Antes de iniciar uma sedação paliativa, várias questões devem ser respondidas para garantir que ela seja a opção mais adequada[27]. No Quadro 2 são listadas essas questões.

Quadro 2 - Questões para ser respondidas antes da indicação da sedação paliativa. Traduzido de Capital Health/Caritas Health Group Regional Palliative Care Program 2005; Palliative Sedation Guideline[27]

- Todos os esforços foram feitos para identificar e tratar as causas reversíveis geradoras do sofrimento?
- Interconsultas foram feitas com equipe em Cuidados Paliativos e/ou com outros especialistas?
- Todas as abordagens não farmacológicas já foram aplicadas? Por exemplo: técnicas de relaxamento e distração para ansiedade e dispneia.
- Todos os outros tratamentos farmacológicos foram aplicados? Por exemplo: titulação adequada de opioides no caso de dispneia ou dosagem adequada de neurolépticos para o delírio agitado, rodízio de opioides.
- Sedação intermitente foi considerada nos casos de *delirium* potencialmente reversível ou nos casos de sofrimento psicoexistencial extremo?
- Os objetivos da sedação foram explicados e discutidos com o paciente e seus familiares?
- A sedação foi consensual (paciente, família e equipe)?

Um algoritmo para tomada de decisão na indicação de sedação paliativa[28] é sugerido na Figura 1.

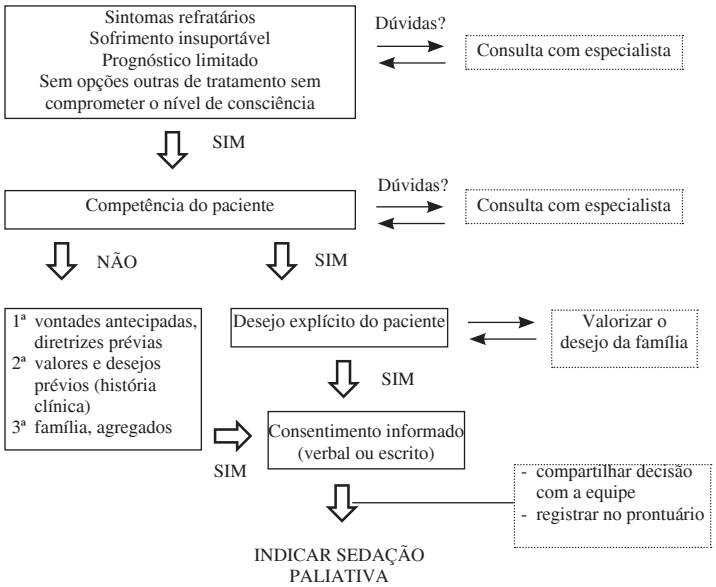


Figura 1 – Algoritmo para indicação de Sedação Paliativa. Traduzido e adaptado de Sedación Paliativa. Capítulo 8 do Guia de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos[28].

Medicações utilizadas em sedação paliativa

Na literatura, os principais sedativos utilizados são:

- Benzodiazepínicos: midazolam, diazepam, lorazepam.
- Neurolépticos: levomepromazina, clorpromazina, haloperidol.
- Barbitúricos: fenobarbital.
- Anestésicos: propofol, ketamina.

O **midazolam** é o sedativo mais frequentemente referido na literatura para indução de sedação paliativa e, dentre os benzodiazepínicos, é o mais utilizado. É facilmente titulável, com rápido início de ação (2 minutos após administração intravenosa) e de curta duração (1,5 a 2,5 horas). Pode ser usado por via subcutânea (SC) em *bolus*, em infusão contínua intravenosa (IV) e também infusão contínua SC, não se precipitando se usado no mesmo soro com a morfina. A dose máxima recomendada é de 120-160mg/dia, pois acima deste nível não ocorre mais inibição dos receptores GABAérgicos, havendo então necessidade de associar outra droga. O uso concomitante com algumas medicações (carbamazepina, fenitoína, rifampicina) pode resultar em rápida diminuição da ação do midazolam em um período curto de tempo. Entretanto, a associação com outras drogas inibidoras do P-450 3A4 (cetoconazol, itraconazol, fluconazol, eritromicina, azitromicina, diltiazem, verapamil, saquinavir, cimetidina, ranitidina) podem levar a uma sedação profunda mesmo com uma dose relativamente baixa do midazolam.

Uma sugestão prática de preparação do midazolam no soro é apresentada no Quadro 3 a seguir:

Quadro 3 - Sugestão de soro com midazolam
Midazolam _____ 10ml (50mg) SG ou SF _____ 240ml Para uma concentração de midazolam: 0,2mg/ml

A levomepromazina é a droga neuroléptica mais citada na literatura, porém a clorpromazina é mais utilizada no Brasil, em função de ser disponível aqui sua aplicação IV e SC.

Na sedação paliativa da **dispneia refratária** Ferreira[6] recomenda iniciar com a associação do midazolan e morfina. A **morfina** é um opioide forte com ação primariamente analgésica e não sedativa. Apesar de não existir um sítio de ação específico na dispneia, acredita-se em ação em receptores de opioides distribuídos na árvore traqueobrônquica e no tronco cerebral (centro respiratório), modulando a percepção e a ansiedade[29]. Nos pacientes que apresentarem efeito paradoxal ao midazolam ou sedação difícil, sugere-se a associação de um neu-

roléptico (clorpromazina) ao opioide e um benzodiazepínico. Para a paliação do **delírio agitado refratário:** iniciar com um neuroléptico (clorpromazina) e, nos casos de efeito paradoxal a esta droga ou sedação difícil, associar o midazolam. Para a **dor refratária:** manter o opioide já prescrito, associar o midazolam e, nos casos de efeito paradoxal ao benzodiazepínico ou de sedação difícil, adicionar um neuroléptico (clorpromazina).

Por ausência de evidência suficiente na literatura não há recomendações específicas ao uso de drogas sedativas, podendo **estabelecer-se recomendações gerais**. Não há descrição de doses máximas dos sedativos (exceto para o midazolam), uma vez que cada paciente necessitará de uma dose distinta e drogas específicas. Recomenda-se[18,31] iniciar com a dose mínima do sedativo, suficiente para paliar o sintoma, ajustando-a conforme as reavaliações periódicas. A via subcutânea (SC) é sempre mais cômoda e prática, caso o paciente não tenha acesso venoso.

Uma sugestão prática na utilização dessas drogas foi construída a partir de dados da literatura[6,19,27,28,30] e é mostrada na Tabela 3.

Tabela 3 - Sugestão de drogas em sedação paliativa

DROGAS	SINTOMAS	DOSE	OBSERVAÇÕES
Midazolam ampola de 3ml 5mg/ml *dobrar a dose se houve uso prévio de benzodiazepínico	dor, dispneia, delírio agitado, sofrimento psíquico	Indução: *bolus* de 2,5-5mg* Iniciar infusão contínua SC: 0,4-0,8 mg/h Resgate: *bolus* de 2,5-5mg* Máxima diária: 160-200mg	Dose máxima de 120-160mg/dia Interação com outras drogas (ver texto)
Levomepromazina ampola de 5ml 5mg/ml (no Brasil, disponível em gt ou cp)	delírio como sintoma predominante	Indução: *bolus* de 12,5-25mg Iniciar infusão contínua SC: 100mg/dia Resgate: *bolus* de 12,5mg	Uso VO, SC Dose máxima diária: 300 mg
Clorpromazina (uso mais comum no Brasil) ampola de 5ml 5mg/ml	delírio como sintoma predominante	12,5-50mg a cada 4-12h VO, IV.	Dose máxima: 25 a 37,5mg/dia

Tabela 3 - Sugestão de drogas em sedação paliativa			
Haloperidol ampola de 1ml 5mg/ml	delírio	2,5 a 5mg SC de 12/12h	Dose máxima de 5 a 10mg/dia
Fenobarbital ampola de 2ml 100mg/ml	dor, dispneia, delírio agitado, sofrimento psíquico	Indução: *bolus* de 2 mg/kg lento. Iniciar infusão contínua SC: 600 mg/24h. Infusão contínua IV: 1mg/kg/h. Indução: *bolus* de 100-200mg seguido de 40mg/h SC/IV s/n	Antes de iniciar a perfusão, suspender benzodiazepínicos e neurolépticos. Reduzir opioides pela metade
Propofol ampola de 20ml 10mg/ml +Necessidade de supervisão de médico anestesista ou treinado	refratariedade a outros sedativos	Indução: *bolus* de 1-1,5mg/kg Inicial infusão contínua IV: 2mg/kg/h Resgate: *bolus* com metade da dose da indução	Antes de iniciar a perfusão, suspender benzodiazepínicos e neurolépticos. E reduzir opioides pela metade. Somente uso IV, não misturar com outras drogas.
Ketamina ampolas de 2ml 50mg/ml	dor e refratariedade a outros sedativos	5-15mg SC	Bloqueio de receptores NMDA

Uma outra sugestão de esquema de sedação paliativa é o utilizado no Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo[6] – ver Tabela 4.

Tabela 4 - Drogas em sedação paliativa			
	MIDAZOLAM	**CLORPROMAZINA**	**HALOPERIDOL**
Iniciar com	0,6 – 1,0mg/hora (15-24mg/dia)	25 a 37,5mg/dia	5 a 10mg/dia
Soro	SG% ou SF0,9% —250 ou 500ml Midazolam ———— 5mg ou 7,5mg IV ou SC 8/8h	no mesmo soro do midazolam	no mesmo soro do midazolam

Nos casos em que o paciente tenha indicação inicial de sedação profunda, recomenda-se o esquema do Edmonton General Hospital[8,31].

SG 5% ou SF 0,9% ——— 100ml IV ou SC infusão contínua Midazolam ——————————— 100mg

Iniciando com 1-4mg/h e aumentando progressivamente até atingir o nível de sedação desejada.

A **sedação paliativa intermitente** pode ser realizada no domicílio (benzodiazepínico, neuroléptico) por via oral (VO) ou SC. Nos casos de sedação contínua e profunda, é recomendado que esta seja realizada em ambiente hospitalar pela necessidade da titulação das drogas e de reavaliações clínicas frequentes. Alguns sintomas de natureza dramática, tais como hemorragia maciça, dispneia, vômitos incoercíveis são mais facilmente controlados em ambiente hospitalar.

Um algoritmo para a escolha do tratamento farmacológico em sedação paliativa[28], tanto para o uso hospitalar quanto domiciliar, baseado no sintoma predominante, está demonstrado na Figura 2 a seguir.

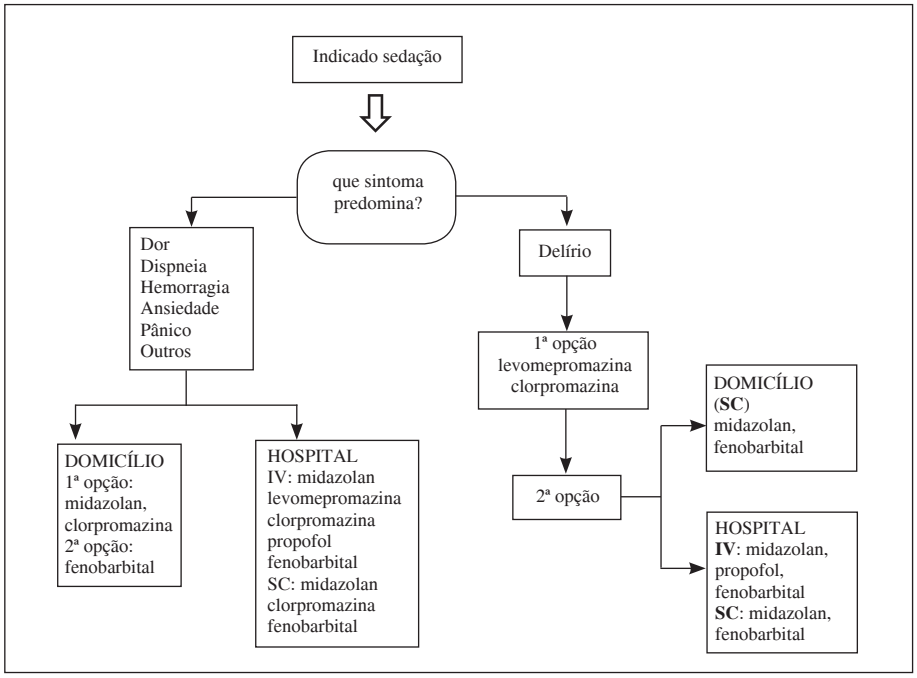


Figura 2 – Algoritmo para a escolha do tratamento farmacológico em Sedação Paliativa. Traduzido e adaptado de Sedación Paliativa. Capitulo 8 do Guia de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos[28].

Uma vez prescrita a sedação paliativa, algumas ações devem ser efetivadas[6,27] e estão compiladas no Quadro 4.

Quadro 4 - Ações após início da sedação paliativa

- reavaliação sintomática quanto ao tipo e dose da medicação escolhida (individualizada) com monitorização contínua e regular do processo para ajuste da sedação
- titulação da dose sedativa utilizando uma escala de avaliação – escala de Ramsay (ver Tabela 5)
- manter as medidas de higiene e conforto
- manter as medicações para controle de dor (opioides)
- suspender medicações não essenciais (vitaminas, hormônios tireoidianos, etc.) ou tratamentos médicos ineficazes (= fúteis) para o bem-estar do doente
- atentar para a retenção urinária e impactação fecal (fecaloma), que geram grande desconforto nos pacientes sedados
- orientar os familiares que a sedação paliativa não é eutanásia e que não apressa a morte
- orientar os familiares sobre os sinais do processo da morte: ronco da morte ("sororoca"), cianose de extremidades, mudança da cor da pele, hipotensão e diminuição da diurese.
- fornecer suporte psicológico e espiritual à família.
- proporcionar presença ativa da equipe que cuida, compreensão, privacidade e disponibilidade

Tabela 5 - Escala de Ramsay:

- Nível I: agitado, angustiado
- Nível II: tranquilo, orientado e colaborativo
- Nível III: resposta a estímulos verbais
- Nível IV: resposta rápida a estímulos dolorosos
- Nível V: resposta lenta a estímulos dolorosos
- Nível VI: sem resposta

E finalizando, alguns **lembretes importantes sobre sedação paliativa**[6,31]: no Quadro 5 a seguir.

Quadro 5 - Lembretes importantes sobre sedação paliativa.

- cada paciente deve receber o **sedativo e a dose adequados** para paliar o **seu sintoma refratário específico**
- **visa primariamente sedar o sintoma refratário** e não o paciente
- **não usar dolantina**
- sempre que possível, iniciar com a menor dose possível do sedativo (sedação leve)
- os opioides são drogas primariamente analgésicas e não sedativas. A única exceção a esta regra é a associação da morfina com o midazolam para sedação paliativa da dispneia refratária
- para agitação, por efeito paradoxal ou não do midazolam, deve-se associar um neuroléptico (haloperidol ou clorpromazina) à sedação
- em delírio agitado refratário, o sedativo inicial deve ser um neuroléptico em doses progressivas; somente associar o midazolam nos casos de sedação difícil

Referências

1. VENTAFRIDDA, V.; RIPAMONTI, C.; De CONNO, F. et al. Symptom prevalence and control during cancer patients' last days of life. *J Palliat Care*;6(3):7-11, 1990.

2. FAINSINGER, R.; BRUERA, E.; MILLER, M. J. et al. Symptom control during the last week of life on a palliative care unit. *J Palliat Care*;7(1):5-11, 1991.

3. MORITA, T.; INOUE, S.; CHIHARA, S. Sedation for symptom control in Japan: the importance of intermittent use and communication with family members. *J Pain Symptom Manage*;12:32-38, 1996.

4. FAINSINGER, R. L.; LANDMAN, W.; HOSKINGS, M.; BRUERA, E. Sedation for uncontrolled symptoms in a South African hospice. *J Pain Symptom Manage*;16:145-152, 1998.

5. CHIU, T. Y.; HU WY, LUE B. H. et al. Sedation for refractory symptoms of terminal cancer patients in Taiwan. *J Pain Symptom Manage*;21:467-472, 2001.

6. FERREIRA, S. P. Sedação paliativa: experiência do programa de Cuidados Paliativos do Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo. *Revista Prática Hospitalar*;47:55-58, 2006.

7. FAINSINGER, R. L.. de MOISSAC, D.; MANCINI, I. et al. Sedation for delirium and other symptoms in terminally ill patients in Edmonton. *J Palliat Care*;16(2):5-10, 2000.

8. FAINSINGER, R. L.; WALLER, A.; BERCOVICI, M. et al. A multi-centre international study of sedation for uncontrolled symptoms in terminally ill patients. *Palliat Med*;14:257-265, 2000.

9. MULLER-BUSCH, H. C.; ANDRES, I.; JEHSER, T. Sedation in palliative care – a critical analysis of 7 years experience. *BMC Palliat Care*;2:2, may 2003.

10. SYKES, N.; THORNS, A. Sedative use in the last week of life and the implications for end-of-life decision making. *Arch Intern Med*;163:341-344, 2003.

11. MORITA, T. Palliative sedation to relieve psycho-existential suffering of terminally ill cancer patients. *J Pain Symptom Manage*;28:445-450, 2004.

12. STONE, P.; PHILLIPS, C.; SPRUYT, O. et al. A comparison of the use of sedatives in a hospital support team and in a hospice. *Palliat Med*;11: 140-144, 1997.

13. MALTONI, M.; PITTURERI, C.; SCARPI, E. et al. Palliative sedation therapy does not hasten death: results from a perspective multicenter study. in the management of refractory symptoms: guidelines for evaluation and treatment. *Annals of Oncology*; 20:1163-1169, 2009.

14. MERCADANTE S, INTRAVAIA, G.; VILLARI et al. Controlled sedation for refractory symptoms in dying patients in Taiwan. *J Pain Symptom Manage*;37:771-779, 2009.

15. MORITA, T.; TSUNETO, S.; SHIMA, Y. Definition of sedation for symptom relief: a systematic literature review and a proposal of operational criteria. *J Pain Symptom Manage*; 24:447-453, 2002.

16. BRAUN, T. C.; HAGEN, N. A.; CLARK, T. Development of a clinical practice guideline for palliative sedation. *J Palliat Med*,6:345-50, 2003.

17. SEPCAL. Sedación En Cuidados Paliativos. Sociedade Espanhola de Cuidados Paliativos. Disponível em http://www.secpal.com/guiasm/index.php?acc=see_guia&id_guia=8. Acesso em 24 de Abril de 2009.

18. CHERNY, N.; PORTENOY, R. Sedation in the management of refractory symptoms: guidelines for evaluation and treatment. *J Palliat Care*;10:31-38, 1994.

19. FÜRST, C. J.; DOYLE, D. The terminal phase. In: DOYLE D, HANKS G, CHERNY N, CALMAN K. (Orgs) *Oxford textbook of Palliative Medicine*. 3th Ed. Oxford University Press, 2005. Chapter 18, p. 1128.

20. PORTA SALES, J. Aspectos éticos de la sedación em Cuidados Paliativos. *Med Pal* (Madrid);9:41-45, 2002.

21. DICKENS, B. M. Commentary on "Slow Euthanasia". *J Palliat Care*;12(4):42-43, 1996.

22. MOUNT, B. Morphine drips, terminal sedation, and slow euthanasia: definitions and facts, not anecdotes. *J Palliat Care*;12(4):31-37, 1996.

23. PORTA SALES, J. Clinical Aspects of sedation in Palliative Care in *Ethics and sedation at the close of life.* No. 9. Fundación Victor Grifols i Lucas, Barcelona, Spain, 2003. Disponível em http://www.fundaciogrifols.org/docs/pub9%20eng.pdf. Acesso em 24 de Maio de 2009.

24. PALLIATIVE SEDATION. Nation-wide guideline, version: 2.0, Netherlands, 2010. Oncoline. Disponivel em http://www.oncoline.nl/sedation e em http://www.oncoline.nl/index.php?pagina=/richtlijn/item/pagina.php&id=31697&richtlijn_id=730. Acesso em 29/03/2012.

25. BRANDÃO, C. Sedação terminal reflete necessidade de ensino e pesquisa em medicina paliativa e Cuidados Paliativos. *Revista Prática Hospitalar*;34:49-52, 2004.

26. COWAN, J. D.; WALSH, D. Terminal sedation in palliative medicine – definition and review of the literature. *Support Care Cancer*;9:403-407, 2001.

27. Capital Health/Caritas Health Group Regional Palliative Care Program 2005; *Palliative Sedation Guideline.*

28. SEDACIÓN PALIATIVA. In *Guia de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos*, pg 109-113, Capitulo 8, 2008. Disponível em http://www.guiasalud.es/egpc/cuidadospaliativos/resumida/documentos/Cuidados%20Paliativos_Resumida.pdf. Acesso em 24 de Abril de 2009.

29. CHAN, K. S.; SHAN, M. M. K.; TSE DMW, et al. Palliative medicine in malignant respiratory diseases. In: DOYLE, D.; HANKS, G.; CHERNY, N.; CALMAN, K. (Orgs) *Oxford textbook of Palliative Medicine*. 3th Ed. Oxford University Press, 2005. Chapter 8.8, p. 587-618.

30. SEDACIÓN EN CUIDADOS PALIATIVOS, disponivel em http://www.secpal.com/guiasm/index.php?acc=see_guia&id_guia=8. Acesso em 24 de Abril de 2009.

31. FERREIRA, S. P.; KIRA, C. M. SEDAÇÃO PALIATIVA. Manuscrito para o Curso de Educação Continuada, Módulo de Cuidados Paliativos. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP), Junho de 2006.

Parte 8

Assistência ao fim da vida

As últimas quarenta e oito horas de vida

Ariel de Freitas Quintão Américo

"Como é morrer? A gente entra em coma? Dói?..."
"... como são as últimas horas?"

Introdução

Muitas questões envolvem os últimos momentos de vida. As últimas horas de vida não podem ser consideradas apenas como uma continuidade do processo de morte, muitas vezes já iniciado na evolução de uma doença incurável. Apesar de alguns sintomas serem mais comuns neste momento, novas causas de sofrimento podem surgir tanto para o paciente quanto para sua família[1]. Sintomas devem ser detalhados e cuidadosamente abordados.

A conceituação precisa do início das últimas horas não é exata na literatura. Entretanto, esta definição transcende a necessidade real, que é a identificação deste momento cercado de sintomas exacerbados e que exige alteração do planejamento de tratamento e cuidados contínuos.

O uso de recursos terapêuticos de forma fútil ou obstinada (repetição de exames, uso de respiradores, infusão de medicamentos vasoativos e outros procedimentos essenciais à manutenção de funções vitais e que não se prestem exclusivamente à melhor compreensão e manejo dos sintomas) deve ser evitado, pois seus efeitos são nocivos e os benefícios são menores. Submete as pessoas a mais dor e sofrimento do que sua própria doença lhe provocaria. Isto acontece nos ambientes em que não se aceita a morte como evento natural e esperado, ou onde os profissionais têm medo de infundada responsabilização civil ou criminal[2]. O uso desmedido destes recursos pode resultar num número crescente de pessoas completamente dependentes do suporte hospitalar de última geração, sem possibilidade de contato com sua família e sem individualidade, como em situações de internação em centros de terapia intensiva. Estas questões devem ser preferencialmente abordadas com antecipação, respeito e clareza ao paciente e seus familiares.

As últimas horas costumam ser inundadas de tristeza, melancolia e saudade. Desejos de "paz", de "boa partida", de "boa hora". São momentos cercados de medo, incertezas, onde a espiritualidade do doente e de sua família pode emergir de forma colaboradora e pacífica. Questões pessoais antigas são redimensionadas e podem se dissolver pela proximidade do fim esperado.

Assim como o nascimento, o momento da morte é único e sozinho. Cuidadores e familiares o descrevem de forma sucinta como sendo "de muito sofrimento", mesmo quando os sintomas estão bem controlados.

Cuidados Paliativos das últimas horas

Compreende o conjunto de condutas e cuidados com o paciente que se encontra em rápido declínio funcional, por causa irreversível, nos seus momentos finais. O objetivo que devemos ter nesta fase é promover o controle dos sintomas de forma completa, prevenir os agravos das últimas horas de vida, suavizar a agonia final, além de evitar tratamentos que possam ser considerados fúteis nesta fase.

Reconhecer o processo de morte é uma das tarefas mais difíceis no campo da Medicina. É perceber que a partir de um determinado momento da evolução de um doente, as disfunções são irreversíveis e todo o tratamento que tenta o prolongamento da vida implica prolongamento do sofrimento. As atitudes recomendadas são preservar a vida, sem tornar o tratamento mais sofrido que a própria doença, e atender prioritariamente as necessidades do doente em termos de alívio de sintomas[12].

O quadro clínico do doente (Quadro 1) deve ser reavaliado, se possível duas ou mais vezes ao dia. Novas decisões devem ser consideradas sempre que necessário.

Nas últimas horas, o paciente se torna progressivamente mais "ausente" da vida. Não consegue mais comunicar-se, alimentar-se ou movimentar- se. Até mesmo a expressão facial, abrir e fechar os olhos torna-se difícil de serem interpretados. Os familiares percebem a gravidade e irreversibilidade do quadro. Quando este momento é calmo, tanto pelos cuidados ao paciente, quanto pela resposta do mesmo aos tratamentos, a espiritualidade da família pode transformar o momento de partida. Então, a morte acontece com serenidade.

Quadro 1 - Quadro clínico mais comum das últimas horas

Fase final (últimas 48 horas)
Anorexia e nenhuma ingestão de líquidos
Imobilidade
Alteração cognitiva e sonolência e/ou delirium
Mioclonus
Dor
Colapso periférico, falências funcionais
Ronco final

⇨ ÓBITO

Domicílio ou Hospital

Principais sinais, sintomas e tratamento das últimas horas da vida

Quando todos os sintomas a seguir se exacerbam, começa a emergir um quadro de morte próxima e irreversível, a sobrevida média do doente é de horas a dias. Este quadro é chamado de "últimas quarenta e oito horas" ou "processo ativo de morte" ou ainda: "agonia terminal" ou "agonia"[4].

Os sintomas mais indicativos desta fase e sua conduta são descritos a seguir:

1. **Anorexia**

Nas últimas 48 horas, as atividades metabólicas estão diminuídas, ocasionando uma anorexia "fisiológica". O doente pode não ter nenhuma ingesta de alimentos e a aceitação de líquidos se torna progressivamente mais difícil. Forçar a alimentação por meio do uso de sondas enterais pode ser considerado uma medida fútil ou até danosa, na medida em que provoca desconforto físico tanto pela presença da sonda em si como por novos sintomas que podem surgir, como náuseas, vômitos, risco elevado de aspiração brônquica e sensação de plenitude e desconforto abdominal. A falta completa de aceitação de líquidos nas últimas horas é bem tolerada pelo paciente e atinge o maior grau com a perda da habilidade de engolir. Sinal que é muito indicativo de proximidade da morte.

Conduta

A hidratação artificial nesta fase é controversa e deve ser cuidadosa para evitar acúmulos e edemas desnecessários, assim como quadros de congestão pulmonar e desconforto respiratório. A via subcutânea pode ser a melhor escolha, principalmente em ambiente domiciliar. Suporta um volume de até 1500ml diários de soluções isotônicas num mesmo ponto de infusão[6]. Nesta fase, é frequente a boca seca, entretanto não é indicação para hidratação artificial. Hidratar os lábios com gaze molhada ou cubos de gelo pode trazer mais conforto[3].

A administração de nutrição artificial tanto enteral quanto parenteral está associada a comorbidades e não contribui para o alívio de nenhum sintoma[1] ou reversão do quadro. Familiares, cuidadores e, até mesmo, equipe médica que o acompanha devem ser orientados em relação à interrupção da nutrição, afim de evitar desacordos polêmicos e desconfortantes.

2. **Imobilidade**

Característica muito comum aos doentes em final de vida. O doente não consegue mais se movimentar. Deve-se movimentá-lo cuidadosamente a fim de evitar desconfortos.

Conduta

A equipe e cuidadores domiciliares deve ser muito bem treinada para a realização da movimentação passiva do doente e auxiliar ativamente nas transferências, as quais devem ser evitadas por serem muito desconfortáveis e dolorosas nesta fase. Familiares devem ser orientados quanto à limitação deste momento. Insistências e tentativas desnecessárias devem ser evitadas.

Ordens explícitas sobre prevenção de úlceras de pressão, mobilização, cuidados com pele e mucosas, mobilização passiva não devem faltar às prescrições. Familiares devem ser estimulados a tocar no paciente como forma de expressar carinho, conversar ainda que o mesmo não esboçe respostas, e evitar conversas desagradáveis no ambiente. Deve-se manter o quarto o mais calmo possível, o que deve se estender também às atitudes de todos os membros da equipe de saúde. Todas as alterações de condutas, intercorrências e impressões do caso devem ser anotadas no prontuário.

3. **Sonolência**

No final, o doente dorme praticamente todo o tempo, embora continue sendo despertável em alguns raros momentos. Pode se comunicar precariamente, abre os olhos com muita dificuldade e momentaneamente, retornando ao sono a seguir.

Conduta

Este sintoma é esperado nas últimas horas e não justifica redução ou suspensão das doses de sedativos. Entretanto, a avaliação dos medicamentos deve ser considerada se a sonolência surgir concomitante ao início do uso dos medicamentos.

4. **Alterações da cognição**

Sintoma frequente na maioria dos pacientes, variando em intensidade. Nesta fase, a memória e o raciocínio se deterioram. As respostas são demoradas e por vezes inadequadas ou inexistentes. Às vezes, podem surgir visões, alucinações e experiências sensoriais diferentes. O doente fala com pessoas que não vemos, comunica-se com parentes mortos há muito tempo, sinais que podem ser avaliados do ponto de vista místico ou religioso por familiares. Seu olhar se torna fixo e muito profundo.

Nas últimas horas, podem surgir quadro de *delirium* e agitação motora, ou, simplesmente um rebaixamento progressivo do nível da consciência, caracterizando um semicoma e coma que antecedem a morte. O *delirium* terminal, frequente em 80% dos pacientes com câncer avançado na última semana, é sinal de

deterioração funcional significativa e indica a proximidade da morte. O *delirium* da fase final pode estar relacionado a vários fatores como: hipóxia; variações tóxico-metabólicas como uremia, encefalopatia hepática; infecções; desidratação; acúmulo de medicamentos como os opioides, anticolinérgicos e diazepínicos[5].

Conduta

As alterações da cognição e as pequenas alucinações devem ser toleradas. As intervenções medicamentosas são recomendadas quando o *delirium* se torna agitado e representa uma ameaça ao conforto e segurança do doente. São elas:

- Instituir uma hidratação de até 1.000ml/dia pode prevenir a instalação do quadro. Pode-se optar em fazê-la no período noturno.
- Reavaliar e ajustar dose dos opioides, em torno de 20 a 30% abaixo da dose anterior, nos casos de oligúria/anúria, dando preferência às infusões contínuas ou opioides de curta ação.
- Utilizar medicamentos que devem ser ajustados de acordo com a necessidade. Neurolépticos em baixas doses são suficientes para controlar o *delirium*[6], na maioria dos casos, podendo a dose ser ajustada de acordo com a demanda individual. Os medicamentos podem ser usados por via parenteral contínua, controlada por bomba de infusão, isoladamente ou associados a outros fármacos. As constantes reavaliações possibilitarão a titulação das doses adequadas. Os neurolépticos mais usados são[3,5]:

Medicação	**Forma de administração**
Haloperidol (*delirium* agitado)	1mg via oral/subcutânea a cada 6 ou 8 horas 2,5 a 5mg subcutânea em *bolus*
Clorpromazina	12,5mg a cada 12 horas

- Associar medicamentos. A conjugação de *delirium* mais agitação pode requerer a associação de um ansiolítico de curta ação em pequenas doses ou infusão contínua. O medicamento mais usado é o midazolam, por infusão contínua de 0,5 até 6mg/hora ou por via subcutânea em *bolus* de 2,5 a 5,0mg, inicialmente[1,5].

5. **Mioclonus**

Os abalos musculares involuntários são frequentes e indicativos de neurotoxicidade. Podem ser secundários a medicamentos, distúrbios metabólicos (uremia), hipóxia, desidratação ou por edema do Sistema Nervoso Central, no caso de tumores e metástases centrais. São precursores de convulsões e devem ser controlados o mais rápido possível. No domicílio, o cuidador deve ser minucio-

samente orientado para reconhecer o sintoma e comunicar-se rapidamente com a equipe assistente[1,3].

Conduta

Nestas condições, prevenir e rever medicações predisponentes é fundamental. São utilizados anticonvulsivantes:

Medicação	Forma de administração	Considerações
Midazolam	A partir de 1mg/hora	Infusão contínua
	5,0 a 10mg *bolus* SC ou EV	No momento da crise
Clonazepam	1 a 3mg VO (gotas) 2 ou 3 x/dia	Dose teto/dia: 20mg
Diazepam	5 a 10mg EV *bolus*	
Fenitoína	300mg/dia EV	Se já em uso anteriormente

6. **Dor**

Sintomas que estavam sendo razoavelmente controlados podem se exacerbar nos últimos dias de vida e tornarem-se refratários à terapêutica habitual. O tratamento de sintomas como dor e dispneia deve ser mantido até o final da vida, mesmo quando se instala um coma e não se conhece mais a dimensão do sintoma.

A dor é um sintoma preponderante entre pacientes em Cuidados Paliativos, mas dificilmente surge nesta última fase se já não existisse previamente. A suspensão abrupta de sedativos e opioides pode levar à abstinência física e provocar desconforto desnecessário ao doente. Entretanto, a suspensão de fármacos coadjuvantes como antidepressivos pode ser necessária, a fim de evitar efeitos adversos exacerbados e dificuldade de controle dos efeitos colaterais[1].

Conduta

Para controle do quadro álgico, os analgésicos usados anteriormente podem ser mantidos em doses equipotentes, na maior parte dos pacientes[1], procedendo-se os ajustes necessários para a via de administração escolhida, seguindo as tabelas de conversão (vide capítulo que aborda uso de opioide). A via endovenosa só deve ser utilizada para as infusões contínuas. A via subcutânea, porém, pode ser usada para infusão contínua ou intermitente de opioides. O controle do quadro álgico pode ser mantido através de opioides. O mais usado é a morfina que permite ampla utilização devido ao fato de colaborar para o controle de outros sintomas (dispneia, fadiga, tosse), além da facilidade de administração por várias vias e

ausência de dose teto[5]. O uso do fentanil transdérmico também deve ser considerado em relação a facilidade de administração e sua potência.

7. **Dispneia**

Para o controle da dispneia, afastadas as possíveis causas reversíveis como os derrames pleurais, infecções respiratórias ou desconforto causado por ascite, por exemplo, o medicamento de escolha é a morfina em baixas doses, associada ou não a benzodiazepínicos, como o midazolam, ambos em infusão contínua e parenteral. A dose inicial da morfina para alívio da dispneia em doentes em final de vida é de 10mg/24 horas. No caso do midazolam pode-se iniciar com infusão de 0,5mg/hora a 1mg/hora. Naqueles pacientes que já recebem opioides para analgesia, a dose pode ser aumentada em aproximadamente 50%[1]. Em casos resistentes, Diazepam (2,5 a 5mg/dia) ou Clorpromazina podem ajudar[1]. Quanto aos broncodilatadores, só devem ser indicados nos casos de comprovado broncoespasmo. Os corticoides, como hidrocortisona 300 a 500mg IV, podem ser usados no broncoespasmo e também nas condições em que seu uso como anti-inflamatório pode ajudar a reduzir um edema peritumoral, que provoca dispneia, como nas linfangites pulmonares, compressões de veia cava superior, compressões de traqueia por tumores extrínsecos[9,6]. A eficácia dos corticoides é variável, e seu emprego deve ser seguido por avaliação contínua e descontinuado se ineficaz[1]. O excesso de secreção brônquica pode ser aliviado pelo uso de anticolinérgicos, como indicado a seguir na conduta para ronco.

8. **Colapso periférico**

As perdas de função orgânica que se desencadeiam neste processo levam ao colapso periférico, caracterizado por palidez cutânea, extremidades frias, pele marmórea e cianose periférica. São comuns as alterações de padrão respiratório, com irregularidades no ritmo e períodos cada vez mais prolongados de apneia.

Conduta

As vias de administração de medicamentos necessitam ser reavaliadas e adaptadas a cada caso. Os acessos venosos periféricos tornam-se difíceis e as repetidas tentativas de punção podem ser bastante dolorosas. Acessos venosos centrais não devem ser instalados nesta fase pelo alto risco que representam e por não encontrar justificativa diante do quadro clínico instalado. É de grande valor nesta fase o manejo adequado da hipodermóclise[8], ou acesso subcutâneo. Através da instalação de um pequeno *scalp* do tipo *butterfly*, de calibre 25 ou 27 no tecido celular subcutâneo, preferencialmente abdominal, pode-se proceder à hidratação

do doente e administrar fármacos diversos. A maioria dos medicamentos essenciais ao controle de sintomas nesta fase pode ser administrada por via subcutânea com boa efetividade e sem efeitos colaterais indesejáveis. Ver no Quadro 2 os medicamentos que podem ser usados por via subcutânea.

9. **Ronco ("sororoca")**

É um evento comum à maioria dos doentes e caracteriza-se por uma respiração ruidosa, plena de secreções. Tem como causa a incapacidade de deglutir saliva e outras secreções. É um dos sintomas que mais incomodam os acompanhantes e a família, provocando sensação de sofrimento.

Conduta

O ronco deve ser prevenido ou minimizado. Não há diferença significativa de eficácia entre os anticolinérgicos atropina, escopolamina, hioscina[14]. A hioscina em doses generosas: 10 a 20mg a cada 4 ou 6 horas é suficiente para atenuar o sintoma. Devem ser evitadas as repetidas aspirações de vias aéreas, pelo desconforto que causam ao doente. Na escolha de outros medicamentos nesta fase, considerar aqueles de maior efeito anticolinérgico, como a clorpromazina – é mais eficiente para diminuir secreções e melhor indicada que o haloperidol nas últimas horas de vida.

10. **Momento da morte**

As últimas incursões respiratórias podem ser longas e suspirosas ou muito superficiais e pausadas. A cessação da respiração normalmente precede a parada dos batimentos cardíacos. Após a morte, ocorre o relaxamento da expressão facial.

Conduta

O apoio e algum preparo espiritual torna-se essencial neste momento. Não deve ser confundido com os rituais religiosos. A religião do doente deve ser sempre respeitada e jamais o doente pode ser pressionado no final da vida a aceitar qualquer tipo de preceito religioso novo. Devem-se evitar atribuições de possíveis culpas, temores divinos ou qualquer outra situação que possa induzir medo no paciente[10]. A assistência espiritual deve ser essencialmente amorosa, livre, simples como um toque ou olhar. Escutar é mais importante que se fazer ouvir. Essencialmente: transmitir ao outro a presença de um acolhimento constante e sincero.

Considerações

Nas últimas horas, todos os sintomas devem ser minuciosamente tratados e sempre que possível antevistos. A prevenção é a melhor medida. Além da terapêutica específica, medidas de conforto, bem como de apoio espiritual e familiar, são fundamentais nesta fase.

A terapêutica dirigida a pacientes em final de vida tem que seguir a lógica da racionalidade terapêutica de forma muito cuidadosa. A maioria dos medicamentos usados para o tratamento de doenças crônicas como a hipertensão e diabetes pode ser suspensa quando o paciente entra em perfil de últimas 48 horas, para evitar interações medicamentosas indesejáveis. Os sintomas desconfortáveis são prioridades absolutas e muitas vezes a terapêutica se dirige exclusivamente a estes[11]. O uso de profiláticos contra tromboses, antidepressivos, diuréticos, protetores gástricos (a menos que se esteja em corticoterapia) também não se justificam nesta fase.

Quadro 2: Drogas que podem ser usadas por via subcutânea

Grupo farmacológico	**Medicamentos**
Hidratantes	Solução glicosada a 5% (com e sem eletrólitos)
	Solução fisiológica a 0,9%
	Solução de Ringer
Analgésicos opioides	Tramadol
	Sulfato de morfina
	Metadona
Antieméticos	Metoclopramida
	Ondansetron
	Dimenidrinato
Anticolinérgicos	Hioscina
Esteroides	Dexametasona (uso isolado devido ao risco de precipitação)
Diurético	Furosemida
Antitérmico	Dipirona (uso isolado)
Protetores gástricos	Ranitidina
	Omeprazol (administração lenta e diluída)
Anti-inflamatórios	Diclofenaco (uso diluído)
	Ketorolaco

Quadro 2: (Continuação)	
Neurolépticos	Haloperidol
	Clorpromazina (uso diluído)
Sedativos	Midazolam
	Clonazepam
	Fenobarbital (uso isolado)

Fonte: Maciel, (2006).

É importante que o paciente se sinta acolhido em seu ambiente, com presença contínua de alguém querido ao seu lado, capaz o suficiente para cuidar de detalhes do conforto e ao mesmo tempo permitir uma partida serena e digna.

O ambiente do quarto deve ser individualizado, arejado e agradável, respeitando alguns hábitos do doente e sua família. Luzes fortes, conversas indesejáveis e desrespeitosas devem ser evitadas. Em ambiente domiciliar, pode ser importante que a família esteja orientada e tenha à disposição pelo menos uma dose de medicamentos como: haloperidol, morfina ou midazolam.

Conclusão

Os cuidados dirigidos aos últimos momentos de vida requerem trabalho em equipe, de forma sincronizada e detalhada, respeitando a racionalidade terapêutica e as singularidades de cada paciente e sua família. O medo, a tristeza, a saudade, a angústia de familiares e de membros da equipe não devem ser desconsiderados ou tratados apenas com medicamentos .

A decisão sobre o local da morte, seja em hospital ou em domicílio, deve ser feita em conjunto com a família, previamente discutida com a equipe, e consideradas as condições e recursos de apoio, como estrutura domiciliar, familiar e do cuidador.

O auxílio de um assistente espiritual pode ser importante para o conforto da família, respeitando os preceitos religiosos, as crenças e a história de vida do doente.

Ainda que várias questões sobre o processo de morte sejam desconhecidas, muitos sintomas desconfortáveis podem ser controlados com carinho, interesse e técnicas médico-científicas. Cabe a nós perceber o doente como uma pessoa diante da sua maior limitação: o fim da vida. Este confronto pelo qual todos nós passaremos requer humanidade, carinho e amor. Também exige de nós, profissionais em Cuidados Paliativos, o máximo possível de conhecimento acerca deste momento e a legítima habilidade de torná-lo o mais sereno possível.

"É fundamental que o paciente se sinta seguro e acolhido em seu ambiente, com a presença contínua de alguém querido a seu lado. Alguém amoroso o suficiente para cuidar dos detalhes do seu conforto e ao mesmo tempo ter o desapego de permitir uma partida serena e digna."

Maria Goretti S. Maciel

Referências

1. DOYLE, D.; HANKS, GEOFFREY. Oxford Textbook of Palliative Medicine. 3nd ed. Oxford University Press. Oxford, 2005.

2. TORRES, J. H. RODRIGUES. Deixar morrer é matar? Revista do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Edição 43, 2008.

3. ADAM, J. ABC of Palliative Care:the Last 48 hours. *BMJ* 1997; 315:1600-1603. British Medical Association, London, 1997.

4. BARBOSA, A.; NETO, I. G. Manual de Cuidados Paliativos. Lisboa, Faculdade de Medicina de Lisboa, 2006.

5. BONICA, JOHN J. The Management of Pain, second edition volume II London, 1990.

6. BREITBART, W.; COLEN, K. Delirium in the terminally ill. In: Chochinov HM, Breitbart W. Handbook of psychiatry in palliative medicine. Oxford: Oxford University Press; 2000, p. 75-90.

7. DOYLE, D.; WOODRUFF, R. The IAHPC Manual of Palliative Care. London, IAHPC Press, 2end ed, 2004 Pessini L.

8. FAINSINGER et al. The use of hypodermoclysis for rehydration in terminally ill cancer patients. Journal of Pain and Symptom Management; 9:298-302; 1994.

9. HOLLAND. FREI. Câncer. Medicine 6. American Câncer Society. BC Becker Inc. Hamilton.London,2003.1101-21.

10. PIMENTA, CIBELE A. M. Dor e Cuidados Paliativos. Enfermagem, Medicina e Psicologia. São Paulo, Manole, 2003.

11. TWYCROSS, R.; LITCHER, I. (1998) The terminal Phase in Doyle D, Hanks GWC, Macdonald N Oxford Textbook of Palliative Medicine, 3nd Edn. Oxford: Oxford University Press, 2005: 459-587.

12. World Health Organization (WHO). Câncer pain relief and palliative care report. Genebra; 1990.

13. World Health Organization (WHO). National Cancer Control Programmes: Policies and Managerial Guidelines, 2nd Ed. Geneva: WHO, 2002.

14. WILDIERS, H., et al. Atropine, Hyoscine Butylbromide, or Scopolamine are equally effective for treatment of death rattle in terminal care. Journal of Pain and Symptom Management Vol. 38 No. 1 July 2009.

15. ELLERSHAW et al. Dehydration and dying patient. Journal of Pain and Symptom Management Vol 10 Nº 3 1995.

Suporte ao paciente e à família na fase final da doença

Ivone Bianchini de Oliveira

Paralelamente a toda angústia gerada pela incerteza e outros sentimentos que existem quando se tem um familiar gravemente enfermo, com uma doença irreversível e na fase final, há outras questões que trazem igualmente preocupações. São demandas de ordem prática que exigem providências, orientações e encaminhamentos a fim de contribuir para a organização da família frente à difícil situação que se avizinha.

Atualmente, há uma maior facilidade em se obter informações e a importância da internet é indiscutível e de grande auxílio. Porém, as informações são fechadas e as situações dos pacientes são abertas. Fatores como medo, angústias e apreensões em relação ao futuro permeiam as relações familiares, às vezes, não tão bem resolvidas. O grande desafio é identificar na situação do paciente o que é prioritário e como deve ser conduzido.

Na prática diária, o profissional necessita de sensibilidade e discernimento para decidir o melhor momento para a abordagem de algumas providências. Deve-se apurar a sensibilidade para perceber que algumas propostas evidenciam, às vezes contundentemente, a fase em que o paciente se encontra, surpreendendo pacientes e familiares, trazendo inquietações. Aquilo que, a nosso ver, pode parecer evidente, aos olhos dos familiares não é visto com tanta clareza. Portanto, se não houver sensibilidade, discernimento e habilidade, para tratar de cada assunto a seu tempo, aquilo que seria de grande auxílio e benefício, poderá trazer ainda mais transtornos, prejudicando a relação do profissional com o paciente e demais familiares. Evidentemente, a percepção deste "tempo", que norteará as ações, só pode ocorrer quando há a participação efetiva dos profissionais envolvidos agindo conjuntamente, sinalizando o momento adequado para cada abordagem. A identificação do momento depende das fases da doença, ou seja, do estágio e da evolução. Depende, também, do preparo do paciente e dos familiares para o seu enfrentamento.

Faz parte do trabalho do assistente social, a preocupação com a provisão de recursos financeiros que deem conta de suprir as necessidades do paciente a cada fase e garantir futuramente a manutenção de seus familiares. Como esta garantia, em boa parte, depende de providências que têm implicações legais, é importante ressaltar que as orientações sobre Legislação, principalmente previdenciária, fazem parte do escopo de trabalho do Serviço Social, como uma alerta, um encaminhamento para as questões que dizem respeito à proteção do paciente e família.

Lembramos que, de forma alguma, tem a pretensão de substituir o advogado ou habilitador de benefícios previdenciários ou outros. Assim, sempre que houver dúvidas, mesmo porque são constantes as mudanças nas Leis, portarias e regulamentos, deve-se recorrer ou encaminhar para as Instituições e profissionais habilitados para estas questões. O importante é que diante de uma situação seja reconhecida a necessidade de um encaminhamento responsável para evitar prejuízos futuros.

Assim, para melhor organizar as ações e intervenções que darão apoio ao paciente e família, optou-se por dividir o foco da atenção em dois momentos:

Primeiro momento: regularização de documentos, afastamento do trabalho e benefícios

O primeiro momento é quando o paciente, principalmente quando é o provedor da família, tem o seu quadro agravado e necessita de maior assistência e cuidados. Para a reorganização da família, além da mobilização para os cuidados efetivos, necessita de um aporte financeiro para dar conta de despesas inevitáveis como: a aquisição de medicamentos; material para curativos ou fraldas; dieta ou suplemento alimentar; aluguel ou aquisição de cama hospitalar, cadeira de rodas e de banho; aparelho para inalação, aspirador e outros equipamentos a fim de propiciar mais conforto ao paciente. Há ainda, muitas vezes, a necessidade de reserva financeira para as possíveis despesas com traslado, funeral e sepultamento.

Dependendo da gravidade e evolução da doença, este período pode ser reduzido, mas nem por isso menos dispendioso, trazendo preocupação à família quanto à manutenção do paciente, daí a necessidade de orientações que permitam lançar mão de todas as alternativas possíveis para amenizar esta preocupação.

Documentação e regularização de estado civil

Para evitar futuros problemas com a concessão de benefícios, inventário e outras providências é importante orientar o paciente e família quanto à necessidade de que a documentação pessoal de ambos esteja correta e regularizada. Caso haja alguma pendência quanto à exatidão de dados ou divergência entre documentos, é necessário providenciar a retificação. Atentar-se para mudança do estado civil na documentação, pois é comum casar-se e não providenciar esta alteração, como se separar e não averbar os termos do divórcio na certidão de casamento, inclusive com a determinação de pensão alimentícia. É importante, também, a regularização do estado civil, a celebração de casamento religioso ou declaração de união estável em cartório, inclusive homoafetiva, o que facilitará a concessão de pensão por morte e outras providências.

Para a comprovação da condição de companheira ou companheiro, a Previdência Social exige três provas plenas. É necessário antecipar-se nesta orientação, pois algumas informações como a localização da documentação, às vezes, depende do próprio paciente. Assim, é preciso verificar previamente a existência destas provas e reunir documentos comprobatórios sobre a convivência sob o mesmo teto: conta bancária conjunta, beneficiário em seguro de vida ou seguro saúde, bens adquiridos conjuntamente, comprovante de residência no mesmo endereço, filhos em comum e declaração firmada em cartório, pelo próprio paciente, a respeito da vida em comum.

Ainda quando o paciente, internado ou em seu domicílio, impedido por doença grave ou com risco de falecimento iminente, desde que em seu juízo, manifestar a vontade de casar-se, poderá fazê-lo, cumprindo as formalidades legais, conforme dispõe os art. 1539 a 1541 do Código Civil.

Há pendências que são mais difíceis de serem abordadas, como o reconhecimento de filhos fora do casamento, e é preciso muita habilidade para tratar de assunto tão delicado, propiciando que o paciente possa manifestar sua vontade, evitando-se o desconforto comum a estas situações. O reconhecimento voluntário de filhos poderá ser feito conforme dispõe o Art. 1.609 do Código Civil. A importância destas orientações se deve ao tempo abreviado do paciente e a urgência de medidas para a proteção da família e, principalmente de filhos menores, evitando demora com pendências judiciais, que dificultam acesso aos benefícios previdenciários e outros.

Portanto, **casar-se**, quando possível, registrar em cartório a **Declaração de União Estável**, inclusive a união homoafetivas é recomendável para se evitar transtornos futuros, assim como o **reconhecimento dos filhos**, para não deixá-los em desamparo. Em alguns casos, demora-se tanto para estas providências serem tomadas que, com o agravamento do estado do paciente, isto já não é possível, seja pelo tempo exíguo, seja pela impossibilidade do paciente manifestar sua vontade.

Documentação de representação civil

Prevendo-se dificuldades futuras, o paciente capaz e em condições de manifestar sua vontade poderá nomear, dentre os familiares, um que o represente. Para isso deve ser feita uma **procuração** para fins definidos ou não. É recomendável que seja lavrado em Cartório, sendo que, para o paciente com dificuldade de locomoção ou internado, o tabelião poderá ir até a sua residência ou à Instituição em que se encontra. É um procedimento simples e rápido.

Caso o paciente já não tenha mais a condição de manifestar sua vontade, em função de comprometimentos cognitivos, poderá ser interditado mediante relató-

rio médico que afirme sua incapacidade para os atos da vida civil, nomeando-se um curador.

Para lavrar a **curatela**, exige-se um tempo maior, pois se trata de um processo judicial, com a assistência de um advogado. A curatela visa proteger o paciente e seu patrimônio. Visa, também, evitar transtornos com o não recebimento de benefícios e outros numerários e permite movimentar a conta bancária, evitando-se dificuldades com a própria manutenção do paciente e família.

Para filhos menores de pacientes viúvos ou solteiros, já com a ausência de um dos pais, é recomendável se "pensar" quem será o responsável por ele quando ocorrer o falecimento. Se for possível e houver a oportunidade, o paciente poderá manifestar esta vontade, para que facilite o processo de **tutela**, necessária para representar o menor junto ao INSS e outras instituições, para solicitação da pensão por morte e para outras providências.

Todas as ações devem ser preventivas, são orientações que visam garantir a manutenção da família e do paciente e propiciar melhores condições de cuidados.

Documentação e regularização de bens

As famílias ficam tão envolvidas e angustiadas com a situação de doença do paciente que não se atentam às outras questões, que muitas vezes necessitam que as providências sejam tomadas antecipadamente. A regularização de imóveis com pendências quanto à documentação e registro em Cartório, assim como a de prestações vencidas de financiamentos e condomínios atrasados também se faz necessária. No caso do financiamento da casa própria, a quitação do imóvel ocorre quando da aposentadoria por Invalidez ou o falecimento do mutuário. Lembrar que se o financiamento estiver em nome de mais de uma pessoa, quita-se somente a parte que corresponde à pessoa falecida. É importante orientar que os familiares se informem quanto à situação de bens e imóveis no agente financiador e, caso haja pendências, tome as providências que forem necessárias. Familiares não se sentem confortáveis em abordar estas situações, contudo é necessário, e há de se procurar uma forma delicada para a tratativa destas questões. Quando há intenção de deixar testamento ou doações, exige-se agilidade nestas providências, minimizando dificuldades futuras.

Documentação de seguro

Normalmente, familiares não tocam em assuntos que possam parecer ao paciente que estes preveem seu falecimento. Assim, por se tratar de um assunto complicado para a família, deixa-se de verificar quais são os beneficiários constantes em apólices de seguro. Quando o paciente é solteiro, é comum ter os pais

como beneficiários. Quando se casa ou tem filhos, deixa de alterar os beneficiários na apólice de seguro. Para esta abordagem, é recomendável perceber o momento oportuno e eleger a pessoa na família com maior habilidade para conduzir tal situação.

PIS/PASEP e FGTS

Uma vez regularizada a documentação, importante identificar quais as alternativas que irão viabilizar os recursos que o paciente e família têm direito. Dentre os recursos que podem ser viabilizados mais rapidamente, estão o PIS e FGTS. O saque do FGTS e PIS por doença grave pode minimizar as dificuldades financeiras, quando paciente e familiares são surpreendidos por uma doença grave, principalmente quando este é o mantenedor da família. O paciente inscrito no PIS até 04/10/1988, mesmo que no momento esteja desempregado, pode sacar a cota do PIS\PASEP e FGTS, conforme dispõe a Res. nº 2 de 17/12/1992 (HIV) e Res. Nº 1 de 15/10/96 (neoplasia maligna).

Quanto ao FGTS, em se tratando de HIV o saque tem como base a Lei nº 7.670/88 e a neoplasia maligna a Lei nº 8.922/94, que permite levantar o total que ele tem na conta vinculada, inclusive os saldos dos planos econômicos.

É importante lembrar que há a possibilidade de saque do PIS e do FGTS pelo titular das contas se um de seus familiares, dependente, adoecer e estiver nas condições acima.

Para efetuar o saque do PIS/PASEP por doença grave é necessário estar munido do relatório médico, que ateste o diagnóstico e as condições clínicas do paciente e da documentação abaixo:

Documentação pessoal do titular
Comprovante de inscrição PIS/PASEP
Carteira de Trabalho
RG - Cédula de Identidade
CPF - Cadastro de Pessoa Física
Documentação pessoal do dependente
RG - Cédula de Identidade
Certidão de casamento ou nascimento
Documentação médica comprobatória
Atestado médico em papel timbrado contendo:
Diagnóstico expresso da doença
Classificação Internacional de Doenças (CID) *

Estágio clínico atual da doença
Resultado do exame específico que comprove a doença (ex.: anatomopatológico)
Menção à Resolução 01/96 do Conselho Diretor do Fundo de Participação do PIS-PASEP
Carimbo que identifique o nome/CRM do médico

*Mencionar no relatório médico "Paciente encontra-se sintomático para patologia classificada no CID".

Para efetuar o saque do FGTS por doença grave é necessário estar munido de relatório médico que ateste o diagnóstico e condição do paciente e da documentação abaixo:

Documentação pessoal do titular
Carteira de Trabalho
Comprovante de inscrição PIS/PASEP
RG - Cédula de Identidade
CPF - Cadastro de Pessoa Física
Documentação pessoal do dependente
RG - Cédula de Identidade
Certidão de casamento ou nascimento
Documentação médica comprobatória
Atestado médico em papel timbrado contendo:
Diagnóstico expresso da doença
Classificação Internacional de Doenças (CID) *
Estágio clínico atual da doença
Resultado do exame específico que comprove a doença (ex.: anatomopatógico)
Menção à Lei 8922 de 25/07/94
Carimbo que identifique o nome/CRM do médico

* Mencionar no relatório médico "Paciente encontra-se sintomático para patologia classificada no CID". (modelo disponível no site www.caixa.gov.br)

Afastamento do trabalho

A orientação quanto à necessidade de justificar a ausência no trabalho, através de relatórios médicos e a realização de perícia para embasar o afastamento, tem pontos comuns independentemente das instituições ou empresas. Paciente em Cuidados Paliativos, nesta fase da doença, normalmente, já recebeu orientações quanto ao afastamento do trabalho. É imprescindível se atentar para esta

orientação. Para os empregados de empresa, inclusive os domésticos, ou segurado obrigatório como os autônomos, a concessão de benefícios segue o que dispõe o Regime Geral da Previdência Social – RGPS. Para os que trabalham por outro regime, como os funcionários públicos, é preciso observar as exigências que impõem os estatutos específicos de cada Instituição.

Neste texto, nos deteremos nas orientações específicas para o afastamento do trabalho pela Previdência Social[4] que assegura o maior número de pessoas.

Auxílio-doença

O paciente que contribui para a Previdência Social, filiado ao RGPS, estando incapaz para o trabalho por mais de 15 dias, tem direito após 12 contribuições a solicitar Auxílio-doença. Para a concessão deste benefício, é necessário cumprir algumas exigências como a carência, e ser considerado incapaz para o trabalho pela perícia médica da Previdência Social. Esta carência[4] pode ser dispensada se o paciente for portador de algumas doenças. Dispensa-se a carência, mas permanece a obrigatoriedade de vinculação à Previdência.

Doenças que isentam de carência:

- Tuberculose ativa;
- Hanseníase;
- Alienação mental;
- Neoplasia maligna;
- Cegueira;
- Paralisia irreversível e incapacitante;
- Cardiopatia grave;
- Doença de Parkinson;
- Espondiloartrose anquilosante;
- Nefropatia grave;
- Doença de Paget em estágio avançado (osteíte deformante);
- Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS);
- Contaminação por radiação (comprovada em laudo médico);
- Hepatopatia grave.

Poderá ainda pedir benefício o paciente que estiver em período de graça. Período de graça é o tempo em que não há contribuição, mas se mantém a qualidade de segurado. Para os segurados que contribuíram por mais de 10 anos, este período corresponde a 24 meses e para os que contribuíram por menos de 10 anos o tempo é de 12 meses. Acrescentam-se mais 12 meses ao período de graça, se

houve registro do desemprego no Ministério do Trabalho. Este registro normalmente se dá pela solicitação do seguro desemprego.

O paciente desempregado, sem contribuir e esgotado seu período de graça, poderá solicitar retroação do Auxílio-doença, desde que a doença tenha se iniciado em uma época em que ele ainda se encontrava na condição de segurado. Evidentemente, exige-se documentação comprobatória, como relatórios médicos, declaração de internação hospitalar, exames e outros. Quando isto ocorre, a retroação é somente da data do início da doença, o que possibilita a concessão do benefício, porém sem retroação do pagamento.

É sempre bom reforçar que o pedido do Auxílio-doença deve ser feito dentro de 30 dias da data do afastamento do trabalho. Se isso não ocorreu, o início do auxílio-doença é considerado a partir da data do protocolo. Daí a importância de enfatizar ao paciente e seus familiares a necessidade de protocolar o requerimento dentro do prazo estipulado. Atentar-se também sobre a necessidade de solicitar ao médico ou Instituição, que presta assistência, relatórios para o empregador, visando ao abono dos primeiros 15 dias e outro para fundamentação junto à Perícia da Previdência Social. Se há dúvidas a respeito da concessão do benefício, deve-se procurar uma agência do INSS.

Para solicitar Auxílio-doença não é necessário intermediário. O paciente ou familiar pode marcar a Perícia através de contato direto com a Previdência pelo telefone 135 ou site www.previdencia.gov.br. É importante ter em mãos toda a documentação pessoal: Cédula de Identidade, CPF, PIS, Carteira Profissional, carnês, comprovante de endereço e anotar corretamente o dia, local, e horário da perícia. Quando do comparecimento à Perícia, acrescentar aos documentos os relatórios médicos e os resultados de exames.

- Ainda, se o paciente estiver internado ou sem condições de comparecer na agência do INSS, solicitar a Perícia no hospital ou no domicílio.
- O Auxílio-doença é um benefício temporário, devendo o segurado submeter-se periodicamente à perícia e, em todas elas, comprovar a doença e o tratamento, através de relatórios médicos e exames.

Aposentadoria por Invalidez

O Auxílio-doença se converte em Aposentadoria por Invalidez quando a Perícia Médica da Previdência conclui que a doença é irreversível e a incapacidade definitiva. Isso pode ser de imediato, dependendo do estado do paciente ou depois de um período em Auxílio-doença. Pode ainda ser constatado que o paciente está também dependente para as atividades da vida diária, concedendo a aposentadoria já acrescida de 25% (vinte e cinco por cento) correspondente ao benefício de

Assistência Permanente. Este benefício só cabe aos aposentados por invalidez e poderá ser solicitado quando o paciente que, já se encontrava aposentado, tem seu estado de saúde agravado, tornando-se dependente dos cuidados de terceiros. Solicita-se na agência em que foi concedida a Aposentadoria.

A aposentadoria por invalidez permite o saque do PIS e do FGTS, caso não tenha ocorrido anteriormente, e a quitação do financiamento da casa própria pelo SFH. Quanto a seguros pessoais, é preciso verificar se a invalidez faz parte dos sinistros contemplados nas cláusulas do contrato, inclusive o seguro em grupo de empresa.

Amparo Assistencial – LOAS

Ao paciente que não tem nenhuma fonte de renda e que se encontra totalmente dependente, é possível solicitar o Amparo Assistencial[5], previsto na Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) – (Lei 8.742/93), no valor de 01 salário mínimo. Para a obtenção deste benefício, a renda familiar *per capita* deve ser menor que 1/4 do salário mínimo. O paciente deverá passar por Perícia Médica e apresentar relatório médico atestando o estágio da doença e a condição de dependência.

Embora seja um benefício assistencial, sua concessão é feita pelo INSS, pois este Instituto conta com infraestrutura e rede bancária para viabilizá-lo. Assim, para solicitar informações ou agendar perícia usa-se o mesmo número de telefone: 135.

Documentação exigida, quando inválido:
RG - Cédula de identidade
CPF - Cadastro de Pessoa Física
Carteira de Trabalho
Comprovante de Residência
Relatório Médico
Resultados de Exames
Requerimento de solicitação do benefício*
Declaração do requerente ou de seu representante*

* Impressos se encontram disponíveis na Internet (www.previdencia.org.br).

Este benefício também cabe aos idosos maiores de 65 anos[6], em igual condição econômica, ou seja, renda *per capita* menor que 1/4 do salário mínimo. Este benefício não se transforma em pensão, sendo extinto com o falecimento do paciente.

Segundo momento: reorganização familiar após o óbito

Em um segundo momento, após o falecimento do paciente, a família procura se reorganizar, em um novo formato, revendo todos os aspectos, inclusive o financeiro, pois a preocupação agora é com a sua manutenção. O conforto e a atenção dados aos familiares passam por esta compreensão e há de se encontrar uma forma de ajudá-los efetivamente. Uma abordagem cuidadosa, respeitando o período de luto, mas não se excedendo neste tempo, procura orientar sobre as providências a serem tomadas, principalmente aquelas nas quais os prazos se expiram: a pensão, o inventário, a documentação do financiamento da casa própria e o seguro de vida.

É preciso inventariar as fontes dos recursos possíveis, identificando as alternativas que redundarão em renda de forma a normalizar o mais breve a rotina e o cotidiano da família.

Seguro de vida em grupo ou individual

Cabe às pessoas que o paciente designou como beneficiárias. Se entre elas houver menores, o valor do prêmio que lhes cabe deverá ser depositado em caderneta de poupança e só poderá ser retirado com Alvará Judicial, com assistência de um advogado. O menor pode ser representado por um dos pais, seu tutor natural, ou, na falta deste, por tutor nomeado.

Pensão por morte

É o benefício pago aos dependentes habilitados após a morte do paciente, que mantinha sua qualidade de segurado como contribuinte da Previdência Social, ou se encontrava em gozo de benefício. Para sua solicitação não é necessário carência, mas se exige vinculação à Previdência. Normalmente, é uma conversão de um benefício que o paciente já estava recebendo. Os dependentes habilitados são aqueles considerados pela Previdência Social: cônjuge, companheira(o) e filhos menores de 21 anos, não emancipados ou inválidos. Estes são chamados de preferenciais e têm sua dependência econômica presumida. Há, porém, exigência de comprovação da condição de companheira(o), o que já foi mencionado em item anterior. Aqui cabe lembrar que a ex-esposa tem direito à Pensão por Morte, desde que conste o direito a pensão alimentícia na averbação da separação em Certidão de Casamento. Nessa situação, a Pensão é rateada entre a ex-esposa e a companheira, assim como filhos de outras uniões, desde que menores ou inválidos.

O prazo para ser requerida a Pensão é de 30 dias. Após este prazo, o início do benefício é a partir da data do protocolo, por isso é importante agendar pelo

telefone 135 da Previdência Social o mais rápido possível. Essa é a forma mais simples de contato com o INSS, inclusive para tirar dúvidas. Deve comparecer no dia, hora e local agendados, munidos da documentação necessária para a concessão da Pensão. Os filhos menores serão representados pela mãe ou pai, seus tutores naturais e, na falta deles, por quem detiver a tutela[7].

Documentação necessária (cópias e originais):
Documento de identificação do segurado
Certidão de óbito
Certidões de nascimento, casamento ou comprovação de união estável
RG - Cédula de Identidade
CPF - Cadastro de Pessoa Física
Carteira de Trabalho ou outro documento que comprove a atividade
Inscrição no PIS\PASEP
Carnês de Recolhimento quando for Contribuinte Individual
Título de Eleitor
Comprovante de residência

Para o paciente que já se encontrava em benefício, aposentado ou em Auxílio-doença, os familiares deverão apresentar também o comprovante do benefício.

No caso de companheira(o), acrescentar as provas plenas exigidas pelo INSS (ver item sobre regularização civil). Filhos inválidos deverão submeter-se à perícia médica e comprovar esta condição antes dos 21 anos.

Na ausência dos dependentes considerados preferenciais, outros que dependem economicamente do paciente, como pais, irmãos menores ou inválidos terão que provar esta dependência quando da solicitação da Pensão. O direito à Pensão não prescreve, porém o pagamento não retroage, por isso é importante reforçar a necessidade de se protocolar o benefício o mais rápido possível.

- A Pensão tem o mesmo valor da aposentadoria do segurado falecido.
- Se o segurado ainda não estiver aposentado, calcula-se uma Aposentadoria por Invalidez com início na data do óbito.
- Caso o viúvo ou viúva volte a se casar, não perde o direito a pensão.
- Caso o dependente já seja pensionista, poderá optar pela pensão de maior valor[8].
- Havendo mais de um pensionista, a pensão por morte será rateada entre todos, em partes iguais. A parte daquele cujo direito a pensão cessar será revertida em favor dos demais dependentes.

A Pensão permite o saque do PIS e FGTS pelos dependentes através da Certidão de Dependentes, que acompanha a Carta de Concessão da Pensão emitida pelo

INSS. Permite também o recebimento de saldo de rescisão do contrato de trabalho do falecido. Se houver dependentes menores, todas as importâncias que a eles couberem serão depositadas em conta poupança da Caixa Econômica Federal. Estes valores só poderão ser liberados através de Alvará Judicial com assistência de advogado.

Caso não haja dependentes com direito a Pensão, o INSS pode emitir Certidão de Inexistência de Dependentes, para fundamentar Alvará Judicial que irá liberar as importâncias acima para os familiares, por ordem de sucessão.

Conclusão

A Legislação é ampla e não seria possível colocá-la na íntegra, mesmo porque não é a intenção substituir os profissionais que dela têm a competência, como os advogados, aos quais se deve recorrer sempre que a situação exigir. A intenção, na verdade, é contribuir para que o assunto seja conhecido, possibilitar que o profissional que esteja atendendo o paciente e família, nesta condição, reconheça quando e como encaminhar estas questões de forma adequada, evitando, assim, perda de um tempo precioso para as resoluções que dizem respeito à manutenção da família.

Referências

1. BRASIL. Código Civil. Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002 (art. 1591) índice alfabético remissivo. Bauru, SP: EDIPRO, 2002. (2) BARBOSA, A. *Câncer: Direito e Cidadania – Como a Lei pode beneficiar os pacientes e seus familiares.* São Paulo: As, 2003.

3. HOSPITAL DO CÂNCER A. C. CAMARGO. *Câncer – Direitos do Paciente: Manual de orientação sobre legislação e benefícios.*

4. *Tudo o que você quer saber sobre a Previdência Social.- Brasília: Ministério da Previdência e Assistência Social,* 2002.

5. BRASIL. Lei n. 8.742, de 7 de dezembro de 1993- Lei Orgânica da Assistência Social - (LOAS) – Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências. Disponível em http://www.cresssp.org.br/index.asp?fuseaction=leg_reg&id_subsecao=9. Acesso em 16/06/2009.

6. Estatuto do Idoso – Lei n. 10.741. São Paulo: editora Saraiva, 2006.

7. BRASIL. Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990 – Estatuto da Criança e do Adolescente. Disponível em <http://www.cress-sp.org.br/index.asp?fuseaction=leg_reg&id_subsecao=9#>. Acesso em 16/06/2009.

8. DIVISÃO DE SERVIÇO SOCIAL DO ICHC-FMUSP. *Cartilha de Atualização de Previdência Social.* São Paulo, 2008.

Aspectos particulares e ritos de passagem nas diferentes religiões

Luís Alberto Saporetti
Alini Maria Orathes Ponte Silva

Importância da abordagem religiosa e espiritual em Cuidados Paliativos

Muitas pessoas encontram em suas crenças religiosas a ajuda para entender o sofrimento, a significação e a incerteza de suas vidas. As religiões procuram de algum modo mitigar a agonia de nossa finitude e sofrimento. Deus, segundo a formulação de várias culturas, não apenas suaviza a dor da mortalidade através da vida eterna, como também alivia um isolamento temível, oferecendo sua presença eterna e providenciando um projeto claro para que a vida seja significativa.

Não há mais dúvida da importância dos aspectos religiosos e espirituais no cuidado dos pacientes, embora ainda haja muitos questionamentos a respeito de como acessar a dimensão espiritual do ser humano e no que consiste o bom "cuidado espiritual"[1, 2]. Noventa e cinco por cento dos americanos creem em alguma força superior[3,4] e 93% gostariam que seus médicos abordassem essas questões se ficassem gravemente enfermos[5,6]. No Brasil, a enorme maioria da população apresenta crenças religioso-espirituais e considera isso uma questão muito importante[7]. Entre os idosos, a quase totalidade acredita em Deus e 95% consideram a religião importante[8]. Estudos com pacientes internados demonstram que 77% gostariam que seus valores espirituais fossem considerados pelos seus médicos e 48% gostariam, inclusive, que seus médicos rezassem com eles[9]. Contraditoriamente, a maioria dos pacientes disse que jamais seus médicos abordaram o tema[9]. Parece que o envolvimento religioso positivo e espiritual está associado a uma vida mais longa e saudável[10] e um sistema imunológico mais eficaz[11]. Outros estudos também demonstram que o estresse religioso negativo pode piorar o estado de saúde[12]. A atenção aos aspectos espirituais em Cuidados Paliativos tem tanta relevância que alguns autores ousam colocá-la como maior indicador de boa assistência ao paciente no final da vida[1].

Diante do desafio de cuidar do paciente no final da vida de maneira tão completa, devemos expandir nossa compreensão do ser humano para além de sua dimensão biológica. Na figura 1 podemos visualizar a representação esquemática das dimensões do ser humano[13]. Trata-se apenas de uma representação didática das diferentes facetas do homem, uma vez que é totalmente impossível analisar uma sem a interferência da outra. A dimensão física ♀ representa nossa biologia,

nosso corpo e os sofrimentos a ele relacionados, como a dor, a dispneia, náuseas, vômitos, astenia, caquexia, confusão mental, depressão, ansiedade, etc. Coloco aqui os distúrbios mentais como diagnósticos médicos que fazem uma grande interface com a próxima esfera, a psíquica ψ. Nessa esfera, encontram-se nossos medos, raivas, mágoas, alegrias e tristezas as quais tem suas particularidades no paciente terminal. Na esfera social e cultural δ está nossa etnia, nacionalidade, religião, escolaridade, classe social e os sofrimentos peculiares de cada uma. Existem religiões e etnias que lidam melhor com a morte, outras não. A família γ, como menor núcleo de subsistência do paciente, relaciona-se com a questão financeira e suas atribulações. A esfera existencial ε engloba todas as outras, dando significado e questionamentos a cada uma delas. Para cada um de nós, família, dinheiro, cultura, corpo, emoções e sentimentos são expressões de nós mesmos com maior ou menor importância e diferentes significados. Por fim, a dimensão espiritual ζ engloba a relação do indivíduo com o transcendente¥ α ω, sendo necessário diferenciá-la das questões existenciais e religiosas. Alguns autores consideram a dimensão existencial como sinônimo da espiritual, o que é uma verdade apenas em parte. Todas as coisas que dão significado à vida de uma pessoa (família, trabalho, religião, etc.) podem apresentar uma relação clara com o transcendente (Deus, o metafísico, o sobrenatural ou o sagrado). A profissão pode ser, como exemplo, a manifestação desse sagrado na terra. Essa dimensão entre o existencial e o transcendente chamamos espiritual. A religião instituída, por exemplo, pertence à dimensão cultural e social e pode ser considerada espiritual se realmente relaciona o indivíduo com o seu sagrado ou transcendente. Cada religião expressa o espiritual de um povo conforme suas características sociais e culturais.

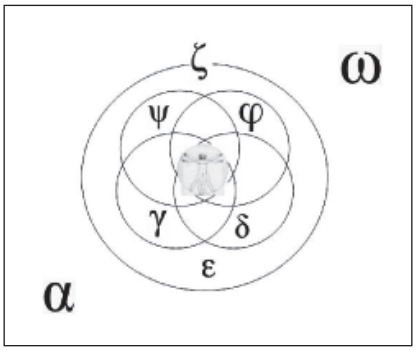


Figura 1: Dimensões do ser Humano: física, psíquica, familiar-financeira, social-cultural, existencial, espiritual e transcendente. A dimensão espiritual relaciona o existencial com o transcendente, seja ele Deus, a natureza, o sobrenatural ou o sagrado (Saporetti 2008).

O sofrimento humano pode nascer em qualquer dessas dimensões e é integrado pelo significado e sentido associado a ele. O sofrimento espiritual se alicerça na violação da essência do eu, o que se caracteriza, frequentemente, pela perda de sentido e identidade, assim como do prazer de viver seguido então pelo desejo de abreviar a vida[2,14,15]. O sofrimento religioso se caracteriza pela dor moral conduzida pela quebra de dogmas e preceitos daquela religião[15]. Muito embora alguns autores vejam a distinção entre religiosidade e espiritualidade como desnecessária, a espiritualidade move-se para além da ciência e da religião instituída. Ela é considerada mais primordial, mais pura e mais diretamente relacionada com a alma em sua relação com o divino. Já a religião é uma forma secundária, dogmática e frequentemente distorcida por forças socioeconômicas, culturais e políticas[6].

Como abordar as questões relativas à religiosidade e à espiritualidade

Entre as dificuldades para abordar a questão espiritual no final da vida está o próprio desconhecimento da equipe a respeito da sua espiritualidade/religiosidade e a ignorância do paciente em relação à sua finitude[16]. Apesar da maioria dos pacientes desejarem saber a respeito da gravidade de seu prognóstico , a maioria dos médicos não são favoráveis a contar isso aos seus pacientes[17]. Dados brasileiros demonstram que a maioria expressiva dos pacientes idosos (83%) gostaria de saber, caso tivessem uma doença terminal, e 77% gostariam de participar das decisões médicas quando perto da morte[8]. Não é possível abordar as questões espirituais sem uma real percepção da morte. A morte é a última crise a ser enfrentada e a última oportunidade para o crescimento espiritual, sendo seu grande desafio o de manter íntegra a identidade da pessoa diante da possibilidade da desintegração[15].

Ao avaliar a história religiosa/espiritual, deve-se identificar a importância disso na vida do paciente e de sua família, assim como isso pode ser incluído nos cuidados do paciente. Puchalski e Maugans sugerem uma abordagem inicial através das siglas FICA[18] e SPIRIT[19]:

FICA - Puchalski

Faith (Fé)	Você se considera uma pessoa religiosa ou espiritualizada? Tem alguma fé? Se não, o que dá sentido a sua vida?
Importance (Importância)	A fé é importante em sua vida? Quanto?
Community (Comunidade)	Você participa de alguma Igreja ou comunidade espiritual?
Address (Abordagem)	Como nós (equipe) podemos abordar e incluir essa questão no seu atendimento?

SPIRIT - Maugans

Spiritual belief system (Crença religiosa)	Qual é sua religião?
Personal spirituality (Espiritualidade pessoal)	Descreva as crenças e práticas de sua religião ou sistema espiritual que você aceita ou não.
Integration within spiritual community (Afiliação a comunidades espirituais ou religiosas)	Você pertence a alguma igreja, templo, ou outra forma de comunidade espiritual? Qual é a importância que você dá a isso?
Ritualized practices and restrictions (Rituais e restrições)	Quais são as práticas específicas de sua religião ou comunidade espiritual (ex.: meditação ou reza)? Quais os significados e restrições dessas práticas?
Implications for medical care (Implicações médicas)	Para qual desses aspectos espirituais/religiosos você gostaria que eu estivesse atento?

Na busca apelo alívio do sofrimento e pela morte digna e pacífica, a equipe deve ter como objetivo no domínio religioso que o paciente esteja em paz com o Criador, receba o Perdão Dele e os ritos adequados da sua tradição durante e após a morte. Do ponto de vista espiritual, deve-se buscar o sentimento de continuidade/transcendência, a Síntese de Sabedoria e a percepção do Legado Espiritual.

Entre os aspectos a serem levantados durante a anamnese religiosa/espiritual, estão possíveis conflitos com o Criador, conflitos religiosos familiares, pendências com relação a ritos, sacramentos, obrigações e promessas, perda do Significado Maior da Existência

Os ritos de passagem

Ritos de passagem são celebrações que marcam mudanças na condição do indivíduo. As principais transições marcadas por esses ritos são o nascimento, a entrada na idade adulta, o casamento e a morte.

Sempre que a força de um ato é maior em seu significado simbólico do que no seu resultado prático estamos falando de um gesto ritual. Os ritos constituem-se de uma sequência de gestos rituais que visam estabelecer uma conexão entre a realidade relativa do mundo consciente e a realidade absoluta ou imaterial do inconsciente coletivo[20].

O mundo moderno é carente de rituais claros de passagem, o que frequentemente causa uma dificuldade na identificação de um momento para outro da vida. Muitos rituais cumprem apenas uma função social, o que não auxilia as pessoas

a realmente transcender seu sofrimento. A tendência hoje é fazer tudo depressa, "o mais indolor possível", reduzindo-se a simbologia ao mínimo necessário[21], ou melhor, ao mínimo suportável.

Características gerais dos ritos mortuários nas diferentes religiões

Os ritos mortuários se confundem com a própria história da humanidade. Cinco mil anos antes de nossa era, os homens neolíticos já realizavam ritos fúnebres e incineravam seus mortos. Todos os povos, cada um ao seu modo, e de acordo com sua cultura ritualiza a morte e crê num tipo de existência pós-morte. Muito embora nossas culturas sejam tão diversas, podemos notar como tais ritos e visões do além se assemelham de forma impressionante. Todo rito pretende comunicar ao inconsciente uma mensagem. Assim, rito mortuário pretende mostrar um caminho, uma realidade simbólica, a qual o inconsciente reconhece e valida. Um ato que torna real o imaginário e conduz ao transcendente. O rito tranquiliza, pois situa-se fora do tempo. Preparar o corpo, banhá-lo, ungi-lo, vesti-lo, reafirmam ao falecido sua condição de pessoa e prolongam a permanência com os que ficam, retardam a separação. A vigília, as orações, o morto deve estar sempre acompanhado, garantindo sua presença nesse mundo. Assegurar sua identidade, até a hora de sua partida para o além[20].

Chega a hora da partida, a natureza reclama o corpo. Ele deve ser entregue àquele que o criou. Cada povo segundo suas tradições encontra um modo de entregar a matéria à natureza e o espírito ao Criador.

Alguns buscam o suave curso das Águas, o corpo é colocado em uma balsa ou liberto livre no mar para encontrar-se com o berço da vida, as águas do líquido amniótico. É uma súplica para que o espírito encontre seu novo caminho e renasça em outro local, outro ventre aqui ou no imaterial. A balsa se afasta e com ela afasta-se a morte. Podemos retornar a vida, o falecido já tem seu caminho no além...

A Terra, a grande estrutura que sustenta a vida. Sob ela repousamos, enfim, nosso último sono. Buscamos a profundidade da mãe terra qual uma criança se enroscando em seu travesseiro. A terra nos acolhe, acolhe a todos. O corpo é coberto, cada nova porção de terra afasta-nos na morte. Esconde nossa fragilidade, apaga nossa mortalidade. A terra encobre o falecido como se nada tivesse ocorrido. Do pó ao pó, nada, apenas um pedaço de pó. Em breve, novas vidas lá surgirão na eterna transformação que a terra propõe.

O Fogo, princípio transformador e destruidor por excelência, liberta e purifica, sejam dos micróbios, sejam dos fantasmas que assombram a vida. A fumaça ascende aos céus, o que é imaterial retorna ao mundo dos espíritos. O que é denso permanece na terra, o pó. A Deus o que é de Deus, a César o que é de César.

Além de garantir ao falecido seu caminho no plano imaterial, os ritos pretendem dar aos entes que o ficam conforto e a possibilidade de vivenciar a morte numa dimensão transcendente.

Os ritos mortuários nas diferentes religiões

Cristianismo[22,23]

Na visão do Cristianismo, a morte é o despertar para a vida eterna; é a ressurreição que leva à abertura da consciência para se alcançar uma realidade mais ampla e infinita. A morte é considerada um momento de passagem, isto é, a pessoa passa de uma vida finita para a vida eterna. Nessa visão é preciso considerar o conceito da alma, que é imortal. A morte é apenas a separação do corpo físico da alma. Há uma aceitação do mistério da morte para encontrar uma nova vida totalmente com Cristo.

Os rituais de morte e luto no Cristianismo têm similaridades, incluindo: unção, velório, enterro e orações (cultos e missas). As fé cristã tem certas orações, canções e rituais que são realizadas em volta da cama da pessoa que está morrendo. Para os cristãos católicos, os sacramentos são um sinal da presença de Deus. Normalmente a Unção dos Enfermos acontece após a absolvição dos pecados. A unção se destina a dar aos doentes força espiritual e consolo durante a enfermidade. Após a morte, o corpo do cristão é velado no cemitério, em casa ou na igreja. Durante o velório, pode-se cantar cantos religiosos, fazer orações e celebrar missa. Ao Padre cabe efetuar a "encomendação do corpo", com leituras de textos sagrados do Novo Testamento. Após o enterro, depois de 7 dias, é celebrada uma missa pela alma do falecido onde se reúnem parentes e amigos. Os católicos adotam o dia 2 de novembro como Dia de Finados, para se reverenciar os mortos, mas nada impede que nesta data ou em qualquer outra os parentes e amigos visitem os túmulos, podendo acender velas, levar flores e rezar pela alma do falecido.

É importante ressaltar que, segundo o *Papa João Paulo II,* "*a renúncia a meios extraordinários ou desproporcionais não equivale ao suicídio ou à eutanásia; exprime, antes, a aceitação da condição humana diante da morte*." Assim como o uso de narcóticos para supressão da dor e da consciência é lícita, desde que o paciente não tenha deveres morais e religiosos a serem cumpridos (Pio XII – 1957)[24].

O próprio Papa João Paulo II optou, no final de sua vida por permanecer em seus aposentos e não ter sua vida estendida por outros recursos. Infelizmente, como em todas as religiões, as angústias pessoais com relação à morte são passionalmente misturadas aos desígnios do Criador e com o desconhecimento a respeito das premissas de cada religião, levando pessoas a opiniões e atitudes

extremadas e fora dos princípios daquela religião[24]. A crença em milagres e na imoralidade do "deixar morrer" levam frequentemente pacientes com câncer avançado a serem submetidos a terapias de suporte em UTIs e reanimações cardiopulmonares desnecessárias[25].

Budismo[26,27]

No budismo, a morte é parte natural da vida, que todos terão que enfrentar um dia. Através da meditação, os budistas se preparam para a morte, que possibilita a compreensão de que tudo é transitório e interligado. Segundo Dalai Lama, se quisermos morrer bem, devemos aprender a viver bem: se esperamos morrer em paz, devemos cultivar a paz em nossa mente e modo de vida. O budismo crê na reencarnação, ideia de que após a morte a pessoa renasce. A maioria dos budistas adota a cremação. No budismo tibetano, quando alguém morre, a família chora a perda e começa a preparar o funeral. Os lamas locais ou monges se posicionam ao lado do corpo a fim de lerem o Livro Tibetano dos Mortos. O Livro é uma descrição precisa do que cada um enfrentará na outra vida, uma experiência que os tibetanos chamam de bardo. As palavras são destinadas a guiar o morto ao mundo do além. Depois de dias de orações ao lado do morto, o corpo está preparado para o funeral. No Tibete, o corpo deverá voltar à posição fetal, envolvido em panos e levado a um local distante, ficando como oferenda aos abutres. Pode parecer triste e mórbido do ponto de vista ocidental, mas os tibetanos acreditam que o corpo sem vida é totalmente inútil, a menos que ele ofereça um último presente à terra – servir de alimento para outros seres viventes. Este é o fim do corpo, mas não da alma. Durante 49 dias o espírito vagaria no além, até a reencarnação. Do ponto de vista do budismo tibetano, a verdadeira experiência da morte é muito importante. Embora como e onde renascer sejam condições que, em geral, dependam de forças cármicas, o estado de espírito no momento da morte pode influir na qualidade do próximo renascimento. Assim, o como se morre é de importância vital para um renascimento auspicioso. Desse modo vemos que, frequentemente, os adeptos aceitam a possibilidade da morte de modo mais tranquilo e desejam respeito e tranquilidade nessa hora.

Espiritismo[28]

No espiritismo, assim que ocorre a morte, a alma regressa ao mundo dos espíritos, de onde tinha saído momentaneamente para mais uma encarnação. A reencarnação é necessária para a purificação da alma que busca a perfeição. A morte é um instante em meio a um caminho infinito. É uma transição e não um ponto final. Segundo a Doutrina Espírita de Allan Kardec, só existe a morte do

corpo físico, enquanto o espírito imortal retorna a sua verdadeira vida, que é a vida espiritual. A doutrina espírita acaba com o conceito da morte como algo mórbido e finito a partir do momento que a encara como processo de renovação e reconstrução para outra etapa.

O velório é dirigido ao espírito do falecido, são realizadas preces em intenção a alma criando-se um clima de vibração positiva em favor do espírito desencarnado, inclusive utilizando música. Os espíritas não adotam o uso de velas. Na comunidade espírita não há a prática do luto. Após o enterro, os espíritas não preveem nenhuma cerimônia. Sempre que desejam e de acordo com o foro íntimo de cada um, fazem preces para pedir boas vibrações para os desencarnados. Segundo O Livro dos Espíritos, "a visita ao túmulo é uma maneira de mostrar que se pensa no Espírito ausente: é a imagem. A prece é que santifica o ato da lembrança, pouco importa o lugar, quando se ora com o coração."

Judaísmo[29,30]

O judaísmo crê que a morte é o fim do corpo material. A verdadeira pessoa, que é a alma, é eterna. A própria morte é considerada uma parte da Criação. No pensamento judaico, vida e morte formam um todo, sendo aspectos diferentes da mesma realidade, complementares uma da outra. A morte não significa a extinção do ser, mas o começo de uma nova fase.

Não há para o judaísmo motivos para o prolongamento artifical da vida ou deixar a pessoa em sofrimento, exceto por desejo próprio do mesmo[31]. Assim, o uso de analgésicos para alívio da dor e até mesmo a sedação para conforto são estratégias possíveis desde que com a concordância do paciente/família. Prolongar a agonia através de recursos artificiais também não é justificado, no entanto a suspensão de medidas já estabelecidas que causem a morte não é considerada adequada[31].

O enterro ocorre logo após a morte; adiar o sepultamento é visto como um desrespeito para com o morto e uma interferência nos planos do Criador (exceto nas datas: *Shabat* e no *Yom Kipur*). A cremação não é permitida. O corpo do falecido é lavado, vestido com uma roupa branca e colocado num caixão de madeira simples, os homens são enterrados com seu xale de oração. Não se usam flores nem música na cerimônia. O rabino faz um discurso em memória do morto, e os filhos homens, ou o parente mais próximo do sexo masculino, recitam cantos de louvor a Deus (o Kadish). Após o funeral, a família fica de luto por uma semana (Shivá). Durante uma semana, os enlutados ficam em casa, abstendo-se de quaisquer atividades profissionais ou de lazer. Parentes e amigos fazem visitas de condolências a casa dos enlutados, e três vezes por dia (de manhã, à tarde e à noite) realizam serviços religiosos.

A noção de "vida após a morte" é uma declaração da crença na vinda do Messias, que ressuscitará fisicamente os mortos. Por este motivo o judaísmo proíbe a mutilação do cadáver.

A instituição da Shivá tem como finalidade dar à família folgas psicológicas e espirituais para continuar depois da perda de um ente querido. O enlutado não está só; muito pelo contrário, ele faz parte da "comunidade dos enlutados de Sion". É esta consciência de grupo que lhe dá conforto, já que recebe o apoio e o consolo dos familiares e amigos durante estes dias, e que lhe permite emergir fortalecido, preparado para enfrentar as vicissitudes da vida, e pronto para reassumir suas responsabilidades perante o seu povo. No aniversário de falecimento (Yahrzeit), costuma-se visitar o túmulo do falecido e mantém-se uma vela acesa durante 24 horas. Os filhos recitam o Kadish na véspera, à noite e no próprio dia do Yahrzeit, de manhã e à tarde. Algumas pessoas jejuam no dia do Yahrzeit de um parente chegado, em sinal de pesar. Os chassidim, entretanto, consideram o Yahrzeit uma ocasião de júbilo – com base no conceito místico de que a cada ano que passa a alma do falecido ascende a um nível espiritual mais alto.

A comunidade judaica conta em vários estados brasileiros com a Chevra Kadisha, uma entidade que providencia os cuidados com o corpo e organiza o funeral de acordo com a tradição.

Islamismo[22, 23]

O islamismo deixa claro aos muçulmanos que a morte e a vida são presentes de Deus. Desde a infância é passada a noção de que tudo o que começa tem um fim, e estimulam a usar este mundo sabiamente e a fazer o bem, para preparar-se para a vida que está por vir. Os muçulmanos acreditam no dia do juízo final e na vida após a morte, o praticante da religião recebe sua recompensa ou sua punição pelo que fez na terra. A morte humana é o ingresso para a vida eterna num outro mundo. Morrer não significa término da existência, mas o começo da eternidade.

Sendo a morte e vida presentes de Deus, devem ser respeitados como tal. O sofrimento humano deve ser aliviado, a eutanásia não é permitida e o uso de suporte artificial de vida deve ser desencorajado pela equipe médica. Cuidados especiais devem ser tomados com o corpo, em especial das mulheres. O uso de sedativos e opioides para fins médicos é permitido sendo necessária uma explicação clara a respeito dos objetivos. A sedação para conforto pode prejudicar as práticas religiosas e assim só será aceita se realmente necessária para alívio do paciente[32,33].

Constatado o óbito, deve-se tirar-lhe os adornos (anéis, brincos, aliança, relógio, correntes, etc.), coloca-se o corpo "olhando" em direção à Meca.

No cemitério o corpo é retirado do caixão e despido, para realizar três banhos, preces em intenção de purificação serão recitadas, e então uma mortalha feita de tecido branco 100% natural cobre o corpo. Por considerar a morte uma coisa natural, não há ritual de luto. A primeira noite é vista como a mais difícil para o falecido, então deve-se orar em intenção à alma. No 2º e no 7º dia, missas são celebradas na Mesquita, é costume também celebrar no 30º, 40º e 60º dia, bem como uma vez por ano. Visitas ao cemitério são importantes para não se esquecer do falecido(a). O islamismo prega que os falecidos só conseguem um vínculo com este mundo pelas obras de caridade que fizeram em benefício aos outros e por intermédio de seus filhos orando por eles.

Tradições Afro-brasileiras[34]

Nas tradições afro-brasileiras, a percepção da natureza e do mundo espiritual estão integradas, e seus ritos são de acordo com essa perspectiva. Ao contrário de tradições judaico-cristãs, não há uma separação nítida entre a vida e a morte, o céu e a terra, o material e o imaterial, o homem e a natureza, o bem e o mal. Tudo encontra-se unido pela enorme teia da vida.

No candomblé, morrer é passar para outra dimensão e permanecer junto com os espíritos, orixás e guias. A morte é bem-vista para os idosos, pois completaram seu destino e podem seguir seu caminho no *órun* (plano espiritual ou imaterial), livres das amarras terrenas e adquirindo poderes que podem auxiliar seus descendentes na terra. Já a morte de um jovem é vista como tragédia. A morte prematura é entendida como uma consequência de uma infração grave contra os orixás, ou uma inobservância de suas obrigações com a comunidade, as quais os ancestrais resolvem disciplinar.

Os ritos fúnebres na tradição Yorubá visam preparar a passagem do morto do *àiyé* (mundo material) para o *órun* (mundo do além), assim como restabelecer as relações sociais e espirituais causadas pela ausência do falecido. Quanto maior a posição social e religiosa do indivíduo, maiores serão os vínculos a serem cortados e os esforços para o reequilíbrio. Nada deve reter o morto no *àiyé*! O falecido, após receber seus rituais, passa a ser um ancestral e poderá ser invocado como *Égún*. Esse ritual, o *Àsèsè*, ocorrerá por 7 dias após a morte.

A umbanda, cujo nome deriva do termo *quimbundo* (angolense), quer dizer feiticeiro, xamã ou curandeiro. O termo umbanda *"u"* + *"mbanda"* significa arte mágica da cura, ou simplesmente magia. É uma religião essencialmente brasileira, fruto da união do candomblé, práticas ameríndias, catolicismo popular e de conceitos espíritas kardecistas.

Segundo a umbanda, após a morte, o ser desencarnado será encaminhado para uma esfera espiritual condizente com seus atos e vibração emocional acumulada durante a passagem no corpo físico, existindo a possibilidade da continuidade da vida no mundo espiritual ou na reencarnação. A umbanda reconhece também as forças naturais na forma dos orixás do culto africano, frequentemente sincretizado a santos católicos. O funeral umbandista é dividido em duas partes, purificação do corpo e do espírito que acontece somente com a presença do Sacerdote, ajudante e um parente e depois a cerimônia social para encomenda do espírito realizada no velório e no túmulo. Esse ritual não deve ser envolvido de tristeza, e sim de alegria, pois o desencarnado está retornando para o plano eterno fora das ilusões e poderá retomar sua evolução de forma consciente se assim estiver preparado.

Finalizando

Longe de querer esgotar o tema, este capítulo apenas abre as portas do tema àqueles que cuidam do ser humano no final de sua vida. Muitas são as religiões não descritas aqui, maiores ainda as subdivisões e fragmentações de todas elas. No entanto, podemos perceber em todas uma relação de aceitação da morte e continuidade da existência junto ao Criador.

A natureza religiosa e espiritual do ser humano é uma área ainda pouco abordada pelos profissionais de saúde e torna-se vital nos cuidados com aqueles que estão partindo. Conhecer nossas próprias questões sobre a finitude, religião e espiritualidade é o ponto de partida para auxiliarmos melhor nossos pacientes.

A equipe deve ser treinada para aceitar os diferentes valores religiosos e espirituais, não impondo conceitos próprios, mas sim respeitando e incentivando a participação do paciente em sua prática.

A abordagem das questões espirituais e religiosas dos pacientes deve ocorrer no início do acompanhamento para que as medidas necessárias sejam tomadas em direção à resolução de possíveis demandas do paciente, família e equipe.

Sites de interesse

Associação Cemitério Israelita de São Paulo - Chevra Kadisha (ACISP) http://www.chevrakadisha.org.br/ ou http://www.chevrakadisha.com.br/

Centro de Dharma da Paz Shi De Choe Tsog http://www.centrodedharma.com.br/ index.php

Federação Espírita Brasileira http://www.febnet.org.br/

Sociedade Beneficente Muçulmana do Rio de Janeiro www.sbmrj.org.br

Templo Guaracy do Brasil www.temploguaracy.org.br

Vaticano http://www.vatican.va/phome_po.htm

Referências

1. WILLIAMS, A. L. Perspectives on spirituality at the end of life: A meta-summary. Palliative and Supportive Care (2006), 4: 407-417.

2. MCCLAIN, C. S.; ROSENFELD, B.; BREITBART, W. Effect of spiritual well-being on end-of-life despair in terminally-ill cancer patients. Lancet 2003; 361: 1603-07.

3. HINSHAW, D. B. Spiritual Issues in Surgical Palliative Care. Surg Clin N Am 85 (2005) 257-272.

4. National Cancer Institute http://cancer.gov/cancertopics/pdq/supportivecare/spirituality/HealthProfessional.

5. EHMAN, J.; OTT, B.; SHORT, T.; CIAMPA, R.; HANSEN-FLASCHEN, J. Do patients want physicians to inquire about their spiritual or religious beliefs if they become gravely ill? Arch Intern Med. 1999;159:1803-1806.

6. STEINHAUSER, K. E.; VOILS, C. I.; CLIPP, E. C.; BOSWORT, H. B.; CHRISTAKIS, N. A.; TULSKY, J. A. "Are You at Peace?" One Item to Probe Spiritual Concerns at the End of Life. Arch Intern Med. 2006;166:101-105.

7. Datafolha - http://datafolha.folha.uol.com.br/po/dossies_index.shtml, 05/05/2007.

8. GIL, L. A. J.; CURIATI, J. A. E.; SAPORETTI, L. A. Influência da qualidade de vida nas expectativas e nas decisões de fim de vida em Idosos. Monografia de conclusão do curso de especialização em Geriatria, 2007.

9. KING, D.; BUSHWICK, B. Beliefs and attitudes of hospital inpatients about faith healing and prayer. J Fam Pract. 1994;39:349-352.

10. MUELLER, P. S.; PLEVAK, D. J.; RUMMANS, T. A.: Religious involvement, spirituality, and medicine: implications for clinical practice. Mayo Clin Proc 76 (12): 1225-35, 2001.

11. KOENIG, H. G.; COHEN, H. J.; GEORGE, L. K.; et al.: Attendance at religious services, interleukin-6, and other biological parameters of immune function in older adults. Int J Psychiatry Med 27 (3): 233-50, 1997.

12. KOENIG, H. G.; PARGAMENT, K. I.; NIELSEN, J.: Religious coping and health status in medically ill hospitalized older adults. J Nerv Ment Dis 186 (9): 513-21, 1998.

13. SAPORETTI, L. A.; SILVA AMOP. Finitude – Apectos Éticos, Religiosos e Espirituais. Capítulo do Livro Geriatria e Gerontologia Básicas (no prelo).

14. WASNER, M.; LONGAKER, C.; FEGG, M. J.; BORASIO, G. D. Effects of spiritual care training for palliative care professionals. Palliative Medicine 2005; 19: 99-104.

15. HINSHAW, D. B. Spiritual issues at the end of life. Clinics in Family practice. Volume 6 • Number 2 • June 2004.

16. SAPORETTI, L. A. Espiritualidade em Cuidados Paliativos. Cuidado Paliativo. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2008.

17. PARKER-OLIVER, D. Redefining hope for the terminally ill. Am J Hospice Palliat Care. 2002;19:115-20.

18. PUCHALSKI, C.; ROMER, A. L. Taking a spiritual history allows clinicians to understand patients more fully. J Palliat Med 2000;3:129-37.

19. MAUGANS, T. A. The SPIRITual history. Arch Fam Med 5: 11-16, 1996.

20. BAYARD, J. P. Sentido Oculto dos Ritos Mortuários, Ed. Paulus, São Paulo, 1996.

21. Elaboração do luto exige ritos de passagem. Jornal de psicologia, ano 19, número 130, agosto / dezembro 2001. Disponível em http://www.crpsp.org.br. Acesso em 25 maio 2009.

22. PUCHALSKI, C. M. Spirituality, religion, and healing in palliative care. Clinics in Geriatric Medicine, 2004; 20: 689-714.

23. HELLERN, V.; NOTAKER, H.; GAARDER, J. O livro das religiões. Editora: Companhia Das Letras, 2001.

24. PESSINI, L. Distanásia, Até quando prolongar a vida? Ed. Loyola, 2001, p. 237-260.

25. PHELPS, A. C.; NILSSON, M. Religious Coping and Use of Intensive Life-Prolonging Care Near Death in Patients With Advanced Cancer. *JAMA*. 2009;301(11):1140-1147.

26. EWANS-WENTZ, W. Y. O Livro Tibetano dos Mortos. Editora Pensamento, 2000.

27. RINPOCHE, S. *O Livro Tibetano do Viver e do Morrer.* Editora Palas Athena, São Paulo, 1999.

28. KARDEC, A. O livro dos Espíritos. Editora Petit. São Paulo, 2001.

29. GLASMAN, J. B. A morte no judaísmo. http://www.visaojudaica.com.br. Acesso em 12 abril 2009.

30. Associação Cemitério Israelita de São Paulo - Chevra Kadisha (ACISP) http://www.chevrakadisha.org.br/ ou http://www.chevrakadisha.com.br/. Acesso em 20 maio 2009.

31. DEL GIGLIO, A. Cuidados com o paciente terminal com câncer, segundo a tradição judaica. Rev. Bras. de Cancerologia. 2001; Ano 4 (15) p. 6-9.

32. SHAHID ATHAR. Information for (Health Care Providers When Dealing with) a Muslim Patient. Medical Ethics Committee. Acessível em http://www.islam-usa.com/e40.html 20/06/2009.

33. AL-SHAHRI, M. Z.; AL-KHENAIZAN. A Palliative Care for Muslim Patients. J Support Oncol 2005;3:432-436.

34. SAPORETTI, L. A.; SCARTEZINI, S. N. Ritos de passagem e visão pós-morte nas Tradições Afro-Brasileiras: Candomblé e Umbanda. Capítulo do Livro Arte de Morrer – Visões Plurais de Franklin S. Santos (org.) (no prelo).

Assistência ao luto

Débora Genezini

"Se perdem gestos,
cartas de amor, malas, parentes.
Se perdem vozes,
cidades, países, amigos.
Romances perdidos,
objetos perdidos, histórias se perdem.
Se perde o que fomos e o que queríamos ser.
Se perde o momento.
Mas não existe perda,
existe movimento."
Bruna Lombardi (2006)

Perdas

Ao longo do ciclo vital nos deparamos com inúmeras perdas. A definição de perda nos dicionários populares refere-se à privação de algo que possuíamos.

Podemos passar por perdas, saindo ilesos da vivência, no entanto algumas delas nos são caras e significativas, mobilizando sentimentos conflitantes e dolorosos.

Quando falo em perdas não me refiro somente à morte, mas perdas psíquicas, físicas, materiais, entre outras. Autores como Fonseca e Parkes[4, 11] citam outros tipos de experiências que envolvem perdas, como a separação entre as pessoas vivas, a doença como parte da pessoa que morre, o próprio desenvolvimento humano como formas de evolução e morte, a morte psíquica, as amputações, a perda de uma casa, entre outras tantas possibilidades.

Desde o nascimento somos treinados por meio da vivência de perdas e mortes simbólicas a nos aproximarmos da noção de finitude. No entanto, o condicionamento pelo não perder é imperativo: não podemos perder a hora, o controle da nossa rotina e não admitimos sequer deixar de ganhar uma competição.

Sabemos da vulnerabilidade humana e que existe adoecimento e fragilidade, mas no íntimo vivemos com a ilusão de que isso só ocorre a nossa distância. Contudo, somos forçados a olhar para o que temíamos quando nós, algum familiar ou um amigo querido adoece.

No caso do acometimento por uma doença que ameace a continuidade da vida, não perdemos só a saúde e a ilusão de imortalidade/onipotência, mas também papéis anteriormente exercidos nos contextos profissional, social, afetivo e econômico.

De acordo com Kovacs(8), as perdas e suas elaborações fazem parte do cotidiano, já que ocorrem em todos os momentos do desenvolvimento humano e, embora sejam experiências universais, são vividas de forma particular por cada indivíduo. Portanto, o impacto da perda da saúde e da previsibilidade da vida é vivido por cada pessoa/família, de modo singular.

Neste texto, especificamente, será abordada a atenção às situações de perdas por doença e morte e seus desdobramentos no cotidiano de pacientes, familiares e profissionais da saúde.

Adoecimento e morte anunciada

A partir do diagnóstico de uma doença potencialmente mortal seguido pela evolução da enfermidade, paciente e família deparam-se com rupturas, limitações e privações. A rotina anteriormente vivida é alterada, e situações pouco familiares, como exames, medicações e procedimentos ganham espaço. Ao longo das hospitalizações e dos tratamentos, os membros que assumem os cuidados principais do doente necessitam conciliar papéis antigos ao novo papel de cuidador, vivenciando, portanto, não só sentimentos geradores de sofrimento frente às perdas relacionadas com o ente querido, como também às suas próprias.

Os arranjos familiares dos séculos XX e XXI sugerem escassez na rede de suporte familiar/social, uma vez que as famílias tornaram-se menos numerosas, as residências ficaram menores e as mulheres e os jovens passaram a trabalhar fora de casa. Como consequência, a situação comum é que apenas um componente da família assuma o cuidado principal, acarretando intensas sobrecargas física e emocional.

Sentimentos ambíguos podem permear a vivência, ou seja, além de compaixão, solidariedade e pesar, os familiares podem também sentir raiva e desejo de breve retorno à sua rotina de atividades. Com a piora clínica do doente, a ambiguidade de sentimentos pode tornar-se ainda mais evidente. O aumento das reais possibilidades de sofrimento e dor do paciente pode suscitar, em muitos familiares, o desejo de que tal sofrimento se finde ou, em oposição a isso, o apego a uma ilusão fervorosa de cura e melhora, mesmo que isso fuja totalmente das possibilidades viáveis.

Diante da ambiguidade, posturas de superproteção ou afastamento podem surgir. Carter e McGoldrick[3] destacam que uma reação que ocorre na família

quando da perda de um de seus elementos é com relação ao seu movimento, que pode ser de aproximação (centrípeto) ou de afastamento (centrífugo) entre seus membros.

Com a evolução da doença, caso o doente apresente-se debilitado física e emocionalmente, pode haver a necessidade de os familiares assumirem a responsabilidade pela tomada de decisões e fazer valer a autonomia do paciente pelo que compartilharam de sua biografia até o momento atual. Essa é uma das mais árduas tarefas para o sistema familiar que compreende um de seus membros gravemente enfermo.

Decidir por alguém, mesmo que tal decisão esteja pautada no desejo do paciente, reforça ao familiar uma representação de falta do ente querido. Há uma representação de "morte em vida". Nesses casos, o luto antecipatório, que será definido em breve neste texto, é vivenciado.

Pacientes afásicos, comatosos, demenciados, grandes sequelados neurológicos, extremamente debilitados pela doença e incapacitados de exprimir decisões, segundo Boss[1], entram na caracterização da perda ambígua, uma vez que estão vivos, mas psicológica e socialmente ausentes. Tais ausências podem desencadear a antecipação do processo de luto.

O familiar vivencia um estranhamento de si e do ente amado. O ato de cuidar visando ao conforto e à qualidade de vida, de acordo com o que permitir a situação, estreita e intimiza o contato com o doente. Isso possibilita ressignificações desse vínculo e faz, muitas vezes, com que as experiências sejam as mais intensas em comparação às de toda vida.

Porém, as alterações físicas, a evolução da doença e a possibilidade de morte representam um choque de realidade ao familiar que, ora está íntima e intensamente próximo ao doente, ora tem que iniciar a aceitação de que essa pessoa em algum momento não estará mais com ele. Inicia-se o que muitos autores chamam de luto antecipatório, a exemplo de Fonseca[4], que consiste na vivência de conjunto de sentimentos relacionados com a dor, da notícia da existência de uma doença em estágio avançado ou da perda iminente de algum membro do sistema familiar. Pode-se ter tal experiência nas esferas cognitiva, emocional e comportamental.

Segundo Rando in Franco[12], o processo de luto é iniciado a partir do momento em que é recebido o diagnóstico de uma doença potencialmente mortal, pelas perdas concretas ou simbólicas que essa doença possa trazer para a pessoa e sua família.

Para Lindermann[10], a ameaça de morte ou separação pode, por si própria, iniciar uma reação de luto. Pesquisadores sugerem que as intervenções realizadas

durante o luto antecipatório podem prevenir o desenvolvimento de problemas no luto pós-morte[4].

Aos profissionais de saúde que acompanharem o paciente na fase final de vida, portanto, durante a vivência do luto antecipatório, é importante levar em consideração a intensidade do valor afetivo do mesmo para cada familiar. Esse dado auxilia na compreensão das reações psíquicas e comportamentais e no entendimento de que há um tempo interno para aceitação e elaboração da perda, peculiar a cada membro da família.

Na mesma proporção, é necessário que também seja dada atenção aos profissionais de saúde envolvidos nos cuidados ao paciente, uma vez que juntamente vivenciam o luto antecipatório.

Processo do luto

Para o profissional que trabalha em contextos de perdas e morte, é imprescindível o conhecimento a respeito da definição de luto e das reações comuns suscitadas por ele, uma vez que esse evento causará muitas mudanças de comportamento nos familiares e no próprio doente.

Bromberg[2] aponta o luto como um conjunto de reações a uma perda significativa e pontua que nenhum é igual ao outro, pois não existem relações significativas idênticas.

Engel apud Worden[17] pontua que a perda de uma pessoa amada é psicologicamente traumática na mesma medida em que sofrer uma queimadura grave é fisiologicamente traumático. Ele refere que o luto representa uma saída do estado de saúde e bem-estar e, assim como a cura é necessária no campo fisiológico, um período de tempo é necessário para que o enlutado retorne ao estado similar de equilíbrio.

Worden[17] lista categorias no processo de luto normal, dividindo-as em:

- sentimentos – tristeza, raiva, culpa, ansiedade, solidão, fadiga, desamparo, choque, anseio, emancipação, alívio e estarrecimento;
- sensações físicas – vazio no estômago, aperto no peito, nó na garganta, hipersensibilidade ao barulho, sensação de despersonalização, falta de ar (respiração curta), fraqueza muscular, falta de energia e boca seca;
- cognições – descrença, confusão, preocupação, sensação de presença e alucinações;
- comportamentos – distúrbios de sono, distúrbios do apetite, comportamento aéreo, isolamento social, sonhos com a pessoa que morreu, evitar lembranças do falecido, procurar e chamar pela pessoa, suspiros, hiperatividade, choro, visitar lugares e carregar objetos que lembrem o falecido.

Seguindo a linha de sintomas físicos e psíquicos, vale destacar a necessidade de cautela quanto ao diagnóstico de depressão da pessoa enlutada. Tristeza não é depressão.

Depressão reativa é esperada, mas a intensidade e a duração, se exacerbadas, podem indicar patologia. A medicação pode inibir ou adiar reações necessárias para a resolução do processo de luto.

Atualmente não se fala mais em fases do luto; pelo contrário, a construção teórica atual é de que o luto é um **processo** individual e dinâmico relacionado ao significado da relação e vínculo, e por isso **não deve ser enquadrado a fases** e etapas. No entanto, **apenas para fins didáticos**, apresentamos as fases do luto descritas no passado por Bromberg[2], uma vez que o conhecimento dessas fases fornece bases para lidar produtivamente com os recursos disponíveis, respeitando as defesas necessárias a cada uma das fases. É fundamental ressaltar que as fases não ocorrem de maneira rígida e não constituem regra necessária no processo de luto, uma vez que existem a individualidade e a subjetividade do enlutado. Bromberg e demais autores sobre o tema não utilizam mais fases do luto.

- entorpecimento – reação inicial à perda por morte, em que ocorre choque, entorpecimento e descrença. A duração pode ser de poucas horas ou de muitos dias. A pessoa recentemente enlutada se sente aturdida, atordoada, desamparada, imobilizada e perdida.

Há também possíveis evidências de sintomas somáticos, como respiração curta e suspirante, rigidez no pescoço e sensação de vazio no estômago. A negação inicial da perda pode ser uma forma de defesa contra um evento de tão difícil aceitação, estando também presente nessa fase a tentativa de automaticamente continuar vivendo como antes;

- anseio e protesto – fase de emoções fortes, com muito sofrimento psicológico e agitação física. À medida que se desenvolve a consciência da perda, há muito anseio de reencontrar a pessoa morta, com crises de profunda dor e espasmos incontroláveis de choro. Apesar da consciência da perda irreversível, o desejo de recuperar a pessoa às vezes é insuperável. Há momentos em que o indivíduo tem a viva sensação da presença do falecido. Aquilo que não tem relação com o morto tem pouco significado. A pessoa se mostra afastada e introvertida. Também é comum que o enlutado sinta muita raiva, às vezes dirigida contra si mesmo, na forma de acusações com sentimentos de culpa por pequenas omissões e cuidados que possam ter acontecido. Às vezes a culpa é dirigida contra outras pessoas, principalmente aquelas que oferecerem ajuda e consolo ao enlutado;
- que também pode dirigir a raiva ao próprio morto por tê-lo abandonado. A pessoa enlutada vivencia inquietude, como em busca do morto (principal ca-

racterística dessa fase), e mostra-se obsessivamente preocupada com lembranças, pensamentos e objetos do falecido. Ocorrem também sentimentos contrários ou incompatíveis, como esperança e desapontamento;

- desespero – nessa fase o enlutado deixa de procurar pela pessoa perdida e reconhece a imutabilidade da perda. O enlutado duvida de que qualquer coisa que valha a pena na vida possa ser preservada, assim podem surgir apatia e depressão. O processo de superação é lento e doloroso. É comum que ocorra afastamento das pessoas e das atividades, falta de interesse e inabilidade para se concentrar em funções rotineiras ou para iniciar atividades. Os sintomas somáticos persistem, incluindo falta de sono, perdas de apetite, peso e distúrbios gastrointestinais;
- recuperação e restituição – a depressão e a desesperança começam a se entrelaçar, com frequência cada vez maior, a sentimentos mais positivos e menos devastadores. A pessoa enlutada pode aceitar as mudanças em si e na situação. Vem daí uma nova identidade, que lhe permite desistir da ideia de recuperar a pessoa morta. Dá-se o retorno da independência e da iniciativa. Mesmo com o processo de recuperação ainda em andamento, é comum a volta de sintomas que haviam cedido, particularmente em datas que ativam lembranças, como dias de nascimento, morte e casamento.

A descrição das fases permite, inclusive, a identificação de alterações não adaptativas frente ao processo de luto, ao que é chamado luto complicado, sendo muito útil o encaminhamento ao profissional especializado para acompanhamentos médico e psicológico.

Vale ressaltar novamente que o luto é um processo individual e subjetivo e que não existe uma regra rígida quando pensamos nas fases e no enfrentamento do mesmo.

Elizabeth Kübler Ross[14] descreve as fases de enfrentamento do luto como negação, revolta, barganha, depressão e aceitação, mas nem todo processo de enlutamento e resolução do luto compõe todas as etapas, que são válidas apenas como um "norte" para os profissionais que assistem pacientes e familiares em situações de doença e morte. A própria autora em uma de suas últimas obras pontuou que, se soubesse que a ideia de fases seria compreendida de forma tão literal e estanque, não a teria escrito.

Percebe-se uma "banalização" da ideia das fases pensadas por Kübler Ross, como se todos os enlutados em algum momento tivessem que obrigatoriamente vivenciar e se enquadrar nelas. Isso tira a percepção do individual e subjetivo, tão importantes na elaboração do processo de luto.

Rando[13] também é outro autor que dividide as fases do luto em:

- reconhecer a perda;

- reagir à separação (expressividade emocional);
- recordar e reexperienciar a pessoa perdida/relacionamento (objetos, fotos);
- abandonar velhos apegos/elaboração;
- reajustar para se mover adaptativamente ao novo sem esquecer o velho;
- reinvestir.

Sua ideia de fases é mais objetiva e, na minha opinião, construída através de estudo e da vivência prática na assistência como psicóloga. É um esquema bem perto do que costumam vivenciar os enlutados, sem perder a ideia de luto como processo.

Worden[17] refere que, considerando o luto um processo, é adequado observá-lo em termos de estágio, embora nem todos os enlutados passem por estágios em série. O autor reforça que há risco de ignorar o individual e pensar de maneira literal, especialmente na interpretação de profissionais novatos.

Segundo Walsh[16], o campo da saúde mental ainda prioriza a atenção individual nos processos de luto, não valorizando o impacto da perda na família como um sistema interacional.

No entanto, entende-se que, para haver um prognóstico favorável ao enfrentamento individual, é necessário que se levem em consideração os processos familiares que acompanham os efeitos imediatos e a longo prazo da morte e as cadeias transgeracionais.

Walsh[16] estudou os efeitos da morte de um membro da família e aponta como resultados o aumento da vulnerabilidade à doença e à morte prematura de membros sobreviventes.

Atenção a detalhes e comunicação

Em Cuidados Paliativos, a comunicação é um dos principais aspectos determinantes de sucesso ou insucesso na construção de vínculo e condução do caso.

A comunicação é vital no curso do processo da perda. Embora existam particularidades de cada núcleo familiar quanto a cultura, crença, valores, modo de expressão de sentimentos e dúvidas, é fato que a comunicação clara facilita a adaptação.

A comunicação deve seguir o pressuposto da verdade lenta e progressivamente suportável.

O tempo necessário para que essa comunicação seja suportável só pode ser determinado a partir da vinculação empática e do conhecimento de alguns dados familiares e individuais.

A boa comunicação deve ter início desde o diagnóstico e ser clara em cada etapa do processo de doença e evolução para a morte.

Existem algumas variáveis que podem agir como facilitadores ou afetar adversamente nos processos de luto das famílias. Franco[5] descreve fatores que podem interferir significativamente no processo de morte e luto:

- natureza e significados relacionados com a perda;
- qualidade da relação que se finda;
- papel que a pessoa à morte ocupa no sistema familiar/social;
- recursos de enfrentamento do enlutado;
- experiências prévias com morte e perda;
- fundamentos culturais e religiosos do enlutado;
- idade do enlutado e da pessoa à morte;
- questões não resolvidas entre a pessoa à morte e o enlutado;
- percepção individual sobre o quanto foi realizado em vida;
- perdas secundárias, circunstâncias da terminalidade.

Todos esses fatores oferecem ao profissional possibilidades de compreensão da dinâmica e relação do núcleo de cuidados, e facilitam o estabelecimento do ritmo e tempo da comunicação.

Situações de crise tendem a exacerbar padrões de relacionamento tanto positivos quanto negativos. Esse dado deve ser considerado pelo profissional.

O padrão de comunicação da família deve receber uma atenção especial por parte da avaliação da equipe de cuidados. Comunicação bloqueada, permeada de segredos, mitos e tabus influencia na forma com que as informações circulam dentro do sistema familiar, levando a mal-entendidos e interferindo, muitas vezes, no processo de elaboração da perda.

Quando o profissional não está atento a esses padrões de comunicação, pode acabar fazendo alianças com familiares, acobertando mentiras ou sustentando silêncios prejudiciais.

Segundo Carter e McGoldrick[3], os terapeutas, como também as equipes de saúde, devem ser modelos para as famílias, informando de forma factual e clara considerações sobre a morte, para que assim não haja má interpretação dos consulentes e se evite a transmissão de informações distorcidas a outros membros da família.

A proximidade com a morte, mesmo que não seja anunciada pelo médico e pela equipe, muitas vezes é clara para o doente, que chega mesmo a verbalizá-la, gerando sentimentos de desconforto tanto para a família como para a equipe. Embora a eficiência da comunicação durante todo o processo de tratamento da doença até o desfecho da morte dependa da clareza com que informações e sentimentos são expressos, não exime de sofrimento para quem ouve e sente que o fim está próximo.

A equipe de cuidados que acompanha a família também pode ajudá-la a seguir em frente, esclarecendo possíveis reações normais de luto. Não são raros os relatos de familiares que dizem abertamente: "Mas eu não tenho direito de estar sorrindo, sendo que eu perdi a pessoa mais importante da minha vida". Autorizar a família a seguir em frente, por meio de uma conversa acolhedora e franca, pode desmistificar possíveis inadequações em termos de comportamentos esperados diante do luto, como culpa e autorreprovação.

Com relação às famílias com crianças pequenas, é importante, segundo Walsh[16], auxiliá-las a abordarem a questão da morte do familiar, ao invés de manterem-se os véus do segredo. As informações deverão ser abordadas levando em consideração as aptidões cognitivas para compreensão do fenômeno da morte conforme a idade, não as sobrecarregando nem as superprotegendo. Grupos de irmãos geralmente são negligenciados afetivamente quando os pais estão enlutados, uma vez que não estão disponíveis em recursos internos para acolher as crianças. Dessa forma, é importante que o profissional de saúde auxilie a identificar quem é a rede de apoio com que a família poderá contar e aponte para os membros do sistema familiar a possibilidade de acionar a rede para dar conta dos cuidados básicos, como quem ficará com as crianças durante as providências de funeral, por exemplo.

A dificuldade dos pais em acolher crianças e adolescentes "sobreviventes" pode desencadear nestes culpa e persecutoriedade, o que só amplifica sofrimento e conflitos de toda a família. As intervenções terapêutica e educativa são necessárias no luto.

Idosos também costumam ser excluídos de alguns passos do processo da perda, pois são subestimados pela representação de fragilidade do velho, o que é bastante negativo e provoca a sensação de "falta de lugar", "ser um peso" e de que "ele é quem devia ter morrido".

Intervenções junto ao enlutado

Existem alguns princípios apontados por Worden[17] referentes às tarefas que os membros da família vivenciam durante o processo de luto. A primeira diz respeito à necessidade de tornar-se mais ciente de que a perda realmente ocorreu, pois geralmente há a sensação de irrealidade e de que tudo permanece igual.

O segundo princípio consiste em auxiliar as pessoas que sobrevivem à morte a identificar e expressar seus sentimentos mais comuns nesse tipo de situação, como raiva, culpa, ansiedade, desamparo e tristeza. A maior parte dos enlutados procura ajuda para eliminar esses sentimentos e, de forma recorrente, por meio de medicação, o que não é absolutamente benéfico, já que não soluciona a fonte

do problema. Para isso, é importante estimular os sobreviventes a falarem sobre os sentimentos evocados pela morte, bem como descrevê-la: como aconteceu, quem lhe contou, o que sentiu, onde estava quando ficou sabendo etc. O papel do terapeuta consiste em ajudar as pessoas a entenderem seus sentimentos, aceitá-los e, na maior parte das vezes, desmistificar muitos deles, uma vez que por meio da terapia podemos revisitar com o paciente várias cenas vividas e entender que não há culpados.

O terceiro princípio baseia-se em ajudar o paciente a viver sem a pessoa falecida, facilitando a sua habilidade em tomar decisões de forma independente. Worden[17] descreve como "ajustar-se a um ambiente onde está faltando a pessoa que faleceu".

Já o quarto princípio está relacionado com o fornecimento de tempo para o luto, pois a família geralmente tem dificuldades em entender e aceitar essa necessidade, e elucidá-la facilita o processo de elaboração; é como autorizar as famílias a se permitirem esperar o tempo necessário para que as coisas se encaixem no seu lugar. Outro ponto importante é identificar para as famílias o comportamento dito "normal" do luto (salvo que o curso do luto seja complicado), uma vez que, frente a uma perda importante, principalmente de um filho, muitas pessoas têm a sensação de que estão enlouquecendo ou vão enlouquecer.

Clarificar reações normais desse processo traz maior segurança e noção de realidade às famílias e pode ser tarefa de um aconselhamento de luto.

Ainda com relação ao quarto princípio, Worden[17] diz que "a tarefa do profissional não é a de ajudar o enlutado a desistir de sua relação com a pessoa que faleceu, mas a de ajudá-lo a encontrar um local adequado para o falecido em sua vida emocional". Ao longo de tarefas, estratégias e recursos (como linguagem evocativa, utilização de simbolismos e analogias, escrita, desenho, encenação, reestruturação cognitiva, evocação de memórias e imaginação dirigida) podem ser utilizados seguidos por resultados bastante positivos.

Outras intervenções relevantes no pós-morte

Com relação aos procedimentos pós-morte, é interessante que a equipe de cuidados possa encorajar a família a planejar e participar de rituais memoriais, funerais, visitas ao túmulo, etc. O ritual funerário, de acordo com Walsh e McGoldrick[15], tem o objetivo de colocar o ente querido em contato íntimo com os familiares e amigos sobreviventes, oferecendo possibilidades de despedida e de encerramento da relação para que possam, então, seguir em frente com suas vidas. O objetivo do funeral é atingido quando ele possibilita que as pessoas envolvidas na perda estejam no melhor contato funcional possível umas com as outras e com o fato da morte.

A intervenção da equipe de saúde responsável pelos cuidados pós-morte com a família sobrevivente poderá ser um telefonema de condolências, aproveitando para oferecer um momento de acolhida, podendo ser dentro ou fora do ambiente hospitalar.

Para as famílias, esse é um momento que favorece o fechamento de um ciclo, composto muitas vezes por desgaste de energia psíquica e de longo tempo de suas vidas, carecendo de um ritual de passagem para o retorno à vida social. Um telefonema na primeira semana, ou o envio de uma carta de condolências em torno de 15 dias após a morte também costuma ser bem recebido pelos familiares.

As equipes de saúde que trabalham amparadas na filosofia dos Cuidados Paliativos têm a possibilidade de encerrar suas intervenções no acompanhamento do processo de luto de familiares, tanto em atendimento individual como em grupo, sempre que possível e necessário. O tempo de duração da prestação desses serviços é variável e está intimamente relacionado com a disponibilidade da equipe em conjunção com a demanda do enlutado. Poderão ser feitos encaminhamentos para serviços especializados quando não for possível o acompanhamento a longo prazo.

Os objetivos específicos do trabalho do profissional no processo de luto familiar são correspondentes às quatro tarefas descritas por Worden[17]: aumentar a realidade da perda; ajudar a pessoa a lidar com afetos manifestos e latentes; ajudar a pessoa a superar obstáculos para se reajustar depois da morte e encorajar a pessoa a dizer "adeus" adequado e sentir conforto ao reinvestir novamente na vida sem se esquecer da pessoa.

Um fator que auxilia os profissionais de saúde a manejar com a dor das famílias é reconhecer a importância da espiritualidade para a manutenção da saúde mental em momentos de intensa dor. Conforme Walsh[16], a capacidade de fundamentar-se dentro do sistema de crenças espirituais da família proporciona significado, consolo e conforto, podendo promover a aceitação tão necessária nessa fase do ciclo vital. Segundo Franco (2005), a fé é um instrumento importante para o restabelecimento daquele que enfrenta o processo do luto, pois traz a possibilidade de aproximação com o sagrado, confortando e atenuando os sentimentos de desamparo.

Diante desse aspecto, é relevante que o profissional esteja atento à existência de alguma religiosidade na família, incentivando a busca de amparo nessas crenças que, antes da perda, eram fonte de acalento, caso a pessoa verbalize tal importância.

Também poderá caber aos profissionais de saúde incentivar o engajamento da pessoa enlutada e do sistema familiar em redes potencialmente sustentadoras que, segundo Walsh[16], podem ser grupos religiosos, sociais e comunitários. A

falta de conexões comunitárias torna a dor mais difícil de suportar e, dentro da própria comunidade, pode haver pessoas passando pelo mesmo pesar do processo de luto.

Frente a tudo isso, o papel mais importante do profissional de saúde é a estimulação das competências familiares, para que o próprio sistema familiar seja capaz de promover a reestruturação tanto individual quanto familiar. Assim, a família poderá lançar mão de recursos próprios para enfrentar do processo do luto, não sendo necessária a intervenção sistemática.

Quando os desafios são identificados e trabalhados de forma adequada, tendem a promover adaptação imediata, e também a longo prazo, dos membros da família, tendo como resultado o fortalecimento desse grupo como uma unidade funcional. É necessário um investimento no compartilhamento da experiência da morte e, posteriormente, em uma reorganização da sistemática familiar sem a pessoa que morreu, para que se possa pensar em reinvestimentos em outros relacionamentos e em outras realizações na vida.

Kovacs (2003) acrescenta que o luto mal elaborado está se tornando um problema de saúde pública. É grande o número de pessoas doentes em função da excessiva carga de sofrimento sem possibilidade de elaboração, fenômeno que também acomete os profissionais de saúde que são cuidadores do sofrimento alheio, não tendo, muitas vezes, espaço para cuidar de sua própria dor. Também está em risco o profissional de saúde que não reconhece seu limite ao lidar com as perdas no ambiente de trabalho e na vida pessoal, tampouco busca uma rede de apoio para lidar com suas perdas, tanto reais como simbólicas, e tem grandes chances de adoecer, tanto psíquica como fisicamente.

Finalizando

O que se observa é que o ser humano não é preparado para a finitude. Fomos introduzidos ao universo da celebração dos nascimentos, mas não da morte. Os rituais de perda e morte da cultura ocidental elucidam o quanto é sofrida a vivência da morte. A morte do outro nos impõe o confronto com nossa vida e nossa própria morte, e isso gera desconforto, ansiedade e sofrimento. Somos forçados a olhar atentamente para a qualidade da nossa vida e de nossas relações, uma vez que a morte é a fase final do ciclo vital.

Os Cuidados Paliativos representam, nesse sentido, o resgate do valioso cuidar, abrindo espaço para o viver e o morrer com paciente e familiares, considerados agentes ativos no processo junto à equipe de saúde. Nesse cenário, é possível legitimar os desafios inerentes à fase final de vida, à morte e ao luto.

Sendo o luto a última etapa da intervenção da equipe, surge a dúvida a respeito de quando ele termina. Não há resposta pronta. Parkes[11] diz que o processo de luto está terminado quando uma pessoa completa a fase final do luto de restituição, em que uma pessoa pode reinvestir suas emoções na vida e no viver. Worden[17] explica que o luto está terminado quando suas respectivas tarefas são completadas. Completa ainda com o fato de que uma pessoa, ao ser capaz de pensar em quem faleceu sem dor, está dando um sinal de reação de luto terminado. Existe sempre uma sensação de tristeza quando se pensa em alguém que se amou e se perdeu, mas é um tipo diferente de tristeza, sem a presença de manifestações físicas, como o choro intenso. De modo bem simplista, o luto pode estar sendo elaborado quando a dor se transforma em saudades, e o enlutado consegue utilizar a saudade e as lembranças da relação significativa como "combustível" para continuar tocando a vida em diante. Quando consegue sentir a relação vivida, mesmo que findada de certa forma, como um privilégio.

O recolhimento é um movimento essencial para a reorganização dos sentimentos que se confundem diante de uma perda significativa. É necessário um tempo para organizar um espaço para a dor, como também outros espaços para significar e ressignificar essa perda. Reflexões sobre que parte do enlutado foi ferida e perdida junto com a pessoa que morreu e sobre os caminhos possíveis de trilhar sem a pessoa amada revelam que a morte gera uma crise nos sistemas individual e familiar, sendo necessária uma reorganização.

"Não existe amor sem perda. E não existe a superação da perda sem alguma experiência de luto. Não ser capaz de vivenciá-la é ser incapaz de entrar no grande ciclo da vida humana de morte e renascimento – ser incapaz, isto é, de viver novamente" (Lifton, 1975, apud Walsh & Mcgoldrick, 1998).

Referências

1. BOSS, P. A perda ambígua. In: WALSH; MCGOLDRICK. Morte na família: sobrevivendo às perdas. Porto Alegre: Artmed, 1998.

2. BROMBERG, M. H. P. F. A psicoterapia em situações de perdas e luto. Campinas: Editorial Psy II, 2000.

3. CARTER, B.; MCGOLDRICK, M. As mudanças no ciclo de vida familiar: uma estrutura para a terapia familiar. Tradução de M. A. V. Veronese. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

4. FONSECA, J. P. Luto antecipatório. Campinas: Editora Livro Pleno, 2004.

5. FRANCO, M. H. P. Luto em Cuidados Paliativos. In: Cuidado paliativo. São Paulo: CREMESP, 2008.

6. FRANCO, M. H. P. Nada sobre mim sem mim: estudos sobre a vida e morte. Campinas: Editora Livro Pleno, 2005.

7. KOVACS, M. J. Educação para a morte: temas e reflexões. São Paulo: FAPESP e Casa do Psicólogo, 2003.

8. KOVACS, M. J. Morte e desenvolvimento humano. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1992.

9. LINDER. Morte na família: sobrevivendo às perdas. Tradução de C. O. Dornelles. In: WALSH, F.; MCGOLDRICK, M. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.

10. LINDERMANN, E. Symptomatology and management of acute grief. American JournalofPsychiatry, 1944.

11. PARKES, C. M. Luto: estudos sobre a perda na vida adulta. São Paulo: Summus, 1998.

12. RANDO. Luto em Cuidados Paliativos. In: FRANCO, M. H. P. Cuidado paliativo. São Paulo: CREMESP, 2008.

13. RANDO, T. A. Treatment of complicated mourning. Illinois. Research Press, 1993.

14. ROSS, E. K. Sobre a morte e o morrer. 8. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

15. WALSH, F.; MCGOLDRICK, M. Morte na família: sobrevivendo às perdas. (C. O. Dornelles, Trans.). Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.

16 . WALSH, F. Fortalecendo a resiliência familiar. São Paulo: Roca, 2005.

17. WORDEN, W. W. Terapia do luto: um manual para o profissional de saúde mental. 2. ed. Porto Alegre; Artes Médicas, 1998.

Parte 9

Anexos

Tabela de controle de outros sintomas não dor

Célia Maria Kira

Quadro-síntese dos principais sintomas que não a dor, presentes na fase final de vida, e as condutas sugeridas a serem implementadas.

SINTOMAS	CAUSAS PRINCIPAIS	TRATAMENTO NÃO FARMACOLÓGICO	TRATAMENTO FARMACOLÓGICO
Alteração do sono/vigília (insônia ocorre em 29-59% nos casos de câncer avançado)	- a causa principal é dor noturna - depressão/ ansiedade - maior inatividade de dia - cochiladas diurnas - efeito colateral de medicações - álcool e cafeína	- técnicas de relaxamento - ouvir os medos do paciente - diminuir as cochiladas - incentivar exercícios e atividades moderadas durante o dia - evitar álcool e cafeína	- tratar eficazmente a dor - benzodiazepínicos: lorazepam 1 a 2mg - 1-2x/dia ou midazolam 15-30mg - clorpromazina em doses baixas - levomepromazina 4-6 gt/noite - rever horário de administração de esteroides - se delírio associado: haloperidol 2,5-5mg à noite
Anorexia-caquexia (tratamento polêmico)	- a causa principal é a progressão da doença - alteração do paladar - vômitos - dor intensa, dispneia ou depressão - boca seca	- dieta fracionada em pequenas quantidades, várias vezes ao dia - dieta colorida com levantamento do cardápio alimentar prévio (anamnese alimentar) - **se indicado**, dieta por SNE em posição gástrica ou gastrostomia,	- esteroides: prednisona 5-15 mg/dia ou dexametasona 2-4 mg 8/8h - megestrol: 160-1600mg/dia - suplementação vitamínica-antidepressivos (tricíclicos, inibidores de recaptação serotonina, etc), s/n – dose usual - uso experimental: omega 3, cannabinoides, pentoxifilina, GH, talidomida (100mg/dia), Ac anti TNF □
Astenia (= Fadiga)	- progressão da doença - anemia - dor - depressão - insônia - infecções crônicas e agudas - má absorção	- apoio emocional - conservar energia - períodos de descanso mais frequentes - se indicado, uso de equipamentos como andador e cadeira de rodas,	- tratar as causas específicas reversíveis - transfusão sanguínea para conforto, conforme o caso - considerar com critério o uso de psicoestimulantes: metilfenidato (Ritalina®) 5 a 20mg/manhã, modafinil 100-200mg/manhã

Boca seca	- efeito colateral de medicação - desidratação - respirar de boca aberta - candidíase oral - vômitos, anorexia - depressão/ ansiedade	- oferecer frequentes goles de água ou outro líquido - umedecer os lábios - oferecer líquidos cítricos e gelados (sucos, gelatina, iogurte) - oferecer pedacinhos de gelo	- rever medicação anticolinérgica: hioscina, atropina, amitriptilina), morfina, diuréticos - saliva artificial, se disponível - tratar candidíase (nistatina oral, fluconazole), se for o caso
Broncorreia (hiperssecreção)	- hipersecreção pela doença de base (DPOC, ICC, anasarca) - incapacidade de tossir ou deglutir secreção	- reposicionamento na cama/cadeira - manter estado de hipo-hidratação - se indicado: aspiração de vias aéreas com sonda	- tratar infecção, se presente e se indicado - diuréticos pra diminuir edemas - drogas anticolinérgicas (ver em "sororoca")
Confusão Mental (demência ou delírio)	- encefalopatia, metástases cerebrais - causas metabólicas: desidratação e distúrbios eletrolíticos - efeito colateral de drogas anticolinérgicas e da morfina	- manter o paciente num ambiente seguro e familiar - remover objetos perigosos - usar frases simples - diminuir sons (TV, rádio) - medicação deve ser supervisionada	- corrigir os distúrbios hidroeletrolíticos - rever medicações - tranquilizantes: diazepam 2,5 a 5mg 1 a 2x/dia ou midazolam 15mg/noite - haloperidol (5-10mg /2,5mg no idoso), se paranoia ou dificuldade em dormir à noite
Convulsões (10% dos pacientes na fase terminal podem apresentar convulsões)	- hipertensão intracraniana - tumor ou metástase SNC - pós-neurocirurgia - disturb. hidroeletrolíticos (Na, Ca, Mg, glicemia) - abstinência de anticonvulsivantes	- explicar o que é convulsão e as causas	- exame neurológico e FO - se tumor: dexametasona 4mg 6/6h - corrigir distúrbios hidroeletrolíticos - drogas: benzodiazepínicos, anticonvulsivantes (doses habituais) - manter anticonvulsivantes VR ou midazolam 5-10mg SC ou fenobarbital SC (diluição 1:10)
Constipação	- inatividade, fraqueza - menor ingestão alimentar e de líquidos - obstrução intestinal pelo tumor - hipercalcemia - confusão mental, depressão - efeito colateral de medicações	- encorajar atividade física, se possível - oferecer mais água - dieta rica em fibras - chá de sene - movimentar os membros inferiores - realizar massagem abdominal no sentido horário	- rever medicação: codeína (dose) morfina, antidepressivos tricíclicos - óleo mineral 1 med 2x/dia - bisacodil (dulcolax® - 5-10mg até 2x/dia) - lactulose 10ml 2x/dia (máximo 30ml 3x/dia) - outros laxativos orais - enteroclismas s/n

Delírio (mais de 40% dos pacientes vão apresentar confusão mental ou delírio na fase final de vida)	- fase terminal da doença - alterações do nível de consciência - encefalopatia metabólica - distúrbios hidroeletrolíticos (Na, Ca, glicose) - infecção - efeito colateral da morfina	- suporte emocional e psicológico - presença de familiares - presença de calendário e relógio - ambiente tranquilo - música suave	- corrigir os distúrbios hidroeletrolíticos, se cabível - neurolépticos; olanzapina 5-10mg SC, risperidona 1-2mg VO e quetiapina 12,5 a 25mg - haloperidol é a droga de escolha: 5-10mg / 2,5mg no idoso, até de 8/8h - benzodiazepínicos: midazolam (15mg/noite), lorazepam (1 a 2 mg/dia), diazepam (2,5 a 5mg 1 a 2x/dia)
Depressão	- percepção da fase terminal da doença - sensação de inutilidade - sofrimento contínuo - dor não adequadamente controlada	- suporte emocional e psicológico - presença de familiares - seguimento com psicologia/ psiquiatria	- antidepressivos (várias classes – dose usuais e crescentes)
Diarreia	- medicação laxativa em "excesso" - abstinência de opioides - antibióticos, antiácidos - infusão rápida da dieta por SNE - gastroparesia (DM, hipertiroidismo, doença inflamat. intest. etc.)	- aumentar a ingestão de líquidos: água, reidratantes orais, energéticos esportivos - oferecer líquidos em pequenas porções, várias vezes ao dia - manter dieta, mas SEM fibras - infundir dieta por SNE mais lentamente	- rever medicação: opioide - drogas constipantes se não for diarreia infecciosa, como codeína (10-30mg 6/6h), ou loperamida (Diarresec® - 4mg dose única até 16 mg/dia) - caolin 2-6g de 4/4h - antiespasmódicos s/n
Disfunção urinária (a prioridade é melhorar o desconforto do "bexigoma")	- progressão da doença - alterações do nível de consciência - efeito colateral de medicações	- dispositivo urinário não invasivo (Uripen®) + bolsa coletora ou garrafa plástica (homens) - uso de comadre (mulheres) - uso de fraldas descartáveis - prevenção de dermatite	- se incontinência: introduzir s/n anticolinérgicos, antidepressivos tricíclicos - se retenção, rever medicação constipante: codeína, morfina, antidepressivos tricíclicos - antibiótico, se infecção de trato urinário
Dispneia – causas multifatoriais	- linfangite carcinomatosa/metástases pulmonares	- reposicionar paciente na cama ou cadeira - elevar o decúbito	- corticoides nas linfangites e compressões tumorais - broncodilatores s/n - se hipersecreção: hioscina

(avaliar sempre a causa base)	- ansiedade ou pânico - infecção pulmonar - derrame pericárdico com tamponamento - acidose metabólica com falência de múltiplos órgãos - baixa umidade relativa do ar - derrame pleural - anemia	- abrir janelas - ventilar o paciente - oferecer água - fazer exercícios respiratórios - oxigênio suplementar: CPAP, O_2 contínuo	10mg 8/8hs VO - se tosse seca: codeína 10-20mg 6/6h - se indicado: toracocentese de alívio nos derrames pleurais - morfina (iniciar com 2,5-5mg 4/4hs VO ou 2mg 4/4h SC) - sedação paliativa, se dispneia incontrolável. 1ª opção é midazolan associada à morfina
Mioclonias	- ef. colateral de medicações: metoclopramida, opioides (dose alta), neurolépticos - abstinência de: álcool, benzodiazepínicos, barbitúricos, anticonvulsivantes - por hipóxia SNC	- explicar o que é mioclonia e as causas	- rever medicações - rever **dose** de opioides - considerar rodízio de opioides - sedar com midazolam 5-10mg SC de h/h até cessar e depois manter 20-30mg/dia - alternativas: diazepam 10-20mg VR h/h
Náuseas e Vômitos Obs.: não administrar gastrocinéticos, se vômitos por obstrução do trato GI	- obstrução intestinal - dismotilidade gástrica - ef. colateral medicações - efeitos da QT - distúrbios metabólicos (hipercalcemia, uremia, hiponatremia) - infecção	- dieta fracionada e em pequenas porções - alimentos e líquidos frios e azedos: gelatina, sorvetes, sorbets, pedaços de gelo, mousses - técnicas de relaxamento - higiene oral pré e pós-prandial	- antieméticos: metoclopramida 10-30 mg 8/8-4/4h ou dramamine - outras drogas: haloperidol 1-2mg/dia, clorpromazina 25-50mg a cada 6-12h, diazepam 5mg - ondansetron (4-8mg 8/8h, se pós-QT) - haloperidol 1 a 3mg SC de 1 a 3x/dia - clorpromazina 25-50mg SC - via de administração preferencial é SC ou supositórios
Prurido	- pele seca - alergias - dermatites - infecção fúngica ou escabiose	- hidratação da pele (óleo com ácido graxo essencial: girassol ou canola) - banho: água não muito quente	- checar medicação/alimentos - tratar dermatites - anti-histamínicos: hidroxizine 25-100mg VO de 8/8h - corticoides s/n - tratar infeccção (fungo/parasita)

Ronco da morte ("**sororoca**"), em inglês: death rattle (ocorre em 25 a 92% na fase final de vida)	- secreção acumulada na garganta por não conseguir deglutir – geralmente paciente já inconsciente ou quase	- explicar o significado do ruído à família/cuidador - **eventualmente** aspiração de VAS, mas esse procedimento pode impressionar ainda mais	- hioscina, homatropina ou escopolamina 30gt na boca até de 6/6h ou 1amp. de Buscopan® SC de 6/6 ou até de 4/4h - atropina colírio a 1% por VO, na dose de 1-2gt (= 0,5-2mg) a cada 6-8h - cuidado com taquicardia - se disponível: adesivo de escopolamina
Soluços (checar a causa) Difícil tratamento	- dispepsia - tumor ou metástase SNC - irritação nervo vago/frênico - ef. colateral medicações: corticoides, bloqueadores de canal de cálcio, anticonvulsivantes	- dieta fracionada e líquidos frios - esfregar com gaze o céu da boca - xylocaína gel + 1 colher de sopa açúcar diluído em um pouco de suco de limão ou laranja	- checar medicação - se distensão abdominal dimeticona (30-60gt na boca) - tratar dispepsia - metoclopramida 10-20mg VO ou SC 3 a 4x/dia **OU** - haloperidol 1-2,5mg 1-x/dia - clorpromazina 10-25mg até 3-4x/dia - baclofeno 5-10mg cada 8-12hs - gabapentina 300mg até 3x/dia
Sudorese (checar a causa)	- febre, infecção - pelo próprio tumor, geralmente associado a Linfoma de Hodgkin, Tu. malignos e/ou metástase hepática - suspensão abrupta de opoides	- secar sudorese com tecido - abaixar a temperatura do ambiente - propiciar fluxo de ar no ambiente - evitar alimentos quente e/ou picantes	- tratar a causa da febre, infecção - **descontinuar antipiréticos** - diminuir sudorese paraneoplásica: naproxeno 250-375mg 2x/dia VO, cimetidine 400-800mg 2x/dia VO, propanolol 10-20mg 2x/dia VO, olanzapina 5mg 1-2x/dia VO; estudos com talidomida (100mg/dia) - trocar antidepressivos por venlafaxina 37,5mg a 75mg/dia VO - considerar rodízio de opoides
Tosse – causas multifatoriais (checar a causa)	- ef. colateral de medicações: IECA, midazolam, ipatrópio - pela QT, RXT - derrame ou infiltração pleural - linfangite carcinomatosa - derrame pericárdico - compressao veia cava superior - broncoespasmo - DPOC, TEP, ICC, refluxo GE	- hidratação - umidificação do ar - nebulização - posicionamento mais ereto - fisioterapia respiratória	- rever medicações que possam causar tosse - se broncoespasmo: boncodilatador, corticoide, teofilina - se tosse seca: codeína 10-20mg até 4/4h - anestésicos locais: bipuvacaina 0,25% 5ml 6/6h; xilocaina 2% 5ml de 6/6h, benzocaína spray 1 puff até 4x/dia

Referências

WHO Palliative Care: symptom management and end-of-life care, 2004. http://www.who.int/3by5/publications/documents/en/genericpalliativecare082004.pdf

DOYLE, D.; HANKS, G.; CHERNY, N.; CALMAN, K. *in* Oxford Textbook of Palliative Medicine, 3rd ed, 2005.

Guia farmacogeriatrica-Madrid. Disponível em http://www.semer.es/docs/Farmacogeriatrica.pdf

Symptoms and Symptoms Management Forum in Enciclopedia of Death and Dying: Sy-Vi. Site: http://www.deathreference.com/Sy-Vi/Symptoms-and-Symptom-management.html

INCA.Cuidados Paliativos Oncológicos-controle de sintomas. Disponível em http://www.inca.gov.br/rbc/n_48/v02/pdf/condutas3.pdf

BRUERA, E.; HIGGINSON, I. J.; RIPAMONTI, C.; VON GUNTEN, C. *in* Textbook of Palliative Medicine, 1st ed, 2006.

SOLO
editoração & design gráfico
Fone: 51 3779.6492

Este livro foi confeccionado
em Times, 10,5/14,5 e
impresso na Gráfica .....